

Der Plötzliche Kindstod (SID – Sudden Infant Death)

Definition

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte konnte die **Säuglingssterblichkeit** dank neuerer medizinischer Erkenntnisse und Methoden, verstärkter Vorsorge während der Schwangerschaft und einer allgemeinen Verbesserung der Lebensumstände in vielen Ländern **erheblich verringert** werden. Vor allem die Perinatalsterblichkeit ging kontinuierlich zurück. Im Vergleich dazu blieb **die Zahl der plötzlichen Säuglingstodesfälle** im Alter von einer Woche bis zu einem Jahr **fast unbeeinflusst**. Allein in Deutschland sterben pro Jahr etwa 1.000 Kinder am Plötzlichen Säuglingstod, der auch als Plötzlicher Kindstod, Krippentod oder **Sudden Infant Death (SID)** bezeichnet wird. Der „Plötzliche Säuglingstod“ (SID) ist der **plötzliche und unerwartete Tod eines zuvor normal und gesund erscheinenden Säuglings**. Die Diagnose SID ist **nur durch eine Obduktion** möglich.



- **Todeseintritt** fast ausschließlich **im Schlaf**
- **Oft begleitet** von banalen Atemwegsinfekten
- **Inzidenz: 1/1000 Lebendgeborene**, damit **bedeutendster** Anteil der postneonatalen (7. **Lebenstag bis Ende 1. Lebensjahr**) Säuglingssterblichkeit
- Häufigkeitsmaximum: **2. - 4. Lebensmonat**
- Jahreszeitliche Verteilung: eher Wintermonate

Der Plötzliche Säuglingstod tritt **weltweit** auf und **kommt in allen sozialen Schichten** vor. Seit vielen Jahren wird zum Plötzlichen Säuglingstod im In- und Ausland geforscht. Deshalb gibt es über mögliche Ursachen inzwischen sehr **viele Theorien** - eine befriedigende und beweisbare **Erklärung dieses Phänomens fehlt** jedoch. Allerdings konnten aufgrund epidemiologischer Studien Risikofaktoren für den Plötzlichen Säuglingstod benannt werden, die bei einem Teil der gestorbenen Kinder zutrafen.

Risikofaktoren

Hochrisikogruppe:

(betrifft aber nur maximal 20 Prozent aller SID Fälle):

- **Frühgeborene** (vor der 33. - 55W.)
- Kinder mit **Geburtsgewicht unter 2000 g**
- Kinder **drogenabhängiger Mütter**
- **Nachfolgende Geschwister**
- Zustand nach **ALTE**

Weitere Risiken:

- **Schlafen in Bauchlage** (vor allem auf zu weicher Unterlage; kein erhöhtes Aspirationsrisiko in Rücken- oder Seitenlage!!)
- **Rauchen** (der Mutter während der Schwangerschaft und/oder in der Umgebung des Kindes)
- **Nichtstillen** oder sehr frühes Abstillen
- **Überwärmung** des Kindes (Kleidung, Raumtemperatur)

Obwohl das **Risiko**, plötzlich und unerwartet zu sterben, für bestimmte Gruppen von Kindern (z.B. ehemals extrem kleine Frühgeborene, Kinder nach ALTE) und/oder bei Zusammentreffen mehrerer postnataler Risikofaktoren (z.B. Bauchlage, Rauchen, Nichtstillen) statistisch wesentlich (um das 3 - 10fache) erhöht ist, lässt es sich nach wie vor für das einzelne Kind nicht vorhersagen. Das trifft trotz aller Vorsorgemaßnahmen während der Schwangerschaft, der Neugeborenenzeit und der ersten Lebensmonate zu. Auch polygraphische Schlafuntersuchungen und andere Tests erlauben zwar Grunderkrankungen zu erkennen, jedoch keine Vorhersage eines Risikos zum SID.

Differentialdiagnose ALTE

ALTE (Apparently Life-Threatening Event) oder auch **ALE** (Anscheinend Lebensbedrohliches Ereignis oder auch **Near - SIDS** meint das plötzliche und gleichzeitige Auftreten von

- **Apnoe**
- **schlaffer Muskulatur**
- **Zyanose / Blässe**
- **Bradykardie**

Gezieltes Eingreifen (Basismaßnahmen) kann den Zustand beseitigen. Nach ALTE ist das SID - Risiko deutlich erhöht.

SID – Symptomatik

Zeichen von ALTE:

Plötzliches und gleichzeitiges Auftreten von

- **Apnoe**
- **schlaffer Muskulatur**
- **Zyanose/ Blässe**
- **Bradykardie**

und

- **Herz-Kreislauf-Stillstand**

Rettungsdienstliche Erstmaßnahmen

- **Basischeck, Basismaßnahmen**
- Einsetzen bzw. Fortführen von **Reanimationsmaßnahmen** - sofern keine sicheren Todeszeichen vorliegen - dabei Eltern nicht ausgrenzen.
- Bei Starre / Totenflecken **keine** Reanimation !
- Todesfeststellung und **psychologische Erste Hilfe** für die Familie.

Ein typischer Fall

Ein **offensichtlich gesundes Baby** wird schlafen gelegt. Vielleicht hat es einen leichten Schnupfen oder andere minimale Krankheitssymptome, die bei Kindern dieses Alters nichts Ungewöhnliches sind. Wenn das nächste Mal nach dem Baby gesehen wird - manchmal Minuten, manchmal Stunden später - wird es tot aufgefunden. Oft liegt es in der **Bauchlage unter der Bettdecke** oder mit dem Gesicht flach auf der Unterlage, **häufig** ist es nassgeschwitzt. **Gelegentlich** findet man **Erbrochenes** auf dem Bettzeug oder auch einen **Blutfleck** vor dem Gesicht.

Erste Elterliche Situation

Diejenigen, die das Baby leblos auffinden - in der Regel sind es seine Mutter oder sein Vater - werden völlig unvorbereitet mit seinem Tod konfrontiert. Ihre ersten Reaktionen in dieser Extremsituation können **sehr unterschiedlich** sein, sie reichen von zeitweise völliger **Erstarrung** oder scheinbarer **Unberührtheit** bis zu lautem **Schreien** und heftigem **Weinen**.

Manche versuchen unmittelbar nach dem Auffinden ihr Kind durch Mund-zu-Mund Beatmung, Schütteln, Abspritzen mit kaltem Wasser o.ä. zu reanimieren. Andere lassen ihr totes Kind zunächst dort zurück, wo sie es aufgefunden haben und versuchen, Hilfe herbeizuholen, indem sie den Notruf oder auch ihren niedergelassenen Arzt oder ihre Ärztin alarmieren. Nicht selten rennen oder fahren die Eltern auch mit ihrem toten Kind auf dem Arm zu potentiellen Hilfsmöglichkeiten (Nachbarn, Krankenhaus oder Arztpraxis) oder eilen den Rettungsfahrzeugen auf der Straße entgegen.

Elterliche Integration statt Ausgrenzung

Ist beim Eintreffen des Rettungsdienstes eine **Reanimation** noch indiziert (keine sicheren Todeszeichen), sollte darauf geachtet werden, die Eltern nicht auszugrenzen. Wie sie im einzelnen integriert werden, ist situationsabhängig. **Sie sollten gefragt werden** („*Möchten Sie dabei bleiben?*“) und entscheiden können, ob sie sich bei der Reanimation aktiv beteiligen möchten (z.B. durch das Halten einer Infusionsflasche oder das Herbeiholen von Tüchern) oder **inaktiv** im Raum bleiben möchten oder indirekt (z.B. durch eine nur angelehnte Tür) die rettungsdienstlichen **Maßnahmen verfolgen** möchten.

Die **Integration der Eltern** in das Reanimationsgeschehen entspricht deren primären Impuls in dieser Situation. Die symbiotische Beziehung zum Baby veranlasst die Eltern, insbesondere die Mutter, ihr gesamtes Verhalten darauf auszurichten, ihrem Kind nah zu sein und Gefahren von ihm abzuwenden.

Daneben ist die Integration der Eltern auch ein **Beitrag zur Entlastung** von späteren Selbstvorwürfen („*ich habe mein Kind nicht alleingelassen, ich war bis zum Schluss bei ihm*“). Gleichzeitig wird das **Vertrauen in die rettungsdienstliche Arbeit** erheblich gefestigt („*sie haben wirklich alles versucht, um mein Kind zu retten*“), was langfristig ebenfalls entlastenden Charakter hat. Für das Rettungsteam birgt die Integration der Eltern den zweifachen Vorteil, dass diese unmittelbarer unter **Beobachtung** stehen und bei Bedarf über ihr Kind direkt **Auskunft** geben können.

Es gibt allerdings auch einige Rettungsdienstmitarbeiter, die sich nicht in der Lage sehen, in Anwesenheit der Eltern effektiv zu reanimieren. Da die **Effektivität der Reanimation erste Priorität** hat, ist unter diesen Umständen ausnahmsweise zu entscheiden, dass die Eltern bei der Reanimation nicht anwesend sein können.

Die **elterlichen Reaktionen während des Einsatzes** können sehr verschieden sein. Sie reichen von **starrer Beobachtung** der rettungsdienstlichen Arbeit bis zur **Hyperaktivität** (oder beides im Wechsel), evtl. auch begleitet von **Mahnungen** („*Passen Sie doch auf!*“, „*Sie tun meinem Kind ja weh!*“, „*Was machen Sie denn da?!*“).

Zur Integration der Eltern gehört auch, ihnen den **Abbruch der Reanimation** anzukündigen („*Wir versuchen alles, aber es sieht nicht so aus, als ob wir Ihrem Kind helfen können*“) und ihnen **alle durchgeführten Maßnahmen** mit einfachen Worten **zu erklären**.

Innerhalb des Teams sollte auf die **Wortwahl** geachtet werden. Starke gefühlsmäßige Belastungen wie der Tod eines Kindes erzeugen oft eine innere Abwehrhaltung. Diese kann sich dann auch in der Wortwahl niederschlagen. Es sollte darauf geachtet werden, dass entsprechende Formulierungen wie „*ich glaube der ist "ex" oder „das bringt doch alles nichts mehr“*“ vermieden werden.

Achtung: keine Reanimation bei sicheren Todeszeichen!

Weist das Kind beim Eintreffen des Rettungsdienstes (NA/RA/RS) bereits sichere Todeszeichen (Starre, Totenflecken) auf, sollte der Notarzt bzw. die Notärztin sich **im Interesse der Eltern gegen eine Reanimation**, insbesondere einen Kliniktransport des toten Kindes unter Reanimation entscheiden. Eine Reanimationsaufnahme trotz Todeszeichen kann zu erheblichen Problemen in der späteren Trauerverarbeitung führen.

Durch eine sorgfältige äußere Untersuchung des Kindes - auf Wunsch der Eltern in ihrem Beisein - stellt der Arzt/die Ärztin den Tod fest. Dabei ist darauf zu achten, den Eltern die **Todeszeichen** (wenn sichtbar), vor allem die Totenflecken zu **erklären**.

Klare Todesmitteilung

Dass ihr Kind tot ist, können die Eltern in der Akutsituation durchaus wahrnehmen, mit allen emotionalen Konsequenzen aber erst sehr viel später begreifen. Ein wichtiger Fixpunkt, um Tage oder Wochen danach den Tod ihres Kindes zu realisieren und trauern zu können, kann die Erinnerung an die Todesmitteilung sein. Den Eltern gegenüber sollte der **Tod** ihres Kindes deshalb **ausgesprochen** werden. Dabei sollten

klare und **eindeutige Worte** gewählt werden („*Ihr Baby ist tot“ oder „Ihr Sohn/Ihre Tochter lebt nicht mehr“*, **aber nicht:** „*die Reanimation war erfolglos“ oder „Ihr Kind hat auf die Reanimation nicht angesprochen“*) und

ruhig und eher **langsam** gesprochen werden.

Oft ist eine **Wiederholung** nötig.

Aufklärung

Fast alle vom Plötzlichen Säuglingstod betroffenen Eltern fühlen sich von Anfang an zutiefst verantwortlich für den Tod ihres Kindes. Dies ist zunächst bedingt durch die Auffindsituation, die sie (fälschlicherweise) annehmen lässt, ihr Kind sei erstickt und sie hätten es retten können, wenn sie frühzeitig nach ihm gesehen hätten. Zu den wichtigsten Erstmaßnahmen, um späteren hartnäckigen **Selbstschuldvorwürfen** der Eltern entgegenzuwirken, gehören

gezielte Informationen und

Transparenz bezüglich aller Maßnahmen der Akutsituation, aber auch die

Gesprächsbereitschaft der anwesenden Helferinnen und Helfer. Erfahrungen aus der Langzeitbetreuung betroffener Familien zeigen, dass es für die Eltern unerheblich ist, wer mit ihnen spricht und ihnen ihre Fragen beantwortet. Diese Frage ist allein innerhalb des Rettungsteams zu klären, diese Aufgabe ist vom Notarzt bzw. der Notärztin delegierbar.

Erläuterung der Angabe: „Todesart ungeklärt“

Geben weder die Vorgeschichte noch die Auffindsituation und der äußere Zustand des Kindes der Ärztin/dem Arzt ausreichende Entscheidungshilfen, die Todesursache sicher festzustellen, und kann ein Plötzlicher Säuglingstod (SID) vermutet werden, sollte als **Todesursache „vermutlich SID“** und als **Todesart „ungeklärt“** dokumentiert werden.

(In den Bundesländern, in denen diese Möglichkeit auf der Todesbescheinigung nicht vorgesehen ist, sollte die unklare Todesart handschriftlich deutlich gemacht werden).

Den Eltern gegenüber bedarf die Angabe „Todesart ungeklärt“ unbedingt der **Erklärung**, wobei ihnen vor allem deutlich gemacht werden sollte, dass damit weder ihnen noch den zuletzt behandelnden Ärzten und Ärztinnen gegenüber Misstrauen ausgedrückt wird.

Erste Informationen zum Plötzlichen Säuglingstod

Ist beim unerwarteten Tod eines Babys die Diagnose Plötzlicher Säuglingstod zu vermuten, sollten die

Eltern möglichst rasch erste Informationen zu diesem Phänomen erhalten. Auf das **Aufzählen von Risikofaktoren sollte** in dieser Situation **verzichtet werden**, denn dadurch könnten die Selbstschuldvorwürfe der Eltern verstärkt werden.

Wichtig ist, den Eltern zu sagen, dass dieser Tod weder für sie noch für Ärzte oder andere Experten vorhersehbar ist. Eine große Hilfe für die Eltern ist es, wenn bereits in der Akutsituation Informationsmaterial (z.B.

Erstinformationsbroschüre der GEPS, s. Literatur) zur Verfügung steht und den Eltern ausgehändigt wird, oder - realistischer - wenn eine entsprechende **Ansprechadresse** (Landesverbände) genannt und auch **schriftlich weitergegeben** werden kann. Sie sollte an markanter Stelle (z.B. am Telefon) hinterlegt werden.

Transparenz bei den polizeilichen Ermittlungen

In den meisten Bundesländern muss der Arzt bzw. die Ärztin bei jedem Tod mit nichtgeklärter Ursache die zuständige Polizeidienststelle benachrichtigen. Die Eltern müssen, - wenn die Polizei nicht bereits zeitgleich mit dem Rettungsdienst vor Ort ist, - auf das **Eintreffen der Polizei vorbereitet** werden. Ihnen muss erklärt werden, dass dem Tod ihres Kindes zwangsläufig eine behördliche Untersuchung (Kripo) folgt, weil der Plötzliche Säuglingstod formal als nicht aufgeklärter Todesfall gilt und für diesen Tod keine Ursachen anzugeben sind.

Besonders günstig ist es, wenn das Rettungsteam (oder einzelne Mitarbeiter des Teams) nicht nur bis zum Eintreffen der Polizei, sondern auch während der **polizeilichen Ermittlungen** bei der Familie bleiben kann.

Erläuterung des weiteren formalen Ablaufs

Den polizeilichen Ermittlungen folgt ein (variabler) formaler Ablauf, der u. U. **weitreichende Entscheidungen von den Eltern** verlangt. Sie brauchen dazu Erläuterungen und manchmal auch eine Beratung. Diese Aufgabe wird in der Regel von der Polizei, manchmal aber auch vom Rettungsdienst übernommen.

Die Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, dass die Ergebnisse der polizeilichen Ermittlungen unverzüglich der Staatsanwaltschaft zugeleitet werden, die daraufhin (zumeist innerhalb eines Tages) entscheidet, ob eine Obduktion (**gerichtliche Obduktion**; in einem rechtsmedizinischen Institut; für die Eltern kostenfrei) durchgeführt werden soll oder nicht.

Wird keine Obduktion angeordnet (bzw. wurden keine polizeilichen Ermittlungen eingeleitet), haben die Eltern die Möglichkeit, in einem rechtsmedizinischen oder pathologischen Institut von sich aus eine Obduktion (**freiwillige Obduktion**) in Auftrag zu geben. Ihnen ist zu raten, vorab die Kostenfrage zu klären (hier gilt ein mündlicher Vertrag), denn in den einzelnen Instituten werden Gebühren in unterschiedlicher Höhe erhoben. Vorab vereinbart werden sollte bei einem Obduktionsauftrag außerdem, ob, in welcher Form (mündlich oder schriftlich) und in welchem Umfang (vollständig oder zusammengefasst) den Eltern und evtl. den behandelnden Haus- oder Kinderärzten die Befunde der Obduktion mitgeteilt werden sollen.

Gespräch über die entlastende Seite einer Obduktion

Jede Obduktion eines plötzlich und unerwartet gestorbenen Säuglings, ob gerichtlich angeordnet oder von den Eltern beauftragt, dient nicht nur der Diagnose und der Datengewinnung zur Klärung des Plötzlichen Säuglingstodes. Sie kann darüber hinaus - trotz starker gefühlsmäßiger Belastung - für die betroffene Familie langfristig auch eine Hilfe sein. Denn für Eltern, deren Kind plötzlich und unerwartet gestorben ist, erhält (später) die Frage nach der Todesursache, das Suchen nach glaubwürdigen Erklärungen und einer **Entlastung** von Schuldgefühlen zentrale Bedeutung. Aber auch die Frage nach genetischen Dispositionen und danach, ob nachgeborene Kinder bedroht sind, verlangt nach Antwort. Durch die **Befunde der Obduktion** können ihnen einige ihrer **wesentlichen Fragen beantwortet werden** und ein Teil ihrer Zweifel und Selbstschuldvorwürfe kann gemindert werden. Deshalb sollte in der Akutsituation versucht werden, den Eltern die langfristig entlastende Seite einer Obduktion deutlich zu machen.

Eine große Hilfe ist es darüber hinaus, wenn in Erfahrung gebracht werden kann, wo (in welcher Institution) obduziert wird und wer (namentlich) die Untersuchung durchführt und somit für die Eltern Ansprechpartner oder -partnerin sein wird. Denn eine Obduktion kann selbstverständlich nur dann

hilfreich und entlastend für die Eltern sein, wenn ihnen der **Obduzent** die **Befunde** in einem ausführlichen Gespräch **mitteilt und erklärt**.

Abschied vom toten Kind

Die meisten Eltern haben nach der Todesfeststellung das starke Bedürfnis, bei ihrem Kind zu sein oder es wieder in den Arm zu nehmen. Gleichzeitig fürchten sich viele vor der Begegnung mit ihrem toten Kind, leiden aber später sehr darunter, keinen **Abschied** genommen zu haben. Auch weil das Abschiednehmen eine wesentliche Voraussetzung für einen günstigen Verlauf der **Trauerbewältigung** ist, sollten die Eltern hierzu ermutigt werden („*Sie können zu Ihrem Kind gehen*“). Zu bedenken ist dabei, dass

- die **Spuren der Reanimation** beseitigt worden sind, das Kind **würdig** von den Eltern **vorgefunden wird** (z.B. in sein Bett zurückgelegt wurde),
- die Eltern auch die hinterbliebenen **Geschwister** (jeden Alters) einbeziehen, und vor allem, dass ihnen **genügend Zeit** gegeben wird.

Sie müssen - wenn möglich noch zu Hause (ggfs. in der Klinik) - wahrnehmen können, dass alle vertrauten Reaktionen ihres Kindes ausbleiben und es nicht mehr mit ihnen kommuniziert. Das kann einige Minuten, eine halbe Stunde oder auch länger dauern.

Günstig ist es, die betroffene Familie vorab zu fragen, ob sie mit ihrem Kind allein im Raum sein möchte oder ob sie eine Begleitung wünscht. Eventuell muss dieses Vorgehen mit den eingesetzten Polizeibeamten abgesprochen werden; hierbei gibt es erfahrungsgemäß keine Probleme.

Verzicht auf beruhigende Medikamente

Auf die Gabe beruhigender **Medikamente** ist möglichst zu **verzichten**, denn das gesamte Einsatzgeschehen, vor allem aber das Abschiednehmen muss, um einen günstigen späteren Trauerverlauf zu gewährleisten, uneingeschränkt wahrgenommen werden können. In Zweifelsfällen sollten die Betroffenen selbst entscheiden. Dabei ist darauf zu achten, dass sie sich bei ihrer Entscheidung nicht von anderen Anwesenden (Partner, Familienangehörige) beeinflussen lassen. Der oft befürchtete sog. „**Nervenzusammenbruch**“, der durch beruhigende Medikamente verhindert werden soll, ist bei guter psychologischer Betreuung **nicht zu erwarten**. Starke **Gefühlsausbrüche** (dabei auch das Weinen des Vaters!) **sind der Situation angemessen und natürlich**. Es gibt keinen Grund, sie medikamentös zu mildern oder zu unterdrücken.

Beratung zum Abstillen

Eine Frage, die nicht selten von der betroffenen Mutter, die ihr Kind gestillt hat, dem Rettungsdienst gestellt wird, ist die Frage des Abstillens. Ihr sollte dann erklärt werden, dass die Milchproduktion als Schockreaktion auf den Tod ihres Kindes spontan versiegen kann. Ist dies nicht der Fall, sollte ihr geraten werden, umgehend Kontakt zu ihrem Frauenarzt oder ihrer Frauenärztin oder zu ihrer Hebamme aufzunehmen.

Aufmerksamkeit für Geschwister

Für hinterbliebene **Geschwister** erweist sich der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings als extrem **schwierig zu bewältigen**, denn er ist für sie in mehrfacher Hinsicht belastend. Sie empfinden nicht nur - je nach Alter unterschiedlich - ei eigene Trauer, sondern auch die Traueratmosphäre und emotionale Krise der Familie. Beschrieben werden Einsamkeitsgefühle und

damit verbunden Angst und Irritation. Schließlich kann die Geschwistertrauer von massiven Schuldgefühlen begleitet sein, weil die natürlichen Eifersuchtsgefühle gegen das Geschwisterkind mit dessen Tod in Verbindung gebracht werden.

Um **körperliche Störungen und Verhaltensauffähigkeiten**, die nicht selten bei hinterbliebenen Geschwistern beobachtet werden, vorzubeugen, empfiehlt es sich, ihnen bereits in der Akutsituation besondere Aufmerksamkeit zu schenken und sie **keinesfalls auszugrenzen**. Sinnvoll ist es auch, die Eltern zu fragen, ob sie Hilfe bei der Betreuung ihrer hinterbliebenen Kinder benötigen und mit ihnen gemeinsam zu überlegen, wer hierfür in Frage käme.

Im übrigen ist es ausgesprochen wichtig, den betroffenen Eltern zu versichern, dass **ältere Kinder nicht SID-gefährdet** sind.

Nach dem Tod eines Zwillinges

Nach dem Tod eines Zwillinges ist eine häufige Frage der Eltern an den Rettungsdienst die nach der Gefährdung des überlebenden Kindes. Ihnen ist zu raten, das überlebende Kind **sorgfältig klinisch untersuchen** zu lassen. Zwar gibt es Einzelberichte über Zwillinge, die beide in derselben Nacht gestorben sind, insgesamt ist das Risiko für überlebende Zwillingkinder mit weniger als einem Prozent jedoch nicht höher als für nachgeborene Geschwister allgemein. Der in der Vergangenheit oft gegebene Rat, das überlebende Zwillingkind **stationär aufzunehmen**, erscheint daher nicht generell gerechtfertigt. Nur bei **Vorliegen klinischer Symptome**, die mit einem erhöhten Säuglingstod-Risiko einhergehen können (vor allem Infektzeichen), sollte die Indikationsstellung zur Klinikeinweisung eher großzügig erfolgen.

Bildung einer Kontaktkette

Zu den problematischen Auswirkungen, die der Plötzliche Säuglingstod langfristig hat, gehört die **soziale Isolation** der betroffenen Familie. Es ist anzunehmen, dass es vor allem die Sprachlosigkeit und Unsicherheit angesichts des tragischen Ereignisses ist, die viele Außenstehende mit Rückzug reagieren lässt. Aber auch der Polizeieinsatz beim plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings kann, selbst wenn die Beamten der Familie mit hoher Sensibilität begegnen, Anlass zu Misstrauen geben oder sogar zur **Diskriminierung** der betroffenen Familie führen.

Wichtige, **präventiv wirkende Maßnahmen**, die bereits in der Akutsituation eingeleitet werden sollten, sind neben umfassender Aufklärung zum SID und zum Polizeieinsatz verschiedene Formen des Kontaktaufbaus. So sollte der Familie auf jeden Fall angeboten werden,

Verwandte, Freunde oder auch Nachbarn anzurufen, damit sie nach dem Notfalleinsatz nicht allein zurückbleiben müssen.

Weiterhin kann die Kontaktvermittlung zu einem **Geistlichen** vorgeschlagen werden.

Schließlich ist es wichtig, auf die organisierte **Elternselbsthilfe** hinzuweisen.

Wenn möglich, sollte die Adresse! Telefonnummer von regionalen oder bundesweiten Organisationen weitergegeben werden, in denen sich Eltern, die vom Tod eines Kindes betroffen sind, zusammengeschlossen haben (wie GEPS, Verwaiste Eltern oder Regenbogen Initiative). Nähere Informationen sind auch über **regionale Selbsthilfekontaktstellen** erhältlich.

Um **Vorurteilen** sogleich entgegenzuwirken, kann der Familie auch angeboten werden, mit Außenstehenden über den Plötzlichen Säuglingstod zu sprechen und mögliche Fragen zu beantworten. Je früher in der näheren und auch weiteren Umgebung der Familie sachlich und kompetent über den Plötzlichen Säuglingstod informiert bzw. gesprochen wird, desto eher lassen sich spätere Missverständnisse und Vorurteile vermeiden.

Wahl der passenden Worte

Grundsätzlich gilt für das erste Gespräch mit akut Trauernden, dass eher sparsam mit **Worten** umgegangen werden sollte. Die Erstbetreuung einer Familie unmittelbar nach dem plötzlichen und unerwarteten Tod ihres Säuglings bildet insofern eine Ausnahme, da hier - wie oben ausgeführt - **umfassende Erklärungen wesentlicher Bestandteil** der psychologischen Ersten Hilfe sind. Gleichwohl muss darauf geachtet werden, dass das Gesagte die Betroffenen erreicht. Es sollten möglichst **klare** und **eindeutige Sätze** gewählt werden, durch **Pausen** wird Zeit zur Orientierung gegeben.

Unbedingt vermieden werden sollten

Sätze, die den **Tod relativieren** („*vielleicht war es das Beste*“ oder „*es war doch noch ganz klein, besser jetzt als später*“) oder Sätze die die **Gefühle** der Trauernden **beurteilen** („*ich weiß, wie's Ihnen jetzt geht*“) oder **gängige, unüberlegte Formulierungen** wie „*Sie sind ja noch jung, sie können doch noch weitere Kinder bekommen*“ oder „*Gott sei Dank haben Sie ja noch weitere Kinder*“. Diese Sätze können vielleicht diejenigen trösten, die helfen wollen, für **betroffene Eltern** sind sie **sehr verletzend**. Sprachlosigkeit, Irritation und **Ratlosigkeit** der professionellen **Helferinnen und Helfer** muss nicht verborgen, sondern **kann angesprochen werden** („*ich weiß gar nicht, was ich jetzt sagen soll*“ oder „*mir fehlen die Worte*“ oder „*es tut mir leid, dass wir Ihrem Kind nicht helfen konnten*“). Aus der Perspektive der Eltern und Geschwister wird dadurch eine **Brücke zu** ihnen geschlagen.