

zeichen, Ausschluss einer Fremdkörperaspiration.

**I** Als verantwortlicher Notarzt zu einem plötzlichen Kindstod gerufen zu werden, stellt eine extrem belastende Situation dar und sollte daher (auch) Bestandteil von Simulationstrainings sein.

### Beim SIDS ist man als Notarzt schnell hin- und hergerissen zwischen:

- der eigenen Hilflosigkeit und dem Wunsch, den Ort des Geschehens zu verlassen
- der per se aussichtslosen Situation bei sicheren Todeszeichen (dann Umschalten auf: Trauerbegleitung notwendig? Unsinnigen Aktionismus unbedingt vermeiden!)
- der Aufforderung seitens der Eltern, die Reanimationsbemühungen nicht einzustellen
- der extrem schwierigen Aufgabe, den Eltern klarzumachen, dass ihr gestern noch völlig gesundes Kind nicht wieder aufwachen wird
- der ebenso schwierigen Aufgabe, den Eltern zu erklären, dass ihr Kind ggf. zur Obduktion mitgenommen werden muss

→ Psychologischen Notdienst, ggf. Kriseninterventionsdienst und/oder Seelsorger rufen und sich um die Angehörigen kümmern (lassen).

→ Den Eltern ist grundsätzlich eine Obduktion anzubieten/zu empfehlen, um die Todesursache zu klären und sie von Fremd- und Selbstvorwürfen zu entlasten (»Ich habe bei meinem Kind etwas übersehen«). Dies muss durch qualifiziertes Personal (Notarzt, Kriseninterventionsteam) erfolgen und mit einer mündlichen und schriftlichen Aufklärung über die Obduktion einhergehen. In vielen Ländern wird jeder SIDS-Fall einer Autopsie zugeführt (Verpflichtung zur Autopsie bei jedem unklaren Todesfall).

→ Auf der Todesbescheinigung **Todesursache »ungeklärt« ankreuzen** sowie Polizei/Kripo anfordern und informieren. Die Eltern informieren, dass dieses Vorgehen keine Schuldzuweisung darstellt, sondern in ihrem Interesse ist (ggf. so

kostenfreie Obduktion). Der Staatsanwalt kann (muss aber nicht) bei »ungeklärter« Todesursache eine rechtsmedizinische Obduktion anordnen. Die Polizei arbeitet meist mit einem bestimmten Bestattungsunternehmen zusammen.

→ Den Eltern unbedingt die Möglichkeit geben, sich von ihrem Kind zu verabschieden.

→ Dem Trauerprozess angemessenes Verhalten von allen am Einsatzort anwesenden Personen ist ggf. einzufordern!

→ Der Begriff »Kindesmisshandlung« darf auf keinen Fall in der Akutsituation fallen!

**Monitoring** Pulsoxymeter (Hf, S<sub>a</sub>O<sub>2</sub>), BD, EKG (falls möglich ausdrucken)

**Proz. auf der ITS** Weitere Reanimation (ABCD) oder Einstellen der Maßnahmen bei fehlendem Ansprechen:

Bei *Ansprechen*: → Beatmung, Kreislauftherapie (inotrope Substanzen) und Therapie der Ursachen (z. B. Sepsis) und Folgeprobleme → weitere Diagnostik in Abhängigkeit von der Situation (► »Abklärung ALTE«)

Bei *letalem Ausgang*: → auf der Todesbescheinigung die Todesursache »ungeklärt« ankreuzen → ggf. Hirntoddiagnostik → Elterngespräche: Aufklärung über die medizinischen Befunde bzw. die Obduktion, Hilfestellung durch ein Kriseninterventionsteam anbieten, Adresse der Gemeinsamen Elterninitiative »Plötzlicher Säuglingstod« (GEPS, [www.sids.de](http://www.sids.de)) weitergeben

**Abklärung ALTE (apparent life threatening event):** Nach jedem ALTE muss geklärt werden, ob es sich wirklich um ein solches Ereignis gehandelt hat (► Def. S. 391) und ob diesem eine behandelbare Ursache zugrunde gelegen haben könnte (findet sich bei ca. 1/3 der Fälle), da dann ggf. weiteren Ereignissen vorgebeugt werden kann. Ein Vorschlag für im Rahmen dieser Abklärung zu berücksichtigende Punkte ► Tab. 47-1 (LOE 4).

**Tab. 47-1** Vorschlag für im Rahmen der Abklärung eines ALTE zu berücksichtigende Punkte (modifiziert nach [330, 332])\*

Frage/Untersuchung	Grund für Frage/Untersuchung	
Anamnese		
<b>während/nach Ereignis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hautfarbe (blass/blau/grau)</li> <li>● Dauer (s/min)</li> <li>● Bewusstseinszustand (wach/schlafend/bewusstlos)</li> <li>● Beendigung (spontan/Stimulation/Reanimation)</li> <li>● Zeitraum bis zur vollständigen Erholung</li> </ul>	Abschätzung der Schwere des ALTE
<b>unmittelbar vor Ereignis</b>	Angst, Schreck	Affektkrampf («breath-holding spell»)
	plötzliches Geräusch, gefolgt von Schreckreaktion	Hyperekplexie («startle disease«)
	Husten, Würgen, Erbrechen	Aspiration, tracheoösophageale Fistel, laryngealer Chemoreflex
	Mahlzeit	gastroösophagealer Reflux
	Augenverdrehen, Zuckungen, Steifwerden	Krampfanfall
	Tremor, profuses Schwitzen	Hypoglykämie, Hypocalcämie
<b>Stunden/Tage vor Ereignis</b>	Fieber, Erkältung, Durchfall	Infektion (z. B. RS-Virus, Rotavirus)
	abnorme Schläfrigkeit/Irritabilität	Meningitis, Reye-Syndrom
	Schnarchen	obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom
	Stridor	Laryngo- oder Tracheomalazie
	etliche Stunden ohne Nahrung (± Infektion)	Medium-Chain-Acyl-CoA-Mangel
	Zyanose beim Schreien oder Füttern	Herzfehler, BPD
	Kind alt genug für Ingestion	toxikologisches Screening
<b>Wochen/Monate vor Ereignis</b>	langsame Abnahme der motorischen Aktivität	spinale Muskelatrophie, Myopathie
	Pertussis- oder RSV-Infektionen in Umgebung	Pertussis, Bronchiolitis
	Frühgeburtlichkeit, bronchopulmonale Dysplasie	hypoxische Anfälle bei BPD
	SIDS/ALTE bei Geschwister	Stoffwechselstörung, verlängerte QT-Zeit
	weitere Ereignisse, immer in Gegenwart derselben Person beginnend	Münchhausen-by-Proxy-Syndrom