


Prof. Dr. med. habil. Ekkehart Paditz

Vorsitzender des Babyhilfe Deutschland e.V.  (www.babyhilfe-deutschland.de, www.babyschlaf.de),
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM, www.dgsm.de), Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, 01307 Dresden, Fetscherstr. 74, Tel. 0351. 458 3160, Fax 0351. 458 5772, Mail: Ekkehart.Paditz@uniklinikum-dresden.de oder post@babyschlaf.de

Prävention des plötzlichen und unerwarteten Säuglingstodes (SID, sudden infant death)

„Und der Sohn dieser Frau starb in der Nacht, denn sie hatte ihn im Schlaf erdrückt“ (Die Bibel, Altes Testament, 1. Buch der Könige, Kapitel 3, Salomos Urteil, Vers 19)

„Einfach guter Hoffnung sein, darf man das noch?“ „Aus den über 9.000 Fragen ... habe ich diese für die Diskussion ausgewählt, weil Schwanger sein heute mehr zu tun hat mit Kontrolle, Überwachung und Fahndung nach Krankheit als mit Vermittlung von Gelassenheit, Zuversicht und Vertrauen ins werdende Leben.“ (Magdalene Weiß, Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen e.V. in: DIE ZEIT v. 19. Mai 2004, S. 32)

Sehr geehrte Frau Weiß, sehr geehrte Frau Borrmann, sehr geehrte Frau Ehle**, sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,*

in Deutschland sterben jährlich mehr Kinder am plötzlichen und unerwarteten Säuglingstod (SID, sudden infant death) als z.B. an tödlich verlaufenden Schul- und Wegeunfällen oder an Krebs und an dessen Komplikationen^{***}. Dennoch können wir wirklich guter Hoffnung sein und sollten uns weiterhin fachübergreifend engagiert verbünden, um Schwangeren, Eltern, Großeltern und Babysittern jene gut strukturierte Gelassenheit in Form konkreter Pflege- und Verhaltenshinweise, jene Zuversicht und jenes glückliche Vertrauen zu vermitteln, für das innerhalb der eingangs zitierten Initiativen der „Aktion Mensch“ plädiert wurde.

Informationskampagne mit guten Botschaften

Tatsächlich arbeitet die zielgruppenorientierte Informationskampagne zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes ganz bewusst in erster Linie mit guten Botschaften, die mit klaren Pflege- und Verhaltenshinweisen untersetzt und verbunden ist:

„Dein Baby schläft am sichersten in Rückenlage, im Schlafsack und rauchfrei.“
(www.babyschlaf.de, www.babyhilfe-deutschland.de, Info- und Beratungstelefon 0180. 50 99 555, 12 Ct./Min.).

* Brigitte Borrmann, 1. Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes und Mitglied der Arbeitsgruppe zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales

** Sigrid Ehle, 1. Vorsitzende des Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied der Arbeitsgruppe zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern und Moderatorin des Nachmittagsplenums vom 18.05.2004 innerhalb des X. Hebammenkongresses in Karlsruhe

*** Im Jahre 2001 sind in Deutschland 429 Säuglinge am plötzlichen Kindstod (SID) gestorben. Etwa 280 Kinder bis zu einem Alter von 15 Jahren sterben in Deutschland pro Jahr an Krebs und dessen Komplikationen. An tödlich verlaufenden Schul- und Wegeunfällen sind im Jahre 2002 genau 120 Kinder bis zum 15. Lebensjahr ums Leben gekommen. Der plötzliche und unerwartete Säuglingstod (SID) ist damit jenseits der Neugeborenenperiode die häufigste Todesursache im Kindesalter.

Hebammen als wichtige Ratgeber und Meinungsbildner

Zahlreiche Beratungsgespräche haben ergeben, dass Schwangere, Eltern, Großeltern und Babysitter viele konkrete Fragen haben und für konkrete und ehrliche Antworten dankbar sind. Konkret bedeutet, dass Pflegehinweise konkret genug sein müssen, um in den normalen Alltag zu passen und im alltäglichen Pflegeverhalten sowie im eigenen Verhalten umgesetzt bzw. angewendet werden zu können. Ehrlich bedeutet, dass wir auch die Grenzen unseres Wissens und unserer Möglichkeiten ansprechen sollten, um glaubwürdig zu bleiben. Ehrlichkeit, Hilfsbereitschaft, Empathie und Kompetenz sind die wesentlichen Säulen für die Herausbildung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Ratgeber und ratsuchenden Familien. Dies betrifft auch das Selbstverständnis der medizinischen Ratgeber, die damit zu wesentlichen Meinungsbildnern werden. Insbesondere Ärzte müssen schon innerhalb des Medizinstudiums und innerhalb von Pflegepraktika lernen, dass es keine „Götter in Weiß“ gibt, die alles beherrschen, sondern dass zwar zunehmend mehr effektive diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügbar sind sowie dass wir auch die Grenzen unseres Wissens zu erkennen und zu benennen haben. Wir vermitteln deshalb in der Ausbildung von Hebammenschülerinnen, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern, Krankenschwestern, Krankenpflegern, Medizinstudentinnen und –studenten, dass das ehrliche Gespräch und die persönliche Zuwendung unverzichtbar zu unserem guten Handwerk gehören.

Im Falle der Prävention des gefürchteten plötzlichen und unerwarteten Säuglingstodes sind wir heute in der glücklichen Lage, dass auf der Grundlage zahlreicher Fall-Kontroll- und Interventionsstudien die Möglichkeit besteht, nur durch die Weitergabe von Informationen die SID-Häufigkeit um 80-90% (!!) zu vermindern. In Deutschland werden pro Jahr ca. 719.000 Kinder geboren. Alle 15.000 Hebammen, die im Bund Deutscher Hebammen e.V. organisiert sind, haben demnach rein rechnerisch pro Hebamme bei ca. 48 Frauen und Familien pro Jahr die Chance, die wenigen erforderlichen und potenziell lebensrettenden Informationen über den gesunden Babyschlaf zu übermitteln. In dieser Chance liegt zugleich eine sehr große Verantwortung, die vielen Familien großes Leid in der Trauer um ihr Kind ersparen kann. Da etwa 50% aller Schwangeren Erstgebärende sind, erneuert sich die Zielgruppe der Informationskampagne ständig. Jungen Frauen unter 20 Jahren und alleinstehenden Frauen sollten Sie sich in besonderem Maße zuwenden, damit die wenigen guten Botschaften hinsichtlich Rückenlage als Schlafposition für das Baby, hinsichtlich des Schlafsackes zur Vermeidung des Überdeckens und der Überwärmung sowie hinsichtlich des Verzichtens auf das Rauchen bereits während der Schwangerschaft auch bei diesen Frauen ankommen, denn in dieser Gruppe ist die Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes erhöht. Ausserdem möchte ich Ihnen die Gruppe der Mehrfachgebärenden ans Herz legen. Innerhalb von Geschwisterreihen erfolgt der plötzliche Säuglingstod überdurchschnittlich häufig z.B. beim 3. oder 4. Kind oder bei weiteren Kindern. Umfragen haben ergeben, dass Eltern, die schon mehrere Kinder haben, weniger aktuelle Informationen über Säuglingspflege etc. aufnehmen als Erstgebärende, da sie ja schon „die alten Hasen“ mit vielen konkreten eigenen Erfahrungen sind. Gleichzeitig zeigte sich, dass diese Eltern in den Sprechstunden und Kursen weniger häufiger aktiv angesprochen werden, da seitens der Ratgeber vermutet wurde, dass hier ja schon eigene Erfahrungen vorliegen. Deshalb sollten Sie als Hebammen gerade auch den Schwangeren und Eltern, die das 2., 3. oder 4. oder ein weiteres Kind erwarten, ihren großen und aktuell intensiv erarbeiteten Erfahrungsschatz hinsichtlich konkreter Pflege- und Verhaltenshinweise übermitteln.

Definition SID inkl. Autopsie

SID ist der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings jenseits der Neugeborenenperiode im ersten Lebensjahr, der ohne erkennbare Hinweise auf eine akute Erkrankung plötzlich und unerwartet in aller Regel im Schlaf auftritt. Das tragische Ereignis kann während des Nachtschlafes oder auch während des Schlafes am Tage, z.B. während der Mittagsruhe auftreten. Die Eltern haben ein scheinbar gesundes Kind ins Bett gelegt und finden nur noch ein totes und nicht mehr reanimierbares Kind vor. Anamnestisch und klinisch kann immer nur der Verdacht auf einen plötzlichen Säuglingstod geäußert werden. Die Sicherung der Diagnose und damit der Ausschluß organischer Ursachen für das plötzliche Versterben des Kindes kann nur autoptisch erfolgen. Die Autopsie gehört deshalb zur Definition des SID. Ohne Autopsie kann diese Diagnose nicht ausreichend sicher gestellt werden, da z.B. ein akuter Darmverschluss auch zu einem plötzlichen Tod führen kann und erst die Autopsie bringt diese Diagnose als Ursache zu Tage. Den betroffenen Eltern sollte in der konkreten Situation immer zur Autopsie des verstorbenen Kindes geraten werden, da dadurch auch das Kausalitätsbedürfnis der Eltern, der Verwandten und Bekannten einigermaßen gestillt werden kann. Zahlreiche Gespräche haben gezeigt, dass die Trauerarbeit für die betroffenen Familien besser zu bewältigen ist, wenn ihnen zur Autopsie geraten wurde, da viele quälende Fragen dann leichter bewältigt werden können.

Die Babyhilfe Deutschland setzt sich dafür ein, dass Eltern die Autopsieergebnisse nicht nur durch Kriminalbeamte vorgelegt bekommen, sondern dass sie diese für den medizinischen Laien kaum zu verstehenden umfangreichen Befunde immer in einem angemessenen Umfeld übermittelt und menschlich verkraftbar interpretiert bekommen; in einem räumlichen Umfeld und in der Gegenwart kompetenter Kinderärzte und ggf. auch Rechtsmediziner und/oder Kinderpathologen sowie weiterer Personen (z.B. einer Hebamme, eines Psychologen oder Theologen ihrer Wahl). Dadurch soll sichergestellt werden, dass betroffene Familien bei Bedarf jederzeit offene Türen, d.h. fürsorgliche, kompetente und gut strukturierte Hilfs- und Beratungsangebote finden können und in ihrer Trauer nicht allein gelassen werden. Neben der psychologischen Unterstützung spielen dabei auch Fragen des SID-Wiederholungsrisikos eine sehr grosse Rolle.

Häufigkeit SID

Zwischen 1980 bis 2001 sind in Deutschland 18.285 Kinder am plötzlichen Säuglingstod gestorben (www.gbe-bund.de, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Stand vom 31.12.2003). Dies entspricht bei Annahme einer durchschnittlichen Klassenstärke von 25 Kindern 731 Schulklassen. Im Jahre 2001 fielen dem plötzlichen Säuglingstod 429 Kinder zum Opfer. Bezogen auf 1.000 Lebendgeburten sind dies 0,58 SID-Fälle pro 1.000 Lebendgeburten. In den Niederlanden liegt die aktuelle Ziffer bei 0,11 pro 1.000 Lebendgeburten. Im Regierungsbezirk Dresden sind mehrfach Ziffern von 0,08 bis 0,16 pro 1.000 Lebendgeburten registriert worden. Sachsen hat die drei Regierungsbezirke Dresden, Leipzig und Chemnitz. Die SID-Häufigkeit in Sachsen lag im Jahre 2002 bei 0,25 pro 1.000 Lebendgeburten, in Nordrheinwestfalen war im gleichen Jahr eine Häufigkeit von 0,75 pro 1.000 Lebendgeburten zu verzeichnen. Im internationalen Vergleich bildet Deutschland damit eines der Schlußlichter, da bundesweit abgestimmte konzertierte Präventionskampagnen leider noch nicht in allen Bundesländern in Gang gekommen sind.

In den Niederlanden werden seit mehreren Jahren weltweit die niedrigsten SID-Häufigkeitsziffern gemessen – dank einer konsequenten zielgruppenorientierten Informationskampagne, die von der Stiftung Wiegendood koordiniert wird (www.wiegendood.nl) und dank einheitlicher Kommunikationsstrategien aller beteiligten medizinischen Berufsgruppen und –Fachverbände. In Deutschland deutet sich eine ähnlich breite Koalition zahlreicher engagierter Selbsthilfegruppen, Fachverbände, bürgerschaftlicher Initiativen und politischer Verantwortungsträger an:

1. Im März 2003 wurde das „Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland“ publiziert, dem sich zahlreiche führende Experten, Vertreter aus Sozialministerien, der Bund Deutscher Hebammen e.V. mit seiner Präsidentin Magdalene Weiß, der Sächsische Hebammenverband mit seiner 1. Vorsitzenden Brigitte Borrmann, der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und die Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS) e.V. angeschlossen haben. (www.babyschlaf.de, Dokumente sowie Weiterbildung/Tagungsband).
2. Am 2./3. Juli 2003 hat die 76. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Chemnitz im TOP 7.2 beschlossen, dass die SID-Prävention in allen Bundesländern Deutschlands auf der Grundlage dieses Konsenspapiers wesentlich intensiviert werden soll, da dieses Konsenspapier mit den darin beschriebenen positiv orientierten einfachen Informationskampagnen insbesondere auch die Gewähr bietet, eine breite Öffentlichkeit inkl. sozial schwacher Gruppen zu erreichen. (www.babyschlaf.de, Dokumente sowie Weiterbildung/Tagungsband).
3. Am 23./24. Januar 2004 fand daraufhin in Dresden die 1. bundesweite Experten- und Fortbildungskonferenz SID-Prävention in Deutschland statt, auf der sich zahlreiche Kinderärzte, Frauenärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Politiker, Vertreter von Krankenkassen und betroffene Eltern zusammenfanden. Innerhalb dieser Tagung wurde deutlich, dass eine bundesweite Plattform benötigt wird, um Präventionspolitik am Beispiel der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes zügig und effektiv in die Tat umzusetzen. (Der Textband und eine umfangreiche Fotodokumentation dieser Tagung sind im Internet einsehbar: www.babyschlaf.de, dort unter Weiterbildung).
4. Die Gründung des Babyhilfe Deutschland e.V. am 22.04.2004 in Dresden stellt den folgerichtigen nächsten Schritt dieser zielgerichteten Entwicklungslinie dar. Das Ziel ist, die Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes auch in Deutschland auf oder unter das Häufigkeitsniveau der Niederlande zu senken. Wenn wir eine Häufigkeit von 0,09 SID-Fällen pro 1.000 Lebendgeburten in Deutschland anstreben, würde dies im Vergleich zum Jahre 2001 nicht 429 plötzliche Todesfälle, sondern 362 Fälle weniger bedeuten. Aus diesem Grunde rufen wir dazu auf:

„Jeden Tag soll in Deutschland ein Baby mehr als bisher am Leben bleiben.“

Dieses hochgesteckte Ziel ist aus mindestens zwei Gründen durchaus realistisch. Erstens wurde das niedrige niederländische Häufigkeitsniveau im Regierungsbezirk Dresden in einigen Jahrgängen mit 0,08/1.000 bereits unterschritten. Zweitens gehen etwa 30% der SID-Fälle auf das Konto der Tabakrauchexposition während und nach der Schwangerschaft; diesem Problem wird in Sachsen mit dem ersten proaktiven Raucherberatungstelefon in Deutschland begegnet, das mit Unterstützung der AOK Sachsen speziell für Schwangere und für rauchende Mütter von Säuglingen im Rahmen der SID-Prävention eingerichtet wurde (www.babyschlaf.de). In den Niederlanden wird das Problem des Rauchens nicht derartig offensiv und konstruktiv angegangen. Insofern besteht die berechtigte Chance, in den nächsten Jahren eine deutliche Senkung der SID-Häufigkeit auch in Deutschland zu erreichen. Zur Gründung des Babyhilfe Deutschland e.V. wurde im historischen Landschaftspark des Dresdner Lingnerschlusses eine Buche als Symbol des Lebens gepflanzt, zum Tag des Kindes am 1. Juni 2004 erhalten alle Neugeborenen dieses Tages vom Babyhilfe Deutschland e.V. gemeinsam mit der Stiftung „Ein Herz für Kinder“ einen Babyschlafsack geschenkt (www.babyhilfe-deutschland.de). In der Organisation arbeiten drei Beiräte: der Länderbeirat, der wissenschaftliche Beirat und der Beirat der Selbsthilfegruppen. Hebammenschülerinnen aus ganz Deutschland entwickelten innerhalb des Treffens in Dresden vom 24. April 2004 für das Logo des Babyhilfe Deutschland den Slogan „Menschen mit Herz“.

Präventionsansätze

Die Ursache des plötzlichen Säuglingstodes ist leider weiterhin unbekannt. Es ist nach dem derzeitigen Kenntnisstand und mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden auch nicht möglich, potenzielle „Risikokandidaten“ vorher zu ermitteln. Die Anzahl der Theorien über die Ursachen des plötzlichen Säuglingstodes dürften bereits bei mehr als 200 Theorien liegen. Angesichts des Leids der betroffenen Familien und der Tatsache, dass es sich beim plötzlichen Säuglingstod in Deutschland noch immer um die häufigste Todesursache im Kindesalter jenseits der Neugeborenenperiode handelt, muss jeder Impuls offen und kritisch aufgenommen und hinterfragt werden. Klare Ergebnisse können aber nur zwei Formen von Studien liefern:

- 1. Fall-Kontroll-Studien sowie**
- 2. Interventions-Studien.**

Die Ergebnisse dieser Studien müssen in statistischer Hinsicht kritisch geprüft werden. Erst sogenannte Metaanalysen, d.h. der Vergleich der Ergebnisse mehrerer kritisch geprüfter Studien lassen den Schluss zu, dass es sich um gerechtfertigte Schlussfolgerungen handelt. Einzelne Beobachtungen sollten immer aufmerksam registriert und analysiert werden, können Anregungen für die Planung von Studien liefern, sie können aber die Aussagen sachgerecht angelegter Studien nicht ersetzen. In gleicher Weise werden sogenannte „Expertenmeinungen“ nur mit einem sehr geringen „Evidenzniveau“ eingeschätzt, wenn sie nicht mit entsprechenden Daten aus fundierten Studien unterlegt werden können.

In Fall-Kontroll-Studien werden vor Studienbeginn festgelegte Faktoren bei den Kindern untersucht, die am plötzlichen Säuglingstod gestorben sind. Gleichzeitig werden diese Faktoren bei mehreren gesunden Säuglingen aus der gleichen Region, die sich im gleichen Alter befinden und das gleiche Geschlecht aufweisen, untersucht. SID-„Fälle“ werden demnach mit mehreren gesunden „Kontrollen“ verglichen. In zahlreichen Studien haben sich die bereits oben genannten drei Faktoren Bauchlage, Überdecken und Tabakrauchexposition wesentlich häufiger bei SID-Opfern als bei lebenden Säuglingen gefunden:

1.1. „Dein Baby schläft am sichersten in Rückenlage“

SID-Opfer wurden sehr oft in Bauchlage oder in Seitenlage zum Schlafen hingelegt und auch in Bauchlage tot aufgefunden; bei lebenden gesunden Säuglingen war dies viel seltener der Fall. Für die Bauchlage ließ sich daraus ein relatives Risiko von 9 berechnen, d.h. das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben, steigt um das 9-fache, wenn das Baby in Bauchlage nachts oder zur Mittagsruhe zum Schlafen gelegt wird. Die Bauchlage gilt mittlerweile als der am besten und durch viele Studien (d.h. durch unermesslich viele Totenscheine und durch das Leid betroffener Familien !) gesicherte Risikofaktor für den plötzlichen Säuglingstod. Viele Kinderkliniken haben deshalb auch begonnen, Dienst-anweisungen zu erlassen, dass Säuglinge nur in Rückenlage zum Schlafen zu legen sind und dass

die Lagerung in Seitenlage oder in Bauchlage eine Ausnahmesituation darstellt, die einer ärztlichen Anordnung bedarf. Kulturhistorische Analysen zeigen, dass Babys in den vergangenen Jahrhunderten schon immer in Rückenlage zum Schlafen gelegt wurden. Albrecht Dürer malte z.B. das Christkind in seinem Dresdner Altar aus dem Jahre 1496 als schlafenden Säugling bzw. als Kleinkind in Rückenlage (Abbildung siehe www.babyschlaf.de). Eines der realistischsten Abbilder des Pflegeverhaltens früherer Generationen zeigen Bilder des Malers Otto Dix, der mehrfach schlafende Kleinkinder und Säuglinge in Rückenlage dargestellt hat (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Otto Dix (1949): Schwangere mit Kinderwagen. Darstellung eines schlafenden Säuglings in Rückenlage. Kulturhistorisch finden sich zahlreiche Hinweise, dass Säuglinge in den vergangenen Jahrhunderten in Rückenlage zum Schlafen gelegt wurden. Insofern stellt die Propagierung der Bauchlage beginnend etwa ab 1969 in Deutschland (insbesondere durch Orthopäden aus Gründen der Kräftigung der Rückenmuskulatur sowie aus den USA kommend aus Gründen der Schädelausformung) einen tragischen Traditionsbruch eines tradierten Pflegeverhaltens dar. Die „Bauchlagekatastrophe“ hat mehr Todesopfer gefordert als der Conterganskandal Opfer zählte (G.Jorch).

Pathophysiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Hirnstammdurchblutung in Bauchlage geringer ist als in Rückenlage. Aus diesem Grunde atmen Säuglinge in Bauchlage flacher als in Rückenlage und auch der Hustenreflex ist in Bauchlage weniger aktiv als in Rückenlage. Säuglinge können deshalb in Rückenlage eher und kräftiger abhusten als in Bauchlage, weil der Hustenreflex in Rückenlage viel intensiver aktiv ist. Diese Beobachtung wurde auch durch weitergehende Studien bestätigt, in denen gezeigt werden konnte, dass Säuglinge, die in Rückenlage zum Schlafen gelegt wurden, bis zum Ende des 1. Lebensjahres weniger Infekte hatten und weniger Erbrechen und Spucken aufwiesen als die Säuglinge, die in Seitenlage oder in Bauchlage zum Schlafen hingelegt wurden.

Anatomisch und physikalisch muss daran erinnert werden, dass in Bauchlage die Luftröhre unter der Speiseröhre liegt. Wenn ein Baby nach der Nahrungsaufnahme in Bauchlage zum Schlafen gelegt wird und Nahrung erbricht, hat es aus drei Gründen ein erhöhtes (!) Aspirationsrisiko im Vergleich zur Rückenlage:

- das Erbrochene wird der Schwerkraft folgend in die am weitesten unten liegende anatomische Struktur fließen, d.h. in die Luftröhre,
- der oft lebensrettende Hustenreflex ist in Bauchlage weniger aktiv als in Rückenlage, so dass in Bauchlage die Chance größer ist, dass es tatsächlich zur Aspiration kommt,
- in Bauchlage schlafen Säuglinge oft tiefer als in Rückenlage, so dass auch dadurch das Aspirationsrisiko gesteigert werden kann.

Praktische Erfahrungen aus der Intensivmedizin und aus der kinderpulmologischen Bronchoskopie zeigen auch, dass die meisten Aspirationen im Kindesalter durch Fremdkörper (Nüsse, Nußschokolade etc.), selten auch durch Puder (!) sowie bei behinderten Kindern mit Tetraparesen auftreten. Die Einführung der Rückenlage als Schlafposition für Säuglinge hat eindeutig zu keiner Zunahme von Nahrungsaspirationen geführt.

Die Seitenlage ist mit einem 2-3-fach erhöhten Risiko verbunden, am plötzlichen Säuglingstod zu versterben. Der Hintergrund dafür ist wahrscheinlich, dass die Kinder aus der Seitenlage mit größerer Wahrscheinlichkeit in die Bauchlage rollen als dies aus der Rückenlage erfolgt. In der ersten Hilfe bei

Notfallsituationen wird dagegen von der „stabilen Seitenlage“ gesprochen. Die „stabile Seitenlage“ hat sich z.B. bei bewusstlosen Patienten nach Krampfanfällen bewährt, damit die Zunge der Schwerkraft folgend nach vorn und unten fällt und die Atemwege nicht verlegt. Speichel und Erbrochenes kann bei bewusstlosen Patienten passiv nach außen ablaufen. Public-Health-Wissenschaftler machen darauf aufmerksam, dass wir Lagerungshinweise aus der Notfallmedizin nicht ohne Weiteres in das alltägliche Pflegeverhalten völlig gesunder Säuglinge übertragen dürfen. Die semantische Überschneidung zwischen „stabiler Seitenlage“ in Notsituationen beim krampfenden Patienten und der „Seitenlage als Schlafposition für den gesunden Säugling, die mit einem erhöhten SID-Risiko verbunden ist“ sollte man sich klar machen und beide Situationen ebenso klar voneinander unterscheiden. Diese Überlegung trifft auch den Kern des o.g. Zitats von Magdalene Weiß, dass das Pflegeverhalten für gesunde Säuglinge nicht mit Gewohnheiten und Begriffen aus der Notfallmedizin überfrachtet werden sollte.

Die Propagierung der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge wurde auch als „ärztlich verursachte Tragödie“ bezeichnet; eine Tragödie, die leider auch heute noch nicht vollkommen aus dem Pflegeverhalten und aus Pflegehinweisen hinsichtlich der Lagerung von Säuglingen zum Schlafen eliminiert worden ist. Die erdrückende und überzeugende Beweislast der statistischen, pathophysiologischen und kulturhistorischen Datenlage zum Risiko der Bauchlage ist ein dramatischer Appell an die Professionalität jeder Hebamme, jeder Kinderkrankenschwester, jedes Kinderkrankenpflegers, jedes Kinderarztes und jedes Frauenarztes, diese Daten zur Kenntnis zu nehmen und entsprechend verantwortungsvoll und klar weiterzugeben: „Dein Baby schläft am sichersten in Rückenlage.“

Diskussion. In der Diskussion wurde auf einen Säugling aufmerksam gemacht, der in Rückenlage erbrochen hatte. Diese Situation wird sich leider nie vollkommen ausschließen lassen. Trotzdem sollten folgende Fragen erlaubt sein, die in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nicht umfassend diskutiert werden konnten:

- hatte das Kind ausreichend Zeit für ein „Prösterchen“, bevor es hingelegt wurde ?
- war das Erbrechen evtl. der Beginn eines akuten Infektes ?
- welcher Gefährdung wäre dieses Kind in Bauchlage unterworfen gewesen, wenn man daran erinnert, dass viele Kinder in Bauchlage im eigenen Erbrochen liegend tot aufgefunden worden sind ? Möglicherweise wäre die gleiche Situation beim Erbrechen in Bauchlage fatal ausgegangen, da das Aspirationsrisiko in Bauchlage anatomisch und infolge der Schwerkraft (die Trachea liegt unten !) größer ist und da der Hustenreflex in Bauchlage schwächer ist als in Rückenlage.

1.2. „Dein Baby schläft am sichersten im Schlafsack“

Kinder, die am plötzlichen Säuglingstod gestorben sind, wurden in sehr vielen Fällen überdeckt unter der Bettdecke, unter einem Kopfkissen, mit Mund und Nase angepreßt an einem Nestchen oder unter einem großen Kuscheltier tot gefunden. Leider wird auch das eingangs erwähnte biblische Zitat durch die Kriminalbeamten und Rechtsmediziner immer wieder bestätigt: Tod des Säuglings durch den Körper des tief schlafenden Vaters oder durch den Körper, die Kleidung oder die Bettdecke der erschöpft und tief schlafenden Mutter. Das tragische pathophysiologische Korrelat ist das Überdecken des schmalen Abstandes zwischen Mund und Nase inkl. der Mund- und Nasenöffnung. Statistisch erhöht sich das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben, durch das Überdecken um das 22-fache. Damit wird das Überdecken zum stärksten Risikofaktor für den plötzlichen Säuglingstod überhaupt.

Schwangere, Eltern und Babysitter haben ein Recht auf klare und aktuelle Informationen. Doch was sollen sie wohl mit der Information anfangen „Überdecken erhöht das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu versterben, um das 22fache?“. Die Information ist richtig, hinterläßt aber höchstens Angst und Ratlosigkeit. Wenn daraus ein individueller Handlungsimpuls entstehen sollte, könnte z.B. geschlossen werden, dass man die Decke anbinden sollte, um zu erschweren, dass das Baby unter die Decke rutscht. Zum Teil wurde vorgeschlagen, das Baby mit den Füßen bis an die untere Bettkante zu legen, damit es nicht noch weiter nach unten und damit unter die Bettdecke rutschen könnte. Im 18. und 19. Jahrhundert wurden Metall- und Holzgitter in Form halbrunder Hauben und Gitter gebaut, die über den schlafenden Säugling gestellt wurden, um das Überdecken zu vermeiden. Aus diesen Aufzählungen läßt sich schlussfolgern: wir brauchen nicht nur Informationen, sondern begründbare und dennoch einfache Pflege- und Verhaltenshinweise, die auch im Alltag angewendet werden können. Die Empfehlung eines Schlafsackes kommt dieser Intention nahe (Tabelle 1).

Tabelle 1: Vorteile von Babyschlafsäcken

- im Babyschlafsack ist ein Säugling „gut eingepackt“, d.h. er kann sich im Gegensatz zum Zudecken mit einer Bettdecke nicht freistrampeln,
 - ein gut sitzender Schlafsack verhindert bei gleichzeitig fehlendem Kopfkissen, fehlendem Nestchen und beim gleichzeitigen Verzicht auf eine Bettdecke und auf ein größeres Kuscheltier weitestgehend das Überdecken des schlafenden Babys,
 - gleichzeitig kann durch einen geeigneten Schlafsack** und durch eine den Raumtemperaturen angepaßte Kleidung des Säuglings eine Überwärmung des Kindes weitestgehend vermieden werden,
 - Schlafsäcke vermindern die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Baby von selbst von der Rückenlage in die Bauchlage dreht,
 - Schlafsäcke können die Pflege des Kindes erleichtern, wenn z.B. der Wechsel der Windeln durch Öffnen des U-förmig umlaufenden Reißverschlusses möglich ist.
-

In zahlreichen Kinderkliniken und auch in Entbindungseinrichtungen Deutschlands wurden bereits Schlafsäcke für Säuglinge eingeführt. Damit wird der Vorbild- und Meinungsbildnerfunktion medizinischer Einrichtungen nachgekommen. Gleichzeitig wird für die Kinder in diesen Einrichtungen das SID-Risiko infolge Überdecken und Überwärmen durch zu dicke Bettdecken vermindert, denn plötzliche Säuglingstodesfälle passieren nicht nur im häuslichen Bereich, sondern sind leider auch in Kinderkliniken beobachtet worden. Manche Entbindungseinrichtungen und Kinderkliniken schenken jedem Neugeborenen bei der Entlassung aus ihrer Einrichtung einen Babyschlafsack. Derartige Projekte sind z.B. über regionale Lions-Clubs oder andere Sponsoren realisierbar. Auf die Geschenkaktion des Babyhilfe Deutschland zum Tag des Kindes am 1. Juni 2004 wurde bereits hingewiesen. Damit soll vielen Familien eine Freude bereitet werden und viele Familien sollen durch die Aktion erfahren, dass Babys am sichersten im Schlafsack schlafen. Der Wunsch der Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen in der eingangs zitierten ZEIT-Annonce der „Aktion Mensch“ nach Hoffnung, Zuversicht und Vertrauen wird durch den Namen des von uns engagierten Babyschlafsackherstellers noch verstärkt: „Kindertraum“.

1.3. Rauchfrei – auch schon während der Schwangerschaft: „Greif´ zum Hörer statt zur Zigarette“, erstes proaktives Beratungstelefon für rauchende Schwangere und Mütter in Deutschland

Es ist geschätzt worden, dass in Deutschland sofort 30% weniger plötzliche Säuglingstodesfälle auftreten würden, wenn Säuglinge nur noch in Rückenlage zum Schlafen gelegt würden. Die Zahl der SID-Fälle würde sich nochmals um 30% vermindern, wenn Schwangere und Mütter von Säuglingen nicht mehr rauchen würden. Mindestens 22% aller Schwangeren rauchen. Die durchschnittliche Zigarettenmenge liegt bei 13 Zigaretten pro Tag. Demnach werden die Kinder rauchender Frauen während der Schwangerschaft mit ca. 3600 Zigaretten oder 190 Schachteln Zigaretten pro Baby exponiert. Das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu versterben, erhöht sich dosisabhängig um das 8-fache, in Ver-

* Gegen Kuscheltiere ist prinzipiell nichts einzuwenden, wenn das Baby im Wachzustand durch keine langen Bänder (Strangulationsgefahr!) oder Knöpfe, Augen etc. (Aspirationsgefahr!) des Kuscheltieres gefährdet werden kann. In der Regel sind Kuscheltiere bereits unter diesen Gesichtspunkten „vorschriftsmäßig“ und kindgerecht hergestellt worden. Beim schlafenden Baby sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass die Größe des Kuscheltieres, das ggf. neben dem Baby zu liegen kommt, nicht den Abstand zwischen Mund und Nase überdecken kann. Am besten ist es, wenn im Bett des schlafenden Säuglings gar keine Kuscheltiere liegen und wenn Kinder dieser Altersgruppe in ihrem Bettchen nur durch mobile Kuscheltiere zum Spielen angeregt werden, die im Blick- und Greifraum des Kindes aufgehängt worden sind.

** Empfehlungen für einen optimalen Babyschlafsack liegen bisher nicht vor. Das Ziel sollten optimale Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes bei weitestgehend limitierten Risiken sein. Der plötzliche Säuglingstod tritt bei Raumtemperaturen von 16-18 Grad am seltensten auf. Überwärmung ist als SID-Risikofaktor zu betrachten. Gleichzeitig wird das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben, durch die Last der Bettdecke in 100-Gramm-Schritten gesteigert (!). Ein Baby hat seine Wohlfühltemperatur, wenn es sich im Nacken warm, aber nicht schweißig anfühlt. Kühle Finger oder eine kühle Nasenspitze bedeuten nicht, dass es dem Baby zu kühl ist. Deshalb sollten Babyschlafsäcke aus leichten Materialien bevorzugt werden, die den Raumtemperaturen angepasste Schichtdicken bzw. Wärmedämmeffekte aufweisen. Wenn der Eindruck besteht, dass es dem Baby zu kühl ist, sollte die Schichtdicke im Schlafsack (!), z.B. durch einen dickeren Strampelanzug etc. erhöht werden.

bindung mit Cosleeping auf das 17-fache. Dabei ist nicht nur das Rauchen der Schwangeren und der Mutter selbst von Bedeutung, sondern auch das Passivrauchen spielt eine Rolle.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Übermittlung dieser Informationen bzgl. des Rauchens zu keinen bedeutsamen Verhaltensänderungen führt, obwohl viele rauchende schwangere Frauen ein schlechtes Gewissen haben und auch durch ihre Umgebung unter Druck gesetzt werden. Weiterhin wissen wir, dass es immer wieder konkrete Anlässe sind, die zu einer konkreten individuellen Motivation führen können, jetzt mit dem Rauchen aufzuhören. Unter diesen Anlässen ist die Schwangerschaft im Vergleich zu einer Krebserkrankung, zu einem Herzinfarkt oder zu einem Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik (z.B. nach einem Schlaganfall) mit Abstand der stärkste Anlaß, sich mit der eigenen Motivation zu beschäftigen, das Rauchen zu beenden. Da es sich aber in den meisten Fällen bereits um eine chronische Erkrankung im Sinne einer Sucht mit entsprechender biologischer und psychischer Abhängigkeit handelt, reicht die Motivation allein in den meisten Fällen noch nicht zum Ausstieg aus der eigenen Raucherkarriere.

In Sachsen wurde deshalb mit finanzieller Unterstützung der AOK Sachsen das erste proaktive Raucherberatungstelefon innerhalb von Deutschland eingerichtet, das sich speziell an Schwangere und an Mütter von Säuglingen wendet und das einen Bestandteil des sächsischen Projektes zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes darstellt. Gemeinsam mit dem WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg wurden zunächst 7 Fachberaterinnen nach dem Heidelberger Curriculum für telefonische Raucherberatung ausgebildet und anschließend in einem mehrtägigen Intensivkurs in Dresden in der speziellen Beratungsstrategie geschult. 68% der von uns kontaktierten rauchenden Schwangeren konnten innerhalb von 14 Tagen zum Rauchstopp oder zu einer deutlichen Reduktion ihres Zigarettenkonsums gebracht werden. Diese Frauen werden bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihrer Kinder nach einem festgelegten Zeitplan mehrfach kontaktiert, so dass Aussagen über die Rückfallquoten getroffen werden können.

Das Info- und Beratungstelefon ist bundesweit und rund um die Uhr erreichbar unter der Telefon-Nr. **0180. 50 99 555** (12 Ct./Min.). Zwei Optionen werden angeboten: Hinweise zum Gesunden Baby-schlaf sowie alternativ dazu Hinweise unter dem Motto „Greif zum Hörer statt zur Zigarette“. Über kurze Infotexte kann man sich über beide Themen informieren. Es ist z.B. auch zu erfahren, wie die telefonische Raucherberatung ablaufen wird. Nie wird mit dem pädagogischen Zeigefinger gearbeitet, Vorwürfe und Schuldzuweisungen werden absolut vermeiden. Im Vordergrund stehen immer stehen konkrete und kompetente Hilfsangebote und das Verständnis für die zum Teil verzweifelte Situation der Frauen. Hebammen, Psychologen, Kinderärzte, Rechtsmediziner und Politiker aus Hamburg arbeiten an einer erweiterten Übernahme dieser proaktiven telefonischen Raucherberatung für Schwangere für den Großraum Hamburg. Proaktiv bedeutet, dass wir nicht nur auf Anrufe betroffener Frauen warten, sondern, dass wir anrufen und relativ offensiv Hilfe anbieten. Datenschutzrechtliche Fragen wurden vorab auf ministerieller Ebene geklärt. Alle Hebammen, Frauenärzte und Kinderärzte in Sachsen haben entsprechende Einwilligungsbögen erhalten, auf denen die Frauen ihre Telefonnummer und ihren Namen eintragen können. Diese Bögen werden dann im verschlossenen Briefumschlag an unser Raucherberatungstelefon geschickt.

Ein häufiger Irrtum ist, dass es durch den Rauchstopp zu fetalen oder zu kindlichen Entzugserscheinungen kommen würde. Alle Studien zu dieser Frage und auch die eigenen konkreten Erfahrungen widerlegen diese Behauptung vollkommen. Unruhezustände bei Säuglingen rauchender Mütter sind vielmehr bereits als Folge neurologischer Defizite zu betrachten. Diesen Kindern kann nur durch ausreichende Zuwendung und falls erforderlich, durch entsprechende neuropädiatrische und/oder physiotherapeutische Maßnahmen geholfen werden.

Zum Teil wird durch Hebammen oder Frauenärzte auch befürchtet, dass man Klientinnen verliert, wenn man das unangenehme Thema des Rauchens anspricht. An dieser wirtschaftlichen Überlegung ist auf den ersten Blick etwas dran. Konfrontation und Vorwurf ohne konkretes Hilfsangebot werden tatsächlich mit einiger Wahrscheinlichkeit zu einem Ausweichverhalten der Klientin – möglicherweise „zur Konkurrenz“- führen. Wenn das Thema aber sachlich, vorwurfsfrei, verständnisvoll und in Verbindung mit einem ganz konkreten und gut strukturierten Hilfsangebot angesprochen wird, kann dadurch die „Kundenbeziehung“ sogar ganz wesentlich gefestigt werden, denn Sie haben z.B. als Hebamme einen guten und hilfreichen Tipp gegeben.

Die Primärprävention in Schulen und in Familien zur Vermeidung des Einstiegs in das Rauchen ist ein weiteres gemeinsames Feld, dem sich Hebammen, Kinderärzte, Lehrer, Erziehungs- und Kommunikationswissenschaftler, Psychologen und Politiker gemeinsam widmen müssen. Dabei geht es wieder

um gute Botschaften, um die Stabilisierung und Strukturierung von Persönlichkeiten, um die Vermittlung von Gelassenheit, von Vertrauen und von Freude. Die wesentlichsten Aufgaben liegen dabei sicherlich in jeder Familie selbst. Wir können von fachlicher Seite Impulse und fundierte Anregungen geben sowie in begrenztem Maße auch Strukturen erzeugen oder Trends zu beeinflussen versuchen.

1.4. Weitere SID-Risikofaktoren

In Tabelle 2 sind alle Risikofaktoren zusammengefasst worden, die durch mehrere große Studien in gleichem Maße bestätigt wurden.

Tabelle 2 Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod (Ergebnisse von großen Fall-Kontroll-Studien)*

Merkmal	dadurch wird das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu versterben, um das X-fache erhöht:
Überdecken	22-fach
Bauchlage	9-fach
Seitenlage	2-3-fach
Rauchen	8-fach
Schlafen im Bett der Eltern	2,6 –17,6-fach
Überwärmen bzw. Schlafen unter einer dicken Bettdecke	3,5-fach
mehr als 2 vorausgegangene Schwangerschaften	14,4-fach
Drogenabusus	4,3-fach
Alter der Mutter unter 20 Jahre	7,0-fach
wenige Vorsorgeuntersuchungen	3,1-fach
Mutter ohne Berufsausbildung	7,6-fach
Mutter alleinstehend	2,8-fach
niedrige soziale Schicht	1,9-fach

* Zusammenstellung leicht gekürzt und modifiziert nach: Poets 2004 (siehe: www.babyschlaf.de ; unter: Weiterbildung, Textband 1. Tagung SID-Prävention in Deutschland 23./24.01.2004 in Dresden)

Das Cosleeping erhöhte das SID-Risiko insbesondere bei rauchenden Müttern auf das 17,6-fache. Aber auch bei nichtrauchenden Müttern war in Verbindung mit Cosleeping ein 2,6-fach erhöhtes SID-Risiko zu verzeichnen. Prof. Poets aus Tübingen wies in diesem Beitrag u.a. auch auf folgende Zahlen hin:

- Carpenter fand schon vor ca. 40 Jahren, dass 14 von 103 SID-Opfern zum Zeitpunkt ihres Versterbens nicht allein in ihrem Bett geschlafen hatten, während nur 2 von 186 Kontroll-Kindern nicht allein geschlafen hatten; dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,05$) (Carpenter RG: Role of infection, suffocation, and bottle-feeding in cot death. Br. J. Prev. Soc. Med. 1965; 19: -7);
- in Neuseeland hatten 70% mehr SID-Opfer als Kontrollen in den letzten zwei Wochen vor dem Todeseintritt nicht allein in ihrem Bett gelegen (Scragg R, Mitchell EA: Br. Med. J. 1993; 307: 1312-1318).

Die historisch erste Fallbeschreibung eines plötzlichen Säuglingstodes stammt aus dem Alten Testament und ist am Beginn dieses Beitrages zitiert worden. Bereits in dieser ersten Fallbeschreibung hatte das Schlafen des Säuglings im Bett der Mutter zum Tod des Kindes geführt. Es ist auch bereits darauf hingewiesen worden, dass Rechtsmediziner zahlreiche Fälle zu begutachten hatten, in denen die gleiche Situation beobachtet worden ist. Das Cosleeping wird inzwischen auch als kulturelle Tradition betrachtet; in der Diskussion wurde diese Position vorgestellt. An dieser Stelle sind Völkerkundler und Historiker aufgefordert, nach dem Rechten zu sehen und Fakten zusammenzustellen, wie Kinder in den vergangenen Jahrhunderten gebettet wurden. Aus diesem Grunde wird hier ein erster kurzer Exkurs in die Geschichte der Schlafstätten von Säuglingen gegeben, um auf der Grundlage konkreter historischer Daten eine Stellungnahme erarbeiten zu können.

Es gibt eine große Tradition von Baby-Wiegen und von Kinderbetten, die nicht nur aus dem höfischen Bereich stammen, sondern auch aus Bauernstuben und aus dem Wohnbereich kleinstädtischer Handwerker überliefert sind. Diese Beobachtungen ziehen sich durch viele Jahrhunderte und durch zahlreiche Länder bis hin nach Lappland. Dort wurden Babys z.B. in doppelhörigen Wiegen gelagert, diese Wiegen wurden ähnlich einer Hängematte an beiden Seiten mit Schnüren aufgehängt. Die älteste Wiege, die bisher gefunden wurde, stammt aus einem Zimmer aus einem kleinen Haus in Herkulanum in Pompeji aus dem Jahre 79 nach Christi. Die älteste Darstellung einer Wiege in der Kunst findet sich in der Heidelberger Handschrift, im Sachsenspiegel aus dem Jahre 1230. In London hat sich eine Wiege aus dem 15. Jahrhundert erhalten. Parallel dazu haben sich gerade in der deutschen Volkskunst sehr viele Wiegenlieder entwickelt und erhalten. Käthe Kollwitz zeichnete 1911 eine verzweifelte Mutter am Bett ihres toten Kindes. Daumier malte die schlummernden Eltern, während das Baby in seinem Bettchen den Mond betrachtet (Abbildung 2).



Abbildung 2: Honoré Daumier. Die Wirkung des Vollmondes. 1860. Darstellungen von Wiegen und von Kinderbetten finden sich bereits in Ausgrabungen aus einem kleinen Wohnhaus in Pompeji aus dem Jahre 79 n.Chr. und ziehen sich durch zahlreiche Länder Europas bis hin nach Lappland. Auf die erste Beschreibung eines plötzlichen Säuglingstodes im Zusammenhang mit Cosleeping im Buch der Könige im Alten Testament folgten seit dem 9. Jahrhundert (Convent von Mainz 852) bis in die letzten Jahrhunderte zahlreiche Warnhinweise, dass Erwachsene Säuglinge zum Schlafen nur ins eigene Bettchen legen sollten. In Volksliedern finden sich zahlreiche Wiegenlieder, die ebenfalls darauf hinweisen, dass Babys in vergangenen Jahrhunderten traditionsgemäß eine eigene Schlafstätte zugebilligt bekamen.

In London sind zwischen 1686 bis 1758 allein von Lohnammen 4988 Kinder erdrückt worden. In Schweden starben im 18. Jahrhundert auf diese Weise jährlich durchschnittlich 650 Kinder. Der Convent von Mainz hat auf Grund ähnlicher Beobachtungen bereits im Jahre 852 (852 !) auf das Ersticken von Säuglingen durch das Gewicht der Kleidung der Erwachsenen hingewiesen. Die Synoden von Worms (868), von York (1236) und von Aquileja (1339) setzten aus dem gleichen Grunde fest, dass Erwachsene Kinder bis zum 2. Lebensjahr nicht mit ins eigene Bett nehmen dürfen. Gleichlautende Erlässe finden sich auch in Fritzlar (1243), Canterbury (1236), Ferli (1286), Helsingborg (1336) und Upsala (1343). In den Sagen der Brüder Grimm findet sich ebenfalls ein Bericht über ein „Söhnlein, (das) morgens bei der Amme im Bett tot aufgefunden wurde...“

Diese zahlreichen historischen Indizien lassen aus meiner Sicht nicht die Schlussfolgerung zu, dass Babys in den vergangenen Jahrhunderten üblicherweise mit im Bett der Eltern geschlafen haben. Vielmehr hat es immer wieder eindringliche Warnungen vor Todesfällen im Zusammenhang mit dem Cosleeping gegeben.

Die aktuellen Statistiken (Fall-Kontroll-Studien) zu den Risiken des Cosleepings im Hinblick auf den Plötzlichen Säuglingstod weisen ebenfalls darauf hin, dass Babys am sichersten in Rückenlage, im Schlafsack, rauchfrei, im Schlafzimmer der Eltern und im eigenen Bett schlafen. Laktationsberaterinnen weisen darauf hin, dass es sehr gut möglich ist, ein Baby zu stillen und danach ohne Aufzustehen in das schwenkbare Babybettchen zu legen. Dadurch sind die Risiken des Cosleepings ausgeschaltet, das Stillen ist störungsfrei möglich und bei Unruhe des Kindes ist ein rascher beruhigender akustischer oder manueller Kontakt zum Kinde möglich.

Kinder brauchen viel Zuwendung und Körperkontakt. Dies sollte im Wachzustand erfolgen. Den Kindern sollte auch ein ruhiger und entspannter Schlaf gegönnt werden. Wir wissen heute, dass sich der größte Teil der Konsolidierung von Gedächtnisinhalten im Schlaf vollzieht. Und auch Lösungsansätze für komplexe Aufgabenstellungen werden oft erst im Schlaf gefunden. Schließlich wird auch das

Wachstumshormon rhythmisch im Schlaf sezerniert – wenn die Abfolge der Schlafstadien ungestört erfolgen kann. Wir sind dabei, neben die Kampagne für den gesunden Babyschlaf auch eine Kampagne für die aktive Beschäftigung mit dem wachen Baby zu stellen, da zunehmend mehr Eltern verlernen, sich mit ihrem Baby aktiv zu beschäftigen. Ich denke, auch auf diesem wichtigen Beratungsfeld sollten sich Hebammen, Kinderärzte, Physiotherapeuten, Logopäden und Entwicklungspsychologen noch mehr als bisher miteinander verbünden.

Die weiteren in Tabelle 2 aufgeführten SID-Risikofaktoren weisen darauf hin, dass wir einfache und für jeden klar verständliche Botschaften verwenden müssen sowie – wie bereits eingangs erwähnt – junge und alleinstehende Schwangere sowie Mehrfachgebärende bewußt mit den wenigen erforderlichen Informationen versorgen sollten.

Diskussion. In der Diskussion wurde auf 2 Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung hingewiesen und nach dem möglichen Zusammenhang zwischen SID und Impfung gefragt. Es konnten keine weiteren Erkundigungen eingeholt werden, in welcher Schlafposition diese Kinder verstorben sind (Bauchlage oder Rückenlage ? Cosleeping oder eigenes Bett ? hatten die Eltern geraucht etc. ?). Diese zusätzlichen Fragen sollen nur andeuten, dass auch in diesen tragischen Fällen detaillierte Analysen zur Auffindungssituation, zur Anamnese, zum klinischen Status sowie zu den autoptischen und virologischen Ergebnissen erforderlich sind, um evtl. gewisse Anhaltspunkte herauszufinden, ob es sich um einen plötzlichen Säuglingstod handelte, ob eine akute Erkrankung vorlag oder ob ein Zusammenhang mit der Impfung vermutet werden könnte.

Zu der Frage insgesamt gibt es ausführliche Analysen und aktuelle Stellungnahmen der Ständigen Impfkommission Deutschlands. Die gemeldeten Todesfälle wurden gründlich untersucht und es fanden sich keine Zusammenhänge mit der unmittelbar vorausgehenden Impfung. Die bisherigen Studien zeigen, dass in großen Gruppen geimpfter Kinder weniger SID-Fälle zu beobachten waren, als in Gruppen, die noch nicht geimpft waren. Nur knapp die Hälfte der SID-Opfer war bereits geimpft worden (149 von 309 gestorbenen Kindern), während in der lebenden Kontrollgruppe ohne SID-Opfer bereits zwei Drittel der Kinder geimpft waren (822 von 1234) (Mitchell EA: Arch. Dis. Child. 1995; 73: 498-501; zit. in: Poets 2004, siehe: www.babyschlaf.de, Weiterbildung, Textband Tagung 2004).

Leider kommt es zu einem zeitlichen Zusammentreffen des 1. Häufigkeitsgipfels des plötzlichen Säuglingstodes zwischen dem 2.-4. Lebensmonat und den Impfzeitpunkten, so dass aus der zeitlichen Koinzidenz eine Kausalität vermutet wird. Drei wesentliche Schlußfolgerungen ergeben sich aus diesen Überlegungen und Beobachtungen:

1. Die Eltern sollten auf die Hinweise zum Gesunden Babyschlaf mehrfach angesprochen werden, insbesondere auch Eltern, die bereits mehrere Kinder haben, sollten mit dem aktuellen Kenntnisstand vertraut gemacht werden. Die professionell gestalteten Faltblätter „Wie mein Baby gut und sicher schläft“ können für den Praxisbedarf kostenlos angefordert werden unter post@babyschlaf.de.
2. An der Effektivität der empfohlenen Impfprogramme bestehen keine Zweifel. Die Impfungen sind ein wesentlicher Teil unserer positiv besetzten Präventionsbemühungen. Impfgegner sollten sich mit dem natürlichen Verlauf und mit der Häufigkeit solcher Erkrankungen wie Tetanus (bei Ausbruch 100%ig tödlicher Verlauf), Kinderlähmung (noch heute leiden 70jährige an den Spätfolgen der Polio, da sie noch nicht durch die Impfprogramme geschützt werden konnten) und aller weiterer Erkrankungen vertraut machen, gegen die geimpft wird. Vor jeder Impfung sollte nach den wenigen Kontraindikationen und nach Hinweisen für akute Infekte gefahndet werden und gemeinsam mit dem Kinderarzt über den günstigsten Zeitpunkt der Impfung entschieden werden.
3. Sollten im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung Nebenwirkungen oder gar Todesfälle beobachtet werden, sollten diese umfassend dokumentiert und ohne Zeitverzug gemeldet werden. Die Autopsie dieser Kinder sollte inkl. entsprechender virologischer und mikrobiologischer Untersuchungen obligat veranlaßt werden. Seitens des Babyhilfe Deutschland e.V. und seitens der Arbeitsgruppe Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales wird mit Hochdruck an der Einrichtung von Säuglingssterblichkeits-Kommissionen auf Länderebene gearbeitet, in denen zeitnah und fallbezogen eine unabhängige interdisziplinäre konkrete Analyse von Todesfällen im Säuglingsalter erfolgt. Auf diesem Wege soll eine weitergehende systematische Schwachstellenanalyse im Sinne eines positiven Risikomanagements innerhalb unseres Gesundheitswesens angeregt werden.

2. Interventionsstudien

Fall-Kontroll-Studien können immer nur einigermaßen gut abgesicherte Thesen liefern. Wenn mehrere Studien ähnliche Ergebnisse liefern, werden diese Thesen zunehmend glaubwürdiger. Dies trifft für die Studien, die der Tabelle 2 zugrunde liegen, zu. Entscheidend bleibt aber, ob sich diese Thesen auch in Interventionsstudien bestätigen lassen. An dieser Stelle sollen 4 Interventionsstudien vorgestellt werden, die in gleicher Weise belegen, dass die Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes durch zielgruppenorientierte Informationskampagnen sehr deutlich vermindert werden kann.

Potenziell lebensrettende Informationen

2.1. Senkung der Häufigkeit plötzlicher Todesfälle im Säuglingsalter in der DDR zwischen 1972 bis 1976 um 56% durch das Verbot der Bauchlage in Kinderkrippen

Im Jahre 1972 wurde in der DDR eine ministerielle Verordnung erlassen, in der allen Krippenerzieherinnen verboten wurde, Säuglinge zum Schlafen in Bauchlage hinzulegen. Der Hintergrund für diese Verordnung waren 7 plötzliche Todesfälle in Bauchlage in Kinderkrippen. Eines dieser Kinder war in Bauchlage in einem Kinderwagen verstorben, der während der Mittagsruhe im Garten stand. Daraufhin fand eine intensive Diskussion innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrie gemeinsam mit Vertretern des Gesundheitsministeriums statt. Man kam zu der Schlußfolgerung, dass es für die Veränderung des Pflegeverhaltens von der bisherigen Rückenlage zur damals neuerdings etwa seit Mitte 1960 propagierten Bauchlage keine ausreichenden wissenschaftlichen Begründungen gab. Aus heutiger Sicht wurde der tragische Traditionsbruch hin zur Propagierung der Bauchlage durch die meisten Kinderärzte nicht unterstützt. Innerhalb weniger Monate wurde auf die Meldung dieser 7 Todesfälle mit einer ministeriellen Verordnung reagiert, die per Unterschrift durch jede einzelne Krippenerzieherin bestätigt werden mußte. Hermann-Josef Schwab aus Bellheim/Rheinland-Pfalz hat durch intensives Aktenstudium in den Jahren 2003/2004 ermitteln können, dass diese Verordnung mit einer Senkung der Häufigkeit plötzlicher Sterbefälle im Säuglingsalter um 56% zwischen 1972 bis 1976 einhergegangen ist (www.babyschlaf.de dort unter Weiterbildung, Textband 1. Tagung SID-Prävention 2004 in Dresden).

2.2. Senkung der SID-Häufigkeit in den Niederlanden um 88% zwischen 1987 bis 2002 von 0,91/1.000 auf das weltweit niedrigste Niveau von 0,11 Fällen pro 1.000 Lebendgeburten

In den Niederlanden konnte die Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes durch eine landesweit einheitlich zwischen allen beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Präventionskampagne zu diesem beispielgebenden Erfolg geführt werden. Die verwendeten Botschaften entsprechen seit 1987 beginnend mit der Warnung vor der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge auch während der Mittagsruhe dem aktuellen wissenschaftlichen Stand.

2.3. Die Westfälische Kindstodsstudie: Senkung der SID-Häufigkeit in Nordrhein-Westfalen von 1990-1992 um 41% und im Bereich der alten Bundesländer um 31%

G. Jorch aus der Universitätskinderklinik Münster (jetzt Universitätskinderklinik Magdeburg) wurde durch das NRW-Sozialministerium mit dieser Studie beauftragt. Die Bauchlage stellte sich bereits in ersten Auswertungen als Hauptrisikofaktor für den plötzlichen Säuglingstod heraus. Daraufhin wurden entsprechende öffentliche Warnhinweise gegeben, mit dem Erfolg, dass die SID-Häufigkeit in NRW bereits bis zum Jahre 1992 um 41% und in den anderen Bundesländern um 31% zurückging (Bericht siehe Textband/Weiterbildung unter www.babyschlaf.de).

2.4. Senkung der SID-Häufigkeit im Regierungsbezirk Dresden von 1993 bis 2002 um 65% auf 0,16/1000, in Sachsen um 47% auf 0,25 %

In den Jahren 1990 bis 1993 lag die SID-Häufigkeit in Sachsen bei 0,47/1.000 (61 Todesfälle pro 129.836 Geburten). Zwischen den drei Regierungsbezirken Dresden, Leipzig und Chemnitz bestanden keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede. Im Regierungsbezirk Dresden lag die SID-Häufigkeit in diesem Zeitraum bei 0,46/1.000 (23 Todesfälle pro 50.468 Lebendgeburten).

In den Jahren 1994 bis 2001 wurde nur im Regierungsbezirk Dresden in allen Entbindungseinrichtungen ein Falblatt mit Informationen zur Prävention des plötzlichen Säuglingstodes ausgegeben. Daraufhin sank die SID-Häufigkeit im RB Dresden in einzelnen Jahrgängen mit 0,08/1.000 unter das niederländische Niveau, in der Gesamtbilanz wurde für die Jahre 1994-2001 für den RB Dresden eine SID-

Häufigkeit von **0,27/1.000** registriert (25 Fälle/91.412 Lebendgeburten). **Die Ausgabe eines Informationsblattes in den Entbindungseinrichtungen in Verbindung mit einem persönlichen Gespräch hatte im Regierungsbezirk Dresden zu einer Halbierung der SID-Häufigkeit geführt !** In den beachtlichen Regierungsbezirken Chemnitz und Leipzig ohne diese Intervention hatten sich die SID-Häufigkeitsziffern zwischen 1994-2001 nicht verändert.

Ab 2002 wurde die Informationskampagne auf alle 3 Regierungsbezirke Sachsens ausgedehnt. Das grafisch und inhaltlich erneuerte Faltblatt wurde in 3 Wellen, d.h. während der Schwangerschaft, in der Entbindungseinrichtung und durch den niedergelassenen Kinderarzt in Verbindung mit einem kurzen persönlichen Gespräch übergeben. Zusätzlich wurde öffentlich intensiv auf das Info- und Beratungstelefon „Gesunder Babyschlaf“ und „Beratung für rauchende Schwangere und Mütter von Säuglingen“ hingewiesen (Tel. 0180. 50 99 555). Das Ergebnis: Sofortige Senkung der SID-Häufigkeit in allen drei Regierungsbezirken mit einem Minimum im RB Dresden von 0,16/1000 und in ganz Sachsen auf 0,25/1000 für das Jahr 2002.(Bericht siehe Textband/Weiterbildung www.babyschlaf.de)

Einladung

Vom **4.-6.Februar 2005** findet in Dresden die **2.bundesweite Experten- und Fortbildungstagung SID-Prävention in Deutschland** statt. Am Freitagnachmittag, d. 4.2.05 werden ab 14.00 Uhr 7 Seminare und Workshops mit viel Zeit zur Diskussion und eigenen Meinungsbildung angeboten (Proaktives Raucherberatungstelefon für Schwangere, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Heimmonitoring ?, Autopsie, Trauerarbeit, Inhalte der SID-Prävention, politische Strukturen und Risikomanagement). Am Sonnabend, d. 5.2.05 gibt es Übersichtsvorträge, eine Poster- und Industrieausstellung sowie zahlreiche Diskussionsrunden zu aktuellen Themen aus der Praxis und am Sonntag, d. 6.2.05 sind bis 13.30 Uhr freie Vorträge zu hören und wird wieder ein Abschlussforum stattfinden. Sie sind schon heute herzlich eingeladen. Wir freuen uns auf Ihr Kommen, auf Ihre Anregungen und auf Ihre Diskussion ! Bitte melden Sie sich unter post@babyschlaf.de, informieren Sie sich unter www.babyschlaf.de.

Zusammenfassung

Der plötzliche Säuglingstod ist jenseits der Neugeborenenperiode die häufigste Todesursache im Kindesalter. Interventionsstudien zeigen, dass die Häufigkeit durch Informationskampagnen um 50-88% gesenkt werden kann. Fall-Kontroll-Studien haben mehrere konkret beeinflussbare Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod zutage treten lassen. Es gehört zum professionellen Selbstverständnis jeder Hebamme, sich am aktuellen und durch zahlreiche Studien belegten Kenntnisstand zu orientieren und ihre so wesentliche Meinungsbildner- und Ratgeberfunktion auch innerhalb der Prävention des plötzlichen Säuglingstodes wahrzunehmen.

Die Propagierung der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge etwa ab 1965-1969 auch in Deutschland stellte kulturhistorisch einen tragischen Traditionsbruch dar, der mehr als 10.000 Kindern das Leben gekostet hat. In gleicher Weise gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass Säuglinge bereits in Pompeji 79 n.Chr., in vielen Regionen, Jahrhunderten und Kulturen Europas bis hin nach Lappland im eigenen Bettchen oder in einer Wiege zum Schlafen gelegt wurden. Die erste Beschreibung eines plötzlichen Kindstodes stammt aus dem Buch der Könige im Alten Testament infolge Cosleeping. Seit dem Konvent von Mainz im Jahre 852 und seit der Beschreibung von zahlreichen Todesfällen infolge Cosleeping gibt es zahlreiche historische Warnhinweise vor dem Cosleeping. Insofern scheint das Cosleeping kein tradiertes Verhalten zu sein, sondern es gibt zahlreiche konkrete historische Indizien, die darauf hinweisen, dass Säuglingen in den vergangenen Jahrhunderten eine eigene Schlafstätte zugebilligt wurde. Die Fall-Kontroll-Studien zum Cosleeping und SID weisen ebenfalls darauf hin, dass Babys im Schlafzimmer der Eltern und im eigenen Bettchen zum Schlafen gelegt werden sollten.

Die Prävention des plötzlichen Säuglingstodes basiert damit auf guten Botschaften und auf klaren Pflege- und Verhaltenshinweisen, die mit zahlreichen aktuellen Studien untersetzt sind, pathophysiologisch verständlich gemacht werden können und kulturhistorisch aus einer langen Traditionslinie ableitbar sind. Insofern werden hier das Traditionsbewusstsein, die Professionalität und das große ethische Verantwortungsbewusstsein jeder einzelnen Hebamme angesprochen, Schwangeren, Eltern, Großeltern, Babysittern, Verwandten und Bekannten folgende Ratschläge zum gesunden Babyschlaf mit auf dem Weg zu geben: „Dein Baby schläft am sichersten in Rückenlage, im Schlafsack, rauchfrei, im Schlafzimmer der Eltern und im eigenen Bett auf einer festen, relativ wenig eindrückbaren Matratze, ohne Fell als Schlafunterlage, ohne Kopfkissen, ohne zusätzliche Bettdecke. Stillen ist das Beste,

was Sie für Ihr Kind tun können.“ Mit der Einrichtung des proaktiven Raucherberatungstelephones für Schwangere und für Mütter scheint eine äußerst effektive Interventionsmöglichkeit etabliert worden zu sein. Die proaktive Option ist von den zunächst nur in Sachsen verfügbaren Einwilligungsbögen abhängig, eine Erweiterung ist in Hamburg vorgesehen, reaktive Anrufe sind bundesweit rund um die Uhr möglich. Diese Erkenntnisse haben ihren Niederschlag im „Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland“ vom März 2003 sowie im Beschluß TOP 7.2 der 76. Gesundheitsministerkonferenz vom 2./3.Juli 2003 gefunden. www.babyschlaf.de , www.babyhilfe-deutschland.de , post@babyschlaf.de , Info- und Beratungstelefon bundesweit und rund um die Uhr Tel. 0180. 50 99 555. –

Einfach guter Hoffnung sein ?

Babyhilfe Deutschland, Gesunder Babyschlaf, Ein Herz für Kinder: wir sind dabei.

