

Zehn Jahre Nationale Stillkommission in Deutschland  
Internationales Symposium, Berlin 1.-2.10.2004  
Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)

## Wo schläft das gestillte Kind am besten?

Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Med. Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden  
D- 01307 Dresden, Fetscherstr. 74, Tel. 0351. 458 3160, Fax 0351. 458 5772  
Mail: [Ekkehart.Paditz@uniklinikum-dresden.de](mailto:Ekkehart.Paditz@uniklinikum-dresden.de)  
[www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de), [www.babyhilfe-deutschland.de](http://www.babyhilfe-deutschland.de)

Beratungstelefon Gesunder Babyschlaf Tel. 0180. 50 99 555 (12 Ct./Min.)

**Zusammenfassung. Babys schlafen am sichersten im eigenen Bettchen, das im Schlafzimmer der Eltern aufgestellt werden sollte. Die optimale Raumtemperatur liegt zwischen 16-18 Grad. Die Matratze sollte fest und wenig eindrückbar sein. Felle sind nicht als Unterlage für schlafende Babys geeignet. Babys sollten prinzipiell zu Hause, in Kliniken und in Kindereinrichtungen nur in Rückenlage zum Schlafen gelegt werden, dies gilt für die Nachtruhe und auch für die Mittagsruhe. Weiterhin schlafen Säuglinge am sichersten im Schlafsack ohne Kopfkissen, ohne größere Kuschteliere, die den Mund-Nase-Abstand bedecken könnten und ohne zusätzliche Bettdecke, da dadurch das gefährliche Überdecken im Schlaf weitestgehend vermieden werden kann. Eine rauchfreie Umgebung bereits während der Schwangerschaft und im gesamten ersten Lebensjahr trägt zur weiteren Verminderung zahlreicher gesundheitlicher Risiken für das Kind bei.**

An den umfassenden Vorteilen des Stillens bestehen keinerlei Zweifel. Zu diesem Katalog der Vorteile des Stillens kann auch die schlafmedizinische Forschung eine große Zahl von Daten beisteuern. Demnach haben gestillte Säuglinge weniger Ein- und Durchschlafprobleme, schreien nachts weniger häufig, leiden seltener unter nächtlichen Bauchschmerzattacken und entwickeln rascher als künstlich ernährte Säuglinge einen stabilen Tag-Nacht-Rhythmus. „Am besten“ schläft das Baby dort, wo es optimale Entwicklungsbedingungen vorfindet. Folglich ist vor der Beantwortung der Frage, wo das Kind am besten schläft, ein Konsens hinsichtlich gemeinsam akzeptierter Endpunkte zu vereinbaren, welche Endpunkte für das Kind wohl am besten seien. Weiterhin ist eine Hierarchie dieser Endpunkte zu vereinbaren.

**Stillen.** Die Förderung des Stillens hat eine hohe Priorität, da die umfassenden Vorteile der Muttermilch und des Stillvorganges durch zahllose Studien nachgewiesen worden sind.

**Bonding.** Stillen wird durch Körperkontakt gefördert. Unklar ist, ob der Körperkontakt ausser im Wachzustand von Mutter und Kind auch im Schlaf zur Förderung des Stillens beizutragen vermag. Die Unterscheidung von Wachzustand und Schlaf hat bisher in derartigen Studien nicht ausreichend im Vordergrund gestanden und wird in weitestgehend emotional gefassten Argumentationslinien nicht berücksichtigt. Trotz der fehlenden Differenzierung der Betrachtung von Wachzustand und Schlaf wird aber relativ oft von den Vorteilen des Bondings auf die Notwendigkeit des gemeinsamen Schlafens von Mutter und Kind geschlossen.

**Cosleeping, Bed-Sharing, Familienbett.** In vergangenen Jahrhunderten galt es als Zeichen der Armut, „wenn sich jemand kein Bett für jedes Kind leisten konnte“. Neuerdings wird dagegen oft berichtet, dass es eine kulturelle Tradition sei, dass Säuglinge im Bett der Mutter bzw. der Eltern schlafen sowie dass sich daraus entsprechende Vorteile für das Bonding, für das Stillen und für die Interaktion zwischen Mutter und Kind ergeben. Im Zusammenhang mit der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes (SID) sprechen zahlreiche Fall- Kontroll- Studien sowie kultur- und medizinhistorische Daten dafür, dass jedem Säugling ein eigenes Bett als Schlafstelle zugebilligt werden sollte.

Das Bed-Sharing erhöht das SID-Risiko insbesondere bei rauchenden Müttern auf das 17,6-fache. Aber auch bei nichtrauchenden Müttern war in Verbindung mit Bed-Sharing ein 2,6-fach erhöhtes SID-Risiko zu verzeichnen (Übersicht von Poets 2004 in: Paditz 2004, [www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de), Weiterbildung, Tagungsband):

- 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 (1. Könige 3,19). Bereits in dieser ersten Fallbeschreibung hatte das Schlafen des Säuglings im Bett der Mutter zum Tod des Kindes geführt.

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...“

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 Kulturen 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 Herculaneum 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. Daumier malte die schlummernden Eltern, während das Baby in seinem Bettchen den Mond betrachtet (Abbildung 1).



**Abbildung 1: 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 man Säuglinge zum Schlafen nur ins eigene Bettchen legen sollte. In Volksliedern finden sich zahlreiche Wiegenlieder, die ebenfalls darauf hinweisen, dass Babys in vergangenen Jahrhunderten traditionsgemäß eine eigene Schlafstätte zugebilligt bekommen.

Diese 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 bzw. Bed-Sharing gegeben.

Laktationsberaterinnen weisen ebenfalls in zunehmendem Masse 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 Bed-Sharings ausgeschaltet, das Stillen ist störungsfrei möglich und bei Unruhe des Kindes ist ein rascher beruhigender akustischer oder manueller Kontakt zum Kinde möglich.

Kinder benötigen 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 deshalb dabei, neben die Kampagne für den gesunden Babyschlaf auch eine Kampagne für die aktive Beschäftigung mit dem wachen Baby zu entwickeln, da zunehmend mehr Eltern verlernen, sich mit ihrem Baby aktiv zu beschäftigen. Auf diesem wichtigen Beratungsfeld sollten sich Hebammen, Kinderärzte, Physiotherapeuten, Logopäden und Entwicklungspsychologen noch mehr als bisher miteinander verbünden.

**Statomotorische Entwicklung und Schädelform.** In Verbindung mit der Propagierung der Rückenlage als Schlafposition für Säuglinge sind minimale passagere, aber keine nachhaltigen Entwicklungsverzögerungen und eine vermehrte Anzahl von Schädelasymmetrien beobachtet worden. Gleichzeitig brachte die Propagierung der Rückenlage als Schlafposition für Säuglinge eine um bis zu 88% verminderte Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes und eine verminderte Anzahl von Atemwegsinfekten mit sich. Erbrechen, Spucken und Aspirationen traten bei Kindern, die in Rückenlage zum Schlafen gelegt wurden, seltener auf als bei Kindern, die in Bauchlage oder in Seitenlage hingelegt wurden. Eltern und medizinisches Personal sind deshalb aufgefordert, dafür zu sorgen, dass Säuglinge möglichst keine „Lieblingsseite“ bei der Drehung des Kopfes im Schlaf ausbilden; dies kann gefördert werden, indem zum Stillen wechselnde Brustseiten angeboten werden, indem das Baby von verschiedenen Seiten angesprochen wird und indem der Lichteinfall auf das Babybett von wechselnden Seiten kommt. Auf die Bedeutung von Zuwendung und Körperkontakt im Wachzustand wurde bereits hingewiesen.

**Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes (SID, sudden infant death).** Der plötzliche Säuglingstod stellt in Deutschland leider weiterhin die häufigste Todesursache in der gesamten Kindheit jenseits der Neugeborenenperiode dar. Im Jahre 2001 verstarben in Deutschland 429 Kinder infolge SID, im Jahre 2002 120 infolge von tödlich verlaufenden Schul- und Wegeunfällen sowie jährlich wird mit ca. 280 Kindern bis zum 15. Lebensjahr gerechnet, die an Krebs und dessen Komplikationen versterben. Zwischen 1980 und 2001 sind in Deutschland 18.285 Kinder infolge SID verstorben. Gerhard Jorch hat berechnet, dass die Propagierung der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge etwa ab 1965 in Deutschland mehr Todesopfer mit sich brachte als der Conterganskandal Opfer forderte. Im Bereich der alten Bundesländer wurden zwischen 1958 bis 1961 infolge Contergan etwa 4.000 Kinder mit schweren Missbildungen geboren, weltweit waren es bis zu 10.000. Im internationalen Vergleich bildete Deutschland bisher eines der Schlusslichter hinsichtlich der Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes, da kein flächendeckendes und in allen Regionen bzw. Bundesländern verankertes Präventionsprogramm existierte. Die 429 SID-Fälle aus dem Jahre 2001 entsprachen einer Häufigkeit von 0,58 pro 1.000 Lebendgeburten. In den Niederlanden wird seit Anfang der 90er Jahre konsequent auf die Rückenlage als sicherste Schlafposition für Säuglinge hingewiesen, mit dem Ergebnis, dass dort die Häufigkeit plötzlichen Säuglingstodes um 88% auf den weltweit niedrigsten Wert zurückgegangen ist (1987: 0,91, 2002: 0,11 pro 1000).

Aus Deutschland gibt es bisher drei Interventionsstudien, die analog zu internationalen Studien klar belegen, dass die Propagierung der Rückenlage als sicherste Schlafposition für Säuglinge bzw. dass das Verbot der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge mit einem Rückgang der SID-Häufigkeit verbunden ist (siehe Tagungsband unter: [www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de): Weiterbildung):

- Das Verbot der Bauchlage in den Kinderkrippen der DDR aus dem Jahre 1972 führte innerhalb von 4 Jahren zu einem Rückgang der Häufigkeit plötzlicher Todesfälle im Säuglingsalter um 56%.
- Die Westfälische Kindstodstudie ging zwischen 1990-1992 mit einer Senkung der SID-Häufigkeit um 41% in NRW und um 31% in Deutschland einher.
- In Sachsen erfolgt seit 1994 eine zielgruppenorientierte Informationskampagne mit zwei Vergleichsgruppen ohne Intervention, die zu einer signifikanten Senkung der SID-Häufigkeit in der Interventionsregion (= RB Dresden) im Vergleich zu den beiden Regionen ohne Intervention (= RB Leipzig und RB Chemnitz) führte (Paditz E: Wien Klin. Wschr. 2003; 115/24 v. 30.12., 874-880).

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](http://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 Abb. 2).



**Abbildung 2:** 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).

Ein weiterer Risikofaktor ist das Überdecken des Kindes im Schlaf (Erhöhung des SID-Risikos um das 22-fache!). Deshalb wird auf die Verwendung von Babyschlafsäcken anstelle von Bettdecken auch bereits in Kinderkliniken orientiert. Die Tabakrauchexposition während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr stellt einen weiteren gravierenden SID-Risikofaktor dar. Hierfür sind Maßnahmen der Primärprävention dringend erforderlich. In Sachsen wurde zusätzlich ein proaktives Raucherberatungstelefon eingerichtet, das sich speziell an rauchende Schwangere und Mütter wendet. Innerhalb von 14 Tagen konnten bisher 68% aller kontaktierten Klientinnen zum Rauchstopp oder zur Reduktion ihres Zigarettenkonsums motiviert werden (Info- und Beratungstelefon bundesweit und rund um die Uhr 0180. 50 99 555, 12 Ct./Min; Rückruf kostenfrei).

**Schlussfolgerungen.** Die Verminderung der Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes als der derzeit häufigsten Todesursache im Kindesalter jenseits der Neugeborenenperiode in Deutschland stellt den übergeordneten gesundheitspolitischen und präventiven Endpunkt dar. Das Stillen, das Bonding, das Cosleeping und das Bed-Sharing sind keine „Werte an sich“ und damit innerhalb der vorliegenden Betrachtung keine vergleichbaren Endpunkte, sondern eher Methoden und Verhaltensweisen, deren Stellenwert an den Endpunkten SID-Häufigkeit und kindlicher Entwicklung auf der Grundlage von Studien und Metaanalysen beurteilt werden sollte. Der derzeitige Kenntnisstand mit zahlreichen Fall-Kontroll-Studien zu SID-Risikofaktoren und entsprechende Interventionsstudien berechtigten zur o.g. Zusammenfassung. Auf dieser Grundlage wurde im März 2003 ein „Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland“ publiziert (Mschr. Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendarzt, siehe auch unter [www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de)), das bereits im Juli 2003 von der 76. Gesundheitsministerkonferenz Deutschlands mit einem einstimmigen Beschluss zur Intensivierung der SID-Prävention in allen Bundesländern aufgegriffen wurde (Beschluss 7.2., siehe unter [www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de)). Mit der Gründung des Babyhilfe Deutschland e.V. am 22.04.2004 wurde eine bundesweite Plattform für eine konzertierte Aktion im Verbund mit anderen Fachgruppen und Selbsthilfegruppen zur kurzfristigen und nachhaltigen Senkung der SID-Häufigkeit in Deutschland gegründet ([www.babyhilfe-deutschland.de](http://www.babyhilfe-deutschland.de)).