

Bedsharing und plötzlicher Kindstod: Aktuelle Empfehlungen

Oskar Jenni^{1), 2)}, Hans Ulrich Bucher^{3), 4)}, Laura Gosztonyi²⁾, Irene Hösli^{5), 6)}, Silvia Honigmann⁷⁾, Martin Sutter⁸⁾ und Christine Aeschlimann⁵⁾

Einleitung

Die aktuelle Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) zur Prävention des plötzlichen Kindstods (sudden infant death, SID), auf ein elterliches Bedsharing mit dem jungen Säugling gänzlich zu verzichten, wird von Teilen der Elternschaft nicht umgesetzt und von vielen Gesundheitsfachpersonen in dieser Ausschliesslichkeit nicht mitgetragen. Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Richtlinien der SGP und der Umsetzung dieser Empfehlung in die Praxis. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern der SGP und der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie hat deshalb zusammen mit der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Literatur angepasste Empfehlungen ausgearbeitet.

Begriffsdefinitionen

Der plötzliche Kindstod wird definiert als Tod eines Säuglings in den ersten 12 Lebensmonaten, welcher aufgrund der Anamnese unerwartet ist und bei dem die Auffindsituation, die äussere Besichtigung des Körpers sowie die Autopsie keine Befunde ergeben haben, die aus klinischer und histologisch-pathologischer Sicht als todesursächlich gelten¹⁾.

Die beiden Begriffe *Bedsharing* und *Co-Sleeping* werden in der Literatur häufig synonym gebraucht. Unter Co-Sleeping versteht man das Schlafen in der Nähe, im gleichen Bett oder im gleichen Raum der Eltern. Bedsharing ist eine besondere Form von Co-Sleeping: Der Säugling schläft im gleichen

Bett wie die Eltern¹⁾. Auf den Begriff Co-Sleeping sollte generell verzichtet werden, weil er unscharf definiert ist. In diesem Artikel wird darum konsequent der englische Begriff *Bedsharing* gebraucht, auch weil es keinen passenden deutschen Begriff dazu gibt (gelegentlich wird im Deutschen auch von *gemeinsames Bett teilen* oder *Familienbett* gesprochen).

Entwicklung der SID-Rate seit 1989

Im Jahr 2011 starben in der Schweiz 13 Kinder (6 Mädchen) am SID bei 80808 Geburten

(aktuelle Daten des Bundesamtes für Statistik). Die SID-Inzidenz ist seit 2002 stabil und liegt bei 1–2 Kindern pro 10000 Geburten (Tabelle 1). Die Schweizer SID-Rate gehört im internationalen Vergleich zu den tiefsten (vergleichbar mit Schweden, Niederlande, Japan). Die SID-Raten in Nordamerika oder Deutschland sind mehr als doppelt so hoch. Es gibt in der Schweiz keine umfassende Analyse der Umstände der einzelnen Todesfälle.

Aktuelle Empfehlungen der kinderärztlichen Fachgesellschaften

Folgende Empfehlungen zur Risikoreduktion des SID gelten als gesichert und werden von den zuständigen Fachgesellschaften empfohlen¹⁾:

- Schlafen auf dem Rücken auf einer festen Unterlage

Jahr	Geburten	SID	SID-Inzidenz pro 1000 Geburten
1989	81180	100	1.23
1990	83939	99	1.18
1991	86200	88	1.02
1992	86910	84	0.97
1993	83762	82	0.98
1994	82980	60	0.72
1995	82201	54	0.66
1996	83007	37	0.45
1997	80584	40	0.50
1998	78949	28	0.35
1999	78408	35	0.45
2000	78458	24	0.31
2001	73509	18	0.24
2002	72372	12	0.17
2003	71848	15	0.21
2004	73082	13	0.18
2005	72903	8	0.11
2006	73371	13	0.18
2007	74494	11	0.15
2008	76691	13	0.17
2009	78286	13	0.17
2010	80290	6	0.07
2011	80808	13	0.16

Tabelle 1: SID-Inzidenz in der Schweiz seit 1989

1) Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)

2) Abteilung Entwicklungspädiatrie, Kinderspital Zürich

3) Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie

4) Klinik für Neonatologie, Universitätsspital Zürich

5) Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens

6) Klinik für Geburtshilfe und Schwangerenmedizin, Universitätsspital Basel

7) Berner Fachhochschule, Studiengang Ernährung und Diätetik

8) SID-Arbeitsgruppe der SGP

- Rauchfreie Umgebung (bereits während der gesamten Schwangerschaft)
- Vermeiden von Überwärmung (optimale nächtliche Raumtemperatur von 18° C)
- Stillen im 1. Lebensjahr
- Nuggi ohne Zwang

Empfehlungen zum Schlafort

Die Empfehlung der American Academy of Pediatrics (AAP) von 2005 bezüglich des sichersten Schlafortes²⁾ wurde im Jahre 2007 von der SGP übernommen³⁾: Säuglinge sollen nicht im elterlichen Bett schlafen, sondern im eigenen Bett im Elternschlafzimmer. Generell soll auf Bedsharing für nichtrauchende Eltern in den ersten 3 Lebensmonaten und für rauchende Eltern im 1. Lebensjahr verzichtet werden.

Auch in der Neuauflage der AAP-Empfehlung von 2011 wurde das Bedsharing nach wie vor als gefährlich eingestuft, weil Gefahr von Überwärmung drohe, elterliche Ausatemluft vom Säugling eingeatmet würde und die Gefahr einer Luftwegsbehinderung mit Zudecken bestünde (Seite 1350 in ¹⁾). Zudem gebe es ein erhebliches Risiko durch Ersticken wegen Überrollen und es bestünde eine Sturzgefahr aus dem Bett.

Es gibt allerdings Fachgesellschaften (z. B. in Grossbritannien⁴⁾), welche diese ausschliessliche Empfehlung gegen Bedsharing in den ersten Lebensmonaten nicht übernommen haben, sondern lediglich darauf hinweisen, Bedsharing nur unter bestimmten Umständen zu unterlassen (rauchende Eltern, Alkoholkonsum etc.). Eine explizite Empfehlung für das Elternbett als bester Schlafort für einen Säugling gibt es in keinem Land.

Generelles zum Bedsharing

Bedsharing wird in verschiedenen Kulturen regelmässig praktiziert (z. B. in Asien, Afrika, Südamerika, siehe Übersichtsarbeit⁵⁾). In der westlichen Welt gibt es unterschiedliche Formen von Bedsharing. So wurden in der ALSPAC-Studie (Avon Longitudinal Study of Parents and Children, Bristol UK, 14000 Familien⁶⁾) verschiedene Gruppen von Säuglingen beschrieben, die im Elternbett schlafen: Seltene Bedsharer (65% aller Kinder), permanente Bedsharer (6%), frühe Bedsharer (13%, im ersten Lebensjahr und nachher nicht mehr) und späte Bedsharer (15%, nicht im Säuglingsalter, erst ab dem 2. Lebensjahr). Generell zeigte sich in dieser Studie, dass Mütter von

frühen Bedsharern besser ausgebildet sind und aus einer höheren Bildungsschicht stammen als Mütter der anderen 3 Kategorien. Bedsharing wird aus unterschiedlichen Gründen von den Familien praktiziert (sozioökonomische oder ethnische Gründe, aus genereller Überzeugung, als Reaktion auf eine kindliche Schlafstörung, wegen hohem kindlichen Geborgenheitsbedürfnis oder aus Gründen der Praktikabilität, z. B. für das Stillen⁷⁾). Es konnte gezeigt werden, dass Bedsharing mit längerem⁸⁾ oder häufigerem⁶⁾ Stillen assoziiert ist. Die Richtung und Kausalität der Beziehung ist allerdings unklar.

Ist Bedsharing ein SID-Risikofaktor?

In den letzten Jahren wurde diese Frage anhand verschiedener Fallkontrollstudien untersucht, davon in drei Übersichtsstudien (ein systematisches Review⁹⁾, eine Meta-Analyse¹⁰⁾ und eine im Mai 2013 publizierte Studie, die 5 Fallkontrollstudien zusammenfasst¹¹⁾). In der Arbeit von Vennemann und Mitarbeitern ist das mittlere Risiko an einem SID bei Bedsharing zu versterben knapp dreifach erhöht (Odds Ratio OR 2.8910). Das mittlere Risiko für einen SID ist bei Bedsharing und Rauchen etwa sechsfach erhöht (6.27). Bei nicht-rauchenden Eltern gibt es kein signifikant erhöhtes Risiko (OR 1.66, P=0.1). Interessanterweise ist das mittlere Risiko für einen SID bei dauerndem Bedsharing nicht wesentlich erhöht (OR 1.42, p=0.18), während es beim Bedsharing in der letzten Nacht um das Zweifache erhöht ist (2.18). Dieser Befund könnte ein Hinweis dafür sein, dass besonders diejenigen Kinder spontan ins Bett genommen werden, die erkrankt sind (z. B. an einem leichten Infekt) und dann versterben. Ein weiterer Risikofaktor ist das Alter des Kindes. Das mittlere SID-Risiko ist bei Kindern < 12 Wochen stark erhöht (OR 12.37), während es bei älteren Kindern nicht erhöht ist. Es tragen also besonders diejenigen Kin-

der ein erhöhtes Risiko, die jünger als 12 Wochen sind, bei welchen die Eltern rauchen und das Kind nicht regelmässig ins Bett genommen wird. Generell muss betont werden, dass mögliche Einflussgrössen (Alter der Eltern und des Kindes, elterlicher sozioökonomischer Status, Ernährungsform, Raucherstatus, Frühgeburtlichkeit etc.) in dieser Risikoanalyse nie gemeinsam berücksichtigt wurden.

Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen haben Carpenter und Kollegen in einer kürzlichen Publikation verschiedene Risikofaktoren kombiniert und kamen zum Schluss, dass ein SID bei Bedsharing unter Berücksichtigung von Einflussvariablen (Alter, Stillen, Rauchen, Alkohol) immer noch dreifach erhöht ist (adjusted OR 2.7¹¹⁾). Die Untersuchung wurde allerdings von verschiedenen Seiten kritisiert (siehe Kommentare und Replik unter¹¹⁾). Tatsächlich ist ein generelles Problem von zusammenfassenden Analysen, dass Bedsharing je nach Studie meist unterschiedlich operationalisiert wird. Es ist häufig nicht klar, auf welche Art und wie lange die Eltern mit dem Kind das Bett geteilt haben (ganze Nacht oder nur teilweise, jede Nacht oder einzelne Nächte, aus Überzeugung, aus praktischen Gründen oder reaktiv wegen Schlafstörung, Bedsharing mit Mutter, Familienbett etc.).

Ist Stillen ein SID-Schutzfaktor?

Eine kürzlich publizierte Meta-Analyse zeigte, dass das SID-Risiko bei Kindern von stillenden Müttern um etwa 50 % reduziert ist und damit als Schutzfaktor für einen SID betrachtet werden kann¹²⁾. Der Effekt scheint bei ausschliesslichem Stillen sogar noch stärker zu sein (75 % Reduktion). Es gibt verschiedene biologische Erklärungen für diesen Befund (erhöhte Weckbarkeit¹³⁾, weniger Infektionen etc.).

Es ist allerdings unklar, wie genau der Zusammenhang zwischen SID und Bedsharing durch

Beeinflussbare Risikofaktoren	Unbeeinflussbare Risikofaktoren
Bauchlage	Alter des Kindes (< 3 Monate)
Rauchen	Alter der Mutter (< 20 Jahre)
Alkohol oder Drogen	Frühgeburtlichkeit
Raumtemperatur	Mehrlinge
Decken, Kissen, Fellunterlagen etc.	Sozioökonomischer Status
Art des Bettes (Wasserbett, Sofa etc.)	Akute Erkrankung

Tabelle 2: Beeinflussbare und unbeeinflussbare Risikofaktoren für einen SID

das Stillen beeinflusst wird. Eine einzige holländische Studie zeigte, dass die Vorteile des Stillens die oben beschriebenen Nachteile des Bedsharing nicht überwiegen¹⁴). Allerdings kann diese holländische Studie methodologisch kritisiert werden (kleine Population, keine anderen Risikofaktoren einbezogen etc.). Es braucht also weitere Untersuchungen, welche die massgeblichen Faktoren für die Beziehung *Bedsharing*, *SID* und *Stillen* berücksichtigen.

Elternberatung mit Analyse der Risikofaktoren

Die Studienlage bezüglich Bedsharing und SID ist insgesamt widersprüchlich. Wenn man von spezifischen Risikofaktoren absieht (z. B. rauchende Eltern), dann scheinen die Risiken für einen SID bei Bedsharing per se klein zu sein. Tatsächlich werden die aktuellen SGP-Empfehlungen von Eltern und Gesundheitsfachpersonen ungenügend umgesetzt. Eine ausschliessliche Empfehlung gegen Bedsharing birgt zudem das Risiko, dass Mütter früher abstillen als erwünscht oder die Kinder in der Nacht auf einem Sofa ernährt werden und die Mütter dort einschlafen, was das SID-Risiko wiederum erhöht¹⁵). Die Arbeitsgruppe empfiehlt daher für die Praxis eine differenzierte Elternberatung mit Analyse der Risikofaktoren (*Tabelle 2*).

Angepasste SID-Präventionsempfehlungen für den Schlafort des Säuglings

Betrachtet man alle Fälle zusammen, so ist der sicherste Schlafort für einen Säugling ist das eigene Kinderbett im Schlafzimmer der Eltern. Eine sinnvolle Alternative stellen Kinderbetten dar, die an das elterliche Bett ange-dockt werden können.

Das gemeinsame Schlafen im elterlichen Bett stellt Anforderungen an die Eltern. Der Säugling braucht zum Schlafen genügend Platz, das Bett muss dementsprechend gross und die Matratze fest sein. Auf die Verwendung von Kissen, Fellunterlagen oder ähnlichem sollte verzichtet werden. Wenn die Eltern Raucher sind oder Alkohol, sedierende Medikamente oder Drogen eingenommen haben, selber erkrankt oder übermüdet sind, dann geht Bedsharing mit einem wesentlich erhöhten Risiko für einen SID einher und sollte vermieden werden.

Literatur

- 1) Moon RY, Darnall RA, Goodstein MH, et al. Technical Report: SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2011; 128 (5): e1341–e1367.
- 2) Kattwinkel J, Hauck FR, Keenan ME, et al. The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005; 116 (5): 1245–1255.
- 3) Casaulta C, Nülle M, Nuoffer JM, et al. SID- Geschwister und ALTE: Empfohlene Abklärungen und Indikationen für das Säuglingsmonitoring. *Paediatrica* 2007; 18 (1): 12–18.
- 4) Department of Health, NHS, United Kingdom. Reduce the risk of cot death (2009 edition). Heruntergeladen: <http://www.bhrhospitals.nhs.uk/Downloads/services/bhrut-reducing-the-risk-of-cot-death-0809.pdf>.
- 5) Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics* 2005; 115: 204–216.
- 6) Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010; 126 (5): e1119–1126.
- 7) Jenni OG, Fuhrer HZ, Iglowstein I, et al. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics* 2005; 115: 233–240.
- 8) Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, et al. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009; 155 (4): 505–509.
- 9) Horsley T, Clifford T, Barrowman N, et al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (3): 237–245.
- 10) Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012; 160 (1): 44–48 e42.
- 11) Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013; 3 (5).
- 12) Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breast-feeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128 (1): 103–110.
- 13) Horne RS, Parslow PM, Ferens D, et al. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2004; 89 (1): 22–25.
- 14) Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, et al. Bed sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr* 2007; 96 (10): 1399–1403.
- 15) Ball HL, Moya E, Fairley L, et al. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012; 129 (3): e673–681.

Korrespondierender Autor mit redaktioneller Verantwortung

PD Dr. med. Oskar Jenni
Leiter Abteilung Entwicklungspädiatrie
Universitätskinderkliniken
Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
Tel. 044 266 77 51
Fax 044 266 64 71
Oskar.Jenni@kispi.uzh.ch

Diese Empfehlungen werden von den Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie und Neonatologie offiziell unterstützt.

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.