

Klinisches Protokoll Nr. 6: Bettteilen und Stillen (Überarbeitung 2019)

Peter S. Blair, Helen L. Ball, James J. McKenna, Lori Feldman-Winter, Kathleen A. Marinelli, Melissa C. Bartick und die Academy of Breastfeeding Medicine

Gemeinsames Schlafen in einem Bett (Bettteilen) fördert den Stillbeginn(1), die Stilldauer(2-7) und das ausschließliche Stillen(7,8). Organisationen aus den Bereichen Medizin und öffentliches Gesundheitswesen sprechen sich in einigen Ländern aufgrund von Bedenken wegen eines erhöhten Risikos von schlaf- bezogenen kindlichen Todesfällen gegen das Bettteilen aus(9,10). Wie eine epidemiologische Studie allerdings zeigt, mag das Bett- teilen nur unter besonders gefährlichen Umständen ein Risiko dar- stellen (s. Tabelle 1)(11). Wir wollen die aktuell verfügbare Evidenz hinsichtlich der Vorteile und Risiken des Bettteilens klarstellen und evidenzbasierte Empfehlungen anbieten, die die kindliche und mütterliche Gesundheit durch eine erhöhte Stilldauer fördern(12). Die Empfehlungen in diesem Protokoll richten sich an Mutter-Kind-Paa- re, die mit dem Stillen begonnen haben und sich in häuslicher Umgebung befinden. Sie sind nicht auf die Anwendung in Kliniken oder Geburtszentren ausgerichtet.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammenfassung

Evidenzgrade (1-5) des Oxford Center for Evidence Based Medi- ne(13) sind in Klammern aufgeführt und basieren auf den unten beschriebenen Zitierungen im ergänzenden Material. Ebenfalls im ergänzenden Material ist aufgeführt, wie «Bettteilen», «SIDS» und «getrenntes Schlafen» für dieses Protokoll definiert sind. «Stillen» wurden gleichfalls dort definiert.

Insgesamt weisen die bis jetzt durchgeführten Studien zum Bett- teilen und Stillen darauf hin, dass nächtliche Nähe die Dauer des Stillens und das ausschließliche Stillen fördern. (Grad 2-3) (2,4,14) Gespräche über sicheres Bettteilen sollten in die Richtlinien für die Schwangerschaftsbetreuung und Nachsorge aufgenommen werden.(15-19) Die bestehende Evidenz unterstützt nicht die Schlussfolgerung, dass das Bettteilen bei gestillten Säuglingen (d.h. das Brustschlafen) in Abwesenheit bekannter Risikofaktoren eine Ursache für den Plötzlichen Kindstod (SIDS) darstellt (Grad 3) (s. Tabelle 1).(11) Es sind größere Studien mit geeigneten Kontroll- gruppen notwendig, um den Zusammenhang zwischen Bettteilen und kindlichen Todesfällen unter Abwesenheit von bekannten Risikofaktoren in unterschiedlichen Altersstufen zu verstehen. Nicht alle Risiken nach der Geburt sind individuell abänderbar (z.B. Frühgeburtlichkeit). Todesfälle durch unbeabsichtigtes Ersticken sind bei bettteilenden gestillten Säuglingen, wenn keine gefährlichen Umstände vorliegen, extrem selten (Grad 2-3)(20) und müssen gegenüber den Folgen des getrennten Schlafens abgewogen wer- den. Getrenntes Schlafen birgt Konsequenzen für das Stillen (selbst wenn im gleichen Raum geschlafen wird), zu denen das Risiko des vorzeitigen Abstillens, das Risiko der Beeinträchtigung der Milchmenge durch selteneres nächtliches Stillen und unbeabsichtigtes Bett- teilen gehören. (Grad 1-3) (5,21,22) Empfehlungen zum Bettteilen müssen den Wissensstand der Mutter, ihre Überzeugungen und Vorlieben berücksichtigen und sowohl die bekannten Vorteile als auch die Risiken beachten. (Grad 5) (23,24)



Abb.1: C-Position oder «Cuddle curl» (schützendes C). Stillende Mütter, die mit ihren Kindern schlafen (Breastsleeping) nehmen eine charakteristische Haltung ein (schützendes C oder Cuddle curl), die mit ihrem Körper einen sicheren Raum zum Schlafen für ihr Baby schafft. Der Arm der Mutter befindet sich oberhalb des Kopf des Kindes, was verhindert, dass es sich in das Bett und in die Kissen bewegt und ihre Knie liegen fest unter seinen Füßen, was verhindert, dass es sich in Richtung Bettende bewegen kann. Das Baby liegt zum Schlafen flach auf seinem Rücken auf einer ebenen Matratze und in der Nähe der Brust der Mutter zum leichten Stillen.

Empfehlungen

Alle Familien sollen über sicheres Schlafen beraten werden. Tabelle 2 fasst die Hinweise zu sicherem Schlaf geordnet entsprechend ihrer Bedeutung nach der Stärke ihrer Evidenz zusammen. Zusätzlich empfohlen wird Folgendes:

1. Mit allen Eltern sollten Gespräche in Form von offenen Fragen mit der Gesundheitsfachkraft über die Sicherheit des Bettteilens geführt werden, da eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Bettteilen besteht, ob beabsichtigt oder nicht (Grad 4).(25) Diese Gespräche sollten frühzeitig im Geburtsvorbereitungskurs und weiterhin während der Säuglingszeit stattfinden und sich an so viele Betreuungspersonen wie möglich richten. Zu den offenen Fragen, die sich für einen erfolgreichen Gesprächseinstieg gut eignen gehören:

a Wo beabsichtigen Sie, soll Ihr Baby schlafen?

b Wie sieht diese Schlafumgebung aus?

c Besteht die Möglichkeit, dass Ihr Baby bei Ihnen im Bett landen wird?

2. Überprüfen Sie, bei welchen Familien ein erhöhtes Risiko für kindliche Todesfälle beim Bettteilen besteht: Frühgeborene (Grad 2 (26) (Grad 3) (27), Säuglinge, die bereits präpartal Zigaretten- rauch ausgesetzt waren (Grad 1) (28) (Grad 4) (29) (Grad 5) (30), mit Rauchern zusammenleben (Grad 1) (28) (Grad 3) (11) (Level 4) (31,32) und diejenigen, die mit Personen, die Alkohol (Grad 3) (11) oder Drogen konsumieren, zusammenleben und deshalb für das Kind verantwortlich sein könnten und mit ihm zusammen einschlafen könnten.

3. Auch diejenigen Eltern, denen vom Bettteilen abgeraten werden soll (aufgrund risikobehafteter Bedingungen oder Umstände), sollten Informationen und Beratung zu sicherem Bettteilen erhalten, da davon ausgegangen werden muss, dass Eltern sowie- so mit ihren Kindern in einem Bett schlafen, wenn eventuell auch unbeabsichtigt (Grad 1).(33) s. Tabelle 3 zu Strategien zur Risikominimierung.

a Diese Gespräche können Empfehlungen beinhalten, wie Schlafumgebungen so sicher wie möglich gestaltet werden und wie risikobehaftete Umstände minimiert werden, auch wenn sie nicht beseitigt werden (s. Tabelle 2).

b Beispielsweise können die Themen Stillen, Schlafposition, Bettoberfläche, Bettdecken und der Ort, wo das Kind schläft, wenn es alleine ist, besprochen werden, wenn ein Elternteil, das raucht, mit dem Kind zusammen schläft.

Wenn eine Familie gemeinsam schläft (i. S. v. Bettteilen), sollten die Gespräche nicht wertend und unter Beachtung des Kontextes geführt werden.

- Eine Entstigmatisierung des Themas Bettteilen und die Aufklärung aller Eltern über sicheres Bettteilen haben das Potenzial, die Zahl kindlicher Todesfälle zu verringern. Bettteilen hat sich aus dem Menschen angeborenen biologischen und verhaltens- bedingten Mechanismen entwickelt. Es ist keine vereinzelt auf- tretende, eigenständige oder systematische Vorgehensweise, sondern setzt sich aus einer Vielzahl von Verhaltensweisen zusammen, von denen einige Risiken mit sich bringen, die Gespräche über die Sicherheit des Bettteilens besonders wichtig machen.
- Eine Diskussion mit stillenden Eltern über das Konzept des Breastsleeping (gemeinsames Schlafen und Stillen) erlaubt in diesem Kontext über sicheres Bettteilen zu sprechen. Gestützt auf der Theorie des überlegten Handelns (TPB, Theory of Planned Behaviour) sind Beratungen zu sicherem Breastsleeping höchstwahrscheinlich dann erfolgreich, wenn es sowohl mit den gesell- schaftlichen Normen als auch mit den Einstellungen vereinbar ist (Grad 2).(34)
- Scripting Tools sind wichtige Hilfsmittel.(35,36) Um ein Verständnis für die Lebenserfahrungen von Patienten und Familien zu entwickeln, ist es günstig, das Gespräch mit offenen Fragen zu beginnen. Es ist wichtig anzuerkennen, dass evidenzbasierte Medizin «einen mitfühlender Umgang mit den Problemen, Rechten und Vorlieben der einzelnen Patienten» einschließt. (Grad 5) (23) Eine nicht wertende Beratung trägt dazu bei, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Fachkraft aufzubauen, was sowohl zu Offenheit als auch einer effektiven Beratung führt. (Grad 5) (10)

Gesellschaftspolitische Empfehlungen. Strukturelle gesellschaftliche Maßnahmen sind wichtige Maßnahmen, unabhängig von der Beratung zu Schlafmöglichkeiten. Da viele Eltern nur eingeschränkten Kontakt mit dem

Gesundheitssystem haben,(33) ist es wichtig, sich für strukturelle Veränderungen einzusetzen. Politische Entscheidungsträger sollten sich mit den folgenden Strategien beschäftigen, die die Säuglingssterblichkeit senken können:

1. Erhöhung des Tabakpreises, eine Maßnahme, die mit einem unmittelbaren, deutlichen Rückgang der kindlichen Sterblichkeit in Europa verbunden ist. (Grad 5) (37)
2. Beendigung der Vorbehalte im Gesundheitssystem gegenüber ethnischen Gruppen, die das Stillen unterminieren und zu schlechten mütterlichen und kindlichen Outcomes führen. (Grad 2) (38,39) (Grad 3) (40)
3. Befürwortung der Zuweisung von Geldern und Ressourcen für Forschungsprojekte, mit angemessenem evidenzbasiertem Risikograd, die sich auf die Risikofaktoren von schlafbezogenen Todesfällen bei Kindern konzentrieren.

Evidenzbasis und ergänzendes Material

Definitionen

SIDS ist definiert als plötzlicher Tod eines Kindes, der nach einer Fallüberprüfung und/oder Autopsie und einer Untersuchung der Todesumstände unerklärbar ist. SIDS hat eine spezifische Kodierung, R95, in der International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10).(56) Die Kodierung für «andere unklar definierte und unspezifische Todesursachen» (R99) wird verwendet, wenn die Todesursache unbekannt ist oder es keine hinreichende Evidenz für die Klassifizierung als SIDS gibt, wenn beispielsweise der Verdacht auf SIDS besteht, aber keine vollständige Untersuchung durchgeführt wurde. Wurde der Tod durch Asphyxie, Strangulation oder Ersticken in einem Bett, auf einen Sofa oder Sessel verursacht, erfolgt die Kodierung als versehentliches Ersticken oder Strangulieren im Bett (ASSB, W75).

Plötzlicher unerwarteter Kindstod (SUID, sudden unexpected infant death), auch unter der Bezeichnung plötzlicher unerwarteter Tod im Säuglingsalter (SUDI, sudden unexpected death in infancy), ist ein Überbegriff für alle unerwarteten Todesfälle, sowohl die, die unerklärbar bleiben (Kodierung R95 oder R99), als auch für die Fälle, in denen letztendlich eine vollständige kausale Erklärung gefunden wurde.

Proxy-Maßzahl für SIDS: Um im Rahmen dieses Protokolls international vergleichen zu können, setzen wir eine Proxy-Maßzahl ein, für die wir alle Todesfälle, die diesen drei Kodierungen (R95 + R99 + W75) zugeordnet wurden, als zusammengesetztes Maß für ungeklärte SUDI (oder SUID) Fälle aufsummieren.(57) Wir tun dies, weil wir erkannt haben, dass es während der letzten zehn Jahre zu einer Diagnoseverschiebung gekommen ist, wie sie Taylor et al.(58) und Shapiro-Mendoza et al.(59) aufgezeigt haben. So scheinen einige Pathologen und Gerichtsmediziner zu zögern, die Diagnose SIDS (R95) zu stellen, weil diese Diagnose erfordert, dass alle anderen Todesursachen ausgeschlossen sind. Deshalb werden die Kodierungen R99 oder W75 trotz fehlender oder geringer Evidenz, dass Erdrücken (versehentliches Ersticken) der ursächliche Faktor sein könnte, bevorzugt. Eine Verschiebung der Diagnose zu ASSB (versehentliches Ersticken oder Strangulieren im Bett) (W75) ist in den USA verbreiteter als in Großbritannien.(60)

Die Definition für Bettteilen lautet, dass ein Kind zum Schlafen ein Bett mit einem Erwachsenen teilt. Für dieses Protokoll definieren wir dies so, dass das Kind neben einer erwachsenen Betreuungsperson, meistens der Mutter, schläft. Das Bett kann aus einer Matratze oder einem Futon verschiedener Härtegrade je nach Füllung bestehen.

Der Begriff Co-sleeping kann sowohl das Schlafen auf einer gemeinsamen Oberfläche als auch das Schlafen in unmittelbarer Nähe und nicht zwangsläufig auf einer gemeinsam genutzten Oberfläche bedeuten. Der Eindeutigkeit wegen, wird der Begriff «Co-sleeping» in diesem Protokoll nicht verwendet.

Getrenntes schlafen versus alleine schlafen: «Getrenntes schlafen» wird als schlafen im gleichen Raum ohne Bettteilen definiert, wohingegen unter «alleine schlafen» das schlafen getrennt von den Eltern in einem anderen Raum verstanden wird.

Geschichte, Kontext und Anthropologie der kindlichen Schlafstätte

Muttermilch hat im Vergleich zu anderen Spezies (z.B. Kuhmilch) eine geringere Nährstoffdichte,(61) und wird sehr schnell verdaut. Der schnell wachsende Säugling trinkt mindestens acht bis zwölf Mal in 24 Stunden.(62) Häufiges Stillen ist schwierig, wenn das Kind sich nicht Tag und Nacht in engem Kontakt mit seiner stillenden Mutter befindet.(1,8) Anthropologische Forschungen zeigen, dass gemeinsames Schlafen von Eltern und Säugling in einem Bett beim Stillen eine evolutionäre Norm darstellt.(63-67)

Bis in das frühe 20. Jahrhundert schliefen die meisten Säuglinge in den industrialisierten Ländern mit ihren Eltern in einem Bett und wurden gestillt.(68) Danach entwickelte sich das Alleine-Schlafen zu einem Ideal der Mittelschicht, das durch den wachsenden Trend für künstliche Säuglingsnahrung und die Medikalisierung der Geburt sowie der Trennung der Säuglinge von der Mutter verstärkt wurde.(65,68) Auch wurden in einigen industriellen Gesellschaften Schlaftrainings zunehmend populärer.(68) Muttermilchersatzprodukte (z.B. künstliche Säuglingsnahrung) unterstützten diesen Trend, da damit ernährte Säuglinge tendenziell seltener trinken(69) und möglicherweise tiefer schlafen als gestillte Säuglinge.(70)

Bedenken hinsichtlich der Schlafdauer und des Schlafplatzes von Säuglingen traten in den Industrieländern erst nach dem späten 19. und frühen 20. Jahrhundert auf.(68) Das ist ein Hinweis darauf, dass die Schlafforschung bei Kindern in einem historischen Kontext stattfand, in dem Muttermilchersatzprodukte und das Propagieren des Alleineschlafens normativ waren. Obwohl Eltern und Betreuungspersonen in den meisten Kulturen in der Nähe ihrer Kinder schlafen, empfehlen Organisationen in einigen Ländern, einschließlich USA, Kanada und Deutschland, dass selbst stillende Mütter niemals auf der gleichen Oberfläche/Matratze mit ihren Kindern schlafen sollten.(10,71-73)

Das Konzept des Breastsleepings wurde angeregt, um ein biologisch basiertes Modell des anhaltenden Kontakts zwischen Mutter und Kind zu beschreiben, das unmittelbar nach der Geburt beginnt und bei dem Schlafen und Stillen untrennbar miteinander verbunden sind, unter der Annahme, dass keine Risikofaktoren vorliegen.(15,64)

In Kulturen rund um die Welt wird beschrieben, dass beim Breastsleeping Mutter und Kind während der Nacht, wenn sie zusammen im Bett liegen, häufig stillen und die Mutter sich am Morgen nicht erinnern kann, wie oft oder wie lange sie gestillt hat.(74) Das Konzept Breastsleeping erkennt an, welche wichtige Rolle der sofortige und anhaltende mütterliche Kontakt dabei spielt, die Etablierung des optimalen Stillens zu unterstützen(63,75,76) und berücksichtigt, dass das Verhalten und die Physiologie von Stillpaaren, die Breastsleeping betreiben, sich von den nichtstillenden das Bett teilenden Mutterkindpaaren unterscheiden kann. Was wiederum bedeutet, dass die Risikobewertungen bezüglich des Bettteilens bei gestillten Kindern und Kindern, die Muttermilchersatzprodukte erhalten, wahrscheinlich unterschiedliche Ansätze erfordern.(4,21,77,78)

Wenn stillende Mütter mit ihren Säuglingen zusammen schlafen, schützen sie sie vor potenziellen physiologischen Stressoren, wie Blockade der Atemwege oder Überhitzung durch ihre typische Schlafposition (um ihre Säuglinge geschmiegt, so dass sie mit ihren Körpern einen geschlossenen, geschützten Schlafraum bilden), der C-Position(48) oder «Cuddle curl» (schützendes C).(49) (Abb. 1) Ihre fortwährende Aufmerksamkeit durch kurzfristiges Aufwachen führt zu regelmäßiger Anregung des Kindes während der ganzen Nacht.(21,78-80) In zwei kurzen Videostudien, in denen Mütter, die niemals gestillt haben, beobachtet wurden, zeigten diese dieses schützende Verhalten seltener.(78,81)

Im Vergleich mit alleine schlafenden gestillten Säuglingen, verbringen Säuglinge beim Breastsleeping weniger Zeit in den Stadien 3 – 4 des (Tief)Schlafs und mehr Zeit in den Stadien 1 - 2 der (leichteren) Schlafs. Dies erleichtert ein schnelles Erwachen des Kindes und eine Beendigung von Apnoen. Zusätzliche Zuwendungszeit durch Breastsleeping im Vergleich zu weniger Zuwendungszeit beim getrennten Schlafen könnte die epigenetischen Antworten auf Stress beim Kind durch den möglichen Einfluss der mütterlichen Betreuung auf die regulatorischen Reaktionen des Kindes beeinflussen.(82)

Trotz jahrzehntelangen Empfehlungen, den Mutter-Kind-Kontakt beim Schlafen zu vermeiden, berichten Forscher, dass in jeder einzelnen Nacht 20 – 25% der US-amerikanischen und britischen Kinder < drei Monaten zumindest für einen Teil der Nacht gemeinsam mit einem Elternteil in einem Bett schlafen(83,84) und generell mehr als 40% der Säuglinge in westlichen Gesellschaften* dies zu irgendeinem Zeitpunkt in den ersten drei Lebensmonaten tun.

(83,85-91) Diese Zahlen sind aufgrund der Stigmatisierung des Bettteilens, insbesondere in den USA, möglicherweise noch zu niedrig angesetzt. Eltern geben eine Vielzahl unterschiedlicher Begründungen dafür an, warum sie mit ihren Kindern zusammen schlafen. Dazu gehören tief verwurzelte kulturelle oder religiöse Einstellungen und Erziehungsphilosophien, physiologische Zusammenhänge zwischen Laktation und nächtlichem Stillen und einem biologischen Antrieb, der das Bedürfnis nach engem Kontakt nährt. (25,89,92-94) Die Eltern erklären, dass das gemeinsame Schlafen mit ihrem Kind die nächtliche Betreuung erleichtert, dazu beiträgt, ihr Kind zu überwachen und ihnen dabei gleichzeitig zu schlafen erlaubt. (8,25,95) Gelegentlich berichten Eltern, dass sie sonst keinen Platz haben, um ihr Kind in der Nacht hinzulegen oder dass sie unbeabsichtigt mit ihrem Kind eingeschlafen sind. (25,89,96)

Andere geben an, dass das Bettteilen eine Folge davon ist, dass entweder die Mutter oder ihr Kind gehörlos sind und die Kinder so vor Umweltgefahren geschützt werden (z.B. Ungeziefer, Schießereien und Erdbeben) sowie um sie vor SIDS zu schützen. (97-99)

Stillende Mütter stellen die größte Gruppe derjenigen dar, die Bettteilen betreiben. (92) Direkter Kontakt beim Schlafen zwischen Mutter und Kind erleichtert das nächtliche Stillen. Mehrere Studien zeigen, dass Bettteilen mit häufigerem nächtlichem Stillen (was die Milchbildung fördert) und einer längeren Stilldauer verbunden ist. (2,4,14,90) (Abb. 2) Diejenigen Frauen, die bereits vor der Geburt das stärkste Interesse zu stillen hatten, teilten auch mit höherer Wahrscheinlichkeit das Bett mit ihrem Kind. (4) Stillende Frauen, die ursprünglich nicht vorhatten mit ihrem Kind zusammen zu schlafen, taten es schlussendlich häufig doch. (8,100) Obwohl stillende Mütter, die das Bett mit ihrem Kind teilen, häufiger zum Stillen aufwachen, sind sie für kürzere Zeit wach und schlafen schneller wieder ein. (79) So erreichen sie eine längere Schlafdauer (101) als Mütter, die nicht mit ihren Kindern zusammen schlafen. (14) Bettteilen ist eine von stillenden Müttern genutzte Strategie zur Verringerung von physischen und sozialen Belastungen wie zum Beispiel Schlafunterbrechungen. (102) Eine Beobachtungsstudie hat gezeigt, dass Mütter, die im gleichen Raum wie ihre Kinder, aber nicht im gleichen mit ihnen Bett schliefen, seltener berichten, dass sie ausschließlich stillen (adjustiertes Odds Ratio [OR]: 2,46; 95% Konfidenzintervall [CI]: 1,76 – 3,45) oder teilweise stillen (adjustierte OR: 1,75; CI: 1,33 – 2,31). (7,103) Deshalb birgt die Empfehlung, das Bettteilen zu vermeiden, das Potenzial, die Stillziele zu untergraben (3,8,104,105) und das Risiko in unsicheren Umgebungen, zum Beispiel auf Sofas zu schlafen, zu erhöhen. (106)

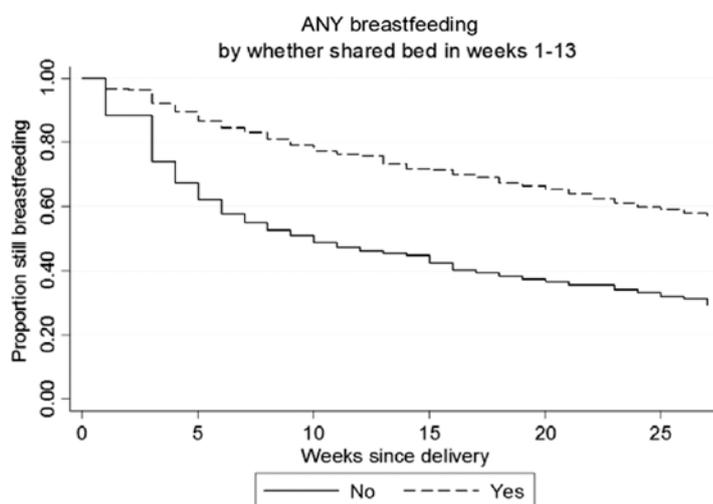


Abb.2: Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen Bettteilen und Weiterstillen. Quelle: Ball et al., 2016

Auch wenn Mütter und Kinder getrennt schlafen und dennoch ausschließlich stillen können, führt diese Vorgehensweise zu weniger nächtlichen Stillmahlzeiten: Bettteilende Mutter-Kind-Paare haben die doppelte bis dreifache Anzahl von Stillmahlzeiten und Gesamtstillzeit im Vergleich zu einzeln schlafenden. (6) Mütter, deren Säuglinge alleine auf der Wochenstation in einem Stubenwagen/ Extrabett (Abb. 3a) schliefen, stillten weniger als halb so oft, wie Mütter, deren Kinder in einem Beistellbett schliefen (Abb. 3b) oder die in einer randomisierten Studie zur Untersuchung des Stillbeginns mit ihrem Kind in einem Bett schliefen. (1) Die in einer Studie in einer Population mit niedrigen Stillraten ausgesprochene Empfehlung, in einem Raum zusammen zu schlafen, ohne das Bett miteinander zu teilen, führte zu einer ähnlichen Dauer für «jegliches» Stillen, nicht jedoch für ausschließliches Stillen. (22)

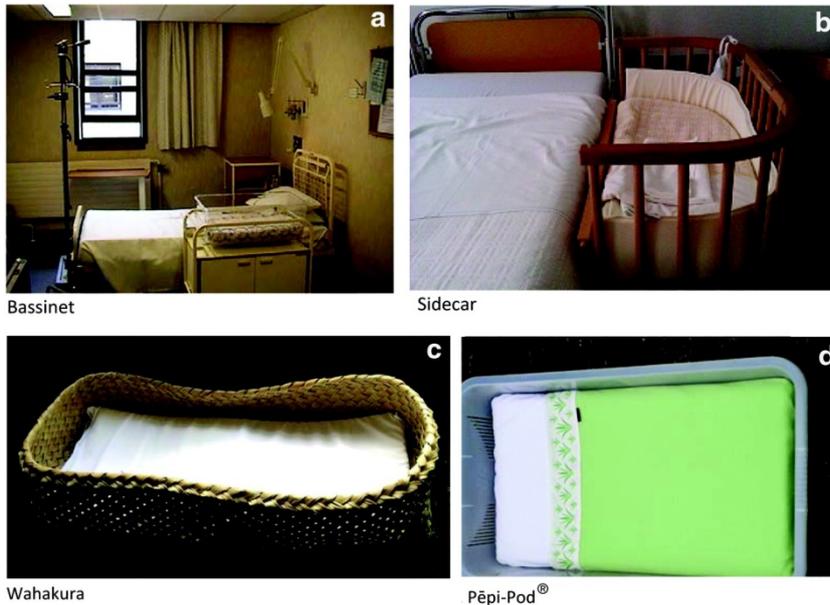


Abb. 3: (a) Stubenwagen, (b) Beistellbett (c) Wahakura, (d) Pepi-Pod

Bettteilen und SIDS: epidemiologische Evidenz/Beobachtungsdaten

Die Ernährung mit Muttermilchersatzprodukten (Formula) ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für SIDS assoziiert.(42) Das könnte an verminderten kindlichen Arousals (Weckreaktion bzw. kurzfristige physiologische Aktivierung des ZNS) und erhöhten Infektionsrisiken im Vergleich mit gestillten Säuglingen liegen.(52) Zusätzlich zeigen videographische Untersuchungen, dass gestillte mit den Müttern gemeinsam schlafende Säuglinge mit ihren Köpfen durchwegs deutlich unterhalb der mütterlichen Kopfkissen schlafen, da sie in der Nähe der mütterlichen Brust liegen(21,78,81), was das Erstickungsrisiko verringern könnte. Im Gegensatz dazu wurde festgestellt, dass Säuglinge, die mit Muttermilchersatzprodukten gefüttert werden, bewusst auf oder um Kissen herum platziert wurden. Daten aus Videoaufzeichnungen zeigen, dass gestillte, gemeinsam mit der Mutter schlafende Säuglinge selten in Bauchlage schlafen.(21,81) Hauck et al. verweisen auf einen kausalen Zusammenhang zwischen stillen und einer Verringerung von SIDS aufgrund biologischer Plausibilität, Konsistenz der Befunde, Assoziationsstärke (die inzwischen stärker geworden ist(42)), Zeitpunkt der Assoziation und Dosis-Wirkungs-Effekt. Dieser Zusammenhang ist nicht nur ein Marker für andere schützenden Faktoren wie das Fehlen von Tabakrauch oder soziodemographische Faktoren.(52) Der Schutzmechanismus ist unbekannt. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass es sich um eine Kombination von Faktoren des mütterlichen Verhaltens, immunologischen und ernährungsphysiologischen Eigenschaften der Muttermilch und dem physiologischen Einfluss des Saugens auf Arousals handelt.

In kürzlich durchgeführten Fall-Kontrollstudien zeigte sich, dass etwa die Hälfte der SIDS-Fälle auftreten, wenn Säuglinge neben einem Erwachsenen schlafen, während der Rest der Todesfälle bei Säuglingen auftritt, die allein in einem Kinderbett/Krippe schlafen. (9,11) In einer Longitudinalstudie in England mit innerhalb 20 Jahren 300 aufeinanderfolgenden SIDS-Todesfällen, reduzierte sich die Zahl der SIDS-Todesfälle im Zusammenhang mit Bettteilen nach der «Zum Schlafen in die Rückenlage»-Kampagne (Back to Sleep)(107) Allerdings reduzierte sich die Anzahl der Todesfälle, die sich in Kinderbetten/Wiegen ereigneten, in dieser Kohorte um das Siebenfache, was darauf hindeutet, dass die Bauchlage zum Schlafen bei den allein schlafenden Säuglingen deutlich verbreiteter war, als bei den mit den Eltern gemeinsam in einem Bett schlafenden Kindern.(11,107) Dieser Trend führe aufgrund einer geringeren Gesamtzahl an Todesfällen auch zu einem höheren Anteil der Todesfälle bei den bettteilenden Säuglingen, trotz eines zahlenmäßigen Rückgangs der Todesfälle beim Bettteilen. Dieser statistische Anstieg der Todesfälle beim Bettteilen führte dazu, dass Entscheidungsträger in einigen Ländern sich gegen das Bettteilen aussprechen, wie auch die Amerikanische Akademie der Kinderärzte (AAP) dies beginnend in ihrer Verlautbarung von 2005 tat. (10,108) Eine Meta-Analyse von elf SIDS-Fall-Kontrollstudien, die 2012 veröffentlicht wurde, ergab, dass das Bettteilen mit einem kombinierten dreifachen Risiko assoziiert ist, obwohl hierbei für ältere Säuglinge (> 12 Wochen) und solchen, die keinem Tabakrauch ausgesetzt waren, keine Signifikanz erreicht wurde

und das Risiko auch nur bei nicht beabsichtigtem Bettteilen, nicht jedoch bei routinemäßigem Bettteilen signifikant war. Außerdem wurde in der Analyse das Stillen nicht berücksichtigt.(109) In der New Zealand Cot Death Study von 1993 wurde erstmals festgestellt, dass das gemeinsame Schlafen eines Säuglings neben einer Mutter, die rauchte, ein Risikofaktor für SIDS darstellt(31). In dieser Fall-Kontroll-Studie war das Risiko für diese Kinder um mehr als das Vierfache erhöht (OR: 4,55 [95% CI: 2,63–7,88]) verglichen mit keinem Risiko für Säuglinge, die neben nichtrauchenden Müttern schliefen (OR: 0,98 [95% CI: 0,44-2,18]).(32) Vorgeburtliche Rauchexposition ist nicht nur ein Marker für den sozioökonomischen Status, da sie in Zusammenhang mit selteneren kindlichen Arousals und pathologischen Befunden in den Gehirnen der betroffenen Kinder stehen.(29,30)

Eine kombinierte Analyse von 400 an SIDS verstorbenen Säuglingen und 1.386 Kindern aus Kontrollgruppen in zwei englischen Studien ergab ein 18fach erhöhtes Risiko für SIDS, wenn ein Säugling entweder mit einem Erwachsenen auf einem Sofa oder neben einem Erwachsenen, der mehr als 2 Einheiten Alkohol innerhalb von 24 Stunden trank, schlief (2 Einheiten entsprechen 440 ml Bier und 175 ml Wein oder zwei Gläser Spirituosen (50 ml) sowie ein vierfach erhöhtes Risiko, wenn das Bett mit einem rauchenden Elternteil geteilt wurde.(11) Lagen keine Risikofaktoren vor, bestand kein SIDS-Risiko beim Bettteilen im Vergleich zu nicht-bettteilenden (im gleichen Raum schlafenden oder alleine schlafenden) Kindern (OR: 1,08 [95% CI: 0,58–2,01]). Wurden die Daten getrennt nach jüngeren (< 3 Monate) und älteren Säuglingen betrachtet, zeigte sich ein erhöhtes, aber nicht statistisch signifikantes Risiko bei den jüngeren Säuglingen (OR: 1,6 [95% CI: 0,96-2,7]) und ein signifikanter Schutzeffekt für das Bettteilen ohne vorliegende Risikofaktoren bei den älteren Säuglingen (OR: 0,08 [95% CI: 0,01-0,52]). Es wären weitere Studien mit einer größeren Anzahl von Kindern erforderlich, um eventuell unterschiedliche Auswirkungen aufgrund des Alters des Kindes oder den Einfluss anderer Faktoren, wie elterlicher Drogenkonsum, kindliche Schlafposition oder gemeinsames Schlafen in einem Raum richtig zu beurteilen.

Im Gegensatz dazu wurde in einer ähnlichen kombinierten Analyse ein fünffach erhöhtes Risiko bei jüngeren Säuglingen, die unter nicht risikobehafteten Umständen das Bett teilten, ermittelt.(9) Die Referenzgruppe für diese Studie waren jedoch weibliche gestillte Säuglinge, die in Abwesenheit anderer Risikofaktoren auf dem Rücken neben die Betten nicht rauchender Eltern gelegt wurden. Dies vergrößerte den Risikounterschied und macht diese Erklärung nicht allgemein gültig und schwierig zu interpretieren, da sowohl schützende Faktoren (die in der Referenzgruppe detailliert aufgeführt sind) als auch potenzielle Risikofaktoren (Bedsharing) gleichzeitig quantifiziert werden.

Es gibt nur wenige Daten über das Risiko des Bettteilens mit Betreuungspersonen, die nicht die Mutter sind. Eine einzelne Studie aus der Innenstadt von Chicago (USA) fand ein erhöhtes Todesfallrisiko beim Bettteilen mit mehreren Personen (andere Kinder alleine oder andere Kinder mit einem oder beiden Elternteilen) und nicht elterlichen Personen,(50) allerdings ist der Kausalzusammenhang unklar. In einer schottischen Studie wurde ein deutlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko gefunden, wenn der Säugling zwischen zwei Eltern schlief,(51) aber diese Studie berücksichtigte keinen Alkohol- und/oder Drogenkonsum, was deshalb bemerkenswert ist, weil es in Großbritannien im Vergleich zu anderen Industrienationen eine hohe Prävalenz von exzessivem episodischem Trinken gibt (27,1% in der Gruppe der 15 Jahre alten und älteren).(110)

SIDS Epidemiologie

SIDS tritt am häufigsten bei einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen(46,107) und einigen marginalisierten Bevölkerungsgruppen in wohlhabenden Ländern auf, wobei die weltweit höchste Prävalenz von SIDS bei U.S.-amerikanischen Indianern/alaskanischen Ureinwohnern (kombiniert) und nicht-hispanischen Schwarzen, neuseeländischen Maori, australischen Aborigines und Torres-Strait-Inselbewohnern sowie bei indigenen Kanadiern auftritt.(33) In diesen marginalisierten Gemeinschaften ist Bettteilen oft verbreitet und kulturell geschätzt. Es gibt jedoch auch viele Bevölkerungsgruppen mit geringen SIDS-Raten, in denen das Bettteilen sehr weit verbreitet ist.(33,111) Dazu gehören Schweden, US-amerikanische Asiaten und US-amerikanische Hispanier (Abb.4). Diese widersprüchlichen Beobachtungen können durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Vielzahl von gefährlichen Risikofaktoren erklärt werden.(33)

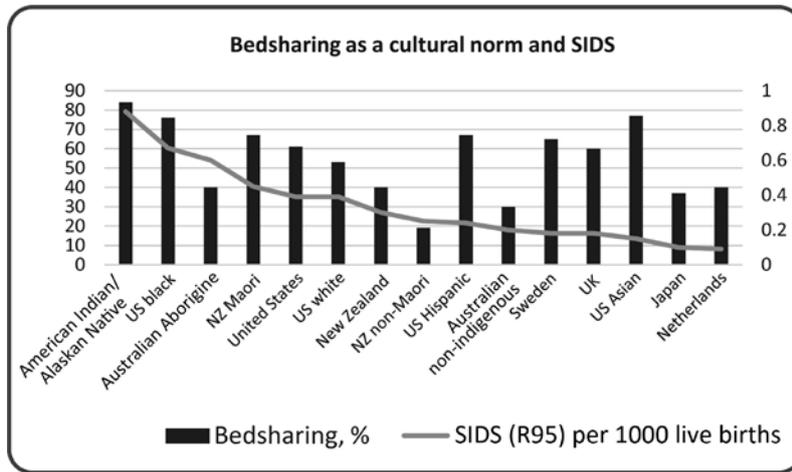


Abb. 4: Betteilen (jegliche) als kulturelle Norm und SIDS
 Quelle: Daten von Bartick and Tomori, 2019, die Mehrzahl der Daten zu SIDS stammen aus 2014. Australische Gruppe von 2008 – 2012, Japan 2015, Niederlande und Schweden 2013. Aborigines schließt australische Aborigines und Torres Strait Isulaner gemeinsam ein.

Es muss auch berücksichtigt werden, dass sich viele Risikofaktoren mit den durch Armut, strukturellen Rassismus und den Folgen historisch bedingter Traumata bedingten Gegebenheiten überlappen. Dazu zählen Rauchen vor der Geburt, Alkoholkonsum, Frühgeburtlichkeit, schlechte Schwangerschaftsvorsorge und mangelndes Stillen (Füttern von Muttermilchersatzprodukten). In den Vereinigten Staaten erhielten weniger als die Hälfte der Mütter von Kindern, die an SIDS gestorben sind, eine angemessene Schwangerschaftsvorsorge(33), was nachweislich mit SIDS in Verbindung gebracht wird.(112,113) Struktureller Rassismus spielt ebenfalls eine Rolle. Beispielsweise erhalten afroamerikanische Säuglinge im Krankenhaus mit größerer Wahrscheinlichkeit Muttermilchersatzprodukte, ohne dass eine medizinische Indikation vorliegt,(38,39) was das Stillen untergräbt. Die rassistische Diskriminierung von Maori und australischen Ureinwohnern und anderen Minderheiten durch Angehörige der Gesundheitsberufe und die Gesellschaft in Neuseeland und Australien wird mit einer Vielzahl negativer gesundheitlicher Folgen in Verbindung gebracht.(40,114)

Richtlinien und Strategien zur Risikominimierung

In den letzten zehn Jahren wurden verschiedene Richtlinien zur Beratung von Eltern in Bezug auf das gemeinsame Schlafen in einem Bett (Betteilen) veröffentlicht. Länder wie die USA, Kanada und Deutschland(73) haben sich dafür entschieden, vom Betteilen abzuraten. Eine 2014 durchgeführte Überprüfung aller internationalen Fall-Kontroll-Studien über einen Zeitraum von 20 Jahren durch das National Institute for Health and Care Excellence – eine unabhängige britische Institution –, kam zu der Schlussfolgerung, dass das Betteilen als solches nicht ursächlich für SIDS ist und dass Eltern über die spezifischen Risikofaktoren, die mit dem Betteilen verbunden sind, aufgeklärt werden sollten.(115) Im Gegensatz zu den Ländern, in denen von jeglichem Betteilen abgeraten wird, räumen Länder wie Großbritannien und Australien ein,(116), dass Betteilen sowohl absichtlich wie auch unbeabsichtigt erfolgt und oft ein Zusammenhang mit dem Stillen besteht. Daher wird dort dem medizinischen Fahrpersonal angeraten, offen über die speziellen Umstände zu sprechen, bei denen das Betteilen ein Risiko darstellt.

Obwohl dem britischen und australischen Ansatz die Einfachheit des vorherrschenden US-amerikanischen Ansatzes fehlt, orientiert er sich stärker an der Evidenz, die bestätigt, dass Betteilen weit verbreitet ist und kulturell geschätzt werden kann. Diese Strategie ermöglicht es, das Thema wertfrei zu diskutieren und bestimmte gefährliche Situationen zu verdeutlichen.(48.117.118) Die US-Richtlinie fordert zwar wertfreie Gespräche mit Familien über Schlafpraktiken, enthält aber auch die Empfehlung, zum Raumteilen ohne das Bett zu teilen. Dies ist eine klare direkte Botschaft an die Öffentlichkeit, die Entscheidungsträgern leicht zu vermitteln scheint. Ein Nachteil dieses direkten Ansatzes ist, wie die Anti-Betteilungs-rhetorik in einigen Kampagnen zeigt, die Stigmatisierung, die eine ehrliche Diskussion zwischen Eltern und Gesundheitsexperten verhindert und trauernde Eltern, die ein Kind beim Betteilen verloren haben, verletzen kann. Trotz Kampagnen zur Verringerung des Betteilens haben die Berichte darüber in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere bei der schwarzen und hispanischen Bevölkerung.(87,91) In einer Studie, in der Hochrisikofamilien verstärkt zur Vermeidung des Betteilens aufgefordert wurden,(119) unterschied sich das Verhalten in Bezug auf das Betteilen nicht von dem der Kontrollgruppe, und in beiden Armen der Studie nahm das Betteilen in den ersten sechs Monaten zu. Die Stillrate ging nicht zurück, vermutlich weil das Betteilen nicht verändert war.(22)

Unter Berücksichtigung der diagnostischen Verschiebung scheint die Proxy-SIDS-Rate (R95 + R99 + W75) in den Vereinigten Staaten mit der strikten «Kein Bettteilen»-Politik fast unverändert zu sein (Abb. 5). In Großbritannien, wo die Eltern über sicheres Bettteilen aufgeklärt werden, ist die Proxy-SIDS-Rate in den letzten zehn Jahren gesunken (Abb. 6). Es ist jedoch festzustellen, dass viele andere Faktoren als das Bettteilen zu diesen jüngsten Trends beitragen können.

Zu den Strategien zur Risikominimierung gehören das Wissen um die Rolle des Stillens bei der SIDS-Prävention, des potenziellen Risikos des Bettteilen beim Vorliegen von Risikofaktoren und die Berücksichtigung der Bedeutung der Beteiligung des Partners und anderer Unterstützungspersonen an den Schlafzeiten (siehe Tabelle 3).

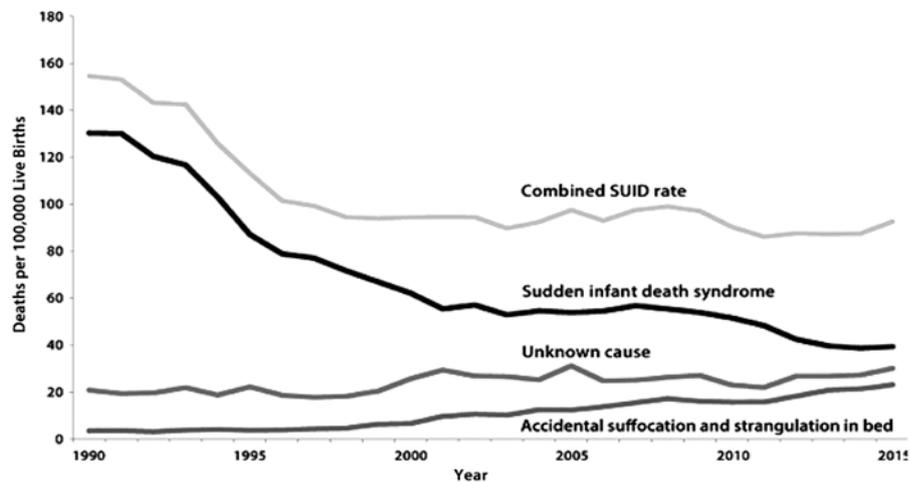


Abb. 5: SIDS- und SUID-Trends in den USA (1990 – 2015)

Quelle: Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (CDC/NCHS), National Vital Statistics System, Compressed Mortality File. SUID, sudden unexpected infant death.

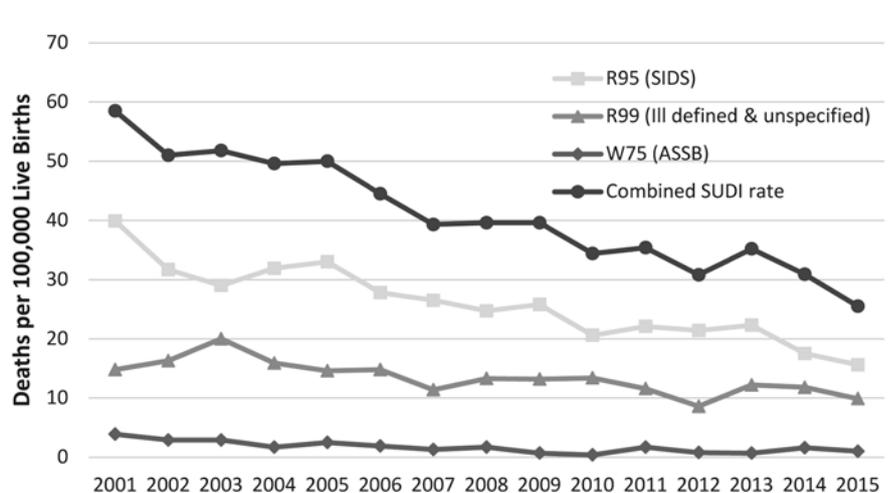


Abb. 6: SIDS- und SUID-Trends in England und Wales (2000 – 2015)

Quelle: Office for National Statistics, England and Wales

Wirksamkeit von Interventionen für sicheren Schlaf

Eine Übersichtsarbeit über Maßnahmen für sicheren Schlaf zeigt, dass die meisten (hauptsächlich in den USA durchgeführten) Einzelmaßnahmen nicht erfolgreich sind, einschließlich derjenigen, zu der Rauchexposition und Schlafplatz.(120) Eine US-amerikanische Beobachtungsstudie zeigte, dass ausschließlich stillende Frauen den Ratschlag, nicht mit ihrem Kind in einem Bett zu schlafen, weitaus seltener befolgten als andere Frauen (65% gegenüber 30,5%).(103) Eltern mit Textnachrichten und E-Mails mit Videos, über soziale Netzwerke oder andere Medien zu erreichen, zeigte einen gewissen Erfolg. (34,53,54,121) aber dies erfordert ein Mobiltelefon und einen Internetzugang. Ein simpler «ABC-Along, Back, Crib» (alleine, Rückenlage, Babybett)-Ansatz wird von Familien und Betreuungspersonen oft abgelehnt und hat nachweislich nicht zu einer Verringerung der schlafbezogenen

Todesfälle geführt. Dies hat dazu geführt, die Strategie zu verfolgen eine Gesprächs(35) mit den Betroffenen zu führen, in dem die Bedürfnisse und Sichtweisen der Eltern erfragt und dann eine informierte Entscheidung getroffen wurde.(118) Zwischen 1993 und 2010 jährlich durchgeführte Umfragen in den USA ergaben, dass die Zahl derjenigen, die mit ihren Kindern das Bett teilen, in schwarzen und hispanischen Familien kontinuierlich gestiegen ist, obwohl fast die Hälfte der nächtlichen Betreuungspersonen in den USA mit einem Arzt über das Bettteilen gesprochen hat.(91)

Die Maori in Neuseeland hatten bis vor kurzem die weltweit höchste SIDS-Rate, was darauf zurückzuführen ist, dass es eine große Anzahl an rauchenden Eltern kombiniert mit einer hohen Rate des Bettteilens gibt.(58) Nach einer kürzlich eingeführten Intervention wurde dort ein Rückgang der kindlichen Todesfälle verzeichnet. (122) Bei dieser auf Hochrisikofamilien abzielenden Intervention wird ein Wahakura, ein auf Maori-Traditionen beruhender geflochtener Korb, der speziell zu diesem Zweck entwickelt wurde(Abb. 3c) und auf das Bett gestellt wird, um einen separaten Schlafplatz für das Kind zu schaffen und ein Pepi-Pod (Abb. 3d), eine Polypropylen-Box (lebensmittelgeeigneter Kunststoff) mit ähnlichen Maßen, zur Verfügung gestellt.(123) Zusätzlich erhalten die Eltern eine Einzelberatung zum Thema «sicherer Schlaf». Von besonderer Bedeutung ist, dass mit der Wahakura die in der traditionellen Form der Säuglingspflege der Maori hoch geschätzte Nähe von Mutter und Kind unterstützt und anerkannt wird.(124) Die hohe SIDS-Rate bei den Maori sank zwischen 2009 und 2012 dramatisch, insbesondere in den Zielgebieten der Kampagne.(122) Interessanterweise verringerte die Wahakura das unsichere Schlafverhalten im Vergleich zu einem Beistellbett nicht, stand aber im Zusammenhang mit deutlich erhöhten Stillraten nach 6 Monaten (Wahakura: 22,5% gegenüber Beistellbett: 10,7%, $p = 0,04$). (55)

Zukünftige Forschungsbereiche

- Wie können Untersuchungstechniken bei Todesfällen verbessert werden, um festzustellen, ob der Tod eines Kindes vollumfänglich durch Asphyxie erklärt werden kann?
- Gibt es ein signifikantes Risiko durch Bettteilen, wenn keinerlei Risikofaktoren vorliegen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Risiken beim Bettteilen und dem Alter des Kindes sowie der Ernährungsform (nach Bereinigung aller Risikofaktoren) (Stillen, Gabe von abgepumpter Milch, Gabe von Spenderinnenmilch und Muttermilchersatzprodukte)?
- Was ist die beste Empfehlung für eine sichere Schlafumgebung für nichtgestillte Kinder?
- Welchen Einfluss haben mehrere bettteilende Personen, wenn keinerlei Risikofaktoren vorliegen, einschließlich dem Bettteilen bei Zwillingen, auf die Sicherheit des Kindes? Macht es für die Sicherheit des Kindes einen Unterschied, wo der Säugling im Bett liegt, z. B. zwischen den Eltern oder am Rand des Betts neben der Mutter?
- Sind Schlafmöglichkeiten, die ein separates Schlafen im Elternbett oder Beistellbettchen ermöglichen sicher und wirkungsvoll, insbesondere für Säuglinge in Hochrisikosituationen, und wenn ja, welche Auswirkungen haben sie auf das Stillen?
- Kann die C-Position (schützendes C) von nicht stillenden Eltern beim Bettteilen übernommen werden und ist sie wirkungsvoll zur Reduzierung von SIDS?
- Wirkt sich eine unterstützende Information für Eltern über das Breastsleeping, wie es in diesem Protokoll als eigene Kategorie des Bettteilens definiert wird, schützend oder riskant aus, um diesen Eltern eine bessere, spezielle Anleitung an die Hand zu geben?
- Gibt es aufgrund von Autopsien Belege über die Auswirkungen der Gabe von Muttermilchersatzprodukten, aus denen ein kausaler Zusammenhang zwischen der Ernährung mit Muttermilchersatzprodukten und SIDS hergestellt werden kann?
- Überwiegen die Risiken des Versterbens durch SIDS aufgrund vorzeitigen Abstillens und möglicherweise aufgrund von mangelndem sicheren Bettteilen das Risiko des Versterbens durch SIDS aufgrund von Bettteilen unter nicht risikobehafteten Bedingungen? Es gibt eine Vielzahl von Einflussfaktoren, so dass es schwierig sein wird, dies zu untersuchen.
- In wie weit beeinflusst mütterliche Adipositas die Risiken und Vorteile des Bettteilens?(125,126)

Tabelle 1. Gefährliche Risikofaktoren oder Umstände beim Bettteilen

Im folgenden sind Faktoren aufgeführt, die das Risiko für SIDS und tödliche Schlafunfälle – entweder alleine für sich oder in Zusammenhang mit dem Bettteilen – erhöhen.(11,26,41,42)

- ein Sofa mit einem schlafenden Erwachsenen teilen («Sofa-teilen»)
- das Kind schläft neben einem Erwachsenen, der durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt ist
- das Kind schläft neben einem Erwachsenen, der raucht
- Schlafen in Bauchlage
- primäres Abstillen
- einen Sessel mit einem schlafenden Erwachsenen teilen
- schlafen auf einer weichen Unterlage/Matratze
- Frühgeburtlichkeit oder geringes Geburtsgewicht

Tabelle 2. Aspekte für die Beratung zu sicherem Bettteilen (nach Wichtigkeit gelistet)

- Niemals mit einem Säugling auf einem Sofa, einem Sessel oder einer ungeeigneten Oberfläche, einschließlich Kissen, schlafen (Grad 3) (11)
- Kinder zum Schlafen von allen Personen, die durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt sind, entfernt hinlegen (Grad 3) (11)
- Säuglinge in Bauchlage zum Schlafen hinlegen (Grad 3) (11) (Grad 4) (43) (Grad 5) (44)
- Kinder zum Schlafen vor dem Passivrauchen bewahren und von Betreuungspersonen, die regelmäßig rauchen (Grad 1) (28) sowie von Kleidung oder Gegenständen, die nach Rauch riechen (third hand smoke), fern halten (Grad 5) (45). (Bei rauchenden Müttern wird das nicht möglich sein)
- Das Bett sollte von Wänden und Möbelstücken so abgerückt sein, dass ein Verkeilen des Kindes mit seinem Kopf oder Körper verhindert wird (Grad 1) (46)
- Die Oberfläche des Betts sollte fest sein, genau wie bei einer Wiege (Grad 3) (41), ohne dicke Bettdecken (z.B. Federbett, Daunendecke), Kissen oder andere Objekte, die ein versehentliches Bedecken des Kopfes oder ein Ersticken verursachen könnten.
- Ein Säugling sollte nicht alleine in einem Erwachsenenbett bleiben (Grad 1) (47)
- Die optimal sichere Schlafposition ist die C-Position (cuddle curl oder schützendes C), bei der der Kopf des Kindes gegenüber der Brust des Erwachsenen liegt, Bein(e) und Arm(e) des Erwachsenen umfassen das Kind, das auf seinem Rücken abseits des Kissens liegt. Abb. 1 (Grad 4) (48,49)
- Es gibt keine hinreichende Evidenz für Empfehlungen für das Bettteilen mit mehreren Personen oder die Position des Kindes im Bett hinsichtlich beider Elternteile, wenn keine gefährlichen Umstände vorliegen.(50,51) Überall sollten die kulturellen Gegebenheiten, die sich individuell auf die Situation auswirken, hinsichtlich der Schlafbedingungen berücksichtigt werden.

Tabelle 3. Maßnahmen zur Risikominimierung bei Familien, in denen Bettteilen ein hohes Risiko darstellt

- Verstärkte Förderung und Unterstützung des Stillens (Grad 1) (12,42,52) (Grad 3) (52)
- Hinweise zur Raucherentwöhnung und zu Therapien für Alkohol und/oder Drogenentzugsbehandlungen (Grad 1) (28) (Grad 3) (11)
- Mehrfach wiederholte multimodale Botschaften zu den Risiken des Sofa-Teilens, Bettteilens bei vorliegenden Risikofaktoren einschließlich des Schlafens in der Nähe eines eingeschränkt handlungsfähigen Erwachsenen und Rauchvermeidung. Textnachrichten und Email, einschließlich der Nutzung von Videos sowie der sozialen Medien können hilfreich sein, wenn die Eltern dazu Zugang haben. (Grad 2) (34,53,54)
- Beistellbetten oder Schlafmöglichkeiten für das Kind, die ein separates Schlafen im Elternbett ermöglichen (z.B. Pepi-pod, Wahakura) können erwogen werden, (Grad 2) (1,55)
- Betonung des gemeinsamen Schlafens in einem Raum (room-sharing), wenn das Bettteilen nicht sicher möglich ist.

* Wir verstehen «westlich» als ein ideologisches, nicht als ein geographisches Konstrukt

Offenlegungserklärung

JJM fungiert als Sicherheitsberater für Arms Reach cosleeper und erhält dafür ein keines Honorar, aber keine Tantiemen. Es liegen keine anderen konkurrierenden finanziellen Interessen vor. PSB ist im Vorstand der International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death (ISPID) und ist wissenschaftlicher Berater für UNICEF UK, für beide Positionen gibt es keine finanzielle Förderung. HLB ist wissenschaftliche Beraterin des Lullaby Trust und im Vorstand des Lullaby Trust Wissenschaftskomitees, Vorstandmitglied von ISPID und Mitglied des redaktionellen Gutachterausschuss des Journal of Human Lactation, alles Positionen ohne finanzielle Förderung. Im Rahmen ihrer akademischen Arbeit ist sie Mitbegründerin und Co-Direktorin von Basis, der Baby Sleep Information Source (www.BasisOnline.org.uk). JJM arbeitet als psychologischer Berater für das Fit Pregnancy Magazine, als unbezahlter Experte für die Webseite Kids in the House, KidsintheHouse.com, und als Vorstandsmitglied von Speaking of Kids. LFW arbeitet als Beraterin und ärztliche Leitung für Communities and Hospitals Advancing Maternity Practices (CHAMPS), Boston Medical Center, Boston, Massachusetts sowie als Beraterin für das National Institute for Children s Health Quality (NICHQ)-National Action Partnership to Promote Safe Sleep Improvement and Innovation Network (NAPPSS-IIN). Sie ist Vorsitzende der Sektion für das Stillen der American Academy of Pediatrics (AAP) und arbeitet außerdem mit bei der AAP Task Force on SIDS. KAM arbeitet im klinischen Beirat der Initiative Babyfreundliches Krankenhaus in den USA mit und ist Mitherausgeberin des Journal of Human Lactation. MCB wurde von der W.K. Kellogg Foundation für Forschungsarbeiten zu Stillen und Ökonomie finanziell unterstützt und ist mitverantwortliche Leiterin der Massachusetts Baby-Friendly Collaborative. LFW und MCB sind Mitglieder des Vorstands der Academy of Breastfeeding Medicine.

Informationen zu finanzieller Unterstützung

Diese Arbeit erhielt keine Förderung.

Ein zentrales Ziel der Academy of Breastfeeding Medicine ist die Entwicklung von klinischen Protokollen für den Umgang mit häufigen medizinischen Problemen, die den Stillserfolg beeinflussen können. Diese Protokolle dienen nur als Richtlinien für die Betreuung von stillenden Müttern und Säuglingen und beschreiben keinen exklusiven Behandlungsablauf oder dienen als Standards der medizinischen Versorgung. Je nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten können Modifikationen der Behandlung angemessen sein.

ABM-Protokolle laufen 5 Jahre ab dem Datum der Veröffentlichung ab. Der Inhalt dieses Protokolls ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aktuell. Evidenzbasierte Überarbeitungen werden innerhalb von 5 Jahren oder bei signifikanten Änderungen der Evidenz früher vorgenommen.

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC, Füssen

Überprüfung der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorlitt, Dirlwang

Originaltext und Quellenangaben unter:

<https://www.bfmed.org/assets/Protocol%20Number%206%202019%20Revision.pdf>