

ABM-Protokolle- Klinisches Protokoll Nr. 6

Richtlinien zu Co-Sleeping und Stillen

Geprüfte Übersetzung: Diese Übersetzung ist von der Academy of Breastfeeding medicine anerkannt worden

ÜBERSETZUNG: Dr. Gabi Kewitz, Ute Taschner

Einleitung

Die „Academy of Breastfeeding Medicine“ ist eine weltweit tätige ärztliche Organisation, die sich für die Förderung, den Schutz und die Unterstützung von Laktation und Stillen einsetzt. Eines der Hauptziele der „Academy of Breastfeeding Medicine“ ist die Verbreitung idealer Stillmethoden. Dieser klinische Leitfaden hat einen wichtigen Aspekt elterlicher Fürsorge zum Gegenstand: die kindliche Schlafumgebung.

Hintergrund

Häufig wird der Begriff „Co-Sleeping“ nur im Zusammenhang mit der Benutzung einer gemeinsamen Schlafgelegenheit durch Kinder und Eltern gebraucht. Es gibt jedoch noch verschiedene andere Möglichkeiten, wie Kinder in engem körperlichem und /oder sozialem Kontakt mit der betreuenden Person (meist der Mutter) gemeinsam schlafen können (1). Diese Begriffsdefinition bedingt, dass die Personen, die gemeinsam schlafen, dicht genug beieinander sind, um die Sinnesreize des Anderen zu spüren und darauf zu reagieren, und schließt auch die Möglichkeit ein, dass ein Kind an der Seite eines Elternteiles, aber auf einer anderen Schlafstätte, liegt.

Gemeinsam mit dem Kind im selben Bett zu schlafen ist also eine Form des „Co-Sleeping“. Andere Formen des „Co-Sleeping“ wie das gemeinsame Schlafen auf einer Matte, einem Futon oder auf dem Fußboden unterscheiden sich vom gemeinsamen Schlafen im Bett. Die Oberfläche ist eine andere und das gemeinsame Schlafen darauf möglicherweise weniger Risiko behaftet als bei weichen Matratzen, Wasserbetten, Sofas oder Couchen. Das gemeinsame Schlafen auf Sofas oder Couchen kann mit einem erhöhten Risiko für das Kind verbunden sein (2).

„Co-sleeping“ bietet dem Kind körperlichen Schutz vor Kälte, verlängert die Dauer des Stillens und verbessert somit die Überlebenschance des sich langsam entwickelnden Säuglings. (1; 3–5) Der menschliche Säugling entwickelt sich im Verhältnis zu anderen Säugetieren langsamer, braucht häufiger Nahrung und zeigt bei der Geburt eine geringere neurologische Reife. (1; 3–5) In Malaria-Gebieten wird das gemeinsame Schlafen empfohlen, weil es die effizienteste Methode ist, die vorhandenen Moskitonetze zu nutzen und kann auch in Gebieten mit unzulänglichen Unterkünften und Schlafstellen notwendig sein.

Sowohl das gemeinsame Schlafen im Elternbett, als auch das „Co-sleeping“ wurden während der letzten Jahre in der medizinischen Literatur häufig negativ kommentiert und in Zusammenhang mit dem Plötzlichen Kindstod gebracht. (6–10) Dies hat einige Autoritäten im öffentlichen Gesundheitswesen [in den USA] veranlasst, Eltern davon abzuraten, mit ihren Kindern das Bett zu teilen. Der amerikanische Verbraucherschutz (United States Consumer Product Safety Commission, USCPSC) empfiehlt Eltern, „nie gemeinsam mit ihrem Kind zu schlafen“, geht aber nicht auf die wichtigen Unterschiede zwischen den diversen Formen des

gemeinsamen Schlafens ein und unterscheidet auch nicht zwischen sicheren und unsicheren Möglichkeiten das Bett zu teilen (11).

Das gemeinsame Schlafen im Bett wird seit langem als eine Methode angesehen, die das elterliche Verhalten und die elterliche Bindung verstärkt und das Stillen erleichtert. (12–16) Nach Durchsicht der aktuellen Literatur (siehe „wissenschaftliche Begründungen“) hat die „Academy of Breastfeeding Medicine“ folgende Empfehlungen für Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, herausgegeben:

Empfehlungen

- A. Weil das Stillen die beste Ernährung für Säuglinge darstellt, müssen alle Empfehlungen zur Kinderbetreuung, die den Beginn und die Dauer des Stillens behindern, sorgfältig gegen alle bekannten Vorteile für Kind, Mutter und Gesellschaft abgewogen werden.
- B. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich Familien Nacht für Nacht und auch tagsüber immer in derselben Schlafkonstellation zur Ruhe legen. Gesundheitspersonal sollte diesen Umstand berücksichtigen, wenn Informationen über die Schlafgewohnheiten in einer Familie erhoben werden. (2; 22) Eltern sollen ermutigt werden, ihre Ansichten mitzuteilen und ausreichende Informationen und Unterstützung vom Gesundheitspersonal zu verlangen. Feinfühligkeit gegenüber kulturellen Unterschieden ist nötig, wenn Schlafgewohnheiten erfragt werden.
- C. Es gibt derzeit nicht genügend wissenschaftliche Belege, um sich in einheitlichen Empfehlungen gegen das gemeinsame Schlafen auszusprechen. Eltern sollen über die Risiken und Vorteile des gemeinsamen Schlafens sowie risikoreiche Praktiken informiert werden, damit sie sich eine eigene Meinung bilden können. Das gemeinsame Schlafen im Bett ist ein komplexes Geschehen. Die Beratung der Eltern über die Schlafumgebung des Kindes soll folgende Informationen beinhalten:
 1. Im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Schlafen oder dem Schlafen im Elternbett wurden, nach Informationen aus der wissenschaftlichen Literatur oder im Konsens der Expertenmeinungen, die folgenden Praktiken als potentiell gefährlich identifiziert:
 - Eine Umgebung, in der geraucht wird und eine Mutter, die raucht (2; 11; 17–21)
 - Das gemeinsame Schlafen mit Kindern auf Sofas, Couchen und Klappbetten (2; 6; 9–11)
 - Das gemeinsame Schlafen in Wasserbetten und/oder sehr weichem Bettmaterial (6; 9–11)
 - Das gemeinsame Schlafen in Betten mit einem Spalt, in den das Kind hineinrutschen kann (6; 9–11)
 - Die Lagerung des Kindes in einem Bett für Erwachsene auf dem Bauch oder auf der Seite (6; 9–11)
 - Der Genuss von Alkohol oder die Einnahme von bewusstseinsverändernden Medikamenten, durch den Erwachsenen, der mit dem Kind gemeinsam schläft (2).
 2. Familien sollen alle Informationen erhalten, von denen bekannt ist, dass sie die Schlafumgebung für ihr Kind sicherer machen, einschließlich der folgenden:
 - Den Säugling zum Schlafen auf den Rücken legen (23)
 - Feste, flache Unterlagen benutzen und Wasserbetten, Couches, Sofas, Kopfkissen, weiches oder lockeres Bettzeug vermeiden (6; 9–11; 23)

- Der Säugling soll nur mit einer dünnen Decke zugedeckt werden. Dabei sicherstellen, dass der Kopf nicht bedeckt wird. In einem kalten Zimmer kann der Säugling in einem Kinder-Schlafsack warmgehalten werden (6; 9–11)
- Kopfkissen, Daunendecken, dicke Steppdecken und Stofftiere sollen in der Schlafumgebung des Säuglings vermieden werden (6; 9-11; 23)
- Niemals darf ein Säugling zum Schlafen auf ein Kopfkissen oder zu dicht an ein Kopfkissen gelegt werden (6; 9-11; 23)
- Ein Säugling darf nie alleine im Bett eines Erwachsenen gelassen werden (6; 9-11; 23)
- Die Eltern sollen darüber informiert werden, dass die Betten für Erwachsene ein potentielles Risiko für Säuglinge darstellen und nicht allgemeinen Sicherheitsstandards für Säuglinge genügen (6; 9-11; 23)
- Es muss sichergestellt sein, dass es keine Zwischenräume zwischen Matratzen, Kopfteilen, Wänden und anderen Oberflächen, in die der Säugling hineinrutschen und ersticken kann, gibt. (6; 9-11; 23)

Eine harte Matratze, die direkt auf den Fußboden in einigem Abstand zur Wand liegt, kann eine sichere Alternative sein. Eine Alternative zum gemeinsamen Schlafen im Bett eines Erwachsenen oder auf einer Matratze stellt der Gebrauch eines Kinderbettes dar, das an der Seite des Bettes des Erwachsenen befestigt ist und Nähe und Zugang zum Säugling ermöglicht. Der Säugling liegt auf einer eigenen Schlafunterlage. Es liegen aber derzeit keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu dieser Möglichkeit vor.

Wissenschaftliche Begründungen

A. Stillen und „Co-sleeping“

Eine Studie, die den Zusammenhang zwischen dem gemeinsamen Schlafen im Bett und Stillen untersuchte, zeigte, dass Kinder, die normalerweise im gleichen Bett mit der Mutter schlafen, ungefähr drei mal solange während der Nacht trinken wie Kinder, die immer von der Mutter getrennt schlafen. Es wurde eine Verdoppelung der Stillmahlzeiten und eine Verlängerung der Stillmahlzeiten um 39% beobachtet.(16) Nähe und Berührungskontakt zwischen Mutter und Kind während des Schlafes vereinfachen die unmittelbare Reaktion der Mutter auf Zeichen des Kindes, wenn es stillbereit ist, und ermöglichen seelisches Wohlbefinden und Rückversicherung für das Kind wie auch für seine Eltern.

Eine kürzlich erschienene große prospektive Studie in den Vereinigten Staaten bei über 10.000 Kindern zeigte, dass bis zu 22% der 1 Monat alten Säuglinge im Bett ihrer Eltern schlafen und dass stillende Mütter drei mal häufiger gemeinsam mit ihren Säuglingen schlafen als Mütter, die nicht stillten. 95% der Kinder, die ein Bett teilten, teilten es mit den Eltern. (24) Studien aus Neuseeland und Australien berichten von aktuellen Zahlen, denen zufolge das gemeinsame Schlafen im Bett zu über 40% praktiziert wird. (22; 25) Eine jüngste retrospektive Studie aus den Vereinigten Staaten zeigte ebenfalls, dass 45% der Kinder mit ihren Eltern gemeinsam schlafen. (26)

B. Co-Sleeping und Säuglingssterblichkeit

1. SIDS Prävention/Risiko:

Verschiedene epidemiologische Studien und eine neue Meta-Analyse zeigten eine signifikante Assoziation zwischen dem Stillen und einem verminderten SIDS-Risiko, besonders wenn während der ersten vier Monate ausschließlich gestillt wurde. (27; 28) Es fehlt derzeit aber eine zufrieden stellende wissenschaftliche Begründung für den kausalen Zusammenhang

zwischen dem Stillen und der SIDS-Prävention. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das SIDS-Risiko ansteigt, wenn das Kind zusammen mit einer rauchenden Mutter im selben Bett schläft. Wird das ungeborene Kind oder der Säugling dem Rauch von Zigaretten ausgesetzt, so steigert diese Exposition das SIDS-Risiko und zwar unabhängig von anderen bekannten Risikofaktoren einschließlich der sozialen Schicht. (2; 17-21; 29; 30) Dies führte zu der Empfehlung, dass Säuglinge nicht im Bett von Eltern, die rauchen, schlafen sollten.

2. Erstickungsrisiko

Zwei Studien des Verbraucherschutzes in den Vereinigten Staaten, die unklare Todesursachen bei Säuglingen untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass eine erhebliche Anzahl von Kindern durch ein unbeabsichtigtes Verfangen in der Schlafunterlage oder weil sich ein schlafender Erwachsener oder ein schlafendes älteres Kind auf sie gelegt hatte, in einer gefährlichen Schlafumgebung erstickt waren. (8; 10) Aus diesen Studien hat der Verbraucherschutz der Vereinigten Staaten (United States Consumer Product Safety Commission, USCPSC) Empfehlungen gegen jede Art des gemeinsamen Schlafens abgeleitet und rät den Eltern, unter keinen Umständen mit ihrem Kind gemeinsam zu schlafen. Die Bedenken der USCPSC resultieren aus dem Mangel an Sicherheitsstandards für Säuglinge bei Betten für Erwachsene und den daraus resultierenden Gefahren für die Kinder.

Zwei weitere Studien, die in St. Louis und in Cleveland durchgeführt wurden, äußern ähnliche Befürchtungen, (7; 9) aber diese Studien weisen ähnliche Mängel auf, wie die zuvor genannten Studien. Diese lassen Daten darüber vermissen, ob der mit dem Kind schlafende Erwachsene Alkohol oder Medikamente zu sich genommen hat, und sie geben keine Auskunft über die Körperhaltung des schlafenden Säuglings zur Zeit des Todeseintritts, obgleich die Bauchlage einer der einflussreichsten Risikofaktoren für SIDS zu sein scheint. Sie machen keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Schlafkonstellationen und unterscheiden unsichere Schlafumgebungen wie Sofas, Couchen, Wasserbetten und gepolsterte Stühle nicht von anderen sicheren Schlafunterlagen. In diesen Studien ist die Qualität und Konsistenz der Daten nicht sichergestellt, und es fehlt die Überprüfung der Rückschlüsse.

Es ist denkbar, dass die Voreingenommenheit medizinischer Untersucher und Gerichtsmediziner dazu führt, dass der Säuglingstod, der im Bett eines Erwachsenen, auf einer Couch oder in einem Stuhl in der Anwesenheit eines Erwachsenen geschehen ist, als ein Tod durch Erdrücken klassifiziert wird, selbst wenn es keinen Beweis dafür gibt, dass der Säugling durch einen Erwachsenen erdrückt wurde. Dies ist besonders bei einem Fehlen einer Untersuchung der Todesumstände und einer genauen Befragung der zum Zeitpunkt des Todes anwesenden Personen problematisch. Bei der Obduktion kann nicht zwischen einem SIDS-Tod und einem beabsichtigten oder unbeabsichtigten Erstickten unter dem Kissen unterschieden werden. Deshalb wird der Tod, der in einem Kinderbett eintritt, normalerweise als SIDS eingestuft, während der Tod, der auf einer Couch oder in dem Bett eines Erwachsenen eintritt, als Erstickungstod eingestuft wird. Darüber hinaus erschweren die unterschiedlichen Gewohnheiten, mit denen Kind und Eltern das Bett teilen, die Analysen des Säuglingstodes. Eine Studie, in der Familien zu Hause besucht wurden, denen aufgrund ihres Sozialstatus ein hohes SIDS-Risiko zuerkannt wurde, zeigte, dass jene Eltern, die das Bett mit dem Kind teilten, das Kind eher auf dem Bauch lagerten und weichere Betten benutzten. (31)

3. Prospektive Studien unter Berücksichtigung der Population

Die einzige prospektive Studie über das gemeinsame Schlafen und SIDS, welche die Population berücksichtigt, wurde in England durchgeführt. (2) Die Untersucher stellten fest:

- Das gemeinsame Schlafen mit dem Kind auf einem Sofa ist mit einem besonders hohen Risiko für den plötzlichen Kindstod verbunden.

- Es zeigte sich kein erhöhtes Risiko, wenn nach einer gewissen Zeit der Gemeinsamkeit im Bett das Kind in seine Wiege zurückgelegt wurde und nicht die gesamte Schlafperiode im Bett der Eltern zubrachte.
- Bei Kindern, deren Eltern nicht rauchten, oder bei Kindern, die älter als 14 Wochen waren, zeigte sich kein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Risiko für den akuten Kindstod und der Tatsache, im elterlichen Bett vorgefunden zu werden.
- Bei jüngeren Kindern korreliert das Risiko, im gemeinsamen Bett zu sterben, mit Alkoholkonsum der Eltern, besonders engen Wohnverhältnissen, extremer Müdigkeit der Eltern und dem Zudecken des Kindes mit einer besonders schweren Bettdecke.
- Den Raum mit den Eltern zu teilen war mit einem niedrigeren Risiko für akuten Kindstod assoziiert.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es bis vor kurzem wenige Daten über aktuelle Beobachtungen gab, aber es wurde klar, dass das gemeinsame Schlafen von Mutter und Kind zu einer komplexen Interaktion führt, die sich grundsätzlich vom getrennten Schlafen unterscheidet, und die im Detail untersucht und verstanden werden muss, bevor vereinfachte Unterteilungen in „sicher und unsicher“ benutzt werden. Sie fahren fort: „..... Vielleicht ist es nicht das gemeinsame Schlafen an und für sich, das gefährlich ist, sondern eher besondere Umstände, die beim gemeinsamen Schlafen in einem Bett vorkommen. Einige dieser Umstände könnten veränderbar sein, und das hätte wichtige Auswirkungen in Bezug auf Sozialpolitik und Gesundheitserziehung.“

4. Ethnische Vielfalt

Die SIDS-Rate ist in asiatischen Kulturen, wo das „Co-sleeping“ verbreitet ist, niedrig. Aber es wird eingewendet, dass das „Co-sleeping“ in diesen Kulturen anders aussieht, als in den Vereinigten Staaten. Blair und seine Kollegen bemerken dazu in ihrer Studie: „..... Ein Baby, das eine Armlänge entfernt von seiner Mutter auf einer festen Unterlage schläft, so wie es häufig in Hongkong zu beobachten ist, oder ein Baby auf einer pazifischen Insel, das eher auf dem Bett als in dem Bett schläft, befindet sich in einer anderen Umgebung als das Baby, das in direktem Kontakt mit der Mutter auf einer weichen Matratze liegt und von einer dicken Bettdecke bedeckt wird.“ (2) Eine große prospektive Studie zum „Bed-sharing“ zeigte unter Zuhilfenahme der Multivariantanalyse, dass Rasse und ethnische Abstammung am stärksten mit der Häufigkeit des gemeinsamen Schlafens in allen Beobachtungsperioden assoziiert ist, wobei afrikanische, asiatische und lateinamerikanische Mütter 4 bis 6 mal häufiger gemeinsam mit ihren Kindern im selben Bett schlafen, als weiße Mütter. (24) In einer kürzlich erschienenen Studie aus Alaska, wo ein hoher Anteil der Ureinwohner gemeinsam mit den Kindern schläft, fanden die Untersucher, dass fast alle SIDS-Fälle, die im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Schlafen von Eltern und Kind beobachtet wurden, auch in Verbindung mit elterlicher Medikamenteneinnahme und gelegentlich mit dem Schlafen in Bauchlage oder auf einer Unterlage wie Couch oder Wasserbett standen. (32)

5. Kontrollierte Laborstudien

McKenna und seine Kollegen haben das „Bed-sharing“ mit größter wissenschaftlicher Sorgfalt im Labor untersucht und fanden, dass Kinder, die gemeinsam mit ihrer Mutter im Bett schliefen, häufiger aufwachten und weniger Zeit in den Schlafstadien 3 und 4 verbrachten. Dies schützt unter Umständen vor SIDS, weil tiefer Schlaf und seltenes Erwachen als mögliche Risikofaktoren für SIDS betrachtet werden. (3; 33-36)

6. Elterliche Einflussfaktoren

Der zusätzliche Beitrag anderer elterlicher Einflussfaktoren zum Risiko des „Co-sleeping“ ist unklar. Blair und Kollegen fanden in einer multivarianten Analyse, dass mütterlicher

Alkoholgenus von mehr als 2 Gläsern (1 Glas = 0,3 l Bier, 1/8 l Wein oder 2 ml Schnaps) und die Müdigkeit der Eltern mit SIDS assoziiert waren. (2) Eine Studie aus Neuseeland zeigte aber keinen klaren Zusammenhang zwischen Alkoholgenuss und SIDS. (20) Die Bedeutung von Übergewicht wurde nur in einer Studie untersucht. Diese zeigte, dass das mittlere Gewicht der Mütter, die das Bett mit ihrem Kind teilten, vor der Geburt höher war als das der Mütter, die das Bett nicht mit ihrem Kind teilten. (7) Wenn das Erdrücken als ein möglicher Mechanismus für das kindliche Ersticken angesehen wird, wäre es plausibel, dass der psychologische und physische Zustand derer, die das Bett mit ihrem Kind teilen, wichtig sein könnte.

Empfehlungen für weitere Forschung

- A. Die Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) betont, dass weitere Untersuchungen durchgeführt werden müssen, so dass die Vorteile und Risiken des „Co-sleeping“ und des Schlafens im Elternbett und der Zusammenhang mit dem Stillen besser verstanden werden können.
- B. Die ABM befürchtet, dass das „Co-sleeping“ und das gemeinsame Schlafen im Bett durch fehlerhafte Datensammlung und irrtümliche Rückschlüsse verboten wurden. Wenn medizinische Untersuchungsdaten in der Forschung benutzt werden, sollten ärztliche Untersucher Protokolle entwickeln, um ungeklärte Todesfälle von Säuglingen unter Verwendung objektiver und standardisierter Methoden einschließlich eines detaillierten Untersuchungsplanes zu erforschen. Die Datenerhebung muss wissenschaftlich und wahrheitsgetreu sein und folgendes berücksichtigen:
- Direkte bauliche Umgebung des Bettes
 - Die genaue Lagerung des Kindes im Bett
 - Die Menschen, die das Bett mit dem Kind teilen
 - Den körperlichen und psychischen Zustand des Erwachsenen, der das Bett mit dem Kind teilt
 - Den medizinischen Status des Kindes zur Zeit des Todes

Eine komplette und kritische Untersuchung des Kindes nach dem Tod ist ebenso wichtig, wie die Besichtigung des Ortes, wo der Tod eintrat, durch ausgebildete und unabhängige Untersucher.

- C. Die Forscher sollten gut konzipierte, objektive, prospektive Untersuchungsprotokolle mit standardisierten, gut definierten Methoden der Datensammlung anwenden. Eine Kontrollgruppe für den Vergleich ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Untersuchungen. Die Studien sollten eine ganze Population erfassen, so dass das tatsächliche Risiko des plötzlichen Kindstodes und des Erstickens durch Erdrücken aufgrund des gemeinsamen Schlafens im Bett und des „Co-sleeping“ erfasst werden kann. Eine gemeinsame Basis für die Berechnungen des Risikos und für den Vergleich mit einer Population, die das „Co-sleeping“ oder das Schlafen im Elternbett nicht praktizieren, ist vonnöten. In der abschließenden Analyse muss kritisch beachtet werden, dass gefährliche, abwandelbare Faktoren, die mit dem gemeinsamen Schlafen im Bett einhergehen, nicht gleichbedeutend sind mit dem gemeinsamen Schlafen im Bett selbst. Die ethnische Vielfaltigkeit der Vereinigten Staaten muss ebenfalls berücksichtigt werden.
- D. Weitere Studien über die Auswirkungen des „Co-sleeping“ auf das kindliche Verhalten, SIDS und Stillen sind wesentlich.

1. McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, et al. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep* 1993;16:263–282.
2. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: Case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457–1461.
3. McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): The role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. *Med Anthropol* 1986;10:9–92.
4. McKenna JJ, Mosko S. Evolution and infant sleep: an experimental study of infant-parent co-sleeping and its implications for SIDS. *Acta Paediatr Suppl* 1993; 82(Suppl 389):31–36.
5. McKenna JJ, Mosko SS. Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (same bed): An experiment in evolutionary medicine. *Acta Paediatr Suppl* 1994;397:94–102.
6. Byard RW, Beal S, Bourne AJ. Potentially dangerous sleeping environments and accidental asphyxia in infancy and early childhood. *Arch Dis Child* 1994;71:497–500.
7. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107:530–536.
8. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980–1997. *Pediatrics* 1999;103:e59.
9. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, et al. Unsafe sleep practices and an analysis of bedsharing among infants dying suddenly and unexpectedly: Results of a four year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics* 2000;106:e41.
10. Nakamura S, Wind M, Danello MA. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1019–1023.
11. U.S. Consumer Products Safety Commission. *CPSC Warns Against Placing Babies in Adult Beds*. Report Number SPSC Document #5091. U.S. Consumer Products Safety Commission, Washington, DC, 1999.
12. 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;116:1245–1255.
13. Rosenberg KD. Sudden infant death syndrome and co-sleeping. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:529–530.
14. Flick L, White DK, Vemulapalli C, et al. Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk for sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2001;138:338–343.
15. Ostfeld BM, Perl H, Esposito L, et al. Sleep environment, positional, lifestyle, and demographic characteristics associated with bed sharing in sudden infant death syndrome cases: A population-based study. *Pediatrics* 2006;118:2051–2059.
16. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:885–890.
17. McVea KL, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16:13–20.
18. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, et al. Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study. *J Paediatr Child Health* 1992; 28(Suppl 1):S3–S8.
19. Mitchell EA, Esmail A, Jones DR, et al. Do differences in the prevalence of risk factors explain the higher mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand compared with the UK? *N Z Med J* 1996;109:352–355.

20. Mitchell EA, Tuohy PG, Brunt JM, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: A prospective study. *Pediatrics* 1997;100:835–840.
21. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993;307:1312–1318.
22. Scragg R, Stewart AW, Mitchell EA, et al. Public health policy on bed sharing and smoking in the sudden infant death syndrome. *N Z Med J* 1995;108:218–222.
23. Scragg RK, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998;30:345–349.
24. Mitchell EA, Scragg L, Clements M. Factors related to infants bed sharing. *N Z Med J* 1994;107:466–467.
25. 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;161:237–245.
26. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141–149.
27. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Maternal-infant bedsharing: Risk factors for bed-sharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. *Matern Child Health J* 2007;11:277–286.
28. McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, et al. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: A preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am J Phys Anthropol* 1990;83:331–347.
29. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100:841–849.
30. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, et al. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics* 2006;117:1599–1607.
31. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32–37.
32. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case control study. *Lancet* 2004;363:185–191.
33. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214–219.
34. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106–1110.

ABM protocols expire five years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within five years, or sooner if there are significant changes in the evidence.

Contributors

**Rosha McCoy, M.D., FABM*

**James J. McKenna, Ph.D.*

**Lawrence Gartner, M.D., FABM*

Protocol Committee

Caroline J. Chantry, M.D., FABM,

Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., FABM,

Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM,

Co-Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Danksagung:

Diese Übersetzungsarbeit wäre nicht ohne die engagierte Hilfe von Mitarbeitern der „Aktionsgruppe Babynahrung“ zu Stande gekommen. Ich danke Herrn Harald Manninga für die rasche und kompetente Übernahme der notwendigen Rückübersetzung dieses Protokolls und Frau Marina Weidenbach für die Korrektur und die vielen wertvollen Änderungsvorschläge bei der Übersetzung.