

Herbert Renz-Polster

## Plötzlicher Kindstod und Elternbett

*Das Dilemma der Forschung*



**Die Debatte um den Plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome/SIDS) hat es in sich. Während sich die Forscher über die meisten Risikofaktoren einig sind, herrscht in einer wichtigen Frage Widerspruch – nämlich ob das geteilte Elternbett als eigener Risikofaktor zu werten sei oder nicht. Eine Studie des britischen SIDS-Forschers Peter Blair rollte diese Frage im Jahr 2014 erneut auf. Warum scheiden sich an der Frage des Elternbetts noch immer die Geister?**

Bis heute sorgt eine im Jahr 2013 erschienene Studie des britischen SIDS-Forschers Robert Carpenter für Aufsehen.[1] Sie berichtete über ein deutlich erhöhtes SIDS-Risiko bei Kindern, die im Elternbett schlafen. Die Ergebnisse der Studie wurden in der Fachwelt wegen methodischer Probleme vielfach kritisiert, so auch in der Online-Publikation des *British Medical Journals* (eine deutsche Übersetzung unseres eigenen Kommentars findet sich auch hier ).

Im Herbst 2014 erschien zum gleichen Thema die Studie eines anderen britischen Forschers, Peter Blair, in *Plos One*. [2] Er konzentrierte sich bewusst auf die Frage, wie gefährlich der Schlaf im Elternbett sei, wenn die Eltern bekannte Risiken vermeiden, wie etwa Rauchen oder Alkoholkonsum.

Seine Studie (siehe Kasten) bestätigt zunächst einmal das, was sein Kollege Carpenter ebenfalls gezeigt hatte: nämlich dass bestimmte Einflüsse das SIDS-Risiko für ein Baby deutlich erhöhen, insbesondere Rauchen und Alkoholkonsum der Pflegepersonen.

Anders als Carpenter kommt Peter Blair aber im Hinblick auf das geteilte Elternbett zu einem anderen Ergebnis: werden die bekannten Risikofaktoren Rauchen und Alkohol *vermieden*, so ist nach seinen Daten das Schlafen mit ei-

nem Baby unbedenklich – zumindest wenn dieses in einem *Bett*, und nicht beispielsweise auf einem Sofa, stattfindet.

Zwei Studien also mit einer sehr unterschiedlichen Aussage über die Sicherheit des geteilten Elternbetts. Wie ist das zu erklären? Werfen wir dazu einen Blick auf die Schwierigkeiten, in denen sowohl die SIDS-Forschung als auch die öffentliche Debatte um deren Ergebnisse stecken.

---

## Die Studie von Peter Blair im Detail

Für seine Analyse hat der britische Forscher Peter Blair zwei englische Studien zu insgesamt 400 SIDS-Fällen ausgewertet, die sich durch einen vollständigen Datenbestand zu drei wichtigen Einflussfaktoren auszeichnen: Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und Ernährung des Babys – gestillt oder nicht gestillt.

Bei der ersten Analyse zeigte sich zunächst der bekannte Zusammenhang: Wurden alle Fälle zusammen analysiert, so war der Schlaf im geteilten Elternbett tatsächlich deutlich gefährlicher als der Einzelschlaf – beim geteilten Schlaf war das SIDS Risiko mehr als drei Mal höher.

Wurden aber in der Statistik nur diejenigen Kinder betrachtet, die in einem Bett (also nicht auf einem Sofa oder Sessel) bei nicht rauchenden, nicht trinkenden Eltern schliefen, so war deren Schlaf insgesamt genauso sicher wie der von Babys, die im eigenen Bett im Zimmer der Eltern schliefen. Bei den älteren (über drei Monate alten) Babys war sogar ein Schutzeffekt des Elternbetts zu beobachten – sie hatten ein niedrigeres SIDS-Risiko, als die im eigenen Bett im Zimmer der Eltern schlafenden Babys.

Und das im Elternbett deutlich erhöhte SIDS-Risiko bei den unter drei Monate alten Babys, das sein Londoner Kollege, der Statistiker Robert Carpenter, aus seiner Studie von 2013 abgeleitet hatte? Dieser Zusammenhang hat sich nicht bestätigt. Auch in der Studie von Peter Blair konnte zwar ein möglicherweise leicht erhöhtes Risiko für die kleineren Babys nicht ausgeschlossen werden – rein rechnerisch lag es für die unter 3 Monate alten Babys im Bereich des 1,6-Fachen. Allerdings war dieser Wert statistisch nicht signifikant, das heißt, es lässt sich keine Aussage darüber treffen, ob diese leichte Erhöhung wirklich auf das geteilte Elternbett zurückgeführt werden kann, oder ob das an anderen Einflüssen liegt. Hier wäre zum Beispiel an einen möglichen Drogenkonsum zu denken, der in der neuen Studie bewusst ausgeklammert wurde, da hierzu keine vollständigen Daten vorlagen. Ebenso wurde in die Ergebnisse nicht eingerechnet, ob ein Baby routinemäßig im Bett der Eltern schlief oder nur aus einem besonderen Anlass – auch aus diesem Grund handelt es sich bei den vorliegenden Ergebnissen eher um konservative, die „Gefährlichkeit“ des Elternbetts eher überschätzende Angaben.

Mit großer statistischer Aussagekraft bestätigt die Studie dagegen eindrücklich, wie sehr bestimmte Einflüsse die Sicherheit des gemeinsamen Schlafens beeinträchtigen. So schlägt sich das Schlafen bei einem rauchenden Elternteil für den unter drei Monate alten Säugling in einem immerhin neunfach erhöhten SIDS-Risiko nieder. Beim Schlaf mit einer alkoholisierten Person tritt der Plötzliche Kindstod 18-mal häufiger auf, und beim gemeinsamen Schlafen auf einem Sofa ist das Risiko ebenfalls etwa 18-fach erhöht.

---

## Was ist eigentlich bed-sharing? Oder ein „Elternbett“?

Die Ausgangssituation zur Frage des Risikos eines Plötzlichen Kindstodes im Elternbett ist unter SIDS-Forschern unstrittig. Es hängt auch vom *Schlafort bzw. den Schlafumständen* ab:

- ▶ In den modernen Industrieländern versterben Babys, die mit jemandem zusammen schlafen etwa zwei bis drei Mal so häufig am Plötzlichen Kindstod, als wenn sie im eigenen Bett im Schlafzimmer ihrer Eltern schlafen.
- ▶ Andererseits ist auch das Schlafen eines Babys *im eigenen Zimmer* von einem ähnlich erhöhten SIDS-Risiko

behaftet.

Die Frage an die Wissenschaft ist also die: Wie ist das erhöhte Risiko des gemeinsamen Schlafens zu erklären? Ist es an sich gefährlich? Oder sind bestimmte Umstände für das erhöhte Risiko verantwortlich – die vielleicht vermeidbar sind?

Das Problem beginnt schon bei den Begriffen. Wenn von den Forschungsergebnissen zum Thema „allein oder getrennt schlafen“ die Rede ist, so wird das Risiko des gemeinsamen Schlafens oft auf das „bed-sharing“ oder im Deutschen auch auf das „Elternbett“ zurückgeführt (der Begriff des Co-sleepings“ wird inzwischen häufig für das gemeinsame Schlafen *in ein und demselben Zimmer* verwendet, er ist deshalb wenig brauchbar). Sowohl das „bed-sharing“ als auch das „Elternbett“ sind aber sehr unscharfe Begriffe, die für unterschiedliche Babys oft sehr unterschiedliche Dinge bedeuten: Für das eine Baby bedeutet bed-sharing etwa, dass es in einem echten Bett bei seiner stillenden Mutter liegt, die weder raucht, noch Alkohol, Drogen oder Schlafmittel zu sich genommen hat (der Begriff des „Elternbetts“ wäre hier eine zutreffende Übersetzung). Ein anderes Baby ist im gleichen „Elternbett“ vielleicht Zigarettenrauch ausgesetzt. Oder einer alkoholisierten Mutter. Oder einer Mutter, die von Marihuana benebelt ist. Das Baby könnte dort aber auch bei einem Menschen zu liegen kommen, der gar nicht seine Mutter ist, sondern zum Beispiel der Babysitter (hier träfe das Wort bed-sharing zu, das Wort „Elternbett“ jedoch nur bedingt).

Ja, die Unschärfe geht noch weiter: Das „Bett“ in dem ein Baby mit seiner Mutter schläft, könnte auch gar kein Bett sein, sondern ein Sofa. Oder ein Sessel, auf dem Baby und Mutter beim Stillen eingeschlafen sind (in beiden Fällen würde es sich also weder um bed-sharing noch um ein Elternbett handeln).

Auch die Umstände, unter denen Babys zusammen mit ihren Eltern schlafen, unterscheiden sich. Im einen Fall schläft ein Baby von Anfang an bei seinen Eltern (routinemäßiges oder primäres bed-sharing). In anderen Fällen schlafen Babys nur *unter besonderen Umständen* bei ihren Eltern oder Pflegepersonen (sekundäres bed-sharing, im Fall eines SIDS-Ereignisses auch als „last night only“ bed-sharing bezeichnet). Das Baby könnte etwa im Bett der Eltern gelandet sein, weil es den ganzen Tag quengelig war und vielleicht eine Krankheit ausbrütet. Wie relevant dieser Einfluss ist, zeigt sich an den beiden Studien, die sich die Mühe gemacht haben, das Risiko des Plötzlichen Kindstods im Elternbett getrennt für die *routinemäßig im Elternbett schlafenden Säuglinge* zu berechnen. Keine von ihnen kann ein erhöhtes Risiko des Elternbetts für die von Anfang an im Elternbett schlafenden Säuglinge erkennen.

Kurz: Es gibt gar nicht *das* bed-sharing und es gibt auch nicht *das* Elternbett – es gibt deren viele. Was allerdings die Wenigsten wissen: in den meisten Studien werden alle diese Varianten in einer *gemeinsamen Kategorie* geführt, nämlich: „bed-sharing“. Wenn dann in der Presse einmal wieder vom Risiko des „Elternbetts“ die Rede ist, dann sind darin also auch die Fälle enthalten, in denen ein Baby weder in einem Bett (sondern zum Beispiel auf einer Couch) noch bei seinen Eltern (sondern zum Beispiel bei einem Babysitter) verstorben ist.

### **Knäuel an unterschiedlichen Bedingungen**

Dabei ist die Ausgangslage eigentlich ziemlich geradlinig, denn es leuchtet rasch ein, warum das Schlafen in der Nähe eines Erwachsenen für ein Baby unter bestimmten Umständen riskanter sein kann als das Alleineschlafen. Auf ein Baby, das in seinem eigenen Bettchen schläft, wirkt beispielsweise der Zigarettenrauch seiner rauchenden Mutter weniger stark, als wenn es dicht bei ihr liegt. Ja, im eigenen Bett macht es für das Baby nicht einmal einen großen Unterschied, wenn die Mama hier und da einmal einen Joint raucht – für ein Baby, das nachts neben ihr kuschelt aber unter Umständen sehr wohl. Dasselbe gilt für Alkohol, Schlafmittel oder andere Drogen. Es dürfte also niemanden verwundern, dass die Statistik dem gemeinsamen Schlafen ein insgesamt erhöhtes Risiko zuschreibt, solange sie alle Fälle gemeinsam betrachtet.

Nur, da gehen die Fragen ja eigentlich erst los? Wie kann die Wissenschaft herausfinden, ob die mit dem Elternbett in Verbindung gebrachten Risiken *vom gemeinsamen Schlafen* herrühren, oder von Faktoren, die *nur in bestimmten, ungünstigen Fällen* damit verbundenen sind? Wie kann sie herausfinden, ob das gemeinsame Schlafen *per se* ein Risiko ist – oder ob das Risiko verschwindet, wenn die Eltern bestimmte Dinge vermeiden (wie etwa das Zigaretten-

rauchen). Denn Eltern interessieren sich ja nicht für Statistik, sondern stellen ganz persönliche Fragen. Sie möchten wissen, ob der gemeinsame Schlaf auch dann gefährlich ist, wenn ich „alles richtig mache“ – wenn ich also nicht rauche, nicht von Alkohol, Schlafmitteln oder Drogen benebelt bin und mein Baby auf einer Unterlage bete, auf der es nicht in einen Graben rutschen kann, wie etwa auf einem Sofa, einem Sessel oder einem Wasserbett.

Genau dieses Entwirren ist eine extrem schwierige Herausforderung. Denn die beste und sicherste Methode, die Wissenschaftler zur Klärung komplexer Sachverhalte verwenden, kann bei der Erforschung des Plötzlichen Kindstods nicht angewendet werden: das Experiment.

Stattdessen ist die SIDS-Forschung auf Analysen im Nachhinein angewiesen. Sie untersucht deshalb die Kindstodfälle und versucht herauszufinden, unter welchen Umständen das tragische Ereignis passiert ist. Dazu bekommen die betroffenen Eltern zum Beispiel einen Fragebogen zugeschickt, in dem sie – oft aus dem Rückblick mehrerer in Trauer und Verzweiflung verbrachter Wochen – schildern sollen, welche Umstände in der Todesnacht vorgelegen haben. Etwa, ob in der Todesnacht geraucht worden war, wie das Bett beschaffen war, ob Alkohol im Spiel war und wenn ja, wie viel. Und so weiter. Um diese Einflüsse statistisch bewerten zu können, erhalten gleichzeitig andere, mehr oder weniger zufällig ausgewählte Eltern gesunder Kinder denselben Fragebogen zugeschickt. Anschließend wird dann durch statistische Methoden ermittelt, welchen Faktoren möglicherweise ein ursächlicher Einfluss zugeschrieben werden kann.

Dass die Methodik solcher Fall-Kontroll-Studien, wie sie auch genannt werden, problematisch ist, steht außer Zweifel.[3] Die Interpretation wird umso unsicherer, je lückenhafter die Auskünfte sind, die den Forschern zur Verfügung stehen. So enthalten gerade ältere Datensätze, wie sie zum Beispiel in der Carpenter-Studie mehrheitlich verwendet wurden, oft nur wenig Daten etwa über einen möglichen Drogen-Konsum der Eltern, und oft ist nicht einmal bekannt, ob ein Baby gestillt wurde oder nicht (Stillen wirkt als Schutzfaktor gegen SIDS).[4] Auch ob ein verstorbene Baby in der Todesnacht das Bett etwa mit der Mutter geteilt hat oder mit einem „Non-caregiver“ (Babysitter) ist vielfach nicht dokumentiert. Und nur in den wenigsten Studien wird unterschieden, ob das Baby *regelmäßig* bei der Mutter schläft, oder ob es nur in der Todesnacht bei den Eltern geschlafen hat. Wenn Kinder nur ausnahmsweise mit ins Bett der Eltern genommen werden, könnten besondere Umstände vorliegen, die für den Tod mit verantwortlich sind. Wie sehr es auf solche feinen Unterschiede ankommt, zeigt eine Analyse aus Deutschland, in der sich für die *regelmäßig* im Elternbett schlafenden Babys kein erhöhtes SIDS-Risiko ergab, für die *ausnahmsweise* ins Bett genommen Babys dagegen sehr wohl.[5]

## Ein weiteres Dilemma

Als sei die Frage nach dem „sicheren“ Schlafort nicht schon komplex genug, scheint in der Debatte ganz hartnäckig eine weitere Frage mitzuschwingen – nämlich die nach dem „richtigen“ Schlafort. Gehört ein Baby überhaupt ins Elternbett? Ist es für seine Entwicklung nicht besser, wenn es alleine einschläft? Ist das Sicherheitsargument vielleicht auch so etwas wie ein verkapptes „Erziehungsargument“? Sollen mit der Sicherheitsfrage also möglicherweise auch kulturelle Streitfragen um das richtige Elternverhalten geklärt werden?

Zumindest fällt eines auf: Während in der öffentlichen Diskussion rund um den Plötzlichen Kindstod zwar viel und sehr emotional von den Gefahren des Elternbettes die Rede ist (Spiegel online, 21.5.2013[6]), wird von den möglichen Gefahren eines eigenen Kinderzimmers kaum gesprochen. Viele Eltern haben davon noch nicht einmal gehört. Auch die in Deutschland bekannte Schlafexpertin Annette Kast-Zahn stützt sich in ihrem Elternratgeber „Jedes Kind kann schlafen lernen“ auf „Sicherheitsexperten“ – diese würden das Schlafen mit einem Baby wegen einer möglichen „Überhitzung“ als gefährlich ansehen[7]. Gleichzeitig findet sie es aus erzieherischen Gründen aber als „hilfreich“, wenn die Eltern ein Baby vom Elternzimmer in ein eigenes Kinderzimmer verfrachten – urplötzlich scheint sie hier die „Sicherheitsexperten“ zu vergessen, die sich über das erhöhte SIDS-Risiko in einem eigenen Zimmer aber sehr wohl einig sind.

## Was tun?

Dass die Forschung zur Frage der Sicherheit des geteilten Elternbetts weiterhin widersprüchliche Ergebnisse zutage fördern wird, ist zu erwarten. Auch die öffentliche Wahrnehmung der Studienergebnisse wird nach dem Gesagten gespalten bleiben.

Vielleicht hilft es, sich auf das zu besinnen, was unter SIDS-Forschern unstrittig ist. Und das ist eigentlich Grund für Optimismus, und zwar in mehrerlei Hinsicht:

- ▶ Die SIDS-Fälle haben deutlich abgenommen – sie kommen heute zehnmal seltener vor als noch vor 25 Jahren. Verstarben im Jahr 1991 in Deutschland noch 1.286 Babys am Plötzlichen Kindstod, so waren es im Jahr 2020 etwa 10 mal weniger (nämlich 86, die genaue Zahlenangabe ist allerdings kompliziert, weil manche Fälle von Plötzlichem Kindstod oder auch Erstickungstodesfällen in anderen Kategorien geführt werden; insgesamt dürfte die Zahl um 130 pro Jahr liegen, das sind weniger als 0,02 Prozent der Babys). Und dieser Rückgang kommt nicht etwa daher, dass das geteilte Elternbett aus der Mode gekommen wäre – diese Praxis ist heute sogar deutlich häufiger als damals. Auch in anderen OECD-Ländern sind die Zahlen um etwa 90 Prozent gesunken. Das heißt: Der Plötzliche Kindstod ist noch immer eine reale Gefahr – aber er ist zu einem sehr seltenen Ereignis geworden.
- ▶ Die Daten zeigen außerdem das immer gleiche Muster: Fast alle SIDS-Fälle sind heute mit *bestimmten, grundsätzlich vermeidbaren Risiken* verbunden: die betroffenen Babys wurden in den weitaus meisten Fällen nicht gestillt (es ist schon seit längerem bekannt, dass Stillen das SIDS-Risiko um etwa 50 Prozent senkt), ihre Mütter sind zumeist Raucherinnen, oder es sind Alkohol, Drogen oder Schlafmittel im Spiel. Oder das Baby wurde in einer unsicheren Schlafumgebung gebettet – etwa auf eine Couch. Oder es wurde in Bauchlage ins Bettchen gelegt (dies trifft zumindest auf die Kinder zu, die im eigenen Bett schlafen, im Elternbett ist die Bauchlage zumindest in einer sorgfältig durchgeführten neueren Studie kein unabhängiger Risikofaktor).[8] In vielen neueren Studien lässt sich praktisch kein SIDS-Fall mehr finden, bei dem nicht ein besonderes, meist vermeidbares Risiko vorgelegen hätte. Das heißt nicht, das will ich hier ausdrücklich betonen, dass SIDS-Fälle nicht auch unter den besten und günstigsten aller Umstände auftreten können. Katastrophale Ereignisse sind Teil des Lebens und werden es immer bleiben, und sie sind gewiss kein Grund, um irgendwelche „Schuldfragen“ zu stellen.
- ▶ Unterschätzt wird vor allem der Einfluss des Rauchens, bei dem zudem ein Missverständnis besteht. Abgehoben (auch in vielen Präventionsbroschüren) wird oft auf: „Rauche nicht in der Nähe eines Babys“. Das stimmt. Allerdings ist der Einfluss des *aktuellen* Rauchens sehr viel kleiner als der des Rauchens in der Schwangerschaft. Während das aktuelle Rauchen das Risiko des Plötzlichen Kindstods nur moderat erhöht, wirkt das Rauchen in der Schwangerschaft nämlich um ein Vielfaches stärker (in manchen Untersuchungen sind 85% der SIDS-Opfer Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft geraucht haben). Hier sollte unbedingt der Schwerpunkt der SIDS-Prävention neu gewichtet werden.

## Die neuen Fragen

Die SIDS-Forschung steht heute vor einer ernstzunehmenden Frage: Könnte es sein, dass die rigiden, pauschalen Empfehlungen gegen das geteilte Elternbett selbst zu einer Gefahr für die Babys werden? Etwa, weil manche Mütter das nächtliche Stillen als so anstrengend empfindet, dass sie eher damit aufhört? Oder weil sie ihr Kind nachts dann vielleicht in einer unsicheren Umgebung stillt, wie etwa auf einem Sessel – und dort mit dem Baby einschläft? Und, so fragen etwa EntwicklungspsychologInnen und BindungsforscherInnen – was bedeutet die Angst vor dem gemeinsamen Schlaf für Familien, deren Baby im eigenen Bettchen einfach unruhig und unzufrieden ist? Wird dadurch nicht der sowieso belastende Übergang ins Familienleben noch schwieriger, als er ohnehin schon ist? Wird dadurch nicht vielleicht der Aufbau eines wichtigen „Entwicklungskapitals“ erschwert, nämlich einer sicheren, verlässlichen Beziehung?

Besonders interessant und wichtig erscheint mir deshalb die Diskussion, die Blair mit seiner neuen Studie anregt. Er schildert die Ausgangslage selbst so: „In unserer Studie haben uns mehrere von einem Todesfall betroffene Eltern mitgeteilt, man hätte ihnen geraten, das Baby nicht mit ins Bett zu nehmen und sie hätten deshalb ihr Kind auf dem



Sofa gefüttert – wo sie dann eingeschlafen seien.“ (Blair et al. 2014)

Es ist also an der Zeit, dass wir die pauschale Ablehnung des Elternbettes als Schlafort für das Baby auf den Prüfstand stellen. Sorgt inzwischen vielleicht die rigide Informationspraxis etwa der kinderärztlichen Verbände selbst dafür, dass Babys in Gefahr geraten? Dass dies eine reale Möglichkeit ist, zeigen die Daten dieser Studie.

## Die Beratung muss besser werden

Gerade in Deutschland fühlen sich Eltern, die sich eigentlich ein Familienbett wünschen und dafür auch alles „richtig“ machen wollen, regelrecht zerrissen. Anders als etwa in Großbritannien oder der Schweiz gibt es in Deutschland für Eltern von „offizieller“ Seite kaum Unterstützung, die ihr Kind bei sich im Bett schlafen lassen wollen. Während die Schlafempfehlungen bei britischen Sektion der Unicef[9] oder bei der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie[10] auch Hinweise zum sicheren Elternbett enthalten, liegt die Informationshoheit in Deutschland oft bei privaten Vereinen. So etwa bei der Babyhilfe Deutschland, die sich in Elternmagazinen unter der Rubrik „Sicher und geschützt“ dann etwa im Magazin *Baby und Familie* so zu Wort meldet: „Kinder, die in den ersten drei Monaten im Elternbett schlafen, haben ein 20-fach erhöhtes SIDS-Risiko.“[11] Eltern können solche Aussagen weder einordnen noch überprüfen. Sie stehen bei solchen pauschalen Aussagen unter einem enormen Rechtfertigungsdruck.

Die Studie von Peter Blair wirft eine im Grunde medizinethische Frage auf: Was ist möglicherweise an den derzeitigen Schlafempfehlungen in Deutschland nicht in Ordnung? Warum stellen sie das Schlafen mit einem Baby noch immer unter Generalverdacht? Warum werden die Eltern stattdessen nicht über das informiert, was wirklich bekannt und auch unter den WissenschaftlerInnen unstrittig ist: dass das geteilte Elternbett für ein Baby dann ein erhöhtes Risiko bedeuten kann, wenn

- ▶ die Mutter in der Schwangerschaft geraucht hat
- ▶ die Eltern aktuell rauchen, Alkohol trinken, Drogen oder Schlafmittel nehmen
- ▶ das Baby bei Nicht-Pflegepersonen schläft
- ▶ das Bett nicht babygerecht ist (Sofa, Wasserbett, zu weiche Matratzen, Federbetten etc)
- ▶ es sich um ein frühgeborenes Baby handelt (insbesondere, wenn die Frühgeburtlichkeit mit Rauchen in der Schwangerschaft zusammenhängt)
- ▶ Ob die Bauchlage *im Elternbett* ein Risiko ist, ist umstritten. Zumindest die eine qualitativ hochwertige neuere Studie spricht dagegen[12]

Vielleicht ist eine solch differenzierte Beratung schwieriger als pauschale Aussagen zu treffen. Für die Eltern aber macht diese Mühe einen entscheidenden Unterschied. Denn wenn Eltern ihren Kinderarzt nach dem Risiko des Elternbetts fragen, dann wollen sie von ihm eine Antwort, die ihre eigene Situation abbildet. Und es wäre dann zu wünschen, dass der befragte Arzt sich tatsächlich gut genug in diesem Thema auskennt, um entsprechend zu informieren. Ähnliches wäre von denen zu erwarten, die für die ärztlichen Fachgesellschaften Empfehlungen zum sicheren Säuglingsschlaf ausarbeiten. Als Familie mit einem Baby zu leben, ist für sich genommen schon Herausforderung genug. Da gehört jeder Hinweis, der Angst und Unsicherheit verbreitet, unbedingt und immer wieder auf den Prüfstand.

## Quellen

- Carpenter, R.; McGarvey, C.; Mitchell, E. A.; Tappin, D. M.; Vennemann, M. M.; Smuk, M.; Carpenter, J.R.: 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*;3:e002299 (2013)
- Blair, P.S.; Sidebotham, P.; Pease, A.; Fleming, P.J.: Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. *PLoS ONE*. 9(9): e107799. doi:10.1371/journal.pone.0107799 (2014)

3. *Renz-Polster, H.:* SIDS im Elternbett – neue Erkenntnisse nach Carpenter et al.?. *Kinder- und Jugendarzt.* 44. Jahrgang (2013) Nr. 8, S. 404-405, online unter: (letzter Zugriff: 2.3.2015) (2013)
4. *Hauck, F.R.; Thompson, J.M.; Tanabe, K.O.; Moon, R.Y.; Vennemann, M.M.:* Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.*128: 103–10 (2011)
5. *Vennemann, M.M.; Hense, H.W.; Bajanowski, T.; Blair, P.S.; Complojer, C.; Moon, R.Y.; Kiechl-Kohlendorfer, U.:* Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr. Jan;* 160(1):44-8.e2 (2012)
6. *Spiegel.de:* Plötzlicher Kindstod: Das Risiko im Elternbett. online unter: [spiegel.de](http://spiegel.de) (letzter Zugriff: 2.3.2015) (2013)
7. *Kast-Zahn, A.; Morgenroth, H.:* Jedes Kind kann schlafen lernen. 18. Auflage. Oberstebrink (2004)
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/>
9. *Unicef UK:* Baby Friendly Initiative statement on SIDS and bed-sharing, online unter: [unicef.org](http://unicef.org)
10. *Jenni, O. et al.:* Bedsharing und plötzlicher Kindstod: Aktuelle Empfehlungen. *Paediatrica.* Vol. 24 Nr. 5 2013, online unter: [www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org) (letzter Zugriff: 2.3.2015)
11. Plötzlicher Kindstod: Wie kann man vorbeugen? Magazin „Baby und Familie“, online unter: [www.baby-und-familie.de](http://www.baby-und-familie.de) (letzter Zugriff: 2.3.2015)
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/>

*Der Autor: Dr. med. Herbert Renz-Polster, geb. 1960, beschäftigt sich als Kinderarzt und Wissenschaftler seit langem mit der kindlichen Entwicklung und Gesundheit. Forschungstätigkeit im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zunächst in den USA, dann am Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg. Herausgeber und Autor diverser studentischer und ärztlicher Lehr- und Fachbücher. Einem breiten Publikum bekannt durch mehrere Sachbücher, u.a. das Standardwerk „Gesundheit für Kinder“ und „Kinder verstehen - born to be wild!“. Er hat 4 Kinder und lebt mit seiner Frau in der Nähe von Ravensburg.*

