

Neues zum Plötzlichen Kindstod (2023)



Neue Fall-Kontroll-Studien zum Plötzlichen Kindstod gibt es nur alle paar Jahre – das hat damit zu tun, dass die Studien aufwändig sind und die dazu notwendigen Daten nicht einheitlich gesammelt werden. Jetzt liegt eine neue Studie aus den USA vor, und sie bestätigt Grundlegendes. Sie wirft gleichzeitig aber auch neue Fragen auf.

Der Plötzliche Kindstod bleibt ein Rätsel. Warum sollte ein Säugling plötzlich und unerwartet im Schlaf versterben? Ohne dass im Nachhinein ein Grund dafür ersichtlich ist?

Der Plötzliche Kindstod bleibt auch ein Missverständnis. Denn natürlich haben alle Eltern Angst, dass es ausgeht *ihr* Kind treffen könnte – dabei ist auch dieses katastrophale Ereignis inzwischen so weit beschrieben, dass sich eindeutig feststellen lässt: **Der Plötzliche Kindstod trifft fast immer eine bestimmte Gruppe von Babys mit besonderen Risiken.**

Die neue Studie “Risk Factors for Suffocation and Unexplained Causes of Infant Deaths ” bestätigt dies. In der Studie wurden drei Kategorien von Säuglingen verglichen: ¹

- ▶ 448 zufällig ausgewählte gesunde, lebende Säuglinge
- ▶ 112 Fälle, die aufgrund der Todesumstände als Erstickungstodesfälle gewertet wurden sowie
- ▶ 300 Todesfälle, die aufgrund der Todesumstände und einer normalen Autopsie als unexplained infant death klassifiziert wurden. Letztere Kategorie deckt sich in weiten Teilen mit der Klassifikation des sudden infant death syndrome (SIDS) (auf die Feinheiten gehe ich hier nicht ein).



Die Studie bestätigt, was schon vorher vermutet worden war: Dass nämlich Erstickungstodesfälle und der Plötzliche Kindstod in etwa durch die gleichen Risikofaktoren erklärbar ist. Mit ein paar wenigen Ausnahmen – so stellt das Schlafen auf einer ungünstigen Schlafoberfläche (also etwa auf einer Couch oder Sofa) zwar einen Risikofaktor für Erstickungstode dar, nicht aber für den Plötzlichen Kindstod.

Erwähnt seien auch noch die Limitierungen der Studie. Zum einen handelt es sich um eine Auswahl von 2 bis 9 Monate alten Säuglingen, es fehlen also die Todesfälle im ersten und zweiten Lebensmonat, wobei insbesondere das Fehlen von Daten für den 2. Monat zu Buche schlägt (im ersten Monat ist sowohl der Plötzliche Kindstod als auch die Erstickungstodesfälle sehr selten – ich gehe am Schluss noch auf diesen auffällige Befund ein; auch zwischen 9 und 12 Monaten kommt der Plötzliche Kindstod kaum vor, der Häufigkeitsgipfel von SIDS liegt ja zwischen 2 und 5 Monaten, und er ist steil).

Schauen wir uns die Ergebnisse trotzdem genauer an.

Hier fällt vor allem die **Gewichtung der Risikofaktoren** auf.

- ▶ **Starke Risikofaktoren** (mit einer Risikoerhöhung über das 4-fache hinaus) waren: der Gebrauch von weichem Bettzeug (soft bedding use), der Bezug von sozialer Unterstützung (medicaid), Rauchen in der Schwangerschaft, starke Frühgeburtlichkeit, Zwillingsgeburt.
- ▶ **Der stärkste Einflussfaktor** war das Schlafen des Säuglings in einem eigenen Zimmer. Er schlug mit einem fast 8-fach erhöhten Risiko für Plötzlichen Kindstod und einem fast 19-fach erhöhten Risiko für Erstickungstod zu Buche!
- ▶ Dagegen war das „surface sharing with a person or an animal“ mit einem 2,1 bzw 2,5-fachen Risiko verbunden, wie in anderen Studien auch. Hier muss allerdings dazu gesagt werden, dass hier alle Konstellationen von „Elternbett“ in einem Topf betrachtet wurden, also auch ungünstige Konstellationen wie etwa Schlafen mit einem „non-caregiver“ oder mit einer alkoholisierten Person oder auch Schlafen in ungeeigneten „Betten“ wie etwa Sofa und so weiter – das typische Problem also, an dem leider viele „Experten“ scheitern, wenn sie aus solchen Daten dann *generelle* Empfehlungen zum Elternbett abgeben wollen (dazu gleich mehr).
- ▶ Die Lagerung in einer ungünstigen Schlafposition (nicht auf dem Rücken, also in Bauch- oder Seitenlage) war mit einem eher moderaten Risiko verbunden (1,6 bzw. 1,9-fach).

Wirklich überraschend war die **überraschend starke Schutzwirkung des Stillens**. In den meisten SIDS-Studien läuft dieser Einfluss in etwa auf eine Halbierung des Risikos hinaus (relatives Risiko von 0,5). In dieser Studie lag das relative Risiko sowohl für den Plötzlichen Kindstod als auch für die Erstickungstodesfälle bei 0,2. Dies entspräche, anders ausgedrückt, einem um das 5-fache verminderten Risiko!

Interessante Befunde, und neue Fragen

Damit liegen auch in dieser Studie ein paar auffällige Befunde vor, auf die ich kurz eingehen will.

Erstens. Die Studie bestätigt Altbekanntes: Säuglinge brauchen normale Schlafstätten, also solche, wo sie nicht mit zu schwerem Bettzeug wie Federbetten beladen werden, in denen sie nicht einsinken und in denen sie in einen Graben rollen (wie etwa Sofa). Das sind heute inzwischen praktisch überall Selbstverständlichkeiten.

Zweitens. Wieder zeigt sich das **Rauchen in der Schwangerschaft** als sehr starker Risikofaktor (12-fache Erhöhung für Erstickungstodesfälle, über 4-fache Erhöhung für SIDS). Dies dürfte damit zu tun haben, dass Toxine im Zigarettenrauch beim Fetus die Steuerung des autonomen Nervensystems im Hirnstamm dauerhaft verändern. Zudem werden Babys von rauchenden Müttern oft zu früh geboren und haben dann ein zusätzliches Risiko (tatsächlich zeigt sich, dass ein guter Teil des SIDS-Risikos bei Frühgeborenen in Wirklichkeit dem mütterlichen Rauchen zuzuschreiben ist). Die wenigen Studien, die dies untersucht haben, legen im Übrigen nahe, dass das Rauchen *in der Schwangerschaft* um ein Vielfaches stärker als SIDS-Risiko zu Buche schlägt als das aktuelle Rauchen (also wenn erst nach der Schwangerschaft [wieder] mit dem Rauchen begonnen wurde). Zudem können die Auswirkungen des aktuellen Rauchens auf den Säugling durch vernünftiges Verhalten effektiv reduziert werden (das gilt auch für das väterliche Rauchen).



Drittens. Wieder zeigt sich, dass das Schlafen im „Elternbett“ dann das Risiko erhöhen kann, wenn es **unter ungünstigen Bedingungen** stattfindet (ich bin darauf in diesem Beitrag eingegangen). Aus anderen Studien ist bekannt, dass das geteilte Elternbett ansonsten **kein erhöhtes Risiko** darstellt. (Bei einem normalen Elternbett handelt es sich tatsächlich um ein Bett mit einer festen Unterlage und nicht etwa um ein Sofa, und in diesem Bett liegen tatsächlich die Eltern und keine „non-caregivers“ wie etwa Babysitter, Fremde, Geschwister oder Haustiere. Damit das Baby sicher schläft sind die Eltern zudem nicht durch Alkohol oder Schlafmittel oder Drogen beeinträchtigt, und die Mutter ist keine Raucherin).

Es wird allmählich schon wirklich peinlich, dass sich Kinderärzte im Jahr 2023 in ihrer pauschalen Ablehnung des Elternbetts noch immer auf Studien beziehen, die sich nicht die geringste Mühe geben, das normale Elternbett von gefährlichen Schlafstätten zu unterscheiden. Die Wissenschaftlerin Linda Smith hat es in der Fachzeitschrift *Pediatrics* einmal so kommentiert:

Der Bettpartner [in diesen Studien] kann Mensch oder Tier sein, betrunken oder nüchtern sein, Raucher oder nicht, Erwachsener oder Kind, fürsorgliche Mutter oder unaufmerksame Fremdperson. Ein Baby, das mit einem betrunkenen Onkel schläft, ist anders als ein Säugling, der neben seiner nüchternen, stillenden Mutter liegt. Und dieses „Bett“ umfasst [in diesen Studien] Betten für Erwachsene, Wasserbetten, Matratzen für Erwachsene, Etagenbetten, Kinderbetten, Schlafsofa und Luftmatratze.“

Hinzufügen muss man noch: Diese Studien machen auch keinen Unterschied, ob Kinder routinemäßig im Elternbett schlafen, also als Teil des normalen Miteinanders – oder ob sie dort nur ausnahmsweise landen. Allein schon, wenn man diese letztere Kategorie (in der sich offenbar auch besondere Risiken widerspiegeln) aus dem „Elternbett-Topf“ herausnimmt, kommt dem Elternbett kein erhöhtes Risiko mehr zu.

Ich kann zu meinen KollegInnen hier inzwischen nur noch sagen: Avanti dilletanti! Bildet Euch fort anstatt Eltern zu verunsichern!

Viertens. Als überraschend starker Risikofaktor zeigt sich das **Schlafen des Säuglings in einem eigenen Zimmer**, und zwar sowohl für SIDS als auch, noch stärker, für Erstickungstodesfälle. Das Schlafen im eigenen Zimmer ist auch in anderen Studien als Risikofaktor ausgewiesen, allerdings überrascht in dieser Studie die Stärke des Einflusses (so viel zu der manchmal in der Diskussion um das Elternbett mitschwingenden Annahme, der sicherste Schlafplatz für ein Baby sei möglichst weit weg von seinen "gefährlichen" Eltern). Es könnte sein, dass sich in dieser Studie aus den USA auch der Einfluss ungünstiger sozioökonomischer Lebensumstände widerspiegelt, wo vielleicht ein in einem anderen Zimmer stehendes Sofa für den Säugling benutzt wird.

Fünftens. Auch in dieser Studie zeigt sich der starke Einfluss **ungünstiger sozialer Lebensumstände** auf das Kindstod-Risiko. Tatsächlich treten die meisten Fälle von SIDS in sozial gestressten Milieus auf.



Sehtens und als vorläufige Zusammenfassung bestätigt auch diese Studie das, was die anderen Studien zeigen: SIDS und Erstickungstodesfälle betreffen eine immer gleiche bzw. ähnliche Gruppe von Säuglingen mit einem in zwischen gut definierten Risikoprofil aus

- ▶ Entwicklungshandicaps (Rauchen in der Schwangerschaft, starke Frühgeburtlichkeit, hypotrophes, also untergewichtiges Neugeborenes),
- ▶ ungünstigen äußeren Bedingungen (Alkoholkonsum, Drogenkonsum, ungeeigneter Schlafplatz, wie z.B. Sofa oder Benutzung schwerer Deckmaterialien wie etwa Federbetten), Bauchlage (wobei hier das Risiko vor allem die solitäre Schlafsituation betreffen dürfte)
- ▶ mangelnde Schutzfaktoren (Stillen wurde nicht initiiert).

Dass auch Babys von SIDS betroffen sein können, auf die dieses Risikoprofil nicht zutrifft, ist möglich, und schon deshalb nicht auszuschliessen, weil SIDS auch krankhafte innere Einflüsse widerspiegeln könnte, die sich bis heute der Diagnostik in der Autopsie entziehen. Sicher ist aber, dass es sich hier wenn, dann um sehr seltene Einzelfälle handelt. Was SIDS und Erstickungstodesfälle angeht, so macht sich tatsächlich die große Mehrzahl der Eltern Sorgen um ein Ereignis, das auf „ihrem Planeten“ praktisch nicht vorkommt.

Das Rätsel rund um das Stillen

Und, zu guter Letzt, weist die Studie auf den **überraschend starken Schutzeffekt des Stillens** hin. Interessant dabei (und das geht auch aus anderen Studien hervor) ist das: Dass sich der Schutz nämlich zumindest teilweise schon dadurch einstellt, dass ein Säugling *nur anfänglich* bzw. teilweise gestillt wurde – es kommt also nicht unbedingt auf ein möglichst ausschliessliches oder möglichst langes Stillen an damit ein Schutzeffekt zustande kommt.

Und das ist bemerkenswert. Und wie alle bemerkenswerten Dinge ein Grund um tiefer nachzubohren. Ich werde mich im nächsten Beitrag mit dieser – bisher in der SIDS-Forschung tatsächlich noch nicht abschliessend beantworteten – Frage beschäftigen. Und ich werde dabei auch die andere noch offene Frage berühren: Warum ist der

Plötzliche Kindstod in den ersten Lebenswochen so viel seltener als danach? Warum sollte ein drei Wochen alter Säugling resistenter gegenüber SIDS sein als ein drei Monate alter Säugling?

Forschungsfragen können wirklich spannend sein.

Anmerkungen

Dazu muss man das wissen: ob ein Baby an SIDS verstirbt – also ohne dass sich bei einer Leichenschau und einer Untersuchung des Todeshergangs eine Ursache feststellen lässt – oder ob der Tod durch Erstickung eingetreten ist, lässt sich meist nicht eindeutig abgrenzen, dafür gibt es zu wenige klare Anhaltspunkte bei der 1. Autopsie. Es wird angenommen, dass etwa 10-20% der unerwarteten Todesfälle im Säuglingsalter durch Erstickung erklärbar sind, der überwiegende Rest findet keine ursächliche Erklärung und wird dann als Plötzlicher Kindstod bzw. SIDS bezeichnet.

Zu diesem Beitrag will ich gerne auf mein Buch „Gesundheit für Kinder“ hinweisen: "Kinderkrankheiten verhüten, erkennen, behandeln". Es hat sich im deutschsprachigen Raum als DAS umfassende Nachschlagewerk zur Kindergesundheit etabliert.

