

Das Familienbett

Kann das Familienbett von Hebammen und anderen Fachpersonen empfohlen werden?



Elissa Kunz-Schaffner

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF

Oberwil, 2010

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Fragestellung	4
1.2 Persönliche Motivation	4
1.3 Eingrenzung	4
1.4 Schwerpunkte	5
1.5 Überblick über die Arbeit	5
2. Definition	6
3. Ausgangslage	6
4. Theorie	8
4.1 Der Schlaf und seine Bedeutung	8
4.2 Der Schlaf des Neugeborenen	10
4.3 Der gemeinsame Schlaf	11
4.4 Wie kam es zum getrennten Schlafen	12
4.5 Welche Vorteile konnten beim Familienbett festgestellt werden?	13
4.6 Welches Risiko besteht?	14
4.7 SIDS	14
4.8 Widersprechen sich Familienbett und SIDS-Prophylaxe?	16
4.9 Wann sollte vom Familienbett abgeraten werden?	17
4.10 Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky	17
4.11 Bonding	20
4.12 Stillen	21
4.13 Die Perspektive der Eltern	22
5. Bestehende Empfehlungen und Richtlinien	23
5.1 Empfehlungen des UKBB	24
5.2 Empfehlungen des Dr. Mc Kenna	24
5.3 Empfehlungen des BAG	26
5.4 Empfehlungen des Amerikanischen Verbraucherschutzes	26
5.5 NICE- Guidelines	26
5.6 Auswertung der Richtlinien/Empfehlungen	27
6. Praxisbezug	28
7. Diskussion	29
8. Schlussfolgerungen	30
9. Literaturverzeichnis	32
10. Bibliographie	34

1. Einleitung

Sowohl bei Eltern als auch unter Fachpersonen führt das Thema Familienbett immer wieder zu kontroversen Diskussionen. Dabei geht es vorwiegend um die Sicherheit des Kindes im Schlaf, denn die häufigste Todesursache nach der Geburt ist der Plötzliche Kindstod (Hunt 2006), welcher im Schlaf eintritt. Mittlerweile konnten anhand von zahlreichen Studien wie z.B. denen von Hunt 2006 und Henderson-Smart 1998 einige Risikofaktoren welche zu SIDS (Sudden infant death syndrome) führen können, eruiert werden, und durch gezielte Beratung der Eltern konnte die Rate an SIDS-Todesfällen stark gesenkt werden (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie 2009). Ob das Familienbett zu diesen Risikofaktoren gehört ist allerdings sehr umstritten. McKenna 2006 ist aufgrund seiner zahlreichen Studien der Überzeugung, dass das Familienbett in Zusammenhang mit ausführlicher Beratung durchaus empfohlen werden sollte, da es viele positive Effekte für Kind und Eltern mitbringt. Die meisten offiziellen Stellen raten jedoch generell vom Familienbett ab.

Neben den Meinungen von Fachpersonen spielt für mich die Seite der Eltern ebenfalls eine grosse Rolle. Beim Durchstöbern von Internetforen viel mir auf, dass die Diskussionen unter Eltern ebenso kontrovers verlaufen. Da sind Eltern, welche es sich gar nicht vorstellen können auch nur im selben Zimmer schlafen zu können wie ihr Kind, da sie sich durch jedes Geräusch gestört fühlen. Andere Eltern sind der Meinung, dass ein Kind einfach in sein eigenes Bett gehört, und wieder andere geniessen den engen Kontakt zum Kind welches bei ihnen im Bett schläft. Was alle Eltern verbindet, ist, dass sie eine sichere Schlafumgebung für ihr Kind möchten und so können einseitige Beratungen je nachdem in welche Richtung sie weisen grosse Verunsicherung hervorrufen und auch zu schlechtem Gewissen bei den Eltern führen, wenn diese aus ihrem eigenen Gefühl heraus einen anderen Schlafplatz als den empfohlenen wählen.

Die offiziellen Empfehlungen sind zwar einheitlich, jedoch meist auch einseitig, da sie keinen individuellen Weg zulassen, sondern eine von vielen Schlafmöglichkeiten als die einzig richtige empfehlen (siehe Kapitel 8). Ziel meiner Arbeit ist es, die zahlreichen Aspekte zum Thema Familienbett aufzuzeigen und gleichzeitig einen Weg zur offenen Beratung zu finden, um den Eltern die Entscheidung letztlich selbst zu überlassen.

1.1 Fragestellung

Da ich in der Praxis erlebte, dass das Familienbett von Fachpersonen grundsätzlich abgelehnt wird, stellte sich für mich die Frage ob diese Haltung wirklich begründet ist. Aus der oben beschriebenen Situation ergab sich auch meine Fragestellung: Kann das Familienbett von Hebammen und anderen Fachpersonen empfohlen werden? Mein Ziel dieser Arbeit war es, heraus zu finden, ob es mit individueller Beratung verantwortbar ist, das Familienbett zu empfehlen.

1.2 Berufliche Motivation

Im Berufsalltag ist mir anfangs aufgefallen, dass das Familienbett gar nie ein Thema zu sein scheint. Für Fachpersonen ist klar, dass sie offiziell die allgemeinen Empfehlungen weiter empfehlen und die Eltern scheinen zu tun was die Fachleute ihnen raten. Doch als ich anfang, mich intensiver mit diesem Thema zu beschäftigen wurde mir klar, dass durchaus Aufklärungsbedarf über das sichere Familienbett da besteht, die Eltern sich aber entweder nicht zu fragen getrauen, oder erst nach den ersten Tagen und Wochen zu Hause merken, dass das gemeinsame Schlafen für sie der richtigere Weg wäre.

Mir geht es im Wesentlichen darum einen Weg zu finden die Eltern so zu beraten, dass sie informiert sind, und individuell entscheiden können wie sie und Ihr Kind schlafen. Das Familienleben ist ein sehr individuelles Thema und sollte meiner Meinung nach auch beim Thema Schlaf so behandelt werden.

In dieser Arbeit möchte ich mir einen Überblick über die Evidenzen zum Thema Familienbett schaffen. Gleichzeitig ist es mir wichtig, andere Schlafmöglichkeiten nicht auszuschliessen, da für Eltern welche sich durch die Geräusche des Kindes Nachts gestört fühlen oder welche Angst haben sich Nachts auf das Kind zu rollen, nur ein eigener Schlafplatz in Frage kommt und in diesen Fällen das Familienbett keinen günstigen Schlafplatz bietet.

Als Hebamme bekomme ich viel Einblick in das individuelle Familienleben. Aus diesem Grund ist die Hebamme auch beim Thema Familienbett die ideale Fachperson um individuell zu beraten.

1.3 Eingrenzung

Es geht in meiner Arbeit um Säuglinge und Kleinkinder bis zum ersten Lebensjahr, da dies die hebammenrelevante Zeit ist und somit für meinen Berufsalltag eine Rolle spielt.

Ausschliessen möchte ich jene Familienbetten, in denen mehrere Kinder schlafen, da dies andere Gefahren und Themen mit sich bringt.

Ebenfalls nicht näher erläutern möchte ich Kulturen, in denen das Familienbett aus Platzgründen nötig ist. Ich beschränke mich somit im Wesentlichen auf Empfehlungen westlicher Länder und betrachte das Thema und seine Beratung vor allem aus der Sicht von in der Schweiz lebenden Eltern, da dies wiederum für mich als schweizer Hebamme relevant ist.

1.4 Schwerpunkte

Einen besonderen Schwerpunkt lege ich auf die Physiologie des Schlafes, da dieser wie bereits erwähnt, in engem Zusammenhang mit der Wahl des Schlafplatzes steht. Im Speziellen konzentriere ich mich zudem auf den Schlaf des Neugeborenen und Kleinkindes sowie des gemeinsamen Schlafes von Mutter (Eltern) und Kind, da dieser im Zusammenhang mit dem Familienbett eine wichtige Rolle spielt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Erarbeitung und Erläuterung aller mir wichtig erscheinenden Themen rund um das Familienbett, welche sich für mich bei der Literaturrecherche ergeben haben.

1.5 Überblick über die Arbeit

Unter „Definition“ erläutere ich die verschiedenen Definitionen und Bezeichnungen des Familienbettes.

Im Kapitel „Ausgangslage“ schildere ich die Bedeutung des Themas.

Im Kapitel „Theorie“ möchte ich im Wesentlichen auf die Physiologie des Schlafes bei Erwachsenen und Kleinkindern eingehen. Ausserdem werde ich die Themen SIDS, Stillen Bonding und die wichtigsten Vor- und Nachteile des Familienbettes erläutern, und mit dem Konzept der Salutogenese von A. Antonovsky verknüpfen.

Ich vergleiche die bestehenden Richtlinien und Empfehlungen des BAG (Bundesamt für Gesundheit), des amerikanischen Verbraucherschutzes, der UKBB, des Dr. Mc Kenna (Verfasser von zahlreichen Studien und Review zum Thema) und die NICE-Guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence).

Im Kapitel „Diskussion“ geht es mir darum, den Konflikt der Beratung aufzuzeigen.

In der Schlussfolgerung meiner Arbeit fasse ich die relevanten Aspekte noch einmal zusammen und nehme erneut Bezug zur Fragestellung. Ich ziehe Konsequenzen für die Praxis und erläutere zum Schluss meinen persönlichen Lernprozess.

2. Definition

Die Begriffe **Bedsharing** und **Familienbett** drücken beide das gemeinsame Schlafen von Eltern und Kind(ern) im gleichen Bett aus. In vielen Studien taucht ausserdem der Begriff **Co-sleeping** auf, welcher jedoch unterschiedlich verwendet wird. Co-sleeping heisst übersetzt zusammen schlafen. Dies kann auch heissen zusammen in einem Raum aber nicht im selben Bett zu schlafen (ABM 2006).

Ich habe in meiner Arbeit bewusst das deutsche Wort Familienbett verwendet, da mir dieser Ausdruck sehr treffend erscheint. Der Begriff drückt auf deutsch aus, dass Mutter, Vater und Kind gemeinsam in einem Bett schlafen. Die anderen zwei Begriffe sind englisch und somit für mich als Hebamme im deutschsprachigen Raum weniger treffend.

Unter dem Begriff Familienbett verstehe ich das gemeinsame nächtliche Schlafen von Eltern und Kind im selben Bett. Nicht gemeint sind gemeinsame Schlafepisoden tagsüber und/oder auf einer anderen Schlafunterlage z.B. auf dem Sofa, einem Sessel, einem Liegestuhl oder Ähnlichem, da unumstritten ist, dass von dieser Art gemeinsam zu schlafen abgeraten werden sollte. Alle von mir verwendeten Quellen bezeichnen diese Art des gemeinsamen Schlafens als grosses Risiko für den plötzlichen Kindstod.

3. Ausgangslage

Besonders nach der Geburt des ersten Kindes sind Eltern mit vielen Fragen zum Umgang mit dem Neugeborenen konfrontiert. Im Zentrum dieser Orientierung stehen vor allem Fragen zur Ernährung, zum Schnuller, zum Wickeln, zur Körperpflege des Neugeborenen, zum Umgang mit Schreien und zum Schlaf des Neugeborenen. Das Thema Schlaf alleine bringt wiederum viele verschiedene Aspekte mit sich, welche es zu beachten gilt: welcher Schlafplatz ist für dieses Kind in dieser Familie der Richtige? Was muss beim Schlafen beachtet werden und warum? Wie kann eine möglichst ungestörte Nachtruhe stattfinden? Als erstes erscheint es mir wichtig, die Eltern zu informieren, dass Neugeborene ohne eingespielten Tag/Nachtrhythmus auf die Welt kommen und sich dieser erst einpendeln muss. Diese Zeit der Anpassung führt von Natur aus zu häufigerem nächtlichen Wach sein. Ausserdem benötigt der Säugling viel Nähe und ein Gefühl von Geborgenheit, was beim gemeinsamen Schlafen optimal vermittelt werden kann (McKenna 2005, ABM 2006). Meine Erfahrung ist, dass diese Themen direkt nach der Geburt des Kindes vom Pädiater zwar in Form einer Beratung angesprochen werden, jedoch nicht individuell auf Bedürfnisse

eingegangen wird. Die Beratung zum Schlaf des Kindes beschränkt sich auf die Frage der Sicherheit, womit vor allem das Risiko des plötzlichen Kindstodes gemeint ist.

Ich sehe es als eine wichtige Aufgabe der Hebammen an (vor allem jenen, welche Einblick in das häusliche Leben der Familien haben), das Thema des Schlafplatzes sorgfältig aufzugreifen um zusammen mit den Eltern individuelle Lösungen zu finden. Die Beratung sollte meiner Meinung nach ebenfalls den Aspekt der Sicherheit im Sinne von SIDS-Prophylaxe beinhalten, jedoch gleichzeitig auch die Bedürfnisse von Kind und Eltern nach Nähe und Geborgenheit mit einbeziehen. Ausserdem gehören die Themen Schlafmuster des Neugeborenen, Bonding, Stillen und allgemeine Informationen zur gesunden Schlafumgebung des Neugeborenen dazu. Viele junge Eltern nehmen sich vor der Geburt vor, dass ihr Kind im eigenen Bett schlafen soll, um dann nach einigen Tagen zu Hause festzustellen, dass die Nachtruhe wesentlich ungestörter ist, wenn es bei Ihnen im Bett schläft (Friedrich 2005). Die Meinungen von Fachpersonen gehen dies bezüglich auseinander. Im Zusammenhang mit dem Stillen wird sowohl von der WHO als auch von UNICEF zum gemeinsamen nächtlichen Schlafen geraten, wobei Initiativen zur Prävention des plötzlichen Kindstodes vom Familienbett abraten (Friedrich 2005). Diese kontroversen Empfehlungen können für junge Eltern sehr verwirrend sein und sollten aus diesem Grund wie oben erwähnt sorgfältig besprochen werden.

Für mich als Hebamme ist wichtig, dass sich die Eltern Nachts optimal erholen können, dass das Kind seinen Bedürfnissen entsprechend gestillt oder gefüttert wird und dass seinem Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit nachgekommen wird (Friedrich 2005). Ausserdem soll der Schlafplatz des Kindes in Bezug auf den plötzlichen Kindstod dem heutigen Wissen angepasst sein.

Zur Ausgangslage gehört für mich auch eine „Bestandsaufnahme“. Wie viele Familienbetten gibt es eigentlich? Dazu konnte ich folgende Daten eruieren:

In Canada wurde eine Umfrage durchgeführt wonach $\frac{3}{4}$ aller Befragten regelmässig oder ab und zu im Familienbett schlafen (Ateah 2008). Forscher fanden bei einer internationalen Studie heraus, dass die Anzahl an Familienbetten je nach Kultur stark variieren.

Eine Britische Studie berichtet von 65% Familienbetten (Ateah 2008).

Eine aktuelle Studie aus den USA fand heraus dass 76% der Amerikaner wenigstens ab und zu zusammen im Familienbett schlafen (Ateah 2008). Geromo et al. (2007) zitiert eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2003 welche eine Verdoppelung der Eltern feststellte, welche immer zusammen mit ihren Kindern in einem Bett schlafen. Laut dieser Studie stieg die Zahl der Familienbetten in den Vereinigten Staaten von 1993 bis 2000 von 5,5% auf 12,8%.

McKenna (2005) stellt einen klaren Zusammenhang zwischen der Zunahme gestillter Kinder und der Zunahme an Familienbetten in den letzten Jahren her. Familienbetten entstehen oft ungeplant, da die Eltern oft erst herausfinden müssen, was für sie und das Kind eine sinnvolle Schlaflösung darstellt.

Leider wurde weder in der Schweiz noch in Deutschland die Zahl der Familienbetten erhoben.

Die erste Zeit nach der Geburt des Kindes ist geprägt von Neuorientierung. Die Eltern lernen das Kind und sein Schlaf-/Essverhalten kennen. Hierbei ist Unterstützung nötig und sinnvoll (Friedrich 2005). Ich erlebe die Beratung im Spital bezüglich des Schlafplatzes als einseitig, es wird nicht auf individuelle Umstände eingegangen. Die Meinungen von Fachpersonen gehen auseinander: WHO und UNICEF empfehlen in Zusammenhang mit dem Stillen das Familienbett, wobei Initiativen zur Prävention des plötzlichen Kindstodes dringend davon abraten.

Allgemein nimmt die Zahl an Familienbetten tendenziell zu, was von McKenna auf die Zunahme von gestillten Kindern zurückzuführen ist.

4. Theorie

4.1 Der Schlaf und seine Bedeutung

Etwa ein Drittel seines Lebens verbringt der Mensch mit Schlafen. Im Schlaf regenerieren sich seine geistigen Kräfte für den folgenden Tag. Ausserdem dient er der Erhaltung und Wiederherstellung von Energie (Largo 2005 und Zimbardo 1999).

Der Schlaf ist eine Lebensnotwendigkeit des Menschen, soviel sind sich Wissenschaftler einig. Die Schlafforschung ist ein relativ neues Teilgebiet der Medizin und die bis heute gewonnenen Erkenntnisse über Schlaf beziehen sich im Wesentlichen auf die elektrische Aktivität im Gehirn (Largo 2005 und Zimbardo 1999).

Auf Grund von mehreren Schlafstudien konnten Forscher mit Hilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) und der Beobachtung von Körperfunktionen wie der Atmung, der Augenbewegungen und des Spannungszustandes der Muskulatur den Schlaf in folgende zwei Hauptschlafstadien einteilen (Zimbardo 1999):

1. Der oberflächliche oder aktive Schlaf, welcher wegen seiner charakteristischen Augenbewegungen auch als REM -Schlaf (Rapid Eye Movements) bezeichnet wird zeichnet sich durch eine unregelmässige Atmung, gelegentliche motorische Unruhe und schnelle Bewegungen des Augapfels unter den Augenlidern aus.
2. Der tiefe Schlaf zeichnet sich hingegen durch eine motorische Ruhe, eine regelmässige Atmung und das Fehlen von raschen Augenbewegungen aus. Daher auch die Bezeichnung Non-REM-Schlaf (Largo 2005 und Zimbardo 1999)

Zwischen dem Einschlafen, dem Aufwachen und den verschiedenen Schlafstadien wird der Mensch immer wieder für ein paar Minuten wach. Im Verlauf einer Nacht wiederholen sich diese Schlaf- und Wachphasen im Sinne eines Zyklus mehrmals.

Vor dem natürlichen Wach werden findet eine REM-Schlafphase statt, aus der der Mensch dann langsam wieder zu sich kommt. Werden wir jedoch gewaltsam geweckt, z.B. durch einen Wecker und befinden uns gerade in einer Non-REM-Schlafphase, so ist es sehr schwer, richtig wach zu werden und das Gefühl von grosser Müdigkeit wirkt noch lange nach (Zimbardo 1999 und Largo 2005).

Eltern, welche Nachts häufig aufstehen müssen, weil ihre Kinder wach werden und weinen oder weil es Zeit ist zu stillen, fühlen sich am nächsten Tag oft wie „gerädert“, weil sie mehrmals aus ihrem tiefen Schlaf gerissen werden. Alle Eltern sollten aus diesem Grund darin unterstützt werden, sich eine Situation zu schaffen, welche eine kräftesparende Nachtbetreuung des Kindes erlaubt. Am einfachsten ist dies zu realisieren, wenn das Kind direkt neben der stillenden Mutter liegt und diese schon bei ersten Hungersignalen reagieren kann, ohne aufstehen und richtig wach werden zu müssen um sich räumlich zu orientieren. Ein weiterer Vorteil ist dass der Partner nicht durch lautes Schreien geweckt wird (Perl. 2004).

Es gibt zahlreiche Studien zu den Folgen von Schlafmangel, welche alle das Verhältnis von Mutter/Vater und Kind negativ beeinflussen. Die häufigsten Symptome von anhaltendem Schlafmangel sind:

- Leichte Reizbarkeit
- Aggression
- Irrationales Verhalten
- Unlust
- Ausserdem kann durch anhaltenden Schlafmangel eine Depression ausgelöst werden.

(Current Biology 2007)

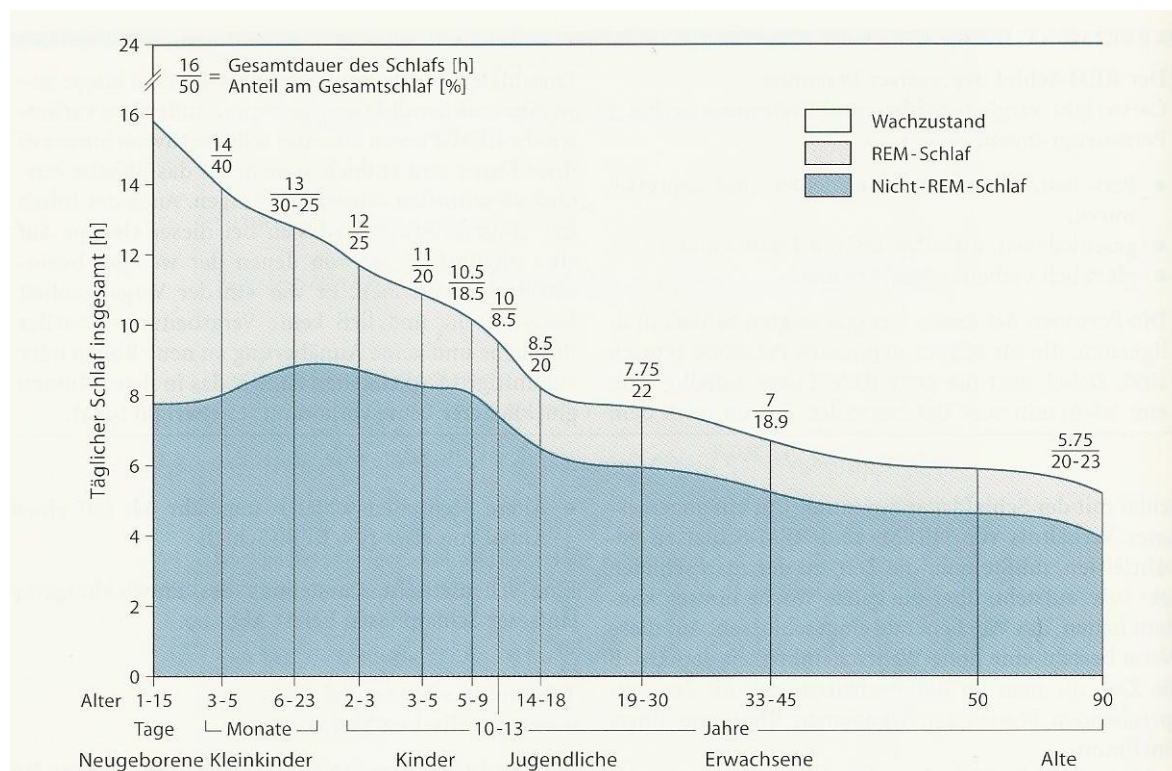
Der Mensch braucht die Erholung des Schlafes, um seine geistigen Kräfte und seine Energie zu regenerieren. Es ist demzufolge sinnvoll und nötig, sich eine nächtliche Situation zu schaffen, welche für Mutter, Vater und Kind möglichst viel Erholung zulässt.

4.2 Der Schlaf des Neugeborenen

Das Schlafmuster von Neugeborenen und Säuglingen unterscheidet sich vom Schlaf älterer Kinder und Erwachsenen im Wesentlichen durch folgende Punkte:

- Es zeigt einen hohen Anteil (etwa die Hälfte) an Übergangs- und REM-Schlafphasen. Es wird angenommen, dass dieser mehrheitlich oberflächliche Schlaf dazu dient, die Gehirnreifung wie z.B. das Lernen motorischer Fähigkeiten zu stimulieren (Perl 2004, Zimbardo 1999, Michel 2009).
Bereits im Alter von einem Jahr beträgt der REM-Schlaf nur noch 25-30% (Zimbardo 1999)
- Der Anteil an Non-REM-Schlaf beträgt in den ersten 1-2 Jahren lediglich 35-45% (Perl 2004)
- Ausserdem sind die einzelnen Schlafzyklen kürzer (ca. 1-5 Stunden) und anfälliger für Störungen wie Erwachen oder „nicht-einschlafen-können“ (Perl 2004)
- Das Schlaf-Wach-Zentrum übt sich darin, Weckaktionen in Apnoephasen durchzuführen, welche das SIDS-Risiko auf ein Minimum senken (Perl 2004)
Somit ist es sinnlos, wenn nicht sogar gefährlich ein Neugeborenes so früh wie möglich zum durchschlafen zu „trainieren“ (Perl 2004).

Die Veränderung der Schlafphasen im Laufe des Lebens (Grafik aus Zimbardo 1999):



4.3 Der gemeinsame Schlaf

Dr. McKenna (1997, 2005) hat in seinem Schlaflabor das Schlafverhalten von Müttern und Kindern untersucht, welche gemeinsam schlafen. Er verwendete dabei die selben Methoden, welche bei herkömmlicher Schlafforschung angewendet wird: EEG, Herzfrequenz, Atemfrequenz, und Körpertemperatur. Ausserdem hielten Infrarotkameras das Verhalten und die Stillhäufigkeit fest. Die Ergebnisse sahen wie folgt aus:

Die Säuglinge schlafen die meiste Zeit der Nacht mit dem Gesicht der Mutter zugewandt. Die Bewegungen von Mutter und Kind sind aufeinander abgestimmt. Beide wachen häufiger auf und verbringen mehr Zeit in der REM-Schlafphase (siehe 7.1) als getrennt Schlafende. Hier vermutet Dr. McKenna eine Prophylaxe des plötzlichen Kindstodes, da unter anderem zu lange Non-REM-Schlafphasen für diesen verantwortlich gemacht werden.

Mütter welche bei ihren Säuglingen schlafen, bekommen trotzdem insgesamt gesehen wenigstens genauso viel Schlaf wie jene, die getrennt schlafen.

Das gemeinsame Schlafen von Mutter und Kind führt zu einer komplexen Interaktion, welche sich grundsätzlich vom getrennten Schlaf unterscheidet. Diese muss erst noch im Detail untersucht und verstanden werden, bevor vereinfachte Unterteilungen in „sicher und unsicher“ gemacht werden können. Es besteht also weiterer Forschungsbedarf (ABM 2006).

Der gemeinsame Schlaf von Mutter und Kind unterscheidet sich wesentlich vom getrennten Schlaf. Es kommt zu einer komplexen Interaktion zwischen Mutter und Kind, welche im Detail noch genauer erforscht werden muss (McKenna 2005). Beide wachen häufiger auf und verbringen mehr Zeit in der REM-Schlafphase. Trotzdem bekommen Mütter, welche zusammen mit ihrem Kind schlafen, mindestens genauso viel Schlaf wie andere. Ausserdem vermutet McKenna durch das häufige Aufwachen des Kindes eine SIDS-Prophylaxe.

4.4 Wie kam es zum getrennten Schlafen?

Diese historische Entwicklung ist in gleichem Masse komplex als auch spannend.

Um 1950 herum lag die Zahl der gestillten Kindern in den USA noch bei 9%. Zeitgleich entwickelte sich die Meinung, dass das alleinige Schlafen des Kindes in seiner Wiege nicht nur als normal, sondern auch als klinisch gesunder Schlaf anzusehen ist. Es wurde ein direkter Zusammenhang zwischen der gesünderen Ernährung (Flaschennahrung) und dem gesunden Durchschlafen hergestellt. Dies führte dazu, dass den wenigen stillenden Müttern dringend empfohlen wurde, auf Flaschenmilch umzusteigen, da nur dann ein gesunder Schlaf für das Kind möglich sei (unter gesundem Schlaf wurde einzig das Durchschlafen gemeint) (McKenna 2005)

So ist bis heute das Trinkverhalten und das möglichst frühe Durchschlafen des Kindes das Hauptthema junger Eltern (Michel 2009). Vor allem die Meinung des dringenden Nutzens des Durchschlafens ist zu einer Art Religion geworden, an welche alle glauben. Dabei wird meist das Wohl des Kindes in den Vordergrund geschoben, indem behauptet wird, es sei von essentieller Wichtigkeit für das Kind, so früh wie möglich die Kompetenz vom alleine ein- und durchschlafen zu haben. Es existieren laut McKenna (2005) jedoch keinerlei Studien dazu, ob diese Kinder dann im erwachsenen Alter in irgend einer Hinsicht ihr Leben kompetenter bestreiten oder sonstige Vorteile davon haben. Wie im Punkt 7.5. noch erwähnt wird, scheint es eher umgekehrt der Fall zu sein.

Um ihrem Kind diese scheinbar wichtige Tugend beizubringen, versuchen viele Eltern durch das sogenannte Schlaftraining das Ziel des Durchschlafens zu erreichen. Zu diesem Thema werden mittlerweile auch zahlreiche zum Teil sehr erfolgreiche Bücher verkauft. Beim Schlaftraining wird die Physiologie des kleinkindlichen Schlafes meiner Meinung nach ausser Acht gelassen. Denn wie im Punkt 7.2. erwähnt, gehört das nächtliche Erwachen in verschiedenen Formen zum Schlaf des kleinen Kindes dazu.

Für mich stellen sich hier folgende Fragen: Stört es die Eltern, wenn sie Nachts 2-3 mal aufstehen müssen? Wenn ja, was könnte unternommen werden, um den physiologischen

Schlaf des Kindes nicht zu stören, den Eltern jedoch die nächtliche Betreuung zu vereinfachen und somit zu mehr Schlaf zu verhelfen?

Es muss nicht immer das Familienbett sein, aber es ist in jedem Fall die unkomplizierteste und einfachste Lösung vor allem für stillende Mütter.

Fakt ist, dass es für die Mehrheit der Eltern dieser Welt unvorstellbar ist, ihr Kind alleine hinzulegen und zu verlangen, dass es ohne die Wärme und Geborgenheit des Körpers der Mutter einschläft (McKenna 2007)

In der Zeit als Flaschennahrung dem Stillen vorgezogen wurde, entstand auch das getrennte Schlafen von Mutter und Neugeborenem. Dies durch die Annahme, dass ein Kleinkind welches alleine in seinem Bett durchschläft, im Leben kompetenter wird, als jene, die dies nicht schon sehr früh lernen. Dies konnte jedoch nie mit Studien belegt werden. Vor allem für stillende Mütter ist das gemeinsame Schlafen am unkompliziertesten und die Kinder bekommen die Wärme und Geborgenheit, welche ihnen das nötige Vertrauen ins Leben geben (siehe 7.2).

4.5 Welche Vorteile konnten beim Familienbett festgestellt werden?

Das Familienbett bietet dem Kind körperlichen Schutz vor Kälte, verlängert die Dauer des Stillens und verbessert somit die Überlebenschancen des sich langsam entwickelnden Neugeborenen. Das gemeinsame Schlafen im Familienbett verstärkt die elterliche Bindung zu ihrem Kind und erleichtert zudem das Stillen (ABM 2006).

McKenna (2005) stellt in seinem Review „Why Babies should never sleep alone“ zahlreiche Vorteile des Familienbettes fest. Auf diese Vorteile möchte ich besonders hinweisen, da diese sonst eher selten diskutiert und beachtet werden.

Säuglinge, welche im Familienbett schlafen, werden durchschnittlich doppelt so häufig und pro Stillmahlzeit dreimal länger gestillt als Kinder der Vergleichsgruppe. Dies wirkt sich laut Studien positiv auf das Kind aus. Ob es für die Mütter auch ein Vorteil ist, wage ich in Frage zu stellen, da hier die Frage nach der Menge des Schlafentzuges wieder gestellt werden muss (McKenna 2005)

Weiter wurde festgestellt, dass Säuglinge in Familienbetten nachts deutlich weniger weinen. Das Familienbett hat ausserdem, auch auf längere Sicht hin, positive Auswirkungen für das Kind und seine Entwicklung. So wurde bei verschiedenen Studien, mit Erwachsenen, die als Kind bei den Eltern im Bett geschlafen hatten unter anderem grösseres Selbstvertrauen, grössere allgemeine Zufriedenheit im Leben und weniger Beschwerden festgestellt (McKenna 2005, Germon et al. 2007).

4.6 Welches Risiko besteht?

Es besteht die Erstickungsgefahr des Kindes, wenn sich einer der Erwachsenen auf das Kind rollt oder wenn sich das Kind seinen Kopf in einer Spalte (z.B. Übergang von Matratze zu Bett) einklemmt (Ateah 2008).

McKenna (2005) sieht (durch mehrere Studien bestätigt) diese Gefahr nur bestehen, wenn Drogen, Medikamente oder Alkohol im Spiel sind, bzw. wenn nicht auf eine kindgerechte Schlafunterlage und Umgebung geachtet wird.

Es besteht die Gefahr, dass das Kind an SIDS verstirbt. Diese Gefahr besteht jedoch für jedes Kind, egal wo es schläft. Forscher fanden Faktoren, welche die Rate an SIDS stark beeinflussen. Diese sollten immer beachtet werden, egal wo das Kind schläft (siehe Kapitel SIDS).

Vorteile: Schutz vor Kälte, verlängerte und vereinfachte Stillmahlzeiten, Verstärkung der Eltern-Kind Bindung (ABM 2006). Säuglinge weinen Nachts deutlich weniger, Erwachsene welche als Kind bei den Eltern im Bett geschlafen haben, haben mehr Selbstvertrauen, grössere allgemeine Zufriedenheit im Leben und weniger Beschwerden (McKenna 2006)

Nachteile: Das Kind könnte von einem Elternteil erdrückt werden oder in eine Ritze zwischen Bett und Matratze geraten und ersticken (Ateah 2008). Versterben des Kindes an SIDS. Diese Gefahr besteht immer, egal, wo das Kind schläft. Es müssen immer Faktoren zur Reduzierung der SIDS Rate beachtet werden (siehe 7.7).

4.7 SIDS

Definition: Der plötzliche und unerwartete Tod eines gesunden Säuglings, bei welchem auch nach gründlicher Obduktion und Untersuchung des Auffindungsortes keine andere Todesursache festgestellt werden konnte (Stüwe 2004).

Epidemiologie: Nach zahlreichen Kampagnen zur Aufklärung über SIDS ist die Zahl der Todesfälle zwar deutlich zurück gegangen, es ist jedoch weiterhin die häufigste Todesursache von Säuglingen in den westlichen Ländern (Stüwe 2004). Die Rate liegt in der Schweiz laut BAG (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie 2009) bei 1:1000 Säuglingen. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 2. und 4. Lebensmonat; 90 % sterben im ersten Lebenshalbjahr.

Knaben sind zu 60 % betroffen, Mädchen zu 40 %.

Es wurde beobachtet, dass 95 % der Säuglinge in den frühen Morgenstunden tot aufgefunden wurden.

Die höchste Sterbeziffer wird in den Monaten November, Dezember und Januar registriert. Der Sonntag ist bei den Wochentagen führend (Kurz et al. 2000).

Wenn es um den Schlafplatz und die Schlafposition des Kleinkindes geht, dann geht es immer auch um das Thema SIDS. Da die genauen Ursachen für den „Plötzlichen Kindstod“ immer noch unklar sind, ist die Angst der Eltern vor diesem Ereignis sehr gross.

Verschiedenste Studien haben mittlerweile Faktoren ermittelt, welche das Auftreten von SIDS negativ beeinflussen und aus diesem Grund beachtet werden sollten.

Dies sind vor allem (McKenna 2005, Hunt 2006, Henderson-Smart 1998, Michel 2008):

- Rauch
- Bauchlage
- Seitenlage
- Überwärmung des Kindes
- Kuscheltiere und Kissen im Bett des Kindes
- Eine zu schwere Decke
- Zu weiche Schlafunterlagen (Sofa, Sessel usw.)
- Alleine in einem Zimmer schlafen

Hunt (2006) empfiehlt in seinem Review ausserdem, dass das Kind in seiner eigenen Wiege schlafen soll. McKenna (2005) hingegen vertritt klar die Meinung, dass bei Berücksichtigung aller Risikofaktoren das Familienbett kein erhöhtes Risiko darstellt, solange die Eltern keinerlei Noxen konsumieren.

Verschiedene epidemiologische Studien und eine neue Meta-Analyse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Stillen und einem verminderten SIDS-Risiko. Dies vor allem, wenn in den ersten vier Monaten ausschliesslich gestillt wurde. Kausale Zusammenhänge konnten bisher noch nicht zufriedenstellend wissenschaftlich begründet werden (ABM 2006, McKenna 2006).

4.8 Widersprechen sich Familienbett und SIDS-Prophylaxe?

Schon alleine die Tatsache, dass das Problem des plötzlichen Kindstodes eigentlich nur in den westlichen Ländern existiert, zeigt, dass kein direkter Zusammenhang zwischen SIDS und Familienbett besteht. In den meisten anderen Ländern ist es völlig normal dass die Kinder mit den Eltern im Bett schlafen (McKenna 2005).

Wegen möglichen indirekten Zusammenhängen ist es wichtig, einige Hinweise und Risikofaktoren zu beachten.

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die wichtigsten Faktoren eines sicheren Familienbettes und über mögliche Risikofaktoren:

Sicheres Familienbett	Das Baby liegt neben der Mutter, nicht zwischen den Eltern Das Baby schläft auf dem Rücken Das Baby schläft nicht zu nahe am Bettrand; grosse Betten sind geeigneter Keine Lücken zwischen Matratze, Matratzen und Bettgestell oder Wand, wo sich das Baby den Kopf einklemmen könnte Dünne Decke, keine schweren Daunendecken Ausschliesslich Stillen während 6 Monaten
Elterliche Risikofaktoren	Ein oder beide Eltern Rauchen Alkohol- oder Drogenkonsum, welcher Wachsamkeit herabsetzt Signifikante Erschöpfung oder Schlafentzug Übergewicht Jemand anderes (Geschwister oder Babysitter) schläft im selben Bett
Unsichere Schlafumgebung	Sofa, Lehnstuhl, Liegestuhl, weiche Matratze, Kissen in der Nähe des Babys, überheiztes Zimmer

(Michel 2009)

Es existieren keine veröffentlichten Evidenzen für ein erhöhtes SIDS-Risiko bei Kindern, welche zusammen mit ihren Eltern (welche nicht rauchen, keinen Alkohol oder andere Drogen konsumieren) im Bett schlafen. Ausserdem muss gewährleistet sein, dass das Kind nicht unter die Bettdecke rutschen kann, nicht auf einem Kissen und unter einer eigenen Bettdecke schläft (Mc Kenna 2005).

4.9 Wann sollte vom Familienbett abgeraten werden?

Es gibt verschiedene Bedingungen bei deren Vorliegen das Familienbett nicht empfohlen werden kann, da die Sicherheit des Kindes ungenügend gewährleistet ist:

- Wenn einer oder beide Eltern rauchen
- Wenn einer oder beide Eltern Drogen oder Bewusstseinsverändernde Medikamente oder Schlaftabletten einnehmen.
- Wenn einer oder beide Eltern einen aussergewöhnlich tiefen Schlaf hat/haben.
- Wenn das Elternbett eine sehr weiche Matratze hat, ein Wasserbett ist oder wenn das Kind in eine Ritze rutschen könnte. Ausserdem muss ein Herausfallen des Kindes aus dem Bett ausgeschlossen werden.
- Wenn das Elternzimmer stark geheizt ist.
- Wenn das Kind keine eigene Decke hat.
- Jegliches Schlafen von Eltern und Kind auf Sofa, Lehnstuhl, Liegestuhl
- Wenn das Kind mit einer anderen Person als den Eltern im selben Bett schläft.
- Wenn einer oder beide Eltern sich unwohl fühlen mit dieser Schlaflösung.

(McKenna 2005, Michel 2009)

4.10 Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Der herkömmliche Ansatz versucht zu erklären, warum Menschen krank werden, oder warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen. Die salutogenetische Denkweise, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert, stellt eine radikale andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums?

Antonovsky (1997) geht davon aus, dass es weder absolute Gesundheit noch absolute Krankheit gibt. Er spricht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, auf welchem sich jeder Mensch hin und her bewegt. Mal näher am Gesundheitspol und mal näher am Krankheitspol. Beeinflusst wird dieser Zustand im wesentlichen von Ressourcen und Stressoren. Dies sind Faktoren, welche unseren Gesundheitszustand positiv (Ressourcen) oder negativ (Stressoren) beeinflussen. Je nachdem, welche Faktoren überwiegen, lassen sie uns krank oder gesund fühlen. Eine zentrale Rolle spielt auch das Kohärenzgefühl eines Menschen im salutogenetischen Modell. Antonovsky beschreibt das Kohärenzgefühl als:

„ Eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmass jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äussere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann“.

Das Kohärenzgefühl ist dem zufolge eine Grundhaltung dem Leben gegenüber, welche sich im Laufe eines Lebens durch weitere Erfahrungen verändern oder vertiefen kann. Diese Grundhaltung setzt sich aus drei Faktoren zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit

Das Gefühl von Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit von Menschen interne und externe Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können.

Die Person mit einem hohen Ausmass an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, voraussagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Es wird jedoch nichts über die Erwünschtheit von Stimuli impliziert. (Bengel 2001)

2. Gefühl von Handhabbarkeit

Das Gefühl von Handhabbarkeit beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass er ausreichend Ressourcen besitzt, um den Anforderungen gerecht zu werden.

Hierzu zählt auch der Glaube an die Hilfe anderer Menschen oder einer höheren Macht. Wer ein hohes Gefühl von Handhabbarkeit hat, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt, oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen immer im Leben aber wenn diese auftreten, wird die Person mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern (Bengel 2001).

3. Gefühl von Sinnhaftigkeit

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit beschreibt das Ausmass in welchem eine Person das Leben als emotional sinnvoll empfindet. Z.B. dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, Energie hinein zu investieren, dass man sich einsetzt und sich ihnen verpflichtet und dass sie eher willkommene Herausforderungen als unwillkommene Lasten sind.

Antonovsky sieht diesen Aspekt der Motivation als die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls an. Ohne Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben nur als Last zu empfinden und jede Aufgabe wird zur Qual (Bengel 2001).

Ein Mensch mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl kann flexibel auf Anforderungen reagieren. Es werden situationsbedingt Ressourcen aktiviert, welche helfen, die Anforderungen zu bewältigen (Bengel 2001).

Wenn es um das Familienbett geht, können verschiedene Faktoren die Entscheidung für oder gegen das Familienbett beeinflussen. Nachfolgende Aufstellung macht deutlich, dass diese Faktoren sehr individuell und subjektiv sind.

<u>Ressourcen:</u>	<u>Stressoren:</u>
Das Kind ist auch nachts unter Kontrolle. Jede Atemveränderung kann von der Mutter wahr genommen werden und so Sicherheit vermitteln, dass es dem Kind gut geht.	Das Kind ist auch nachts unter Kontrolle der Mutter. Jede Atemveränderung lässt die Mutter aufhorchen und kann so Stress auslösen.
Die Mutter kann im eigenen Bett stillen ohne jedes Mal aufstehen zu müssen.	Der Schlaf wird durch das nächtliche Stillen mehrfach unterbrochen, was zu Schlafmangel führen kann, welcher dann auch wieder zu Stress führen kann.
Der elterliche Schlaf wird wenig oder gar nicht unterbrochen.	Die Angst, sich auf das Kind zu rollen.
Verstärktes Bonding und Gefühl von Geborgenheit.	Bei ungenügender Aufklärung über das sichere Familienbett kann die Angst vor SIDS belasten.

Werden förderliche Faktoren zielgerichtet durch eine kompetente Betreuungsperson erkannt und unterstützt, so hat die Frau eine grössere Chance, sich in Richtung des Gesundheitspols zu bewegen. Es gehört meiner Ansicht nach auch zu den Aufgaben der Hebammen, das Familienbett als Ressource zu erkennen und bei Bedarf zu fördern. Dadurch würden Mütter/Eltern in ihren selbstbestimmten Handlungen bestärkt und können so eigenverantwortlich handeln. Hat dies Erfolg, so kann ihr Kohärenzgefühl gefestigt oder sogar erhöht werden. Dies wiederum lässt sie die nächste Anforderung verstehen und sie als bewältigbar und sinnvoll ansehen. Ihre Widerstandsfähigkeiten werden gestärkt und tragen so zur Mobilisierung ihrer eigenen Ressourcen bei (Dannenfeld 2001). Dies hat Auswirkungen auf den gesamten Familienfindungsprozess, welcher sich primär in den ersten Monaten nach der Geburt eines Kindes abspielt. Durch eine sichere und selbstbestimmte Schlaflösung werden die Eltern nicht nur in ihren Fähigkeiten bestärkt, sondern sie schonen auch ihre Ressourcen (Schlaf), indem sie die für sie passende nächtliche Betreuungsform

wählen. Diese direkten Zusammenhänge unter dem salutogenetischen Aspekt sind bis jetzt noch nicht erforscht. Dass eine ganzheitliche Betreuung durch Hebammen jedoch sehr wünschenswert ist, ist unumstritten und fördert nachweislich die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie.

4.11 Bonding

Das Wort Bonding kommt aus dem Englischen und heisst soviel wie Bindung.

Die Verständigung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft, während der Geburt und in den ersten Lebensstunden/tagen wird Bonding genannt (Geist 2005).

Bindung ist ein elementares Bedürfnis des Kindes, welches für das Überleben genauso wichtig ist, wie Nahrung und Schutz vor Kälte. Das „primary bonding“ kurz nach der Geburt des Kindes ist nicht alleine ausschlaggebend für die Qualität und Intensität der Bindung. Der Bindungsprozess beginnt beim Fetus bereits im Uterus und dauert bis weit über die Geburt hinaus. Die Eltern entwickeln schon während der Schwangerschaft, Phantasien und Vorstellungen von ihrem ungeborenen Kind und von ihrer Rolle als Mutter oder Vater (Moré 2006). Bonding hat auch etwas mit kennen lernen zu tun. Forscher fanden heraus, dass sich Neugeborene am stärksten an jene Person binden, welche am besten und schnellsten auf ihre Bedürfnisse reagieren. Es entsteht ein tiefes Vertrauensverhältnis. Neugeborene, welche diesen Prozess nicht erleben können, leiden an Trennungsängsten, welche sie bis ins Erwachsenenalter begleiten. In der Regel ist diese Vertrauensperson die Mutter des Kindes (Moré 2006).

Das Familienbett ist die ideale Ausgangslage um dem Neugeborenen das Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit nachzukommen. Die Mutter ist in der Lage, schon beim Erwachen des Säuglings dessen Nahsignale wie strampeln, bewegen, schmatzen, suchen wahrzunehmen und darauf zu reagieren, bevor das Kind vor Verzweiflung anfängt zu weinen. Neugeborene schreien nicht, weil sie nicht anders kommunizieren können, sondern, weil die Bezugsperson zu weit weg ist um die Signale, welche dem auf Körperkontakt eingestellten Säugling primär zur Verfügung stehen, wahrzunehmen (Perl 2004, ABM 2006). Das Familienbett verstärkt die elterliche Bindung zu ihrem Kind und ermöglicht ihm und seinen Eltern seelisches Wohlbefinden und Rückversicherung (ABM 2006).

Bindung ist für das Neugeborene genauso wichtig wie das Bedürfnis nach Wärme und Nahrung. Der Bindungsprozess beginnt intrauterin und zieht sich bis weit über die Geburt hinaus. Forschungen zufolge bindet sich das Kind am stärksten an jene Person, welche am schnellsten auf seine Bedürfnisse reagiert (Moré 2006). Das Familienbett bietet eine ideale Ausgangslage, um den Bedürfnissen des Neugeborenen gerecht zu werden: Körperkontakt, Geborgenheit, Wärme und die Möglichkeit, Nahsignale wahrzunehmen und darauf zu reagieren (Perl 2004, ABM 2006). Das Familienbett verstärkt die Eltern-Kind Bindung und fördert so seelisches Wohlbefinden (ABM 2006).

4.12. Stillen

Wissenschaftler sind sich heute einig: Stillen ist die beste Ernährung für Säuglinge. Aus diesem Grund sollten alle Empfehlungen zur Kinderbetreuung, welche den Beginn und die Dauer des Stillens negativ beeinflussen könnten, sorgfältig gegen alle bekannten Vorteile für Mutter, Kind und Gesellschaft abgewogen werden (ABM 2006).

Wie schon erwähnt hat das Familienbett lauter positive Aspekte für das Stillen. McKenna (2005) stellte in seinen Studien fest, dass eine Verdoppelung der Mahlzeiten statt findet, wobei die einzelnen Mahlzeiten um 39% an Dauer zunehmen. Auch die ebenfalls bereits erwähnten Aspekte der vereinfachten Reaktion der Mutter auf die Nahsignale des Säuglings sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Stillmahlzeit (Perl 2004, Michel 2009). Die erfolgreiche Stillzeit ist vor allem in den ersten Monaten eine SIDS-Prophylaxe (siehe Kapitel 7.7)

Für Mütter, welche sich ebenfalls eine einfache Stilllösung für die nächtlichen Mahlzeiten wünschen, jedoch Angst davor haben, sich auf das Kind zu rollen oder Bedenken haben, dass das Kind eingeklemmt werden oder aus dem Bett fallen könnte, gibt es eine einfache und sehr praktische Lösung: der sogenannte „Babybalkon“ wird direkt am Bett der Eltern befestigt und ist so ein eigenes Bett, jedoch sehr nah neben dem Schlafplatz der Mutter/Eltern. Zum Stillen muss sich die Mutter lediglich umdrehen und etwas zum Kind hinüber rutschen. Auch bei dieser Schlaflösung gelten alle allgemeinen Regeln für einen sicheren Schlaf (siehe Kapitel 8.6).

Beispiel eines „Babybalkons“



Das Stillen sollte wann immer möglich gefördert werden. Das Familienbett hat mehrere positive Effekte auf das Stillen: Die Stillmahlzeiten verdoppeln sich, nehmen an Länge deutlich zu und für die Mutter ist es einfacher auf Nahrungssignale zu reagieren. Sie muss in der Nacht nicht aufstehen. Diese Vorteile helfen, eine erfolgreiche Stillzeit zu gewährleisten, welche wiederum vor allem in den ersten Lebensmonaten als SIDS-Prophylaxe gilt. Als Alternative zum klassischen Familienbett stellt der sogenannte Babybalkon eine gute Lösung dar.

4.13 Die Perspektive der Eltern

Germo et al. (2007) untersuchten in einer Studie die Schlafgewohnheiten von Familien mit einem kleinen Kind. Alle Daten wurden mittels Fragebogen erhoben. Es wurden zwei unabhängige Samples gebildet. Eines waren die Mütter (N=100) und die anderen waren die Väter (N=38). In der Studie geht es primär um die Gründe der Eltern, sich für die jeweiligen gewählten Schlafarrangements zu entscheiden und um die Zufriedenheit der Eltern über die gewählte Situation.

Die wichtigsten Resultate sind in folgender Aufstellung zusammengefasst.

Mütter: Gründe für das gewählte Schlafarrangement

	Mütter, bei welchen die Kinder im eigenen Bett im Zimmer der Eltern schlafen (Co-sleeping)	Mütter welche das Familienbett praktizieren	Mütter deren Kinder im eigenen Bett und im eigenen Zimmer schlafen
Mein Partner schläft so besser	33%	31%	77%
Mein Kind schläft so besser	42%	80%	80%
Privatsphäre als Paar	50%	10%	42%

Für die Mütter im Familienbett und jene, welche mit dem Kind im selben Zimmer schlafen, waren vor allem folgende Themen zentral: Gefühl von emotionaler Sicherheit (58%), Nähe zum Kind (73%), weniger gestresste Mütter (67%).

Für Mütter, deren Kinder im eigenen Zimmer schliefen, war vor allem die Unabhängigkeit des Kindes wichtig (42%).

Väter: Gründe für das gewählte Schlafarrangement

	Väter, bei welchen die Kinder im eigenen Bett im Zimmer der Eltern schlafen (Co-sleeping)	Väter welche das Familienbett praktizieren	Väter deren Kinder im eigenen Bett und im eigenen Zimmer schlafen
Meine Frau bevorzugt diese Lösung	83%	69%	79%
Qualität des eigenen Schlafes	67%	15%	32%
Einfacher zu stillen	0	39%	0
Wichtig für die Unabhängigkeit meines Kindes	1	1	47%

Ein wichtiges Fazit dieser Studie ist für mich, dass es meist die Mütter sind, welche den Schlafplatz wählen. Ich nehme an, dass dies primär damit zusammenhängt, dass es die Mütter sind, welche sich auch nachts vorwiegend um das Kind kümmern und ein Grossteil von ihnen ihr Kind stillt.

5. Bestehende Empfehlungen/Richtlinien

Empfehlungen und Richtlinien sollen Eltern und Fachpersonen eine Orientierung geben über aktuelle Erkenntnisse.

Aus Reviews wie denen von Hunt 2006 und Henderson-Smart 1998 entstanden folgende Richtlinien zum Thema Schlafplatz des Neugeborenen und Kleinkindes in Zusammenhang mit Vermeidung des Plötzlichen Kindstodes.

5.1. Empfehlungen des UKBB

Informationen für Eltern, Tipps für einen sicheren und gesunden Schlaf ihres Kindes

- Ihr Kind liegt am sichersten in Rückenlage. Legen Sie Ihr Kind zum Schlafen grundsätzlich auf den Rücken. Die Bauchlage kann Ihr Kind genießen, wenn es wach ist.
- Ihr Kind möchte in der Nähe sein. Lassen Sie Ihr Kind bei Ihnen im Zimmer aber im eigenen Bettchen schlafen. Nur zum Schmusen oder Kuscheeln möchte es zu Ihnen ins Bett.
- Ihr Kind mag eine feste Unterlage. Legen Sie ihm deshalb eine feste Matratze ins Bettchen. Verzichten Sie auf Kopfkissen und Felle und achten Sie darauf, dass ihr Kind nicht mit dem Kopf unter die Bettdecke rutscht oder von Kuscheltieren und -tüchern bedeckt wird. Am sichersten ist ein Schlafsack.
- Ihr Kind schwitzt nicht gerne. Es ist nicht nötig, ihrem Kind zum Schlafen eine Mütze oder Handschuhe anzuziehen. Um die Temperatur zu kontrollieren, berühren Sie ihr Kind mit dem Handrücken am Nacken. Die ideale Raumtemperatur beträgt 18°C.
- Ihr Kind leidet unter Rauch von Zigaretten, Zigarren und Pfeifen. Sorgen Sie für eine rauchfreie Umgebung.
- Falls Ihr Kind an einen Schnuller gewöhnt ist, sollte es diesen zu jedem Schlaf bekommen.
- Die empfohlenen Impfungen vermindern das Risiko, an einem plötzlichen Säuglingstod zu sterben. (wörtliche Wiedergabe aus der Weisung)

(Die Broschüre wurde wörtlich zitiert, UKBB 2007)

5.2. Empfehlungen des Dr. Mc Kenna

1. Was macht eine sichere Schlafumgebung aus, egal wo das Kind schläft?

- Kinder sollten auf einer festen, sauberen Unterlage, in rauchfreier Umgebung, unter einer leichten Decke schlafen, und ihr Kopf sollte nie bedeckt sein.
- Das Bett sollte keine Kuscheltiere oder Kissen enthalten und das Kind sollte nie zum schlafen auf ein Kissen gelegt werden.
- Schaffelle oder andere flauschige Materialien insbesondere „bean bag mattresses“ (Anmerkung von E. Kunz: mit Plastikkügelchen gefüllte Sitzsäcke) sollten niemals benutzt werden.

- Wasserbetten können ebenfalls gefährlich sein und die Matratze sollte immer bündig in den Bettrahmen passen.
- Kinder sollten nie auf einem Sofa schlafen ob mit oder ohne Erwachsenen. Sie könnten mit dem Gesicht voran in eine Spalte geraten oder sich in der Lehne einklemmen.

2. Familienbett: es ist wichtig sich bewusst zu sein, dass Erwachsenenbetten die Sicherheit eines Kindes nicht gewährleisten.

- Idealerweise sind beide Elternteile mit dem Familienbett einverstanden und fühlen sich mit dieser Schlaflösung wohl.
- Jeder Erwachsene, welcher im Familienbett schläft, sollte einverstanden sein, dass er oder sie im gleichen Masse verantwortlich ist für das Kind und im Bewusstsein hat, dass das Kind da ist.
- Beide Elternteile sollten sich als Hauptverantwortliche für das Kind fühlen.
- Kinder welche jünger als ein Jahr alt sind, sollten nicht mit Geschwisterkindern zusammen schlafen, wohl aber mit einer Person, welche Verantwortung für das Kind übernehmen kann.
- Personen, welche Beruhigungsmittel, andere Medikamente oder Drogen konsumieren, oder aber einen besonders tiefen Schlaf haben sollten nicht mit ihrem Kind auf der gleichen Oberfläche schlafen.
- Lange Haare der Mutter sollten so zusammengebunden werden, dass sie sich nicht um den Hals des Kindes wickeln können (ist schon vorgekommen).
- Sehr adipöse Personen, welche nicht genau wahrnehmen wo, oder wie nah genau ihr Kind neben ihnen liegt, sollten das Kind auf einer eigenen Oberfläche schlafen lassen.
- Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass physische und soziale Gegebenheiten unter welchen das Familienbett praktiziert wird, die Risiken oder Vorteile festlegen.
- Es könnte wichtig sein über die Möglichkeit nachzudenken, dass das Baby im Familienbett sterben könnte. Genauso wie Babys in sicherer Schlafumgebung alleine in ihren Betten an SIDS sterben können, besteht das Risiko, dass ein Kind im sicheren Familienbett stirbt. Es ist wichtig, sich im Voraus Gedanken zu machen, sodass im Falle des plötzlichen Todes des Kindes keiner der Eltern davon ausgeht, dass das Familienbett zum Tod geführt hat oder dass einer von Ihnen das Kind versehentlich erstickt hat. Es lohnt sich darüber nachzudenken.

3. Dr. McKenna empfiehlt den Eltern keine bestimmte Art des Schlaffarrangements, wenn er nicht die genauen Lebensumstände der Familie kennt. Er empfiehlt jedoch allen Eltern, verschiedene Schlafmöglichkeiten zu bedenken und sich so gut wie möglich zu informieren um herauszufinden, was für Ihre Familie die beste Lösung ist.(McKenna 2009)

5.3. Empfehlungen des BAG

Empfehlungen für Ihren Säugling im ersten Lebensjahr:

1. Vermeiden Sie das Rauchen und achten sie auf eine rauchfreie Umgebung.
2. Legen Sie ihr Baby zum Schlafen auf den Rücken.
3. Schützen Sie ihr Baby vor Überwärmung.
4. Bemühen Sie sich um einen geregelten Tagesablauf.
5. Versuchen Sie möglichst Ihr Baby zu stillen.
6. Behalten Sie ihr Baby wann immer möglich in Ihrer Nähe und pflegen Sie Körperkontakt mit ihm.
7. Gehen Sie mit Ihrem Baby regelmässig zu Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt.

(Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie 2009)

5.4. Empfehlungen des Amerikanischen Verbraucherschutzes

Die immer noch geltende Empfehlung des amerikanischen Verbraucherschutzes lautet: „Schlafen sie nicht mit ihrem Baby und bringen sie es nicht in einem erwachsenen Bett zu Bett. Der einzig sichere Schlafplatz für ein Baby ist eine Wiege, welche den aktuellen Sicherheits-standards entspricht und eine gut passende Matratze enthält“ (Ann Brown, Commissioner, Consumer Product Safety Commission, United States of America, 29. Sept. 1999).

5.5. NICE- Guidelines

Informieren Sie die Eltern über die Richtlinien des Gesundheitsdepartements: „Der sicherste Platz zum schlafen für Ihr Baby in den ersten sechs Monaten ist in einer Wiege in ihrem Zimmer“.

Informieren Sie die Eltern niemals mit ihrem Kind auf einem Sofa oder Lehnstuhl zu schlafen. Wenn Eltern das Familienbett als Schlafplatz für ihr Baby wählen, sollten sie über das erhöhte Risiko von SIDS informiert werden, welches besteht, falls einer oder beide Elternteile folgendes Verhalten zeigen: rauchen, Alkohol trinken, Medikamenten oder Drogenkonsum, oder wenn einer der Eltern aussergewöhnlich tief schläft.

Der Gebrauch eines Schnullers sollte nicht abrupt eingestellt werden.

5.6 Auswertung der Richtlinien/Empfehlungen

In folgenden Punkten sind sich alle von mir verwendeten Quellen einig:

- Kinder brauchen unbedingt eine rauchfreie Umgebung
- Kleinkinder schlafen am sichersten in Rückenlage
- Die ideale Raumtemperatur zum Schlafen beträgt 18°C
- Kleinkinder sollen auf einer festen Matratze schlafen ohne Kissen oder Ähnliches
- Das Kleinkind soll mit einer dünnen Decke oder am besten mit einem Schlafsack zugedeckt werden.

Allgemein abgeraten vom Familienbett wird in der Broschüre des UKBB und vom amerikanischen Verbraucherschutz.

Die schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie erwähnt das Familienbett in seinen Empfehlungen nicht, empfiehlt aber im ersten Lebensjahr soviel Nähe und Körperkontakt wie möglich mit dem Kleinkind.

Einzig die NICE-Guidelines informieren zum Thema Familienbett und worauf geachtet werden sollte.

6. Praxisbezug

Meine persönlichen Erfahrungen in der Praxis mit dem Thema Familienbett sammelte ich vor allem in den Praktika auf dem Wochenbett und der Abteilung für Neonatologie. In beiden Kliniken wird die gleiche Broschüre mit Empfehlungen für einen „sicheren und gesunden Schlaf“ des Kindes abgegeben. Sowohl auf dem Wochenbett als auch auf der Neonatologie erhalten die Eltern diese Broschüre von den Pflegenden. Die Eltern werden aufgefordert, diese in Ruhe durchzulesen und sich bei Fragen an ihren Kinderarzt oder die Mutter/Väterberaterin zu wenden. Ausserdem werden die Eltern bei der Austrittsuntersuchung ihres Kindes vom pädiatrischen Oberarzt auf das Thema Schlaf und Schlafplatz angesprochen. Ich habe in den insgesamt 6 Monaten Praktikum nie erlebt, dass Eltern sich nach der Möglichkeit des Familienbettes erkundigten. Meiner Meinung nach liegt das vor allem daran, dass in der erwähnten Broschüre grundsätzlich abgeraten wird von dieser Schlaflösung. Ich denke vor allem für Eltern, welche das erste Kind bekommen haben, sind Empfehlungen wichtig um sich orientieren zu können. Diese sollten meiner Meinung nach jedoch umfassend aufklären und Raum für eigene Entscheidungen lassen. Wie auch schon im Kapitel 6 erwähnt ist für viele Eltern vor der Geburt klar, dass das Kind von Anfang an im eigenen Bett schlafen soll. Ich habe jedoch häufig erlebt, dass diese Vorsätze für viele, vor allem stillende Mütter, schon im Spital schwer umzusetzen sind. Ich vermute verschiedene Gründe: viele Frauen haben ein starkes Bedürfnis nach Nähe zu ihrem Neugeborenen. Vor allem in den ersten Tagen finden auch nachts mehrere Stillmahlzeiten statt, was viele Mütter dazu bewegt, das Kind direkt bei sich zu behalten. Gerade bei Frauen mit Migrationsintergrund erlebte ich häufig, dass das Kinderbett im Spital nur selten benutzt wurde.

Auch im Austausch mit Kolleginnen, welche auf Wochenbettstationen arbeiten höre ich immer wieder, dass ein Grossteil der Frauen mit ihren Neugeborenen im Bett schläft, wobei den Müttern sogar gesagt wird, dass dies sinnvoll wäre in der ersten Zeit.

Ich denke hier wird einmal mehr deutlich, wie unterschiedlich die Empfehlungen von verschiedenen Standpunkten aus sind und wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Ausarbeiten von Richtlinien ist. Meine Vermutung ist, dass Hebammen und Pflegefachfrauen der Wochenbettstationen nicht beteiligt waren bei der Ausarbeitung der Broschüre „Tipps für einen sicheren und gesunden Schlaf ihres Kindes“ der UKBB, was dazu führen kann, dass unterschiedliche Informationen abgegeben werden, da für die einzelnen Fachpersonen verschiedene Themen im Vordergrund stehen. Dies kann zu grosser Verwirrung seitens der Eltern führen, was wiederum einen Einfluss auf die sichere Schlafumgebung des Kindes haben kann.

Spannend war für mich der Austausch mit einer Hebamme, welche Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse erteilt. Sie erzählte mir, dass viele Frauen sich nach dem Familienbett erkundigen und wissen wollen, ob es wirklich gefährlich ist, wie in der Broschüre (UKBB) beschrieben. Die Hebamme sagte mir, dass sie nie genau weiss, was sie auf solche Fragen antworten soll und darf, da sie einerseits die offiziellen Richtlinien des Hauses kennt, jedoch andererseits auch weiss, wie wichtig die Nähe und das möglichst unkomplizierte nächtliche Stillen sind. Dies zeigte mir deutlich, dass der Bedarf an Informationen über das Familienbett sowohl von Seiten der Fachpersonen als auch von Seiten der Eltern da ist.

7. Diskussion

Die Meinungen über den Schlafplatz von Neugeborenen und Kleinkindern gehen sowohl unter Fachpersonen als auch unter Eltern auseinander (McKenna 2005). Dies liegt meiner Meinung nach daran, dass die verschiedenen Parteien auf unterschiedliche Aspekte besonderen Wert legen. Ausserdem bringt das Familienbett komplizierte Zusammenhänge mit sich, welche durch Studien nur schwer messbar sind.

In meinem Praxisspital geht es bei der Beratung zum Schlaf des Neugeborenen ausschliesslich um Sicherheit. Hier wird eine Schlaflösung als die einzig Richtige empfohlen und von allen anderen wird unbedingt abgeraten. Auf welchen Studien diese Empfehlungen basieren, wird in der Broschüre des UKBB (2007) nicht angegeben. Empfehlungen im Spital sollten klar verständlich und möglichst für alle umsetzbar sein, da so die Beratung vereinfacht wird und sich auch der Zeitaufwand verringert. Dieses Ziel wird meiner Meinung nach im Zusammenhang mit dem Schlafplatz des Säuglings auf Kosten der individuellen Betreuung erfüllt. Ein Lösungsansatz wäre hier eine Verlagerung oder Ergänzung der Beratung über den Schlafplatz des Kindes durch die nachbetreuende Hebamme oder Mütter/Väterberaterin. Dies würde jedoch voraussetzen, dass alle Fachpersonen, welche zum Thema beraten, immer auf dem neusten Stand des Wissens sind, welches sie sich z.B. auf Weiterbildungsveranstaltungen erwerben würden. Eine weitere mögliche Lösung sehe ich darin, eine extra Broschüre für den Spitalalltag zu entwerfen zum Thema Familienbett, welche interessierten Eltern zusätzlich abgegeben werden kann. Diese müsste allerdings ausführlich gestaltet sein, um den Eltern eine evidenzbasierte Entscheidung zu ermöglichen.

Der scheinbar grosse Spagat, welcher immer wieder zu Diskussionen führt, ist beim Thema Familienbett einerseits die Sicherheit und andererseits das Bedürfnis nach Geborgenheit und einfacher Handhabung der nächtlichen Betreuung des Kindes. Nach ausführlicher

Recherche zum Thema, hat sich die Fragestellung für mich so verändert, dass ich mich frage, ob die Bedürfnisse von Kind und Eltern aus Bequemlichkeit berechtigt an zweiter Stelle stehen?

Für McKenna (2005) ist die Sicherheit im Schlaf des Kindes unbestritten ein wichtiges Thema. Allerdings bezieht er in seiner Forschungsarbeit noch andere wichtige Aspekte mit ein, welche bei Auswertung seiner Daten in den meisten Fällen für das Familienbett sprechen und nicht für das alleine Schlafen des Kindes. Auf der einen Seite sind es praktische Aspekte, welche für das Familienbett sprechen: kein nächtliches Aufstehen bei gestillten Kindern, einfacheres Handhaben des Stillens, kein nächtliches Aufstehen, wenn das Kind weint, ohne Hunger zu haben. Auf der anderen Seite sind es emotionale Aspekte, welche für das Familienbett sprechen: das Kind bekommt auch Nachts die Nähe und Geborgenheit welche es benötigt um gesund heranzuwachsen (ABM 2006, McKenna 2005, BAG 2009).

8. Schlussfolgerungen

Auf Grund seiner Komplexität wird das Familienbett niemals allgemein empfohlen werden können. Allerdings gibt es auch keine Evidenzen, welche ein generalisiertes Abraten des Familienbettes legitimieren würden (McKenna 2005). Informationen für ein sicheres Schlafen im selben Bett sollten zur Beratung zum sicheren Schlafplatz des Kindes dazu gehören, denn fehlende Informationen können zu einer unsicheren Schlaflösung führen.

Fest steht, dass sicheres gemeinsames Schlafen das Risiko für SIDS bei manchen Kindern in einigen Kulturgruppen reduziert. Wo ein Kind tatsächlich schläft, ist also in keinem Fall eine medizinische Frage, sondern eine soziale Frage, welche auch mit wirtschaftlichen Gegebenheiten verbunden ist (McKenna 2005).

Als Einzige von mir recherchierte und offizielle Quelle schliessen die NICE-Guidelines das Thema Familienbett mit in ihre Empfehlungen ein. Die Eltern in der Schweiz orientieren sich jedoch primär an den Empfehlungen der Ärzte und des BAG's. Da diese Empfehlungen jedoch unvollständig sind, indem sie das Thema Familienbett ausschliessen, bleiben die Eltern oft ohne Informationen. Dies ist nicht nur bedauernd, sondern kann sogar gefährlich sein, da die Eltern je nach Situation im Familienbett schlafen, ohne darauf zu achten, wichtige Gefahrenquellen zu beseitigen.

Es ist mir wichtig noch einmal zu betonen, dass ich nicht der Meinung bin, alle Eltern sollten zusammen mit ihren Kindern in einem Bett schlafen. Ich bin vielmehr der Meinung, dass es

wichtig ist, das Thema individuell je nach Familie und sozialen Gegebenheiten zu behandeln. Das Familienbett ist eine von vielen (sicheren) Möglichkeiten zu Schlafen. Es muss auf bestimmte Dinge geachtet werden, genauso wie bei anderen Schlafarrangements auch. Entscheidend ist, die Eltern aufzuklären, um die Entscheidung dann schlussendlich ihnen zu überlassen, genau wie bei anderen Themen der Kinderbetreuung und Erziehung auch. Schlussfolgernd kann ich sagen, dass das Familienbett nach gründlicher Aufklärung der Eltern durchaus empfohlen werden kann und sogar je nach Situation empfohlen werden sollte, da es dem Kind die benötigte Wärme und Geborgenheit gibt, welche es braucht, um gesund heranzuwachsen (Mc Kenna 2005, ABM 2006).

9. Literaturverzeichnis

- ABM (Academy of Breastfeeding Medicine) 2006 Klinischer Leitfaden: Co-sleeping und Stillen *Deutsche Hebammenzeitschrift* **5**: 59-63
- Antonovsky A, Franke A 1997 Salutogenese Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, Dgvt Verlag
- Ateah CA, Hamelin KJ 2008 Maternal Bedsharing Practices, Experiences, and Awareness of Risks *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing (JOGNN)* **37**(3):274-281
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H 2001 Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert *Forschung und Gesundheitsförderung* Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Current Biology 2007 Wie Schlafentzug die Seele beutelt [online] *Focus*
Verfügbar unter:
<http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/news/psychologieaid136672.html> [3.12.2009]
- Dannenfeld S 2001 Bedeutung des Salutogenetischen Konzeptes für die Arbeit der Hebamme [online] Verfügbar unter:
<http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/107384.html#> [10.11.2009]
- Friedrich J 2005 Schlafumgebung des Kindes, Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes In: Harder U, Friedrich J, Groh E, Kirchner S, Polleit H, Stiefel A *Wochenbettbetreuung in der Klinik und Zuhause* 2.Aufl Hippokrates, Stuttgart S 261-263
- Geist C 2005 Wochenbettbetreuung in der Klinik In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde* 3. Aufl Hippokrates, Stuttgart S 420 – 426
- Germo GR, Chang ES, Keller MA, Goldberg WA 2007 Child Sleep Arrangements and Family Life: Perspectives from Mothers and Fathers *Infant and Child Development* **16**: 433-456
- Henderson-Smart DJ, Ponsonby A-L, Murphy E 1998 Reducing the risk of sudden infant death syndrome: A review of the scientific literature *Journal of Paediatrics and Child Health* **34**: 213-219
- Hunt CE, Hauck FR 2006 Sudden infant death syndrome (Review) *Canadian Medical Association Journal* **174** (13): 1861-1869
- Kurz R, Kenner t, Poets C 2000 *Der plötzliche Säuglingstod Ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer, Wien
- Largo HR 2005 Babyjahre 18. Aufl Piper Verlag

- McKenna JJ, Joyce P. E 2009 Guidelines to sleeping safe with infants [online]
Department of Anthropology University of Notre Dame, Notre Dame, IN 46556
Mother-Baby Behavioral Sleep Laboratory at the Univeraty of Notre Dame
Verfügbar unter: <http://www.nd.edu/~jmckenn1/lab/guide.html>
[10.10.2009]
- McKenna JJ 1997 Bedtime Story: Co-sleeping Research [online] *Human Nature* (10)
Verfügbar unter: http://www.naturalchild.org/james_mckenna/bedtime_story.html
[21.11.2009]
- McKenna JJ, Mc Dade T 2005, „*Why babies should never sleep alone*“: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breastfeeding University of Notre Dame Indiana USA
- McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT 2007 Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine *Yearbook of Physical Anthropology* **50**:133-161
- Michel G 2009 Komplexes Zusammenspiel *Hebamme.ch* (4): 10-12
- Moré A 2006 Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe In: Cignacco E *Hebammenarbeit* Hans Huber Verlag, Bern S 23 – 48
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2006 Baby's well-being and feeding [online] *Routine postnatal care of women and their babies* S 17
Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37quickrefguide.pdf>
[11.12.2009]
- Perl FM, Helms G 2004 Geburt und Wochebett In: Beckermann M. J, Perl F. M (Hrsg) *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe* Band 2 1.Aufl Schwabe AG, Basel S 1406-1407
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie 2009 Reduzieren Sie das Risiko eines plötzlichen Kindtodes [online] Elternvereinigung SIDS Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Bern
Verfügbar unter: <http://www.swiss-paediatrics.org/parents/sids/index-ge.htm>
[23.11.09]
- Stüwe M 2004 Prophylaxe des plötzlichen Kindstods In: Bund deutscher Hebammen (Hrsg) *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* Hippokrates, Stuttgart S 242-249
- Universitäts Kinderspital Beider Basel 2007 *Tipps für einen sicheren gesunden Schlaf ihres Kindes* Informationen für die Eltern, UKBB Basel
- Zimbardo G. P, Gerrig J. R P 1999 *Psychologie* 7.Aufl Springer Verlag, Berlin Heidelberg

10. Bibliographie

Odent M 2000 *Geburt und Stillen 2. Aufl* C.H. Beck oHG, München

Swiss society of Neonatology 2007 Empfohlene Abklärungen und Indikationen für Säuglingsmonitoring [online]

<http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol18/n1/pdf/12-18.pdf>

[23.11.09]

Bluff R, Cluett E R Kritische Beurteilung der Literatur 2003 In: Bluff R, Cluett E R (Hrsg) *Hebammenforschung* Hans Huber, Bern S 243-262

Mändle C 2007 Die Pflege des Neugeborenen In: Mändle C, Opitz-Reuter S, Wehling A (Hrsg) *Das Hebammenbuch 5. Aufl* Schattauer, Stuttgart S 635-650

Zimmermann A 2004 Versorgung des Neugeborenen In: Schneider H, Husslein P, Schneider K.T.M (Hrsg) *Die Geburtshilfe 2. Aufl* Springer Medizin, Heidelberg S 915-936

Nachweis Titelbild:

Ryanwiz 2007 [online] Verfügbar unter:

<http://www.flickr.com/photos/ryanwiz/2136421607/in/set-72157606089946247/> [12.12.2009]