# Prävention des Plötzlichen Säuglingstods

**Die Primärprävention – also für die angemessene Aufklärung der Eltern – gilt als bislang wichtigste Maßnahme, das Risiko für den plötzlichen Säuglingstod zu reduzieren. Die Empfehlungen der aktualisierten Leitlinie sollten daher den Eltern aller Neugeborenen zugänglich gemacht werden.1–14**

**Empfehlungen zur Primärprävention**

Die folgenden Leitlinien-Empfehlungen für die Primärprävention des plötzlichen Säuglingstods (*sudden infant death syndrome*, SIDS) gelten als gesichert und sollten den Eltern aller Neugeborenen zugänglich gemacht werden:

1. Das Kind sollte zum Schlafen auf einer festen und horizontalen (keiner schrägen!) Unterlage auf den Rücken gelegt werden.
2. Das Kind sollte tagsüber, solange es wach ist und gut beobachten werden kann, regelmäßig für kurze Zeit auch auf den Bauch gelegt werden, um dessen motorische Entwicklung zu fördern und einer asymmetrischen Kopfform (abgeflachter Kopf, lagebedingter Plagiocephalus) vorzubeugen.
3. Überwärmung sollte vermieden werden: Die optimale nächtliche Raumtemperatur liegt bei 18 °C. Statt einer Bettdecke wird die Verwendung eines Baby-Schlafsacks in altersentsprechender Größe empfohlen. Im Zweifelsfall kann zwischen den Schulterblättern gefühlt werden, ob sich die Haut warm, aber nicht verschwitzt anfühlt: dann ist es dem Kind weder zu warm noch zu kalt.
4. Für den Fall, dass kein Schlafsack verwendet werden möchte, sollte darauf geachtet werden, dass das Kind nicht mit dem Kopf unter die Bettdecke rutschen kann. Hierzu sollte es so ins Bett legen, dass es mit den Füßen am Fußende anstößt.
5. Auf ein Kopfkissen, Fellunterlagen, „Nestchen“, gepolsterte Bettumrandungen sowie größere Kuscheltiere, mit denen sich Ihr Kind überdecken könnte, sollte verzichtet werden. 2–6
6. Das Kind sollte zum Schlafen nicht zu fest eingewickelt werden, d.h. das sogenannte Pucken (*swaddling*) ist zu vermeiden.
7. Das Kind sollte bei den Eltern im Zimmer, aber im eigenen Kinderbett schlafen; dies gilt vor allem für die ersten sechs Lebensmonate. Kinder von Rauchern sind besonders gefährdet, wenn sie mit im elterlichen Bett schlafen.
8. Es sollte auf eine rauchfreie Umgebung für das Kind geachtet werden, auch schon während der gesamten Schwangerschaft.
9. Das Kind sollte im ersten Lebensjahr gestillt werden, wenn möglich mindestens vier bis sechs Monate.
10. Dem Kind sollte zum Schlafengehen ein Schnuller angeboten werden, jedoch ohne Zwang; d.h. keine Re-Platzierung des Schnullers beim schlafenden Kind (Anmerkung: Die frühe Einführung eines Schnullers bedroht nicht den Stillerfolg 7, ist jedoch bei regelmäßigem Gebrauch mit einer 30–60%igen Reduktion des SIDS-Risikos assoziiert. 8,9 Daher erscheint in Abwägung von Nutzen und möglichen Nebenwirkungen der Schnullergebrauch einen eindeutigen Vorteil zu bringen, zumindest ab dem Zeitpunkt erfolgreichen Stillens, d.h. jenseits der ersten zwei bis drei Lebenswochen).
11. Alle hier aufgelisteten Präventionsmaßnahmen gelten auch für die Zeit unmittelbar nach der Geburt: Sollte das Kind auf dem Körper der Eltern liegen, sollte darauf geachtet werden, dass es stets freie Atemwege hat. Sind die Eltern müde oder abgelenkt (z. B. durch das Handy), sollte das Kind in Rückenlage in sein eigenes Bett gelegt werden.

Beachtet werden sollte zudem, dass plötzliche Todesfälle oder Zyanosezustände mit Interventionsbedarf bereits in den ersten Stunden nach der Geburt auftreten können, wobei diese Ereignisse vor allem mit dem initialen Bonding in Bauchlage des Neugeborenen auf der Brust der Mutter und Primipara-Status assoziiert waren. 10–13 Als Präventionsmaßnahmen werden hier der dringende Hinweis an die Eltern, stets auf freie Atemwege beim Neugeborenen zu achten, sowie eine engmaschige klinische Überwachung des Neugeborenen im Kreißsaal empfohlen. 14

 Poets CF et al. S1-Leitlinie Prävention des Plötzlichen Säuglingstods (AWMF Register-Nr. 063-002). Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM); Zugriff am 28.12.2022 (Primärquelle)

 Shapiro-Mendoza CK et al. Trends in infant bedding use: National Infant Sleep Position study, 1993–2010. Pediatrics 2015;135:10–17.

 Erck Lambert AB et al. Sleep-Related Infant Suffocation Deaths Attributable to Soft Bedding, Overlay, and Wedging. Pediatrics 2019;143.

 Cottengim C et al. U-Shaped Pillows and SleepRelated Infant Deaths, United States, 2004–2015. Matern Child Health J 2020;24:222–228.

 Gaw CE et al. Types of Objects in the Sleep Environment Associated With Infant Suffocation and Strangulation. Academic pediatrics 2017;17:893–901.

 Suffocation deaths associated with use of infant sleep positioners – United States, 1997–2011. MMWR Morbidity and mortality weekly report 2012;61:933-937.

 Jaafar SH et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. The Cochrane database of systematic reviews 2016:Cd007202.

 Hauck FR et al. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. Pediatrics 2005;116:e716–723.

 Vennemann MM et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992) 2005;94:655–660.

 Becher JC et al. Unexpected collapse in apparently healthy newborns--a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition 2012;97:F30–34.

 Poets A et al. Sudden deaths and severe apparent lifethreatening events in term infants within 24 hours of birth. Pediatrics 2011;127:e869–873. 11 Prävention des Plötzlichen Säuglingstods

 Poets A et al. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition 2012;97:F395–397.

 Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992) 2013;102:680–688.

 Stichtenoth G et al. S2k-Leitlinie Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik (AWMF Register-Nr. 024-005), Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)