

Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland

Ekkehart Paditz (federführend)

weitere Unterzeichner: Prof. Dr. Poets (Tübingen), Frau Prof. Dr. Marianne Schläpke (Bochum), Prof. Dr. Jorch (Magdeburg), Prof. Dr. Kleemann (Leipzig), Prof. Dr. Saturnus (Göttingen), Prof. Dr. Trowitzsch (Datteln), Prof. Dr. Zwaacka (Apolda), PD Dr. Sabine Scholle (Apolda), PD Dr. Schlaud (Hannover), PD Dr. Schlüter (Datteln), Dr. Martina Pötschke-Langer (DKFZ/WHO Heidelberg), Dipl.-Psych. Lindinger (DKFZ/WHO Heidelberg), Dr. Handwerker (Passau), Dr. Hoch (Augsburg), Dr. Erler (Cottbus), Dr. Scheidt (Jena), Dr. Olbertz (Rostock), Dr. Stute (Giffhorn), Dr. Faber (Osnabrück), Dr. Lob-Corzilius (Osnabrück), Dr. v. Czettritz (München/wiss. Beirat der GEPS), Dr. Soditt (Solingen), Dr. Bittrich (Erfurt), Dr. Feldmann (Neunkirchen), Dr. Evemarie Feldmann (Neunkirchen), Dipl.-Med. Birgit Lange (Dresden), Dipl.-Med. Scharfe (Dresden), Dipl.-Päd. H.-J. Schwab und Angelika Eck (GEPS-Rheinland-Pfalz/Saarland), Dr. Kramer und MPH Kathrin Schaff (Sächsisches Staatsministerium für Soziales), Magdalena Weiss (Präsidentin Bund Deutscher Hebammen e.V.), Brigitte Borrmann (Sächsischer Hebammenverband e.V.), GEKIPS (Dr. Niewerth, Köln-Porz), GEPS Deutschland (Prof. Schachinger, Berlin), Hildegard Jorch (Münster, GEPS/GEKIPS), Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (Andreas Kray)

1. 50–90% der ca. 500 SID-Fälle (Sudden Infant Death) pro Jahr in Deutschland sind durch gesundheitspädagogische Kampagnen vermeidbar.

2. Die zu vermittelnden Fakten sind weitestgehend durch epidemiologische und Interventionsstudien gesichert:

– **Empfehlung der Rückenlage für Babys im Schlaf, Vermeidung der Bauchlage und der Seitenlage im Schlaf.**

(bzgl. der Rückenlage mit zur Seite gedrehtem oder rekliniertem Kopf gibt es unterschiedliche Standpunkte, da die damit verbundene Gefäßrotation z.T. als Problem angesehen wird),

– **Babybett im Schlafzimmer der Eltern,**

– **feste, relativ wenig eindrückbare Matratze,**

– **Vermeidung von Überwärmung des Säuglings:** Zielgröße: optimale Körpertemperatur = Haut im Bereich der Nacken-Halspartie und zwischen den Schulterblättern warm, nicht schwitzend,

– **Vermeidung von Überdecken im Schlaf** (Gefahr der Rückatmung und der Überwärmung),

– **Vermeidung von Rauchexposition** während der Schwangerschaft und in der Umgebung von Säuglingen.

3. In praktischer Hinsicht ergeben sich daraus folgende Empfehlungen (ergänzend zu Pkt. 2):

– **Raumtemperatur 16–18 Grad günstig,**

– **Schlafsack, keine Bettdecke, kein Kopfkissen, keine zusätzlichen wärmedämmenden Unterlagen (z.B. Felle, Decken), kein Kopfkissen, keine Kopfbedeckung im Schlaf, keine gepolsterten Bettumrandungen und „Nestchen“, keine Windeln und Tücher im Kopf-, Hals- und Thoraxbereich** (d.h. z.B. keine „Spuckwindeln“ unter oder auf den schlafenden Säugling legen).

4. Die unter 1.–3. aufgeführten Informationen müssen mit **geeigneten Kommunikations-Strategien** an die beiden **Haupt-Zielgruppen „Schwangere“** und **„Eltern von Säuglingen“** übermittelt werden. Hierfür geeignet sind Strategien, die dazu führen,

– dass die Informationen mit sehr großer Wahrscheinlichkeit an nahezu alle Schwangeren und Eltern von Säuglingen übermittelt werden sowie

– dass die Informationen bei dieser Zielgruppe verstanden und aufgenommen werden und auch zu Verhaltensänderungen führen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Information aufgenommen wird und nicht zur Abwehr führt, ist besonders groß, wenn mit positiv

besetzten Informationen gearbeitet wird (z.B. „Babys schlafen am sichersten in Rückenlage und im Schlafsack“ sowie „Baby mag rauchfrei“ anstelle von „Bauch- und Seitenlage sowie Rauchen erhöhen das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben“). Es sollte aber darauf hingewiesen werden, dass es sich um Hinweise zur Prophylaxe des plötzlichen Säuglingstodes handelt. Die Informationen müssen einfach und gut verständlich formuliert sein und mit geeigneten Bildern verstärkt werden (optimale Schlafposition und -Umgebung, z.B. Baby in Rückenlage und im Schlafsack).

5. Die Zielgruppe Schwangere und Eltern von Säuglingen kann prinzipiell auf zwei Wegen erreicht werden:

a) **Breite öffentliche Information über das Fernsehen sowie über Innenraum- und Außenplakate;** (die Presse erreicht weniger als 50% der Zielgruppe, sollte aber als Verstärker einbezogen werden); die Kosten für Plakat- und Fernsehwerbung sind sehr hoch, wenn kontinuierlich flächendeckende Aufklärung gesichert werden soll. Der Vorteil von öffentlichen Informationen mit kontinuierlicher Einbeziehung des Fernsehens besteht in der Tatsache, dass damit auch alle weiteren Interessenten erreicht werden, die Säuglinge zum Schlafen legen (z.B. Großeltern, Geschwister, Ba-

bysitter, Tagesmütter, Personal von Kinderkrippen und Säuglingszimmern etc.) oder deren Ansichten zum gesunden Babyschlaf Einfluss auf diese Zielgruppen haben. In England wurde gezeigt, dass Fernsehspots sofort zu einer Zunahme des Wissens über die o.g. Risiken führen.

b) Zielgruppenorientierte gesundheitspädagogische Kampagnen.

Als Informationsüberträger treten dabei Hebammen, Frauenärzte, Schwestern, Kinderkrankenschwestern und Kinderärzte zu drei Zeitpunkten auf: während der Schwangerschaft, in der Entbindungseinrichtung (und ggf. auch in einer Kinderklinik), beim niedergelassenen Kinderarzt (Vorsorgeuntersuchungen und/oder bei akuten Erkrankungen). Es ist vorgesehen, Hinweise zur Prophylaxe des Plötzlichen Säuglingstodes in die Neuauflage der „Gelben Hefte“ aufzunehmen. Dieses Informationsangebot ist aber nicht ausreichend, da bereits während der Schwangerschaft informiert werden muss und da das Thema SID-Prävention besonders hervorgehoben werden sollte.

Dem medizinischen Personal kommt deshalb eine entscheidende Vorbild- und Aufklärungsfunktion zu.

6. Die Kompetenz des medizinischen Personals muss wesentlich erhöht werden

a) in inhaltlicher Hinsicht zum aktuellen Kenntnisstand bzgl. der SID-Prävention,

b) hinsichtlich der Fähigkeit, diese Informationen effektiv zu übermitteln.

7. Die Verbreitung der Informationen darf nicht dem Zufall und dem guten Willen einzelner Personen oder Gruppen überlassen werden. Es muss deshalb auf Bundes- und Länderebene dafür gesorgt werden, dass alle beteiligten Personen aus dem medizinischen Bereich direkt und persönlich informiert und fortgebildet werden und mit geeignetem Informationsmaterial ausgestattet werden.

In Sachsen hat sich z.B. bereits folgendes Vorgehen bewährt:

– Bildung einer Arbeitsgruppe SID-Prävention beim Sozialministerium, in der Politiker, Kinderärzte und Hebammen vertreten sind (sowie Rechtsmediziner, Vertreter von Selbsthilfegruppen wie z.B. der GEPS und Public Health-Vertreter),

– Erstellen folgender Adressliste: alle Hebammen, alle niedergelassenen Frauen- und Kinderärzte, alle Entbindungseinrichtungen (darin wiederum leitender Frauenarzt, Kinderarzt, Hebamme und Schwester bzw. Kinderkrankenschwester),

– Persönlicher Brief des Gesundheitsministers an diese Personen (Motivation, Information, Einladung zu einer landesweiten Fortbildungsveranstaltung, Zusendung einer Fachbroschüre und von Informationsblättern für die Schwangeren bzw. Eltern),

– Brief an alle Chefärzte von Kinder- und Frauenkliniken sowie an alle weiteren Chefärzte, in deren Kliniken Säuglinge behandelt werden (z.B. Kinderchirurgie, HNO, Orthopädie, Urologie) mit der Bitte, die unter 1.–3. aufgeführten Informationen in der eigenen Klinik durchzusetzen (dabei wurde ein Vorschlag für eine Dienstanweisung mitgeschickt).

8. Die Vermeidung des Rauchens während der Schwangerschaft und in der Umgebung von Säuglingen erfordert neue Konzepte.

Ein Lösungsansatz ist z.B. die Einrichtung von Raucherberatungstelefonen. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass der Kontakt zu Raucherinnen zustande kommt, wird ein pro-aktives Vorgehen vorgeschlagen. D.h. Mitarbeiter/innen des Raucherberatungstelefonats melden sich bei Raucherinnen und bieten Hilfe an, wenn sich die Schwangere oder die Mutter eines Säuglings nicht selbst meldet; die Frage nach dem Rauchen und die schriftliche freiwillige Einwilligung, den Namen und die persönliche Telefonnummer weiterzuge-

ben, erfolgt durch die Hebamme, den Frauenarzt oder durch den Kinderarzt; datenschutzrechtliche Voraussetzungen hierzu wurden geprüft.

9. In Sachsen wurde ein bundesweit und rund um die Uhr verfügbares **Info- und Beratungstelefon** „Gesunder Babyschlaf“ und „Raucherberatung für Schwangere und Mütter“ eingerichtet, das als niedrigschwelliges Informationsangebot zur Verfügung steht und stark frequentiert wird (1300 Anrufe innerhalb von 6 Monaten, bis zu 163 Anrufe pro Tag):

Tel. 0180. 50 99 555

10. Flankierend sollten folgende Optionen strukturell und organisatorisch aktiviert werden: **Autopsie von SID-Verdachtsfällen, Unterstützung von trauernden Eltern.**

11. In Deutschland sind zahlreiche Kompetenzträger (Medizin: Kinderheilkunde, Rechtsmedizin und Epidemiologie, Public Health; Kommunikationswissenschaften, Grafik und Textgestaltung), Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Gesellschaft für Neonatologie und Intensivmedizin, wissenschaftlicher Beirat der GEPS, GEKIPS, Arbeitsgruppe Pädiatrie der DGSM, Arbeitsgruppe Schlafmedizin der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Schlafmedizin Sachsen e.V., Sächsischer Hebammenverband, Bund Deutscher Hebammen e.V., Schlafmedizin Brandenburg e.V.) und engagierte Selbsthilfegruppen (GEPS Deutschland und Landesgruppen der GEPS) vorhanden, so dass die Chance besteht, dass die SID-Prävention in Deutschland kurzfristig und nachhaltig intensiviert wird.

Koordination:

PD Dr. med. Ekkehart Paditz
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin TU Dresden
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
Tel. 0351.458 3160
Fax 0351. 458 4399
mail: Ekkehart.Paditz@
mailbox.tu-dresden.de

Red.: Ku