

# Prävention des Plötzlichen Kindstodes 1987–2003 in Deutschland

JORCH G

Universität Magdeburg

Insbesondere durch die dramatische Entwicklung der Neonatologie sank die Säuglingssterblichkeit in Deutschland in den achziger Jahren auf unter 10 auf 1 000 Lebendgeborene, nachdem sie in den fünfziger Jahren noch bei 60/1 000 gelegen hatte. Die Todesart „Plötzlicher Kindstod“ folgte diesem Trend nicht, so dass ihr Anteil an der Säuglingssterblichkeit auf bis zu 30% anstieg. Dieser Umstand spiegelte sich allerdings nicht in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Phänomen in der Pädiatrie wieder. So fand sich unter 300 Vortragsanmeldungen beim Deutschen Kinderärztekongress in Münster im Jahre 1986 nur ein Beitrag über den Plötzlichen Kindstod. Wir nahmen das zum Anlaß, am 13. Juni 1987 ein nationales interdisziplinäres Symposium an der Universität Münster mit 500 Teilnehmern aus den Gebieten der Pädiatrie, Rechtsmedizin, Elternselbsthilfe, Grundlagenforschung, Medien, Gesundheitspolitik, Notfallmedizin, Medizintechnik und Psychologie auszurichten [1]. Dieser Kongress, dessen Dokumentationsband von der nordrhein-westfälischen Landesregierung finanziert wurde, wirkte als Initialzündung für eine Reihe nun folgender Aktivitäten.

Das Schwergewicht der Prävention wurde zunächst auf die Ermittlung von Risikogruppen auf der Basis von anam-

nestischen Kriterien und Schlaflaboruntersuchungen sowie die Etablierung von Heimmonitorprogrammen gelegt. Dieses Vorgehen entsprach den damaligen Vorstellungen über die Verursachung des Plötzlichen Kindstodes durch Atemstörungen in Risikogruppen. Es handelte sich um eine klassische Maßnahme der „sekundären“ Prävention, die in der Pädiatrie der vergangenen Jahrzehnte Tradition hatte (PKU-Screening, Vorsorgeuntersuchungen, Frühförderung). Ferner war die Anwendung solcher Technologien aus der Neonatologie vertraut. Heute wissen wir, dass die Indikationen für Schlaflaboruntersuchungen und Heimmonitoring überwiegend außerhalb der SID-Prävention liegen [2].

Im Oktober 1989 wurde die Universität Münster vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW im Rahmen des Landesprogrammes „Gesundheit von Mutter und Kind“ beauftragt, einen Studienentwurf zur Analyse plötzlicher unerwarteter Säuglingstodesfälle vorzulegen. Bereits zum 1. Januar 1990 wurde die später unter dem Begriff „Westfälische Kindstodstudie“ bekannt gewordene epidemiologische Untersuchung in den Regierungsbezirken Münster und Detmold gestartet. Von 1990 bis 1994 wurden 251 unerwartet verstorbene Säuglinge obduziert und anamnestische Daten in einem Interview mit

den Eltern erhoben. Die gewonnenen Daten wurden mit vorliegenden und getrennt ermittelten Daten der Grundgesamtheit aller Säuglinge in dieser Region verglichen. Bereits nach wenigen Monaten konnte auf freiwilliger Basis eine Erfassungsrate von 70% erreicht werden. Sehr hilfreich war in diesem Zusammenhang die Unterstützung der Medien, insbesondere des westdeutschen Rundfunks, der umfassend über die Studie berichtete.

Im Sommer 1991 ergab eine Zwischenauswertung der Studie, dass 83% der unerwartet verstorbenen Säuglinge Bauchschläfer waren, während dies nach einer Umfrage in Kinderarztpraxen der Untersuchungsregion nur bei 41% aller Säuglinge der Fall war. Dadurch ergab sich für uns eine schwierige Entscheidungssituation: Einerseits war die wissenschaftliche Beweisführung über den pathogenetischen Zusammenhang zwischen Bauchlage und plötzlichem Säuglingstod nicht abgeschlossen, andererseits erschien ein Zurückhalten dieser Erkenntnis bei drei Säuglingstodesfällen pro Tag in Deutschland nicht verantwortbar. Ich bin Frau Dr. Weihrauch, seinerzeit Ministerialrätin im Düsseldorfer Sozialministerium und „Betreuerin“ unserer Studie dankbar, dass sie mit Nachdruck auf einer Risikowarnung bestand und meinem damaligen Chef, Prof. Bachmann, dafür, dass er mir den Rat gab, diesen Schritt an die Öffentlichkeit mit einem Thesenpapier im Deutschen Ärzteblatt zu begleiten [3]. Dieses Thesenpapier vom November 1991 begründete die aus damaliger Sicht sehr frühzeitige Warnung vor der Bauchlage mit folgenden Argumenten:

- Bei sorgfältiger Sichtung der Literatur lagen bereits ältere Studiendaten vor, die einen höheren Anteil an Bauchschläfern bei SID-Opfern fanden.
- In Ländern mit niedrigen SID-Raten war die Bauchlage nur wenig verbreitet.
- Eine Nachanalyse der Daten vom Statistischen Bundesamt ergab einen Hinweis auf einen Anstieg plötzlicher Säuglingstodesfälle nach Einführung der Bauchlage Anfang der siebziger Jahre.
- Eine Neubewertung physiologischer Befunde ergab durchaus Indizien auf eine Gefährdung der Atmung durch Bauchlage.
- Warnungen vor der Bauchlage in den Niederlanden, England und Neuseeland hatten bereits erste Erfolge gezeigt.

Unsere Warnung vor der Bauchlage war auf NRW-Landesebene mit allen wesentlichen Gruppierungen (Kinderärzte, Frauenärzte, Gesundheitsämtern, Hebammen, Ärztekammern) abgesprochen und wurde von den Ton-, Bild- und Druckmedien sofort aufgegriffen. So wies z. B. „Der Spiegel“ in seiner Ausgabe vom 9. Dezember 1991 mit der Artikelüberschrift „Gefährliche Mode“ auf das Risiko der Bauchlage hin [4]. Natürlich gab es auch (erwartete und durchaus verständliche) Kritik. Insbesondere die Akademie für Kinderheilkunde und der wissenschaftliche Beirat der Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes taten sich zunächst schwer, die Empfehlung voll inhaltlich mitzutragen [5]. Angesichts dieser Gegenstimmen fürchteten wir zunächst, dass es nicht

zu einer Abkehr von der Bauchlage und damit auch nicht zu einem Rückgang der SID-Fälle kommen würde. Umso glücklicher waren wir, als wir im Mai 1993 vom Statistischen Landesamt in Düsseldorf erfuhren, dass die SID-Rate in NRW von 490 Todesfällen im Jahre 1990 auf 288 im Jahre 1992 gesunken war. Den Rückgang der Bauchlage-Prävalenz von 41 % in 1990 auf 11 % in 1992 hatten wir durch repräsentative Stichproben in der Studienregion bereits ermittelt. Der Rückgang um 200 Todesfälle entsprach der biomathematischen Vorausberechnung auf der Basis der Prävalenzveränderung und des für die Bauchlage berechneten Risikos [6].

Damit und mit den mittlerweile zahlreichen internationalen Studiendaten war eine für alle Experten überzeugende Evidenz hinsichtlich der Bauchlagenwarnung gegeben. Diese war dann Grundlage für eine eindeutige Empfehlung der Akademie für Kinderheilkunde im Jahre 2000, nachdem vorher schon die Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes sich dafür stark gemacht hatte [7].

Nachdem der initiale Rückgang der SID-Rate von 1990 auf 1992 mit 41 % in NRW und 31 % in Gesamtdeutschland durchaus deutlich ausgefallen war, sank die SID-Rate danach zwar kontinuierlich aber doch langsamer als in Nachbarländern ab. In weiteren SID-Studien wurde gezeigt, dass sich das Risiko zunehmend in Familien mit ungünstiger Sozialstruktur konzentrierte. Das relative Risiko für die Säuglinge, die trotz der öffentlichen Warnungen noch auf dem Bauch schliefen, stieg als Ausdruck einer indi-

viduellen Risikoakkumulation an. Die zunehmende Beschäftigung mit dem Thema plötzlicher Säuglingstod und die immer zahlreicher werdenden epidemiologischen Daten führten zu wohlmeinenden aber teilweise unübersichtlichen und uneinheitlich vorgetragenen neuen Empfehlungen.

In dieser Situation ist die Aktivität der Arbeitsgruppe des sächsischen Sozialministeriums unter der Leitung von Herrn PD Dr. Paditz hoch zu bewerten, die mit ihrem Konsenspapier „SID-Prävention in Deutschland“ alle relevanten Gruppen deutschlandweit zusammengebracht hat [8]. Sie hat somit gute Voraussetzungen geschaffen, folgende Prinzipien der „primären“ SID-Prävention umzusetzen:

- Empfehlungen müssen einfach, einprägsam, praktikabel und plausibel sein (Prägnanz)
- Empfehlungen sollten soweit als möglich wissenschaftlich untermauert sein (Evidenz)
- Empfehlungen müssen einheitlich von allen wichtigen gesundheitsberatenden Gruppen ausgesprochen werden (Konzertierung)
- Empfehlungen müssen jeder nachwachsenden Elterngeneration verstetigt nahegebracht werden (Kontinuität)
- Die Effekte von Empfehlungen müssen fortdauernd überwacht werden (Monitoring)

Im Jahre 2003 überlebten mehr als 600 Säuglinge in Deutschland, die in Unkenntnis des Bauchlagerisikos 1990 noch unerwartet, plötzlich und unerklärbar gestorben wären. Wenn durch

sorgfältige Untersuchung unklarer Säuglingstodesfälle, richtige Interpretation und konsequente Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse bereits 1972 und nicht erst 1991 das Risiko der Bauchlage erkannt und berücksichtigt worden wäre, würden mehr als 10 000 Menschen noch leben, die in den siebziger und achtziger Jahren als Säuglinge gestorben sind. Die „Bauchlage-Katastrophe“ zeigt, dass Umgebungsrisiken nicht nur in Medikamenten und Nahrungsmittelgiften zu suchen sind, sondern auch in ungeprüft eingeführten Veränderungen des Lebensstils.

---

#### LITERATUR

- 1 Jorch G: Plötzlicher Kindstod – Kongressbericht. *Der Kinderarzt* 19 (1988) 54–55
- 2 AAP: Sudden Infant Death Syndrome. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *Pediatrics* 111 (2003) 914–917
- 3 Jorch G, Findeisen M, Brinkmann B, Trowitzsch E, Weihrauch B: Bauchlage und plötzlicher Säuglingstod. *Dt. Ärztebl* 88 (1991) C 2343–2347
- 4 Anonymus: Gefährliche Mode. *Der Spiegel* 50 (1991) 271–272
- 5 Spranger J: Bauchlage und plötzlicher Säuglingstod. *Der Kinderarzt*. 23 (1992) 713–714
- 6 Jorch G, Trowitzsch E, von Kries R, von Bernuth H, Hörnchen H, Schulte-Wissermann H: Epidemiologische Trends beim plötzlichen Säuglingstod. *Der Kinderarzt* 25 (1994) 1145–1152
- 7 Brodehl J, Poets CF, Jorch G: Plötzlicher Säuglingstod: aktuelle Empfehlungen. *Kinderärztl Prax* 1 (2000) 469–471
- 8 Paditz E, Poets CF, Schläfke ME, Jorch G, Kleeemann JW, Saternus, Trowitzsch E, Zwacka, Scholle S, Schlaud, Schlüter B, Pötschke-Langer M, Lindinger P, Handwerker, Hoch B, Scheidt B, Olbertz D, Stute, Faber, Lob-Corzilius, v.Czettritz G, Soditt V, Bittrich, Feldmann E, Feldmann, Lange B, Scharfe S, Schwab HJ, Eck A, Kramer J, Schaff K, Weiss M, Borrmann B, Niewerth, Schachinger, Jorch H, Kray A: Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland. *Kinder- und Jugendarzt* 34/3 (2003) 190–191 sowie *Monatsschr Kinderheilkd* 151/3 (2003) 315–317 (siehe auch im Anhang dieses Textbandes)

---

#### AUTOR

Prof. Dr. med. Gerhard Jorch  
 Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie  
 der Universitätskinderklinik Magdeburg  
 Wiener Straße  
 39112 Magdeburg  
 Tel. (0671) 7000  
 E-Mail: Gerhard.Jorch@medizin.uni-magdeburg.de