

## Erfahrungen mit Baby-Schlafsäcken im klinischen Alltag

SODITT V

Klinik für Kinder und Jugendliche, Städtisches Klinikum Solingen

Die Empfehlungen zur SID-Risikominimierung sind hinreichend bekannt. Aktualisierte Angaben finden sich z. B. in der Monatsschrift für Kinderheilkunde (2003; 151: 514–519). Die durch epidemiologische Studien gut abgesicherten Empfehlungen werden jedoch nur unzureichend umgesetzt. So lagen die Neugeborenen der eigenen Geburtsklinik noch Anfang 2002 unter Lagen von Decken oder Fellen, in Seitenlage und mit einer beträchtlichen Anzahl von Kuscheltieren rings um den Kopf. Berücksichtigt wurde lediglich die Vermeidung der Bauchlage und die Empfehlung zu stillen. Entsprechende Erfahrungen wurden in anderen Geburtskliniken der Umgebung gemacht.

Kinderzimmer in Entbindungseinrichtungen haben für junge Eltern eine Vorbildfunktion. Hier besteht die Möglichkeit, fast lückenlos alle jungen Eltern zu erreichen. Deshalb messen wir der Umsetzung der genannten Maßnahmen zentrale Bedeutung bei. In flankierenden Fortbildungen wurde vom zuständigen Neonatologen der Hintergrund dieser Maßnahmen erklärt.

Schlafsäcke wurden zur regelhaften Bedeckung im Kinderzimmer eingeführt (Abb. 1). Zusätzliche Decken werden nur noch in den ersten 48 Stunden akzeptiert,

sie wurden für den Fall von Engpässen bei den Schlafsäcken auch nicht gänzlich abgeschafft.

Der Verzicht auf zusätzliche Decken oder Felle war anfänglich nicht unproblematisch. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Bedeckung wurde von Seiten der Schwestern mit der Temperaturstabilität der Neugeborenen begründet. Ohne dass es zur Unterkühlung einzelner Kinder gekommen wäre, strebten

### Abb. 1

Babys schlafen am sichersten in Rückenlage und im Schlafsack – auch schon in der Entbindungseinrichtung



wir einen Kompromiss an und waren mit der Verwendung zusätzlicher Decken bis zu einem Alter von 48 Stunden zufrieden.

Größere Schwierigkeiten ergaben sich bei der Ächtung der Seitenlage. Hier herrschte die auch in der Bevölkerung weit verbreitete Angst, das Kind könne Erbrochenes leichter aspirieren. Mit dem Hinweis, dass sich keine neuen Probleme in Form von Aspirationspneumonien seit Einführung der Rückenlage ergeben hätten und dass die Schutzreflexe in Rückenlage sogar besser funktionierten, ließen sich die Bedenken ausräumen. Eine anfängliche Duldung der Seitenlage für die ersten 48 Stunden haben wir zu einem späteren Zeitpunkt wieder zurückgenommen. Um eine Präformierung der Schlafposition Seitenlage zu vermeiden, wurde als Regelposition die Rückenlage von Anfang an eingeführt.

Diese Empfehlungen wurden in die Behandlungsleitlinien des Kinderzimmers aufgenommen. Diese haben den Charakter einer Dienstanweisung, die durch die Unterschriften der jeweiligen ärztlichen Leiter (Geburtshilfe und Kin-

derheilkunde) in Kraft gesetzt wurden. (Abb. 2): Ziel war es, die Diskrepanz zwischen Empfehlungen und täglicher Praxis aufzuheben.

Der bloßen Auslage einer Informationsbroschüre wurde ein Beratungsgespräch im Anschluss an die kinderärztliche Untersuchung vorgezogen. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hebammen entwickelten wir einen



Abb. 2

Folder in einfacher Sprache, der im Anschluss an das o. g. Gespräch ausgegeben wurde. Verschiedentlich vor allem von Hebammen geäußerte Bedenken, die Mütter würden durch die Erwähnung von Gefahren verunsichert, haben wir nicht beobachten können. Im Gegenteil, die Ratschläge zur Sicherung des Babyschlafs wurden häufig dankbar angenommen.

Die Umsetzung der o. a. Maßnahmen auf der Intensivstation halten wir für ebenso wichtig. Obwohl es sich um nur einen kleinen Anteil der Neugeborenen handelt, stellen sie doch eine Hochrisikogruppe dar. Auch bedingen medizinische Gründe vielfach die Einschränkung der Empfehlungen, so wird z. B. die Bauchlage bei respiratorisch instabilen Frühgeborenen häufig angewendet. Grundgedanke war, die Eltern in die Lage zu versetzen, die Empfehlungen zu Hause durchführen zu können. Dazu war ein Vorlauf unter klinischen Bedingungen sinnvoll. Alle auf die Entlassung zustrebenden Frühgeborenen wurden spätestens eine Woche vor der geplanten Entlassung entsprechend den Empfehlungen gebettet. Nebeneffekt war, dass die Eltern einen optischen Eindruck mitnehmen konnten, wie es gemacht werden soll.

Die für die häusliche Verwendung konzipierten Modelle wurden auf Kliniktauglichkeit geprüft. Klinikwäsche wird mit Temperaturen um 60 °C gewaschen. Die Trocknung erfolgt zum Teil in großen Pressen. Trotz gegenteiliger Angaben der Hersteller liefen die Schlafsäcke ein, Reißverschlüsse wurden defekt. Eine

Änderung trat erst durch die Einführung einer ohnehin geplanten schonenderen Trocknungsmethode ein.

Ungleich größeres Interesse gewannen diese Bemühungen erst mit der Versehenaktion der Schlafsäcke. Ab Oktober 2003 erhält jedes im Klinikum Solingen geborene Kind einen Schlafsack. Verbunden wird die Ausgabe mit der o. g. Beratung zur Sicherung des Babyschlafs. Geplant ist die Fortführung der Aktion bis Ende 2004, veranschlagt wurde ein Volumen von etwa 1000 Schlafsäcken. Die finanzielle Realisierung ermöglichten die Betriebsleitung des Klinikums, der Förderverein des Klinikums und die örtliche Stadtparkasse. Bei letzterer wurde ein Antrag auf Zuwendung aus Gewinnen von Prämienspargeldern gestellt. Über die Aktion berichtete „dpa“ sowie mehrere Fernsehsender. Unter anderem wurde ein Beitrag in der Abendausgabe der Nachrichtensendung „heute“ des ZDF gesendet. In den nachfolgenden Zuschriften und Telefonaten erfuhren wir von mehreren Kliniken, die diesem Beispiel folgen wollten.

---

AUTOR

OA Dr. med. Volker Soditt  
Klinik für Kinder und Jugendliche  
Klinikum Solingen  
Gotenstraße 1  
42653 Solingen  
Tel. (02 12) 5 47-0  
Fax (02 12) 5 47-28 36  
E-Mail: [soditt@klinikumsolingen.de](mailto:soditt@klinikumsolingen.de)  
[www.klinikumsolingen.de/aktuell/030929\\_schlafsaecke.html](http://www.klinikumsolingen.de/aktuell/030929_schlafsaecke.html)