

Das Verbot der Bauchlage für schlafende Säuglinge in der DDR

Hintergründe der Verordnung des Ministeriums für Gesundheitswesen aus dem Jahre 1972

SCHWAB HJ

Prävention des Plötzlichen Säuglingstods in der DDR bereits 1972?

Die relativ niedrige Inzidenz des Plötzlichen Säuglingstods in der DDR gab Anlass zu Mutmaßungen bis hin zu dem generellen Verdacht, die Statistiken der DDR seien unzuverlässig oder gar gefälscht [1]. Gerhard Jorch äußerte aber schon vor mehreren Jahren die Ansicht, dass die niedrige SID-Rate in der DDR darauf zurückzuführen sei, dass „bereits Anfang der siebziger Jahre das gehäufte Auftreten von Kindstodfällen in Kinderkrippen nach Einführung der Bauchlage [...] registriert wurde und auf dem Verordnungswege die Anwendung der Bauchlage untersagt wurde [2].“ Er kannte allerdings keinen Beleg für diese Vermutung. Dagmar Fischer, Mitarbeiterin Jorchs an der Universitätskinderklinik in Magdeburg, konnte dann im Frühjahr 2003 in den „Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen“ die „Richtlinie für die Anwendung der Bauchlagerung bei Säuglingen als prophylaktische Maßnahme“ vom 15. Mai 1972 finden [3]. Die Richtlinie machte dann schnell die Runde bei den am Plötzlichen Säuglingstod Interessierten und wurde auch bald in die wissenschaftliche Literatur eingeführt [4], wohl zum ersten Mal, denn selbst in den Fachzeitschriften der DDR bis 1990

konnte bisher kein entsprechender Verweis gefunden werden.

Die Richtlinie selbst war an die „Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ wie z. B. Krippen und Heime adressiert und galt auch für deren Beratungstätigkeit. Sie enthält detaillierte Anweisungen, die einem weitgehenden Verbot der Bauchlage gleichkommen:

„Als Maßnahme zur Bewegungsschulung darf die Bauchlagerung nur im wachen Zustand des Säuglings und vor der Nahrungsaufnahme angewandt werden. [5] [...] Die Bauchlagerung darf nur unter Aufsicht erfolgen. Das Kind ist durch den Kontakt zur Schwester, Erzieherin oder durch geeignetes Spielzeug zur aktiven Bewegung anzuregen. [...] Die Bauchlagerung darf nicht durchgeführt werden a) ohne Aufsicht, während des Schlafens, in beengender Kleidung (Mantel, Wickeltuch, Bandagen, Bänder usw.), unter der Zudecke und im Kinderwagen, b) innerhalb der ersten drei Stunden nach einer Mahlzeit, c) wenn das Kind sichtbare Ermüdungserscheinungen zeigt (z. B. nach einem Bad usw.) und d) bei Krankheiten des Kindes, die seine Leistungsfähigkeit herabsetzen oder die Nasenatmung behindern (Infekte der oberen Luftwege).“

Unterzeichnet ist die Richtlinie vom damaligen Minister für Gesundheitswesen, Ludwig Mecklinger.

Die Bauchlage im Schlaf gehört zu den am besten dokumentierten Risikofaktoren des Plötzlichen Säuglingstods [6]. In der einleitenden Begründung der Richtlinie wird aber nicht auf Todesfälle oder tödliche Risiken Bezug genommen. Es wird festgestellt, dass die Bauchlagerung wegen „ihres vermeintlich entwicklungsfördernden Effektes eine weite Verbreitung“ gefunden habe, obwohl der „wissenschaftliche exakte Beweis für die angenommenen Vorteile dieser Maßnahme“ noch ausstehe. „Auf einer Arbeitstagung des Ministeriums für Gesundheitswesen mit kompetenten Fachärzten wurden Indikationen und Kontraindikationen für die Bauchlagerung junger Säuglinge erarbeitet.“ Diese Begründung enthält eigentlich nur den deutlichen Hinweis auf das Misstrauen der für die Richtlinie Verantwortlichen gegen die auch in der DDR propagierte Bauchlage (vermeintliche Effekte, ausstehender wissenschaftlicher Beweis) und den Rekurs auf ein Expertengremium als Quelle der folgenden Anweisungen.

Todesfälle in Kinderkrippen

Die Hintergründe dieser Richtlinie konnten durch Analyse der im Bundesarchiv in Berlin vorhandenen Akten des Ministeriums für Gesundheitswesen teilweise geklärt werden. Die Forschungsarbeit war möglich, weil die Regierungsarchive der DDR entgegen der üblichen Sperrfristen für die wissenschaftliche Auswertung durch Regelungen des Einigungsvertrags offen stehen. [7]*

Die Suche nach der Stecknadel im Heuhaufen war tatsächlich erfolgreich, es konnte die entscheidende interne Mitteilung mit dem Titel „*Todesfälle in Kinderkrippen*“ ausfindig gemacht werden, geschrieben von Elfriede Garreis, Direktorin der Hauptabteilung IV Soziale Betreuung am 14. September 1971. Der Text ist sehr erhellend und soll hier vollständig wiedergegeben werden:

„Ich erhielt aus den Bezirken Rostock, Potsdam und Neubrandenburg sowie Halle die Meldung von insgesamt 7 Todesfälle [sic] in Kinderkrippen, die Säuglinge betreffen, welche neu aufgenommen worden waren. Zum Teil sind Krankheitsanzeichen (durch Sektionsbefunde) festgestellt worden. Alle in dem Bezirk Rostock, Neubrandenburg, und Potsdam verstorbenen Säuglinge sind während der Schlafenszeiten in Bauchlage verstorben (z. T. im Kinderwagen liegend, der im Garten stand.

Aus den Bezirken Rostock und Neubrandenburg wird berichtet, dass die Kreispädiater die in Zeitschriften propagierte Bauchlage empfehlen und dass die Kliniken in Rostock und Berlin-Buch Neugeborene in Bauchlage von Geburt an legen.

Im Bezirk Neubrandenburg fand vor nicht zu langer Zeit eine Krippenärztetagung statt, in der Frau Dr. [...] (Orthopädie) aus Berlin-Buch einen Vortrag über die Vorteile der Bauchlage gehalten hat.

Ich empfehle als Sofortmaßnahmen

1) die Bezirksärzte zu veranlassen, dass umgehend angeordnet wird, Säuglinge in Kinderkrippen nur in Wachzeiten in kurzfristigem Wechsel zwischen Bauch- und Rücken-

* Namen und Angaben zu Personen, die eine Identifikation ermöglichen, werden im folgenden durch Auslassungszeichen ersetzt. Namen von Personen der Zeitgeschichte werden wiedergegeben.

lage und unter Aufsicht der Krippenerzieher und in keinem Fall in Kinderwagen oder Betten während der Schlafzeiten in Bauchlage zu legen;

2) die Kommissionen für Säuglingssterblichkeit der betreffenden Bezirke unverzüglich mit der Überprüfung der Todesursachen zu beauftragen.“ [8]

Bemerkenswert ist einerseits, dass nicht etwa eine sehr große Zahl von Säuglingstodesfällen zu einer tiefgreifenden Reaktion führten, sondern die relativ kleine Anzahl von sieben toten Säuglingen, andererseits, dass die Direktorin der Hauptabteilung IV keine Medizinerin war, sondern einen gesellschaftswissenschaftlichen Abschluss hatte (Dipl. rer. pol) [9].

Die zentrale Meldung von Todesfällen in Krippen und Heimen, die überhaupt erst die Möglichkeit bot, in diesem Fall schnell zu reagieren, war in einer Anweisung aus dem Jahre 1963 geregelt. Unfälle mit tödlichem Ausgang waren „innerhalb von 48 Stunden sofort über den Rat des Kreises an den Rat des Bezirkes, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, und an das Ministerium für Gesundheitswesen, Abteilung für Sozialwesen zu melden.“ [10]

Erste Reaktionen

Dass der Begriff „Sofortmaßnahme“ ernst gemeint war, zeigt sich in einer handschriftlichen Notiz vom 16. September 1971 [11], die eine Expertengruppe mit den Professoren der Kinderheilkunde Ocklitz und Dieckhoff [12], drei Krippenleiterinnen und Ministeri-

umsmitarbeitern benannte. Am 17. September 1971 tagte diese Expertengruppe bereits: „Anlaß der kurzfristig einberufenen Beratung: besorgniserregende Meldung von plötzlichen Todesfällen in Krippen [...] ausschließlich Säuglinge, die das erste Mal in der Krippe aufgenommen wurden“. [13] Ziel war es, Erfahrungen mit der Bauchlage von Säuglingen zu beraten, zu klären, ob dabei Komplikationen eintreten könnten und Hinweise zu geben, damit diese Methode in den Krippen richtig angewandt werden können. Die Aussagen der beteiligten Mediziner sind nur sehr knapp wiedergegeben, Professor Dieckhoff verweist auf Infekte als Ursache der Mehrzahl der Fälle, fünfzehn Fälle seien zu Hause verstorben. Professor Ocklitz bringt die Unfähigkeit zur oralen Atmung ins Spiel, wenn die Nasenatmung durch Schnupfen behindert sei. Erste Empfehlungen wurden auch notiert, zum Teil leider in bisher schwer und damit nur unsicher zu lesender Kurzschrift, wobei aber z. B. das Stichwort „Training“ auch in der späteren ministeriellen Anweisung auftaucht, ebenso wie die Forderung, dass die Beobachtung der Kinder bei Bauchlage gewährleistet werden müsse.

Das weitere Vorgehen konnte aufgrund eines **Abschlussprotokolls zu einem Säuglingstodesfall des Bezirkspädiaters von Dresden vom 24. Juli 1972** erschlossen werden: „In den Jahren 1970/71 wurde – den allgemeinen Empfehlungen folgend – auch in der Kinderkrippe Neustadt die Bauchlage in immer stärkerer Masse angewandt.“

Aufgrund der fernschriftlichen Anweisung des MfG (Ministerium für Gesundheitswesen) vom 20. September 1971 über die An-

wendung der Bauchlage in Krippen wurde vom Bezirk eine entsprechende Weisung an alle Kreise weitergegeben. In diese Weisung des Bezirkes waren über die Festlegung des MfG hinaus zusätzlich folgende Bestimmungen aufgenommen worden:

- **!! Im Kinderwagen darf Bauchlage nicht durchgeführt werden !!**
- **!! Während des Schlafs ist Bauchlage nicht statthaft, sondern nur während des Wachzustandes !!**
- **!! Kinder in Bauchlage bedürfen ständiger sorgfältiger Beobachtung !!**
- **!! Während eines Infektes ist die Bauchlage auszusetzen !!“ [14]**

Leider ist die „*fernschriftliche Anweisung des MfG vom 20. 9. 1971*“ bisher nicht im Wortlaut bekannt, ebenso wenig der volle Wortlaut der vom Bezirk Dresden an die Kreise weitergegebenen Weisung. Klar wird jedoch der weitere Weg: „*Diese Anweisung des Bezirkes wurde vom Kreis abschriftlich der Krippe übersandt und dort in der Dienstbesprechung am 19. 10. 1971 ausgewertet. Alle Mitarbeiter [...] bestätigten die Kenntnisnahme durch Unterschrift im Arbeitskontrollbuch der Krippe.*“ [15] Vom persönlichen Entschluss von Frau Garreis am 14. September bis zur Information der Mitarbeiter in den Kinderkrippen vergingen also nicht mehr als fünf Wochen! Das ist bemerkenswert, auch wenn sich anhand des gleichen Abschlussprotokolls nachweisen lässt, dass die verordneten Maßnahmen nicht konsequent gehandhabt wurden und sogar in Vergessenheit gerieten: „*bei der Aussprache am 6. 7. 1972 meinten die Kolln. [...], sie hätten von solch einer Anweisung nie etwas erfahren*“ [16]. Obwohl es sich bei dem vorliegenden Todesfall eine definierte Todesursache

fand, wurden Disziplinarmaßnahmen gegen die beteiligten Krippenmitarbeiter, der Krippenleitung und der Sachgebietsleiterin Mutter und Kind auf Kreisebene ergriffen. Als weitere Konsequenz wurden auf Bezirksebene, von dort in allen Kreisen des Bezirks Dresden Weiterbildungsmaßnahmen zum Verhalten bei Herz- und Atemstillstand veranlasst, außerdem die „*strikte[r] Durchführung der Anweisung über die Bauchlagerung*“ durch Mitarbeiter des Bezirks überprüft. [17] Dass in dem peniblen Protokoll nicht auf die Veröffentlichung der Anweisung in den „*Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen*“ vom 8. Juni 1972 Bezug genommen wird, liegt wahrscheinlich an dem knappen Zeitraum zwischen der Veröffentlichung und dem zugrundeliegenden Todesfall vom 28. Juni 1972, während dessen die Richtlinie nicht bis zu den Krippen, möglicherweise nicht einmal zu dem protokollführenden Bezirkspädiater durchgedrungen war. Das Protokoll gibt aber noch zwei weitere Hinweise auf die relevanten Ereignisse, nämlich auf einen Artikel in der *Humanitas*, der gesundheitspolitischen Zeitschrift der DDR und einer Veröffentlichung in der populären Zeitschrift *Deine Gesundheit*, die sich beide mit der Bauchlagerung von Säuglingen beschäftigten. [18]

Arbeitstagung vom 27. Januar 1972 in Dresden

Der Artikel „*Arbeitstagung zu aktuellen Fragen des Kinder- und Jugendschutzes*“ in der *Humanitas* identifiziert die in der Bauchlagenrichtlinie genannte „*Arbeitstagung des Ministeriums für Gesundheits-*

wesen mit kompetenten Fachärzten“: „Am 27. Januar 1972 veranstaltete das Ministerium für Gesundheitswesen gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft ‚Morbidity und Mortalität‘ der Gesellschaft für Pädiatrie in Dresden eine Arbeitstagung mit den Bezirkspädiatern, Bezirksjugendärzten und anderen leitenden Mitarbeitern des Kinder- und Jugendschutzes in den Bezirken.“ [19] Leider liegt bisher außer diesem Artikel kein Protokoll dieser Arbeitstagung vor, so dass offen bleiben muss, was im Einzelnen diskutiert wurde. Behandelt wurden zwei Themen, nämlich „die Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit, insbesondere des plötzlichen Kindestodes“ und die „Indikation zur Bauchlagerung als prophylaktische Maßnahme in Krippen und Heimen“. Zum ersten Thema referierte zunächst Dr. Breunung, Fachberater für Pädiatrie im Ministerium für Gesundheitswesen, aus eher übergeordneter Sicht, der „Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der DDR und Schwerpunkte ihrer Bekämpfung“. Die Senkung der Frühsterblichkeit sei das Hauptproblem der Säuglingssterblichkeit, die Senkung der Spätsterblichkeit verlange eine bessere Frühdiagnostik, innerhalb der Säuglingssterblichkeit gewannen Unfälle und Vergiftungen anteilmäßig zunehmend an Bedeutung. Todesfälle in Bauchlage finden keine Erwähnung.

Die in der DDR zu dieser Zeit herrschende Meinung zu den „Ursachen des plötzlichen Kindestodes“ geben die folgenden Referenten, Professor Ocklitz und Dr. Wiedersberg, Kinderpathologe in Schwerin wieder: „Aus den Analysen beider Vortragenden ging die dominierende Rolle der respiratorischen Infekte als Ursache des plötzlichen Kindestodes hervor.“ Der Plötzliche Säuglingstod wurde in der DDR nicht als unerwartet eintretender Tod ohne adäquate Todes-

ursache auch nach sorgfältiger postmortaler Untersuchung angesehen [20], sondern wurde einer zu späten oder gar nicht erfolgten Vorstellung eines erkrankten Kindes beim Arzt angelastet. Dies zeigt beispielsweise das Protokoll einer Arbeitstagung der Bezirksgynäkologen und Bezirkspädiater am 8. April 1970 in Berlin: „Plötzliche Todesfälle: Die sog. plötzlichen Todesfälle, d. h. die Nichtinanspruchnahme medizinischer Hilfe bei Erkrankung und folgendem Tod des Kindes, und die zu spät ärztlich behandelten Kinder bilden heute einen großen Teil der Säuglingssterbefälle. Die Ursachen dieser Todesfälle sind auf drei Gebieten zu suchen: 1. soziale Verhältnisse der Eltern 2. nachlässiges Handeln medizinischen Personals 3. Mängel im Betreuungssystem“. [21] I. Leetz bezieht sich noch 1977 auf „den plötzlichen Tod der Säuglinge als ‚Tod ohne ambulante oder stationäre Behandlung‘“ [22] und verweist auf den hohen Anteil nachgewiesener Infektionen [23]. Aus dieser Sicht ist auch die Prophylaxe vorgegeben: „Unseres Erachtens ist der plötzliche Tod in erster Linie durch das sofortige Erkennen krankhafter Zustände beim Säugling und schnelle intensive Behandlung zu bekämpfen.“ [24]

Professor Ocklitz stellt in Dresden die schon bei der Besprechung im Ministerium für Gesundheitswesen am 17. September 1971 angedeutete Theorie der verengten Luftwege durch Infektionen vor: „Nach SHAW sollen manche Säuglinge erst um den 5. bis 6. Lebensmonat lernen, durch den Mund zu atmen. Wenn eine entzündliche Schleimhautschwellung die oberen Luftwege stark einengt, kann das Unvermögen zur Mundatmung den Erstickungstod dieser Säuglinge zur Folge haben. Prof. Ocklitz meint, dass diese Gefahr besonders groß ist, wenn ein solches Kind schläft oder allein oder unbeobachtet ist. Es wurde deshalb empfohlen, Säuglinge mit Schnupfen häufiger zu überwachen, sie häufig umzulagern, mehrfach das Nasensekret zu entfernen und die Säuglinge immer wieder einmal zum Husten oder Schreien zu bringen.“ [25]

Der zweite Teil der Arbeitstagung, der sich mit der „Indikation zur Bauchlagerung als prophylaktische Maßnahme in Krippen und Heimen“ befasste, wurde von Frau Wohlfarth eingeleitet, Mitarbeiterin der Hauptabteilung Soziale Betreuung des MfG. In Kenntnis der Vorgänge im Ministerium ist es ein wenig überraschend, auch hier kein Wort von Todesfällen zu

lesen. Vielmehr wird zunächst auf die „Notwendigkeit moderner prophylaktischer Maßnahmen in Krippen und Heimen“ hingewiesen. Der eigentliche Grund dieses Punktes der Arbeitstagung wird auf eine Art dargestellt, die keinem unbefangenen Leser die Brisanz des Themas erschließt: „Nach dem Erscheinen mehrerer Publikationen in der Presse, die die Bauchlagerung grundsätzlich und ohne Einschränkung für alle Säuglinge propagieren, hat diese eine breite Anwendung gefunden, die nicht immer dem Nutzen der Kinder diene.“ [26] Im Verhältnis zum befürchteten Effekt der Bauchlage ist diese Formulierung mehr als zurückhaltend. Professor Ocklitz schilderte Argumente „für und wider die Bauchlagerung“, in dem Bericht finden sich allerdings nur die möglichen Vorteile: Verhütung von Skelettdeformationen, gute Schädelform, Training der Muskulatur, besserer Kontakt des Kindes zur Umwelt durch das größere Gesichtsfeld, besserer Sekretabfluss aus dem Nasen-Rachen-Raum. Ocklitz schlägt vor, neu aufgenommene Säuglinge nicht gleich in das „Bauchlagentraining“ zu nehmen, die Bauchlage stets im wachen Zustand, stets vor einer Mahlzeit und stets unter Aufsicht zu üben. Grundsätzlich solle die „Auflage eben und nicht zu weich sein“, das Kopfkissen aus dem Bett entfernt werden und das Kind nicht mit Bändern und Bandagen fixiert werden.

Einen neuen Aspekt bringen die Ausführungen von Dozent Dr. Arendt, Fachberater für Orthopädie des MfG: „Aus der Sicht des Orthopäden besteht der Sinn der Bauchlagerung lediglich darin, dem Kinde – sobald es dazu in der Lage ist, den Kopf zu heben – eine weitere Möglichkeit für eine kör-

perliche Betätigung zu geben. Deshalb sei die Bauchlagerung nur an Tageszeiten sinnvoll, zu denen das Kind sich körperlich betätigen soll und kann. Im Schlaf und bei Ermüdung wird dieses Ziel nicht erreicht.“ [27] Arendt verlangt, erst Kinder in Bauchlage zu bringen, die den Kopf heben können, dies nur auf die Dauer der körperlichen Aktivität und die Zeit vor den Mahlzeiten zu beschränken.

Als „Ergebnis des Erfahrungsaustauschs wurden [...] Empfehlungen für die Anwendung der Bauchlagerung in Krippen und Heimen als prophylaktische Maßnahme erarbeitet“, und abgedruckt, die dann fast wortgleich die spätere Richtlinie des Ministeriums bildeten.

Es bleibt jedenfalls zu klären, ob bei der Arbeitstagung tatsächlich die Todesfälle in Bauchlage nicht diskutiert wurden, oder ob sie lediglich in der Veröffentlichung nicht erwähnt wurden. Im ersten Fall müsste man von einem schwerwiegenden Dissens in der Einschätzung der Todesfälle zwischen den medizinischen Beratern des Ministeriums und der Hauptabteilung IV Krippen und Heime ausgehen, im zweiten Fall könnte es sich um eine Frage der Information der Öffentlichkeit handeln, die auch heute noch im Zusammenhang mit der Prävention des Plötzlichen Säuglingstods kontrovers diskutiert wird. [28]

Information der Öffentlichkeit

Die Frage der Information der Öffentlichkeit über mutmaßlich tödliche Risiken stellt sich naturgemäß eher bei Veröffentlichungen, die sich, anders als die *Humanitas*, direkt an die Bevölkerung richten. Im zeitlichen und mit Sicher-

heit sachlichen Zusammenhang mit der Richtlinie zur Bauchlagerung erschien in der populärmedizinischen Zeitschrift *Deine Gesundheit* ein Artikel des in Dresden bei der Arbeitstagung im Januar anwesenden Orthopäden Dr. Arendt „Rezepte für die Bauchlage“. [29] Auch aus diesem Beitrag können unbefangene Leser keineswegs entnehmen, dass die Bauchlage im Schlaf mit dem Risiko des plötzlichen Todes assoziiert sein könnte. Es fällt zunächst auf, dass schon im ersten Satz des Artikels den Eltern die Verantwortung für Anwendung der Bauchlage zugeschoben wird: „Uns ist bekannt geworden, dass Eltern die Propagierung der Bauchlage falsch verstanden haben. Sie legten die Säuglinge von einem Tag auf den anderen auf den Bauch, ohne zeitliche Begrenzung, ohne den Schlaf-Wach-Rhythmus zu berücksichtigen, ohne den aktuellen Gesundheitszustand und das Lebensalter des Kindes zu berücksichtigen.“ Diese Einleitung ist schon deswegen bemerkenswert, weil bei der Kurzvorstellung des Artikels in den Umschlagsseiten auf einen Artikel in *Deine Gesundheit* im Januarheft 1972 verwiesen wird, der die Bauchlage für schlafende Säuglinge uneingeschränkt empfahl, ja geradezu forderte: „Ein Kind von vorn herein zur richtigen Haltung zu erziehen, ist einfacher, als bereits vorhandene Schäden zu beseitigen. Diese Haltungserziehung beginnt bereits bei einem Neugeborenen. Es soll möglichst auf den Bauch gelegt werden. Immer mehr Neugeborenen- und Kinderstationen führen es ein, die Kinder in dieser Stellung schlafen zu lassen und zu betreuen. [...] Man braucht hier, im Gegensatz zur Rückenlage, keine Angst vor einer Erstickung zu haben, denn jeder gesunde Säugling, der auf dem Bauch liegt, dreht seinen Kopf immer zur

Seite. [...] Durch den Abfluß eventuell vorhandenen Nasensekretes – beim sogenannten Säuglingsschnupfen – und infolge des Speichelflusses nach außen kann die Atmung des Kleinen verbessert werden. Die Atmung ist in dieser Lage überhaupt tiefer, weil die vorhandene Luft vollständig aus den Lungen herausgedrückt wird. Die gute Atmung bewirkt, dass sich ein breiter und kräftiger Brustkorb ausbildet, die Lungen kräftiger werden und somit seltener Erkrankungen, wie Bronchitis und Lungenentzündungen auftreten.“ [30] Bei so vielen Vorteilen, auf das Zitat der positiven orthopädischen Wirkungen wird hier verzichtet, ist es kein Wunder, dass die Eltern so rasch auf die Bauchlage umschwenkten. „Argumente für eine gesunde Lebensführung haben es oft schwer sich durchzusetzen. [...] Doch bei dem Appell zur Bauchlagerung der Säuglinge scheint es ganz anders zu sein. Liebgewordene Gewohnheiten und traditionelle Vorurteile spielen offenbar kaum eine Rolle, denn überall dort, wo die Hinweise zur Bauchlagerung die Eltern erreichten, wurde in den meisten Fällen das Kind um ‚180 Grad gedreht‘ und auf den Bauch gelegt.“ [31] So wundert sich die Redaktion von *Deine Gesundheit* im Vorspann zu Arendts Artikel im Aprilheft. Ob Arendt mit seinen Warnungen vor der Bauchlage Erfolg hatte, lässt sich wohl kaum ermitteln. „Zu Hause und in der Kinderkrippe ist ohne ausdrückliche ärztliche Erlaubnis die Bauchlagerung auch bei einer Erkrankung des Kindes zu unterlassen. Geradezu gefährlich ist sie, wenn die Kinder an einem Infekt des Nasen-Rachen-Raumes leiden. [...] Da einige Kinder nicht ohne weiteres in der Lage sind, bei behinderter Nasenatmung durch den Mund zu atmen, würde das Risiko der völligen Verlegung der Nasenatmung infolge der Bauchlagerung

nicht zu vertreten sein.“ [32] Ob diese Warnungen Arendts in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurden und tatsächliche Auswirkungen hatten, lässt sich aus dem großen zeitlichen Abstand heraus nur schwer beurteilen. Immerhin steht fest, dass sein Artikel in Kinderkrippen diskutiert wurde. [33]

Chronologie der Ereignisse

20. Februar 1963

„Anweisung zur Verhütung von Unfällen bei Kindern in Kinderkrippen und Dauerheimen für Säuglinge und Kleinkinder“ in den Verfügungen und Mitteilungen des MfG. Unfälle mit tödlichem Ausgang sind innerhalb von 48 Stunden an das Ministerium zu melden

1971

Berichte von sieben in Bauchlage verstorbenen Säuglinge in Kinderkrippen an die Hauptabteilung IV Soziale Betreuung des MfG

14. September 1971

Interne Mitteilung der Direktorin der HA IV E. Garreis, die Bauchlage im Schlaf über die Bezirksärzte verbieten und die Todesfälle genauer untersuchen zu lassen

16. September 1971

Notiz der HA IV zur Bildung einer Expertengruppe

17. September 1971

Kurzfristig einberufene Beratung dieser Gruppe zu den plötzlichen Todesfällen in Krippen

20. September 1971

Fernschriftliche Anweisung des MfG über die Anwendung der Bauchlage in Krippen

19. Oktober 1971

Schriftliche Bestätigung der Kenntnisnahme der Anweisung im Arbeitsschutzkontrollbuch einer Krippe im Bezirk Dresden durch die Mitarbeiter

Januar 1972

Beitrag Pro-Bauchlage in *Deine Gesundheit* 1/1972

27. Januar 1972

Arbeitstagung des MfG und der Gesellschaft für Pädiatrie in Dresden

11. März 1972

Artikel zu dieser Arbeitstagung in der *Humanitas* 6/1972, in dem die spätere Anweisung zur Bauchlage schon fast vollständig abgedruckt war

April 1972

Artikel „Rezept für die Bauchlage“ in *Deine Gesundheit* 4/9172

15. Mai 1972

Richtlinie für die Anwendung der Bauchlagerung bei Säuglingen als prophylaktische Maßnahme des MfG

8. Juni 1972

Veröffentlichung der Richtlinie in den *Verfügungen und Mitteilungen des MfG*

Resonanz der Richtlinie zur Bauchlagerung

Es konnte bisher keine Veröffentlichung zum Plötzlichen Säuglingstod in der DDR gefunden werden, in der die Richtlinie von 1972 zitiert wurde. Dies gilt sowohl für Arbeiten in zeitlicher Nähe als auch bis 1989, über die DDR hinaus war sie wahrscheinlich ohnehin nicht rezipiert worden. Weder Weingärtner und Geißler (1975) [34], Leetz (1977) [35], Scholle et al. (1989) [36] noch Scheidt et al. (1989) [37] diskutieren die Bauchlage im Zusammenhang mit plötzlichen Todesfällen oder erwähnen sie auch nur.

Berger (1980) gibt zwar an, dass die verstorbenen Säuglinge häufig in Bauchlage vorgefunden werden und Erstickenzeichen wie intrathorakale petechiale Blutungen aufweisen, verweist aber gleichzeitig auf die Unsicherheit der postmortalen Diagnostik gerade bei scheinbar oder sicher erstickten Kindern. [38]

Eine zufriedenstellende Interpretation dieser Nichtbeachtung ist erst möglich, wenn mit Akteuren aus der Ministerialbürokratie des MfG und wissenschaftlich tätigen Pädiatern und Epidemiologen aus den siebziger Jahren gesprochen werden kann. Dies wird Teil einer umfassenderen medizinhistorischen Arbeit sein müssen, die sich möglicherweise aus der vorliegenden Skizze entwickeln könnte. Aus den im Bundesarchiv erhaltenen Unterlagen der Hauptabteilung IV Soziale Betreuung, der zusammenfassenden Veröffentlichung der Vorträge zur Arbeitstagung in Dresden vom 27. Januar 1972 und der Nichtbeachtung des

mittlerweile als sicher geltenden Zusammenhangs Bauchlage – Plötzlicher Säuglingstod in der Literatur bis 1989 könnte die Arbeitshypothese abgeleitet werden, dass die Fachmediziner der DDR die schnelle Interpretation der Bauchlage als ursächlich für die plötzlichen Todesfälle in Kinderkrippen ablehnten. Dies könnte auch mit der fehlenden medizinischen Qualifikation der Mitarbeiter der Hauptabteilung IV zusammenhängen, die u. U. von den Fachmedizinern auch nicht für voll genommen wurden. Ein Nachweis einer solchen Vermutung ist aber naturgemäß schwer zu erbringen.

Hatte die Richtlinie Auswirkungen auf die Säuglingssterblichkeit in der DDR?

Diese Frage ist selbstverständlich die interessanteste von allen. Die Abkehr von der Bauchlage hatte ab 1988 in den Niederlanden, etwas später in Neuseeland, Australien, England und in weiteren Ländern zu einem starken Rückgang des Plötzlichen Säuglingstods geführt, der jeweils mit dem Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit korrespondierte, also nicht etwa auf eine Diagnoseverschiebung beruhte. [39] Die Richtlinie, die zumindest in Krippen und Heimen rigoros durchgesetzt wurde und auch in der Beratungstätigkeit der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens beachtet werden sollte, erreichte wohl einen namhaften Anteil der Säuglinge, sicherlich aber nicht alle. Die Reichweite einer Veröffentlichung in *Deine Gesundheit* oder *Humanitas* kann nicht eingeschätzt werden, begleitende Untersuchungen sind nicht zu verzeich-

nen. Krippenplätze gab es im Jahr 1971 für 27,6 % der Kinder von 0 bis 3 Jahren. [40] Wie hoch der tatsächliche Anteil für die Kinder im ersten Lebensjahr war, müsste zu finden sein, ist aber aktuell nicht bekannt. Eine verlässliche retrospektive Abschätzung der Auswirkung auf die Prävalenz der Bauchlage in der DDR dürfte kaum möglich sein. Es bleiben nur Interviews mit Müttern, die ihre Kinder Anfang der siebziger Jahre bekommen haben, mit Mitarbeitern von Beratungsstellen und Analysen des damals vorhandenen Informationsmaterials für Eltern. Auch die Ausbildung von Krippenpersonal, Hebammen und Kinderkrankenschwestern müsste entsprechend untersucht werden.

Zahlen zur Säuglingssterblichkeit, auch zu den plötzlichen Todesfällen, finden sich in den Unterlagen des MfG im Bundesarchiv [41] und in mehreren diesbezüglichen Veröffentlichungen. Tatsächlich stellte es sich heraus, dass die Spätsterblichkeit im Jahr 1973 signifikant zurückging. Leider wurden aus unbekanntem Gründen die Zahlen der plötzlichen Todesfälle für die Jahre 1970 und 1971 und nach 1976 nicht ermittelt. [42] Die plötzlichen Todesfälle lagen 1968 bei 2,6 ‰, 1969 bei 2,1 ‰, 1972 wieder bei 2,5 ‰, um dann 1973 bis 1976 über 1,8 ‰, 1,6 ‰ auf 1,4 ‰ (1975 und 1976) abzufallen. Die Spätsterblichkeit ab dem 8. bzw. 11. Lebensstag ging von 7,5 ‰ 1972 auf 5,9 ‰ 1973 zurück, die Postneonatalsterblichkeit von 6,0 ‰ 1972 auf 4,3 ‰ 1973 und 3,5 ‰ 1976 [43]. Es ist vielleicht durchaus zulässig, den Rückgang der Postneonatalsterblichkeit von 1972 bis 1976 um etwa ein

Drittel mit der Richtlinie zur Bauchlage in Verbindung zu bringen.

Leetz hatte 1977 diesen Rückgang öffentlich gemacht, aber keine befriedigende Erklärung angeboten: „Über die Entwicklung des plötzlichen Todes von 1970 bis 1974 in der DDR haben wir keine gleichermaßen aussagekräftigen Daten. Es ist aber anzunehmen, dass in den Jahren 1970 bis 1972 der plötzliche Tod noch relativ hoch lag. Da in diesen Jahren die Spätsterblichkeit, deren Höhe sehr stark vom plötzlichen Tod bestimmt wird, im Gegensatz zur Frühsterblichkeit keine Reduzierung erfuhr (sie betrug 1970 und 1971 7,3 ‰, 1972 7,5 ‰). Das Jahr 1973 brachte mit 5,9 ‰ eine erhebliche Senkung der Spätsterblichkeit, 1974 wurde der gleiche Wert erreicht, so dass nun auch mit niedrigeren Daten des plötzlichen Todes zu rechnen ist. Dies bestätigten Ziffern aus dem Bezirk Halle, wo der plötzliche Tod seit 1965 verfolgt wurde. Im Jahre 1973 kam es zu einem plötzlichen starken Absinken, wie dies vorher noch nicht beobachtet wurde, auf einen Wert von 2,3 ‰ (1965 6,9 ‰) (WEINGÄRTNER, GEISLER).“ [44] Ergänzt werden soll noch, dass der Wert im Bezirk Halle im Jahr 1972 noch bei 4,36 ‰ lag, der Abfall auf 2,30 ‰ also einen Rückgang um fast die Hälfte darstellt. [45] Bei einer Geburtenanzahl von knapp 20 000 und 1973 noch 43 Todesfällen handelt es sicher um einen außerhalb des Zufalls gelegenen Wert. Die von Leetz angebotene Erklärung des Rückgangs der plötzlichen Todesfälle im Säuglingsalter ist Ausfluss der weiter oben vorgestellten Definition dieser Todesart in der DDR: „Wir möchten annehmen, dass die starke Senkung der Ziffer des plötzlichen Todes im Bezirk Halle 1973, wie auch die beachtliche Senkung der Spätsterblichkeit 1973

in der ganzen DDR, auf ein Vermeiden manchen plötzlichen Todesfalles durch intensivere Betreuung der Kinder von seiten der Eltern und der Ärzte zurückzuführen ist. Doch sicher bedarf es weiterer beharrlicher Aufklärung der Eltern über erste Krankheitssymptome und über die Gefährdung der Säuglinge durch Infektionen in ihrer Umgebung.“ [46]

Nach etwa dreißig Jahren lassen sich wohl keine über alle Zweifel erhabenen statistischen Auswertungen mehr durchführen, es scheint aber zumindest eine gut begründete Vermutung zu sein, dass eine größere Zahl heute etwa dreißig-jähriger und jüngerer ehemaliger DDR-Bürger ihr Leben der Entschluss- und Durchsetzungskraft der Mitarbeiter der Hauptabteilung IV des Ministeriums für Gesundheitswesen verdankt, möglicherweise auch nur einem einzigen

Menschen, der Direktorin der Hauptabteilung, Elfriede Garreis. Um welche Größenordnungen es geht, macht eine Schätzung von Jorch deutlich: „Wenn dieser [der Anstieg der Mortalität durch die Propagierung der Bauchlage] bereits 1972 und nicht erst 20 Jahre später erkannt und richtig gedeutet worden wäre, hätten allein in Deutschland die Leben von etwa 10 000 Säuglingen gerettet werden können.“ [47] Dem ist nichts mehr hinzuzufügen.

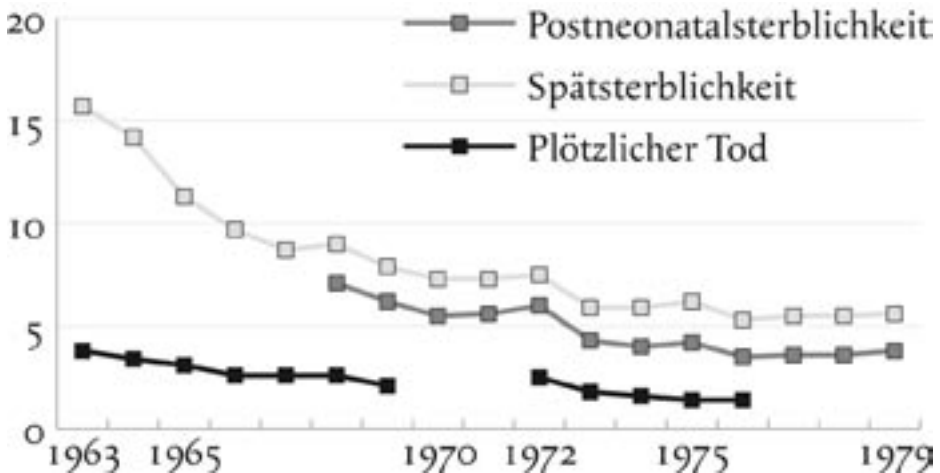


Abb. 1

Postneonatale Sterblichkeit in der DDR von 1968 bis 1997 (Quelle:Leetz, Anm. 41, 42). Der Rückgang der Sterblichkeit 1973 könnte mit der Verordnung zur Bauchlage und den begleitenden Maßnahmen zusammenhängen.

ABKÜRZUNGEN

BArch	Bundesarchiv
MfG	Ministerium für Gesundheitswesen (der DDR)
SID	Sudden Infant Death (Plötzlicher Säuglingstod)

ANMERKUNGEN UND LITERATUR

- 1 vgl. dazu Rathje U: Daten der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik der DDR im Bundesarchiv. Bewertung, Übernahme, technische Bearbeitung und Nutzung. Vortrag innerhalb der 6. Tagung des Arbeitskreises „Archivierung von Unterlagen aus digitalen Systemen“ am 5./6. März 2002 in Dresden. www.sachsen.de/de/bf/verwaltung/archivverwaltung
- 2 Jorch G: SIDS-Mortalität im deutschsprachigen Raum und weltweit. In: Kurz R, Kenner T, Poets CF: Der Plötzliche Säuglingstod. Wien Springer (2000) 28
- 3 Richtlinie für die Anwendung der Bauchlage bei Säuglingen als prophylaktische Maßnahme vom 15. Mai 1972. Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen Nr. 8, Berlin (DDR) (1972) 47
- 4 Vennemann M, Fischer D, Findeisen M: Kindstodinzidenz im internationalen Vergleich. Monatschr Kinderheilkd 151 (2003) 511
- 5 Hervorhebungen im Original
- 6 vgl. dazu Einspieler C: Potentielle Risikofaktoren aus der Umgebung des Säuglings. In: Kurz, Kenner, Poets (Anm. 2) 170ff. und die dort angegebene Literatur
- 7 Die Akten des ehemaligen Ministeriums für Gesundheitswesen sind z. Zt. noch ohne jegliche Bearbeitung, bis zu den Jahren 1971/1972 sind die Bestände bereits zu DDR-Zeiten auf Karteikarten und z. T. paginiert, von 1972 bis 1990 existieren nur die Ablieferungsverzeichnisse des Ministeriums für Gesundheitswesen. Es können keine Aussagen zur Vollständigkeit der Unterlagen gemacht werden.
- 8 Mitteilung vom 14. 9. 71 BArch MfG DQ1 5467
- 9 Der akademische Grad wird in einem Anschreiben des Rats des Bezirks Dresden, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen an die HA IV, einen Todesfall in einer Kinderkrippe betreffend, verwendet. BArch MfG DQ1 5467, Datum 2. 8. 1972, er findet sich auch in Autorenangaben von Artikeln von Garreis E, z. B. Die Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Verwirklichung des sozialpolitischen Programms von Partei und Regierung. In: Zschr. ärztl. Fortbild. 67 (9) (1973) 425-431
- 10 Anweisung zur Verhütung von Unfällen bei Kindern in Kinderkrippen und Dauerheimen für Säuglinge und Kleinkinder vom 20. Februar 1963. Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen Nr. 3, Berlin (DDR) (1963) 30-31
- 11 Todesfälle von Säuglingen. Handschriftliche Notiz vom 16. 9. 71 ohne Namenszeichen. BArch MfG DQ1 5467
- 12 Prof. Hans Wolfgang Ocklitz, zu der Zeit Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten im Kindesalter am Klinikum Berlin-Buch. Prof. Josef Dieckhoff, damals Direktor der Kinderklinik und Ordinarius an der Charité (pers. Mitteilung Prof. em. Peter Schneck, Dresden)
- 13 Beratung über Todesfälle von Säuglingen. Handschriftliches Protokoll vom 17. 9. 71 ohne Namenszeichen. BArch MfG DQ1 5467
- 14 Rat des Bezirks Dresden, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen: Abschlussprotokoll über den Säuglingstodesfall [...], 24. Juli 1972 S. 3. BArch MfG DQ1 5467. Die verwendete Schreibmaschine hatte offensichtlich kein „ß“ und andere Sonderzeichen zur Verfügung. Die im Zitat als doppelte Ausrufezeichen (!) wiedergegebenen Zeichen sind im Original doppelte Striche ohne Punkte. Es ist unklar, ob sie die Anweisungen betonen oder lediglich als Ersatz für Schreibmaschinenanführungszeichen (") dienen sollten.
- 15 ebenda

16 ebenda 4

17 ebenda 4

18 ebenda 4

19 Arbeitstagung zu aktuellen Fragen des Kinder- und Jugendschutzes. In: *Humanitas* 12 (6) 1972, 11. 3. 1972 S. 13. Der Artikel ist unterzeichnet mit „Garreis, Direktor der Hauptabteilung Soziale Betreuung. OMR Dr. Lübs, Direktor der Hauptabteilung Medizinische Betreuung

20 Definition Sudden Infant Death nach Beckwith (1969): „The sudden death of any infant or young child, which is unexpected by history, and in which a thorough postmortem examination fails to demonstrate an adequate cause of death“. Zitiert nach Kurz R: Die Diagnose „SIDS“ – eine Verlegenheitsdiagnose? Definition und Klassifikation. In: Kurz, Kenner, Poets (Anm. 2) 17

21 Vorschläge an die Bezirksärztekonzferenz für Maßnahmen zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit aus pädiatrischer Sicht – Ergebnisse einer Arbeitstagung der Bezirksgynäkologen und Bezirkspädiater am 8. 4. 1970 in Berlin. *BArch MfG DQ1 4112*

22 Leetz I: Medizinisch-statistische Daten der DDR zum plötzlichen Tod im Säuglingsalter. *Kinderärztl. Prax.* 45 (4) (1977) 145

23 ebenda 147

24 ebenda 149

25 Arbeitstagung siehe Anm. 19. SHAW ist hier nicht als Literaturzitat nachgewiesen, möglicherweise handelt es sich um Shaw EB: Sudden unexpected death in infancy syndrome. *Am J Dis Child.* 1968 Aug. 116 (2) 115–119 oder Shaw EB: The infant „collaborator“ (sudden unexpected death, and nosogenic prehension of nasus). *Pediatrics* 1971 Apr. 47 (4) 792

26 ebenda

27 ebenda

28 vgl. dazu die Diskussion zur Präventionsstrategie in Österreich. Ipsirogu O, Kerbl R, Urschitz M, Kurz R: 4. Österreichisches SIDS-Konsensus-Gespräch anlässlich der Wiener SIDS-Präventionskampagne „Sicheres Schlafen“. *Wien Klein Wochenschr* 112/5 (2000) 188f

29 Arendt W: Rezepte für die Bauchlage. *Deine Gesundheit* 4/1972 S. 118–119. Dazu die Autorengabe S. 99: „Doz. Dr. sc. med. W. Arendt, Orthopädische Klinik der Charité, Berlin“

30 Jauch G: Um 180 Grad gedreht. *Deine Gesundheit* 1/1972 S. 22–23. Dazu die Autorengabe S. 3: „Dr. G. Jauch, Kreiskrankenhäuser Auerbach/Vogtland.“

31 Redaktioneller Vorspann zu Arendt, Anm. 29, S. 118

32 Arendt, Anm. 29, S. 119

33 Rat des Bezirks Dresden Abschlussprotokoll, Anm. 14, S. 4

34 Weingärtner L, Geißler W: Zur Analyse plötzlicher Säuglingsfälle im Säuglingsalter (Beobachtungen an 1127 Fällen des Bezirks Halle aus den Jahren 1965 bis 1973). In: *Z. ärztl. Fortbild.* 69 (9) (1975) 477–481

35 Leetz I, siehe Anm. 22

36 Scholle S, Zwacka G, Scheidt B, Frenzel J: SIDS-Risiko: Vorschlag eines Programms zur Früherkennung und Prophylaxe. In: *Pädiatr. Grenzgeb.* 28 (3) 199) 139–147

37 Scheidt B, Zwacka G, Scholle S, Glaser S: Der plötzliche und unerwartete Kindstod. In: *Kinderärztl. Prax.* 57 (1989) 207–212

38 Berger G: 10-Jahresanalyse der plötzlichen Todesfälle im Säuglingsalter (Stadt Dresden). In: *Kinderärztl. Prax.* 48 (2) (1980) 68f

39 vgl. dazu Jorch (Anm.2) und Poets C: Möglichkeiten und Ergebnisse der Prävention. Vermeidung von Risikofaktoren. In: Kurz, Kenner, Poets (Anm. 2) 215–219

40 entnommen aus Garreis E: Die Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Verwirklichung des sozialpolitischen Programms von Partei und Regierung. In: Zschr. ärztl. Fortbild. 67 (9) (1973) 427

41 Leetz I: Warum stagniert die Sterblichkeit der Säuglinge jenseits der Neonatalzeit und auch die der Kleinkinder? Aus dem Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes „Maxim Zetkin“, 6 Blätter, ohne Datum, gehört wahrscheinlich zu Leetz, I: Vergleich der Säuglingssterblichkeit in Schweden mit der in der DDR und Unterschiede von Einflußfaktoren, 14 Blätter, datiert 17. 2. 1982. Insgesamt 14 Tabellen auf ebenso vielen Blättern, zwei mal Tab. 1. BArch MfG DQ1 13735

42 ebenda Tab. 2. Plötzlicher Säuglingstod, Spätsterblichkeit und postneonatale Sterblichkeit 1963–1980 DDR je 1000 Lebendgeborene. (tatsächlich nur 1963 bis 1979)

43 ebenda

44 Leetz: (1977) Anm. 22, S. 146

45 Weingärtner, Geißler: Anm. 34, S. 477

46 Leetz: (1977) Anm. 22, S. 149

47 Jorch: Anm. 2, S. 27

AUTOR

Hermann-Josef Schwab (Dipl.-Päd.)
Postgrabenstraße 35
76756 Bellheim