

consilium

Hebamme

Baby- und
Kinderschlaf



pädiatrisch gut beraten

Impressum

Ausgabe

Heft 21 der Reihe *consilium* Hebamme
1. Auflage 2025

Autoren

Redaktion

Dr. Kristin Brendel-Walter
Annika Bauhof

Herausgeber

Pädia GmbH
Von-Humboldt-Straße 1
64646 Heppenheim
Telefon: +49 6252 9128700
E-Mail: kontakt@paedia.de
www.paedia.de

ISSN 2628-412X



Baby- und Kinderschlaf

Liebe Leserinnen und Leser*,

guter Schlaf – kaum ein Thema beschäftigt Eltern und Beratende in den ersten Kinderjahren so sehr. Schlafmangel ist für Eltern häufig so beeinträchtigend, dass das Lebensgefühl der ganzen Familie in Mitleidenschaft gezogen wird. So ist es nicht verwunderlich, dass ein enormer Bedarf an Beratung und Unterstützung besteht.

Die Beratungswelt selbst ist vielfältig. Während manche noch immer an tradierten Schlafprogrammen festhalten, raten andere Eltern dazu, die „Anstrengungen“ schlicht auszuhalten. Beide Ansätze berücksichtigen nicht wirklich die Bedürfnisse aller Familienmitglieder und so sind Eltern weiterhin verzweifelt auf der Suche nach Lösungen. Hebammen und Kinderärztinnen und -ärzte sind hier in der Regel die ersten Ansprechpartner.

Sie als Beratende können Eltern einen kompakten Leitfaden an die Hand geben. Entsprechende Beratungsbausteine über altersentsprechendes Schlafen, Einschlafhilfen sowie Einschlaf- und Abendroutinen, das Vorgehen in der Nacht und am Tage sowie über Ernährung liefern relevantes Hintergrundwissen und konkrete Handlungsempfehlungen. Unterstützen Sie Familien von Anfang an darin, die kindlichen Bedürfnisse, die Entwicklung und auch das Thema Schlaf zu verstehen, und beugen Sie so präventiv Schlafproblemen vor. Verbessern Sie bestehende Schlafstörungen und stärken Sie damit zugleich auch die Eltern-Kind-Beziehung.



Daniela Dotzauer



Daniela Dotzauer

Daniela Dotzauer ist Ärztin, sie arbeitete u. a. am Kinderzentrum München in der „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“ und ist seit 25 Jahren in der Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung tätig. Sie ist Dozentin für viele Themen rund um die frühe Kindheit und insbesondere zum Thema Schlaf.

Inhalt

1	Bindung und frühkindliche Selbstregulation	4
2	Schlaf im frühen Kindesalter.	5
3	Leitfaden für guten Kinderschlaf.	11
4	Fazit für die Praxis	20
5	Literatur	20
6	Selbsttest	21

*Alle Leserinnen und Leser sind uns unabhängig von ihrem Geschlecht gleichermaßen wichtig und willkommen. Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Heft überwiegend die männliche Form. Wir danken für Ihr Verständnis.

1 Bindung und frühkindliche Selbstregulation

Am Lebensanfang

Das Neugeborene kommt mit einem genetisch vorbestimmten und physiologisch unreifen Gehirn auf die Welt. Der Säugling erlebt in den unzähligen Interaktionen mit seinen Bezugspersonen immer wiederkehrende Verhaltensantworten und macht entsprechende Erfahrungen, die er verinnerlicht und integriert. Macht ein Kind kontinuierlich die Erfahrung, dass es sich auf seine Bezugspersonen verlassen kann, dass diese überwiegend feinfühlig seine Bedürfnisse und Signale verstehen und angemessen beantworten, wird es sich sicher an diese Bezugspersonen binden. Das ist das Wichtigste, was Eltern ihren Kindern mitgeben können, eine sichere Bindung. Die Bindung, die ein Kind zu seinen Bezugspersonen entwickelt, prägt nicht nur seine Kindheit, sondern sein ganzes Leben. (1)

Neben Reifung, Genetik, Temperament, Familie und Umwelt spielen die kindliche Selbstregulationsfähigkeit sowie die elterliche Co-Regulation eine zentrale Rolle. Natürlich sind kleine Babys auf die Unterstützung der Eltern angewiesen, denn nur durch die Bezugsperson lernt das Baby sich selbst kennen, seine inneren Zustände (z. B. müde oder hungrig oder aufgeregt) einzusortieren und sich auf der Welt zurechtzufinden.

Eltern in der Verantwortung

Für eine gute Entwicklung ist es notwendig, dass die körperlichen und psychischen Bedürfnisse des Kindes erfüllt werden. Dafür sind

die Eltern zuständig, durch ihre entsprechende altersangemessene Unterstützung; angeborene intuitive elterliche Kompetenzen helfen den Eltern bei dieser Aufgabe (2). Jedes Elternteil ist von Natur aus dazu befähigt, das eigene Kind zu beantworten, und das persönliche Verhalten prägt die weitere Entwicklung. „So bieten die Eltern ihrem Baby in den Interaktionen und Zwiegesprächen des Alltags einen Rahmen, in dem es seine heranreifenden Fähigkeiten zur Selbstwirksamkeit und Selbstregulation erproben und einüben kann.“ (2)

Eltern bemühen sich nach Kräften, ihre Neugeborenen zu verstehen, sind aber manchmal von der Unreife der Kinder überrascht bis überfordert. Jedes 5. Kind kämpft auch ganz besonders mit seiner Regulation, es ist schwerer zu lesen als andere und verlangt den Eltern viel ab – gerade in Sachen Schlaf. Durch frühkindliche Regulationsprobleme kommt es bei den frischgebackenen Eltern nicht selten zu Konflikten, Erschöpfung und Enttäuschung, denn die Vorstellungen, Erwartungen und Träume des Elternseins sind in solchen Fällen weit weg von der erlebten Realität. Die Eltern suchen Hilfe und Ideen im Netz, doch die unübersichtliche Flut von „Babyschlafcontent“ verwirrt mehr, als sie hilft.

Tatsächlich können Eltern und Kind die Entwicklungsaufgaben nur *gemeinsam* lösen und dazu braucht es einen kindgerechten, altersangemessenen guten Plan, der in jeder Altersstufe anders aussieht. Die gemeinsame Bewältigung der frühen Entwicklungsaufgaben prägt die Eltern-Kind-Beziehung in beträchtlichem Maße und Beratende haben es in der Hand, daran mitzuwirken und den Eltern einen beziehungs- und entwicklungsorientierten Leitfaden an die Hand zu geben.



2 Schlaf im frühen Kindesalter

Schlaf ist komplex und von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Kindliche, elterliche, aber auch Umgebungsfaktoren spielen eine Rolle und es besteht eine hohe individuelle Varianz. Am Lebensanfang müssen das Gehirn und die neuronalen Strukturen erst noch reifen und sich entfalten. So entwickelt und verändert sich auch der kindliche Schlaf und zeigt beim Heranwachsen ganz bestimmte alterstypische Charakteristika.

2.1 Säuglingsschlaf ist anders

So ist Babyschlaf ohne Zweifel anders als der Schlaf, den die Erwachsenen von sich kennen. Das führt auf Elternseite zu mancherlei Missverständnissen und unrealistischen Erwartungen. Der Schlafbedarf, die Schlafarchitektur, also die Zusammensetzung der verschiedenen Schlafphasen, und das Schlafprofil von Säuglingen und Kleinkindern unterscheiden sich deutlich vom Erwachsenenschlaf. (3)

Schlafbedarf

Der menschliche Schlafbedarf ist zum einen alters-(reife)abhängig, also biologisch vorgegeben, aber auch individuell sehr unterschiedlich. (4) Die Tagesbefindlichkeit des Kindes verrät den Eltern, ob sein Schlafbedürfnis erfüllt ist. Ist ein Kind chronisch unzufrieden und benötigt ununterbrochen elterliche Zuwendung, sollte das Schlafverhalten mit einem 24-Stunden-Schlafprotokoll erfasst und altersentsprechend beurteilt werden.

Muster eines Schlafprotokolls

Schlafprotokoll

Name des Kindes _____ Alter des Kindes _____

Uhrzeit: 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 00:00 01:00 02:00 03:00 04:00 05:00

Schlafphase: ———— Schlafphase ———— Einschlafphase ————

Quelle: www.kinderklinik.de

Abb. 1: Das kindliche Schlafverhalten sollte über 24 Stunden erfasst werden.

Gerade die grafische Verbildlichung des Tagesgeschehens (Wach- und Schlafenszeiten, Mahlzeiten und Schreiphasen) ist zur Beratung sehr hilfreich.

Schlafbereitschaft

Die Schlafbereitschaft erleichtert das Einschlafen und ist ein wichtiger Zustand, für den die Eltern zuständig sind und für den sie sensibilisiert werden sollten.



Gerade am Anfang des Lebens führt Müdigkeit zu Erregung und eben *nicht* zur Schlafbereitschaft. Ein kleines Baby weiß primär noch nicht, wie sich der Zustand „müde“ anfühlt, und es weiß auch nicht, dass Schlafen die Lösung wäre. Deshalb sollten die Eltern frühzeitig unterstützen und sinnvoll co-regulieren.



Ein sattes Baby fühlt sich irgendwann „diffus unwohl“ (= müde) und adressiert sich an seine Eltern, es schreit. (5) Damit rückt aber gleichzeitig die Lösung „Einschlafen“ in die Ferne, denn ein schreiendes erregtes Kind muss erst erfolgreich beruhigt werden, bevor es entspannt einschlafen kann.

Schlafbereitschaft zu unterstützen, heißt ...

- ✓ der Aufregung zuvorkommen
- ✓ das Kind frühzeitig beruhigen
- ✓ das Müdigkeitsschreien vermeiden

Altersgerechte Wachzeiten

In der Elternberatung hat es sich bewährt, den Begriff der **Wachzeit** einzuführen, der wesentlich aufschlussreicher ist als die reine Betrachtung der Schlafdauer.

Durch die Wachzeit ergeben sich Rückschlüsse auf die Befindlichkeit des Kindes und den tatsächlich bestehenden Schlafdruck. Um Übermüdungsaufregung zu vermeiden, ist es notwendig, altersgemäße Wachzeiten zwischen den Tagschläpfchen zu beachten, denn jedes Nervensystem benötigt altersgemäße Ruhezeiten.

Altersgerechte Wachzeiten im ersten Lebensjahr

0.- 3. Monat	1-2	Stunden
4.- 5. Monat	1,5-2,5	Stunden
6.- 7. Monat	2-3	Stunden
8.-10. Monat	3-4	Stunden
11.-13. Monat	4-6	Stunden



Morgens sind die Wachzeiten meist kürzer als gegen Abend.

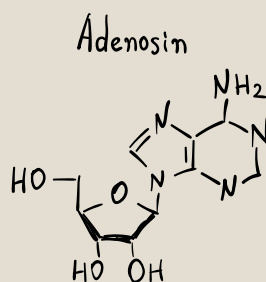
Schlafhomöostase – Schlafgleichgewicht

Es ist wichtig, altersgemäße Wachzeiten zu kennen. Dabei gilt der Grundsatz: Je länger ein Mensch wach ist, desto mehr Schlafdruck entwickelt er. Diese Zusammenhänge der Schlafhomöostase, „Wachzeit macht Schlafdruck“, gelten jedoch aufgrund ihrer zerebralen Unreife nicht für Neugeborene (6). Erst beim Heranwachsen (ab dem 6. Monat) beginnen diese Effekte wirksam zu werden. Das heißt, junge Säuglinge entwickeln durch Wachsein noch keinen Schlafdruck, der das Einschlafen erleichtert. Sie fühlen sich „diffus unwohl“, regen sich auf und schlafen schlechter ein.

Die unreife Schlaf-Wach-Regulation

Schlaf ist ein hochdifferenzierter Funktionszustand des Gehirns und es muss komplexe Leistungen vollbringen, um die Regulation zwischen Schlafen und Wachen zu steuern. Kurz nach der Geburt sind die neuronalen Netzwerke noch extrem unreif und das erklärt den störanfälligen und instabilen Säuglingsschlaf. (8)

Der Adenosin-Regelkreis – Adenosin als körpereigener „Müdemacher“



In der Wachzeit verbraucht der Körper Energie, wodurch Adenosin (ein Abfallprodukt der Energieerzeugung) entsteht. Ein Anstieg des Adenosinspiegels im Hirnstamm hemmt die neuronale Aktivität in verschiedenen Hirnarealen und verursacht Schläfrigkeit. Er signalisiert dem Körper, müde zu werden, und es baut sich eine sogenannte Schlafschuld auf. Der Schlafdruck steigt und das Einschlafen wird erleichtert. Im Schlaf wird das Adenosin dann wieder abgebaut, der Schlafdruck sinkt und analog dazu fühlt sich der Betroffene zunehmend ausgeschlafen. (7)

Zirkadianer Rhythmus oder innere Uhr

Ein Neugeborenes muss sich erst dem Rhythmus von Tag und Nacht anpassen. Dies geschieht im Hypothalamus mit Zunahme der Reifungsprozesse in den ersten Monaten. Dort wird unsere innere Uhr auf den 24-Stunden-Tag-Nacht-Wechsel synchronisiert. Es sind gerade die regelmäßig wiederkehrenden äußeren Umgebungsfaktoren und Routinen, die den zirkadianen Rhythmus bestimmen.



Optimalerweise unterstützen Eltern ihre Kinder bei diesem Prozess **am Tage** mit Tageslicht, normaler Geräuschkulisse, sozialen Kontakten und Interaktionen, häufiger regelmäßiger Nahrungsaufnahme, altersgemäßen Wachzeiten und entsprechenden Tagschlafchen. **In der Nacht** sollten Säuglinge Dunkelheit, Ruhe, längere Schlafphasen, weniger Mahlzeiten und „minimal handling“ erleben. (6) Dadurch wird der Tag-Nacht-Rhythmus in den ersten 8 Wochen synchronisiert und aufrechterhalten.

Der Tag-Nacht-Rhythmus etabliert sich in den ersten 8 Wochen.

Licht und Dunkelheit

Licht ist ein wichtiger äußerer Zeitgeber, aber erst wenn die Melanopsin produzierenden Zellen Licht aufnehmen und weiterleiten können, wird die wachfördernde blaue Lichtkomponente zur Serotoninausschüttung führen. Dieses Serotonin ist gleichzeitig das Substrat für die Melatoninsynthese in der Epiphyse. Bei Dunkelheit kommt es zur Melatoninausschüttung als Signal zum Einschlafen. (3)

Tageslicht am Morgen fördert die Ausschüttung von Serotonin, das benötigt wird, um bei Dunkelheit Melatonin ausschütten zu können.

Blaues Licht blockiert die Melatoninausschüttung und verzögert das Einschlafen. Das gilt auch für digitale Geräte, die abends genutzt werden. Diese das Einschlafen störende Wirkung des blauen Lichts hält noch 15 Minuten nach Ausschalten des Gerätes an.

Die Melatoninproduktion beginnt ab dem 3. Monat und damit auch der Melatonin-Regelkreis.

Schlafarchitektur und Schlafphasen

Die Schlafphasen im frühen Säuglingsalter sind unreife Formen der REM- (leicht erweckbar) und Non-REM- (schwer erweckbar) Schlafphasen. Die schnellen Augenbewegungen, die beim Schlafenden durch die geschlossenen Augenlider erkennbar sind, haben dem REM-Schlaf den Namen gegeben (**R**apid **E**ye **M**ovement-Schlaf).

Aktiver Schlaf (unreife Form des REM-Schlafs)

Beim Neugeborenen und kleinen Säugling gibt es diese Leichtschlafphase auch mit offenen Augen, was Eltern regelmäßig irritiert. Sie nehmen ihr Kind hoch und wecken es, was dann allerdings nicht ausgeschlafen ist, schreit und unzufrieden ist. Offene Augen bedeuten also nicht immer ein waches Kind, daher sollten sich Eltern stets erst vergewissern, ob ihr Kind wirklich wach ist oder ob es „aktiv schläft“.

REM-Schlaf

REM-Schlaf ist wichtig für die Entwicklung neuronaler Netzwerkstrukturen und emotionaler **Gedächtnisbildung** (3). Interessant ist die Tatsache, dass beim jungen Säugling 50 % seines Schlafes

aus aktivem, also REM-Schlaf besteht, dies wird als Ausdruck der Plastizität des unreifen Gehirns gewertet. Beim Erwachsenen beträgt der REM-Schlafanteil lediglich 20-25 %.

Mit zunehmender Reifung und Ausbau der neuronalen Bahnen nimmt der Non-REM-Schlaf zu und die störanfälligen REM-Phasen verlagern sich besonders in die zweite Nachthälfte.

Im ersten Lebenshalbjahr haben Kinder tagsüber einen störanfälligen REM-Schlaf, im zweiten Lebenshalbjahr tritt der störanfällige REM-Schlaf in der zweiten Nachthälfte auf.

Schlafzyklen und Zwischenerwachen

Schlafzyklen sind wiederkehrende Muster von Schlafphasen, die sich aus Non-REM- und REM-Schlaf sowie einem dazugehörigen kurzen Aufwachen zusammensetzen und sich während einer Nacht mehrmals wiederholen.

Ein Schlafzyklus eines Kindes verläuft so:

- > Das müde Kind schläft ein.
- > Es sinkt vom oberflächlichen Schlaf durch verschiedene Stadien des Tiefschlafs (dort schwer erweckbar).
- > Es taucht über oberflächlichere Stadien wieder auf.
- > Es fällt in den REM-Schlaf.
- > Es folgt ein kurzes Erwachen oder eine Wachphase.
- > Anschließend beginnt der nächste Zyklus.

Aufwachen gehört zum normalen Schlafzyklus dazu.

Je jünger ein Kind ist, desto kürzer ist die Dauer der Schlafzyklen (45-60 min) und umso häufiger kommt es zum kurzen Zwischen-erwachen. Erwachsenenschlafzyklen betragen dem-gegenüber 90-120 min.

Das Aufwachen bei jungen Säuglingen geschieht meist aus den REM-Schlafphasen heraus, aber grundsätzlich kann das Kind bei jedem Schlafphasenwechsel und jeder Schlaftiefenveränderung die Schwelle zum Aufwachen erreichen oder vollständig erwachen. (9)

Es ist für Beratende und Eltern gleichermaßen wichtig zu wissen, dass das kurze Erwachen ein notwendiger physiologischer Bestandteil der Schlafzyklen ist, und Beratende sollten Eltern über den richtigen Umgang aufklären, der darin besteht, dem Kind das Weiterschlafen zu lehren.



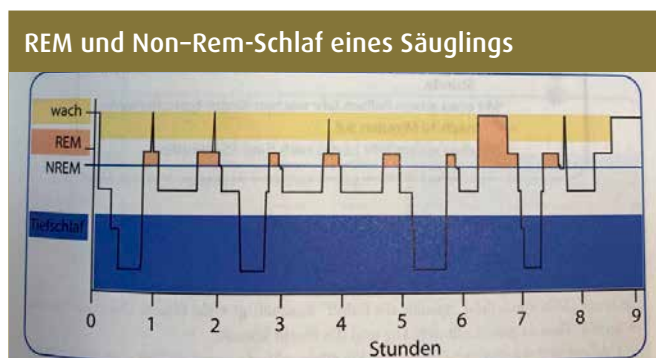


Abb. 2: Beim Säugling besteht 50 % des Schlafs aus REM-Schlaf [Schlafprofil nach Wiater (3).]

Der Schlafmediziner und Schlafforscher Alfred Wiater schreibt dazu in seinem „Praxishandbuch Kinderschlaf“ Folgendes:

„Arousal- und Aufwachverhalten bei Säuglingen sind Ausdruck des instabilen Schlafverlaufs im frühen Kindesalter. Betrachtet man das Arousal- und Aufwachverhalten bei Säuglingen im Zusammenhang mit der relativ kurzen Schlafzyklusdauer und den häufigen mit Träumen einhergehenden REM-Schlafphasen, so ist nachvollziehbar, dass Säuglinge sich aus dem Schlaf heraus häufiger artikulieren. Wenn Eltern darauf stets mit Hochnehmen und Stillen reagieren, führt das zu einer unnötigen Unterbrechung physiologischer Schlafabläufe, beeinträchtigt den Erholungswert des Schlafes, kann regelmäßiges wiederholtes Aufwachen aus dem Schlaf konditionieren und damit Schlafstörungen bahnen.“ (3)

Weiterschlafen

Es ist wichtig, wie Eltern beim nächtlichen Erwachen reagieren, denn dieses Verhalten prägt die Erwartungshaltung eines Kindes. Beruhigen und zum Weiterschlafen bewegen wäre die richtige Lösung, nur ist das nicht immer so leicht möglich, und so wird oft als schnellster Weg zum Schlaf das Stillen oder die Flasche als vermeintlich einfache Lösung gewählt. Leider wird diese Verknüpfung von Saugen, Schlucken und Trinken im weiteren Verlauf durch das Kind bei jedem Erwachen eingefordert und diese Gewohnheiten können dann über Wochen, Monate und Jahre so aufrechterhalten bleiben.



Größere Kinder, Jugendliche und Erwachsene haben es in der Regel gelernt, mit nächtlichem Erwachen selbstständig umzugehen. Sie können sich meist nicht einmal daran erinnern, da sie nur sehr kurz wach sind und intuitiv schnell weiterschlafen. Sie drehen sich einfach um und setzen ihren Schlaf fort, genau dies müssen Babys und Kinder aber erst lernen. Zum einen, weil sie es noch nicht automatisch selbst können, zum anderen aber auch, weil sie gar nicht erst auf die Idee kommen oder weil sie etwas ganz anderes, wie zum Beispiel Trinken, gewohnt sind und dies erwarten.

Wie kann das Weiterschlafen also gelingen, das heißt, von den Eltern gelehrt beziehungsweise von den Kindern gelernt werden?

„Weiterschlafsprache“ ist gestuftes Beruhigen

Um die Schlafatmosphäre aufrechtzuerhalten, ist es wichtig, schnell am erwachenden Kind zu sein, am besten, bevor es vollends erwacht. Notwendig ist eine zügige, aber „gestufte Beruhigung“ (10) und die Vermittlung von Sicherheit, Nähe und Normalität, also eine soziale Rückversicherung. „Es ist völlig normal aufzuwachen, du kannst schnell weiterschlafen“, wäre die angemessene Botschaft. In diesem Moment ist es natürlich wichtig, was das Kind erwartet – und das ist meist die gleiche Hilfestellung wie beim Einschlafen.

Jeder will so aufwachen, wie er eingeschlafen ist.

Viele Kinder schlafen an der Brust oder auf dem Arm der Eltern ein und realisieren beim Erwachen die veränderte Situation. Sie adressieren sich an die Eltern, die schnell herbeieilen, um den gewohnten Weiterschlafservice zu leisten, zum Beispiel durch Stillen oder Tragen. Doch wie könnte ein Ausstieg aus diesem Interaktionsmuster ausschauen?

Die Lösung liegt darin, dass Eltern sich von Anfang an beim Zwi-schenerwachen ein „gestuftes Beruhigen“ angewöhnen sollten und damit eine „Weiterschlafsprache“, die im Wesentlichen beruhigt und das schnelle Weiterschlafen fördert. Dazu gehört es, zügig mit ruhiger Stimme (z. B. mit Sch-Lauten) und Schnuller und Körperkontakt (z. B. Handauflegen) Sicherheit zu spenden und einen Lagewechsel anzubieten („bitte wenden“), also das Kind zum richtigen Zeitpunkt von einer Seite auf die andere zu drehen oder umzulagern.

Wichtigster Trick der Weiterschlaf-sprache: „Bitte wenden“

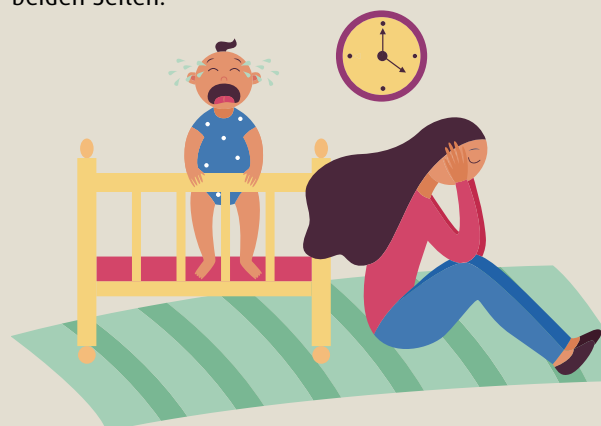


Eltern sollten ihr Kind sodann weiter beruhigen, den Popo rhythmisch klopfen, es ein wenig schuckeln und erst einmal versuchen, dass es im Bett weiterschläft. Beruhigt es sich nicht sofort, kann es auch noch einmal zurückgedreht und nicht sofort herausgenommen werden. Wenn das allerdings nicht ausreicht, muss das Kind natürlich anders beruhigt werden, denn ohne Ruhe kein Weiterschlafen. Aber vielleicht genügt es, das Baby noch einmal auf den Arm zu nehmen und es zum Beispiel in die vertraute Ellenbeuge schnüffeln zu lassen. Sollte auch das das Kind nicht erreichen, kann immer noch der gewohnte „Weiterschlafservice“ (Stillen, Flasche oder Tragen) erfolgen. Wichtig ist, dass dem Beruhigungsprozess eine Chance gegeben wurde, auch früher zu greifen, das Kind anders zu erreichen und weniger unterstützen zu müssen. Dies muss natürlich häufig geübt werden und kann nur im Fall von Zwischenerwachen funktionieren und nicht im Fall von Hunger.

Bei Hunger muss natürlich Nahrung angeboten werden, aber dies immer weniger nachts und dafür mehr am Tage, um eine ausreichende Sättigung zu erreichen. Schon das einjährige Kind kann lernen, seine Kalorien tagsüber zu sich zu nehmen. Das Ziel ist, dass das Kind zunehmend weniger Unterstützung braucht und lernt, sich selbst zu helfen. Optimalerweise kennt das Kind irgendwann selbst die Lösung nach dem Aufwachen, nämlich sich umzudrehen, das Kuscheltier und den Schnuller zu nutzen und einfach weiterzuschlafen. Aber das wird erst dann gelingen, wenn es nichts anderes mehr erwartet, erst dann hat es das Weiterschlafen auf Dauer gelernt.

Schlaflernprogramme

Schlaflernprogramme sind standardisierte Verhaltensvorschriften für Eltern, die nicht die Unterschiedlichkeit der Babys, die der Eltern und deren individuelle Bedürfnisse berücksichtigen. Babys haben primär ein Nähe- und Bindungsbedürfnis, das erfüllt werden muss, damit sich das Baby sicher und geborgen fühlt. Gleichzeitig haben auch Eltern eigene Bedürfnisse und je schlechter die Kinder schlafen, desto dringlicher wollen Eltern die Situation für das Kind, aber auch für sich selbst verändern. Es ist nachvollziehbar, dass sich Eltern das selbstständige Einschlafen ihrer Kinder wünschen. Wenn ein Kind jedoch etwas Neues wie das selbstständige Einschlafen lernen soll, dann braucht es Rückhalt und Rückversicherung durch die Eltern. Wenn diese ihr Verhalten nicht mehr intuitiv, sondern durch Programmvorgaben verändern, führt es zur Verunsicherung des Kindes und verhindert damit das entspannte Einschlafen. Es entsteht Stress auf beiden Seiten.



Durch „kontrolliertes Schreien lassen“ erfährt ein Kind, dass sein Schreien in schwierigen Situationen (Einschlafen) die Eltern nicht erreicht, es wird verunsichert. Die Eltern agieren nicht mehr intuitiv, sondern nach entsprechenden Programmvorgaben aufgeregt bis unklar, was das Kind verwirrt und die Alarmsituation aufrechterhält. Vielleicht schläft es aus Erschöpfung ein, aber es hat gelernt, dass diese Eltern für schwierige Situationen nicht zur Verfügung stehen. Die emotionalen Bedürfnisse bleiben außer Acht und das Kind erlebt weder Geborgenheit noch Bindungssicherheit – ein feinfühliges Miteinander, die Nähe der Eltern, soziale Rückversicherung und eine entspannte Einschlafsituation bleiben aus.

2.2 Die Eltern-Kind-Interaktion und der Babyschlaf

Jedes Elternteil kann sich mit dem Kind verbinden, Co-Regulation anbieten und altersgemäße Eigenregulation fördern. Besonders das Ruhigwerden, Entspannen und Einschlafen stellt die Eltern vor besondere Herausforderungen, denn müde Babys sind oft sehr unruhig, und es ist wichtig, frühzeitig und feinfühlig einen beruhigenden Prozess einzuleiten. Dabei ist es nicht wichtig, wie rasch die Eltern zu dem Ergebnis „Schlafen“ gelangen, vielmehr ist der Weg dorthin entscheidend, das, was die Kinder dabei erfahren. Vielfältige Abstimmungs- und Lernprozesse sind zwischen Eltern und Kind nötig, wobei beide Seiten ihre Erfahrungen machen, und es ist schicksalhaft bis zufällig, wie und ob Eltern ihre Kinder beim Beruhigen erreichen.

Einschlafassoziationen

Die Art des Einschlafens ist also individuell unterschiedlich. Diese Eltern-Kind-Interaktion wird zur Gewohnheit, es etablieren sich Einschlafassoziationen wie z. B. Trinken, Tragen, Fahren oder Auf-und-Ab-Federn mit oder ohne Geräuschkulisse. Nicht selten kommt es zu einem regelrechten „Einschlafkampf“, der das entspannte Einschlafen erst einmal in weite Ferne rücken lässt. Dann braucht es einfache Lösungen und das ist meistens das Stillen/ die Flasche oder neuerdings gerne die Federwiege. Wenn das die einzige Einschlafwelt des Kindes bleibt, wird dies Tag und Nacht eingefordert und im Falle des Stillens sind die Väter dann leider ausgebootet.

Einschlafstillen

Das Einschlafen beim Stillen ist bei kleinen Babys natürlich, schön und alle Mütter sollten es genießen. Gut wäre es aber, mit zunehmender Reifung, das Einschlafstillen nicht zur einzigen Einschlafmethode zu machen. Daher sollten beide Elternteile vielfältige Einschlaf Routinen fördern, um die Abhängigkeit von bestimmten Methoden und Elternteilen zu vermeiden.

Beruhigen heißt, sich mit dem Kind zu verbinden

Um diese Abhängigkeit von bestimmten Methoden und Elternteilen zu vermeiden, sollten die Elternteile sich von Anfang gleichermaßen um die Beruhigung ihrer Kinder kümmern und den Kindern so eine breite Palette von Beruhigungsstrategien zeigen. Denn jedes Elternteil kann eine Beruhigungssprache lernen, die das Kind erreicht, nicht immer, aber immer öfter. Es geht um die gemeinsame Erfahrung, sich zu verbinden.

Schrittweise mehr Eigenregulation zutrauen

Wenn Eltern dann altersgemäß ihre Co-Regulation zurücknehmen, können sie ihrem Kind schrittweise eigenregulative Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit ermöglichen. Dadurch können Kinder lernen, selbstständiger ein- und bei nächtlichem Erwachen auch wieder einzuschlafen.



2.3 Altersspezifische Herausforderungen des Kinderschlafs

In den ersten drei Monaten sind es vor allem die Tagschlafchen, die Schwierigkeiten machen. Hier wäre die Lernaufgabe der Eltern, das Baby gut zu lesen, ihm frühzeitig den Weg zur Entspannung zu zeigen und dem Kind das Einschlafen ganz leicht zu gestalten. Wird das Baby darüber hinaus tagsüber gut satt, gestaltet sich die Nacht häufig unkompliziert. Die elterliche Co-Regulation ist nötig, insbesondere zur Gestaltung eines altersentsprechenden Tagesablaufs mit regelmäßigen Mahlzeiten und Tagschlafchen. Die Eltern-Kind-Kommunikation beim Einschlafen ist in diesem Alter gerade am Tag sehr anspruchsvoll, und es lohnt sich, wenn Eltern gut aufgeklärt sind, sie sich dem Thema Beruhigung und Verbindung widmen und sie nicht nur den leichten Weg gehen.

Bei den Halbjährigen werden die Nächte plötzlich anstrengend und sie müssen das Verbinden der Schlafphasen im Schlafphasenwechsel erlernen. Die Schlafatmosphäre muss aufrechterhalten und den Kindern das zügige Weiterschlafen gezeigt werden. Meist wird automatisch Nahrung angeboten, was zwar zum Weiterschlafen führt, aber diese äußerst hartnäckige Einschlafassoziation bleibt oft Monate bis Jahre so bestehen. Die Eltern sollten ihre Kinder erreichen, beruhigen und ihnen zeigen, dass Aufwachen kein Problem ist. Nahrung gibt es nur im Falle von Hunger und nicht als permanentes Dauerangebot. Wenn Kinder bereits erfahren haben, dass Trost und Beruhigung vielfältig sein können, können beide Elternteile ihrem Kind das Weiterschlafen lehren.

Für die Einjährigen und die Kleinkinder sind längere Einschlafzeiten typisch. Dank ihrer Entwicklung können sie ihre motorischen Fähigkeiten nutzen, sie haben ihren eigenen Willen entdeckt und sie haben verstanden, wie ihre Eltern zu steuern sind. Häufig sind lange Einschlafzeiten und Hilflosigkeit bei den Eltern die Folge. Da der Schlaf auch eine Trennung darstellt und die Kinder häufig erleben, dass durch den Schlaf das Elternteil „verschwindet“, wird das Bindungssystem aktiviert und sie beharren vehement auf ihren bisher bewährten Einschlafgewohnheiten. Wenn in diesem

Alter immer noch nachts alle 1-2 Stunden zum Weiterschlafen gestillt wird, ist das für die Kinder in Ordnung, aber die Mütter macht es auf Dauer müde. Da helfen nur ganz kleine Schritte und Geduld, die die Kinder zu mehr Eigenregulation führen. Die „Reise“ zu den eigenregulativen Fähigkeiten wird dauern, ist aber nachhaltig und für die Zukunft unerlässlich.

Elternhilfe blockiert Eigenhilfe.

Die Kinder dieser Altersgruppe können das selbstständige Ein- und Weiterschlafen lernen. Dazu sind selbststeuerbare Einschlafhilfen, wie der Schnuller oder ein vertrautes Kuscheltier von Vorteil. Es braucht auch Eltern, die diesen Grad an Selbstständigkeit zulassen und ihrem Kind zutrauen. Nur durch die schrittweise Zurücknahme der elterlichen Co-Regulation ermöglichen sie ihrem Kind, eigenregulative Fähigkeiten zu entwickeln, tags und nachts. Ein einfaches Beispiel: Wer als Elternteil den Schnuller in den Mund des Kindes steckt, verhindert, dass es das selbstständig übernimmt.



Kinder sollten erfahren und im weiteren Verlauf lernen:

- 0-3 Monate: Einschlafen geht ganz leicht
- 4-7 Monate: Aufwachen ist kein Problem
- 8-12 Monate: Ein- und Weiterschlafen kann ich selbst

Der folgende „Leitfaden für guten Kinderschlaf“ gibt den Beratenden und damit auch den Eltern einen guten Plan an die Hand, der alle Beteiligten sicherer macht. Kinder profitieren von sicheren Eltern und es kann damit Schlafproblemen wirksam vorgebeugt werden.

3 Leitfaden für guten Kinderschlaf – eine beziehungs- und entwicklungsorientierte Beratung

Jede Beratung sollte sich genau am Alter des Kindes orientieren und den Eltern ein Verständnis für die altersspezifischen Schlafbesonderheiten ihres Kindes geben. Darüber hinaus ist die Eltern-Kind-Interaktion ganz entscheidend und Ansatzpunkt der Beratung. Als Beratungsgrundlage dient stets ein 24-Stunden-Schlafprotokoll, das die Eltern über einige Tage führen und das die Erlebnisrealität der Familie abbildet.

3.1 Altersspezifische Besonderheiten 0-3 Monate mit Fallbeispiel

Der Tag-Nacht-Rhythmus etabliert sich in den ersten 8 Wochen und es ist sinnvoll, diesen Prozess durch Lichterfahrungen am Tage, Routinen, Sozialkontakte mit schönen Interaktionen, häufige Mahlzeiten, regelmäßige Tagschläfchen und normale Alltagsgeräusche zu unterstützen.

Nachts: „minimal handling“. Es ist dunkel (kein blaues Bildschirmlicht), ruhig, es gibt wenig Ansprache, wenig Interaktion, möglichst kein Wickeln, Nahrungsaufnahme nur bei Hunger, angestrebt werden längere Schlafphasen.

Das häufige Zwischenerwachen insbesondere am Tage ist typisch für diese Altersstufe und es erfordert einen entsprechenden Umgang. Ein angepasster achtsamer Umgang mit dem Babyschlaf meint demnach: Nicht wachhalten, nicht grundlos wecken, im Zweifel weiterschlafen lassen!

Die Eltern haben es in der Hand, das Weiterschlafen zu fördern oder Kurzschläfchen zu akzeptieren, mit dem Preis schlechter Laune und chronischer Müdigkeit. Um die Schlafatmosphäre aufrechtzuerhalten, ist es sinnvoll, beim Weiterschlafen keinen Blickkontakt anzubieten, keine direkte Ansprache, keinen Augengruß, das Kind nicht sofort herauszunehmen und auch nicht prompt Nahrung anzubieten.

Fallbeispiel Luca

Luca ist 6 Wochen alt, er quengelt und schreit extrem viel und seine Eltern sind erschöpft und hilflos. Luca will ständig getragen werden. Er kann nicht entspannen in seinem eigenen Körper, der ständig zappelt, erschrickt, die Arme hochreißt und schreit. So wird er möglichst lange gestillt, denn „solange er an der Brust nuckelt, schreit er wenigstens nicht“, so Lucas' Mutter. Diese Praxis beschert ihr allerdings inzwischen wundete Brustwarzen mit

tiefen Rhagaden. Luca schaut mit großen Augen, zappelt ständig und schreit unerreichbar über Stunden, insbesondere abends. Er schläft wenig, ist häufig zu müde, um richtig zu trinken, und zu hungrig, um lange zu schlafen. „Wir wissen uns nicht mehr zu helfen – Luca ist ständig wach, er schläft nur ganz kurz auf dem Arm oder an der Brust, aber das Ablegen ist unmöglich.“ Neuerdings versuchen Lucas Eltern diese Zustände mit der Federwiege zu überbrücken, mit unterschiedlichem Erfolg. Oft genug kämpft die Maschine unbeirrt gegen das hartnäckige Schreien des Kindes an und Luca fällt in einen Erschöpfungsschlaf, eher zufällig und ohne Bezug zu seinen Eltern.



Schlafprotokoll

Es ist anfangs nicht so einfach zu entscheiden, ob das Baby trinkt, schläft oder wach ist. Gleichzeitig ist das Bewusstmachen dessen der erste Schritt zu einer möglichen Veränderung. Aufgezeichnet werden die Dauer und die Anzahl der Schläfchen, die Wachphasen, die Schreiepisoden, die Verteilung der Mahlzeiten und der Verlauf der Nacht.

Schlafprotokoll Luca

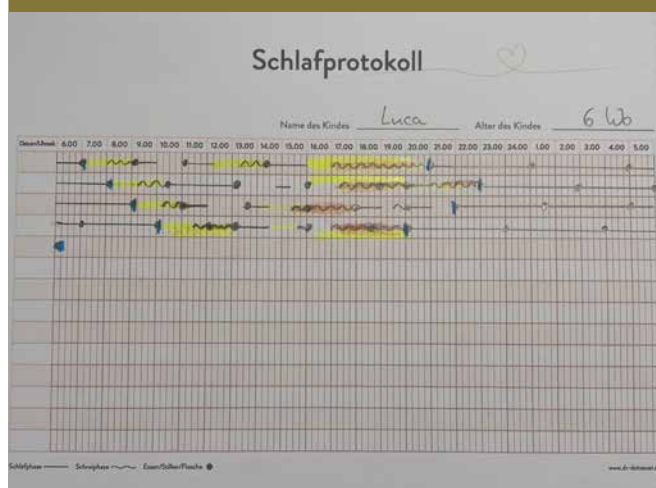


Abb. 3: Das Kind schreit am Abend exzessiv.

Das Schlafprotokoll von Luca zeigt:

1. abends mehrstündige Schreiphasen, lange Wachzeiten, kein Vorabendschlaf
2. tagsüber lange Wachzeiten (z. B. 2-7 Std.), zu wenig Tagschlaf, Ermüdungsschreien
3. unterschiedliche Zubettgeh- und Aufwachzeiten
4. zu wenig Gesamtschlaf

3.1.1 Altersgemäßes Schlafen

In diesem Alter bestehen häufig unbefriedigende Mischzustände, die Babys schlafen beim Stillen vorzeitig ein und nehmen nur einen „Snack“ zu sich. Sie wachen dann schnell wieder auf, fühlen sich immer noch hungrig und bekommen einen weiteren Snack, welcher unter Umständen zwar wieder zu einem oberflächlichen Schläfchen führt, aber nicht wirklich befriedigt. Dieser Gemengelage von Stillen, Schlafen, Schreien und chronischer Unzufriedenheit kann man mit der Klarheit von richtigen Mahlzeiten, altersentsprechenden Wach- und Schlafphasen sowie entspannungsförderlichem Handling begegnen.

Schlaf ist individuell

Altersgemäßes Schlafen mit 0-3 Monaten:
tags ca. 4 x, in Summe 4-7 Std., nachts ca. 10 Std.

Mahlzeiten nach Bedarf, aber nicht jede Lautäußerung bedeutet Bedarf nach Nahrung. Allgemein sollten tagsüber mehr Mahlzeiten (z. B. alle 2-3 Stunden, nicht kontinuierlich) stattfinden als nachts. Möglichst sättigende Mahlzeiten gestalten, kein „Snacking“ und nicht vorzeitig wegschlafen lassen. Abends wenn nötig cluster-feeding anbieten.

Wachzeiten zwischen den Tagschlafchen ca. 1-2 Std. sie sind morgens kürzer als im Tagesverlauf (s. Tabelle 1). Im Zweifel gilt: Eine Stunde wach reicht.

Tagesstruktur: Ca. vier erholsame Tagschlafchen (s. Tabelle 1) ergeben fünf Wachzeiten, in denen das Baby satt werden, seine Eltern und sich erleben und die Tagesroutinen und die Welt kennenlernen kann. Ähnliche Zubettgeh-Zeiten bewirken ähnliche Aufwachzeiten.

3.1.2 Einschlafhilfen – alles, was das Einschlafen erleichtert

1. Der Aufregung zuvorkommen und Vorschlafruhe anstreben.
2. Die elterliche Stimme und die eigene ruhige Ausstrahlung (leise-langsam-langweilig) greifen nur beim wirklich ruhigen Kind.
3. Haltgebende Maßnahmen: z. B. auf dem Arm, in der Trage, oder auch im Bett durch sicheres Lagern. Lagerungsrollen, um den Moro-Reflex zu reduzieren und dem Kind eine stabilere Lage anzubieten, müssen so konzipiert sein, dass kein

Tab. 1 Altersentsprechendes Schlafen 0–3 Monate

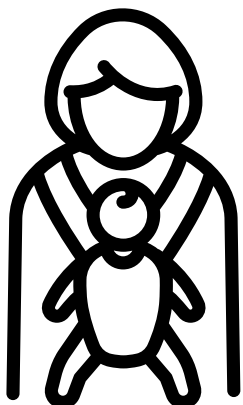
Alter	Tagschlaf	Wachzeit	Nachtschlaf	Gesamtschlaf
NG:	4 x 1–3 Std.	5 x 30–60 min	ca. 10 Std.	16–20 Std.
3 Wochen	4 x 1–3 Std.	5 x 45–70 min	ca. 10,5 Std.	16–18 Std.
6 Wochen	4 x 1–3 Std.	5 x 55–80 min	ca. 10,5 Std.	15–17 Std.
3 Monate	3–4 x 1–2 Std.	5 x 60–90 min	ca. 11 Std.	14–16 Std.

Merke: Morgens sind die Wachzeiten kürzer als abends

„Darunterrutschen“ möglich ist. (z. B. Tuch über die Lagerungsrolle und nicht im Gesichtsbereich verwenden).

4. Sanfte Bewegung ist hilfreich, um die Kinder zu erreichen
5. Abdunkeln (> 8 Wochen), Reizreduktion, keinen Blickkontakt, Drehen in die Ellenbeuge ist einfach und wirkungsvoll.
6. Ein Schnuller ist, nach Etablieren des Stillens, von Vorteil. Denn wenn das Baby verstanden hat, dass das Saugen am Schnuller mit Wohlgefühl verknüpft ist, kann es sich schon minimal selbst helfen, indem es am Schnuller saugt. Darüber hinaus gilt die Verwendung des Schnullers als anerkannt SIDS-präventive Maßnahme. (S1 Leitlinie)
7. Stillen im Liegen erspart das Aufwachen beim Ablegen.
8. Einschlafroutine – bei positiver Verknüpfung entsteht eine Schlaferwartungshaltung beim Baby, was künftig das Einschlafen erleichtert.
9. Weitere Hilfsmittel: Das wichtigste Hilfsmittel ist die Tragehilfe/ das Tragetuch. Der Kinderwagen kann leicht abgedunkelt werden, das ruhige oder schlafende Baby findet dann mit Bewegung und stabiler Lagerung leichter zur Ruhe.

Der Pezziball kann bei sanfter Nutzung die Eltern entlasten. Die elektrische Federwiege sollte nur im „Notfall“ genutzt werden, denn das Kind gewöhnt sich schnell an das regelmäßige Auf und Ab und an die automatische immerwährende Bewegung. Sie ist nicht zum Dauereinsatz geeignet und es ist mühsam, den Kindern das Schlafen in der Federwiege wieder abzugewöhnen.



Akustische Hilfen wie z. B. White Noise, Wellenrauschen etc. dürfen moderat und sinnvoll genutzt werden, Dauerbeschallung oder zu laute Nutzung ist allerdings ebenfalls zu vermeiden.

Exkurs zum Thema Pucken

Zu haltgebenden Maßnahmen gehört auch das Pucken, das seit 11/2022 aufgrund der S1-Leitlinie zur Prävention des Plötzlichen Kindstod (SIDS) von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF Nr. 063-002) nicht mehr empfohlen werden soll. „Das enge Wickeln des Babys sollte vermieden werden.“ Diese Empfehlung basiert auf einer Metaanalyse von 2016. Die Autoren fanden für „swaddling“ vor allem in Verbindung mit Bauch- oder Seitenlage und einem Alter > 6 Monate eine deutliche Erhöhung des SIDS-Risikos. (11)

So kann diese Praktik nicht mehr offiziell empfohlen werden, aber gleichzeitig ist bekannt, dass besonders unruhige, zappelige Babys von haltgebenden Maßnahmen profitieren, sie kommen besser zur Ruhe und das Ablegen wird erleichtert. Letztlich müssen die Eltern über dieses Risiko klar informiert werden, sodass sie eine informierte Entscheidung treffen können. Das Pucken sollte, wenn überhaupt, maximal in den ersten 3 Monaten und auch nur in Rückenlage angeboten werden. Es gibt den Schultern Halt, die Hüfte bleibt frei und Überwärmung muss vermieden werden. Das Kind wird nur zu den Tagschläfchen, unter Beobachtung, stabil in die Rückenlage gelegt.

3.1.3 Einschlafroutine

Eine positiv besetzte Verhaltenskette mit gleichförmigen Abläufen, Abdunkeln (> 8. Woche) und beruhigenden schlafhinführenden Maßnahmen sollte Schlafstimmung vermitteln und das Baby kann so eine „Schlaferwartungshaltung“ aufbauen. Insbesondere wenn die Eltern selbst entspannt sind und „leise-langsam-langweilig“ ihren Kindern den Weg zur Entspannung zeigen. Damit das gelingt, ist auf eine „Vorschlafruhe“ zu achten, das heißt, das Baby ist satt, müde und ruhig. Dieser Prozess der Schlafeinstimmung, das „Runterkuscheln“, das wie seit Jahrtausenden aus Singen und Wiegen besteht, ist insbesondere für die Väter sehr hilfreich, wird allerdings oft vergessen, nicht beachtet oder kommt zu kurz. Dabei entscheidet gerade diese Schlafhinführung über das

Gelingen des Einschlafens. Wehrt sich das Kind gegen diesen Prozess, ist es abzulenken und Eskalation zu vermeiden. Beim sanften Tragen mit ruhiger Stimme – nicht „face to face“ mit Blickkontakt – das Baby in Seitenlage in die Ellenbeuge drehen, die Augen streicheln und so das Kind in die Entspannung locken und diesem Prozess Zeit und Geduld gönnen. Das können Papas bzw. Partner und Partnerinnen genauso gut wie stillende oder flaschengebende Mütter. Natürlich kann das Kind auch an der Brust einschlafen, es sollte aber dabei satt geworden und nicht vorzeitig weggeschlafen sein.



Einschlafen: Blickkontakt meiden, besser das Baby in die Ellenbeuge drehen.

Am ersten Tagschlaf sind die Befindlichkeiten noch gut sortiert. Das Baby ist in der ersten Wachzeit des Tages satt geworden und kann dann aus der Ruhe heraus ein Einschlafen auch ohne Trinken erfahren. Es erlebt Beruhigung und Verbindung mit dem Elternteil ohne Nahrung und erfährt etwas Wichtiges: Einschlafen geht ganz leicht.

3.1.4 Abendroutine

Am Abend wird es regelmäßig schwierig, die Reize des Tages lasten auf der Familie, ein eventuell bestehendes Schlafdefizit kumuliert und die Babybefindlichkeiten sind schwer auseinanderzuhalten, oft mit dem Ergebnis abendlicher Schreistunden. Dem begegnet man am besten mit einem klug positionierten Vorabendschlaf, z. B. in der Trage, und zwar bevor das Kind schreit sowie mit einer passenden Wachzeit (z. B. 1,5 bis maximal 2 Stunden bis zum Nachtschlaf) und einer letzten wirklich sättigenden Mahlzeit.

3.1.5 Vorgehen in der Nacht

Für den ersten Lebensmonat gibt es keine besonderen Vorgaben für die Nacht. Der polyphasische Schlafrhythmus stellt sich langsam um. Kleine, ikterische oder untergewichtige Säuglinge sollten auch in der Nacht zum Trinken animiert werden, während man bei kräftigen Babys darauf vertrauen kann, dass sie sich selbst-

ständig in der Nacht zum Trinken melden. Natürlich sollte gerade am Anfang zur Unterstützung der Lactogenese auf ausreichendes Anlegen geachtet werden.

Im weiteren Verlauf gilt: Bei Hunger wird gestillt oder die Flasche gegeben, bei Zwischenerwachen, z. B. nach ganz kurzer Schlafenszeit (10–30 min), wird zum Weiterschlafen animiert. Hilfreich dazu ist es, eine „**Weiterschlafsprache**“ zu erlernen. Das bedeutet ein gestuftes Beruhigen anzubieten und dem Kind damit die Chance zu geben, sich auf andere Art und Weise zu beruhigen. Der hilfreichste Trick dazu ist das Umlagern des Babys getreu dem Motto: „Bitte wenden“. Auch in der Rückenlage kann das Baby kurz angehoben und nur der Kopf umgelagert werden. Bei ausbleibendem Erfolg wird natürlich gestillt/die Flasche gegeben. Durch das gestufte Beruhigen wird verhindert, dass sofort eine feste Einschlafassoziation entsteht.

Kinder, die am Tage richtig satt werden, schlafen in diesem Alter häufig gut in der Nacht, mit 12 Wochen oft schon viele Stunden, ohne sich zu melden. Sie erwachen eher hungergesteuert und werden dann natürlich gestillt oder bekommen die Flasche.

3.1.6 Ernährung

Alle Empfehlungen in Sachen Babyschlaf laufen ins Leere, wenn das Kind nicht satt wird. Deshalb ist es unerlässlich den Gewichtsverlauf zu kontrollieren und auf eine ausreichende Gewichtszunahme zu achten.



In den ersten drei Monaten nehmen Babys durchschnittlich ca. 200g/Woche zu. Wichtiger als die absoluten Zahlen ist unterdessen die Befindlichkeit des Kindes. Besteht chronische Unzufriedenheit mit unklaren Schreiatacken, ist ein 24-Std-Schlaf-Protokoll in Verbindung mit Gewichtskontrollen notwendig. Eine ausführliche Stillberatung ist meist hilfreich, da dies in den Geburtskliniken meist zu kurz kommt.

Bei Formulanahrung ist das häufige Wechseln der Milchsorten zu vermeiden. Viele Kinderärztinnen und Kinderärzte versuchen, bei ausbleibender Verbesserung der Schreiatacken probatorisch auf kuhmilchfreie Milch umzustellen, mit unterschiedlichem Erfolg. Die Kuhmilcheiweißallergie betrifft nur 2–7 % der Säuglinge. Die primäre angeborene Laktoseintoleranz ist extrem selten und kommt in weniger als 0,01 % der Bevölkerung vor.

3.2 Altersspezifische Besonderheiten 4-7 Monate mit Fallbeispiel

In dieser Altersgruppe sind die Säuglinge bereits sehr an der Umwelt interessiert. Sie sind extrem neugierig und lassen sich tagsüber leicht vom Trinken ablenken, was sie dann nachts kompensieren. Gleichzeitig beginnt in der Nacht nun das **regelmäßige Erwachen im Schlafphasenwechsel ca. alle 2 Stunden**. In der Nacht werden die Weiterschläferfordernisse häufig durch Nahrung gelöst, was aber bei längerem Anhalten dazu führt, dass die Hauptmenge der Kalorien auf die Nacht verlegt wird. Tagsüber sind diese Kinder an Beikost nicht interessiert, da ihre Sättigung in der Nacht erfolgt. So entsteht nachts gleichzeitig Hunger und die Notwendigkeit des Weiterschlafens. Das Stillen löst zwar beide Probleme, wird aber dann im Verlauf der Nacht bei jedem Schlafphasenwechsel, z. B. alle 1-2 Stunden eingefordert, es wird zu einer Einschlafassoziation, die monate- und jahrelang aufrechterhalten bleiben kann.

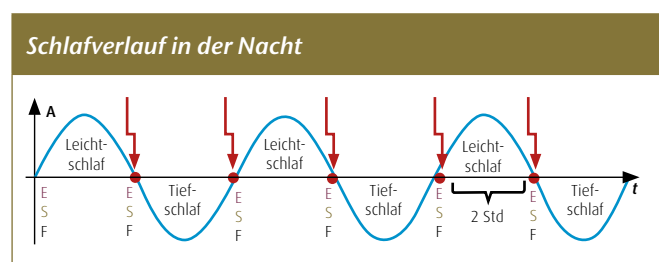


Abb. 4: In der Nacht kommt es im Schlafphasenwechsel zu 2-std. Erwachen.

Tagsüber entsteht plötzlich das Phänomen der 30-Minuten-Schläfchen. Der Übergang vom Leicht- in den Tiefschlaf gelingt meist nicht ohne Hilfe, die Kinder erwachen, sind aber nur wenig erholt und benötigen bald wieder das nächste Schläfchen. Wird ihnen zum Weiterschlafen geholfen, z. B. durch die Bewegung in der Trage oder im Kinderwagen, erreichen sie den Tiefschlaf, sie erwachen dann z. B. nach 90 Minuten und sind bester Laune.



Das Phänomen der 30-Minuten-Schläfchen

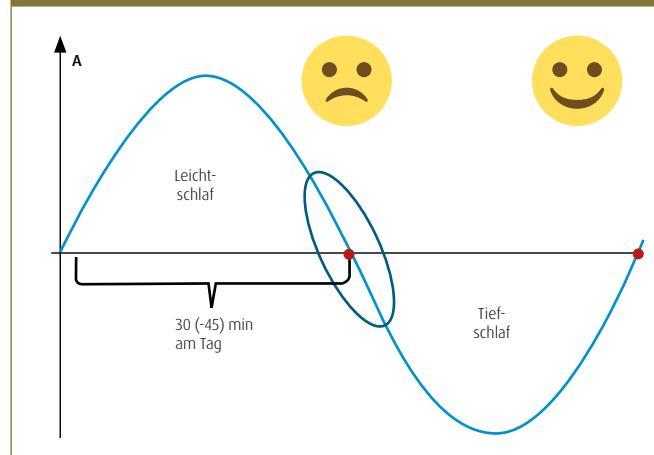


Abb. 5: Durch fehlenden Tiefschlaf erwacht das Kind nur wenig erholt.

Fallbeispiel Lilly

Die 6 Monate alte Lilly ist äußerst neugierig und leicht ablenkbar, sie muss alles sehen und mitbekommen. Im Tagesverlauf wirkt sie dann zunehmend müder und chronisch unzufrieden. Sie trinkt tagsüber nur kurz mit großen Abständen und für Beikost ist Lilly nicht zu gewinnen. Die Eltern haben sich darauf eingerichtet, die vier kurzen Tagschläfchen (ca. 30 min) in der Trage oder an der Brust zu realisieren. Das geht im Vergleich zur Anfangszeit jetzt ziemlich unkompliziert, allerdings gestaltet sich dafür die Nacht sehr strapazios. Alle 1-2 Stunden erwacht Lilly und lässt sich ausschließlich mit der Brust zum Weiterschlafen bewegen. Der bemühte Papa hat keine Chance, seine Tochter zu erreichen, sie beruhigt sich regelmäßig erst an der Mutterbrust.

Schlafprotokoll Lilly

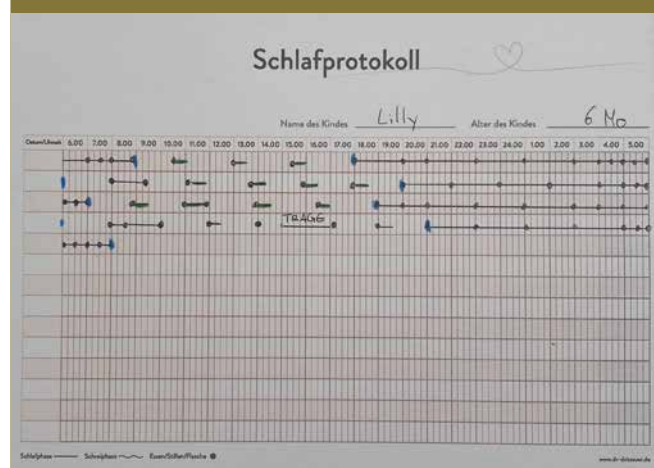


Abb. 6: Das Kind erwacht nachts alle 1-2 Stunden.

Es zeigt sich:

1. tags: überwiegend Kurzschläfchen und mit Einschlafstillen
2. unterschiedliche Bettgeh- und Aufwachzeiten
3. nachts: Erwachen alle 1-2 Std und Stillen
4. frühe Morgenstunden: Dauernuckeln

3.2.1 Altersgemäßes Schlafen

In diesem Alter können Babys schon 2-3 Std. wach bleiben. Die morgendlichen Wachzeiten sind immer kürzer als abends. Es ergeben sich ca. 3 Tagschläfchen. Ein längeres Mittagsschläfchen mit erholsamerem Tiefschlafanteil wäre günstiger als mehrere Kurzschläfchen mit ausschließlich Leichtschlaf. Der Nachtschlaf wird ca. 11 Stunden betragen, wird aber hier bei Lilly durch das Dauernuckeln in den frühen Morgenstunden in die Länge gezogen.

Schlaf ist individuell

Altersgemäßes Schlafen mit 4-7 Monaten:
tags ca. 3 x, in Summe 2-4 Std., nachts ca. 11 Std.

3.2.2 Einschlafhilfen

In diesem Alter sind nur die „angewachsenen Einschlafhilfen“ wie z. B. die Finger, die Haare oder die eigenen Öhrchen selbstständig nutzbar. Übergangsobjekte wie der Schnuller oder das Kuscheltuch/-tier müssen erst als hilfreich erlebt und mit Bedeutung aufgeladen werden. Es dauert noch Monate, bis das selbstständige Nutzen dieser Objekte zu erwarten ist. Bis dahin ist es sinnvoll, wenn die Eltern den Schnuller nicht immer voreilig in den Mund stecken, sondern ihr Kind lehren, sich Schnuller und Kuschel selbst zu holen. Tagsüber sollte man den Schnuller in die Hand geben zum Erkunden und Ausprobieren, damit spielerisch der selbstständige Gebrauch geübt wird. Insbesondere in der ersten Nachthälfte wird der Schnuller gemeinsam gesucht, er kommt in die Hand und das Kind lernt seinen Mund zu treffen. Dieser Prozess ist mühsam, denn jedes Mal riskiert man das vollständige Erwachen des Kindes, wo doch das schnelle „Abstöpseln“ viel zuverlässiger das Weiterschlafen ermöglicht. Leider sind Lernerfolge selten im Schlaf zu bewerkstelligen.



Ab dem 6. Monat gehört der Schnuller in die Hand zum Üben.

3.2.3 Einschlafroutine

Auch in diesem Alter sollte die Einschlafroutine, als positiv besetzte Verhaltenskette, das Kind auf den Schlaf einstimmen und das ruhig Werden erleichtern. Wie bereits oben dargestellt, dient dieser schlafhinführende Prozess dazu, dem Kind den Weg zur Entspannung zu zeigen und das eigenregulative Einschlafen zu fördern. Wichtige Punkte sind in diesem Alter die „Vorschlafruhe“, das Abdunkeln, die aufrechte Trageweise und das frühzeitige Ablenken bei Abwehrverhalten. Um diesen Prozess positiv zu besetzen, sollte kein eskalatives Schreien entstehen. In diesem Fall ist es als Exitstrategie ratsam, einen einfacheren Weg, z. B. den Schlaf in der Trage oder im Kinderwagen anzubieten. Letztendlich ist es ein Abstimmungs- und Übungsprozess. Anfänglich kann das Baby im Arm einschlafen, damit es Schlafhinführung und Einschlafen positiv verknüpft. Es entsteht eine positive Schlaf-erwartungshaltung und das Einschlafen gelingt immer schneller. Es ist dann wichtig, das Kind schrittweise wacher abzulegen, so dass es wahrnimmt, dass das Einschlafen im Bett stattfindet. So ist es beim nächtlichen Erwachen nicht irritiert.

Halbjährige Kinder lehnen meist die Waage-rechte ab, daher aufrecht „runterkuscheln“.

3.2.4 Abendroutine

Nach dem Nachmittagsschlaf verbleiben ca. 2,5-3 Stunden, um vor der Nacht noch mal richtig satt zu werden. Der Abendbrei, soweit schon eingeführt, sollte 2 Stunden vor dem Schlafen stattfinden, denn für ein müdes Kind wird eine Löffelmahlzeit mühsam. Das letzte Stillen des Tages oder die Flasche gibt es am besten ca. 30 min vor dem Einschlafen, außerhalb des Schlafzimmers im Hellen und es sollte in diesem Alter als Mahlzeit und nicht als Einschlafhilfe verstanden werden. Danach kommt die inzwischen vertraute Einschlafroutine im abgedunkelten Schlafzimmer, also sanftes Tragen, Singen und Wiegen, das Kind wird auf den Schlaf eingestimmt und es erlebt optimalerweise das Ablegen im Bett, gerne auch gemeinsam mit einem Elternteil und das Einschlafen gelingt zügig.

3.2.5 Vorgehen in der Nacht

Selbst bei idealem Einschlafen wird das Kind aufgrund der beschriebenen Schlafphasenwechsel ca. alle 2 Stunden erwachen. Dann ist es wichtig, nicht automatisch sofort Nahrung anzubieten, sondern das Weiterschlafen anders zu fördern. Hat das Kind keinerlei andere Einschlaf Erfahrungen, außer z. B. an der Brust/Flasche einzuschlafen, wird es sich mit Vehemenz an seine Mutter adressieren und diesen „Weiterschlafservice“ einfordern. Wird diese Einschlafassoziation über längere Zeit aufrechterhalten, wie im Beispiel Lilly, verlagert sich die Hauptkalorienmenge in

die Nacht und das Essen am Tage gerät in den Hintergrund. Das Kind hat dann nachts tatsächlich Hunger und es wird schwierig, aus diesem Verhaltensmuster auszusteigen. Ein erster Schritt dazu ist es, diese Zusammenhänge bewusst zu machen, sodass klar wird: Es gibt verschiedene Bedürfnisse, einerseits Hunger, der mit nutritivem Saugen beantwortet wird, und andererseits das Weiterschlaflbedürfnis, was mit nicht-nutritivem Saugen zwar ermöglicht wird, aber in jedem Fall wird die Mutter angefragt, geweckt und dieses Prozedere kann Monate und Jahre so andauern.

Ein dauerhaft lebbares Konzept könnte sein, im Falle von Hunger zu stillen (nutritiv) bzw. die Flasche anzubieten und im Falle von Zwischenerwachen eine „Weiterschlaflsprache“ zu etablieren (vgl. oben). Ein gestuftes Beruhigen und der zügige Versuch, die Schlafstimmung aufrechtzuerhalten, ermöglicht dem Kind, sich auch anders zu beruhigen, und es verfestigt sich nicht nur eine ganz bestimmte Einschlafassoziation wie z. B. Stillen, die auf Dauer die Mutter belastet und den Vater ausbootet. Wenn das Kind ausschließlich die Brust erwartet, hat die nichtstillende Bezugsperson kaum eine Chance.

3.2.6 Ernährung

In dieser Altersstufe wird in der Regel mit Beikost begonnen. Wichtig zu wissen ist, wie auch im Beispiel Lilly, dass das nächtliche Kalorienangebot den Hunger am Tage beeinflusst. Betroffene Kinder sind wenig an einer Nahrungsveränderung interessiert und bevorzugen weiterhin die Brust. Gestresste Eltern mit Schlafentzug wollen jedoch ihre Gesamtsituation verändern und versuchen unter Umständen, den Kostaufbau oder die Flascheneinführung zu forcieren, was wiederum kontraproduktiv ist. Wenn ein nächtlich gesättigtes Baby tagsüber keinen Hunger verspürt und gleichzeitig immer wieder forcierten Fütterinteraktionen ausgesetzt ist, kann es zur kompletten Nahrungs- und Löffelverweigerung kommen. Eine Lösung wäre das Konzept „Baby Led Weaning“ (BLW), frei übersetzt eine vom Baby geleitete Entwöhnung, weil es sich dabei nicht um elterliches Füttern, sondern um kindliches Essen handelt. Dabei muss aber noch längere Zeit Ergänzungsstillen zu den Mahlzeiten erfolgen, damit eine Mahlzeit auch wirklich sättigend wird. Dies dauert allerdings seine Zeit, denn es sind Reifungsprozesse und Lernerfahrungen, die sich nicht einfach beschleunigen lassen.

Eine praktikable Lösung wäre ein zweigleisiges Angebot: Optimalerweise lernt das Baby mit Hunger und Lust zwanglos Löffelkost kennen und gleichzeitig erfährt es die langsame Heranführung an das Essen durch BLW. Satt werden kann das Kind durch das Ergänzungsstillen. In jedem Fall müssen die nächtlichen Kalorien und deren Sättigungseffekte mitberücksichtigt werden.

3.3 Altersspezifische Besonderheiten 8–13 Monate mit Fallbeispiel

Ein weiterer psychosozialer Reifungsschub macht aus den immobilen liegenden Babys plötzlich Wesen, die sich zunehmend fortbewegen, im Bett aufstehen und ganz klare Vorstellungen, Gewohnheiten und Erwartungen an die Eltern und die Welt haben. besitzen, und zwar genau die, die die Eltern den Kindern bisher gezeigt haben. Gleichzeitig realisiert das Kind jetzt Trennungen und es entsteht die Angst vor Fremden. Der eigene Wille erwacht und die Erkenntnis, dass Eltern sich meist erfolgreich durch Schreien steuern lassen, führt zu einem turbulenten Miteinander, was insbesondere das Schlafen deutlich erschwert. Spätestens jetzt brauchen Eltern einen Plan.



Der Bindungsforscher Powell gibt Eltern den guten Rat: „Sei allzeit stärker, größer, weiser und gütig und wenn nötig, übernehme die Führung.“

Dieses Mindset macht gute Eltern aus, sie geben vor allem erst einmal Sicherheit, dann ein gutes Vorbild, gleichzeitig ein Handlungsschema, das funktioniert, und die wahren Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt.

Fallbeispiel Lysander

Der 11 Monate alte Lysander ist gut entwickelt und geht bereits in die Krippe. Er ist den ganzen Tag in Bewegung und solange er nicht auf Grenzen stößt, ist er gut gelaunt. Tagsüber schläft er 2- bis 3-mal im Kinderwagen oder in der Kita und abends schläft er an der Brust ein. Aber nicht zügig wie früher, jetzt krabbelt er erst einmal durch das Familienbett, er steuert zielsicher in die Absturzzone, Mama fischt ihn wieder in die Sicherheit des Bettes, er beginnt das Klettern auf Mamas Körper und ist doch nicht bereit für den „Schlummertrunk“. Er „räubert“ weiter mindestens eine Stunde umher, bis er sich in den Schlaf stillen lässt. Meist bleibt die Mutter gleich mit im Bett, denn außer den regelmäßigen Stillunterbrechungen ca. alle 2 Stunden ist ihr Sohn fast jede Nacht zwischen 3.00 und 5.00 Uhr ein bis zwei Stunden wach, dabei gut gelaunt und will aufstehen. Schläft er dann noch mal ein, darf

er ausschlafen bis 8.30 Uhr. Gelingt dieses Weiterschlafen nicht, wird der erste Tagschlaf bereits von 7.00 bis 8.30 Uhr gehalten. In der Kita schläft er von 12.00–14.00 Uhr und ein drittes Mal am Nachmittag im Kinderwagen auf dem Heimweg. Lysander ist gut gelaunt, will abends wild spielen, aber für das späte Abendessen zu dritt interessiert sich Lysander nicht. Er schläft zu unterschiedlichen Uhrzeiten ausschließlich beim Stillen ein.



Abb. 7: Das Kita-Kind schläft noch 2- bis 3-mal am Tag.

Bei Lysanders Schlafverhalten fällt auf:

1. Er schläft unter der Woche 3x/d, am Wochenende 2x/d
2. unterschiedliche Aufwach- und Zubettgehzeiten
3. lange Einschlafphasen – Einschlafstillen
4. nächtliche Wachphasen und kompensatorisches Ausschlafen bzw. früher Morgenschlaf

3.3.1 Altersgemäßes Schlafen

In dieser Altersstufe schlafen die Kinder tagsüber in der Regel 2-mal. Einmal kürzer (45 min) und einmal länger (90 min). Die Wachstunden sind ca. 3 bis 3 1/2 bzw. 4 Std. Der Nachtschlaf liegt in der Regel relativ stabil bei 11 Stunden. Ähnliche Einschlaf- und Zubettgehzeiten sind für alle Beteiligten hilfreich. Der Übergang von zwei auf einen Tagschlaf erfolgt meist um den ersten Geburtstag herum. Je nach dem Alltag der Familie (Krippenbesuch, Geschwisterkinder, Arbeit) ist das unterschiedlich. Mit kurzen Powernaps (maximal 20 min) kann man sich gut helfen, wenn diese Schlafveränderung noch schwer fällt.

Schlaf ist individuell

Altersgemäßes Schlafen mit 8–13 Monaten:
tags ca. 2 x, in Summe 1,5–3 Std, nachts ca. 10,5–11 Std.,
um den ersten Geburtstag herum meist Übergang von
zwei zu einem Tagschlaf

Lysanders Gesamtschlaf liegt im Normbereich, jedoch ist die Verteilung ungünstig, denn er kompensiert die nächtlichen Wachphasen entweder mit Ausschlafen oder einem extrem frühen Tagschlafchen. Beides zementiert die nächtliche Wachphase.

Das Weiterschlafen in den frühen Morgenstunden ist mit wenig Schlafdruck immer schwierig. Kinder, die nicht selbstständig einschlafen können, fordern den „Weiterschlafservice“ ihrer Eltern. Diese interaktive Hilfe kann die Wachheit der Kinder fördern, da sie es fälschlicherweise als Spiel- und Unterhaltungsangebot nutzen.

Die Empfehlung für Lysander wäre, morgens keine Kompensation der nächtlichen Wachzeit zu ermöglichen, möglichst bald auf einen Tagschlaf umzustellen, z. B. mit einem kurzen Nachmittags-Nap, und grundsätzlich ähnliche Bettgehzeiten anzustreben.

3.3.2 Einschlafhilfen

Um eigenregulative Fähigkeiten zu ermöglichen, müssen **Übergangsobjekte** wie der Schnuller oder das Kuscheltier selbstständig gesucht und genutzt werden können. Dazu ist es nötig, ein Kuscheltier erst einmal am Tage in Tröste-, Beruhigungs- und Entspannungssituationen mit Bedeutung aufzuladen. Es braucht einen Namen und eine entsprechende Wertigkeit zu Hause, aber auch in der Kita, es soll Lysander ganz vertraut werden und ihn in der Folge in die Eigenregulation führen. Allerdings ist dazu die Erkenntnis der Mutter nötig, dass sie selbst bis dahin das beste interaktive Kuscheltier für Lysander darstellt. Solange sie den „Weiterschlafjob“, also Beruhigen, Brustanbieten und Einschlafsaugen, für ihr Kind jederzeit ermöglicht, wird sie weiterhin gebraucht und sie blockiert gleichzeitig damit die Eigenregulation ihres Kindes.



3.3.3 Einschlafroutine

Gerade für diese Altersstufe braucht es einen guten Plan und fürsorgliche **elterliche Führung**. Andernfalls führt das Kind die Eltern und es wird seine eigenen Ideen von Spiel und Spaß im Familienbett umsetzen. Den Schlafdruck und die Müdigkeit kann man erhöhen, indem man auf mehr Wachstunden achtet und ggfs. auf einen Tagschlaf umstellt. Wie aber kann ein Kind in diesem Alter schlafbereit werden?

Ein guter Plan dazu ist es, im abgedunkelten Zimmer mit Leselicht **ruhiges Schoßspiel** anzubieten. Da ein Bilderbuch mit zweidimensionalen Abbildungen noch nicht verstanden wird, kann ein „Sortierkörbchen“ mit unbekannten interessanten Alltagsgegenständen das Kind beschäftigen. Es bietet die beste Möglichkeit, über die kindliche Neugier und das Explorieren interessanter Objekte Schlafbereitschaft zu erreichen.

Beim ruhigen Sitzen und Spielen auf dem Schoß kann die Schlafbereitschaft beim Kind ankommen. Sichtbar wird das durch Müdigkeitssignale, wie Gähnen und Augenreiben. Diese „schlafnahe“ Stimmung erleichtert es den Eltern, ihr Kind zu erreichen, denn es fühlt sich intrinsisch müde. Es kann im Dunkeln noch vollends „runtergekuschelt“ werden und das Einschlafen gelingt leichter.

3.3.4 Abendroutine

Es ist ratsam, für die schwierige Zeit am Abend klar die **Führung** zu **übernehmen** und mit einer sinnvollen Abfolge noch einmal allen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Eine **frühe Essenszeit** (2 Std. vor dem Einschlafen) ermöglicht noch eine schöne **Spielzeit** mit einem Elternteil, in der Beziehung gelebt, aber auch Motorik ausgelebt werden darf. Diese aktive Phase wird klar beendet, z. B. mit einer Stillmahlzeit oder einer Flasche. Dann schließt sich die **Wickelzeit** an, in der das Kind bettfertig wird. Die **ruhige Zeit** im Schlafzimmer mit Sortierkörbchen und später mit Bilderbuch ermöglicht die Schlafbereitschaft. Im Dunkeln folgt die **Herzenszeit** mit Singen und Wiegen. Optimalerweise entwickelt das Kind den intrinsischen Wunsch zu schlafen und es beginnt die **Schlafenszeit**. Nach einer Verabschiedung sollte die elterliche Hilfe schrittweise weniger werden, am besten das Elternteil „schläft weg“ (Fake-Schlaf). Damit steht es zur Regulation nicht mehr zur Verfügung und ermöglicht dem Kind eigenregulatives Einschlafen. Das **Wegschlafen** wird zum **Wegdrehen**, daraus wird ein **Wegrücken** der Bezugsperson und nachdem das Kind gelernt hat, selbstgesteuert einzuschlafen, kann das Elternteil auch **weggehen**.

3.3.5 Vorgehen in der Nacht

Alle Eltern sollten wissen, dass das Aufwachen in der Nacht zum Schlafen dazugehört. Es ist günstig und sicherheitsspendend, wenn die Aufwachsituation nachts die gleiche ist wie die abendliche Einschlafsituation. Es hängt von der praktizierten Einschlafassoziation ab, was das Kind erwartet. In jedem Fall muss ein Elternteil prompt verfügbar sein und soziale Rückversicherung, Beruhigung und Trost spenden. Die Kinder erwarten vielleicht etwas anderes (Brust, Flasche oder Tragen) und ihr eigener Wille lässt sie dies vehement einfordern. Keine leichte Situation, denn je aufgeregter ein Kinder wird, desto schwieriger wird das Weiterschlafen. Man muss sich um den „Kummer der nicht erfüllten Erwartung“ kümmern mit Ablenkung, Zuversicht und Geduld. (9)

3.3.6 Ernährung

Einjährige wollen ihre Autonomie leben und schon gerne selbst essen. Das führt in diesem Alter dazu, dass die Mahlzeit durch das Selberessen in Verbindung mit kurzer Aufmerksamkeitsspanne oft vorzeitig beendet wird.



Abendessen der Einjährigen: Die Geduld ist am Ende und der Hunger noch übrig.

Daher beim frühen Abendessen (nicht müde!) auf Kaloriendichte achten und wenn kein Milchbrei mehr akzeptiert wird, bevorzugt kalorienreiche warme Gerichte anbieten anstatt z. B. Knäckebrot und Rohkost.

Zusammenfassende Empfehlungen für Einjährige/Kleinkinder

Ein Ausweg aus dem Dilemma ist es, das Stillen vom Einschlafen zu trennen und es als Mahlzeit zu verstehen, auch die Partnerperson zur Einschlafbegleitung zu ermächtigen und im weiteren Verlauf durch das schrittweise Zurücknehmen der elterlichen Hilfe (Wegschlafen, Wegdrehen und Wegrücken), dem Kind selbstgesteuertes Einschlafen zu ermöglichen. Gleichzeitig sollte das Kuscheltier an Bedeutung gewinnen und ein Schnuller muss selbstständig genutzt werden. Es wird nur schrittweise gelingen, aber durch die Zurücknahme der elterlichen Co-Regulation und das gleichzeitige Lehren des selbstgesteuerten Ein- und Weiterschlafens kann das Kind genau dies lernen.

4 Fazit für die Praxis

In der frühen Kindheit kommt Beratenden eine wichtige Rolle in der Prävention zu. Sie können frühzeitig durch kompetente Beratung die Entwicklung eines Kindes günstig bahnen, Risiken und Hilfebedarf feststellen und die Familie bei Bedarf rechtzeitig weiterverweisen.

Eine gute Eltern-Kind-Beratung sollte den Eltern ein Verständnis für das entsprechende Alter ihres Kindes vermitteln und sie gleichzeitig dazu befähigen, die anstehenden Herausforderungen bzgl. Entwicklung und Schlaf zu bewältigen.

Gerade für das anspruchsvolle Thema Babyschlaf braucht es neben dem entsprechenden Hintergrundwissen unterschiedliche altersspezifische Handlungsempfehlungen.



So ergibt sich aus den einzelnen Bausteinen – altersgemäßes Schlafen, Einschlafhilfen, Einschlafroutine, Abendroutine, Vorgehen in der Nacht, Ernährung – ein altersspezifischer Leitfaden, der den Beratenden und den Eltern gleichermaßen Sicherheit gibt.

Die Einzigartigkeit der Eltern-Kind-Beziehung in den verschiedenen Altersstufen, die Möglichkeit, nachhaltige Veränderung zu bewirken und einen Grundstein für guten Schlaf zu legen, macht die Arbeit mit den Familien so spannend und so wertvoll.

5 Literatur

1. Bowlby J. Attachment and Loss, Volume 1: Attachment. *The International Psycho-Analytical Library* 79. Harmondsworth: Penguin Books, 1981.
2. Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Barth R. Regulationsstörungen der frühen Kindheit: frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. 2. Nachdr. Psychologie-Forschung. Bern: Huber, 2010.
3. Wiater A, Lehmkuhl G, Alfer D. Praxishandbuch Kinderschlaf. Elsevier, 2020. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-00325-4>
4. Largo, R H. Babyjahre: Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren, Vollst. überarb. Neuausg., 14. Aufl., München: Piper, 2014.
5. Benz, Marisa, und Kerstin Scholtes. 2015. „Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise und zur Regulationsstörung“. In Regulationsstörungen, herausgegeben von Manfred Cierpka, 1-14. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40742-0_1.
6. Jenni O. Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Regulation. *Monatsschrift Kinderheilkunde* (2009) 157 (6): 551-57. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1891-8>
7. Lazarus M, Jiang-Fan C, Zhi-Li H, Yoshihiro U, Bertil B. Fredholm. Adenosine and Sleep. *Sleep-Wake Neurobiology and Pharmacology* (2017) 253:359-81. Handbook of Experimental Pharmacology. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/164_2017_36
8. Schlarb A, Schneider B. Schlaf im Säuglingsalter. *Somnologie* (2018) 22 (4): 273-84. <https://doi.org/10.1007/s11818-018-0186-0>
9. Schieche M, Rupperecht C, und Papoušek M. Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Psychologie-Forschung. Bern: Huber, 2004.
10. Dotzauer D. Babyschlaf: fundiertes Wissen und konkrete Handlungsvorschläge aus der Beratungspraxis. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2022.
11. Poets C, Christian F, GNPI, Paditz E, Hübler A u. a. Prävention des plötzlichen Säuglingstods (SIDS, „sudden infant death syndrome“, ICD 10: R95). S1-Leitlinie, AWMF Nr. 063-002, (Stand 11/2022). *Monatsschrift Kinderheilkunde* (2023) 171 (5): 452-56. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01724-8>

Bilder via Getty Images

Cover: Jacob Wackerhausen / iStock / Getty Images Plus

S. 4: MangoStar_Studio / iStock / Getty Images Plus

S. 6: Mehmet Hilmi Barcin / iStock / Getty Images Plus

S. 6: Artem Stepanov / iStock / Getty Images Plus

S. 7: 1001Love / iStock / Getty Images Plus

S. 8: staticnak1983 / iStock / Getty Images Plus

S. 9: gorodenkoff / iStock / Getty Images Plus

S. 9.: sabelskaya / iStock / Getty Images Plus

S. 10: petrunjela / iStock / Getty Images Plus

S. 11: levgeniia Shugaliia / iStock / Getty Images Plus

S. 12: Ridofranz / iStock / Getty Images Plus

S. 13: Octopus182 / iStock / Getty Images Plus

S. 14: vvaragic / iStock / Getty Images Plus

S. 14: Kheat / iStock / Getty Images Plus

S. 15: Octopus182 / iStock / Getty Images Plus

S. 16: AntonioGuillem / iStock / Getty Images Plus

S. 17: Arsenii Palivoda / iStock / Getty Images Plus

S. 18: avtk / iStock / Getty Images Plus

S. 19: Andrey Shevchuk / iStock / Getty Images Plus

S. 20: monkeybusinessimages / iStock / Getty Images Plus

Lösungen Selbsttest: 1E, 2C, 3D, 4E, 5E, 6E, 7C, 8E, 9C, 10D

Selbsttest

Testen Sie Ihr Wissen! Die Antworten finden Sie unter dem Literaturverzeichnis.

1. Säuglingsschlaf versus Erwachsenenenschlaf?

- A. Schlafarchitektur und Schlafprofil unterscheiden sich nicht.
- B. Die Effekte der Schlafhomöostase gelten für alle Menschen unabhängig vom Alter.
- C. Der Melatonin-Regelkreis wirkt von Anfang an.
- D. Schlafzyklen sind bei Säuglingen länger.
- E. Kinder haben einen höheren Schlafbedarf und kürzere Wachzeiten.

2. In welchem Alter etabliert sich der Tag-Nacht-Rhythmus?

- A. Im ersten Lebensjahr
- B. In den ersten 4 Wochen
- C. In den ersten acht Wochen
- D. In den ersten 6 Monaten
- E. In den ersten beiden Lebensjahren

3. Welchen Trick, der zum zügigen Weiterschlafen führen kann, sollten alle Eltern kennen?

- A. Stillen und schnell abdocken.
- B. In die Federwiege stecken.
- C. Möglichst schnell die Flasche in den Mund stecken.
- D. Lageveränderung „bitte wenden“
- E. Auf dem Pezziball wippen.

4. Welches Hilfstool ist zur Schlafberatung notwendig?

- A. Verwendung einer Still-App
- B. Regelmäßige Körpertemperaturmessungen
- C. Fütterprotokoll
- D. Regelmäßige Stillproben
- E. 24-Stunden-Schlafprotokoll

5. Wie lange sollten Kinder von 0–3 Monaten zwischen den Tagschläfchen wach sein?

- A. Bis das Kind deutliche Müdigkeitssignale zeigt.
- B. 2–3 Std.
- C. 3–4 Std.
- D. Es gibt keine Empfehlungen.
- E. 1–2 Std.

6. Warum erwachen 6 Monate alte Kinder in der Nacht so häufig?

- A. Sie haben einen erhöhten Kalorienbedarf und haben Hunger.
- B. Wegen Blutzuckerschwankungen
- C. Sie träumen aktiv und erwachen deshalb.
- D. Aufgrund von Reizüberflutung
- E. Sie erwachen im Schlafphasenwechsel.

7. Welche Empfehlung ist beim häufigen nächtlichen Erwachen falsch?

- A. Die Einschlafassoziationen verändern (z.B. das Stillen vom Einschlafen trennen).
- B. Eigenregulative Fähigkeiten fördern.
- C. In ein anderes Zimmer ausquartieren.
- D. Schnuller in die Hand geben.
- E. Kuscheltier mit Bedeutung aufladen.

8. Welcher Entwicklungsschritt erschwert den Schlaf der Einjährigen nicht?

- A. Entwicklung von Motorik
- B. Der eigene Willen erwacht.
- C. Trennungsangst
- D. Instrumentelles Schreien
- E. Umstellung auf selbstgesteuertes Essen

9. Mit welchen Maßnahmen lässt sich der Schlafdruck bei den Einjährigen erhöhen?

- A. Durch mehr körperliche Anstrengung
- B. Durch mehr kognitive Auslastung
- C. Durch die Umstellung von zwei auf ein Tagschläfchen
- D. Durch die Umstellung von drei auf zwei Schläfchen
- E. Keine der genannten Möglichkeiten trifft zu.

10. Wie kann man die Schlafbereitschaft bei Einjährigen sinnvoll erreichen?

- A. Möglichst lange auspowern lassen.
- B. Durch Stillen im Bett
- C. Durch langes Umhertragen
- D. Ruhiges Schoßspiel und interessante Objekte entdecken lassen.
- E. Durch Vorlesen von Geschichten

Für Ihre Notizen!

[illegible]

Für Ihre Notizen!

[illegible]