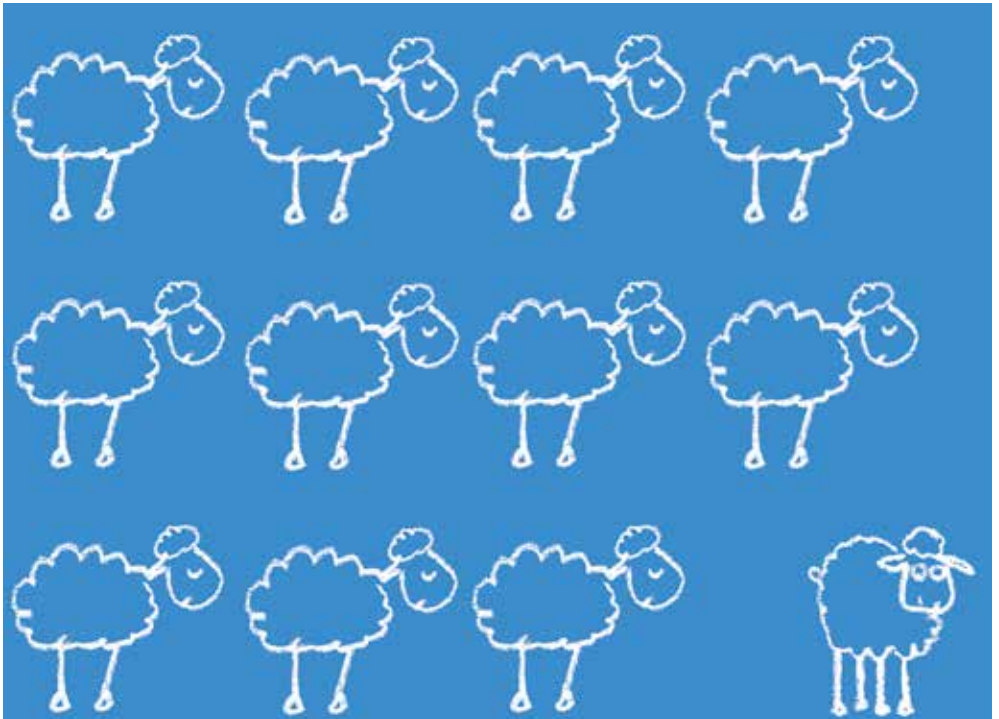


# Schlafstörungen bei Kindern

Ein Ratgeber für unruhige Kindernächte



## **Autoren**

KD Dr. med. Caroline Benz  
Prof. Dr. med. Oskar Jenni

Abteilung Entwicklungspädiatrie und  
Zentrum für Schlafmedizin  
Kinderspital Zürich  
Steinwiesstrasse 75  
CH-8032 Zürich

Telefon +41 44 266 77 75  
Telefax +41 44 266 71 64

2. Auflage Februar 2014  
Literaturhinweis: Oskar Jenni und Caroline  
Benz. Schlafstörungen beim Kind. Pädiatrie  
up2date 2007; 4: Seiten 309-333.



**Das Spital der**  
*Eleonorenstiftung*

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich

[www.kispi.uzh.ch](http://www.kispi.uzh.ch)

## **Einleitung**

Schlafstörungen bei Kindern sind weit verbreitet. 15 bis 30% aller Kinder im Vorschulalter haben Einschlaf- oder Durchschlafstörungen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um vorübergehende Störungen ohne Krankheitswert (funktionelle Schlafstörungen). Diese Verhaltensstörungen sind zwar nicht schädlich für das Kind, können aber eine Familie sehr belasten. Sie bedürfen keiner grossen medizinischen Abklärung, sondern eines aufklärenden Gesprächs und einer persönlichen Beratung.

Sehr viel seltener treten Erkrankungen wie nächtliche Atemstörungen auf, die eine medizinische Abklärung und Behandlung erfordern.

## **Normales kindliches Schlafverhalten**

Kenntnisse über die normale Entwicklung des kindlichen Schlafs sind für Eltern hilfreich, damit sie das Schlafverhalten ihres Kindes besser verstehen und auf Schlafstörungen adäquat reagieren können.

Kinder sind nicht einfach kleine Erwachsene, die etwas länger schlafen, sich aber sonst im Schlafverhalten nicht unterscheiden. Die biologische

Reifung des Gehirns und die soziale Entwicklung führen zu altersspezifischen Eigenheiten des kindlichen Schlafverhaltens.

## **Grundlagen**

Der Schlaf wird in zwei Phasen unterteilt, den REM- und den Non-REM-Schlaf. Im REM-Schlaf (Rapid Eye Movement Schlaf) erkennt man rasche Augenbewegungen hinter den geschlossenen Lidern. Die Atmung ist unregelmässig. Die Muskeln sind entspannt. Traumerinnerungen sind in dieser Phase häufiger. Im Non-REM-Schlaf bewegen sich die Augen nicht. Die Atmung ist regelmässig. REM- und Non-REM-Schlaf unterscheiden sich durch das Muster der elektrischen Aktivität des Gehirns, der Muskulatur und der Augen. Die beiden Stadien wechseln sich im Verlaufe des Schlafs zyklisch ab. Diese differenzierte Schlafstruktur entwickelt sich im Laufe des ersten Lebensjahres und widerspiegelt Reifungsprozesse des Gehirns. Im Säuglingsalter nennt man den REM-Schlaf auch aktiven Schlaf. Die Säuglinge bewegen sich dabei häufig und sind leichter weckbar. Im Non-REM-Schlaf dagegen sind sie ganz ruhig (ruhiger Schlaf).

## Die Entwicklung des Schlaf-Wach-Rhythmus

In den ersten Lebenswochen ist der Schlaf und das Wachsein beim Neugeborenen unregelmässig über den Tag und die Nacht verteilt. Das Kind hat seinen Rhythmus noch nicht an den Hell-Dunkel-Wechsel der Umgebung angepasst, sondern setzt gewissermassen das Leben im Mutterleib fort. In den ersten Lebensmonaten werden Schlaf- und Wachphasen so umverteilt, dass sich nachts eine Schlafperiode von 6 und mehr Stunden bildet.

Die meisten Kinder haben einen starken Drang zur Regelmässigkeit. Ohne das Dazutun der Eltern melden sie sich immer zur gleichen Zeit und wollen gestillt oder geschöpelt werden. Es gibt aber Kinder, die Schwierigkeiten haben selbständig einen Rhythmus aufzubauen. Diese Kinder brauchen einen durch die Eltern vorgegebenen regelmässigen Tagesablauf. Neben dem Einfluss von Licht hilft dieser gesellschaftliche Rhythmus (Aktivität, Ruhe, Essen) dem Kind seine innere Uhr einzustellen.

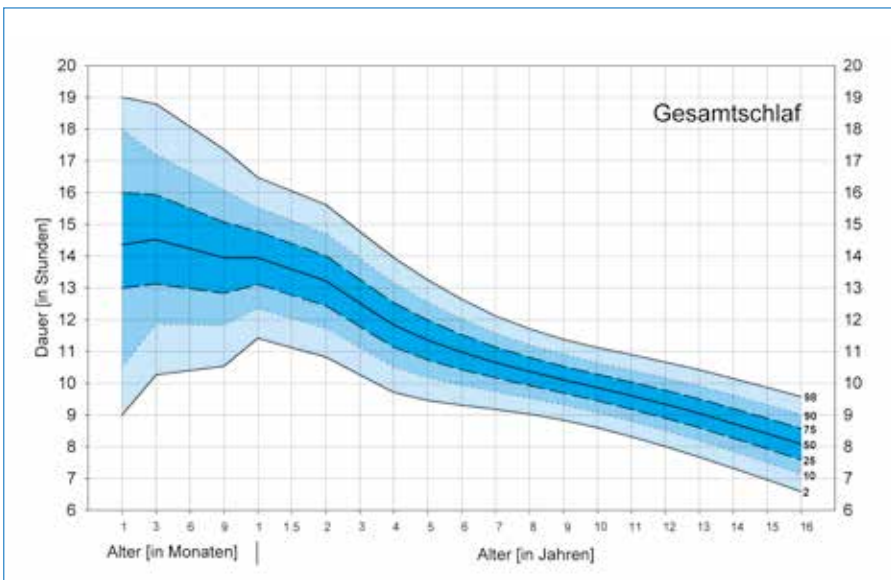


Abbildung 1: Gesamtschlafdauer in den ersten Lebensjahren (Zürcher Longitudinalstudien)

## **Individueller Schlafbedarf**

Im ersten Lebensjahr nimmt die Dauer des Nachtschlafes vorerst auf Kosten des Tagschlafes zu, um dann im Verlauf des zweiten bis fünften Lebensjahres langsam wieder abzunehmen.

Bezüglich Gesamtschlaf bestehen bei Kindern und Erwachsenen grosse, individuelle Unterschiede. Bei gleichaltrigen Kindern kann die Differenz bis zu 6 Stunden ausmachen (Abbildung 1). Beim einzelnen Kind ist die Schlafdauer ziemlich stabil. Kinder, die in den ersten Lebensjahren wenig schlafen, neigen dazu, dies auch in den folgenden Jahren zu tun. Ein Kind kann nur soviel schlafen, wie es seinem persönlichen Bedarf entspricht. Muss es mehr Zeit im Bett verbringen, kommt es je nach Alter des Kindes zu Einschlaf- oder Durchschlafstörungen.

Der individuelle Schlafbedarf eines Kindes kann durch Führen eines Schlafprotokolls während 10 bis 14 ermittelt (Abbildung letzte Seite) und die Verweildauer im Bett dem Schlafbedarf angepasst werden. Wie oft und wie lange das einzelne Kind tagsüber schlafen soll, hängt vom Kind und den Bedürfnissen der Eltern ab. Wichtig ist, dass es tagsüber soviel schlafen kann, dass es im Wachzu-

stand zufrieden und an seiner Umgebung interessiert ist. Die Umstellung an einen neuen Schlafplan erfolgt über einen Zeitraum von 7 bis 14 Tagen. Damit das Kind sich an die neuen Bettzeiten gewöhnt, müssen die Eltern konsequent daran festhalten.

## **Nächtliche Mahlzeiten**

In den ersten Lebenswochen ist das Stillen nach Verlangen sicherlich diejenige Ernährungsform, die den kindlichen Bedürfnissen am besten entspricht. Im Laufe der ersten 6 Lebensmonate passen die Kinder aber ihr Schlaf-Wach-Verhalten dem Tag-Nacht-Wechsel an. Sie beginnen nachts längere Zeit ununterbrochen zu schlafen und gleichzeitig auch die Nahrungsaufnahme immer mehr in den Tag zu verlegen.

Nach dem 6. Lebensmonat ist ein gesundes, normal gediehenes Kind nicht mehr auf die nächtliche Nahrungszufuhr angewiesen. Möglicherweise hat sich das Kind nun aber an das nächtliche Stillen oder die Flasche gewöhnt – es hat sich ein angelerntes Hungergefühl entwickelt, welches zum regelmässigen Erwachen führt. Bei gestillten Kindern ist es für die Mutter oft schwierig nachts

etwas zu verändern. Sie sollte darauf achten, die Stillabstände tagsüber auf 4 bis 5 Stunden auszudehnen, damit das Kind lernt, grössere Mengen Milch auf einmal zu trinken und möglichst tagsüber seinen Kalorienbedarf zu decken. Bei Flaschenkindern empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen durch Verdünnen der nächtlichen Schoppen und Reduzieren der nächtlichen Trinkmenge.

## **Einschlafrituale und Einschlafhilfen**

Ein immer gleich ablaufendes Zubettgeh-Ritual hilft dem Kind beim Ein- und Durchschlafen. Kinder brauchen bereits im ersten Lebensjahr ein grobes Raster, an dem sie sich orientieren können. Dabei spielen regelmässige Abläufe und Rituale, die dem Kind signalisieren, was als nächstes kommt, eine grosse Rolle. Ereignisse werden voraussehbar und vermitteln dadurch Sicherheit und Geborgenheit. Das Einschlafritual soll das Kind zum Schlafen hinführen. Einschlafen sollte es möglichst selbständig, allenfalls mit Hilfe eines Nuggis oder eines Nuschelis.

Säuglinge und Kleinkinder wachen nachts mehrmals auf. Das gehört zum normalen Schlafverhalten. Wie

das Kind abends einschläft, bestimmt ganz wesentlich sein Verhalten beim nächtlichen Erwachen. Ein Kind, das gelernt hat, abends alleine einzuschlafen, wird auch nachts den Schlaf wieder selber finden.

Wenn Eltern sich zu ihren Kindern hinlegen, sie streicheln oder in den Schlaf singen, wird das Ritual zu Einschlafhilfe. Das Kind verbindet das Einschlafen mit der Nähe der Eltern, mit gehalten und gewiegt werden. Da es auch nachts nur mit Hilfe der Eltern einschlafen kann, verlangt es nach ihnen. Das kann für Eltern sehr ermüdend werden.

Festgefahrene Einschlafgewohnheiten zu ändern setzt eine konsequente Erziehungshaltung und viel Geduld voraus. Die Beratung und Begleitung durch eine Fachperson (KinderärztIn, MütterberaterIn oder PsychologIn) kann dabei hilfreich sein.

## **Schlafposition und Schlafort im Säuglingsalter**

Die Anzahl Kinder, die am plötzlichem Kindstod (SID) sterben, ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Die entscheidenden Massnahmen zur Risikoreduktion beim plötzlichen Kindstod sind Schlafen auf dem Rücken auf einer festen Matratze,

rauchfreie Umgebung (bereits während der Schwangerschaft), Vermeiden von Überwärmung (optimale nächtliche Raumtemperatur von 18° C), Stillen im 1. Lebensjahr und Verwendung eines Nuggis (ohne Zwang).

Der sicherste Schlafort für einen Säugling ist das eigene Kinderbett im Schlafzimmer der Eltern. Eine sinnvolle Alternative stellen Kinderbetten dar, die an das elterliche Bett angedockt werden können. Das gemeinsame Schlafen im elterlichen Bett stellt Anforderungen an die Eltern. Der Säugling braucht zum Schlafen genügend Platz, das Bett muss dementsprechend gross und die Matratze fest sein. Auf die Verwendung von Kissen, Fellunterla-

gen oder ähnlichem sollte verzichtet werden. Wenn die Eltern Raucher sind oder Alkohol, Medikamente oder Drogen eingenommen haben, selber erkrankt oder übermüdet sind, dann geht Bedsharing mit einem wesentlich erhöhten Risiko für einen SID einher und sollte vermieden werden.

## Das Kind im Elternbett

Im Verlaufe des zweiten Lebensjahres wollen viele Kinder plötzlich nicht mehr alleine schlafen (Abbildung 2). Die Ursachen dafür sind unterschiedlich. Wenn die Eltern sich nicht gestört fühlen, spricht nichts gegen das Familienbett. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass ein solches

Schlafverhalten sich zum Nachteil des Kindes entwickelt. Fühlen sich die Eltern aber durch die Anwesenheit des Kindes gestört oder haben sie erzieherische Bedenken, kann eine Matratze neben dem Elternbett hilfreich sein, oder man lässt die Geschwister zusammen schlafen.

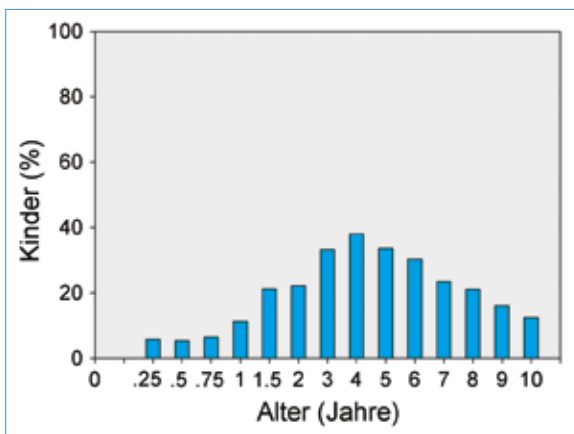


Abbildung 2: Kinder im elterlichen Bett (Zürcher Longitudinalstudien)

## Rhythmische Bewegungen

Ab dem 6. Lebensmonat treten bei vielen Kindern beim Einschlafen rhythmische Bewegungen auf (Kopfwackeln, Körperrollen oder Schaukeln), die keinen eigentlichen Krankheitswert haben und zur normalen Entwicklung gehören. Bereits ab dem 2. Lebensjahr nimmt die Häufigkeit dieser rhythmischen Bewegungen wieder ab (Abbildung 3).

## Verzögerte Schlafphasen

Es gibt Kinder mit Neigung zu frühem Erwachen (‹Lerchen› oder Morgenkinder) oder spätem Einschlafen (‹Eulen› oder Abendkinder). Abendkinder zeigen oft abendliche Einschlafstörungen und haben grosse Mühe, rechtzeitig am Morgen zur Schule aufzustehen (verzögerte Schlafphase). Verhaltenstherapeutische Interventionen und in seltenen Fällen auch eine medikamentöse Therapie können hilfreich sein.

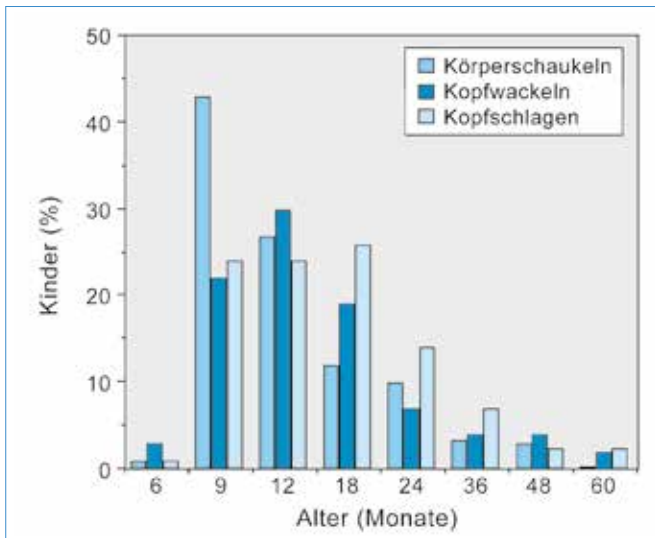


Abbildung 3: Rhythmische Bewegungen in den ersten Lebensjahren (nach Klackenberg)



## Aufwachstörungen (unvollständiges Erwachen)

Bei den Aufwachstörungen handelt es sich um ein unvollständiges Erwachen aus dem Tiefschlaf. Sie treten typischerweise in den ersten Stunden nach dem Einschlafen auf und sind häufige und an sich harmlose Schlafphänomene in einer bestimmten Altersperiode. Oft findet sich eine familiäre Häufung.

Zu den Aufwachstörungen gehören der Nachtschreck oder Pavor nocturnus (Kleinkindesalter) und das Schlafwandeln (Schulalter). Beim

Nachtschreck ist das Kind ausser sich, schlägt wild um sich, schreit wie am Spiess, schwitzt und hat oft einen bizarren Gesichtsausdruck. Es ist dabei nicht ansprechbar und kann auch nicht geweckt werden. Nach 5-10 Minuten ist die Episode vorbei, das Kind schläft sofort wieder ein und erinnert sich am Morgen nicht an das Geschehene. Die Eltern sollen während einer solchen Episode beim Kind bleiben und es vor Verletzungen schützen. Sie sollen aber nicht ver-

	<b>Nachtschreck</b>	<b>Angsträume</b>
Schlafphase	Partielles Erwachen aus dem Tiefschlaf	Angstmachender Traum im REM-Schlaf, gefolgt von Erwachen
Zeitliches Auftreten	1 bis 4 Stunden nach dem Einschlafen	In der zweiten Hälfte der Nacht
Erster Eindruck vom Kind	Aufgerissene Augen, ausser sich. Kann nicht geweckt werden.	Wach, weint, ruft nach den Eltern.
Verhalten des Kindes	Sitzt im Bett, schlägt um sich, Gesichtsausdruck zeigt Angst, Zorn oder Verwirrung. Schwitzen und starkes Atmen.	Weint, verängstigt. Angst dauert nach Aufwachen an.
Verhalten gegenüber den Eltern	Nimmt die Eltern nicht wahr. Lässt sich nicht beruhigen. Schreit und schlägt um sich, wenn gehalten.	Nimmt die Eltern sofort wahr. Will getröstet werden.
Wiedereinschlafen	Rasch	Verzögert
Erinnerung	Keine	Auch am folgenden Tag
Was tun als Eltern?	Abwarten, nicht versuchen Kind zu wecken. Vor Verletzungen schützen.	Zuwendung. Falls Bedürfnis, mit Kind über Traum reden.

Tabelle: Unterschied zwischen Nachtschreck und Angsträumen

suchen, es zu halten oder gar zu wecken.

Beim Schlafwandeln bleiben die Kinder meist ruhig, stehen auf und gehen herum. Sie können auch Fenster und Türen öffnen. Deshalb ist es wichtig, dass die Eltern mögliche Gefahrenquellen sichern und Betreuungspersonen informiert werden, wenn das Kind auswärts schläft.

Schlafmangel, unregelmässiger Rhythmus, emotionale Belastungen, aber auch andere Schlafstörungen können Aufwachstörungen begünstigen. Dauern sie über einen längeren Zeitraum oder zeigen sich besondere Formen, so ist eine weitere Abklärung indiziert.

## **Angsträume (Alpträume)**

Im Gegensatz zum Nachtschreck treten Angsträume in der zweiten Nachthälfte und im REM-Schlaf auf. Das Kind ist anscheinend wach, weint oder schreit, ruft nach den Eltern und sucht Trost. Auslöser ist ein angstmachender Traum, an den sich das Kind oft erinnert. Für die Eltern ist es wichtig, dass sie dem Kind Zuwendung zeigen und es trösten.

## **Zähneknirschen**

Nächtliches Zähneknirschen ist recht häufig und harmlos. In langdauernden Fällen kann eine kieferorthopädische Behandlung (Aufbisschiene) zur Vermeidung einer starken Zahnabnutzung notwendig sein.

## **Sprechen im Schlaf**

Sprechen im Schlaf ist ein häufiges und harmloses Phänomen.

## **Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)**

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) ist eine Störung der Atmung während des Schlafs, die auf einer Verengung der oberen Atemwege beruht. Betroffene Kinder schnarchen, haben wiederholt Atempausen, schwitzen und schlafen unruhig. Manchmal besteht lediglich eine erschwerte und laute Einatmung, die an Einziehungen des Brustkorbes erkennbar ist. Etwa 10% der Kinder schnarchen im Schlaf. Es zeigen aber nur 1% aller Kinder ein Schlafapnoe-Syndrom. Tagesmüdigkeit oder auch Hyperaktivität, die zu Leistungsabfall und Schulschwierigkeiten führen

können, sind häufige Begleiterscheinungen. Die Atempausen können zu Sauerstoffmangel mit Auswirkungen auf das Gehirn und das Herz führen. Die Diagnose wird durch eine apparative Überwachung der Atmung während des Schlafs gestellt. Häufig führt die Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln zu einem Verschwinden der Schlafapnoen und verhindert schwerwiegende Krankheitsfolgen.

## **Narkolepsie**

Die Narkolepsie ist eine seltene Störung der Schlaf-Wach-Regulation (0.1% der Bevölkerung). Sie tritt ausnahmsweise bereits im Schulalter auf. Die Erkrankung manifestiert sich mit einer aussergewöhnlichen Einschlafneigung (Schlafattacken), kurzzeitigem Verlust des Muskeltonus (Kataplexie), Tagesschläfrigkeit, Halluzinationen und einer Bewegungsunfähigkeit im Halbschlaf, wobei nicht alle Symptome gleichzeitig vorkommen müssen. Die Diagnose wird durch Abklärungen in einem Schlaflabor und Laboruntersuchungen bestätigt.

## **Restless Legs Syndrom (RLS)**

Diese Erkrankung äusserst sich durch Kribbeln, Schmerzen und einen starken Bewegungsdrang der Beine. Die unangenehmen Empfindungen treten vor allem nachts im Schlaf und bei längeren Ruhephasen auf. Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit können die Folge sein. Bereits Schulkinder und Jugendliche können in seltenen Fällen am Restless Legs Syndrom leiden. Sie klagen dabei über nächtliche Schmerzen der Beine und zeigen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen. Je nach Schweregrad kann eine medikamentöse Behandlung indiziert sein.

## **Medikamente bei Schlafstörungen**

Schlafmittel sind bei normal entwickelten und gesunden Kindern mit funktionellen Schlafstörungen nicht angebracht. Gelegentlich können aber Medikamente wie beispielsweise Melatonin bei Kindern mit Entwicklungsbehinderungen hilfreich sein.

