

# **10 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Plötzlichem Säuglingstod (SID), Infantizid und Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang**

Frank Häbler, Henryk Zamorski, Steffen Weirich

## **10.1 Einleitung**

Eine der unangenehmsten Aufgaben eines Arztes ist wohl das Feststellen des Todes – insbesondere wenn es sich dabei um ein Kind bzw. sogar einen Säugling handelt. Neben natürlichen kann der Tod jedoch auch unnatürliche Ursachen haben, zu deren Aufklärung Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen beitragen.

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik der BRD ([www.bka.de](http://www.bka.de)) waren unter den Opfern von Tötungsdelikten im Jahre 2005 109 Kinder (unter 14 Jahren). Für die folgenden Betrachtungen spielen die vier im Zusammenhang mit Sexualdelikten ermordeten Kinder keine oder eine nur untergeordnete Rolle. Da in der PKS keine Differenzierung in Altersgruppen wie Säugling (Neonatizid) oder Kleinstkind im 1. Lebensjahr (Infantizid) vorgenommen wird, existieren diesbezüglich keine verlässlichen deutschen Zahlen. In den USA liegt die Inzidenz von Kindstötungen bei 8,0 auf 100.000 Kinder im 1. Lebensjahr. Mit 2,9 Infantiziden auf 100.000 beträgt die Prävalenz in Kanada weniger als die Hälfte von der der USA (Hatters Friedman et al. 2005). In den USA sind Kindstötungen die 4.-häufigste Todesursache im Vorschul- und die 3.-häufigste im Schulalter (Hatters Friedmann et al. 2005).

Tab. 13 Kinder als Opfer von Tötungsdelikten (PKS 2005)

| Delikt                                  | Gesamtzahl | Kinder/Anzahl |
|---|------------|---------------|
| Mord                                    | 413        | 35 (8,5 %)    |
| Mord im Zusammenhang mit Sexualdelikten | 14         | 4 (28,6 %)    |
| Totschlag                               | 456        | 45 (9,9 %)    |
| Körperverletzung mit Todesfolge         | 175        | 25 (14,3 %)   |

Da sich nicht selten hinter der Beschreibung Plötzlicher Säuglingstod (SID) ein unnatürlicher Tod (Tötung oder Unfall) verbirgt, ist es wichtig, SID in die differentialdiagnostischen Erwägungen mit einzubeziehen. Insbesondere bei familiären Häufungen von SID Fällen ist bei Abweichungen von SID-typischen Obduktionsbefunden an ein Tötungsdelikt zu denken. Anlässlich der 7. Internationalen SID Konferenz in Florenz erinnerte Green (2002) an die viel zitierte Aussage Meadows: „One cot death is a tragedy, two are suspicious and three are homicide until proved otherwise.“

## 10.2 Plötzlicher Säuglingstod

Die häufigste post-neonatale Todesursache (im 1. Lebensjahr) in Industrieländern ist der Plötzliche Säuglingstod.

Er ist definiert als plötzlicher, von der Entwicklung des Babys her unerwarteter und durch eine Obduktion nicht erklärbarer Tod (Howard and Hannam 2003). In Deutschland werden die Kriterien „plötzlich“, „unerwartet“ und „nicht erklärbar“ ergänzt durch ein weiteres Kriterium „Versterben im Schlaf“ (Kannt und Olbertz 2004). Obwohl das Kriterium „nicht erklärbar“ erst nach erfolgter Obduktion zutreffen kann, wird die Diagnose SID häufig auch ohne Obduktion vergeben.

Im Jahr 2002 starben in der BRD von 719.250 Lebendgeburten (Lebensalter vom 8.–365. Tag) 334 Kinder mit der Diagnose Plötzlicher Säuglingstod (Statistisches Bundesamt 2004). Daraus ergibt sich eine Inzidenz für SID von 0,46 auf 1000 Lebendgeborene. 1991 lag die Inzidenz dagegen noch bei 1,55 auf 1000 Lebendgeborene (Kleemann und Bajanowski 2004). Nach der 1992 im UK initiierten Kampagne „back to sleep“ sank die Inzidenz bis auf 0,56 auf 1000 Lebendgeborene im Jahre 1998, was für die Bedeutung des Risikofaktors „Schlafen in Bauchlage“ spricht (Howard and Hannam 2003).

Nach wie vor gibt es kein ätiologisches Erklärungsmodell für SID. Der SID-Forschung gelang lediglich die Identifizierung von Risikofaktoren (Guntheroth et al. 1990, Oyen et al. 1998, Howard and Hannam 2003, Carpenter et al. 2004, Vennemann et al. 2005). Zu diesen Risikofaktoren zählen auf Seiten des Kindes

ALTE (apparent life threatening event), Bauchlage, Seitenlage, Frühgeburt, obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, zentrale Hypoventilation, nächtliche Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen, Infektionen, angeborene Stoffwechseldefekte, Störungen der Arousalfunktion, gastroösophagealer Reflux, auf Seiten der Mutter postnatale Depressionen, schizophrene Störungen, Substanzmissbrauch, insbesondere starkes Rauchen und auf Seiten der Familie eine Häufung von SID-Fällen sowie ein schlechter sozioökonomischer Status.

**Somit ist SID nicht als Krankheitsentität zu betrachten, sondern einzig und allein als Ergebnis eines natürlichen (biologischen) Prozesses, der mit dem Tod des Säuglings endet. Um einen SID-Verdacht zu bestätigen, darf bei einer Obduktion, die obligat erfolgen sollte, keine verifizierbare Todesursache festgestellt werden.**

Somit ist SID eine schlecht operationalisierte Ausschlussdiagnose, die nur dann als Todesursache verwendet werden darf, wenn sich keine alternativen Erklärungen, incl. unnatürlicher Ursachen für den Tod des Kindes finden. Obduktionen werden in Deutschland jedoch nur in 50 % der entsprechenden Fälle durchgeführt (Kleemann et al. 1999). Da damit nicht jeder verstorbene Säugling mit SIDS-Verdacht obduziert wird, kann ein unnatürlicher Tod häufig nicht zweifelsfrei geklärt werden. Hinter bis zu 11 % aller SID-Fälle verbergen sich Infantizide (Stanton and Simpson 2001, Bajanowski et al. 2005).

### 10.3 Infantizid

Infantizid ist der gebräuchlichste Ausdruck für die Tötung eines Kindes, bezieht sich aber streng genommen nur auf das 1. Lebensjahr. Neben dem Begriff „Infantizid“ existieren weitere Termini wie „Neonatizid“ (Tötung des Säuglings bis 24 Stunden nach der Geburt durch die Mutter), „Filizid“ (Tötung des leiblichen Kindes durch einen Elternteil), „Familizid“ (Tötung von Kind(ern) und Partner(in) durch den (Ehe-)Partner) und „Homizid“ (Tötung eines Kindes im häuslichen Umfeld). Der Anteil der Infantizide an allen Tötungsdelikten schwankt interkulturell und aufgrund der Erfassungsmethoden zwischen 1–2 % in Deutschland und 5–6 % in den USA (Schläfke et al. 2003). Guileyardo et al. (1999) und Hatters Friedman et al. (2005) geben einen umfassenden Studienüberblick über Motive, Tätertypisierungen, Tatbegehungsweisen und Ursachen von Kindstötungen. Nach Resnick (1969) beträgt das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Tätern 2:1. McKee und Shea (1998) kamen in einer kulturvergleichenden Studie u. a. zu den Ergebnissen, dass Täterinnen oft unter psychiatrischen Erkrankungen (Depressionen, Psychosen, suizidale Neigung) leiden und entsprechende Symptome berichten. Männliche Täter würden im Gegensatz zu Frauen eher „härtere“ Tötungsmethoden wählen und Waffen

benutzen (Pitt und Bale 1995). Als den risikoreichsten Zeitabschnitt für das Kind beziffert Resnick (1969) den vierten bis sechsten Lebensmonat.

#### **10.4 Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP)**

**Eine Ursache für Kindstötungen kann auch ein MSBP sein.**

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom by proxy“ wurde von Meadow (1977) in die wissenschaftliche Literatur eingeführt. In der (neueren) Literatur wird das Syndrom auch mit „artifizielle Störung bei proxy (aSBp)“, Münchhausen-by-proxy-Syndrom oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom bezeichnet. Die American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) unterscheidet zwischen dem kindseitigen Syndrom – Pediatric Condition Falsification (PCF) und der diagnostischen Kategorie für die Sorgeberechtigten/Betreuer/Eltern – Factitious Disorder by Proxy (FDP) (Schreier 2002). MSBP, der Terminus, der beide Elemente vereint, ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, mit dem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Die von Noeker und Keller 2002 publizierten definitorischen Merkmale basieren auf der pädiatrischen Definition nach Rosenberg 1987.

1. Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch einen Elternteil oder durch einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde.
2. Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozessen.
3. Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch die Täterin.
4. Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

In internationalen Studien werden Inzidenzzahlen von bis zu 2,8 auf 100.000 bei unter Einjährigen und mindestens 0,5 auf 100.000 bei unter Sechzehnjährigen berichtet (McClure et al. 1996, Denny et al. 2001). Höhere Dunkelzahlen aufgrund nicht aufgedeckter Fälle können vermutet werden. Bis zu 10% der betroffenen Kinder sterben und über 50% entwickeln eine Langzeitmorbidity (Department of Health 2004).

## 10.5 Zusammenfassung Gemeinsamkeiten und Unterschiede

SID und als SID getarntem Infantizid gemeinsam ist, dass keine äußerlich erkennbaren Todesursachen gefunden werden (müssen) und somit die Gefahr bei einer ungerechtfertigten SIDS-Diagnose besteht, ein Tötungsdelikt zu übersehen (Schläfke et al. 2003). In einer jüngst veröffentlichten Studie der GeSID (German study on Sudden Infant Death Syndrome) werden die Schwierigkeiten bei der differentialdiagnostischen Entscheidung, ob eine natürliche (SID) oder unnatürliche Todesursache (Infantizid) vorliegt, beschrieben (Bajanski et al. 2005).

Die Begleitumstände der Todesfälle, anamnestiche Daten und psychiatrische Untersuchungen der Mütter weisen bei sorgfältiger Analyse neben Gemeinsamkeiten durchaus auch Unterschiede bei Infantiziden, SID und MSBP auf, die in Tabelle 14 dargestellt werden.

Tab. 14 Typische Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Müttern, Opfern und Tatbegehungsweisen (Häßler et al. 2007)

|                 | Infantizid<br>(Hatters Friedman et al. 2005, Rouge-Maillart et al. 2005, Lee et al. 2006)  | SID<br>(Meadow 1999, Mehanni und McDonnell 2000, Howard und Hannam 2003)  | MSBP<br>(Libow 2000, Bartsch et al. 2003, Noeker 2004)   |
|-----------------|--|---|--|
| Gemeinsamkeiten | geringer sozioökonomischer Status, psychosoziale Risiken wie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und elterliche Verlust- und Trennungserlebnisse auf Seiten der Mütter, Suizidalität der Mütter, Tatbegehung durch Erstickern, Vergiften, familiäre Häufungen, höchste Wahrscheinlichkeit des Todes in den ersten 7 Lebensmonaten (außer bei MSBP)                      |   |  |
| Unterschiede    | unverheiratet, eher jünger (18–26 Jahre), verdrängte oder verheimlichte Schwangerschaft, bei den Eltern oder Verwandten lebend, selten psychiatrische Störung auf der Achse I, Tatbegehung durch Erstechen, Verbrennen, Erschlagen etc., Ablage der Leichen im Müll oder Verstecke, Intervall zwischen letztem Kontakt und Tod unter 2 Stunden, Opfer im 1. Lebensjahr | eher verheiratet bzw. in fester Beziehung, Risikofaktoren auf Seiten des Kindes, häufig psychiatrische Störungen auf der Achse I, Intervall zwischen letztem Kontakt und Tod über 2 Stunden, „Opfer“ im 1. Lebensjahr | distanzierte Partnerschaft, vordergründig überbesorgte Mutter (symbiotische Beziehung), Beziehungssuche zum Klinikpersonal, Vortäuschung oder Erzeugung von Symptomen, trotz hoher psycho-pathologischer Vorbelastung selten psychiatrische Störung auf der Achse I, Opfer älter als 12 Monate |

Mehanni und McDonnell (2000) stellten die Todesumstände von irischen SIDS-Fällen im Zeitraum von 1994–1997 (N=165) den britischen von Meadow (1999) berichteten Infantiziden (N=81) gegenüber. In knapp drei Vierteln der Infantizid-Familien (72 %) gab es kein älteres, lebendes Geschwisterkind im Vergleich zu den SID-Familien, in denen es zu ca. drei Vierteln (74 %) ein oder mehrere ältere Kinder gab. In immerhin der Hälfte der aufgedeckten Infantizide (48 %) starb vorher schon ein Kind. In Familien, in denen ein Plötzlicher Säuglingstod auftrat, gab es hingegen nur in 5 % der Fälle einen weiteren Todesfall. In den ersten sieben Lebensmonaten starben sowohl 91 % der SID-Kinder als auch 69 % der getöteten. Lediglich 22 % der Säuglinge starben nachmittags oder abends (11:00–22:00 Uhr) an SID, jedoch wurden nahezu drei Viertel (73 %) der Kinder in dieser Zeit getötet. Die meisten Täterinnen (85 %) geben einen Zeitraum von weniger als zwei Stunden zwischen letztmalig lebendig gesehenem und totem Kind an, hingegen nur 30 % der Eltern bei SID. Bei 26 % (SID) respektive 39 % (Infantizid) finden sich Blutspuren in Mund, Nase oder Gesicht. Vorangegangene Apnoen (4 %) oder so genannte ALTE's (2 %) werden in SIDS-Fällen kaum berichtet, im Gegensatz zu 61 % bzw. 36 % bei den Infantiziden. Bei 56 % der Kindstötungen kam es vorher bereits zu Klinikeinweisungen wegen interkurrenten Symptomen, aber nur bei 11 % der SID-Vergleichsgruppe.

## 10.6 Diskussion

Tritt also der Tod des Säuglings/Kleinstkindes ein, dessen Todesursache unklar ist, sollte eine Obduktion obligat erfolgen. Aber auch den Todesumständen sowie der klinischen Vorgeschichte muss Aufmerksamkeit geschenkt werden.

**Sollte sich – auch ohne äußere Zeichen von Gewaltanwendung – herausstellen, dass es in der Familie kein älteres Geschwisterkind gibt, ein solches verstorben ist oder der Tod zwischen 11:00 und 22:00 Uhr eintrat, könnte das auf einen Infantizid, auch als Folge eines MSBP hinweisen. Ein weiteres Indiz für ein Tötungsdelikt könnte sein, dass die Eltern angeben, den Säugling max. 2 Stunden vor dem Auffinden noch lebendig gesehen zu haben. Außerdem sollte der Arzt misstrauisch werden, wenn bei der Exploration der Krankengeschichte vorhergehende Atemstillstände, ALTE's oder Krankenhauseinweisungen geschildert werden, da dies für einen Plötzlichen Säuglingstod eher untypisch ist, jedoch auf MSBP hindeutet. Weiterhin sollte geprüft werden, ob vor dem Tod viele ambulante und stationäre Behandlungen ohne eindeutige medizinische Indikationen bzw. Befunderhebung erfolgten.**

Da sich Todesfälle innerhalb einer Familie sowohl im Rahmen eines MSBP als auch eines SIDS häufen können, hat die genaue Klärung der Todesumstände

präventiven Charakter bezüglich weiterer potenzieller Opfer (Libow 1995, Meadow 1999).

**Vor dem Hintergrund der zitierten Vergleichsstudie von Mehanni und McDonnell (2000) sollten die für SID so typischen Risiken wie ALTE und obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom kritischer gesehen werden. Aus präventiven Gründen ist es äußerst wichtig, einem MSBP-Verdacht mit größter Sorgfalt nachzugehen.**

Die Bemühungen zur Aufklärung der Todesursache sollten jedoch nicht die Ausmaße einer „Hexenjagd“ annehmen, da ein ausgesprochener (unberechtigter) MSBP-Vorwurf eine schwerwiegende Anschuldigung ist, der strafrechtliche Ermittlungen und Anklagen zu Folge haben kann. Rand und Feldman (1999) zeigten anhand von Fallbeispielen MSBP-Fehldiagnosen auf, die teilweise zu Gerichtsverfahren und zu vorübergehendem Sorgerechtsentzug führten. Um bei der MSBP-Diagnose sowohl die Fehler „erster Art“ (Übersehen eines MSBP) als auch „zweiter Art“ (falsch positive Diagnose) so gering wie möglich zu halten, listeten auch Noeker und Keller (2002) klinische Szenarien auf, die zu einem MSBP-Verdacht führen, aber auch anders interpretiert werden können.

Abschließend sei noch einmal betont, dass eine Obduktion, die genaue Analyse der Todesumstände und die klinische Vorgeschichte des verstorbenen Kindes notwendig sind, um den Tod als natürlich oder unnatürlich im Kontext von Infantizid, SID und MSBP einordnen zu können.

## Literaturverzeichnis

- Bajanowski T, Vennemann M, Bohnert M., Rauch E, Brinkmann B, Mitchell EA, GeSID Group. Unnatural causes of sudden unexpected deaths initially thought to be sudden infant death syndrome. *Int J Legal Med* 119 2005: 213–216.
- Bartsch C, RiBe M, Schütz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Sci Int* 137 2003: 147–151.
- Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, Jorch G, Schreuder P. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 363 2004: 1558.
- Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Pediatr Child Health* 37 2001: 240.
- Department of Health; Safeguarding Children in Whom Illness is Induced or Fabricated by Carers with Parenting Responsibilities; <http://www.doh.gov.uk/qualityprotects/info/publications/childprot.htm>. 2004: 1–65.
- Green M. Should we abandon SIDS as a term? 7. Internationale SIDS Konferenz in Florenz (31.08.–04.09.2002).
- Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ. Familiar Filicide and Filicide Classification. *Am J Forensic Med Pathol* 20 1999: 286–292.
- Guntheroth WG, Lohmann R, Spiers PS. Risk of sudden infant death syndrome in subsequent siblings. *J Pediatr* 118 1990: 520–524.
- Häßler F, Zamorski H, Weirich S. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod

- (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. *Z. für Kinder- und Jugendpsychiatr Psychother* 35 2007: 237–246.
- Hatters Friedman S, McCue Horwitz S, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 162 2005: 1578–1587.
- Howard LM, Hannam S. Sudden infant death syndrome and psychiatric disorder. *Br J Psychiat* 182 2003: 379–380.
- Kannt O, Olbertz D. Der plötzliche Säuglingstod – eine vermeidbare Tragödie? *Ärzteblatt MV* 14 2004: 49–53.
- Kleemann, WJ, Bajanowski, T. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kindesalter. In: Brinkmann, B, Madea, B. (Hrsg.) *Handbuch gerichtliche Medizin*. Band 1. Springer, Berlin 2004: 1071–1128.
- Kleemann WJ., Vock R, Bajanowski T. Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Säuglingstodesfällen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1989. *Rechtsmed* 7 1999: 72–75.
- Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy – newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Med J* 12 2006: 61–64.
- Libow JA. Munchausen By Proxy Victims In Adulthood: A First Look. *Child Abuse Negl* 19 1995: 1131–1142.
- Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 105 2000: 336–342.
- McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 75 1996: 57–61.
- McKee GR, Shea SJ. Maternal Filicide: A Cross-National Comparison. *J Clin Psychol* 54 1998: 679–687.
- Meadow, R. Munchausen Syndrome By Proxy. *Lancet* 2 1977: 343–345.
- Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 80 8 1999: 7–14.
- Mehanni M, McDonnell M. Infanticide or SIDS, double jeopardy. *Arch Dis Child* 82 2000: 336.
- Noeker M, Keller KM. Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 150 2002: 1357–1369.
- Noeker M. Artificielle Störung und artifiziale Störung by proxy. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* 53 2004: 449–467.
- Oyen N, Skjaerven R, Ingens LM Population-based recurrence risk of sudden infant death syndrome compared with other infant and fetal death. *Am J Epidemiol* 144 1998: 300–305.
- Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, Infanticide, and Filicide: A Review of the Literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23 1995: 375–386.
- Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: A Literature Review and Four New Cases. *Harvard Rev Psychiatry* 7 1999: 94–101.
- Resnick PJ. Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *Am J Psychiatry* 126 1969: 325–334.
- Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 11 1987: 547–563.
- Rouge-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M. Women who kill their children. *Am J Forensic Med Pathol* 26 2005: 320–326.
- Schläfke D, Galleck KF, Höppner J, Häßler F. Zur Problematik von Neonatiziden und Filiziden. In: Häßler F, Reber-nig E, Schnoor K, Schläfke D, Fegert JM. (Hrsg.) *Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie: Aspekte der forensischen Begutachtung*. Schattauer, Stuttgart 2003: 81–102.
- Schreier H. Munchausen by proxy defined. *Pediatrics* 110 2002: 985–988.
- Stanton J, Simpson A. Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. *Arch Dis Child* 85 2001: 454–459.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. 2004: <http://www.statistik-bund.de>.
- Vennemann MMT, Findeisen M, Butterfaß-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Köpcke W, Bajanowski T, Mitchell EA and the GeSID Group. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. *Acta paediatr* 94 2005: 655–660.