

# Was hilft bei Schlafproblemen?

## Normale und weniger normale Schlafmuster im Kindesalter

Ein strukturiertes, schrittweises Vorgehen mit Objektivierung des Schlafverhaltens durch ein Schlafprotokoll, eine Rhythmisierung des Tagesablaufs und eine Anpassung der Bettzeit an den individuellen Schlafbedarf verbessert die meisten verhaltensbedingten Schlafstörungen erheblich. In diesem Artikel wird sowohl die normale kindliche Schlafentwicklung skizziert als auch das Zürcher 3-Stufen-Beratungskonzept anhand von Fallbeispielen aus der Schlafsprechstunde vorgestellt.

Von Rabia Liamlahi

Der kindliche Schlaf ist ein wichtiges Thema in vielen Familien, und es wird im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen häufig angesprochen. Eine Umfrage unter Praxispädiatern und Praxispädiaterinnen im Kanton Zürich ergab, dass sich jede fünfte kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung und 2 Prozent aller Notfallkonsultationen um das Thema Schlaf drehen (1). Die Eltern fragen dabei unter anderem, ob das Schlafverhalten ihres Kindes normal sei, sowohl in Bezug auf nächtliche Wachphasen, die Schlafdauer, den Einschlafzeitpunkt und die Schlafdauer als auch in Bezug auf das selbstständige Einschlafen und das Alleinschlafen-Können. Und natürlich geht es auch um die Frage, was die Eltern tun können, damit ihr Kind «besser» schläft.

Eine gute Kenntnis der Schlafentwicklung des Kindes ist essenziell, um zu verstehen, was in welchem Alter normal sein kann, und um die Eltern bestmöglich zu beraten. In der Beratung sollte es auch darum gehen, den Eltern zu helfen, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen, und ihnen aufzuzeigen, wie sie es bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unterstützen können.

In diesem Artikel wird zunächst die normale kindliche Schlafentwicklung skizziert und im Anschluss daran anhand von Fallbeispielen aus der Schlafsprechstunde mit dem Zürcher 3-Stufen-Beratungskonzept dargestellt, was bei verhaltensbedingten Schlafproblemen hilft. Auf organisch bedingte Schlafstörungen wird in diesem Artikel nicht eingegangen.

### Grundlagen der Schlafentwicklung

In den ersten Lebensmonaten passen sich die kindlichen Schlaf-Wach-Phasen dem Tag-Nacht-Rhythmus an. Die Wachphasen werden länger und regelmässiger, und das Kind lernt, mehrere Stunden am Stück zu schlafen. Ab dem Alter von etwa 24 Monaten beginnen die ersten Kinder, auf den Mittagsschlaf zu verzichten. 50 Prozent aller Kinder brauchen mit 3 Jahren noch einen Mittagsschlaf, und im Alter von 4 Jahren sind es noch etwa 15 Prozent aller Kin-

der, die täglich einen Mittagsschlaf halten (2). Welche physiologischen Voraussetzungen sind notwendig, damit es einem Kind im Laufe seiner Entwicklung gelingt, immer länger wach zu bleiben, nachts durchzuschlafen und schliesslich ohne Mittagsschlaf auszukommen?

**Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation:** Einen Erklärungsansatz bietet das Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation von Borbély (3). Dieses besagt, dass zwei biologische Prozesse den Schlaf und das Wachsein beim Menschen steuern, der zirkadiane Rhythmus und die Schlafhomöostase (Abbildung 1).

**Zirkadianer Rhythmus:** Der zirkadiane Rhythmus, auch innere oder biologische Uhr genannt, ist schlafunabhängig und in den suprachiasmatischen Kernen des Hypothalamus lokalisiert. Er wird laufend mit äusseren Zeitgebern, wie zum Beispiel dem Tageslicht, dem Umgebungslärm, den sozialen Kontakten oder der Nahrungsaufnahme, synchronisiert. Der Chronotyp eines Menschen (also ob wir beispielsweise eine «Lerche» [Morgentyp] oder eine «Eule» [Abendtyp] sind) wird durch den zirkadianen Rhythmus bestimmt. Bereits im Kindesalter zeigt sich dieser Chronotyp, und er bleibt ein Leben lang bestehen. Der zirkadiane Rhythmus ist bereits ab Geburt funktionstüchtig, jedoch in den ersten Lebensmonaten noch unreif, und er muss mit dem Tag-Nacht-Rhythmus synchronisiert werden.

**Schlafhomöostase:** Die Schlafhomöostase ist unabhängig von der Tageszeit. Je länger ein Mensch wach ist, desto grösser wird sein Schlafdruck, und die Schlafbereitschaft nimmt zu. Im Schlaf wird der Schlafdruck wieder abgebaut. Je grösser der Schlafdruck ist, desto kürzer ist die Einschlaflatenz (Zeit bis zum Einschlafen) und desto tiefer der nachfolgende Schlaf.

Optimalerweise sind der zirkadiane Rhythmus und die Schlafhomöostase gut aufeinander abgestimmt. Nimmt abends die zirkadiane Wachheit ab und ist der Schlafdruck hoch genug, gelingt das Einschlafen in der Regel gut. In den Morgenstunden fühlen wir uns trotz tiefer zirkadianer Wachheit (oder hoher zirkadianer Müdigkeit) ausgeruht,

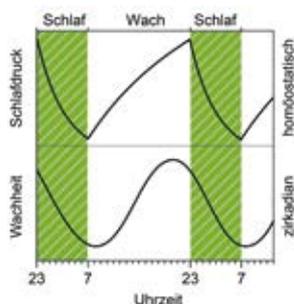


Abbildung 1: Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation

weil der Schlafdruck tief ist. Die Schlafhomöostase ist in den ersten Lebenswochen noch nicht funktionstüchtig. Erst ab dem 2. oder 3. Lebensmonat beginnt sie allmählich zu wirken (4). Das ist der Grund, weshalb man ein Neugeborenes oder einen jungen Säugling nicht länger wach halten kann, in der Hoffnung, dass das Kind anschliessend länger schläft. Ein Erklärungsansatz zum unspezifischen Schreien des Säuglings in den ersten 3 Lebensmonaten beruht ebenfalls auf dem Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation. Der Säugling ist aufgrund einer hohen zirkadianen Wachheit in den Abendstunden sehr aufmerksam und rasch überreizt, die Schlafhomöostase ist jedoch noch unreif, und der Schlafdruck wirkt dieser hohen zirkadianen Wachheit nicht entgegen. Obwohl der Säugling schon länger wach ist, gelingt es ihm nicht einzuschlafen. Er beginnt schliesslich zu schreien. Ab dem 3. Lebensmonat beginnt die Schlafhomöostase zunehmend der zirkadianen Wachheit entgegenzuwirken, und das abendliche Schreien nimmt ab (5).

Je jünger ein Kind ist, desto steiler steigt der Schlafdruck an, und das Kind muss ein Schläfchen halten. Je älter ein Kind wird, desto flacher verläuft der Anstieg des Schlafdrucks und desto länger kann es tagsüber wach bleiben.

**Individueller Schlafbedarf:** Der Schlafbedarf ist bei Kindern wie auch bei Erwachsenen individuell, und er weist eine grosse Variabilität innerhalb der Altersgruppe auf. Ausserdem nimmt der Schlafbedarf mit zunehmendem Alter ab (Abbildung 2).

**Schlafarchitektur:** Auch die Schlafarchitektur verändert sich im Lauf der Entwicklung. Während bei Erwachsenen in der ersten Nachthälfte Leicht- (N1/2) und Tiefschlafphasen (N3) mit nur kurzen REM-Schlafphasen (rapid eye movement) vorherrschen und in der zweiten Nachthälfte längere REM-Schlafphasen zu beobachten sind, entwickelt sich diese Struktur bei Kindern erst im Laufe der Zeit (6).

Der aktive Schlaf (mit dem REM-Schlaf vergleichbar) macht beim jungen Säugling etwa 50 Prozent der Gesamtschlafzeit aus. Mit zunehmendem Alter verringert sich der REM-Schlafanteil, und er macht beim jungen Erwachsenen noch etwa 17 Prozent aus (7). Auch die Schlafzyklen (Abfolge von NREM- und REM-Schlafstadien) verändern sich. Bei Kindern sind sie deutlich kürzer. Sie werden mit zunehmendem Alter länger, bis sie schliesslich etwa 90 bis 110 Minuten bei Erwachsenen betragen (8). Nach einem Schlafzyklus kommt es häufig zu einem kurzen Erwachen aus dem REM-Schlaf (4- bis 6-mal pro Nacht), meist gefolgt von einem raschen Wiedereinschlafen (8) (Abbildung 3).

## Grundlegende Pfeiler der Schlafberatung

In der Schlafsprechstunde der Abteilung Entwicklungspädiatrie des Kinderspitals Zürich arbeiten wir mit dem Zürcher 3-Stufen-Konzept, welches wissenschaftlich evaluiert wurde und sich auch in der kinderärztlichen Praxis gut anwenden lässt (9, 10). Zunächst werden die Eltern gebeten, über 14 Tage ein 24-Stunden-Protokoll zu führen.

**1. Rhythmisierung:** In einem ersten Schritt folgt bei Kindern jeglichen Alters die Rhythmisierung. Diese wirkt sich nicht nur positiv auf die Synchronisierung der inneren Uhr mit dem Tag-Nacht-Rhythmus aus, sondern sie führt bei Säuglingen und Kleinkindern auch dazu, dass die Eltern die Bedürfnisse ihres Kindes bezüglich Schlaf und Mahlzeiten besser erkennen können.

Die Rhythmisierung ist in den ersten Lebenswochen und Monaten (bis etwa zum 6. Lebensmonat) die wirksamste und einzig anzuwendende Massnahme, um einen Säugling dabei zu unterstützen, seinen Schlaf-Wach-Rhythmus mit dem Tag-Nacht-Rhythmus in Einklang zu bringen. Sie beinhaltet regelmässige Mahlzeiten und Schlafenszeiten, regelmässige soziale Kontakte, Spielzeiten, Spaziergänge und Exposition gegenüber dem Tageslicht. Während bei älteren Kindern das Tageslicht der wichtigste Zeitgeber für die innere Uhr ist, scheint im frühen Säuglingsalter die Nahrungsaufnahme als wichtigster sozialer Zeitgeber eine grössere Rolle zu spielen (6).

**2. Ermitteln des Schlafbedarfs:** In einem zweiten Schritt wird bei Kindern ab etwa 6 Monaten der Schlafbedarf anhand des 24-Stunden-Protokolls ermittelt (Addieren der durchgezogenen Linien über 24 Stunden für jeden Tag und Errechnen des Durchschnitts über 14 Tage) und die Bettzeit an den Schlafbedarf angepasst. Gemeinsam mit den Eltern werden neue Schlafenszeiten festgelegt, an die sich die Eltern schrittweise annähern sollen.

Ein Kind kann nur so viel schlafen, wie es seinem Schlafbedarf entspricht. Muss das Kind mehr Zeit im Bett verbringen, als es schlafen kann, wird es abends Widerstand zeigen, ins Bett zu gehen, lange Zeit zum Einschlafen benötigen, nachts erwachen oder morgens sehr früh aufstehen (11).

Bei der Anpassung der Bettzeit an den Schlafbedarf ist es wichtig, mit den Eltern zu besprechen, wie lang das Kind tagsüber am Stück wach sein kann. Den Tagschlaf zu früh auf einen Mittagschlaf zu kürzen oder ganz zu streichen, empfiehlt sich nicht, da Kinder mit einem geringen Schlafbedarf aufgrund des steilen Anstiegs des Schlafdrucks und des längeren Tages oft noch länger als Kinder mit einem höheren Schlafbedarf einmal (oder zweimal) am Tag schlafen müssen. Kürzt man ihren Tagschlaf zu früh, schlafen sie abends beim Abendessen ein und werden nachts weiterhin wach. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass ein Schlafzyklus bei Kleinkindern, die Kurzschläfer sind, oft nur 30 oder 45 Minuten dauert und sie anschliessend wieder erholt sind (siehe *Fallbeispiele*). Überdies sollte man beachten, dass das Kind am späten Nachmittag/frühen Abend kein Schläf-

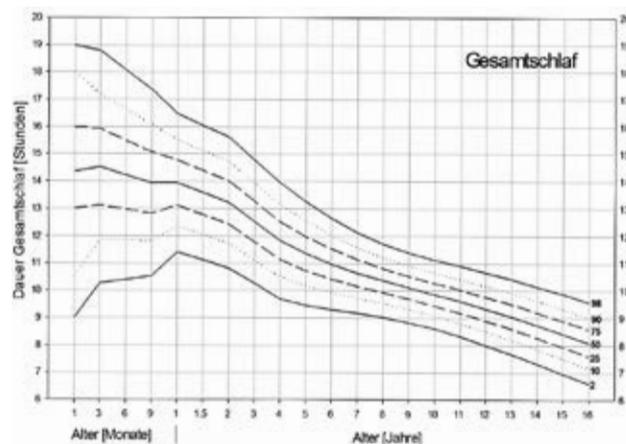


Abbildung 2: Perzentilenkurven für die Gesamtschlafdauer in 24 Stunden (aus den Zürcher Longitudinalstudien) (aus [2])

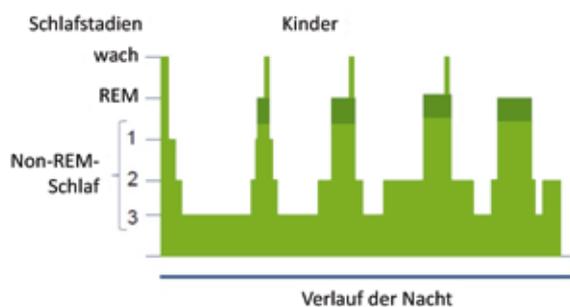


Abbildung 3: Schematische Darstellung des Hypnogramms (Schlafprofil) eines Kindes mit den im Verlauf der Nacht durchlaufenen Schlafstadien

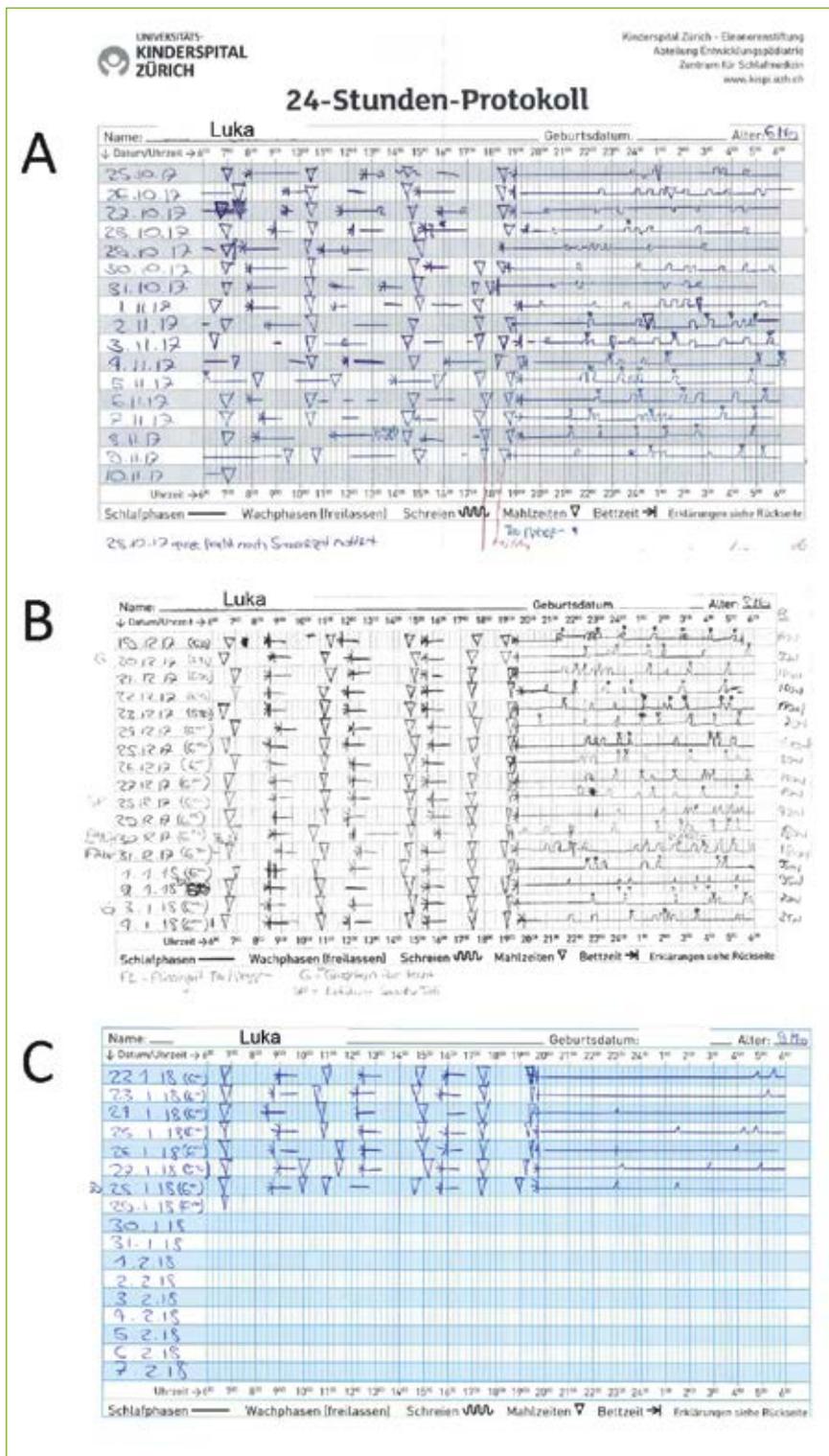


Abbildung 4: Schlafprotokolle von Luka (Säugling, Fallbericht 1). A: erstes Schlafprotokoll (6 Monate), B: im Alter von 8 Monaten, C: im Alter von 9 Monaten

chen mehr hält, denn danach ist der Schlafdruck möglicherweise zur abendlichen Bettzeit nicht hoch genug und das Kind hat Schwierigkeiten einzuschlafen.

**3. Selbstständiges Einschlafen:** In einem dritten Schritt unterstützen wir die Eltern dabei, ihrem Kind zu helfen, das selbstständige Einschlafen zu erlernen. Dabei ist neben der Einführung eines regelmässigen Einschlafrituals und eines Übergangsobjekts eine schrittweise Reduktion der elterlichen Unterstützung im Sinne einer graduellen Annäherung an ein neues Verhalten in einem durch das Kind vorgege-

benen Tempo meist gut durchführbar. Bevor sich die Eltern zu diesem dritten Schritt entscheiden, sollten sie sich jedoch sicher und einig sein, dass sie dem Kind das Erlernen des selbstständigen Einschlafens zutrauen und sie den möglicherweise vermehrten Protest aushalten.

Je selbstständiger ein Kind abends einschlafen kann, desto eher schafft es das auch ohne die Hilfe der Eltern in der Nacht. Die Einführung eines Einschlafrituals hilft dem Kind selbstständig einzuschlafen. Rituale vermitteln ihm Sicherheit und Geborgenheit, und sie führen dazu, dass das Kind weiss, dass Schlafenszeit ist. Auch beeinflusst das Einschlafritual als sozialer Zeitgeber den zirkadianen Prozess positiv. Einschlafhilfen, wie zum Beispiel ein Nuggi, ein Kuscheltuch oder ein Kuscheltier, begleiten das Kind in den Schlaf. Bei der Einführung eines Übergangsobjekts ist es wichtig, dass sich die Eltern für ein Objekt (Tuch, Stofftier o. Ä.) entscheiden und dieses Objekt jeweils in wichtigen Situationen während des Tages und am Abend dazuholen (z. B. wenn sie das Kind trösten oder ins Bett bringen). Mit der Zeit gewöhnt sich das Kind an das Übergangsobjekt, und es vermittelt ihm Geborgenheit.

**Vorgehen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen:** Bei Kindern mit einer Entwicklungsstörung, wie zum Beispiel einer Autismus-Spektrum-Störung, die eine Ein- oder Durchschlafstörung haben, gehen wir zunächst nach dem gleichen Beratungskonzept schrittweise vor. Tritt nach konsequenter Durchführung der oben genannten Massnahmen keine ausreichende Verbesserung ein, besteht die Möglichkeit eines medikamentösen Therapieversuchs mit Melatonin (12).

**Entlastung der Eltern:** Je nachdem wie ausgeprägt die Schlafstörung ist und wie lang die Vorgeschichte bereits dauert, braucht es etwas Zeit, bis sich eine deutliche Verbesserung einstellt. Sind die Eltern schon zu Beginn der Beratung sehr erschöpft, ist es wichtig, für Entlastung zu sorgen. Die Eltern sollten ermuntert werden, Hilfe von Familienangehörigen und Freunden anzunehmen. Eine weitere Möglichkeit für eine kurzfristige Entlastung bietet der Entlastungsdienst des Roten Kreuzes. Und letztlich sollte den Eltern auch die Möglichkeit einer Entlastungshospitalisation (in Absprache mit der zuständigen Kinderklinik) aufgezeigt werden, sollten sie an ihre Grenzen stossen. Die Gefahr für eine Kindesmisshandlung darf nicht unterschätzt werden.

**Fallbeispiel 1: Säugling**

Luka ist 6 Monate alt. Aufgrund des jungen Alters erfolgt hier nur die Rhythmisierung.

Die Mutter berichtet, dass Luka jede Nacht mehrmals erwache. Er schlafe nach einem Abendritual allein ein. Nach 2 bis 3 Stunden erwache er wieder und dann im Laufe der Nacht mit zunehmender Häufigkeit. Momentan schlafe Luka im Reisebett neben dem Bett der Mutter. Wenn Luka nachts erwache, versuche die Mutter zunächst, ihn im Bettchen zu beruhigen, oft helfe Tee im Schoppen oder Herumtragen. Luka könne tagsüber 2,5 bis 3 Stunden am Stück wach bleiben, länger schaffe er es noch nicht. Wenn er tagsüber einschlafe, werde er nach 45 Minuten oft schon wieder wach. Die Eltern haben schon vieles versucht, um Lukas Schlafverhalten zu verbessern (u. a. Osteopathie, Kinesiologie, Homöopathie, Simeticon, laktosefreie Milch), bisher ohne Erfolg. Lukas Zwillingbruder (dizygote Zwillinge) schlafe seit der 14. Lebenswoche durch. Die persön-



Tabelle:

**Schlafhygienische Massnahmen**

Regelmässigkeit	Strukturierter Tagesablauf inkl. regelmässiger Mahlzeiten, wenn möglich gemeinsam am Familientisch.
Aktivitäten	Stimulierende Aktivitäten wie Computerspiele, auch auf Smartphones oder Tablets, oder übermässige körperliche Arbeit/sportliche Aktivitäten sollten vor dem Einschlafen vermieden werden. Etablieren eines ruhigen Abendrituals.
Elektronische Medien	Fernseher, Computer oder Smartphones sollten aus dem Schlafzimmer entfernt werden. Falls das nicht durchsetzbar ist, sollte zumindest das Smartphone vor dem Zubettgehen an einem Ort ausserhalb des Schlafzimmers deponiert werden.
Genussmittel	Kein Koffein (Kaffee, Tee, Cola, Energydrinks) 3 bis 4 Stunden vor dem geplanten Einschlafen; Vermeiden von Alkohol und Nikotin.
Schlafzeiten am Tag	Sollten bei älteren Kindern (ab Schulalter) vermieden werden.
Lichtexposition	Tägliche Aktivitäten im Freien mit Sonnenexposition werden empfohlen.

**Fallbeispiel 3: Schulkind**

Julius ist 12 Jahre alt. Die Mutter berichtet, dass Julius schon immer ein schlechter Schläfer gewesen sei. Er sei die ersten 4 Lebensmonate ein Schreibaby gewesen und habe nur geschrien, wenn er nicht im Tragtuch geschaukelt worden sei. Julius habe immer deutlich weniger geschlafen als seine Schwester und lang gebraucht, um einzuschlafen. Er schlafe im eigenen Zimmer und schlafe durch, brauche jedoch sehr lang, bis er einschlafen könne, und sei dann morgens müde. Abends höre er ein Hörspiel und liege anschliessend wach

im Bett, bis er einschlafe. Am Sonntagabend könne er jeweils noch schlechter einschlafen, da er am Wochenende ausschlafen dürfe. In den Ferien könne er besser einschlafen, einerseits weil er später ins Bett gehe, andererseits da er sich nicht so stresse, weil er wisse, dass er morgens nicht früh aufstehen müsse. Mittlerweile wolle er schon nicht mehr ins Bett, da er sowieso nicht einschlafen könne. Tagsüber schlafe er nicht ein, auch nicht im Auto. In der Schule gehe es ihm gut.

Im Schlafprotokoll von Julius (Abbildung 6A) zeigt sich insbesondere während der Schulzeit eine lange Einschlaf latenz. Julius liegt bis zu 3 Stunden wach im Bett. Zudem ist der Rhythmus unregelmässig. Am Wochenende schläft er deutlich länger als unter der Woche, und das Einschlafen fällt ihm am Sonntagabend besonders schwer. Der ermittelte durchschnittliche Schlafbedarf liegt bei etwa 8,5 Stunden (P10).

Gemeinsam mit Julius und seiner Mutter legten wir einen Schlafplan fest mit regelmässigen Bettzeiten, auch an den Wochenenden, und kürzten die Bettzeit auf 7,5 Stunden (Abbildung 6B). Nach 5 Tagen telefonierten wir mit der Familie. Die Mutter berichtete, dass Julius sehr rasch (innerhalb von 5 bis 10 Minuten) einschlafe. Wir besprachen, dass Julius nun alle 3 Tage 15 Minuten früher ins Bett gehen dürfe, bis zum errechneten Schlafbedarf von 8,5 Stunden. Nach 2 Wochen telefonierten wir erneut mit der Familie. Die Mutter berichtete, dass Julius jetzt 8,5 Stunden im Bett sei. Er schlafe weiterhin sehr schnell ein. Da er abends sehr müde gewesen sei, hätten sie rascher Bettzeit zugegeben als ursprünglich mit uns besprochen, das Schlafprotokoll hätten sie nicht weitergeführt.

**Zusammenfassung**

Ein strukturiertes, schrittweises Vorgehen mit Objektivierung des Schlafverhaltens durch ein Schlafprotokoll, eine Rhythmisierung des Tagesablaufs und eine Anpassung der Bettzeit an den individuellen Schlafbedarf verbessert die meisten verhaltensbedingten Schlafstörungen im Kindesalter bereits erheblich und ist die Grundlage für den dritten Schritt, das Erlernen des selbstständigen Einschlafens.

Im Schulalter ist neben einem regelmässigen Abendritual die kurzfristige Schlafrestriktion wichtig, damit die Kinder das rasche Einschlafen wieder lernen.

Die Schlafberatung bei Jugendlichen ist aufgrund der biologischen und psychosozialen Veränderungen in der Pubertät anspruchsvoller und setzt eine hohe Motivation der Jugendlichen voraus. Die oben genannten Schritte mit regelmässigen Bettzeiten und Anpassung der Bettzeit an den Schlafbedarf haben neben der Schlafhygiene und chronotherapeutischen Massnahmen aber auch bei Jugendlichen einen hohen Stellenwert in der Schlafberatung (13).

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Rabia Liamlahi  
Oberärztin Entwicklungspsychiatrie  
Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich  
E-Mail: rabia.liamlahi@kispi.uzh.ch

Interessenlage: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

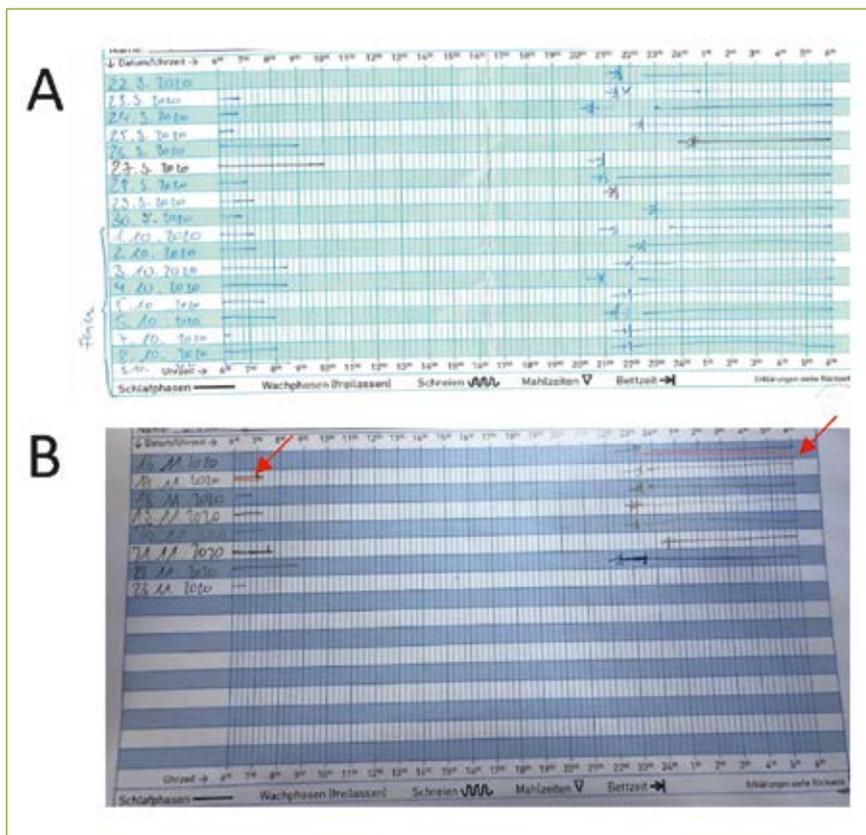


Abbildung 6: Schlafprotokolle von Julius (12-Jähriger, Fallbericht 3), A: erstes Schlafprotokoll, B: Schlafprotokoll mit Kürzung der Bettzeit (rot markiert)

## Referenzen:

1. Bangerter A, Vock S: Die Zürcher Praxisstudie 2010, Teil 3 und 4. Dissertationen an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich, 2015.
2. Iglowstein I et al.: Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111:302-307.
3. Borbély AA: A two process model of sleep regulation. *Hum Neurobiol*. 1982;1(3):195-204.
4. Jenni OG, Borbély AA, Achermann P: Development of the nocturnal sleep electroencephalogram in human infants *Am J Physiol*. 2004; 286:R528-538.
5. Jenni O: Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Regulation. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2009;157:551-557.
6. Wiater A: Kinderschlafmedizin. *Pädiatrie up2date*. 2016;11(01):79-94.
7. Scholle S, Feldman-Ullrich E: Polysomnographischer Atlas der Schlaf-Wach-Stadien im Entwicklungsgang vom Säuglings- zum Jugendalter. 2. Aufl., Ecomed Verlagsgesellschaft 03/2012.
8. Mindell J, Owens J: *Clinical Guide to Pediatric Sleep. A: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. 3rd Ed., Lippincott Williams & Wilkins 2015.
9. Werner H et al.: The Zurich 3-step concept for the management of behavioral sleep disorders in children: a before-and-after study. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(3):241-249.
10. Benz C: Zürcher Beratungskonzept in Stufen. *Kinder- und Jugendmedizin*. 2019;19:159-167.
11. Jenni O, Benz C: Schlafstörungen. *Pädiatrie up2date*. 2007;4:309-333.
12. Hunkeler P: Melatonin bei kindlichen Schlafstörungen. *Paediatrica*. 2013;24:17-19.
13. Liamlahi R, Hug M, Benz C: Schlafberatung bei Jugendlichen. *Paediatrica*. 2019;30(1):31-34.