

## **Organisation der neonatologischen Betreuung im Gebärsaal und auf dem Wochenbett**

### **Perinatologisches Management**

Einmal pro Woche findet der Perinatologierapport statt, jeweils am Mittwoch, 16.15h in der Frauenklinik. Der diensthabende Kaderarzt im Spätdienst ist verantwortlich, dass mindestens ein Kaderarzt der Neonatologie anwesend ist. Wichtige Beschlüsse des Pränatalboards werden von den zuständigen Geburtshelfern in der KG der Mutter abgelegt, eine Kopie geht in den Pränatalordner (Sitzungszimmer Intensivstation, alphabetisch unter dem Nachnamen der Mutter).

Bei Hospitalisationen einer Risikoschwangeren (Frühgeburt < 35 SSW, kongenitale Fehlbildungen) soll der diensthabende Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) informiert werden. In speziellen Risiko-situationen wird das perinatologische Management durch den Geburtshelfer und den Neonatologen gemeinsam festgelegt. Beide haben die entsprechende Entscheidungskompetenz durch ihre Vorgesetzten.

### **Pränatale Gespräche**

Pränatale Gespräche mit den Eltern werden bei entsprechenden Risikosituationen (Frühgeburtstendenz < 32 – 34 SSW, kongenitale Fehlbildungen) durch einen Kaderarzt der Neonatologie/Intensivstation durchgeführt. Die anstehenden Gespräche werden durch den Abteilungsarzt Geburtshilfe mittels Fax und Telefon (Tel. 97 1301) dem diensthabenden Oberarzt angemeldet. Bei kinderchirurgischen Fragestellungen wird ein Kaderarzt der Kinderchirurgie beigezogen.

Bei drogenabhängigen Müttern wird ein pränatales Gespräch in der „Schwangerschaftssprechstunde für drogenabhängige Frauen“ angestrebt. Bei positiver HIV-Serologie der Mutter soll ebenfalls ein pränatales Gespräch angestrebt werden, damit das peripartale Management, die weiteren Kontrollen und die „Swiss Mother and Child HIV Cohort Study“ erläutert werden können. Michael Büttcher soll wenn möglich involviert werden.

### **Anwesenheit des Kinderarztes bei der Geburt**

Bei Geburten mit einem hohen Risiko für eine verzögerte oder gestörte Adaptation (Risikogeburten) soll der diensthabende Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) direkt nach Eintritt der Gebärenden in den Gebärsaal benachrichtigt werden. Dieser organisiert nach Rücksprache mit dem diensthabenden OA der Neonatologie/Intensivstation die neonatologische Betreuung, sodass ein Stationsarzt und/oder OA der Neonatologie/Intensivstation wenn immer möglich bei der Geburt anwesend sein kann.

Risikogeburten:

- Frühgeborene < 35 0/7 SSW
- Geschätztes Geburtsgewicht < 2000 gr
- Pränatal bekannte Fehlbildungen, welche die postnatale Adaptation gefährden
- Dick mekoniumhaltiges Fruchtwasser (erbsenbreiartig)
- Schwer pathologisches CTG
- Notfallsectio caesarea
- Mehrlinge

### **Benachrichtigung des Kinderarztes vor einer geplanten Sectio**

Bei Frühgeborenen < 32 SSW und Neugeborenen mit kongenitalen Fehlbildungen, sind 3 Telefonanrufe notwendig:

1. Nach Indikationsstellung zum Kaiserschnitt (Vorbereitung/Organisation Intensivstation)
2. Transport in den Operationssaal (zeitgerechte Detailplanung)
3. Wenn die Anästhesie bereit ist, bzw. wenn die Geburtshelfer sich waschen

Bei einer sekundären Sectio ohne Erwartung von weiterführenden Reanimationsmassnahmen sind 2 Telefonanrufe ausreichen:

1. Nach Indikationsstellung zum Kaiserschnitt (Anmeldung)
2. Wenn die Anästhesie bereit ist, bzw. wenn die Geburtshelfer sich waschen

### **Benachrichtigung des Kinderarztes während der Adaptationsphase**

Bei Eintreten folgender Situationen soll der diensthabende Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) unverzüglich informiert werden.

- NSpH arteriell < 7.10
- 1 Minuten-APGAR < 4
- 5 Minuten-APGAR < 6
- Atemnotsyndrom

### **Benachrichtigung des Kinderarztes in den ersten Lebensstunden**

In folgenden Situationen soll der diensthabende Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) innerhalb der ersten 4 Lebensstunden benachrichtigt werden, damit eine allfällige Abklärung oder Therapie eingeleitet werden kann.

- Verdacht Amnioninfektsyndrom der Mutter (Kind klinisch unauffällig)
- Positive HIV-Serologie der Mutter (zusätzlich zur obligaten präpartalen Information)
- Positive Hepatitis-B-Serologie der Mutter (HBs-Ag positiv)
- Rhesusinkompatibilität
- Drogenabhängige Mutter (zusätzlich zur obligaten präpartalen Information)

### **Benachrichtigung des Kinderarztes auf dem Wochenbett**

Ein Neugeborenes, welches im Verlauf einer Überwachung auffällig wird, muss unverzüglich dem diensthabenden Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) oder dem für das Wochenbett zuständige Stationsarzt der Neonatologie gemeldet werden.

## **Verlegung von Neugeborenen ins Kinderspital**

Frühgeborene < 35 0/7 SSW und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 2000 g werden in der Regel auf Neonatologie/Intensivstation aufgenommen.

Bei Frühgeborenen 34 0/7 – 34 6/7, die kein Atemnotsyndrom zeigen, keine Hypoglykämien erlitten haben und ein Geburtsgewicht > 2000g haben, darf eine primäre Aufnahme auf das Wochenbett in Betracht gezogen werden, um Bonding zu ermöglichen, sofern der klinische Zustand des Kindes und die Arbeitsbelastung auf der Abteilung es erlauben. Bei einer Aufnahme auf Neonatologie / Intensivstation wird der Transport vom zuständigen Stationsarzt oder dem diensthabenden Stationsarzt der Intensivstation (intern 3266) organisiert.

Bei einem leichten primären Atemnotsyndrom ohne zusätzliche Infektrisiken kann das Neugeborene nach Absprache mit den Hebammen initial im Gebärsaal überwacht werden. Bei Persistenz des Atemnotsyndromes im Alter von 4 Stunden ist eine Verlegung ins Kinderspital indiziert.

## **Kinderärztliche Betreuung auf dem Wochenbett**

Ein Stationsarzt der Neonatologie ist für die Betreuung der Neugeborenen auf dem Wochenbett zuständig. Jedes Neugeborene soll vor Entlassung, idealerweise am 2.-3. Lebenstag untersucht und beurteilt werden. Den Eltern wird am 2. Tag durch die Pflege das Infoblatt "Vorbereitung Kinderarztuntersuchung" abgegeben.

Im Rahmen der Neugeborenenuntersuchung wird ein kurzes Gespräch mit den Eltern geführt: Persönliche und familiäre Anamnese, Verhalten bei Fieber in den ersten 2-3 Lebensmonaten, Prävention SIDS, Hüftscreenings, weitere Kontrollen (Kinderarzt/Hausarzt, Mütterberatung). Das Gesundheitsheft wird ausgefüllt und den Eltern mitgegeben.

Am Samstag ist bis Frühnachmittag ein Stationsarzt der Neonatologie für die Kinder auf dem Wochenbett zuständig. Danach und bis am Montagmorgen sind die Stationsärzte der Intensivstation (intern 3266) zuständig. Wenn es die Arbeitsbelastung zulässt, sollen auch am Wochenende reguläre Kinderarztuntersuchungen durchgeführt werden, damit am Montag die Kinder vom Wochenbett bereits am Vormittag entlassen werden können.

Zusätzliche Abklärungen auf dem Wochenbett werden durch den Stationsarzt Neonatologie veranlasst. In kinderchirurgischen Fragen wird nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Kaderarzt der Neonatologie/Intensivstation ein Kollege der Kinderchirurgie zugezogen. Bei speziellen und der pathologischen Befunden oder Abklärungen soll dem nachbehandelnden Kinder-/Hausarzt ein Kurzaustrittsbericht geschickt werden.