

SOP

# Organisation der Verlegung von Neugeborenen aus externen Spitälern ins KidZ

## Inhalt

1	Grundprinzipien _____	1
2	Telefonische Anmeldung _____	2
2.1	Akuter Notfall (sofortiger Anruf, Fahrt mit Sondersignal) _____	2
2.2	Dringende Verlegung (zeitnah) _____	2
2.3	Planbare / semi-elektive Verlegung _____	3
3	Wann soll der Zuweiser anrufen: _____	4
4	Entscheidung Mütterverlegung vs. Rückverlegung des Kindes ____	4
5	Mitnahme von mütterlichem Blut – Indikationen _____	5
6	Dokumentation/Übermittlung _____	5
7	Hinweis zur Aufenthaltsdauer im Kinderspital _____	5
8	Austritt _____	5

## 1 Grundprinzipien

**Zeitkritische Situationen haben Priorität.** Bei Reanimation/akuter Ateminsuffizienz steht die Sofortinformation im Vordergrund; Detailinformationen folgen nach Stabilisierung.

**Standardisierte Übergabe reduziert Fehler.** Für dringliche/planbare Verlegungen wird eine strukturierte Checkliste verwendet.

**Familienzentrierung & Vermeidung belastender Frühverlegungen der Mutter ( $\leq 24$  h).** Wenn klinisch vertretbar, wird eine mütterliche Verlegung in den ersten 24 Stunden vermieden; Kinder werden nach Stabilisierung möglichst früh **zurückverlegt**, um Mutter-Kind-Trennung zu minimieren.

**Rückverlegung ist Teil des Behandlungspfades.** Bei stabilen Kindern nach kurzer Überwachung/Abklärung (z. B. 24 h Antibiotika) ist die Rückverlegung in das zuweisende Spital häufig sinnvoll.

Redaktionelle Verantwortung: Dr. M. Fontana, Neonatologie	Gültig ab: 01.05.2026
Datei: Organisation Verlegung von Neugeborenen aus externen Spitälern ins KidZ.docx	Seite: 1 von 6

## 2 Telefonische Anmeldung

### 2.1 Akuter Notfall (sofortiger Anruf, Fahrt mit Sondersignal)

Beispiele:

- ⇒ Reanimation mit Herzdruckmassage und/oder Maskenbeatmung bei akuter Ateminsuffizienz
- ⇒ Vorgeburtlicher Anruf bei Notfallsectio mit zu erwartenden schwerer Adaptationsstörung:
  - Uterusruptur
  - Plazentalösung
  - Frühgeburt <35 SSW

**Minimalinformation (max. 30 Sekunden):**

- „Ich telefoniere aus [Spital/Ort], [Wochenbett / OP-Saal].“
- „Wir reanimieren / Notfallsectio in der [SSW].“
- Zwingend anzugeben sind geburtshilfliche Umstände, die auf einen relevanten Blutverlust hinweisen, z. B. Uterusruptur, vorzeitige Plazentalösung oder blutende Plazenta praevia.
- „Aktueller Status: [wir sind am reanimieren, Herzmassage, Maskenbeatmung, Reanimation läuft].“

Wichtig:

- Alle weiteren Angaben werden vor Ort erhoben bzw. nach Stabilisierung nachgereicht.
- Bei Stabilisierung des Kindes ist eine Rückmeldung wünschenswert um Anpassung der Fahrdringlichkeit

### 2.2 Dringende Verlegung (zeitnah)

Beispiele:

- ⇒ Primäres ANS (CPAP nach Sektio)
- ⇒ Sekundäre Atemnotsymptomatik (Tachypnoe)
- ⇒ Verdacht chirurgischer Notfall (z. B. galliges Erbrechen)
- ⇒ Schlechte Sättigung / Pulsoxymetrie-Screening nicht bestanden
- ⇒ Hypoglykämie
- ⇒ Hyperbilirubinämie über Phototherapie-Grenze

#### A. Absender & Kontext

- Spital/Ort: \_\_\_\_\_
- Standort:  Wochenbett  OP-Saal  Notfall  Neonatologie/Station
- Kontaktperson/Telefon: \_\_\_\_\_

Problem:

- Infekt-Verdacht / Tachypnoe
- Hypoglykämie
- Ikterus / Hyperbilirubinämie
- neurologisch (Hypotonie, Krampf)
- GI/chirurgisch (galliges Erbrechen, distendierter Abdomen)
- kardial (Zyanose, Herzgeräusch, schlechte Perfusion)

#### B. Kind – Basisdaten

- Name: \_\_\_\_\_
- Gestationsalter (SSW): \_\_\_\_\_
- Geburtszeit / Alter: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_
- Apgar: //\_\_\_\_
- Nabelschnur-pH (arteriell): \_\_\_\_\_

### C. Aktueller klinischer Status (jetzt)

- CPAP:  Ja  Nein – falls Ja: Dauer: \_\_\_ h,
- FiO<sub>2</sub> aktuell: \_\_\_ %
- Sättigung (präduktal, rechte Hand): \_\_\_ %
- Atemfrequenz: \_\_\_/min
- Temperatur: \_\_\_ °C

### D. Labor (Resultate griffbereit, indikationsabhängig)

- BGA (inkl. pH/CO<sub>2</sub>/BE): \_\_\_\_\_
- Glukose: \_\_\_\_\_ mmol/l
- Laktat: \_\_\_\_\_ mmol/l
- Bilirubin (TSB): \_\_\_\_\_ µmol/l
- Hb (falls verfügbar): \_\_\_\_\_ g/l

### E. Zusatzangaben je nach Hauptproblem

Bei sek. ANS / Tachypnoe / Infektverdacht

- GBS-Status:  pos  neg  unbekannt
- Blasensprung:  <18 h  ≥18 h / prolongiert (Dauer: \_\_\_ h)
- Antibiotika intrapartal:  Ja  Nein (welche: \_\_\_\_\_)
- V. a. Amnioninfektsyndrom:  Ja  Nein
- Mekoniumhaltiges Fruchtwasser:  Ja  Nein

Bei Hyperbilirubinämie:

- Alter in Stunden zum Zeitpunkt des TSB: \_\_\_ h
- TSB in den ersten 24 h?  Ja  Nein
- Blutgruppe Mutter (falls bekannt): \_\_\_\_\_
- Hinweise auf Hämolyse/Anämie? Hb: \_\_\_\_\_ / DAT: \_\_\_\_\_ (falls vorhanden)

### F. Relevante Zusatzfragen (wenn verfügbar, ohne Verzögerung der Akutversorgung):

- Pränatalboard erfolgt?  Ja  Nein  unbekannt
- Serologien aktuell: HIV  / HBV  / HCV  / Lues
- Familienanamnese relevant (z. B. Hämoglobinopathien, Stoffwechsel): \_\_\_\_\_

## 2.3 Planbare / semi-elektive Verlegung

Beispiele:

- V. a. Trisomie 21 (stabil)
- Isolierte SVES bei stabilem Kind
- LKGS
- V. a. Syndrom bei Dysmorphien bei respiratorischer Stabilität

Vorgabe:

Alle Angaben aus 2.2 (Basisdaten, Status, relevante Labore/Anamnese) sollen zum Zeitpunkt der Verlegung vollständig vorliegen.

## 3 Wann soll der Zuweiser anrufen:

### 3.1 Hypoglykämie

Anruf bei:

- Glukose < 2.0 mmol/l, oder
- rezidivierende Hypoglykämie (zweite Hypoglyämie) trotz adäquater Therapie (Glucogel + angepasste Ernährung)

### 3.2 Sekundäre Tachypnoe / V. a. neonatale Infektion

- Anruf bei klinischer Symptomatik (Tachypnoe/ANS), insbesondere wenn O<sub>2</sub>/CPAP nötig ist oder der Verlauf progredient.
- Wichtiges Prinzip: Routinemässige Entzündungswerte „zur Entscheidungsfindung“ sollen keine Verlegung verzögern. CRP hat initial limitierte Aussagekraft:
  - Symptomatisch → Verlegung/Abklärung/Überwachung ist in der Regel ohnehin nötig.
  - Asymptomatisch nach kurzer Symptomphase → alleinige CRP-Werte sind häufig weder für den Transport noch für die Therapie ausschlaggebend.

### 3.3 Hyperbilirubinämie

Anruf bei:

- TSB über Phototherapie-Grenze, insbesondere
- Ikterus in den ersten 24 Stunden (Ikterus praecox) oder rasch ansteigender TSB

### 3.4 Schwere Adaptationsstörung

Anruf bei:

- Nabelschnur-pH (art.) < 7.0

## 4 Entscheidung Mütterverlegung vs. Rückverlegung des Kindes

1. Isolierte Tachypnoe: Infekt-Ausschluss/ggf. Antibiotika für 24 h → Kind kann nach Stabilisierung häufig rückverlegt werden; eine Mütterverlegung ins LUKS ist meist nicht sinnvoll.
2. CPAP bei Adaptationsstörung: häufig rasche Stabilisierung → Entscheid zur Mütterverlegung oft erst nach Rücksprache am Folgetag (nach Verlauf/Weaning).
3. Ikterus praecox: Verlauf nach Abklärung; wenn keine Immuhämolyse und rasche Stabilisierung möglich → Rückkehr zur Mutter am Folgetag möglich, daher Mütterverlegung initial zurückhaltend.
4. Hypoglykämie: nach Stabilisierung/Weaning (z. B. G10 reduzieren) häufig zeitnahe Rückverlegung möglich → Mütterverlegung initial zurückhaltend.

Grundsatz: Wir versuchen belastende mütterliche Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden zu vermeiden und Kinder nach Stabilisierung möglichst früh zurückzuführen.

## 5 Mitnahme von mütterlichem Blut – Indikationen

Mütterliches Blut soll mitgegeben werden, wenn ein relevantes Risiko für Blutprodukte/Transfusion besteht, insbesondere:

- Hyperbilirubinämie mit Risiko der Austauschtransfusion
- Frühgeburt <32 SSW
- Kind mit Anämie (z. B. Hb tief, meist via BGA verfügbar)
- V. a. zyanotisches Herzvitium (potenziell spätere Verlegung ins Herzzentrum)
- Potenziell OP-pflichtige Kinder (z. B. V. a. Darmobstruktion)
- Nach Einschätzung des Transportteams (NETT), z. B. intubiert und/oder katecholaminpflichtig

Wenn benötigt:

3 ml EDTA\_Blut

5 ml Serum-Blut

## 6 Dokumentation/Übermittlung

Die telefonische Übergabe wird durch den Zuweiser **schriftlich** (Kurzbericht/Verlegungsformular) ergänzt.

Laborwerte sollen nach Möglichkeit als Ausdruck/Foto/elektronisch mitgegeben werden.

Relevante pränatale Dokumente (Pränatalboard, Serologien) bei planbaren Verlegungen beilegen.

## 7 Hinweis zur Aufenthaltsdauer im Kinderspital

Die Hospitalisationsdauer richtet sich primär nach klinischer Stabilität, notwendiger Überwachung und Therapie.

Ziel ist – wo medizinisch sicher – eine kurze Überwachungs-/Abklärungsphase mit anschliessender Rückverlegung in das zuweisende Spital, um Mutter-Kind-Trennung zu minimieren.

## 8 Austritt

Sobald das Problem, das zur Hospitalisation geführt hat, behoben ist, kann das Kind zur Mutter zurückverlegt werden. Der Transport darf mit dem Privatauto erfolgen, sofern zwei Personen anwesend sind: eine fahrende Person sowie eine Begleitperson, die das Kind während der Fahrt begleitet. Eine professionelle Begleitung ist nicht notwendig.

Veröffentlichung	Autor(-en)	geprüft von
30.04.2025	M. Fontana, Neonatologie	M. Stocker, CA Kinderspital; Kader Neonatologie