

Schnittstelle Spital/Kinderarzt

Die Entlassung des Neugeborenen aus dem Spital markiert die Schnittstelle zwischen Spital und Kinderarzt. Es ist der Augenblick, in dem die Verantwortung den Eltern und den ambulanten Betreuungsstrukturen übergeben wird, möglichst zeitnah und präzise dokumentiert in der Epikrise an den niedergelassenen Kinderarzt. Zentraler Bestandteil ist die Vorbereitung und umfassende Information der Eltern vor der Entlassung aus dem Spital. Der erste Besuch beim weiterbetreuenden Kinderarzt sollte 2 Wochen nach Spitalaustritt erfolgen.

Von Sven Wellmann

Nur ein Teil der spät Frühgeborenen muss überhaupt auf eine Neonatologie aufgenommen werden. Für alle Früh- und Termingeborenen gilt gleichermaßen, dass sie zentrale Austrittskriterien erfüllen müssen:

- ◉ Der Wärmehaushalt muss autonom und zuverlässig funktionieren.
- ◉ Kardiorespiratorisch muss Stabilität gewährleistet sein.
- ◉ Eine zufriedenstellende Gewichtszunahme muss auch unter Wunschkosternährung erfolgen, einer Ernährung ad libitum.

Selbstverständlich müssen allfällige Erkrankungen und Auffälligkeiten abgeklärt und gegebenenfalls therapiert sein.

Das Austrittsgespräch

Zentraler Bestandteil im Entlassungsmanagement ist die Vorbereitung der Eltern. Das beinhaltet die pflegerische Anleitung, die emotionale Unterstützung und die Information der Eltern über alle relevanten medizinischen Aspekte. Im Austrittsgespräch von Arzt/Ärztin und Pflegenden mit den Eltern werden die wichtigsten Aspekte zum Spitalaufenthalt des Kindes abschliessend besprochen und alle notwendigen Informationen für den Austritt und die poststationäre Zeit weitergegeben einschliesslich der Rachitisprophylaxe. Es empfiehlt sich, das Gespräch anhand einer Checkliste zu führen, es nicht erst unmittelbar vor Austritt durchzuführen und ausreichend Zeit einzuplanen.

In der Literatur ist eindeutig belegt, dass späte Frühgeborene nicht nur eine erhöhte Morbidität in den ersten Lebenstagen aufweisen, sondern auch im 1. Le-

bensjahr jenseits der Geburtshospitalisation mindestens 3-mal so viele Komplikationen haben wie Termingeborene. Neben Temperaturinstabilität, Hypoglykämie, Ikterus und Atemstörungen in den ersten 2 Lebenswochen sind es im weiteren Verlauf vorwiegend Ernährungsprobleme, oft als Trinkschwäche oder gastroösophagealer Reflux kodiert, gefolgt von Infektionen (1).

Entsprechend sind auch die Gesundheitskosten vor allem aufgrund der erhöhten primären und sekundären Hospitalisationsrate rund 10-mal höher als bei den Termingeborenen. Selbst nach Abzug der Kosten für die Geburtshospitalisation verursachen späte Frühgeborene im verbleibenden 1. Lebensjahr rund 3-mal höhere Gesundheitskosten als Termingeborene (1). Aus diesen Gründen ist es sehr wichtig, dass alle Eltern nicht nur informiert, sondern auch gut in der Pflege angeleitet werden und die ambulanten Betreuungsstrukturen entsprechend vorbereitet sind.

Der erste Besuch beim weiterbetreuenden Kinderarzt sollte 2 Wochen nach Spitalaustritt erfolgen, eine Hebamme wird empfohlen, und die Möglichkeit der Mütter- und Väterberatungsstellen wird angeboten.

Erhöhte Mortalität und plötzlicher Kindstod

Bedauerlicherweise drückt sich die erhöhte Morbidität der spät Frühgeborenen auch in einer erhöhten Mortalität aus (*Tabelle*). Diese ist bei spät Frühgeborenen im Vergleich zu Termingeborenen wie folgt erhöht:

- ◉ in der 1. Lebenswoche 5-fach,

- in den Lebenswochen 2 bis 4 etwa 3-fach und
 - ab dem 2. Lebensmonat im verbleibenden ersten Lebensjahr etwa 2-fach (2).
- Interessanterweise sind diese Unterschiede in den letzten 15 Jahren weitgehend stabil geblieben. Bereinigt man die Mortalitätsstatistik um Komplikationen durch angeborene Fehlbildungen und betrachtet nur die Mortalität ab dem 2. Lebensmonat (wenn die meisten Kinder zu Hause sind), ist der sogenannte plötzliche Kindstod die häufigste Todesursache, genauso wie bei Termingebore-

nen. Das relative Risiko, am plötzlichen Kindstod zu versterben, ist bei den späten Frühgeborenen doppelt so hoch wie bei den Termingeborenen (siehe *Tabelle*). In einer kürzlich publizierten Übersichtsarbeit wurde der plötzliche Kindstod anschaulich charakterisiert (3). Die Häufigkeit weiterer Todesursachen ist ebenfalls in der *Tabelle* dargestellt. Zusammenfassend ist es deshalb wichtig, dass die Ausführungen zur Prophylaxe des plötzlichen Kindstodes im Austrittsgespräch ausreichend Aufmerksamkeit bekommen. Es empfiehlt sich, den Eltern

an den letzten 1 bis 2 Tagen vor Entlassung die korrekte Lagerung ganz konkret vorzuführen (siehe *Info-Kasten*).

«So, he's a little premature, what's the big deal?» – diese Aussage ist bei späten Frühgeborenen nicht nur in den ersten Lebenswochen, sondern auch mindestens im 1. Lebensjahr falsch (4). Durch entsprechende Fürsorge und Aufmerksamkeit der Eltern und der vorhandenen Gesundheitsstrukturen stehen die Chancen aber gut, dass es nicht zu einem «big deal» kommt. ☉

Tabelle:
Mortalität in der Postnatalzeit* bei spät Frühgeborenen und Termingeborenen

Todesursachen	späte Frühgeborene	Termingeborene	Verhältnis (relatives Risiko)
Gastroenteritiden	26	82	3,3
Fehlbildungen	736	2883	2,8
Pneumonien	99	379	2,8
Sepsis	61	256	2,6
plötzlicher Kindstod	784	4332	2,0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	126	690	2,0
Bluterkrankungen	21	112	2,0
Malignome	25	143	1,9
Unfälle	291	1754	1,8
Misshandlungen	87	553	1,7
alle	3192	15 167	2,3

*Tag 28 bis 364; US-amerikanische Daten der Jahre 2000-2002 (2)

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sven Wellmann
Klinik für Neonatologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich
E-Mail: sven.wellmann@usz.ch

Literatur:

- McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. *Pediatrics* 2009; 123 (2): 653–659.
- Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States 1995–2002. *J Pediatr* 2007; 151 (5): 450–456.
- Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009; 361(8): 795–805.
- Verklan MT. So, he's a little premature ... what's the big deal? *Crit Care Nurs Clin North Am* 2009; 21 (2): 149–161.

Info

Elterninformation zur korrekten Lagerung des Neugeborenen in seinem Bett zuhause

Das Neugeborene wird auf seiner eigenen planen und festen Matratze ausschliesslich auf dem Rücken gebettet, abschliessend gekleidet in einem Schlafsack. Wird das Kopfteil etwas hochgestellt, bleibt die Matratze plan, und ein Kopfkissen ist nicht gestattet. Das Fussende reicht bis zur Fussseite des Bettchens, damit das Kind bei Bedarf einen Widerstand an den Füßen spüren kann. Wird ein Stillkissen oder ein anderes Bettungsmaterial zur Formung eines Nestchens verwendet, darf es von den Füßen her maximal bis zum Brustkorb reichen. Der Kopf und die Arme sind immer frei.

Kuscheltiere und lose Deckchen sind im Bett tabu. Zudecken werden nicht gebraucht. Bei Bedarf werden dem Kind Söckchen, ein doppelter Body oder Strampler, feine Handschuhe und zum Ausgang ein Mützchen übergezogen. Im Bett braucht es keine Mütze. Diese kann verrutschen und schlimmstenfalls die Atemwege verlegen.

Weitere Empfehlungen zur «kühlen» Schlafzimmertemperatur, Position des Schlafbettchens im Zimmer der Eltern und dem Rauchverbot zu Hause finden sich auch im Gesundheitsbüchlein, welches die Eltern im Spital an die Hand bekommen sollten. Im Gespräch ergeben sich eventuell noch Fragen. Man kann darauf hinweisen, dass bei Anwesenheit und Aufmerksamkeit eines Elternteiles das Kind natürlich auch bäuchlings liegen darf und auch auf der Matratze der Eltern.

Letztlich muss die zentrale Botschaft zur Prophylaxe des plötzlichen Kindstodes den Eltern bei allen Ausführungen deutlich bleiben.