



## Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen  
Stand August 2010

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
  - 3.8 Leitlinien anderer Fachgesellschaften
  - 3.8.4 Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken in Kinderkliniken (Neonataler Transport)
- 

*Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Perinatalmedizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)*

## **Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken in Kinderkliniken (Neonataler Transport)**

AWMF 024/002 (S1)

### **Inhalt**

1. Vorbemerkung
2. Absolute Verlegungsindikationen
3. Relative Indikation

Die in dieser Leitlinie vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind medizinisch notwendig und entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft.

### **1 Vorbemerkung**

Ein neonataler Transport sollte, wenn irgend möglich, durch die antepartale Verlegung von Risikoschwangeren in eine Klinik der Maximalversorgung vermieden werden.

Die folgenden Empfehlungen differenzieren danach, ob eine kontinuierliche pädiatrische Betreuung in der Geburtsklinik möglich, d.h., ob ständig ein neonatologisch versierter Pädiater im Hause präsent ist oder nicht.

Neugeborene, bei denen eine Verlegung nur zur Diagnostik, Beobachtung oder kurzfristigen Therapie erfolgt, sollen frühestmöglich in die Geburtsklinik zurückverlegt werden, um die Trennung von Mutter und Kind so kurz wie möglich zu halten.

### **2 Absolute Verlegungsindikationen**

- Unreife (< 35 vollendete SSW),
- fetale Wachstumsretardierung (kleiner/gleich 3. Perzentile),
- Atemstörungen jeglicher Genese,

- Nabelarterien pH < 7,0,
- Fehlbildungen oder Verdacht darauf zur weiteren Diagnostik und/oder Therapie,
- angeborene Stoffwechselstörungen oder Verdacht darauf,
- Hypoglykämie, wiederholt < 35 mg/dl (2 mmol/l) in den ersten 24 Stunden, < 45 mg/dl (2,5 mmol/l) ab zweitem Lebenstag,
- diabetische Fetopathie,
- Endokrinopathie oder Verdacht darauf,
- Morbus haemolyticus neonatorum,
- Polyglobulie (Hämatokrit venös > 0,7),
- Anämie (Hämatokrit < 0,35) in erster Lebenswoche,
- Hyperbilirubinämie:
  - sichtbarer Ikterus in den ersten 24 Stunden,
  - 20 mg/dl trotz Fototherapie bei gesunden reifen Neugeborenen,
  - 17 mg/dl trotz Fototherapie bei reifen Neugeborenen mit Risikofaktoren,
- Morbus haemorrhagicus,
- Krampfanfälle,
- intrakranielle Blutungen und Verdacht darauf,
- Zyanose,
- Infektion und klinischer Verdacht darauf,
- Kinder drogenabhängiger Mütter.

### 3 Relative Indikation

(wenn ein neonatologisch versierter Pädiater nicht ständig präsent ist)

- Unreife (größer/gleich 35 vollendete SSW),
- fetale Wachstumsretardierung (3.–10. Perzentile),
- Neugeborene von Müttern mit insulinbedürftigem Diabetes,
- Hyperbilirubinämie zur Differentialdiagnostik und eventuellen Fototherapie,
- Polyglobulie (Hämatokrit venös 0,66–0,70),
- neurologische Auffälligkeiten,
- anamnestischer Verdacht auf Infektion bis zum Ausschluss,
- Fehlbildungen mit aufgeschobener Dringlichkeit,
- Herzrhythmusstörungen,
- Ernährungsstörungen.

### **Verfahren zur Konsensbildung**

#### **Erstfassung**

L. Grauel und die Vorstände der GNPI und der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (1996)

#### **Letzte Überarbeitung:**

Juni 2003

Bestätigt von den Vorständen der

- Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
- Deutschen Gesellschaft für Perinatalmedizin
- Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

(Koordination 2003 Pohlandt, Ulm)

#### **Gültigkeit bestätigt**

2008, 2010