

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Band: 107 (2009)
Heft: 10

Artikel: Wochenbettbetreuung : der Neugeborenenikterus
Autor: Edelmann, Lilo
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949831>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Wochenbettbetreuung

Der Neugeborenenikterus

In der frühen Wochenbettbetreuung zählt die Beobachtung der Entwicklung eines Neugeborenenikterus

im Hinblick auf die Frage einer entstehenden Hyperbilirubinämie zu den wichtigsten Aufgaben der Hebammen.

Lilo Edelmann

Frühzeitige Vorsorge

Etwa die Hälfte aller Neugeborenen zeigt eine deutliche Gelbfärbung der Haut und der Skleren. Diese beginnt bei der physiologischen Bilirubinämie am Ende des zweiten Tages und steigt bis zum sechsten Tag langsam an. Bei einem gesunden Neugeborenen beginnt nach einer Woche der kontinuierliche Abbau der Bilirubinwerte, der wiederum etwa eine Woche anhält. In Wintermonaten scheint die Häufigkeit des Auftretens erhöht zu sein.

Bis zum Kernikterus

Stillkinder zeigen manchmal den sogenannten Muttermilchikterus, der bis zu vier Wochen und manchmal darüber hinaus andauern kann. Bei vorliegenden Risikofaktoren wie Frühgeburtlichkeit, Rh-Konstellation, ABO-Unverträglichkeit, kann es zu einem Ikterus praecox (Frühikterus) kommen, der bereits am ersten Lebenstag beginnt und sich sehr rasch verstärkt. Die Nichtbehandlung kann zu einer schweren Hyperbilirubinämie und letztlich zum Kernikterus mit schweren Hirnschäden führen.

Die Therapie der Wahl besteht bei einem solchen Verlauf in der Regel in einer 24-stündigen Fotherapie mit guten Erfolgen. Einige Kliniken verordnen zusätzlich eine 24-stündige Stillpause, deren Nutzen umstritten ist. Die Therapie einer gefährlichen Hyperbilirubinämie geht in der Regel mit einer Austauschtransfusion einher. Die Grenzwerte toxischer Bilirubin-konzentrationen sind in den letzten Jahren immer wieder überprüft und nach oben korrigiert worden. Die Aufgabe der Hebamme im häuslichen Bereich der Eltern liegt vor allem in der Unterscheidung der physiologischen von der pathologischen Bilirubinämie, der Einleitung vorbeugender Massnahmen, der täglichen Beobachtung des Kindes, der konsequenten Anleitung und Aufklärung der Eltern sowie der Bereitstellung unterstützender Mittel zur Abwendung einer pathologischen Entwicklung und letztlich gegebenenfalls in der Hinzuziehung ärztlicher Hilfe.

Die relativ frühzeitige Entlassung der Wöchnerinnen aus der Klinik führt zur Erhöhung der Verantwortung auch derjenigen Hebammen, die keine ausserklinische Geburtshilfe leisten oder wenig Erfahrung in der Betreuung ambulanter Geburten haben. Die Notwendigkeit mindestens eines Vorbesuches in der Schwangerschaft unter anderem zur Ermittlung wesentlicher Daten wie Blutgruppe, Rhesusfaktor und Anamnese der Schwangeren und ihrer Familie zeigt hier wieder ihre hohe Bedeutung.

Vorbesuch/Erstkontakt in der Schwangerschaft

- ausreichende Dokumentation aller wichtiger Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, gegebenenfalls Anti-D-Prophylaxe
- Gründliche Anamneseerhebung, beispielsweise
 - behandlungsbedürftiger Ikterus bei Geschwisterkindern
 - Lebererkrankungen in der Familie
- Besprechung des Themas «Neugeborenenikterus» im Geburtsvorbereitungs- oder Säuglingspflegekurs

Perinatalperiode bis drei Tage post partum

- Zwei Hausbesuche täglich
- Frühes Anlegen nach der Geburt
- Häufiges Stillen
- Mutter-Kind-Einheit sichern
- Stressfreie Umgebung sichern
- Warmhalten des Neugeborenen
- Neugeborenes dem natürlichen Licht aussetzen
- Stillvorgang begleiten

Lilo Edelmann arbeitet als Hebamme in eigener Praxis in Lingen, Deutschland, ist Buchautorin und verfügt über umfangreiche Erfahrungen im berufspolitischen Bereich. Sie berät Hebammenpraxen, Hebammenteams in Spitälern und einzelne Hebammen in Fragen der Existenzabsicherung und unterstützt Hebammen und Kliniken bei der Umstellung auf Beleghebammensysteme.

- Bei Bedarf Gewichtskontrolle
- Stillprotokoll einführen
- Ernährungsberatung der Mutter

Diagnostik

- Hautfarbe und Skleren des Kindes bei Tageslicht beurteilen, evtl. ein Ikterometer benutzen
- Beurteilung aller Ausscheidungen (Windeln sammeln lassen)
- Muskeltonus/Hauttonus prüfen
- Erbrechen? Trinkunlust?
- Bei Bedarf transkutane Messung mit Bilimeter oder Blutabnahme

Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Klinik

Bei vorliegendem Risiko und frühen Anzeichen eines Ikterus ist ein frühzeitiges Hinzuziehen einer Kinderärztin/eines Kinderarztes geboten. Gegebenenfalls muss das Kind in einer Klinik vorgestellt werden. Als günstig erweist sich eine gute Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Kliniken vor Ort. Häufig ist es dann möglich, das klinische Labor oder das Bilimeter aus dem Neugeborenenzimmer am Wochenende zu nutzen.

Einige Hebammen besitzen inzwischen selber ein kleines Labor. Allerdings sollten nichtinvasive Diagnostikmöglichkeiten zunächst ausgeschöpft werden, da häufige

Empfehlungen zum Neugeborenen-Ikterus

Abklärung und Behandlung von ikterischen Neugeborenen ab 35 0/7 Schwangerschaftswochen

Revidierte Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (2006)

Online auf: www.neonet.ch > recommandations



Fallbeispiel 1

Blutentnahmen für das Kind und seine Eltern zusätzliche Stressbelastungen darstellen. Hier den richtigen Zeitpunkt zu finden und zu einer klaren Diagnose zu gelangen, erfordert einige Erfahrung seitens der betreuenden Hebamme. So erscheint manches Kind schwer ikterisch durch Hautfarbe und Sklerenverfärbung, ist dabei jedoch putzmunter, trinkt reichlich und scheidet ordentlich aus. Das andere Kind ist blassgelb, schlaff, trinkunlustig, scheidet kaum aus und schläft auch während des Trinkens immer wieder ein. Letzteres hat wahrscheinlich einen höheren Bilirubinwert als das erste.

Manchmal ist es schwierig für die Hebamme, Eltern von der Notwendigkeit bestimmter Massnahmen zu überzeugen. Es herrscht häufig nach der Geburt eine euphorische Stimmung, die scheinbar negative Themen nicht zulässt. Am anschaulichsten ist hier vielleicht ein typisches Fallbeispiel aus der Praxis (*siehe Fallbeispiel 1*). Dabei handelt es sich um ein Negativbeispiel, das jeder Hebamme geläufig sein dürfte, neben vielen positiven. Tatsächlich kommt es bei Kooperation der Eltern und einer aufmerksamen Hebammenbetreuung äusserst selten zu Komplikationen.

Frau L. und Herr P. freuen sich sehr über die Geburt ihres ersten Kindes. Trotz einer Vakuumextraktion nach 20-stündiger Geburtsdauer verlassen die beiden die Klinik mit ihrer Tochter nach 12 Stunden. Von Zuhause informieren sie die Hebamme, die sie aus der Schwangerschaftsbegleitung kennen. Diese fällt aus allen Wolken, da Frau L. eigentlich einen längeren Klinikaufenthalt geplant hatte.

Sie fährt zu den Leuten, stellt beim Kind eine ausgeprägte Geburtsgeschwulst am Hinterhaupt fest bei ansonsten gesunder Mutter und gesundem Kind. Sie überzeugt sich während eines Stillvorganges vom korrekten Anlegen des Kindes, gibt notwendige Ratschläge und verlässt nach zwei Stunden die zufriedenen glücklichen Eltern. Anderntags sucht sie die Familie morgens auf und findet beim Kind bereits eine deutliche Sklerenfärbung sowie eine beginnende Färbung der Haut. Sie bespricht mit den Eltern, das Kind regelmässig zu wecken, denn Lisa hatte acht Stunden in der Nacht geschlafen. Ebenso stellt sie die Wiege direkt

an ein Fenster mit Sonneneinstrahlung und erklärt diese Massnahme. Sie kündigt ihren zweiten Besuch für abends an. Aus einer inneren Unruhe heraus ruft sie die Eltern mittags an – der Anrufbeantworter ist eingeschaltet.

Eine Stunde später trifft sie bei den Eltern ein, wo ihr der schlaftrunkene Vater die Tür öffnet. Auf Nachfragen erfährt sie, dass Lisa seit morgens «ganz lieb schläft. Sie ist ein so rücksichtsvolles Kind. Wir brauchen nach der anstrengenden Geburt ja jetzt alle unsere Ruhe.» Die Hebamme findet das Kind schlafend im Schlafzimmer neben der aufwachenden Mutter vor. Lisa ist kaum zu wecken, der Ikterus ist deutlich verstärkt. Die Hebamme überprüft die Karteikarte und den Mutterpass: keine Hinweise auf ABO-Konstellation, keine Rhesusunverträglichkeit. Sie weckt das Kind und legt es an. Lisa trinkt nicht und schläft sofort wieder ein. Sie erklärt den Eltern eindringlich noch einmal den Hintergrund ihrer morgens verordneten Massnahmen und verbalisiert ihre Verärgerung über die Nichteinhaltung.

Ikterus-Verdacht

Klinische Beurteilung

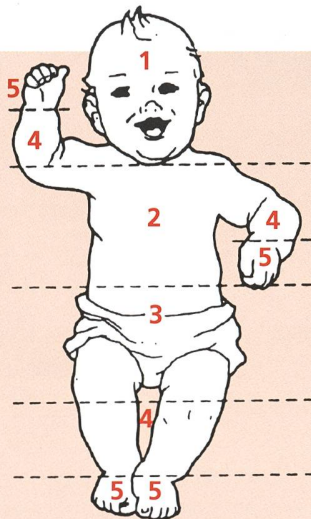
Auftreten und Verlauf eines Ikterus sollten routinemässig bei jedem Windelwechseln oder jeder Pflegeintervention, aber mindestens alle 8 bis 12 Stunden überprüft werden. Die klinische Evaluation erfolgt durch Hautanämisierung mit Fingerdruck («Kramer Regel»).

Kramerregel

Die 5 Zonen der Ikterus-Progression beim Neugeborenen nach Kramer:

- 1: 100 mmol/l \pm 5 mmol/l
- 2: 152 mmol/l \pm 29 mmol/l
- 3: 202 mmol/l \pm 31 mmol/l
- 4: 256 mmol/l \pm 29 mmol/l
- 5: > 256 mmol/l

Mitgeteilt von Herrn Dr. med. Jean-Claude Fauchère, Universitätsspital Zürich.



Der Vater erklärt ihr, sie seien eben nicht so hysterische Eltern wie beispielsweise seine Schwester und deren Ehemann. Sie hätten keine Lust auf ärztliche Massnahmen wie zum Beispiel UV-Licht. Er habe die Kinder seiner Schwester gesehen, die alle drei immer unter einer blauen Lampe gelegen hätten. Seine Schwester habe auch damals sehr geweint und sich seither in seinen Augen zu einer hysterischen Mutter entwickelt, die immerzu zum Arzt laufe. Seiner Meinung nach helfe sich die Natur selber und er traue seiner Tochter die Kraft zu, alleine mit dem Problem fertig zu werden. Frau L. erklärte, sie brächte es auch einfach nicht übers Herz, die süss schlafende Kleine zu wecken. Und ausserdem sehe sie mit dem Gelbton aus, als käme sie direkt aus dem Sommerurlaub.

Die Hebamme erkundigte sich beim Vater, weshalb die Kinder seiner Schwester denn alle fototherapeutisch behandelt worden seien und an welchem Lebenstag die Behandlung notwendig geworden sei. Nun stellte sich heraus, dass sowohl die Schwester als auch Lisas Vater an einer Leberstoffwechselstörung litten. Eine Verlegung in die Klinik und fototherapeutische Behandlung wurden sofort eingeleitet. Lisa hat sich gut entwickelt und ihre Eltern letztlich auch...

Betreuung nach Klinikentlassung ab dem 4. Wochenbetttag

Vorangestellt sei hier ein Fallbeispiel (siehe Fallbeispiel 2). Typisch war hier der Wiederanstieg nach der fototherapeutischen Behandlung, der häufig festzustellen ist – insbesondere nach einer Muttermilchpause. Eine Kontrollbestimmung vor der Entlassung war versehentlich nicht erfolgt, ebenso die Aufklärung der Mutter über die weitere Vorgehensweise.

Fallbeispiel 2

Frau B. ist heute – am siebten Wochenbetttag – entlassen und meldet sich mittags telefonisch bei ihrer nachbetreuenden Hebamme. Sie erzählt, ihr Kind habe bis gestern eine 24-stündige Fototherapie erhalten. Sie habe in der Zeit die Milch abgepumpt, da das Kind keine Muttermilch während der Behandlung erhalten dürfe. Nun sei der Bilirubinwert im normalen Bereich, so dass sie gemeinsam mit ihrem Kind entlassen werden konnte. Sie stille wieder voll, das Kind trinke gut und sie wolle nun den Entlassungstag mit ihrem Mann und Freunden feiern. Hebamme und Frau B. verabreden ei-

nen ersten Hausbesuch für den nächsten Tag.

Sechs Stunden später meldet sich Frau B. noch einmal bei ihrer Hebamme. «Es ist nichts Wichtiges. Ich wollte nur fragen, wann ich die Tablette (D-Fluorette) geben soll. Heute Morgen habe ich bei dem Entlassungstrubel in der Klinik nicht daran gedacht.» Die Hebamme fragt nach der letzten Mahlzeit und erfährt, diese sei gegen Mittag in der Klinik gewesen. Seitdem schlafe die Kleine wie ein Engel und liesse sie in Ruhe ihren Besuch geniessen.

Die Hebamme macht umgehend einen Hausbesuch. Sie findet das Kind schlafend im Arm der Mutter, die bisher das Kind nicht wecken konnte. Das Kind ist schlaff, wacht beim Ausziehen nicht auf, hat nicht ausgeschieden, die Fontanelle ist etwas eingefallen, die Hautfarbe ist blassgelb. Am Mund sind Speicherrückstände zu erkennen. Während der Untersuchung erzählt die Mutter der Hebamme, sie habe das Kind ins abgedunkelte Schlafzimmer gestellt, damit es dort in Ruhe schlafen könne. Die Hebamme bringt das Kind mit den Eltern in die nahe gelegene Klinik, wo es sofort fototherapeutisch behandelt wird. Es stellt sich letztlich heraus, dass die Bilirubinkonzentration bei 21 mg/dl lag.

Tipps für die betreuende Hebamme

- Präzises Erfragen des Geburtsverlaufes (Medikamente? Oxytocin?) und des klinischen Wochenbettverlaufes
- Komplettuntersuchung des Neugeborenen
- Nach phototherapeutischer Behandlung: Erfragen des Entlassungswertes der Bilirubinkonzentration in der Klinik (wünschenswert: Eintragen im Kinderuntersuchungsheft oder Brief an die Hebamme)
- Einbeziehen der Eltern in die Diagnostik
- Erklärung der Hintergründe verschiedener Massnahmen
- Ermuntern der Eltern zu sofortiger Meldung auffälliger Veränderungen des Kindes
- Ansonsten wie oben

Unterstützende Massnahmen aus der Hebammenpraxis

- Mütter trinken Lebertee (Stadelmann) und/oder Maisbarttee
- Kindern vor und nach dem Stillen einen Teelöffel Lebertee verabreichen
- Kind unbedeckt direkt an ein Fenster stellen, Sonneneinstrahlung nutzen (Kopf schützen!)
- Verabreichung von homöopathischen Mitteln an die Mutter und/oder das Kind
- Leberschonende Kost für die Mutter
- Täglich eine Grapefruit für die Mutter
- Mutter trinkt Artischockensaft

Keine Hysterie

Das Thema Neugeborenenikterus und die Gefahr der pathologischen Entwicklung einer gefährlichen Hyperbilirubinämie soll hier nicht überbewertet werden. Ebenso wenig sollen Eltern Ängste entwickeln und ein Horrorszenario aufgebaut werden mit regelmässig Blut abnehmenden Hebammen und Verbringung der Kinder zur Fototherapie. Die Hebamme muss über diagnostische Fähigkeiten, medizinische Hintergründe und Folgen einer nicht erkannten Hyperbilirubinämie informiert sein sowie einen adäquaten Umgang mit Eltern, KinderärztInnen und Kliniken in ihrer Arbeit finden. Dieses ist keine leichte Aufgabe, stellt allerdings wieder einmal dar, welche hohe Verantwortung sie mit der Zusage einer Wochenbettbetreuung übernimmt. ◀

Dieser Artikel ist erstmals in der Deutschen Hebammen Zeitschrift 4/2002 erschienen. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung durch die Autorin sowie Geschäftsleitung und Redaktion der DHZ.



Wie häufig ist der Neugeborenenikterus?

Laut Forschung entwickeln bis zu 60 Prozent aller Neugeborenen in den ersten Lebenstagen Anzeichen einer Gelbsucht. Unter Hebammen gilt es als offenes Geheimnis, dass die Ikteruszahlen in den Geburtshäusern (und nach Hausgeburten) tiefer liegen als in den Kliniken. Als Grund dafür wird weniger Stress rund um die Geburt vermutet.

Untersuchungsergebnisse, welche diese Annahme bzw. die Zahlen belegen, gibt es keine. Die Hebamme.ch hat sich bei den Schweizer Geburtshäusern nach ihren Erfahrungen erkundigt. Trotz unsicherer Datenlage scheinen die Zahlen die Vermutung tendenziell zu bestätigen.



Geburtshaus	Ø Geburtenzahl/Jahr	Ø Anzahl leichte Fälle/Jahr	Ø Anzahl schwere Fälle/Jahr	Bemerkungen
Tagmond, Pratteln BL	80 (inkl. 15–20 Hausgeburten)	33–50%*	1 einziger Fall seit Bestehen des GH, Phototherapie	* Dank intensiver Beobachtung kaum je Blutentnahmen nötig
Artemis, Steinach SG	2008: 75	2008: 9 (12%)	0	
Ambra, Wittinsburg BL	60 (inkl. Hausgeburten und stationäres WoBe)	0	0	
Luna, Biel	100	Nicht statistisch erfasst	3 seit Bestehen*, Verlegung für Phototherapie	* 2 der 3 Kinder hatten die gleiche Mutter
Rundum Laufen BL	10–15	?	1 seit Bestehen*, Verlegung ins Spital	* Geburt nach 37 SSW, Down Syndrom
Zürcher Oberland, Bäretswil ZH	120–140	?	1–2 Phototherapie im Haus	8–10 Bilirubinbestimmungen im Spital. Nach HG noch weniger Fälle von Ikterus
Delphys, Zürich	100–120	Nicht statistisch erfasst	1–3 (Bilibett oder Verlegung)	Seit 2007 eigenes Bilibett, erst 2 mal gebraucht
Geburtshaus Engadin Samedan	10	0	0	
Villa Oberburg BE	?	?	1 (2003: 2) Verlegung(en)	Bei Grenzfällen gute Erfahrungen mit Homöopathie, Bilibett, Sonnenbad usw.
Terra Alta, Oberkirch LU	2008: 183	?	2008: 7 (4%) Phototherapien im Haus	2008: Keine Verlegungen für Phototherapie
Zoé, Moudon VD	1994–2009: total 160	1997–2009: 4 Bilibett-Behandlungen im GH oder daheim	1994–2009: 4 Verlegungen für Phototherapie	Nach 115 Hausgeburten im gleichen Zeitraum: 1 Verlegung für Phototherapie
LaVie, Olten	?	Bilirubinmessung äusserst selten nötig	?	Kein Bilibett im Haus
Arco, Stans NW	2006: 73 2008: 63	2006: 8 (10.9%) 2008: 19 (30.1%)	2006: 1* 2008: 3*	* Behandlung im Haus mit Lampe oder Bilibett

Umfrage: Gerlinde Michel

SCHÖNHEIT IST NÄHE

NIVEA

BESONDERS MILDE PFLEGE FÜR HAARE UND KÖRPER.

NIVEA Baby Mildes Waschgel Haar & Körper ist ein speziell auf die empfindliche Haut und die feinen Haare von Babys abgestimmtes Waschgel mit extra-milden Waschsubstanzen. Die seifenfreie Pflegeformel bewahrt die Haut vor dem Austrocknen, reduziert das Risiko von Allergien und brennt nicht in den Augen. Natürliche Mineralien und Mandelöl stärken die Schutzbarriere der Haut.

NIVEA Baby Mildes Waschgel

- Extra-mild, brennt nicht in den Augen
- Seifenfrei, ohne Farbstoffe
- Hautverträglichkeit klinisch und dermatologisch bestätigt
- In Zusammenarbeit mit Haut- und Kinderärzten entwickelt



NEU!