



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PERINATALE MEDIZIN

Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland

Endfassung

Die vorliegenden Empfehlungen haben zum Ziel, die perinatologische Versorgung von Schwangeren, Müttern, Neu- und Frühgeborenen risiko-adjustiert interdisziplinär zu organisieren. Dazu ist es erforderlich, genaue Voraussetzungen zu definieren, die für die Versorgung von Schwangeren, Müttern, Neu- und Frühgeborenen mit unterschiedlichen Risiken von den Kliniken vorgehalten werden müssen. Die vorgeschlagenen Strukturen sind Voraussetzungen für eine wissenschaftlich begründete, bedarfsgerechte und hochwertige Perinatalmedizin.

Die Empfehlungen haben folgende grundlegende Zielsetzungen:

1. Schwangere mit bekannten Risiken sollen nur noch in Frauenkliniken versorgt werden, in denen eine adäquate präpartale und geburtshilfliche Behandlung möglich ist.
2. Kinder, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, sollen nur noch in Einrichtungen geboren werden, in denen sich eine Pädiatrie bzw. Neonatologie (stratifiziert nach Risikosituation und Reifestatus des Kindes) befindet. Neugeborenen Transporte sollen durch rechtzeitige präventive Verlegung von Risikoschwangeren vermieden werden.
3. In Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik (Versorgungsstufe 1) sollen nur Kinder mit einem Gestationsalter $\geq 36+0$ SSW und ohne bekanntes Risiko (wie z.B. Wachstumsretardierung, Zwillinge, Diabetes der Mutter) zur Welt kommen.
4. Eine leistungsfähige Neugeborenenmedizin auf einer mittleren Versorgungsstufe (Versorgungsstufe 2) ist flächendeckend vorzuhalten.
5. Eine Regionalisierung von Risiko-Schwangeren, sowie von Risiko- Neu- und Frühgeborenen in geburtshilflich-neonatologische Perinatalzentren (höchste Versorgungsstufe 3), soll fallbezogen eine adäquate Versorgung gewährleisten.
6. Die Geburtsmedizin ist integraler Bestandteil einer Klinik für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin. Die Neonatologie ist in gleicher Weise integraler Bestandteil einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatale Chirurgie soll von einem Kinderchirurgen durchgeführt werden – soweit keine spezielle organspezifische Kompetenz erforderlich ist (z.B. Kardiochirurgie). Für die Anästhesie soll ein Facharzt für Anästhesie mit Erfahrung in Kinderanästhesie zur Verfügung stehen.

Stufensystem der perinatologischen Versorgung

Versorgungsstufen	Geburtsmedizinische Versorgungsstufen	Neonatologische Versorgungsstufen
1	Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik	
2a	Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik	Neonatologische Grundversorgung in einer Kinderklinik
2b	Perinatologischer Schwerpunkt (Geburtshilfe)	Perinatologischer Schwerpunkt (Neonatalogie)
3	Perinatalzentrum (Geburtshilfe)	Perinatalzentrum (Neonatalogie)

Versorgungsstufe 1

Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik

In Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik sollen nur Schwangere mit komplikationslos verlaufender Schwangerschaft ab einem Gestationsalter von $\geq 36 + 0$ SSW und ohne zu erwartende Komplikationen beim Neugeborenen entbunden werden. Dies gilt für ca. 90% aller Schwangerschaften. Alle Schwangeren mit einer zu erwartenden Behandlungsnotwendigkeit der Mutter oder des Neugeborenen sind risikoadaptiert bereits präpartal in eine Einrichtung mit höherer perinatologischer Versorgungsstufe zu verlegen. Eine Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt bei Behandlungsbedarf des Neugeborenen wird so vermieden, der postnatale Neugeborenentransport wird dadurch auf unvorhersehbare Notfälle beschränkt. Eine neonatologische Behandlung in einer Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik ist nicht bedarfsgerecht.

Mindestanforderungen an die geburtshilfliche Abteilung

Personal für die Geburtshilfe

Für die Geburtshilfe ist rund um die Uhr eine Versorgung auf Facharztniveau verfügbar. Während einer Rufbereitschaft ist ein Eintreffen in der Klinik innerhalb von 10 Minuten zu gewährleisten.

Im Dienstplan sind für die Geburtshilfe vorzusehen:

- mindestens 1 Assistenzarzt, 24 Stunden anwesend
- mindestens 1 Hebamme, 24 Stunden anwesend
- 1 Anästhesist für die Geburtshilfe, 24 Stunden verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 Anästhesiepflegekraft für die Geburtshilfe, 24 Std verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 OP-Bereitschaft (Pflegekraft) für die Geburtshilfe, 24 Std verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 Kinderkrankenschwester (oder adäquat in der Neugeborenenpflege qualifiziertes Personal oder Hebamme) 24 Stunden anwesend

Die Notfallbereitschaft muss das Einhalten einer Notfallzeit von 30 Minuten ermöglichen: Entscheidungs-Entbindungs-Zeit 20 Min + Wegzeit 10 Min = Notfallzeit von 30 Min*
{*Die absolut eiligen Notfälle, wie Uterusruptur, Abruptio placentae, Nabelschnurkomplikation oder kindliche Blutung bei Placenta praevia lassen sich in dieser Struktur nicht mit angemessener Sicherheit behandeln.}

Mindestgeburtenzahl: 700 Geburten pro Jahr

Assoziierte Institutionen für die Versorgung der Mutter

- Intensivstation
- Notfall-Labor
- Blutbank / Blutdepot

Organisation der Neugeborenenversorgung in einer geburtshilflichen Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik

Folgende Versorgungsleistungen für das Neugeborene müssen erbracht werden können:

1. Erstversorgung des gesunden Neugeborenen durch einen darin kompetenten Arzt (Geburtshelfer, Anästhesist, Kinderarzt)
2. Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen beim Neugeborenen bei unvorhersehbaren Notfällen durch einen darin kompetenten Arzt bis zum Eintreffen des Neugeborenen-Notarztes.
3. Das Vorgehen zur Alarmierung des Neugeborenen-Notarztes muss festgelegt und den Mitarbeitern vertraut sein
4. Sachgerechte Betreuung des gesunden Neugeborenen auf der Wochenbettstation
5. Durchführung der U2 und der weiteren Vorsorgemaßnahmen durch einen Kinderarzt

Diese Strukturmerkmale gelten auch für die Versorgung gesunder Neugeborener in allen anderen Versorgungsstufen

Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken in Kinderkliniken

Ein neonataler Transport sollte wenn irgend möglich durch die präpartale Verlegung von Risikoschwangeren in eine Klinik der entsprechenden Versorgungsstufe vermieden werden. Beim postnatalen Auftreten von Symptomen ist das Neugeborene aus einer Geburtsklinik ohne kontinuierliche Verfügbarkeit eines Kinderarztes immer in eine Kinderklinik zu verlegen. Der verlegende Arzt entscheidet über die für das Neugeborene notwendige Versorgungsstufe.

Absolute Verlegungsindikationen sind (siehe auch AWMF-Leitlinie 24/002):

- Unreife (Gestationsalter < 36 + 0 SSW)
- Fetale Wachstumsretardierung mit einem Geburtsgewicht \leq 3. Perzentile
- Atemstörungen jeglicher Genese, Zyanose
- Nabelarterien pH < 7,0
- Fehlbildung oder Verdacht darauf zur weiteren Diagnostik und/oder Therapie
- angeborene Stoffwechselstörungen oder Verdacht darauf
- Hypoglykämie, trotz Fütterung < 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 (350 μ mol/l) trotz Fototherapie bei gesunden reifen Neugeborenen
17 mg/dl (300 μ mol/l) trotz Fototherapie bei reifen Neugeborenen mit Risikofaktoren
- Morbus haemorrhagicus
- Intrakranielle Blutungen und Verdacht darauf
- Krampfanfälle
- Infektion oder klinischer Verdacht darauf
- Neugeborene drogenabhängiger Mütter

Versorgungsstufe 2a

Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinatologische Grundversorgung)

Strukturmerkmale der geburtshilflichen Abteilung

Personal für die Geburtshilfe

Für die Geburtshilfe ist rund um die Uhr eine Versorgung auf Facharzniveau verfügbar. Während einer Rufbereitschaft ist ein Eintreffen in der Klinik innerhalb von 10 Minuten zu gewährleisten.

Im Dienstplan sind für die Geburtshilfe vorzusehen:

- mindestens 1 Assistenzarzt, 24 Stunden anwesend
- mindestens 1 Hebamme, 24 Stunden anwesend
- 1 Anästhesist für die Geburtshilfe, 24 Stunden verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 Anästhesiepflegekraft für die Geburtshilfe, 24 Std verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 OP-Bereitschaft (Pflegekraft) für die Geburtshilfe, 24 Std verfügbar, rufbereit 10 Min
- 1 Kinderkrankenschwester (oder adäquat in der Neugeborenenpflege qualifiziertes Personal oder Hebamme) 24 Stunden anwesend

Die Notfallbereitschaft muss das Einhalten einer Notfallzeit von 30 Minuten ermöglichen: Entscheidungs-Entbindungs-Zeit 20 Min + Wegzeit 10 Min = Notfallzeit von 30 Min*
{*Die absolut eiligen Notfälle, wie Uterusruptur, Abruption placentae, Nabelschnurkomplikation oder kindliche Blutung bei Placenta praevia lassen sich in dieser Struktur nicht mit angemessener Sicherheit behandeln.}

Mindestgeburtenzahl: 700 Geburten

Assoziierte Institutionen für die Versorgung der Mutter

- Intensivstation
- Notfall-Labor
- Blutbank / Blutdepot

Ferner gelten die für die Neugeborenenversorgung in Versorgungsstufe 1 geltenden Organisationsmerkmale (Zusatz durch GNPI)

Strukturmerkmale der Kinderklinik

Einrichtungen der perinatologischen Grundversorgung sollen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle adäquat zu behandeln. Bei anhaltenden Problemen des Neugeborenen soll eine Verlegung in eine Kinderklinik mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe erfolgen. Prinzipiell sollen in einer Kinderklinik mit neonatologischer Grundversorgung nur Kinder mit einem Gestationsalter $\geq 32+0$ SSW und einem Geburtsgewicht ≥ 1500 g behandelt werden.

Voraussetzungen:

- Der für die Betreuung der Neugeborenen verantwortliche Arzt muss über die Schwerpunktweiterbildung Neonatologie verfügen.
- Möglichkeit zur kurzfristigen Beatmung bis zur Verlegung in eine höhere neonatologische Versorgungsstufe
- Diagnostische Verfahren wie Notfall-Labor, bildgebende Diagnostik (z.B. Radiologie, Sonographie), Echokardiographie sowie EEG sind verfügbar.
- 24-Stunden-Präsenz eines in der pädiatrischen Weiterbildung befindlichen Dienstarztes.
- Im Hintergrund muss ein Arzt mit Schwerpunktbezeichnung Neonatologie jederzeit erreichbar sein (Zusatz durch GNPI).

Zuweisungskriterien

Präpartale Zuweisung

Schwangere mit drohender Frühgeburt ab einem Gestationsalter 32+0 Wochen und einem erwarteten Geburtsgewicht $\geq 1500\text{g}$ können in einer geburtshilflichen Einrichtung der Versorgungsstufe 2a behandelt werden, wenn keine zusätzlichen Erkrankungen von Mutter oder Kind vorliegen, die die Zuweisung in eine höhere Versorgungsstufe (2b oder 3) erforderlich machen.

Postnatale Zuweisung

Neugeborene, die postnatal in eine Kinderklinik verlegt werden müssen, können in einer Einrichtung der neonatologischen Grundversorgung behandelt werden, wenn sie milde Symptome aufweisen, bei denen eine rasche Besserung erwartet wird und keine chirurgische Intervention erforderlich ist, z.B.

- Neu- und Frühgeborene mit einem Gestationsalter $\geq 32+0$ SSW und Geburtsgewicht $\geq 1500\text{g}$
- Neu- und Frühgeborene mit respiratorischen Symptomen, bei denen eine rasche Besserung erwartet wird und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Atemunterstützung erforderlich sein wird, gering ist.
- Neu- und Frühgeborene mit milden Anpassungsstörungen (z.B. Apnoen/Bradykardien, instabile Körpertemperatur, Trinkschwäche)
- Hypoglykämie (s.o.)
- Hyperbilirubinämie (s.o.)

- Geburtsgewicht $> 4500\text{g}$ mit Symptomen
- V.a. neonatale Infektion

Versorgungsstufe 2B

Perinatologischer Schwerpunkt (intermediäre perinatologische Versorgung)

Strukturmerkmale der Geburtshilfe in einem Perinatologischen Schwerpunkt

Der Leiter der Geburtshilfe und sein Stellvertreter müssen über die Schwerpunktweiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ verfügen. Der Leiter der Einrichtung hat die Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ für 1 Jahr. Er verfügt außerdem über die Befähigung zur Pränataldiagnostik und -therapie Stufe II.

Im Dienstplan sind für die Geburtshilfe vorzusehen:

- mindestens 1 Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 24 Stunden anwesend
- mindestens 1 Assistenzarzt Geburtshilfe, 24 Stunden anwesend
- 1 OP-Bereitschaft (Schwester), anwesend
- mindestens 1 Hebamme, 24, Stunden anwesend
- 1 Anästhesieteam, 24 Stunden anwesend
- 1 Kinderkrankenschwester (oder adäquat in der Neugeborenenpflege qualifiziertes Personal oder Hebamme) 24 Stunden anwesend

Die Notfallbereitschaft muss das Einhalten einer Notfallzeit von 15-20 Min ermöglichen
Entscheidungs-Entbindungs-Zeit <15 Min + Wegzeit 1 - 5 Min = Notfallzeit 15-20 Min*
{*Die absolut eiligen Notfälle, wie Uterusruptur, Abruption placentae, Nabelschnurkompli-
kation oder kindliche Blutung z.B. bei Placenta praevia lassen sich in dieser Struktur im
Prinzip mit angemessener Sicherheit behandeln. }

Angestrebte Geburtenzahl im Perinatologischen Schwerpunkt ≥ 1000 pro Jahr

Assoziierte Abteilungen für die Versorgung der Mutter

- Intensivstation
- Labormedizin
- Blutbank

Strukturmerkmale der Neonatologie in einem Perinatologischen Schwerpunkt

1. Der Leiter der Neonatologie und sein Stellvertreter müssen über die Schwerpunktweiterbildung Neonatologie verfügen. Der Leiter der Einrichtung hat die Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt Neonatologie für 1 Jahr.
2. Die Einrichtung muss über mindestens 4 neonatologische Intensivtherapieplätze mit Beatmungsmöglichkeit verfügen.
3. Permanente Arztpräsenz im Bereich der Intensivbehandlung täglich, auch an Wochenenden, für mindestens 12 Stunden. Die restliche Zeit ist als Bereitschaftsdienst im Haus durch einen in pädiatrischer Ausbildung befindlichen Arzt mit mindestens 1 jähriger neonatologischer Ausbildung abzudecken. Im Hintergrund muss ein Arzt mit Schwerpunktbezeichnung Neonatologie jederzeit erreichbar sein. Auf einer Intensivstation, in der Neu- und Frühgeborene beatmet werden, ist zukünftig eine 24-stündige Arztpräsenz anzustreben.
4. Bei drohender Frühgeburt von Zwillingen muss für jedes Zwillingsfrühgeborene ein eigener neonatologischer Arzt und eine Kinderkrankenschwester bereitstehen.
5. Notfall-Labor 24 Stunden verfügbar
6. Weitere diagnostische Verfahren wie konventionelle Radiologie, Sonographie (einschl. Echokardiographie) und EEG verfügbar

Zuweisungskriterien

Präpartale Zuweisung

Folgende Risikoschwangere sollen bereits präpartal in einem Perinatologischen Schwerpunkt betreut werden:

1. Drohende Frühgeburt ab einem Gestationsalter $\geq 29+0$ SSW und einem geschätzten Geburtsgewicht ≥ 1000 g, wenn keine zusätzlichen Erkrankungen von Mutter oder Kind vorliegen, die die Behandlung in einem Perinatalzentrum erfordern.
2. Pränatal diagnostizierte fetale Fehlbildungen, bei denen nach der Geburt keine unmittelbare Notfallversorgung des Neugeborenen erforderlich ist.
3. Präpartal bekannte Erkrankungen der Mutter, die eine intensive Überwachung der Schwangerschaft erfordern, aber Mutter oder Feten nicht akut bedrohen.

Postnatale Zuweisung

Neugeborene, die postnatal in eine Kinderklinik verlegt werden müssen, können in der Neonatologie eines Perinatologischen Schwerpunkts behandelt werden, wenn sie ein Gestationsalter $\geq 29+0$ SSW und ein Geburtsgewicht ≥ 1000 g haben und keine Erkrankung aufweisen, die die Behandlung in einem Perinatalzentrum erfordert.

Versorgungsstufe 3 Perinatalzentrum

Das Perinatalzentrum ist die höchste perinatologische Versorgungsstufe. Hier werden alle geburtsmedizinischen und neonatalen Erkrankungen und Notfälle behandelt.

Kennzeichen des Perinatalzentrums sind:

- strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pränatalmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Dazu soll eine enge räumliche Verbindung zwischen Geburtsbereich (Kreißsaal), Sectio-OP und neonatologischer Intensivstation bestehen. Eine Wand-an-Wand Verbindung ist anzustreben und im Rahmen von Baumaßnahmen obligat vorzusehen. Hierfür bietet sich die Bildung eines Mutter-Kind-Zentrums an.
- enge organisatorische Kooperation mit anderen Fachdisziplinen (Kinderchirurgie, Anästhesie, Neurochirurgie etc.), die zur Versorgung komplexer neonataler Erkrankungen erforderlich sind.
- Die kontinuierliche interdisziplinäre Kommunikation durch regelmäßige strukturierte Besprechungen. Dazu gehören die Diskussionen der Behandlungsergebnisse und der organisatorischen Fragen, die präpartale interdisziplinäre Beratung bei Risikoschwangerschaften und die enge Abstimmung bei der Behandlung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit.

Strukturmerkmale der Geburtshilfe in einem Perinatalzentrum

Die Geburtshilfe soll innerhalb der Frauenklinik als eigenständiger Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin mit voller Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt eingerichtet sein.

Die Geburtshilfe soll eine eigenständige Leitung haben. Grundvoraussetzung ist die Qualifikation „Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ und die Befähigung zur Pränataldiagnostik und –Therapie auf Stufe II oder III.

Im Dienstplan sind für die Geburtshilfe vorzusehen:

- mindestens 1 Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 24 Stunden anwesend
- mindestens 1 Assistenzarzt Geburtshilfe, 24 Stunden anwesend
- mindestens 1 Hebamme, 24 Stunden anwesend
- 1 Anästhesieteam, 24 Stunden anwesend
- 1 OP-Bereitschaft (Pflegekraft), anwesend
- 1 Kinderkrankenschwester (oder adäquat in der Neugeborenenpflege qualifiziertes Personal oder Hebamme) 24 Stunden anwesend

Die Notfallbereitschaft sollte das Einhalten einer Notfallzeit von 10-15 Min ermöglichen
Entscheidungs-Entbindungs-Zeit <10 Min + Wegzeit 1-5 Min = Notfallzeit von 10 - 15 Min*
{*Die absolut eiligen Notfälle, wie Uterusruptur, Abruptio placentae, Nabelschnurkompli-
kation oder kindliche Blutung bei Placenta praevia lassen sich in dieser Abteilung mit
angemessener Sicherheit behandeln. }

Angestrebte Geburtenzahl im Perinatalzentrum ≥ 1500 pro Jahr. Bei regionalen strukturellen Besonderheiten kann diese Zahl unterschritten werden.

Einzugsbereich für die Regionalisierung von Risikoschwangerschaften: 5000 - 10000 Geburten.

Für die Betreuung der Schwangeren sind folgend assoziierte Abteilungen notwendig

- Human-Genetik
- Pathologie
- Labormedizin und Mikrobiologie
- Blutbank /-depot

Strukturmerkmale der Neonatologie in einem Perinatalzentrum

1. Die ärztliche und administrative Leitung muss einem als Neonatologen anerkannten Arzt hauptamtlich übertragen werden. Er und sein Stellvertreter müssen über die Schwerpunktweiterbildung „Neonatologie“ verfügen. Der Leiter hat die uneingeschränkte Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt „Neonatologie“.
2. Die Neonatologie muss mindestens 8 neonatologische Intensivtherapieplätze mit Beatmungsmöglichkeit haben.
3. Die ärztliche und pflegerische Versorgung muss durch einen 24-Stunden-Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz im Intensivbereich sichergestellt sein. Im Intensivtherapiebereich soll ein Pflegeschlüssel *von 3:1* (Pflegerkräfte pro Bett), im Überwachungsbereich *von 2:1* vorgehalten werden, wobei ein möglichst hoher Anteil an Pflegerkräften mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in pädiatrischer Intensivpflege anzustreben ist.
4. Bei drohender Frühgeburt von Zwillingen oder höhergradigen Mehrlingen muss sichergestellt sein, dass für jedes Frühgeborene ein eigener neonatologischer Arzt und eine Kinderkrankenschwester bereitstehen.
5. Im Zentrum sollten mindestens 50 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1500 g pro Jahr behandelt werden. Bei regionalen strukturellen Besonderheiten kann diese Zahl unterschritten werden.
6. Folgende Disziplinen sollen - als Dienst oder Konsiliardienst - zur Verfügung stehen: Neugeborenen-Notarzt-Dienst, allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Neurochirurgie, Kinderkardiologie, Neuropädiatrie, Ophthalmologie, Mikrobiologie, Humangenetik, Labor, bildgebende Diagnostik, Anästhesie (Facharztstandard) mit Erfahrung in Kinderanästhesie.
7. Maßnahmen zu Qualitätssicherung und eine systematische Nachsorge sind durchzuführen.

Zuweisungskriterien

Präpartale Zuweisung

Folgende Risikoschwangere müssen bereits präpartal im Perinatalzentrum betreut werden, da nur dort die für die Behandlung von Mutter und Kind notwendigen Voraussetzungen bestehen (Siehe auch Leitlinie 024/001 Antepartaler Transport von Risikoschwangeren)

1. Drohende Frühgeburt mit einem Gestationsalter < 29+0 SSW oder einem geschätzten Geburtsgewicht <1000g.
2. Alle höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften.
3. Alle pränatal diagnostizierten fetalen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine zügige Behandlung des Neugeborenen erforderlich ist, z.B.:
 - Angeborene Fehlbildungen (z.B. kritischer Herzfehler, Zwerchfellhernie, Meningomyelozele, Gastroschisis)
 - Morbus haemolyticus fetalis
 - Hydrops fetalis
 - Feto-fetales Transfusionssyndrom
 - Hämodynamisch relevante fetale Herzrhythmusstörung

4. Alle präpartal bekannten Erkrankungen der Mutter, die Mutter oder Kind bedrohen:
- Infektion der Mutter mit fetaler Gefährdung
 - Chronische Erkrankung der Schwangeren, wenn sie den Feten bedroht (z.B. schwere Organerkrankung, PKU, Hypo-/Hyperthyreose, Z.n. Transplantation, Autoimmunerkrankung)
 - Schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankung (z.B. schwere Präeklampsie, HELLP-Syndrom)

Postnatale Zuweisung

Neugeborene, bei denen eine lebensbedrohliche Erkrankung postnatal erkannt wird, bzw. sich entwickelt, sollen unverzüglich in ein Perinatalzentrum verlegt werden, z.B.

- Neu- oder Frühgeborene mit schwerem respiratorischen Versagen (z.B. Mekoniumaspirationssyndrom, persistierende pulmonale Hypertonie)
- Notwendigkeit eines neonatalchirurgischen Eingriffs (z.B. präpartal nicht bekannte Fehlbildung, nekrotisierende Enterokolitis, PDA-Ligatur, Herzfehler). Wenn Neu- und Frühgeborene auf operativen Intensivstationen behandelt werden, soll eine enge Kooperation zwischen der intensivmedizinischen Abteilung und der Neonatologie erfolgen.
- angeborene Stoffwechselstörung
- Notwendigkeit komplexer intensivmedizinischer Therapien wie z.B. Peritonealdialyse oder inhalatives NO

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften erwarten von diesem Strukturpapier, dass es die perinatologische Versorgungsqualität weiter verbessert und die hierfür notwendigen materiellen Grundlagen gesichert werden.

Verfahren zur Konsensbildung

Diese Empfehlungen wurden von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit folgenden Mitgliedern erarbeitet:

K Bauer	für die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
K Vetter	für die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
P Groneck	für die Gesellschaft für Nenoatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
E Herting	für die Gesellschaft für Nenoatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
M Gonser	für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
BJ Hackelöer	für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
E Harms	für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
R Rossi	für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
U Hofman	für die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
U Trieschmann	für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Verabschiedungsdatum

20.09.2005

Hinweis: alle vorstehend verwendeten männlichen Bezeichnungen beinhalten automatisch auch die weibliche Form