



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

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen  
Stand August 2008

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 3.3 Schwangerschaft
- 3.3.7 Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe

---

*Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BLFG)*

## **Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe**

AWMF 024/001 (S1)

### **Vorbemerkung**

Die Entbindung von bestimmten Risiko-Schwangeren benötigt im Hinblick auf die Mutter oder das Kind spezialisierte Kenntnisse, Fähigkeiten und Ausrüstung, die aus Häufigkeits-, Erfahrungs- und Kostengründen nicht an jedem Ort vorhanden sein können (2,3,6). Es ist daher bei den entsprechenden Risikogruppen angezeigt, vor der geplanten oder bevorstehenden Entbindung die Schwangere in ein Krankenhaus der für sie adäquaten Versorgungsstufe zu verlegen (1,8,9). In Einzelfall muss allerdings abgewogen werden, ob die Verlegung für die Schwangere und ihr Kind Gewinn bringt gegenüber den Risiken und Nachteilen eines Transports (beispielsweise Zeitverlust bei Hypoxieverdacht) (7). Es werden die Indikationen zur Einweisung von Risiko-Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe aufgelistet.

**Hinweis:** Diesem Papier liegen die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (4) zugrunde. Die entsprechende Versorgungsstufe nach GBA ist jeweils zusätzlich aufgeführt. Beide Empfehlungen entsprechen sich nicht vollständig u. a. wegen der fehlenden Vorgaben zu Mindestmengen an Patienten im GBA-Papier (5).

### **1 Versorgungsstufe 1**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Versorgungsstufe 1 | Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik |
| GBA                | Geburtskliniken (keine Stufenangabe hierfür)                |

Weiterverlegungsindikationen aus Stufe 1 in Stufe 2 bzw. 3 für Schwangere bei

- Drohender Frühgeburt (Gestationsalter  $< 36 + 0$  SSW),
- fetaler Wachstumsretardierung mit einem erwarteten Geburtsgewicht  $< 3.$  Perzentile,
- fetaler Fehlbildung oder Verdacht darauf mit Notwendigkeit zu weiterer Diagnostik und/oder Therapie,
- fetaler Stoffwechselerkrankung,
- Diabetes der Mutter,
- Morbus haemolyticus fetalis,
- Drogenabhängigkeit der Mutter,
- Verdacht auf Infektion des Feten,
- Zwillingen und höhergradigen Mehrlingen.

## 2 Versorgungsstufe 2A

|                     |  |
|---------------------|--|
| Versorgungsstufe 2A | Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinatologische Grundversorgung) |
| GBA                 | Perinataler Schwerpunkt  |

Weiterverlegungsindikation aus Stufe 2A in Stufe 2B bzw. 3 für Schwangere bei

- drohender Frühgeburt  $< 32 + 0$  SSW,
- erwartetem Geburtsgewicht  $< 1500$  g,
- Zwillingen  $< 34 + 0$  SSW (*nach GBA Papier  $< 33 + 0$  SSW*),
- höhergradigen Mehrlingen.

Nach GBA zusätzlich bei

- schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen (fetaler Wachstumsretardierung  $< 3.$  Perzentile bei Präeklampsie, Gestose, HELLP-Syndrom),
- insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit fetaler Gefährdung.

## 3 Versorgungsstufe 2b

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| Versorgungsstufe 2B | Perinatologischer Schwerpunkt |
| GBA                 | Perinatalzentrum LEVEL 2      |

In Kliniken der Versorgungsstufe 2B werden Schwangere behandelt, wenn keine zusätzlichen schweren Erkrankungen von Mutter und Kind vorliegen, bei

- drohender Frühgeburt  $\geq 29 + 0$  SSW,
- geschätztem Geburtsgewicht  $> 1000$  g (GBA  $> 1250$  g),
- pränatal diagnostizierten fetalen Fehlbildungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare Notfallversorgung des Neugeborenen erforderlich ist,

- präpartal bekannten Erkrankungen der Mutter, die eine intensive Überwachung der Schwangerschaft erfordern, aber Mutter oder Feten akut nicht bedrohen.

Weiterverlegungsindikationen aus Stufe 2B in Stufe 3 für Schwangere mit den folgenden unter Stufe 3 angegebenen Risiken.

#### 4 Versorgungsstufe 3

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Versorgungsstufe 3 | Perinatalzentrum         |
| GBA                | Perinatalzentrum LEVEL 1 |

In ein Perinatalzentrum müssen Schwangere verlegt werden bei

- drohender Frühgeburt  $< 29 + 0$  SSW oder einem geschätzten Geburtsgewicht  $< 1000$  g (nach GBA  $< 1250$  g),
- allen höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften (nach GBA  $> 2 < 33 + 0$  SSW und  $> 3$  alle),
- pränatal diagnostizierten Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine zügige Behandlung des Neugeborenen erforderlich ist, z.B.
  - angeborenen Fehlbildungen (z.B. kritischer Herzfehler, Zwerchfellhernie, Meningomyelozele, Gastroschisis),
  - Morbus haemolyticus fetalis,
  - Hydrops fetalis,
  - feto-fetalem Transfusionsyndrom,
  - hämodynamisch relevanten fetalen Herzrhythmusstörungen.

#### 5 Allgemein

Neugeborene mit Erkrankungen, die einer umgehenden chirurgischen Versorgung bedürfen (z.B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozele, Bauchwanddefekten), sollen in einem Zentrum geboren werden, welches diese Therapie anbietet, soweit solche Zentren existieren (z.B. bietet nahezu kein kinder-kardiologisches Zentrum gleichzeitig ein Perinatalzentrum unter einem Dach).

Kritisch kranke Schwangere sollten in ein Zentrum mit suffizienter Therapiemöglichkeit verlegt werden (z.B. Schwangere mit kritischen Herzfehlern in Perinatalzentren mit kardiologischer Intensiveinrichtung bzw. Schwangere mit Hirnblutungsverdacht in Perinatalzentren mit angeschlossener Neurochirurgie). Bei gleichzeitiger kindlicher Mitgefährdung sollte die Verlegung in ein Zentrum der Versorgungsstufe 3 (GBA: Level 1) erfolgen.

#### 6 Literatur

- 1 Arad I, Baras M, Bar-Oz B, Gofin R. Neonatal transport of very low birth weight infants in Jerusalem, revisited. *Isr Med Assoc J.* 2006;8(7):477-82.



- 2 Arad I, Baras M, Gofin R, Bar-Oz B, Peleg O. Does parity affect the neonatal outcome of very-low-birth-weight infants ? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;94(2):283-8.
- 3 Bacak SJ, Baptiste-Roberts K, Amon E, Ireland B, Leet T. Risk factors for early death among extremely low-birth-weight infants. Am J Obstet Gynecol. 2002;192(3):862-7.
- 4 Bauer K, Vetter K, Groneck P, Herting E, Gonser M, Hackeloer BJ, Harms E, Rossi R, Hofmann U, Trieschmann U. Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. Z Geburtsh Neonatol. 2006;210:19-24.
- 5 Gemeinsamer Bundesausschuss. Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Früh- und Neugeborenen. BAnz. Nr. 205, 15.10. 2005: 15 684, . zuletzt geändert am 17. Oktober 2006, Banz. 2006, S. 7050 <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-82/Vb-NICU-2006-10-17.pdf>.
- 6 Chien LY, Whyte R, Aziz K, Thiessen P, Matthew D, Lee SK, Canadian Neonatal Network. Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers..Obstet Gynecol. 2001;98(2):247-52.
- 7 Kugelman A, Reichman B, Chistyakov I, Boyko V, Levitski O, Lerner-Geva L, Riskin A, Bader D; Israel Neonatal Network. Postdischarge infant mortality among very low birth weight infants: a population-based study. Pediatrics 2007;20(4):788-94.
- 8 Shah PS, Shah V, Qiu Z, Ohlsson A, Lee SK; Canadian Neonatal Network. Improved outcomes of outborn preterm infants if admitted to perinatal centers versus freestanding pediatric hospitals. J Pediatr. 2005;146(5):626-31.
- 9 Towers CV, Bonebrake R, Padilla G, Rumney P. The effect of transport on the rate of severe intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants. Obstet Gynecol. 2000;95(2):291-5.

**Leitlinienreport:**

Zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Deutschland liegen Empfehlungen der an der Perinatalmedizin beteiligten Fachgesellschaften vor (Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland 2006) (4) sowie ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA, Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20.9.2005) (5). Der Beschluss des GBA gibt notwendige strukturelle Voraussetzungen vor, die Empfehlung der Fachgesellschaften zusätzlich Mindestmengen.

Den hier ausgesprochenen Empfehlungen liegen die Strukturempfehlungen der Fachgesellschaften zugrunde. Sie wurden durch Überarbeiten der vorhandenen Leitlinien, unter Berücksichtigung der oben genannten Strukturpapiere sowie der einschlägigen Literatur erstellt.

Die vorliegende Leitlinie ersetzt die Leitlinien: **Antepartaler Transport von Risiko-Schwangeren** PerinatalMedizin (1997) 9: 68, und die **Behandlung von Hoch-Risiko-Schwangeren in Perinatalzentren** MT 3/92, 249.

**Verfahren zur Konsensbildung:**

L. Grauel und die Vorstände der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) 1996:

Bestätigt von den Vorständen der

Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)

(Koordination: Pohlandt, 27.06.2003)

**2008:** Interdisziplinäre Arbeitsgruppe: Schneider KTM (federführend), Gonser M, Maier R, Pohlandt F, Roll C, Teichmann A, Vetter K, von der Wense A

Bestätigt von den Vorständen der DGGG, DGPM und GNPI