



Specialties Hospital

专科医院和专科门诊

菲利普·默伊泽尔（德） 克里斯托夫·席尔默（德）
付天海 译

专科医院和专科门诊

菲利普·默伊泽尔（德） 克里斯托夫·席尔默（德）

专科医院和专科门诊

科学指导：弗兰茨·拉布吕戈教授

专业文稿：哈特姆特·尼克爾，约阿希姆·施陶特，

丹尼尔·古特曼，霍尔格·施托克斯博士

付天海 译

德国新建医院	菲利普·默伊泽尔 克里斯托夫·席尔默	9
产科学	哈特姆特·尼克尔	11
精神病学	约阿希姆·施陶特	23
康复医学	丹尼尔·古特曼	31
医院的品牌塑造	霍尔格·施托克斯	39

外科与手术

福格特兰特医院	普劳恩	52
埃勒医院	纽伦堡	56
杜塞尔多夫大学附属医院	杜塞尔多夫	60
德累斯顿大学附属医院	德累斯顿	64
伊丽莎白医院	雷克林豪森	68
霍尔韦德医院	科隆	72
卡塞尔医院	卡塞尔	76
利希滕贝格医学中心	柏林	80
罗斯托克大学附属医院	罗斯托克	86
格尔森基尔欣新教医院	格尔森基尔欣	90

妇科、产科和儿科

汉萨医院	施特拉尔松	96
卡尔斯鲁厄市立医院	卡尔斯鲁厄	100
第三修会儿童医院	慕尼黑	106
新克尔恩维万特斯医院	柏林	110
利普施塔特新教医院	利普施塔特	116
卡尔－古斯塔夫－卡鲁斯大学附属医院	德累斯顿	120
吕塞尔斯海姆健康和护理中心	吕塞尔斯海姆	126
石勒苏益格－荷尔斯泰因大学吕北克校区附属医院	吕北克	130

阿什奥矫形外科儿童医院	阿什奥	134
菲尔特儿童医院	菲尔特	140
菲利普斯大学附属医院	马尔堡	144

康复中心

圣安娜医院	赫尔内	150
克洛斯特瓦尔德专科医院	巴特克洛斯特劳斯尼茨	154
福格塔罗伊特治疗中心	福格塔罗伊特	158
职业康复评估中心	波茨坦	162
圣乔治普通医院	汉堡	166
赫尔戴克联合医院	赫尔戴克	172
诺伊施塔特医院	诺伊施塔特 / 荷尔斯泰因	176
西海岸医院	海德	180

精神病学

伦茨堡县医院	伦茨堡	186
菲尔恩格隆特医院	埃尔万根	190
魏森湖圣约瑟夫医院	柏林	194
东南公园医院	莱比锡	198
乌赫特施普林格专科医院	乌赫特施普林格	202
黑德维希斯霍尔医院	柏林	206

路德新教社会福利院	弗伦斯堡	212
罗斯托克大学神经病学中心	罗斯托克格尔斯多夫	216
芬斯特瓦尔德县医院	芬斯特瓦尔德	220
巴特布拉姆施泰特心身医学医院	巴特布拉姆施泰特	224
海克施医院	慕尼黑	228
福格特兰特医院	普劳恩	232
其他专科医院		
石勒苏益格－荷尔斯泰因大学基尔校区附属医院	基尔	238
法兰克福大学干细胞治疗中心	法兰克福（美茵河畔）	244
圣文森丘斯医院	卡尔斯鲁厄	248
考尔克癫痫病治疗中心	考尔克	252
国际神经病学研究所	汉诺威	256
梅克伦堡－前波莫瑞州心脏病和糖尿病治疗中心	卡尔斯堡	262
波恩大学癫痫病学医院	波恩	266
约翰内斯－古滕贝格大学	美茵茨	270
附录		
医院建筑方面的规章与条例	弗兰茨·拉布吕戈	277

德国新建医院

从全球性的概要介绍到针对个别建筑的专题论著，再到德国标准化研究所的相关文献，有关“医院建筑”这一主题的出版物可谓应有尽有。但不管怎样，人们可以断定，上述出版物的数量绝不能真实地反映出医院建筑的丰富性和多样化。近期欧洲范围内来自法国、英国和荷兰的出版物引起了人们的关注。这些图书主要展示了当前的最新趋势，即把“医院”这一建筑类型从先前作为怪异的科技建筑的形象中解放出来，并确立了“健康中心”作为未来医疗机构的地位。这方面成功的案例已经向人们介绍了怎样将传统意义上的医院设计成酒店式的病房和医疗服务机构。但是各国的法律、规章和条例会对医院建筑的规划与设计造成很大影响，这在上述国际出版物的项目描述中也得到了说明。鉴于此，上述图书只能有限地在德国建筑设计院的日常实践中被加以利用。

本书经过两年的筹备终于问世，它应能填补德国专业文献的一处空白。本书的书名“德国新建医院”中的《专科医院与专科门诊》要求它务必囊括德国自重新统一以来的所有新建医院。书中详细记录了来自全德国的100多个案例，使人们对北起弗伦斯堡、南至肯普滕、西起科隆、东至柏林的医院建筑景观有一个全面大致的了解。本书在材料整理过程中除选取了50个新建项目外，还收录了50个改建和扩建项目。书中的功能示意图可有助于读者在面积大小和具体用途上对这些林林总总的医院建筑进行对比。所有的医院建筑都统一按照1:2000的比例尺绘制而成，并根据第13080号德国工业标准用不同的颜色加以标识：红色=体检/治疗，黄色=护理，绿色=行政管理，橙

色=社会服务，棕色=后勤供应与废料处理，淡紫色=科研与教学，蓝色=动力技术设施，深紫色=其他。

此外，页码右侧的红色标记也可以使读者进行准确定位。每一个案例都详细标示了体检和治疗等不同部门的具体位置，这样会方便读者理解和查找。以图示的形式分析医院建筑类型还可使读者了解相关项目是水平建筑类型（70%的新建项目）、垂直建筑类型（5%）还是混合建筑类型（25%）。

本书以精选的专科医院和专科门诊为探讨主题。这方面的专家在书中向我们详细解读该领域的专业信息，他们是建筑师哈特姆特·尼克爾（产科学）、约阿希姆·施陶特（精神病学）、丹尼尔·古特曼（康复医学）以及来自杜塞尔多夫的企业顾问霍尔格·施托克斯（品牌塑造）。本书收录了60多位建筑师的设计作品，在此一并向他们致以衷心的感谢，没有他们的支持与合作就不会有如此高质量的图书以飨读者。

1 Fermand, Catherine: Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris 1999¹, 2005²
2 Monk, Tony: Hospital Builders. Chichester 2004¹, Dalian 2005²
3 Wagenaar, Cor (Hg.): The Architecture of Hospitals. Rotterdam 2006

+ - | ● ○ 8
混合建筑类型
水平建筑类型
垂直建筑类型
新建建筑
改建建筑
扩建建筑

比例尺：1：2000

- 住院与急救
- 医护服务
- 机能诊断
- 内窥镜检查
- 实验医学
- 病理解剖室 / 病理学
- 放射诊断
- 原子核医学诊断
- 手术
- 分娩
- 放射疗法
- 原子核医学疗法
- 物理疗法
- 作业疗法
- 值班
- 其他
- 体检 / 治疗
- 护理
- 行政管理
- 社会服务
- 后勤供应与废料处理
- 科研与教学
- 其他
- 动力技术设施

100 m
80
60
40
20
0

AN AR FU EN LA PR RD ND OP EN ST NT PT ER BE SO

产科学

历史发展

助产术在古代享有很高的社会声望，助产术在古罗马时期的名称 *nobilitas obstetricum* (*nobilitas*意为“贵族”；*obstetrix*的意思是“助产士”)就足以说明这一点。与当时也可由女奴们从事的其他医学职业所不同，助产士这门技艺只能由自由女人来从事。在古希腊助产士被称作 *maia* (“好妈妈”的意思)。日耳曼人称助产士为 *hev(i)anna* (古高地德语 *hevan*的意思是“举起”；*ana*的意思是“祖母，女祖先”)，由她将新生儿放在托盘上呈现给孩子的父亲。即便到了中世纪，助产和接生也完全是女人的职责，在个别城市助产士或“接生婆”享有特权待遇，她们因做出了积极的贡献而由城市行政官给付报酬。可是后来，她们却因世代流传的接生知识而越来越被人们质疑为玩弄巫术，许多助产士因此被处火刑当众烧死。文艺复兴时期助产术重新得到人们的重视，但是好景不长，很快这门职业就沦落到与当时被轻视的澡堂管理员工作（低级外科医生）同等的地位。从此，助产士加入了外科医生的行列，助产术也逐渐发展成为产科学。医学史学家兼医生阿克塞尔·欣里希·穆尔肯在其《从贫民医院到大型专科医院》一书中描述了妇产科医院的历史发展过程。根据他的研究，第一批学院式妇产科医院产生于18世纪后半叶。大约在1800年前后，大多数当时的专科医院被安置在经过改建的民宅里，用以培训青年医生或助产士。到了毕德麦耶尔派时期（1815—1848），这些机构因产褥热（产后热）蔓延而陷入困境，产妇的高死亡率甚至令个别上

述机构关门倒闭。直到19世纪80年代，人们仍不清楚产褥热的病因，只是在发现了细菌源之后，由产褥热导致的死亡率才有所下降。

匈牙利医生伊格纳兹·菲利普·塞默魏斯（1818—1865）1847年在维也纳普通医院证实，产褥热是通过参与身体检查和接生的医生及助产士之手传染的。塞默魏斯在维也纳普通医院的妇产科实现了自己的想法，他让医疗人员在每次妇科检查之后都用氯化钙对手进行杀菌消毒，并以此取得了意想不到的成功。自实施此项卫生条例以来，产妇的死亡率由三个月内的18%以上下降到3%以下。但是同时代医生的无知使得塞默魏斯的主张并未得到普遍认同，因为他们认为其他原因（如病房通风条件较差）是造成产褥热蔓延的罪魁祸首。正因为如此，19世纪中叶一系列德国大城市相继新建了一些专科医院，以期通过新型的建筑方式遏制产褥热的扩散。又过了一段时间之后，塞默魏斯的认识和悟解才得到了世人的肯定。

到了工业化时代，在医院出生的新生儿的数量开始增加。而直至20世纪初，绝大多数产妇都选择在家中分娩，在农村地区这种情况一直延续到20世纪中叶。随着医疗保健水平的普遍提高和医学领域的专门化，生产被越来越多地转移到医院进行。今天德国的家中分娩数量只占整个出生数量的约2%，在荷兰这一比率约为30%。造成医院分娩大众化的主要因素还不得而知，一种猜想认为，出生率的下降使得未来的父母们不得不更多地为“安全”着想。

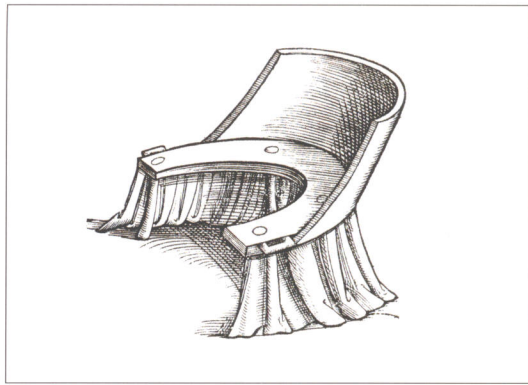


伊格纳兹·菲利普·塞默魏斯
(1818—1865)

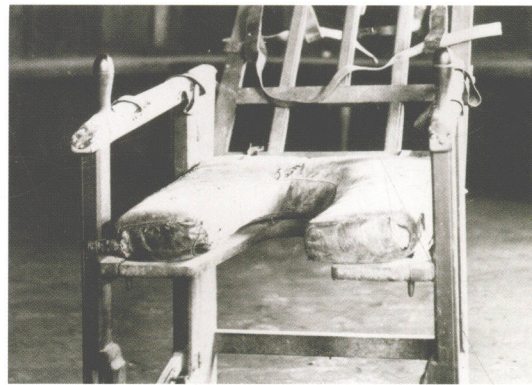
- 1 Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Köln 1988
- 2 Sillo-Seidl, Georg: Die Wahrheit über Semmelweis. Das Wirken des großen Arzt-Forschers und sein tragischer Tod im Licht neu entdeckter Dokumente. Hoya 1984



中世纪对凯撒诞生的有关描述，据说凯撒是通过剖腹产降临人世的，木版画（1506年左右）



中世纪时期的分娩椅，木版画（1500年左右）
（摄影：普鲁士文化遗产图片档案馆）



马克特布莱特（巴伐利亚州）市政厅里的分娩椅，16世纪
（摄影：普鲁士文化遗产图片档案馆，1930年左右）

产科学发展状况

现代产科学在欧洲有着很高的发展水平，仅为4.16‰的婴儿死亡率（全世界平均值在50‰以上）和6‰的产妇死亡率就足以说明这一点。同时人们还考虑到，随着孕妇年龄的不断增长，生产的风险性也会随之提高。欧洲产科学的高水准是通过众多的相关措施达到的。1987年德国医生协会科学顾问组发表的《产前诊断建议书》是产科学的重要组成部分。根据欧洲产前诊断学会的有关定义，该建议书囊括了几乎所有的诊断措施，通过这些措施人们可以在产前发现并排除形态障碍、结构障碍、功能障碍、染色体障碍和分子障碍。实施上述措施旨在降低围产期发病率和死亡率，而核心目的则在于澄清个别专门受基因条件影响的发病危险。

超声波诊断法的实施和应用使胚胎摆脱了产前匿名状态，使胎儿在出生之前就表现为生动形象的个体，而在患病情况下则成为患者。产前诊断所带来的人性、伦理和法律问题不仅对父母提出了极高的要求，而且同样要求医生须具有丰富的专业经验和良好的业务素质，并且还要求妇科医生、人类遗传学家、儿科医生和其他领域的专家尽早开展合作。孕妇在医院常规检查中可以做三次超声波检测，这在孕妇证里都有注明。第一次检测在第9至第12个妊娠周进行。医生根据胚胎的大小可以计算出胎儿的年龄和大致的出生日期，此外他还能识别孕妇怀的是否为多胞胎。在第19至第22个妊娠周进行的第二次超声波检查可以确定胎儿的所有器官是否都已具备以及胎儿是否发育正常，胎盘的

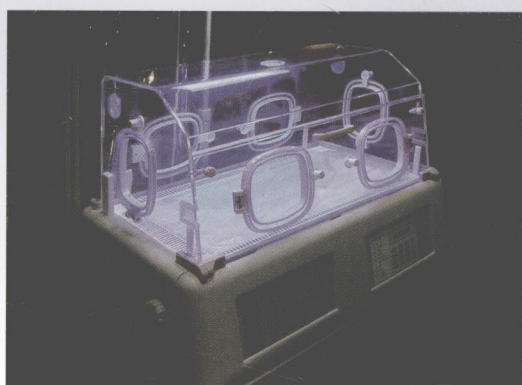
位置也能被准确测定。通过介于第29至第32个妊娠周之间的第三次检查，医生可以监测胎儿的生长情况和内脏器官的功能，测定胎盘的位置和现有羊水的数量。通过上述超声波检查，医生可以及早发现妊娠风险，并根据风险大小安排产妇到不同的附带儿科中心的专门医院进行分娩。

引入质量标准也使得针对医疗人员和助产士的培训和进修达到了较高的水准。除了采用超声波诊断法，羊水诊断法现在作为一种辅助检查方法也经常被人们所采用。如果再辅以绒毛膜活组织检查，医生现在能够将产前诊断从第二个妊娠期提前到第一个妊娠期进行。除了能在妊娠期内接受专职妇科医生和助产士的医务护理外，孕妇还可选择不同产科医院的住院设施，这些设施交通便利，面积宽敞。根据妊娠期的不同反应和风险，孕妇可在就近小医院的妇产科、配有单独剖腹产手术室的妇产科和重点医院或大学附属医院的围产期中心之间进行选择。近期选择家中分娩和医院门诊分娩的趋势较为明显；在一些较大的城市里除可到医院分娩外还有了专门的产院分娩。

2005年9月20日，德国联合医疗委员会通过了一项关于早产儿和新生儿的护理质量保障措施的协定，协定于2006年1月1日生效，并将导致出生医学领域内的一些变革。实施该协定的目的在于：保障对德国早产儿和新生儿的护理结构质量、护理过程质量和护理结果质量；保障提供全面广泛的医护服务；根据早产儿和新生儿所面临的不同风险程度制定相应的最佳料理方案；降低婴儿死亡率和减少儿童先天残疾情况。



保育箱中的新生儿，巴黎（1897年）
(摄影：普鲁士文化遗产图片档案馆)



现代新型保育箱样品（2006年）
(摄影：黑塞有限责任公司)

不符合新生儿护理方案相关规定（见页边旁注）的医院，只在极个别情况下才允许接收孕妇。新生儿运输一般只在突发紧急情况下才会出现，原则上只对那些须接受产后治疗的婴儿实施产前运输。医院在提供相应证明、达到护理方案的四项规定之后才能对新生儿进行护理。医院可在与当地医疗保险公司举行的年度护理行业谈判中提供符合新生儿护理方案的相关证明，即作为一、二级围产期中心或者作为围产期重点单位。

医院分娩过程

从怀孕前最后一次月经的第一天算起，妊娠期一般持续280天，即平均40个星期。预产期可以通过相应的身体检查被大致推算，但无法事先确定；与以往相比，早产儿的数量有所增加。产妇的阵痛预示着分娩的到来。分娩过程因人而异，作为人的生物功能，分娩并非在每一个细节上都能被规划和操纵。根据数据统计，一般来说分娩皆为正常状态下分娩，但也时有偏差情况产生。正常分娩即所谓的自然分娩始于引产阶段，在这期间定期重复阵痛（挛缩）使子宫口张开。子宫收缩从刚开始10~30分钟一次缩短到大约每40秒一次，此后宫缩周期会越来越短；在此期间胎膜囊也往往会破裂。如果子宫口完全张开，则第二产期即胎儿娩出期随即开始。在此期间产妇开始有娩出阵痛，同时婴儿被压迫出产道。如果必要的话，分娩过程还需借助于吸钟或产钳。为了减轻阵痛，医院在大多数情况下还为产妇施行硬膜外腔麻醉或针刺。分娩结束后医疗人员要剪

断母婴脐带，洗净新生儿并把它放到母亲的胸脯上。产期的最后阶段始于分娩结束，终于胎盘的脱落；该阶段可能持续15分钟，但也可能是1小时或更长。

分娩过程一结束（在第一分钟里），医生就可以通过五项常规检查即所谓的Apgar检测测定新生儿的身体状况，检测在5分钟或10分钟之后再重复一遍。要尽可能快地（最好在胎盘脱落之前）从婴儿的脐部动脉里提取血样以检查pH值、血二氧化碳含量和碱过剩情况。确定脐部动脉血和静脉血的酸碱状况可以使医生对产中肺部气体交换作出不同的评判。分娩结束约10分钟后人们可以陆续采取其他婴儿护理措施（应尽量与针对产妇的必要护理措施相协调），而且助产士开始首次为新生儿进行体检。残余的脐带被剪短并由医用夹取出，婴儿的体重、身长和头部围长也第一次被测量得出。

在分娩结束后的头半个小时里，新生儿被放置在母亲的胸部以使其吮吸母乳；只要身体状况允许，在施行了阴道手术或剖腹产手术之后，分娩的产妇也可给自己的婴儿哺乳。分娩后的头两个小时母亲（或父母）和婴儿须在产房里度过，这样当值助产士和（或者）产科医生能够对母婴实施全程监控。注意不要让新生儿着凉。对于临床不易诊断的新生儿而言，即使他躺在母亲的怀抱里，产房也应该能够提供监测婴儿脉搏血氧饱和度的可能性。

新生儿护理方案

- 一级围产期中心，负责护理重度高危患者
- 二级围产期中心，负责为一般高危患者提供尽可能全面的产期护理
- 围产期重点单位，通过在带有产科和儿科的医院里开展高效的新生儿医护工作，为预计需接受产后治疗的新生儿提供全面的护理
- 产科医院，不含至少相当于围产期重点单位的儿科部门，只负责使健全的新生儿降临人世

在医院月子中心对新生儿进行护理

新生儿护理学会和德国妇科及产科学会向产妇和婴儿推荐所谓的“母婴同室”，即新生儿一刻也不离开母亲的房间。如果母亲不愿意这样或者她的身体状况不允许这样做，人们也可以在其他地方护理婴儿，因为“母婴同室”只是一个建议而非义务。母乳是新生儿的天然营养，医院应当为产妇到月子中心专门给自己的婴儿喂奶提供方便。如果不出现并发症，3~5天后母婴即可出院回家。

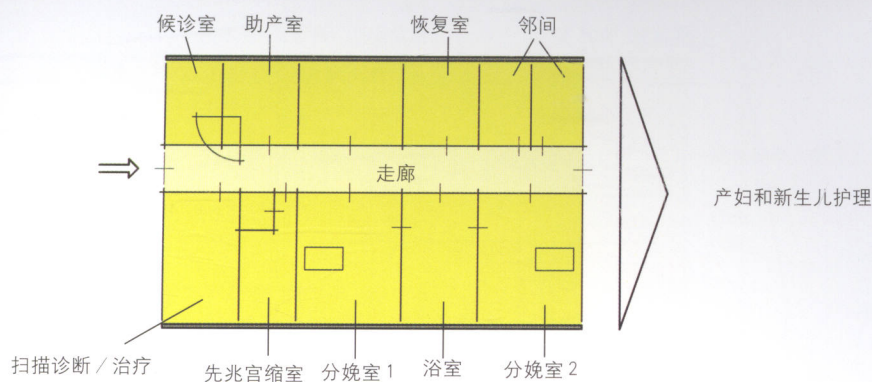
高风险分娩

多胎分娩、病态妊娠过程以及早产儿分娩一般被视为高风险妊娠。医学上比较可取的方法往往是采用剖腹产来终止高风险妊娠。产科学里施行剖腹产手术的比率在过去几年中急剧上升；1990年这一比率还只有14%，2004年已经增加到27%。也就是说，今天每四例分娩中就有一例是通过剖腹产手术完成的。一旦诊断为高风险妊娠，原则上分娩就应该在合适的医疗环境中进行。围产期中心是一个不错的选择，它是附带儿科部门和配有在新生儿护理方面受过专门培训的儿科医生的妇产科医院，中心配备有理想的医疗器械，与其他诊疗结构形成了网络连接，此外还有业务熟练、经验丰富的医疗人员。对早产儿和患病新生儿的监护工作是在儿童监护室里进行的，在这里父母近年来也越来越多地参与护理自己的婴儿。因为卫生原因将新生儿与父母隔离，父母只能与自己的孩子进行目光接触，这种做法已经成为历

史。父母现在是医治小组的重要成员，因为只要有可能，同父母的接触已经构成新生儿生理和心理健康发展的基础。新生儿运输、即把新生儿从产科转移到儿科的做法应尽可能避免，这样可以压低运输对新生儿造成的风险。在产前运输和新生儿运输之间应优先考虑前者，即把高危孕妇转入具有全面护理能力的医院。早产儿是指那些在第37个妊娠周还未完全结束就已出生的婴儿。在围产期中心人们今天能够通过先进的预后诊断使在第24个妊娠周就已出生的早产儿（体重约500克）存活下来。

围产期中心

人们将一所医院里产科和儿科的联合体称为围产期中心。配备了相应器械的围产期中心主要负责护理早产儿和患病新生儿。提供产前支持、实施出生医学方面的诊疗以及照顾新生儿及其家属，这些都属于围产期护理范围。规模较大的围产期中心还有自己的儿科门诊部，以便在紧急情况下为新生儿施行外科手术。围产期中心设有供实施重点护理如给婴儿接氧的诊室，还设有专供护理新生儿和早产儿的保育箱室。保育箱是一种能够保持温度和湿度恒定的铺位，它自身具有对局部气候的调节功能，可以保障婴儿的安全，使医护人员能够随时观测新生儿的身体状况。先进的医疗水平、产前诊断技术的高度发达和围产期中心的区域化连接使得早产儿的存活率可以高达90%，存活质量也能够让人放心。柏林鲁道夫-菲尔肖医院每年可接生约3500个婴儿，是德国最大的妇产科医



模式一：基本护理医院

院，院里分娩区和新生儿监护室鳞次栉比；普通儿科门诊部和德国心脏中心则近在咫尺。

模式一：基本护理医院（150~200个床位，每年接生约500个婴儿）

新生儿护理中心

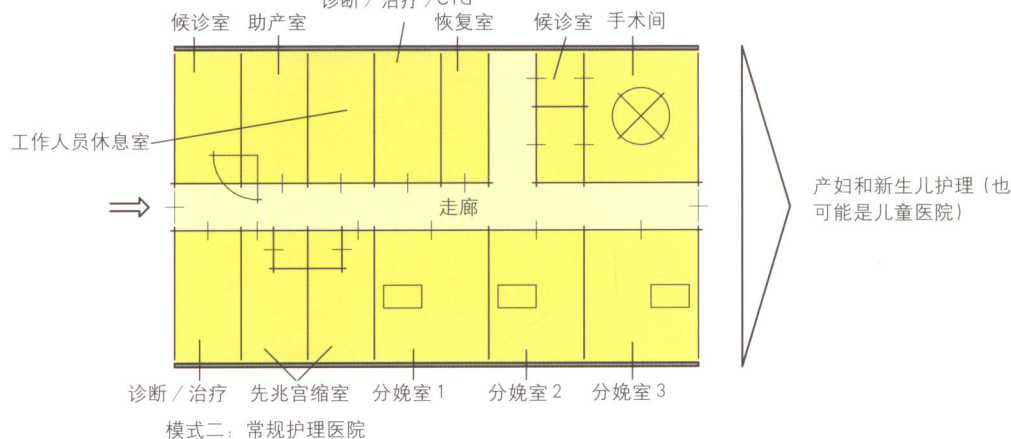
新生儿护理中心是围产期中心的一部分，在这里负责的是专门的儿科医生。新生儿护理中心主要护理和照料早产儿和患病新生儿。装备有特殊技术器械的监护病房在紧急情况下可以给婴儿接氧和提供医学护理。考虑到婴儿与父母的直接接触日益受到重视，今天人们鼓励在监护病房实施所谓的“袋鼠式护理”，即让父母躺在躺椅里，然后把新生儿置于其腹部，这种护理方式甚至在间或必要的监控下也能实行。除了早产儿，人们在这里还可以对患病新生儿或畸形新生儿进行治疗。因为进出检查和卫生要求，新生儿护理中心原则上要与普通医院的走廊隔开。探视者、工作人员以及供应品和卫生品都需经过检查才能进入这一部门。另外还有安置传染性或受严重感染的新生儿的专门病房，病房里有独立的隔离室，用以洗手消毒和更衣。

医院妇产科

根据医疗保健系统的不同分级，我们把医院划分为基本护理医院、常规护理医院和中心护理医院。此外还有一些专注于某些重点领域的专科医院，如妇产科医院和儿童医院。结合上述分级系统，对医院妇产科的设计要求可有三种不同的模式。

从市场营销的角度考虑，此类医院的妇产科为产妇提供多种分娩可能性——从分娩凳到坐式分娩椅再到水中分娩。在出生医学领域，长期以来各大医院为争夺准妈妈而展开了激烈的竞争。带领孕妇参观医院的妇产科和产房自然也就成了医护服务的一部分；此外医院还会提供孕妇操、助分娩泳和不适症状消失练习。

基本护理医院通常设有一处配两个产房的妇产科、B超和胎儿心动图检测室、先兆宫缩监护室、产妇家属休息区、助产士办公室和复苏中心。考虑到基本护理医院的床位数量，产妇一般被安置在附带新生儿护理功能的妇科和产科混合病房。医院里妇产科离手术科不应太远，以便在剖腹分娩的情况下能够缩短向手术室转移的路径。妇产科与医院正门之间要有便捷的连接，此外医院还需为陪护人员提供相应的休息室和卫生设施。多数情况下这种规模的医院主要是不附设儿科的妇产科医院，有些这样的产科医院虽然有儿科部门，但它们与德国联合医疗委员会所规定的围产期重点单位的特征并不相符。这样的护理医院只应为那些已经结束了第36个妊娠周，而且预计其新生儿不会产生并发症的孕妇接生，大约90%的分娩都属于这种情况。除此之外，如果存在必须对新生儿进行治疗的可能，则孕妇须在产前（即婴儿出生之前）被转移到围产期中心。通过这种措施，人们基本上能够避免在产后使母亲与接



二级围产期中心 医护服务与会诊服务

- 普通儿科学
- 心脏病会诊、神经儿科会诊和眼科会诊
- 微生物
- 24 小时应急实验室
- 脑电图
- 成像诊断和愈后护理

二级围产期中心 质量保障程序

- 实行围产期和新生儿护理
- 在监护病房设立早产儿疾病感染监控系统
- 在医院内部质量管理框架范围内，在每一个环节上都认真执行更高级别的护理标准

受治疗的新生儿相分离。新生儿运输只在突发紧急情况下才会出现。

模式二：常规护理医院（250~500 个床位，每年接生约 1000 个婴儿）

围产期重点单位设在带有妇产科的医院里，这些妇产科一般还附设有儿科部门。这样的护理医院应该能够给突发疾病的新生儿提供相应的护理。在不能排除病症的情况下，新生儿应被转移到上一级护理医院。具备基本新生儿护理能力的儿科诊所或儿科部门原则上只诊治在第 32 和第 36 个妊娠周之间出生的婴儿。根据德国联合医疗委员会的协定，人们对围产期重点单位提出了以下要求：

- 负责照料新生儿的医生应持有儿科学领域的资质证明，并在新生儿护理方面至少有三年的工作经验
- 具备给早产儿和新生儿接氧的条件
- 具备放射诊断、普通 B 超检查、超声心动

描记器和脑电图检查等诊察技术和诊察仪器

- 24 小时有儿科医生值班
- 围产期重点单位要在医院内部质量管理框架范围内，在每一个环节上都认真执行更高级别的护理标准

常规护理医院的妇产科拥有 3~4 个产房，绝大多数这样的妇产科都配有独立的剖腹产手术室。除了主诊疗室之外，此类医院还须有助产士值班室、复苏中心、先兆宫缩护理室、检查室、浴室（如果产房里没有的话）、家属休息室以及相应的附属房间。

医院提供经过特殊设计和配有专门器械的病房用以护理产妇和新生儿。产妇病房应具备“母婴同室”的条件，也就是说最多要容纳两张床，除应有卫生间（可能的话带小型坐浴盆）之外，还须有给婴儿裹襁褓和洗澡的可能性。除了母婴同室病房，医院还设有由一名儿科护士长负责的、配备有相应器械的新生儿中心护理室。