SCHLESWIG-
HOLSTEINISCHER
LANDTAG

Ausschussdienst und
Stenografischer Dienst

Niederschrift

Petitionsausschuss

20. Wahlperiode – 79. Sitzung

am Dienstag, dem 23.09.2025, 10:00 Uhr,
im Sitzungszimmer 342/342a des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Dr. Michael Schunck (SSW), stellvertretender Vorsitzender
Beate Nielsen (CDU)
Patrick Pender (CDU), in Vertretung von Hauke Göttsch
Heiner Rickers (CDU)
Manfred Uekermann (CDU)
Wiebke Zweig (CDU)
Oliver Brandt (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Dirk Kock-Rohwer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Dr. Ulrike Täck (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Niclas Dürbrook (SPD)
Marc Timmer (SPD)
Dr. Heiner Garg (FDP)

Weitere Abgeordnete

Birte Pauls (SPD)

Fehlende Abgeordnete

Sönke Siebke (CDU)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Einziger Punkt der Tagesordnung:

Anhörung zur Petition L2119-20/989
Gesundheit; Erhalt der Perinatalzentren am WKK Heide und Flensburg

Der stellvertretende Vorsitzende, Abgeordneter Dr. Schunck, eröffnet die Sitzung um 10:02 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Anhörung zur Petition L2119-20/989

Gesundheit; Erhalt der Perinatalzentren am WKK Heide und Flensburg

Abgeordnete Nielsen führt in die Petition ein. Der Petent fordere den Erhalt der Perinatalzentren Level 1 am Westküstenklinikum in Heide sowie am Diako Klinikum in Flensburg. Er befürchte, dass Frühgeborene an diesen Standorten in Zukunft sonst nicht mehr vollumfänglich versorgt werden könnten. Die Petition werde von 8.876 Personen unterstützt.

Der Petent, Herr Wood, führt aus, dass das Thema für ihn sensibel sei, da seine Frau und er vor fünf Jahren selbst Eltern eines Frühgeborenen geworden seien. Seine Tochter sei nach nur 24 Schwangerschaftswochen auf die Welt gekommen. Wie alle Eltern Frühgeborener hätten er und seine Frau zunächst unter Schock gestanden. Es sei klar, dass seine Tochter ohne die Mittel der Frühgeborenenmedizin nicht überlebt hätte.

Der Gemeinsame Bundesausschuss habe festgelegt, dass Krankenhäuser nur dann Perinatalzentren Level 1 bleiben könnten, wenn sie jährlich mindestens 25 Fälle von Frühgeborenen behandelten. Wenn die Krankenhäuser in Heide und Flensburg ihren Status als Perinatalzentren Level 1 verlören, müssten die Eltern Frühgeborener längere Fahrtwege zu weiter entfernten Kliniken auf sich nehmen. Er sei davon überzeugt, dass es für die Entwicklung Frühgeborener sehr wichtig sei, in den ersten Lebenswochen und -monaten intensiven Körperkontakt zu den Eltern zu haben, also gewissermaßen „großgekuschelt“ zu werden. Je länger die Anfahrtswege würden, desto weniger Zeit hätten die Eltern dafür. Daher bitte er darum, die perinatale Versorgung in der derzeitigen, gut funktionierenden Form zum Wohle der regionalen Bevölkerung zu erhalten.

Herr Dr. Jensen, stellvertretender Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Westküstenklinikum Heide und Begleiter des Petenten, betont, dass von einer Verschlechterung der Frühgeborenenversorgung nicht bloß eine kleine Anzahl von Frühgeborenen, sondern auch die Schwangeren und ihre Familien betroffen seien. Eine Erhebung unter den Level-1-Zentren habe ergeben, dass pro Frühgeborenem etwa sechs Frauen wegen des Risikos einer sehr frühen Geburt stationär aufgenommen würden. Sofern sein Krankenhaus den Level-1-

Status verliere, müssten etwa 100 Frauen pro Jahr in andere Zentren verlegt werden. Von dieser Entwicklung seien auch die beiden Krankenhäuser in Itzehoe und Flensburg bedroht, da auch sie die Mindestmenge von 25 Fällen pro Jahr absehbar nicht erreichten. Einzig die Universitätskliniken in Kiel und Lübeck könnten ihren Status als Level-1-Zentren behalten.

Herr Dr. Jensen betont, dass Frauen, bei denen das Risiko einer sehr frühen Geburt bestehe, vor der Geburt oft bis zu fünf Wochen im Krankenhaus lägen. Nach der Geburt vergingen wiederum viele Wochen, bevor das Kind entlassen werden könne. Die betroffenen Familien befänden sich daher über lange Zeit in einer Ausnahmesituation. Zur emotionalen Belastung der Frühgeburt komme familiärer Stress hinzu, wenn die Familien weite Wege zum Krankenhaus auf sich nehmen müssten, während am Heimatort weitere Kinder versorgt werden müssten oder berufliche Verpflichtungen drängten. Dass es in Deutschland, anders als in anderen Staaten, keine Boardingstationen, also Unterkünfte für die Familien am Krankenhaus, gebe, bedeute eine zusätzliche finanzielle Belastung.

Die Region Westküste sei strukturschwach. Wenn sie Familien anlocken wolle, brauche sie eine gute geburtshilfliche und Frühgeborenenversorgung. Daher kämpfe er für den Erhalt des Level-1-Status des Krankenhauses in Heide, aber auch für die Krankenhäuser in Flensburg und Itzehoe.

Die derzeitige Versorgungssituation, so Herr Dr. Jensen weiter, müsse jedenfalls so lange aufrechterhalten werden, bis sinnvolle Formen der Zentralisierung umgesetzt werden könnten. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen habe in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig bestätigt, dass es sinnvoll sein könne, die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Gewicht von unter 500 Gramm zu zentralisieren. Diese Kinder könnten am ehesten von der besonderen Ausstattung der Universitätskliniken profitieren. Zugleich belaste eine solche Restrukturierung die übrigen Kliniken und ihre Regionen wesentlich weniger.

Herr Völk, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung im Gesundheitsministerium, stellt die Strukturen der Frühgeborenenversorgung in Schleswig-Holstein anhand einer Präsentation, Umdruck 20/5329, dar. Die Perinatalmedizin beschäftige sich mit der Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt und insbesondere mit den dabei auftretenden Erkrankungen und Gefährdungen, die bei Abweichungen vom natürlichen Prozess aufträten.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses lege ein Stufenkonzept für die perinatale Versorgung fest (vgl. Folie 5):

- Perinatalzentren Level 1 dürften Kinder behandeln, die vor der 29. Schwangerschaftswoche geboren würden oder ein Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm aufwiesen,

- Perinatalzentren Level 2 dürften Früh- und Reifgeborenen ab der 29. Schwangerschaftswoche oder einem Geburtsgewicht von 1.250 Gramm behandeln,

- Perinatale Schwerpunkte (Level 3) dürften Früh- und Reifgeborene ab der 32. Schwangerschaftswoche oder einem Geburtsgewicht von 1.500 Gramm aufnehmen und

- Geburtskliniken (Level 4) dürften nur Schwangerschaften und Geburten ohne absehbares Risiko behandeln. Die Behandlung dürfe erst ab der 37. Schwangerschaftswoche erfolgen.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie erlege jedem der vier Levels besondere Anforderungen und Pflichten auf. Dazu gehörten die Qualifikation des Personals, die räumliche und operative Infrastruktur sowie Nachweis- und Veröffentlichungspflichten. Die Standorte der Levels 1 bis 3 unterlägen besonderen Nachweispflichten; die Ergebnisse dieser Qualitätssicherung könnten unter www.perinatalzentren.org eingesehen werden (vgl. Folie 6).

Herr Völk geht auf die Mindestmengenregelung ein. Gemäß Paragraf 136b Absatz 1 Nummer 2 Sozialgesetzbuch V lege der Gemeinsame Bundesausschuss für einige besonders komplexe medizinische Leistungen Mindestmengen fest. Nur Standorte, die eine gewisse Mindestmenge dieser Leistungen durchführten oder überzeugend darlegen könnten, dass sie die Menge im Folgejahr erreichen könnten, dürften diese auch durchführen. Erreiche ein Krankenhaus die vorgeschriebenen Mindestmengen nicht, spreche der Kostenträger – wohlgemerkt nicht das Land – ein Leistungsverbot aus (vgl. Folie 7).

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm gelte seit 2010 eine Mindestmenge von 14 Fällen pro Standort. Aufgrund einer

Folgenabschätzung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie der Auswertung wissenschaftlicher Studien sei zum 1. Januar 2021 eine stufenweise Anhebung der Mindestmenge auf 20 (zum 1. Januar 2023) und dann auf 25 Fälle (zum 1. Januar 2024) beschlossen worden. Denjenigen Standorten, die diese Mindestmengen nicht erreichten und auch nicht überzeugend darlegen könnten, dass sie diese in Zukunft erreichen könnten, spreche der Kostenträger ein Leistungsverbot aus. Das Land habe in seiner Krankenhausplanung zwar fünf Perinatalzentren Level 1 vorgesehen, doch wenn die Krankenhäuser die Mindestmengen nicht erreichten, müssten die Krankenkassen die Leistungen schlicht nicht bezahlen. In bestimmten Notlagen könnten Standorte des Levels 2 Behandlungen durchführen, die eigentlich dem Level 1 vorbehalten seien. Diese Ausnahmen seien aber so eng definiert, dass sie das grundsätzliche Problem nicht lösten (vgl. Folie 8).

Herr Völk erläutert, dass die Gesetzgebungskompetenz für das Gesundheitswesen gemäß Grundgesetz bei den Ländern liege. Jedoch dürfe der Bund in ausdrücklich festgelegten Fällen eigene gesetzliche Regelungen treffen. Dies habe er in Form des Sozialgesetzbuches V getan, das in Paragraf 91 die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses festlege. Dessen Beschlüsse seien für die Leistungserbringer rechtlich verbindlich (vgl. Folie 10).

Herr Völk stellt dar, welchen Versorgungsstufen die einzelnen Krankenhäuser mit geburtshilflichem Versorgungsangebot in Schleswig-Holstein zugeordnet sind und wie viele Fälle sie jährlich behandeln. Er berichtet, dass der Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm, die nur in einem Perinatalzentrum Level 1 behandelt werden dürften, 0,65 Prozent betrage. Dies entspreche etwa 100 bis 120 Fällen jährlich (s. Folie 12).

Nur die Perinatalzentren Level 1 in Kiel und Lübeck hätten die Mindestmengen zum 1. Januar 2022 erreicht. Dennoch hätten alle fünf Häuser des Levels 1 eine positive Prognose erhalten. Nach der Anhebung der Mindestmengen drohe nun die Herabstufung der Perinatalzentren Level 1 in Flensburg, Heide und Itzehoe. Schwangere müssten dann lange Fahrwege auf sich nehmen, um nach Kiel oder Lübeck zu gelangen. Untersuchungen zeigten jedoch, dass nur 4,3 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter weiter als 40 Autominuten von einem Versorgungsangebot entfernt wohnten. Die längeren Wege seien auf die geografischen Besonderheiten Schleswig-Holsteins, namentlich die Inseln und Halligen, zurückzuführen (vgl. Folie 13).

Herr Völk erläutert, wie das Land die Perinatalversorgung in Schleswig-Holstein fördert. Zum einen erhielten die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

in Abhängigkeit der dort vorgehaltenen Infrastruktur Fördermittel. Zum anderen fördere das Land Standorte in Gebieten mit strukturell bedingt geringem Versorgungsbedarf. Das Westküstenklinikum in Heide habe in diesem Rahmen Anspruch auf die Förderung aller vier vorgesehenen Fachabteilungen (vgl. Folie 15).

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz weise den Krankenhäusern erstmals konkrete Versorgungsaufträge nach Leveln zu. Für die einzelnen Leistungsgruppen würden Mindestvoraussetzungen definiert. Das Land dürfe bei seiner Krankenhausplanung topografische, verkehrsinfrastrukturelle und demografische Gegebenheiten berücksichtigen, um eine flächendeckende und zugleich qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die Krankenkassen dürften diese Faktoren bei der Vergütung der Behandlungen hingegen nicht berücksichtigen, sondern müssten sich danach richten, ob die Mindestmengen erreicht würden beziehungsweise die Prognosen zur Erreichung der Mindestmengen positiv ausfielen (vgl. Folie 16).

Abschließend berichtet Herr Völk, dass die Länder Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein einen Normenkontrollantrag beim Bundesverfassungsgericht gestellt hätten. Die drei Länder wollten – gewissermaßen stellvertretend für alle Bundesländer – klarstellen lassen, ob die Mindestmengenregelung sowie die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik verfassungsgemäß seien. Ein von den Ländern in Auftrag gegebenes Gutachten sei nämlich zu dem Schluss gekommen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Festlegung von Mindestmengen in unzulässiger Weise in die Planungshoheit der Länder eingreife und insbesondere die Begründung zur Anhebung der Mindestmengen für die Perinatalzentren Level 1 zu beanstanden sei (vgl. Folie 17).

Auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Schunck antwortet Herr Völk, dass die Krankenkassen bei den Krankenhäusern genau nachfragten, woran es liege, wenn diese die Mindestmengen nicht erreichten. Die dann einsetzende Prüfung sei in der Vergangenheit stets sehr großzügig erfolgt, was man auch daran erkenne, dass die Standorte in Flensburg, Heide und Itzehoe nicht herabgestuft worden seien, obwohl sie die Mindestmengen schon vor drei Jahren nicht erfüllt hätten. Die Krankenkassen prüften großzügig, weil sie wüssten, dass Fachpersonal und Patienten sich dauerhaft von einem Standort abwendeten, wenn dieser herabgestuft werde. Dass es in Schleswig-Holstein dereinst gar keine Perinatalzentren Level 1 geben könnte, sei theoretisch zwar möglich, jedoch nicht zu erwarten. Derzeit werteten die Krankenkassen ihre Zahlen aus. Er rechne damit, dass sie die Ergebnisse Mitte Oktober vorlegten, um mit dem

Land als Planungsbehörde zu besprechen, wie die Versorgung behutsam angepasst werden könnte.

Auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Garg antwortet Herr Dr. Jensen, dass die Grenze von 1.250 Gramm und 29 Wochen nicht mehr zeitgemäß sei. Die Gewichtsgrenze, ab der eine Behandlung besonders schwierig sei, habe sich durch den medizinischen Fortschritt deutlich nach unten verschoben. Andere Länder arbeiteten mit Grenzen von 1.500, 1.000 und 500 Gramm.

Abgeordneter Dr. Garg prognostiziert, dass die meisten Krankenhäuser, die ihren Level-1-Status verlören, langfristig nur noch das Level 3 erreichten, weil die Personalanforderungen der Level 1 und 2 sehr ähnlich seien.

Herr Dr. Jensen stimmt zu, dass das Level 2 für Krankenhäuser aus ökonomischer Sicht besonders unattraktiv sei: Die Kosten für Personal und Ausstattung seien vergleichbar mit denen des Levels 1, zugleich habe man aber weniger Patienten und damit weniger Einnahmen. In das Level 3 herabgestuft zu werden, hätte für die Krankenhäuser in Flensburg, Heide und Itzehoe und zum Teil auch für andere Kinderkliniken im Land aber erhebliche negative Auswirkungen. Wenn die hochspezialisierte Neonatologie wegfalle, könnten die Kliniken die volle Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin oder der Neonatologie nicht mehr anbieten und verlören für Bewerberinnen und Bewerber an Attraktivität. Bereits heute hätten einige Kliniken im Land aus diesem Grund Probleme bei der Personalgewinnung.

In seinem Klinikum in Heide betreibe das Personal, das auf der neonatologischen Station arbeite, zugleich auch die Kinderintensivmedizin sowie das überregionale Traumazentrum. Verliere die Klinik Personal, weil die Neonatologie eingeschränkt werde, sei auch der Fortbestand der Kinderintensivmedizin gefährdet. Die Krankenhäuser in Flensburg, Heide und Itzehoe fürchteten sich vor einer Abwärtsspirale.

Herr Völk ergänzt, dass die Perinatalzentren Level 2 versuchten, das eine oder andere durch Kooperationen aufzufangen. Jedoch höre auch er von den Perinatalzentren aus Flensburg, Heide und Itzehoe, dass eine Herabstufung wahrscheinlich dazu führen werde, dass die Häuser nur noch das Level 3 erfüllen könnten.

Auf eine weitere Frage des Abgeordneten Dr. Garg antwortet Herr Völk, er gehe davon aus, dass die Level-1-Häuser in Schleswig-Holstein alle vorgesehenen Personalanforderungen erfüllten. Andernfalls hätten die Krankenkassen wohl kaum positiv auf die Prognosen dieser Häuser bezüglich der Mindestmengen reagiert. – Auf eine Nachfrage des Abgeordneten sagt Herr Völk zu, die dazu erhobenen Zahlen der Krankenkassen dem Ausschuss zuzuleiten, sofern die Krankenkassen dies erlaubten.

Auf eine Frage des Abgeordneten Timmer antwortet Herr Völk, er wisse nicht, wie viel teurer es sei, die Leistungen für ein Perinatalzentrum Level 1 im Vergleich zu denen für ein Perinatalzentrum Level 2 vorzuhalten. Die Geschäftsführungen berichteten bisher nur, dass die Herabstufung von Level 1 auf Level 2 einen deutlichen Erlösrückgang bedeuten würde. – Herr Dr. Jensen ergänzt, dass die Kosten zwischen den Leveln minimal unterschiedlich seien, während die Erlöse aus den Behandlungen der Kinder in seiner Klinik um etwa 750.000 Euro jährlich zurückgehen würden.

Auf eine Frage des Abgeordneten Brandt antwortet Herr Völk, dass er nicht wisse, wie viele Fälle genau die Kliniken in Flensburg, Heide und Itzehoe behandelt hätten. Das werde erst aus den Daten der Krankenkassen hervorgehen, die das Ministerium voraussichtlich Mitte Oktober erhalten werde.

Abgeordneter Uekermann betont, dass es ein „Fiasko“ für die Region Westküste wäre, wenn die geburtshilfliche Versorgung in Heide wegfalle, zumal angesichts des schlechten Zustandes der Verkehrsinfrastruktur und der langen Wege von den Inseln. Ihn „kotze“ es an, wenn es in dieser Debatte nur ums Geld gehe, wo doch Menschenleben und Familien auf dem Spiel stünden. Wenn die Wege zu den Kliniken länger würden, trage das gerade nicht zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit oder frühkindlicher Behinderungen bei.

Herr Völk berichtet, dass die Versorgungsbedarfsanalyse des Landes ergeben habe, dass 95,7 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter ein Versorgungsangebot innerhalb der vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehenen 40 Pkw-Minuten erreichen könnten. Die übrigen 4,3 Prozent benötigten mehr als 40 Minuten.

Auf Fragen der Abgeordneten Brandt und Hansen berichtet Herr Dr. Jensen, dass unter der Federführung von Professor Herting aus Lübeck versucht worden sei, zu erheben, wie Früh-

geburten am besten vermieden werden könnten. Dazu habe man sich unter anderem angesehen, wie lange die Frauen im Krankenhaus blieben, wenn sie nach rund 20 Schwangerschaftswochen aufgenommen würden, und wann die Geburt dann stattfinde. Aus bestimmten in den Daten selbst liegenden Gründen habe man darauf jedoch keine valide Antwort geben können. Klar sei, dass es das oberste Ziel bleiben müsse, Frühgeburten zu vermeiden.

Herr Dr. Jensen erklärt, dass er sich über die Normenkontrollklage der Bundesländer sehr gefreut habe. Er und seine Kolleginnen und Kollegen fühlten sich vom Gesundheitsministerium des Landes durchaus verstanden. Er habe die Hoffnung, dass eine gute Lösung gefunden werden könne, indem das Land die Anwendung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Jahr verzögere, bis es die krankenhausplanerische Hoheit zurückerhalte. Es sei nicht einzusehen, dass statt der Landespolitik die Krankenkassen darüber entschieden, welche Krankenhäuser welche Behandlungen durchführen dürften.

Auf eine weitere Frage des Abgeordneten Hansen antwortet Herr Völk, er könne nicht abschätzen, ob das Bundesverfassungsgericht über die Klage der Bundesländer entscheiden werde, bevor Tatsachen geschaffen und die in Rede stehenden Häuser herabgestuft würden.

Auf eine weitere Frage des Abgeordneten Hansen antwortet Herr Völk, die Landesregierung habe die Kapazitäten des Rettungsdienstes vor Kurzem überprüft und erweitert, um die Region Westküste möglichst gut zu versorgen, falls sich die Gesundheitsversorgung an den dortigen Krankenhäusern verschlechtere. Das Ministerium habe dieses Thema weiter im Blick, bereite eine Novelle des Rettungsdienstgesetzes vor und überprüfe im Gespräch mit den Trägern des Rettungsdienstes, ob genügend Personal zur Verfügung stehe.

Auf eine Frage der Abgeordneten Pauls antwortet Herr Völk, dass es für den Übergang von Level 1 zu Level 2 keine Übergangsfrist gebe. Mit Entscheidung der Krankenkassen beziehungsweise zum Jahresende würden die Kosten für die jeweiligen Leistungen nicht mehr übernommen.

Auf Bitten der Abgeordneten Pauls sagt Herr Völk zu, Zahlen zur Säuglingssterblichkeit an den fünf Perinatalzentren Level 1 nachzureichen. Man müsse jedoch bedenken, dass die Daten nicht unbedingt aussagekräftig seien, weil die Universitätskliniken die sehr viel schwereren Fälle behandelten. – Herr Dr. Jensen ergänzt, dass in seiner Klinik in Heide zwischen 2020 und 2024 nur sieben Prozent der Neugeborenen mit einem Gewicht von unter 1.500 Gramm

verstorben seien. Damit liege die Klinik im Bundesvergleich vorn. Bei der Sterblichkeit stehe auch Deutschland insgesamt im internationalen Vergleich recht gut da. Angesichts der hohen Kosten des deutschen Gesundheitssystems könne er jedoch verstehen, dass viele sich noch niedrigere Sterblichkeitsraten, wie es sie in vielen skandinavischen Ländern gebe, wünschten.

Auf weitere Fragen der Abgeordneten Pauls antwortet Herr Völk, dass das Land mit den Krankenkassen im Austausch stehe, um eine gemeinsame Lösung für die Zukunft zu finden. Sollten die Standorte des Universitätsklinikums in Kiel und Lübeck die einzigen Perinatalzentren Level 1 werden, müssten sie ausgebaut und das Personal aufgestockt werden, möglichst mit zeitlichem Vorlauf.

Herr Dr. Jensen ergänzt, dass das Universitätsklinikum in Kiel immer wieder Kapazitätsprobleme bei der pflegerischen sowie bei der Hebammenversorgung habe. Überhaupt unterstützten sich die fünf Perinatalzentren Level 1 gegenseitig, wenn Kapazitätsgrenzen die Verlegung intensivpflichtiger Neugeborener oder Kinder zwischen den Häusern erforderlich mache. Ein plötzlicher Verlust des Level-1-Status zum 1. Januar 2026 würde ziemlich sicher zu Kapazitätsproblemen bei den anderen Kliniken führen, zumal sich die Fälle nicht völlig gleichmäßig über das Jahr verteilten.

Herr Dr. Jensen gibt dem Abgeordneten Uekermann recht, dass sich die Wege zu den Versorgungseinrichtungen nur verlängern dürften, wenn zugleich sichergestellt sei, dass sich die Sterblichkeit nicht erhöhe und Patienten nicht gefährdet würden.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abgeordneter Dr. Schunck, dankt Herrn Wood für seine Petition und Herrn Dr. Jensen und Herrn Völk für ihre Ausführungen. Alle Anwesenden seien sich über die hohe Bedeutung der Perinatalzentren einig und wollten diese auch in der Fläche erhalten.

Der stellvertretende Vorsitzende schließt die Sitzung um 11:16 Uhr.

gez. Dr. Schunck	*gez. Kasten*
stellvertretender Vorsitzender	Protokollführer