

1.3 Gesundheit und Pflege

Gremium: Landesvorstand
Beschlussdatum: 02.09.2026
Tagesordnungspunkt: 1. Landtagswahlprogramm

Text

1743 Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für Lebensqualität, gesellschaftliche
1744 Teilhabe und Chancengerechtigkeit. Für uns GRÜNE ist Gesundheitspolitik weit
1745 mehr als die Organisation von Krankenhäusern und medizinischer Versorgung. Sie
1746 umfasst die Frage, wie wir gesund aufwachsen, gesund leben und gesund altern
1747 können – unabhängig von Wohnort, Einkommen, Geschlecht oder Herkunft.

1748 Wir GRÜNE setzen uns für ein Gesundheitswesen und eine Pflege ein, die den
1749 Menschen in den Mittelpunkt stellen und nicht wirtschaftliche Interessen. Gute
1750 Gesundheitsversorgung muss für alle erreichbar, bezahlbar und von hoher Qualität
1751 sein – in der Stadt und auf dem Land. Dabei werden wir Prävention,
1752 Gesundheitsförderung und Früherkennung stärken, denn Krankheiten zu verhindern
1753 oder früh zu erkennen ist wirksamer und kostengünstiger, als sie später
1754 behandeln zu müssen.

1755 Gleichzeitig steht unser Gesundheitssystem und die Pflege vor großen
1756 Herausforderungen: dem Fachkräftemangel, einer älter werdenden Gesellschaft, den
1757 gesundheitlichen Folgen der Klimakrise sowie wachsenden sozialen Ungleichheiten.
1758 Diesen Herausforderungen begegnen wir GRÜNE mit einer Politik, die Versorgung
1759 sichert, Prävention stärkt und gesundheitliche Chancengleichheit fördert. Unser
1760 Ziel ist ein solidarisches und zukunftsfestes Gesundheits- und Pflegesystem, das
1761 allen Menschen in Schleswig-Holstein ein selbstbestimmtes und
1762 gesundheitserhaltendes Leben ermöglicht.

1763 Wir werden:

- 1764 1. eine bedarfsgerechte Krankenhausstruktur und den Erhalt der Geburtshilfe
1765 in der Fläche sichern.
- 1766 2. das UKSH als Motor für Forschung, Lehre und eine moderne
1767 Gesundheitsversorgung stärken.
- 1768 3. das Gesundheitswesen als Arbeitsplatz attraktiver machen, indem wir den
1769 Pakt für Gesundheits- und Pflegefachberufe neu aufstellen und gute,
1770 tarifgebundene Arbeitsbedingungen sichern.
- 1771 4. die Landespräventionsstrategie dauerhaft finanziell absichern und
1772 Schwerpunkte auf frühe Kindheit, Ernährung, Bewegung und psychische
1773 Gesundheit setzen.
- 1774 5. Verlässliche Strukturen in der Pflege schaffen und das Landespflegegesetz
1775 grundlegend überarbeiten.

1776 1.3.1 Prävention stärken

1777 Die Landespräventionsstrategie werden wir dauerhaft finanziell absichern und
1778 bestehende Angebote bündeln. Inhaltlich setzen wir Schwerpunkte auf frühe

1779 Kindheit, gesunde Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit. Dabei nehmen
1780 wir auch chronische Erkrankungen und Multimorbidität stärker in den Blick. Früh
1781 zu handeln ist wirksamer als später zu behandeln.

1782 Dabei verstehen wir es als zentrale Aufgabe, mit unseren Präventionsangeboten
1783 gerade diejenigen zu erreichen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen am
1784 dringendsten brauchen. Gemeinsam mit Kommunen, der Landesvereinigung für
1785 Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein wollen wir gezielt benachteiligte
1786 Gruppen besser erreichen. Die Wirksamkeit von Maßnahmen wollen wir
1787 wissenschaftlich begleiten und evaluieren.

1788 Die ersten 1.000 Tage eines Kindes stellen wichtige Weichen für Gesundheit,
1789 Entwicklung und spätere Lebensverläufe. Deshalb wollen wir die frühkindliche
1790 Prävention in Schleswig-Holstein gezielt stärken. Schwangerschaftsberatung,
1791 Frühe Hilfen, Gesundheitsversorgung und sozialpädagogische Angebote sollen enger
1792 verknüpft werden, um Familien frühzeitig, niedrigschwellig und verlässlich zu
1793 begleiten. Unser Ziel ist es, Eltern von Anfang an zu unterstützen,
1794 gesundheitliche Risiken früh zu erkennen und Belastungen zu reduzieren, damit
1795 jedes Kind einen gesunden Start ins Leben erhält.

1796 In Würde Altern bedeutet für uns einen gleichberechtigten Zugang für ältere
1797 Menschen, auch und gerade in ländlichen Regionen. Gemeinsam mit der
1798 Kassenärztlichen Vereinigung wollen wir aufsuchende Hausbesuche über geschulte
1799 MFAs oder Physicians Assistants ermöglichen, um mobilitätseingeschränkte
1800 Menschen nicht allein zu lassen. Die Bekämpfung von Einsamkeit in allen
1801 Lebenslagen wird zentraler Bestandteil unserer Gesundheitspolitik.

1802 Umweltbelastungen wirken sich direkt auf die Gesundheit aus und sind daher Teil
1803 ganzheitlicher Prävention. Schadstoffe in Luft, Wasser, Boden und
1804 Alltagsprodukten wie Mikroplastik oder PFAS (per- und polyfluorierte
1805 Alkylverbindungen, oft als „Ewigkeitschemikalien“ bezeichnet) erhöhen
1806 gesundheitliche Risiken, insbesondere für vulnerable Gruppen. Deshalb verstehen
1807 wir Umwelt-, Gesundheits- und Verbraucher*innenschutz als untrennbar miteinander
1808 verbunden.

1809 Zunehmende Hitzewellen im Zuge der Klimakrise belasten insbesondere vulnerable
1810 Gruppen und Berufsgruppen mit körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten. Deshalb
1811 setzen wir uns für deutlich mehr Grünflächen, Kältezonen und Trinkwasserspender
1812 in besonders versiegelten Regionen ein. Für Menschen in schlecht isolierten und
1813 Dachgeschosswohnungen wollen wir die Nutzung von Klimaanlage erleichtern. Zum
1814 Schutz von Patient*innen und Mitarbeitenden in Gesundheits- und
1815 Pflegeeinrichtungen setzen wir uns für vollständig klimatisierte Neubauten und
1816 Förderprogramme zur Nachrüstung im Bestand mit erneuerbar betriebenen
1817 Klimaanlage ein.

1818 Weitere Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung und individueller Gesundheit werden
1819 wir im Rahmen der Klimaanpassungsstrategie und Landespräventionsstrategie
1820 ressortübergreifend entwickeln und fortschreiben.

1821 1.3.2 Einsamkeit bekämpfen und Zusammenhalt stärken

1822 Einsamkeit ist eine der meist unterschätzten Gesundheits- und Sozialkrisen
1823 unserer Zeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen: Chronische Einsamkeit ist
1824 für den Körper so schädlich wie das Rauchen von zehn Zigaretten täglich. Sie

1825 betrifft Menschen aller Generationen, aller Geschlechter, Menschen auf dem Land
1826 wie in der Stadt. Wir GRÜNE nehmen diese Entwicklung ernst und stellen ihr eine
1827 aktive Politik für sozialen Zusammenhalt entgegen.

1828 Wir haben in dieser Legislatur eine Studie gegen Einsamkeit im Alter
1829 durchgeführt und uns an der bundesweiten Entwicklung von Maßnahmen gegen
1830 Einsamkeit beteiligt.

1831 Die Ergebnisse zeigen uns, dass nicht nur ältere Menschen von Einsamkeit
1832 betroffen sind, sondern auch junge Menschen. Aus diesem Grund werden wir die
1833 Erkenntnisse, die wir aus der Studie, aber auch die Erkenntnisse, die wir aus
1834 Gesprächen und Veranstaltungen gewinnen konnten, für eine langfristige Strategie
1835 nutzen. Mit unserem 12-Punkte Plan zur Stärkung des Ehrenamtes haben wir an
1836 vielen Stellen die Mittel aufgestockt, um gerade mit Blick auf die Bekämpfung
1837 von Einsamkeit bestehende Angebote zu bündeln, dauerhaft abzusichern und
1838 Versorgungslücken zu schließen. Begleitend dazu unterstützen wir bereits jetzt
1839 schon eine landesweite Sensibilisierungskampagne, die das Thema Einsamkeit
1840 enttabuisiert und die vorhandenen Unterstützungsangebote bekannter macht. Hierzu
1841 nehmen wir das soziale Umfeld in den Blick, um niedrigschwellig
1842 Einsamkeitsgefährdung erkennen zu können.

1843 Mehrgenerationenhäuser spielen bei der Bekämpfung von Einsamkeit eine zentrale
1844 Rolle. Wir haben daher die Mittel in dieser Legislatur erheblich aufgestockt, um
1845 ein flächendeckendes Angebot zu ermöglichen und insbesondere die Öffnungszeiten
1846 an die bestehenden Bedarfe anzupassen.

1847 Dorfkümmerer*innen sind wichtige Ansprechpersonen vor Ort und leisten einen
1848 wichtigen Beitrag bei der Bekämpfung von Einsamkeit. Wir haben deshalb die
1849 Akademie für Ländliche Räume finanziell besser ausgestattet, damit mehr
1850 Dorfkümmerer*innen ausgebildet werden können.

1851 Für Menschen, die von sozialer Isolation bedroht sind, stehen viele aufsuchende
1852 Angebote bereits jetzt schon zur Verfügung. Wir wollen dieses Angebot durch
1853 kommunale Träger und freie Wohlfahrtspflege ausbauen und eng mit Präventions-
1854 und Krisenstrukturen der psychischen Gesundheit, der Suizidprävention sowie
1855 gemeinschaftlichen Wohnformen verzahnen.

1856 Auch die geschlechtsspezifische Dimension von Einsamkeit nehmen wir in den
1857 Fokus. Gerade bei Männern wird durch traditionelle Rollenbilder und patriarchale
1858 Erwartungshaltungen emotionale Isolation verstärkt und der Zugang zu Hilfe
1859 erschwert. Deshalb setzen wir uns für gezielte Angebote ein, die Männer aller
1860 Altersgruppen besser erreichen, soziale Beziehungen stärken und neue Formen von
1861 Verbundenheit fördern.

1862 1.3.3 Psychische Gesundheit stärken

1863 Psychische Gesundheit ist keine Privatangelegenheit, sondern eine
1864 gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe über Ressorts hinweg. Psychische
1865 Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für individuelles Leid,
1866 Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Gleichzeitig sind lange Wartezeiten,
1867 Versorgungsgengpässe und Stigmatisierung für viele Betroffene weiterhin Realität.

1868 Versorgungslücken sind für Menschen in psychischen Krisen eine ernst zu nehmende
1869 Gefahr. Frühe Diagnose und verlässliche Therapie retten Leben. Noch immer

scheitert Unterstützung allzu oft an den Zuständigkeitsgrenzen zwischen Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Kommunen und Justiz. Die Folgen sind vermeidbare Krisen, wiederholte Klinikeinweisungen und fehlende Perspektiven nach einer Behandlung.

Gemeinsam mit Akteur*innen aus Gesundheitssystem, Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft werden wir eine landesweite Initiative für psychische Gesundheit auf den Weg bringen. Sie soll Bewusstsein schaffen, Wissen stärken und insbesondere in Betrieben, Organisationen und öffentlichen Einrichtungen zu einem besseren Umgang mit psychischen Belastungen beitragen.

Erkenntnisse aus aktuellen Studien und Landesberichten wie „Psychische Gesundheit der Menschen in SH“ aus dem Jahr 2024 werden wir in eine langfristig angelegte Landesstrategie überführen. Dabei setzen wir auf messbare Ziele, verlässliche Strukturen und eine stabile Finanzierung.

Wir GRÜNE wollen die psychosoziale Krisenversorgung in Schleswig-Holstein ausbauen. Dazu gehören mobile Krisendienste, aufsuchende Hilfen und eine enge Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Einrichtungen, sozialpsychiatrischen Diensten und ambulanten Angeboten. Dafür werden wir die Vernetzung der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) ausbauen und uns gemeinsam mit den Kommunen für eine verlässliche und langfristige Absicherung der psychosozialen Nachsorge einsetzen.

Wir setzen uns auf Bundesebene für die Einführung einer bundesweit einheitlichen Notrufnummer 113 für psychische Krisen ein. Schleswig-Holstein soll sich aktiv an der Ausgestaltung eines solchen Systems beteiligen und seine bestehenden Krisenangebote eng daran anbinden.

Die in der aktuellen Legislatur neu geschaffene Landeskoordinierungsstelle für Suizidprävention bei Lichtblick e. V. werden wir weiter stärken und durch zielgruppenspezifische Angebote erweitern. Insbesondere queere Menschen, Jugendliche und bestimmte Berufsgruppen brauchen eine besondere Unterstützung, die flächendeckend sichergestellt werden muss.

Neurodivergente Menschen sind eine große gesellschaftliche Gruppe. Dennoch stoßen sie im Alltag auf Hindernisse und im Gesundheitswesen noch immer auf lange Wartezeiten, fehlende Fachangebote und unzureichend auf ihre Bedarfe abgestimmte Versorgungsstrukturen. Besonders bei Frauen und Mädchen sowie bei queeren Menschen wird Neurodivergenz häufig spät oder gar nicht erkannt. Deshalb wollen wir gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung die diagnostischen und therapeutischen Angebote in Schleswig-Holstein ausbauen und Wartezeiten verkürzen. Ein besonderes Augenmerk legen wir auf die frühe Diagnostik von Kindern und Jugendlichen. Je früher Neurodivergenz erkannt wird, desto früher können passgenaue Unterstützung und individuelle Förderung beginnen.

1.3.3.1 Kinder und Jugendliche – psychische Gesundheit früh absichern

Immer mehr junge Menschen erleben psychische Belastungen. Etwa jede*r vierte Jugendliche ist davon betroffen. Die Folgen von Pandemie, Krieg, Klimakrise sowie sozialer Unsicherheit und Zukunftsängste treffen auf den ohnehin bereits bestehenden Druck in Schule, Ausbildung und Alltag. Gleichzeitig reagiert unser

Hilfesystem oft zu langsam: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche müssen im Durchschnitt etwa zweieinhalb Monate auf ein Erstgespräch und ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten. Entscheidend ist für uns GRÜNE, dass psychische Erkrankungen früh erkannt und professionell behandelt werden. Programme wie Mental Health First Aid (MHFA-YOUTH) wollen wir schrittweise in Schulen, Jugendverbänden und Ausbildungskontexten etablieren, um die Handlungssicherheit im Umgang mit psychischen Krisen zu erhöhen.

Zugleich setzen wir auf niedrigschwellige und schnell erreichbare Hilfsangebote. Dazu gehören Beratungsstellen, Schulpsychologie, Jugendhilfe, Online-Beratung sowie mobile und aufsuchende Angebote. Diese Strukturen, insbesondere zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem, wollen wir besser vernetzen und so ausbauen, dass sie im Krisenfall ohne lange Wartezeiten erreichbar sind.

1.3.3.2 Psychiatrische Versorgung neu denken

Wir GRÜNE wollen die psychiatrische Versorgung in Schleswig-Holstein konsequent sektorenübergreifend weiterentwickeln. Ziel ist eine vernetzte, kontinuierliche Behandlung, die ambulante, stationäre und komplementäre Angebote verbindet und Brüche in der Versorgung vermeidet.

Bewährt haben sich dabei insbesondere die Regionalbudgets, die wir dauerhaft sichern wollen. Den Übergang aus psychiatrischen Einrichtungen und dem Maßregelvollzug in die Eingliederungshilfe wollen wir über ein verzahntes Entlassmanagement mit Kliniken und Kommunen sicherstellen.

Dafür braucht es auch ausreichend Personal in der Versorgung. Hierzu gehören Pflegefachpersonen, psychologisches und ärztliches Fachpersonal. In unserer Krankenhausplanung im psychiatrischen Bereich werden wir die psychiatrischen Leistungsgruppen dauerhaft evaluieren und an den Versorgungsbedarf verzahnt mit dem ambulanten Bereich anpassen. Wir wollen das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) beim Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) bedarfsgerecht stärken.

Deshalb werden wir das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz grundlegend weiterentwickeln. Unser Ziel ist eine Psychiatrie, die Prävention, Krisenintervention, Nachsorge und soziale Teilhabe konsequent zusammen denkt. Sozialpsychiatrische Verbünde sollen landesweit ermöglicht werden, damit Kliniken, sozialpsychiatrische Dienste, Kommunen und weitere Akteur*innen auch einzelfallbezogen verbindlich zusammenarbeiten und Menschen bedarfsgerecht vor, während und nach einer Krise verlässlich begleiten können.

Zwangsmaßnahmen dürfen immer nur das äußerste Mittel sein. Durch bessere Vorsorge, Krisenbegleitung und Nachsorge wollen wir ihre Anwendung so weit wie möglich vermeiden. Gleichzeitig setzen wir uns gemeinsam mit den Kommunen für ausreichend ambulant betreute Wohngemeinschaften und besondere Wohnformen ein, damit Menschen nach einer Behandlung selbstbestimmt leben können und nicht in instabile Lebenssituationen zurückkehren müssen.

Wir wollen die Kapazitäten des Maßregelvollzugs bedarfsgerecht ausbauen und gemeinsam mit den Kommunen verlässliche Wohn- und Betreuungsangebote für die Zeit nach der Entlassung schaffen. Nur wenn Behandlung, Wohnen und soziale

1959 Teilhabe zusammengedacht werden, gelingt nachhaltige Rehabilitation und werden
1960 Rückfälle verhindert.

1961 1.3.3.3 Psychotherapeutische Versorgung sichern

1962 Wir werden uns dafür einsetzen, dass in Schleswig-Holstein genügend
1963 psychotherapeutische Weiterbildungsstellen für Psychologie-Absolvent*innen
1964 geschaffen und verlässlich durch die Kostenträger finanziert werden. Außerdem
1965 setzen wir uns für mehr Masterstudienplätze im Psychologiestudium ein, um
1966 zumindest allen erfolgreichen Absolvent*innen des Bachelorstudiums einen
1967 Masterplatz anbieten zu können.

1968 Der Handlungsdruck wächst: Schon heute fehlen vielerorts Therapieplätze und die
1969 Wartezeiten sind zu lang. Wir beobachten die aktuellen Entwicklungen auf
1970 Bundesebene mit Sorge. Sie erschweren den Zugang zu psychotherapeutischer
1971 Versorgung und verschärfen den bestehenden Fachkräftemangel. Anstatt die
1972 Versorgung weiter zu verknappen, ist ein bedarfsgerechter Ausbau notwendig. Wir
1973 setzen uns deshalb auf Bundesebene für eine Reform der psychotherapeutischen
1974 Bedarfsplanung mit ausreichend Kassensitzen und einer gesonderten Steuerung der
1975 Kinder- und Jugendpsychotherapie ein. Sprach- und kultursensible Beratungs- und
1976 Therapieangebote für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte wollen wir
1977 gezielt stärken.

1978 1.3.3.4 Suchtpolitik vernetzt denken

1979 Sucht ist eine Krankheit und keine persönliche Schwäche. Sucht entsteht durch
1980 das Zusammenspiel individueller, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren.
1981 Menschen werden durch kommerzielle Interessen gezielt zum Konsum verleitet, sei
1982 es durch Alkoholwerbung, Social Media oder Glücksspiel.

1983 Wir werden die Suchtprävention in Schleswig-Holstein gemeinsam mit den Kommunen
1984 und der Landesfachstelle für Suchthilfe Schleswig-Holstein weiter stärken und
1985 sie besser mit Gesundheitsförderung, Bildung und Jugendschutz verzahnen.
1986 Präventionsangebote müssen alle Generationen erreichen und niedrigschwellig
1987 zugänglich sein. Gleichzeitig werden wir Beratungs- und Suchthilfestrukturen
1988 stärken und Kommunen bei der Entwicklung kommunaler Präventionskonzepte
1989 unterstützen.

1990 Außerdem werden wir Kommunen beim Aufbau von Drogenkonsumräumen unterstützen.
1991 Das in dieser Legislaturperiode begonnene Drugchecking werden wir ausweiten.
1992 Gleichzeitig stärken wir die Suchthilfe, damit Konsumräume als Brücke in
1993 Beratung, Therapie und soziale Teilhabe dienen können. Die Cannabislegalisierung
1994 muss durch konsequenten Jugendschutz und über kontrollierte Anbauvereinigungen,
1995 sowie Ausgabestellen in sterilem Umfeld verbessert werden, um den Schwarzmarkt
1996 weiter zu bekämpfen und für einen verantwortungsvollen Umgang zu sorgen.

1997 1.3.3.5 Digitale Sucht wirksam vorbeugen

1998 Digitale Angebote sind ein fester Bestandteil unseres Alltags. Gleichzeitig
1999 nutzen viele Plattformen gezielt manipulative Mechanismen wie Endlos-Feeds oder
2000 intransparente Empfehlungsalgorithmen, um Nutzer*innen möglichst lange zu
2001 binden. Deshalb setzen wir uns auf Bundes- und EU-Ebene dafür ein, solche

2002 Designs einzuschränken, Algorithmen transparenter zu gestalten und
2003 chronologische Feeds als Standard zu etablieren.

2004 Digitale Glücksspielelemente nutzen dieselben psychologischen Mechanismen wie
2005 klassisches Glücksspiel. Sie richten sich häufig gezielt an Minderjährige. Früh
2006 erlernte Glücksspielmechanismen erhöhen das Risiko späterer Suchterkrankungen.
2007 Wir wollen die Aufklärung über Gaming- und Glücksspielsucht an Schulen ausbauen.
2008 Gleichzeitig setzen wir uns auf Bundes- und europäischer Ebene für einen
2009 wirksamen gesetzlichen Rahmen ein, der Glücksspielmechanismen für Minderjährige
2010 konsequent reguliert.

2011 1.3.3.6 Alkohol- und Nikotinprävention konsequent stärken

2012 Alkohol- und Tabakkonsum gehören zu den größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken.
2013 Dennoch werden Menschen durch Werbung, hohe Verfügbarkeit und gesellschaftliche
2014 Normalisierung weiterhin zum Konsum verleitet. Auch neue Produkte wie E-
2015 Zigaretten und Vapes führen zu neuen Abhängigkeiten und Gesundheitsschäden und
2016 dürfen den Jugendschutz nicht unterlaufen.

2017 Wir setzen uns für eine konsequente Regulierung von Alkohol und Tabakwaren ein.
2018 Dazu gehören ein umfassendes Werbeverbot für Alkohol, gut sichtbare Warnhinweise
2019 sowie ein Verkaufsverbot im Kassenbereich.

2020 Den Nichtraucher*innenschutz werden wir weiterhin an neue Trends anpassen und
2021 weiterentwickeln. Das EU-weite Verbot von Einweg-Vapes begrüßen wir
2022 ausdrücklich.

2023 Eine besondere Rolle spielen für uns Kinder und Jugendliche von
2024 alkoholabhängigen Eltern, die über die staatlichen Systeme identifiziert und
2025 gezielt unterstützt werden müssen. Kindern mit solchen sogenannten ACEs (Adverse
2026 Childhood Experiences) wollen wir auch im Rahmen unserer
2027 Landespräventionsstrategie eine besondere Unterstützung zukommen lassen.

2028 1.3.4 Gesundheitsversorgung zukunftsfest aufstellen

2029 Eine moderne Gesundheitsversorgung darf nicht an der Grenze zwischen ambulant
2030 und stationär scheitern. Unser Ziel ist eine regional organisierte, landesweit
2031 vernetzte und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in ganz Schleswig-Holstein
2032 nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“. Das bedeutet: Wenn eine
2033 medizinische Leistung sicher digital erbracht werden kann, soll sie auch digital
2034 verfügbar sein. Wo eine persönliche Behandlung notwendig ist, soll diese
2035 möglichst wohnortnah und ambulant erfolgen. Die stationäre Versorgung bleibt
2036 dort, wo sie medizinisch erforderlich ist. Unser Ziel ist es, nicht notwendige
2037 Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, die Ambulantisierung bisher stationärer
2038 Leistungen zu stärken und gleichzeitig weiterhin eine hochwertige stationäre
2039 Versorgung sicherzustellen.

2040 Unsere Landeskrankenhausplanung zentralisiert spezialisierte und hochkomplexe
2041 Versorgung in Fachkliniken und Maximalversorgern und stärkt die Grund- und
2042 Regelversorgung, inklusive Geburtshilfe und Notfallversorgung in der Fläche.
2043 Dabei berücksichtigen wir geographische und demographische Besonderheiten
2044 unseres Landes. Um Personal- wie finanzielle Ressourcen qualitativ hochwertig
2045 und bedarfsgerecht einzusetzen, differenzieren wir weiterhin zwischen

2046 wohnortnahen und landesübergreifenden Leistungsgruppen und setzen uns für eine
2047 aufeinander abgestimmte Krankenhausplanung mit unseren Nachbarbundesländern ein.
2048 Um die Qualität der Gesundheitsversorgung generell zu verbessern und
2049 Sektorengrenzen zu überwinden, setzen wir uns für sektorenübergreifende
2050 Modellprojekte mit Leistungserbringern und Kostenträgern ein.

2051 Neben der Krankenhausplanung muss auch der Krankenhausbau selbst zukunftsfähig
2052 werden. Die Investitionsförderung werden wir dauerhaft in die Krankenhausplanung
2053 des Landes integrieren. Um dem Sanierungsstau und akuten Bedarf an energetischer
2054 Sanierung und Klimatisierung in Hitzewellen gerecht zu werden, wollen wir die
2055 Investitionsfinanzierung unserer Krankenhäuser gemeinsam mit den Kommunen
2056 kreditfinanziert ermöglichen.

2057 Wir setzen uns für eine flächendeckende, bedarfsgerechte Krankenhausstruktur in
2058 Schleswig-Holstein ein, denn kommunale Krankenhäuser sind eine zentrale Säule
2059 der Daseinsvorsorge. Die Gesundheitsversorgung gehört für uns perspektivisch in
2060 öffentliche Hand, bis dahin garantieren wir eine Trägervielfalt und setzen uns
2061 für verlässliche und qualitativ hochwertige Versorgung und gute
2062 Arbeitsbedingungen ein. Besonders wichtig ist die Garantie einer
2063 flächendeckenden Notfallversorgung sowie der Erhalt der Geburtshilfe in der
2064 Fläche.

2065 Patient*innen brauchen darüber hinaus unabhängige Unterstützung im Krankenhaus.
2066 Wir wollen eine ehrenamtliche Patient*innenfürsprache landesweit im
2067 Landeskrankenhausgesetz verankern und uns am Beispiel bestehender Ländergesetze
2068 orientieren.

2069 1.3.4.1 Universitätsmedizin stärken

2070 Wir GRÜNE stehen zum UKSH als Versorgungs-, Forschungs-, Wissenschafts- und
2071 Lehrstandort bei uns in Schleswig-Holstein. Hier wird Spitzenmedizin,
2072 Exzellenzforschung und die Ausbildung unseres Fachpersonals der Zukunft
2073 betrieben. Das UKSH ist damit zentral für die Gesundheitsversorgung von heute
2074 und die Gestaltung unseres Gesundheitssystems von morgen.

2075 Auch im Sinne der Krankenhausreform werden wir das UKSH als Schwerpunktversorger
2076 mit Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen weiterhin stärken. Dafür sind gute
2077 Arbeitsbedingungen und nachhaltige Investitionen entscheidend. Wir setzen uns
2078 deshalb weiterhin für die Umsetzung und Maßnahmen der Initiative „Faires PJ“
2079 (Praktisches Jahr) am UKSH als Vorbild für andere Kliniken ein und wollen zu
2080 flacheren Strukturen und konsequenter Bekämpfung sexualisierter Gewalt nicht nur
2081 im UKSH, sondern im gesamten Gesundheitssystem beitragen. Wir setzen uns für den
2082 Ausbau von Robotik-, KI- und Telemedizinischer Infrastruktur im UKSH ein.

2083 Das UKSH ist für uns als Land auch zentraler Akteur, um auf zivile und
2084 militärische Krisensituationen und funktionierenden Bevölkerungsschutz
2085 vorbereitet zu sein. Dafür werden wir auch bereitgestellte Mittel des Bundes an
2086 den Standorten Kiel und Lübeck einsetzen.

2087 Lange Zeit war die Service-Stern-Nord eine Tochtergesellschaft des UKSH, durch
2088 die Servicekräfte am UKSH vom Tarifvertrag der Länder ausgeschlossen wurden.
2089 Diesen Fehler haben wir korrigiert. Im Jahr 2027 wird die Service-Stern-Nord in
2090 das UKSH überführt und die Beschäftigten werden künftig nach TV-L bezahlt. Das

2091 ist ein voller Erfolg, so erhalten alle Mitarbeiter*innen mehr Geld als vorher.
2092 Wir halten an diesem Kurs fest und werden ihn konsequent umsetzen. Darüber
2093 hinaus setzen wir uns dafür ein, dass die Servicedienstleistungen im UKSH von
2094 eigenen Beschäftigten umgesetzt werden und nicht an Drittanbieter vergeben
2095 werden.

2096 1.3.4.2 Ambulante Versorgung flächendeckend sichern

2097 Wir GRÜNE stehen zu einer hausärztezentrierten, ambulanten Versorgung im ganzen
2098 Land. Bereits im Medizinstudium wollen wir Anreize setzen, damit sich junge
2099 Mediziner*innen bei uns im Land niederlassen. Gemeinsam mit den Kommunen und der
2100 Kassenärztlichen Vereinigung wollen wir Medizinische Versorgungszentren
2101 insbesondere dort fördern, wo anders die Versorgung sonst nicht sichergestellt
2102 werden kann.

2103 An der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) wollen wir die Einrichtung
2104 eines Zertifikatsstudiums „Primärärztliche Versorgung“ unterstützen. Weiterhin
2105 stehen wir zum Studiengang „Physicians Assistants“ an der Fachhochschule Heide,
2106 deren Absolvent*innen einen großen Beitrag zur aufsuchenden Versorgung über
2107 Telemedizin in der Fläche leisten werden.

2108 Gemeinsam mit Ärztekammer und Kliniken setzen wir uns für Weiterbildungsverbünde
2109 ein, die eine verlässliche und ausreichende Abdeckung von
2110 Weiterbildungskapazitäten für alle Facharzttrichtungen in Schleswig-Holstein
2111 sicherstellen. Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-
2112 Holstein werden wir weiter unterstützen.

2113 1.3.5 Für eine starke und wohnortnahe Geburtshilfe

2114 Eine gute Versorgung rund um die Geburt muss überall in Schleswig-Holstein
2115 gewährleistet sein. Wir setzen uns für eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige
2116 und sichere Geburtshilfe in Stadt und Land ein. Hebammengeleitete Kreißsäle
2117 wollen wir als zukunftsweisendes Versorgungsmodell ausbauen und mit einem
2118 Landesprogramm unterstützen. Diese verbinden eine selbstbestimmte Geburt mit der
2119 Sicherheit klinischer Strukturen und entlasten gleichzeitig Hebammen und
2120 Kliniken. Wir wollen die Arbeitsbedingungen von Hebammen verbessern und uns auf
2121 Bundesebene weiterhin für eine strukturelle Entlastung bei den
2122 Haftpflichtprämien einsetzen. Zusätzlich sollen die Studienplätze in den
2123 Hebammenwissenschaften ausgebaut werden. Auch außerklinische Angebote wie
2124 Geburtshäuser in der Nähe zu Geburtskliniken wollen wir unterstützen.

2125 1.3.6 Reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung stärken

2126 Ein unerfüllter Kinderwunsch darf nicht am Einkommen oder an der sexuellen
2127 Orientierung scheitern. Wir setzen uns deshalb auf Bundesebene für eine
2128 bundeseinheitliche Regelung ein, die medizinisch aussichtsreiche
2129 Kinderwunschbehandlungen unabhängig von Familienform und sexueller Orientierung
2130 vollständig finanziert. Bis dahin setzen wir uns im Dialog mit den Krankenkassen
2131 für eine bessere Förderung der Kinderwunschbehandlung ein.

2132 Verhütung ist Teil der körperlichen Selbstbestimmung. Wir wollen sicherstellen,
2133 dass Verhütungsmittel für Menschen mit geringem Einkommen kostenlos zugänglich

2134 sind und setzen uns auf Bundesebene für einen gesetzlichen Anspruch auf
2135 Förderung ein.

2136 Schwangerschaftsabbrüche sind ein Teil der medizinischen Grundversorgung. Wir
2137 wollen eine ausreichende Versorgung im Land sicherstellen. Dazu setzen wir uns
2138 für eine landesweite Versorgungsplanung sowie für die Stärkung ambulanter und
2139 stationärer Angebote ein. Die Konfliktberatung wollen wir flächendeckend
2140 aufrecht erhalten. Schwangerschaftsabbrüche dürfen nicht kriminalisiert werden.
2141 Wir setzen uns auf Bundesebene für die Streichung von § 218 StGB und eine
2142 Entkriminalisierung ein.

2143 Auch der Umgang mit Fehlgeburten muss verbessert werden. Die Kosten für die
2144 medikamentöse Behandlung sollen vollständig von den Krankenkassen übernommen
2145 werden. Betroffene müssen die freie Wahl zwischen den verschiedenen
2146 Behandlungsformen behalten.

2147 1.3.7 Medizinische Versorgung digital vernetzen

2148 Eine gute Gesundheitsversorgung braucht funktionierende Übergänge zwischen
2149 ambulanter und stationärer Behandlung. Wenn Entlassbriefe, Befunde oder
2150 Medikationspläne nicht rechtzeitig verfügbar sind, entstehen vermeidbare Risiken
2151 für Patient*innen. Wir GRÜNE wollen Gesundheitsversorgung konsequent vom
2152 Menschen her denken, nicht von Zuständigkeiten und Sektorengrenzen.
2153 Digitalisierung ist für uns kein Selbstzweck. Sie muss Versorgung einfacher und
2154 sicherer machen, sowie Gesundheitsberufe spürbar entlasten.

2155 Wir wollen die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein
2156 konsequent ausbauen. KIM-Mail (Kommunikation im Medizinwesen), elektronische
2157 Patientenakte und weitere digitale Anwendungen müssen in Krankenhäusern, Praxen
2158 und medizinischen Versorgungszentren verlässlich genutzt werden. Der
2159 Versorgungssicherungsfonds des Landes soll dabei wieder gezielt Projekte
2160 unterstützen, die bestehende Probleme an diesen Schnittstellen beheben und
2161 effiziente Strukturen schaffen können.

2162 Gleichzeitig werden wir die rechtlichen Rahmenbedingungen im
2163 Landeskrankenhausgesetz weiterentwickeln, um eine sichere und
2164 datenschutzkonforme Nutzung von Patient*innendaten zu ermöglichen und innovative
2165 KI-Anwendungen im Gesundheitswesen zu erproben. Wir unterstützen die Einrichtung
2166 eines KI-Medizin-Hubs in Lübeck an dem neuen KI-Rechenzentrum, um Expertise aus
2167 UKSH, Hochschulen, Deutschem Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz
2168 (DFKI), Fraunhofer Institut und Gesundheitswirtschaft zu bündeln und dadurch die
2169 individualisierte Medizin und Gesundheitsversorgung zu verbessern.

2170 1.3.8 Krisenfestes Gesundheitssystem für Schleswig-Holstein

2171 Ein widerstandsfähiges Versorgungssystem ist zentral für eine krisenfeste
2172 Gesellschaft. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie unverzichtbar ein
2173 leistungsfähiger öffentlicher Gesundheitsdienst für den Schutz der Bevölkerung
2174 ist. Die Gesundheitsämter übernehmen nicht nur in Pandemien und anderen Krisen
2175 zentrale Aufgaben. Sie sind auch in der Prävention, beim Infektionsschutz und in
2176 der gesundheitlichen Versorgung vor Ort unverzichtbar. Wir GRÜNE setzen uns
2177 deshalb dafür ein, dass der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst

dauerhaft fortgeführt wird. Der Bund darf die während der Pandemie aufgebauten Strukturen nicht wieder auslaufen lassen. Wir erwarten vom Bund eine verlässliche und dauerhafte Beteiligung an der Finanzierung. Auf Landesebene werden wir uns für eine langfristige Co-Finanzierung für die notwendigen Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes einsetzen.

Wir werden die Notfallversorgung weiter stärken und integrierte Strukturen aus Notfallzentren, Notdienstpraxen, digitalen und telefonischen Angeboten, sowie ambulanter Versorgung konsequent ausbauen. Die angestrebte Notfallreform auf Bundesebene muss dabei Zugänge vereinfachen und eine intelligentere Patient*innensteuerung schaffen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Arzneimittelversorgung. Die Abhängigkeit von globalen Lieferketten bei lebenswichtigen Medikamenten ist ein erhebliches Risiko. Deshalb setzen wir uns auf europäischer Ebene für den Ausbau der Wirkstoff- und Arzneimittelproduktion in der Europäischen Union (EU) und ganz gezielt auch bei uns in Schleswig-Holstein ein, um Versorgungssicherheit dauerhaft zu gewährleisten. Dazu gehört auch der Erhalt einer flächendeckenden Apothekeninfrastruktur, die neben den Praxen das Rückgrat unserer Gesundheitsversorgung darstellt.

1.3.9 Versorgungslücken bei chronischen Erkrankungen schließen

Nicht jede Erkrankung wird früh erkannt und nicht jede Beschwerde ausreichend ernst genommen. Für Betroffene bedeutet das häufig jahrelange Diagnostikwege, Unsicherheit und fehlende passende Behandlung. Besonders bei Krankheitsbildern, die wenig erforscht sind oder deren Symptome häufig bagatellisiert werden, bestehen erhebliche Versorgungslücken. Wir GRÜNE wollen, dass Menschen mit ihren Beschwerden ernst genommen werden und unabhängig von ihrem Krankheitsbild Zugang zu guter, bedarfsgerechter Versorgung erhalten. Zwei Beispiele verdeutlichen diese Versorgungslücke stellvertretend:

Schätzungsweise jede zehnte Person mit Gebärmutter ist von Endometriose betroffen. Dennoch vergehen häufig viele Jahre bis zur Diagnose. Starke Menstruationsschmerzen werden oft bagatellisiert oder als „normal“ eingestuft – mit gravierenden Folgen für die Betroffenen. Wir wollen von Endometriose Betroffenen eine bedarfsgerechte gynäkologische Behandlung ermöglichen. Gleichzeitig stärken wir die Aus-, Fort- und Weiterbildung im medizinischen Bereich, um Endometriose früher zu erkennen und besser zu behandeln. Eine Beteiligung Schleswig-Holsteins an einer nationalen Endometriosestrategie unterstützen wir.

Long- und Post-Covid sowie ME/CFS (myalgische Enzephalomyelitis, auch chronisches Fatigue-Syndrom) sind schwere chronische Erkrankungen, die die körperliche, kognitive und soziale Teilhabe der Betroffenen massiv einschränken. Viele Betroffene stehen nach wie vor vor langen Diagnostikwegen, Versorgungslücken und mangelndem Verständnis im Gesundheitssystem. Wir GRÜNE werden die Aufklärung verbessern, die Fort- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal stärken und die Forschung zu Ursachen, Diagnostik und Therapie gemeinsam mit den Forschungsstandorten in Schleswig-Holstein weiter ausbauen. Wir werden die flächendeckende Umsetzung der Long-Covid-Richtlinie des

2224 Gemeinsamen Bundesausschusses sicherstellen. Auch Selbsthilfeorganisationen
2225 leisten unverzichtbare Arbeit und sollen dauerhaft gestärkt werden.

2226 1.3.10 Gender- und diversitätssensible Medizin

2227 Medizinische Forschung und Versorgung orientieren sich bis heute häufig am
2228 männlichen Körper als Norm, genauso wie Herkunft nachrangig betrachtet wird.
2229 Dadurch werden Symptome bei Frauen, sowie trans und nicht-binären Personen, so
2230 wie Personen mit Migrationsgeschichte teils später erkannt und weniger gezielt
2231 behandelt.

2232 Der sogenannte Gender-Health-Gap führt zu konkreten gesundheitlichen Nachteilen.
2233 Wir GRÜNE wollen Gendermedizin in Forschung, Lehre und Versorgung konsequent
2234 verankern. Den in dieser Legislaturperiode initiierten Landtagsbeschluss zur
2235 gendersensiblen Medizin werden wir konsequent umsetzen und bestehende Lücken
2236 schließen. Mit einer Kampagne über die Landesvereinigung für
2237 Gesundheitsförderung wollen wir auch in der Bevölkerung über
2238 geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede besser aufklären. Außerdem
2239 unterstützen wir die Universität zu Lübeck und die CAU Kiel bei der Einführung
2240 verpflichtender Lehrmodule im Bereich gender- und diversitätssensible Medizin.

2241 Außerdem sehen sich Menschen mit Migrationsgeschichte oft mit sprachlichen und
2242 kulturellen Hürden konfrontiert, die den Zugang zu medizinischer Versorgung und
2243 gesundheitsfördernden Maßnahmen erschweren. Deshalb wollen wir die
2244 Sprachmittlung durch qualifizierte Sprachmittler*innen in therapeutischen
2245 Settings und den Abbau sprachlicher Barrieren auch durch neue technische
2246 Möglichkeiten ausbauen. Interkulturelle Kompetenz soll systematisch in
2247 Ausbildung, Studium und Fortbildung verankert werden.

2248 Auch transgeschlechtliche, inter- und nicht-binäre Menschen erleben im
2249 Gesundheitssystem noch immer erhebliche Barrieren: Mangelnde Fachkenntnisse und
2250 fehlende Anlaufstellen haben dabei zum Teil gravierende Folgen, die ihre
2251 Gesundheit gefährden. Das wollen wir ändern.

2252 Queere Gesundheitsthemen, die medizinische Versorgung von Trans*, Inter* und
2253 nicht-binären Menschen sowie geschlechtsangleichende Maßnahmen müssen
2254 verpflichtend in die medizinische und therapeutische Ausbildung von
2255 Gesundheitsfachkräften und Ärzt*innen integriert werden. Dabei gilt es, noch
2256 stärker für die spezifischen Lebensrealitäten von trans* Personen zu
2257 sensibilisieren und den Zugang zu spezialisierten Versorgungsangeboten und
2258 niedrigschwelliger Beratung zu ermöglichen – besonders im ländlichen Raum.

2259 Über eine Bundesratsinitiative werden wir uns dafür einsetzen, dass die
2260 notwendigen Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen vollständig von den
2261 Krankenkassen übernommen werden.

2262 Menschen mit Behinderungen stoßen im Gesundheitssystem weiterhin auf
2263 strukturelle Hürden, obwohl eine gleichberechtigte Teilhabe nach der UN-
2264 Behindertenrechtskonvention verpflichtend ist. Viele Arztpraxen, Krankenhäuser
2265 und Reha-Einrichtungen sind nicht barrierefrei zugänglich, und medizinisches
2266 Personal ist oft nicht ausreichend auf unterschiedliche Bedürfnisse vorbereitet.
2267 Wir werden bestehende medizinische Einrichtungen beim Abbau von Barrieren
2268 gezielt unterstützen. Den Fonds für Barrierefreiheit wollen wir fortsetzen. In
2269 dieser Legislatur haben wir das erste Medizinische Zentrum für Erwachsene mit

2270 Behinderungen (MZEB) in Lübeck geschaffen. Nach diesem Vorbild wollen wir
2271 mindestens einen weiteren Standort in Schleswig-Holstein schaffen. Zudem setzen
2272 wir uns auf Bundesebene für eine angemessene Vergütung von Behandlungen ein, die
2273 aufgrund einer Behinderung mehr Zeit und Ressourcen erfordern.

2274 1.3.11 Pflegeinfrastruktur stärken

2275 Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und braucht endlich eine
2276 nachhaltige, solidarische und generationengerechte Finanzierung. Die
2277 Pflegereform der Bundesregierung wird diesem Anspruch nicht gerecht. Sie
2278 beantwortet weder die großen Herausforderungen durch den demografischen Wandel
2279 und den Fachkräftemangel noch die wachsenden Finanzierungslücken. Als GRÜNE
2280 haben wir uns deshalb bereits auf Bundes- und Landesebene für eine nachhaltige
2281 Reform eingesetzt und werden uns auch weiterhin dafür starkmachen, dass
2282 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht die Lasten struktureller
2283 Fehlentscheidungen tragen müssen.

2284 Gleichzeitig handeln wir in Schleswig-Holstein. Mit der von uns im
2285 Sozialministerium initiierten Landespflegestrategie haben wir gemeinsam mit den
2286 Akteur*innen der Pflege 30 konkrete Maßnahmen entwickelt. Im Mittelpunkt stehen
2287 die Gewinnung und Sicherung von Fachkräften, die Entlastung pflegender
2288 Angehöriger und die Digitalisierung der Pflege. Diese Strategie werden wir
2289 fortsetzen und bedarfsgerecht weiterentwickeln.

2290 Wir GRÜNEN setzen uns für eine grundlegende Überarbeitung unseres
2291 Landespflegegesetzes, sowie des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes auch im Zuge
2292 der Reformen auf Bundesebene ein. Ziel muss eine bessere kommunale
2293 Steuerungskompetenz der pflegerischen Versorgung vor Ort, sowie eine bessere
2294 Verzahnung mit Angeboten für pflegende Angehörige, ambulanten Wohnformen und
2295 weiterer Pflegeinfrastruktur sein. Dafür werden wir gemeinsam mit den Kommunen
2296 bestehende Leistungen wie das Pflegewohngeld und die Hilfe zur Pflege bündeln,
2297 um bürokratische Hürden abzubauen und zielgerichtete Investitionen zu
2298 ermöglichen.

2299 Dabei muss Pflege als integriertes System gedacht werden. Wir wollen starre
2300 Versorgungsgrenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten überwinden und
2301 eine stärkere Verzahnung der Strukturen über Änderungen in Landes- und
2302 Bundesrecht erreichen. Die kommunale Pflegeplanung soll verbindlicher werden und
2303 regionale Bedarfe konsequent abbilden.

2304 Fehlende Transparenz über freie Kapazitäten und eine unzureichende Koordination
2305 erschweren derzeit die Versorgung. Um mehr Klarheit für zu Pflegenden, ihre
2306 Angehörigen und die Versorgungslandschaft zu schaffen, werden wir die von uns
2307 neu eingeführten digitalen Instrumente Pflege-Monitor+ und Pflege-Prognose+ bis
2308 Ende 2028 gemeinsam mit der CAU entwickeln und öffentlich zur Verfügung stellen.
2309 Ziel soll eine bessere Darstellung freier Kapazitäten und mittels KI-Einsatz
2310 eine bessere Prognose möglicher Engpässe sein, auf die frühzeitig reagiert
2311 werden kann.

2312 Den Landespflegeausschuss Schleswig-Holstein werden wir geringfügig erweitern
2313 und enger mit dem Landtag verbinden. Ziel ist eine möglichst enge Abstimmung
2314 zwischen Akteuren des Pflegesystems, Kommunen und Landespolitik im Hinblick auf
2315 die großen anstehenden Veränderungen in der Pflegelandschaft.

2316 1.3.11.1 Vernetzung verschiedener Pflegeformen

2317 Eine gute pflegerische Versorgung braucht unterschiedliche, gut verzahnte
2318 Angebotsformen. Wir wollen Menschen ermöglichen, möglichst lange selbstbestimmt
2319 in ihrem vertrauten Umfeld und in Gemeinschaft zu leben.

2320 Dabei hat ambulante Pflege Vorrang. Schon heute fördern wir mit jährlich rund
2321 einer Million Euro aus den Mitteln des Pflegeunterstützungs- und -
2322 entlastungsgesetzes (PUEG) den Auf- und Ausbau entsprechender Strukturen. Darauf
2323 wollen wir aufbauen und neue, gemeinwohlorientierte Versorgungsmodelle wie
2324 Caring Communities erproben und fördern. Caring Communities basieren auf
2325 kleinen, lokal verankerten Teams und verbinden Pflege, Beratung und
2326 Gemeinwesenarbeit. Gemeinsam mit den Kommunen wollen wir diese Konzepte in die
2327 Breite tragen. Auf Bundesebene ist es uns in der vergangenen Legislaturperiode
2328 gelungen, das Berufsbild der Community Health Nurse wiedereinzuführen, nun
2329 wollen wir den nächsten Schritt gehen und die Ausbildungsbedingungen auf
2330 Landesebene dafür schaffen.

2331 Vollstationäre Einrichtungen bleiben ein unverzichtbarer Sicherheitsanker,
2332 insbesondere für Menschen mit hohem Pflegebedarf. Gleichzeitig werden wir
2333 quartiersnahe und kleinere Wohn- und Pflegeformen gezielt stärken. Dazu gehören
2334 gemeinschaftliche Wohnmodelle und anbieterverantwortete Wohngemeinschaften,
2335 insbesondere für Menschen mit geringerem Pflegegrad.

2336 Die Kurzzeitpflege ist und bleibt eine zentrale Entlastungs- und
2337 Übergangsstruktur. Wir haben in dieser Legislatur mit 10 Millionen Euro den
2338 Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze vorangetrieben und somit neue Kapazitäten
2339 geschaffen. Darauf wollen wir aufbauen und die Kurzzeitpflege bedarfsgerecht
2340 weiter ausbauen. Gleichzeitig setzen wir uns auf Bundesebene für eine
2341 angemessene Ausfinanzierung und attraktivere Rahmenbedingungen in der Vergütung
2342 ein. Außerdem wollen wir das Angebot durch eine landesweite digitale
2343 Echtzeiterfassung sowie Vermittlung freier Plätze besser zugänglich machen.

2344 1.3.11.2 Pflegende Angehörige und Pflegebedürftige besser 2345 unterstützen

2346 Pflege findet überwiegend im häuslichen Umfeld statt, häufig getragen von
2347 Angehörigen, in vielen Fällen Frauen, die damit eine enorme physische und
2348 psychische Belastung übernehmen. Diese Leistung verdient mehr als Anerkennung:
2349 Sie braucht strukturelle Unterstützung.

2350 Denn wer Pflege organisiert oder selbst pflegt, steht oft vor komplexen Fragen,
2351 Zuständigkeiten und Antragsverfahren. Gute Beratung und verlässliche
2352 Koordination sind daher zentrale Voraussetzung für eine funktionierende
2353 Pflegeinfrastruktur.

2354 Wir wollen gemeinsam mit Pflegekassen und Kommunen die bestehenden
2355 Pflegestützpunkte zu „Pflegestützpunkten Plus“ weiterentwickeln. Sie sollen
2356 nicht nur informieren, sondern als regionale Lotsen auf Kreisebene aktiv
2357 begleiten. Feste Bezugspersonen übernehmen Case-Management-Aufgaben,
2358 koordinieren Leistungen sektorenübergreifend und unterstützen gemeinsam mit den
2359 Betroffenen individuelle Versorgungspläne. Präventive Hausbesuche wollen wir

2360 gemeinsam mit den Kommunen landesweit ermöglichen, um frühzeitig Unterstützung
2361 leisten und so Krisen vermeiden zu können.

2362 Besondere Aufmerksamkeit gilt „Young Carers“ – Kindern und Jugendlichen, die
2363 regelmäßig Pflege- und Betreuungsaufgaben in ihren Familien übernehmen. Sie
2364 tragen oft erhebliche Belastungen, die in Schule und Gesellschaft kaum sichtbar
2365 sind. In dieser Legislatur haben wir bereits wichtige Schritte unternommen: So
2366 können sich Young Carers seit 2023 kostenlos und anonym an das Pflege-Notteléfono
2367 wenden. Dafür wurde das Angebot gezielt erweitert und um digitale Zugänge
2368 ergänzt. Auch Projekte wie „Young Carers“ des Kinderschutzbundes Segeberg und
2369 „Young Helping Hands“ in Lübeck leisten wichtige Arbeit. Darauf wollen wir
2370 aufbauen. Wir wollen niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote für
2371 „Young Carers“ weiter ausbauen und besser vernetzen sowie Schulen stärker für
2372 die Situation junger pflegender Angehöriger sensibilisieren. Denn kein Kind und
2373 kein Jugendlicher darf mit der Verantwortung für die Pflege von Angehörigen
2374 allein gelassen werden.

2375 1.3.11.3 Rente besser aufstellen

2376 Deutschland braucht ein Rentensystem, das zukunftsfest aufgestellt ist und die
2377 Beitragszahler*innen nicht über die Maße belastet. Deshalb fordern wir seit
2378 längerem, dass beispielsweise versicherungsfremde Leistungen nicht aus Mitteln
2379 der Beitragszahler*innen gegenfinanziert werden. Menschen, die ihr ganzes Leben
2380 gearbeitet haben, dürfen im Alter keine Angst davor haben, ob sie eine Rente
2381 bekommen, die zum Leben reicht. Die Rentenpolitik der Bundesregierung
2382 kritisieren wir scharf. Die abschlagsfreie Rente nach 45 Jahren ist für viele
2383 Menschen eine Frage der Gerechtigkeit.

2384 Wir wollen verhindern, dass die Beiträge für junge Menschen zu hoch werden und
2385 gleichzeitig sicherstellen, dass die Rente im Alter Armut verhindert. Besonders
2386 Frauen und junge Menschen fragen sich oft, ob sie sich auf die gesetzliche Rente
2387 noch verlassen können.

2388 Wir wollen Altersarmut verhindern und fordern auf Bundesebene eine
2389 unbürokratische Garantierente. Wer 30 Jahre in die gesetzliche
2390 Rentenversicherung eingezahlt hat, soll vor Armut abgesichert werden. Wir
2391 wollen, dass mehr Menschen – gerade auch die mit höheren Einkommen – in die
2392 gesetzliche Rente einzahlen, wie zum Beispiel Abgeordnete, neue Beamt*innen und
2393 Selbstständige. Aber auch die Arbeitgeber*innen von Mini-Jobber*innen sollen
2394 regelhaft mehr für deren Rente einzahlen.

2395 Indem wir z.B. Frauen und Zugewanderten den Arbeitsmarktzugang und die
2396 Rahmenbedingungen für Arbeit erleichtern, wollen wir dass es mehr Menschen
2397 möglich ist, mehr zu arbeiten und somit auch mehr Beiträge zur gesetzlichen
2398 Rente zu zahlen. Wir unterstützen verlässliche Modelle, bei denen der
2399 Kapitalmarkt genutzt wird, um eine weitere Säule der Absicherung für künftige
2400 Rentner*innen zu schaffen.

2401 Wir werden uns auf Bundesebene dafür einsetzen, dass Menschen flexibel und
2402 selbstbestimmt länger arbeiten können, wenn sie dies möchten. Dafür muss auch
2403 Prävention und Rehabilitation gestärkt werden, damit Menschen länger gesund
2404 bleiben.

2405 1.3.11.4 Demenzversorgung in Schleswig-Holstein ausbauen

2406 Die Zahl der Menschen, die in Schleswig-Holstein an Alzheimer und Demenz
2407 erkranken, steigt zunehmend an. Wir GRÜNE legen deshalb weiterhin einen Fokus
2408 auf den Ausbau demenzsensibler und präventiver Angebote, wie der Bekämpfung von
2409 Einsamkeit und ausreichend sozialen Angeboten für ältere Menschen. Die gute
2410 Arbeit des Kompetenzzentrums für Demenz in Norderstedt werden wir weiter
2411 unterstützen, sowie die Novellierung des Demenzplanes inklusive klarer Ziele und
2412 Evaluationsmechanismen fortsetzen. Wir streben eine flächendeckende Versorgung
2413 für Demenzpatient*innen, eine ausreichende Unterstützung der Familien, sowie die
2414 Umsetzung modernster medizinischer Erkenntnisse an.

2415 1.3.11.5 Palliativ- und Hospizversorgung stärken

2416 Gute Versorgung begleitet Menschen von den ersten bis zu den letzten Momenten
2417 des Lebens. Auch am Lebensende haben alle Anspruch auf eine verlässliche,
2418 würdevolle und wohnortnahe medizinische und pflegerische Versorgung. Den Hospiz-
2419 und Palliativverband Schleswig-Holstein e. V. (HPVSH) werden wir dafür weiter
2420 fördern und strukturell in den Landespflegeausschuss einbeziehen.

2421 Wir werden mobile palliative Versorgungsstrukturen weiter fördern, insbesondere
2422 in ländlichen Regionen und unterversorgten Quartieren. Spezialisierte Fachkräfte
2423 und Ärzt*innen sollen Hausbesuche koordinieren und schwerkranke Menschen sowie
2424 ihre Angehörigen eng begleiten. Diese Strukturen sollen bestehende Angebote
2425 ergänzen und eng mit Hausarztpraxen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung
2426 verzahnt sein.

2427 Ehrenamtliche Sterbebegleitung werden wir weiter stärken und durch
2428 niedrigschwellige Schulungsangebote wie „Letzte Hilfe“-Kurse unterstützen.
2429 Koordiniert werden diese Strukturen über ambulante Pflegedienste und lokale
2430 Netzwerke. Ziel ist eine flächendeckende palliative Versorgung, die allen
2431 Menschen unabhängig vom Wohnort ein würdevolles Lebensende ermöglicht.

2432 1.3.12 Ausbildung, Arbeitsbedingungen und Karrierewege im 2433 Gesundheitswesen gemeinsam stärken

2434 Das Gesundheitssystem wird von der Vielfalt seiner Akteur*innen getragen, die
2435 auf Augenhöhe miteinander arbeiten. Auch Gesundheitsfachkräfte wie
2436 Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen und Podolog*innen
2437 leisten selbstverständlich einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung in
2438 Schleswig-Holstein und verdienen Ausbildungsvergütungen wie einheitliche
2439 Berufsgesetze auf Bundesebene. Das muss sich auch in guten Ausbildungswegen,
2440 kontinuierlicher Weiterbildung und attraktiven Arbeitsbedingungen widerspiegeln.
2441 Dafür werden wir den von uns initiierten Pakt für die Gesundheits- und
2442 Pflegefachberufe weiterentwickeln und neu aufstellen.

2443 Auf Landesebene stärken wir die Ausbildung, sowie die Akademisierung in den
2444 Gesundheitsfachberufen. Sie muss weiterhin für Auszubildende wie Studierende
2445 kostenfrei bleiben, um soziale Zugangsbarrieren zu vermeiden. Zusätzlich setzen
2446 wir uns für eine angemessene Ausbildungsvergütung ein, damit diese Berufe von
2447 Beginn an attraktiv sind und die gesellschaftliche Anerkennung auch finanziell
2448 abgebildet wird. Auf Bundesebene setzen wir uns darüber hinaus für einheitliche

2449 Berufsgesetze, sowie die Möglichkeit eines Direktzugangs in die
2450 Gesundheitsversorgung ein.

2451 Die Pflege ist ein zentraler Bestandteil des Versorgungssystems, der besonders
2452 stark vom Fachkräftemangel betroffen ist. Deshalb setzen wir uns für eine
2453 flächendeckende Weiterentwicklung der Pflegeausbildung ein. Wir wollen die
2454 Hochschulen in Schleswig-Holstein dabei unterstützen, Studiengänge in
2455 Pflegewissenschaften, Pflegemanagement, Advanced Practice Nursing und Community
2456 Health Nursing auf- und auszubauen. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte sollen
2457 verstärkt in der direkten Patient*innenversorgung eingesetzt und angemessen
2458 vergütet werden.

2459 Gleichzeitig wollen wir durchlässige Bildungswege schaffen. Berufliche und
2460 akademische Qualifikationen sollen besser miteinander verzahnt und systematisch
2461 angerechnet werden. Das an der CAU Kiel entwickelte Modell zur
2462 Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID) soll die Grundlage einer
2463 landesweiten Weiterbildungsstruktur bilden und eine konsequente Anerkennung
2464 bereits erworbener Kompetenzen ermöglichen.

2465 Für Pflegekräfte sind gute Arbeitsbedingungen entscheidend. Dazu gehören
2466 planbare Arbeitszeiten, angemessene Personalschlüssel, Tarifbindung und eine
2467 stärkere berufliche Selbstvertretung der Pflege als Profession.

2468 Auch die internationale Fachkräftegewinnung muss fair geregelt sein. Wir setzen
2469 uns für eine Gleichstellung von ambulanten Pflegediensten und stationären
2470 Einrichtungen bei der Finanzierung von Anwerbekosten ein. Gleichzeitig legen wir
2471 GRÜNE einen besonderen Fokus auf Sprachförderung, Integration und Schutz vor
2472 Ausbeutung. Es braucht transparente Rekrutierungsprozesse, verbindliche
2473 Standards für Arbeitgeber*innen und unabhängige Beratungs- sowie
2474 Beschwerdestrukturen.