



Bericht

der Landesregierung

Pflegepolitische Perspektiven des Landes Schleswig-Holstein

Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Vorbemerkung	3
2. Demografische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit	4
3. Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein	5
3.1 Gesundheitswirtschaft	5
3.2 Versorgungsstrukturen nach dem SGB XI für ältere Menschen	6
4. Pflegepolitische Aktivitäten	7
4.1 Selbstbestimmung und Eigenverantwortung stärken	7
4.1.1 Pflegeportal	7
4.1.2 Pflegestützpunkte	8
4.1.3 PflegeNotTelefon	9
4.1.4 Mitwirkung und Mitbestimmung in stationären Einrichtungen	10
4.2 Strukturen weiterentwickeln	11
4.2.1 Pflegeinfrastrukturplanung als Teil der Sozialraumplanung	11
4.2.2 Kompetenzzentrum Demenz	12
4.2.3 Niedrigschwellige Betreuungsangebote	13
4.2.4 Alternative Wohnformen	14
4.2.5 Ambulante Hospizgruppen und Hospizinitiativen	14
4.3 Ansehen der Pflegeberufe stärken, Ausbildung sichern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterqualifizieren	15
4.3.1 Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe	15
4.3.2 Ausbildungssituation in den Pflegeberufen	17
4.3.2.1 Gesundheits- und Krankenpflege	17
4.3.2.2 Altenpflege und Altenpflegehilfe	18
4.3.2.3 Fachkräfte für Pflegeassistenz	20
4.3.2.4 Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	22
4.3.3 Fortschreibung der Bedarfsentwicklung in der Altenpflege	22
4.3.4 Durchführungsverordnung Altenpflegehilfe	23
4.4 Dokumentation in der Pflege vereinfachen	23
4.4.1 Dokumentation als notwendiger Bestandteil pflegerischer Versorgung	23
4.4.2 Entbürokratisierung durch Verbesserung der Rahmenbedingungen	24
4.4.2.1 Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz	24
4.4.2.2 Prüfrichtlinie nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz	25
5. Ausblick	26
Anlage	29

1. Vorbemerkung

Der Landtag hat in seiner 22. Tagung am 17.11.2011 beschlossen, die Landesregierung möge in der 25. Tagung über ihre pflegepolitischen Aktivitäten schriftlich berichten und dabei insbesondere auf folgende Bereiche eingehen:

Ausbildung, Versorgung, Dokumentation, Verbesserung der Attraktivität des Berufsbildes sowie Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen.

Der vorliegende Bericht befasst sich schwerpunktmäßig mit der Pflege älterer Menschen.

Kaum ein anderer Bereich ist so stark vom demografischen Wandel betroffen wie die Pflege älterer Menschen. Die Zahl der älteren Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten kontinuierlich steigen. Innerhalb der Gruppe älterer Menschen steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter: Bei den unter 60-Jährigen sind derzeit 0,8 % pflegebedürftig, bei den 60 - 80-Jährigen 4,2 % und bei den über 80-Jährigen ca. 29 % (Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, BMG 2011). Gleichzeitig wird es bundesweit in den nächsten fünfzehn Jahren ein Fünftel weniger Schülerinnen und Schüler geben, die die Schule verlassen und Ausbildungsplätze suchen. Der Fachkräftemangel ist bereits heute ein Thema im gesamten Pflege- und Gesundheitsbereich. Deshalb gehört Pflege zu den wichtigsten gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen dieser Zeit und der Zukunft.

Die Landesregierung sieht ihre Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und pflegerischen Versorgungsstruktur. Sie arbeitet dabei im Landespflegeausschuss eng mit allen an der Umsetzung der Pflegeversicherung Beteiligten zusammen, d. h. mit den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen, den kommunalen Landesverbänden und dem Landesseniorenrat. Entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag (§ 92 SGB XI) berät der Landespflegeausschuss über Fragen der Pflegeversicherung und kann zu deren Umsetzung einvernehmlich Empfehlungen abgeben.

Oberstes Ziel der Landesregierung ist die Weiterentwicklung der Strukturen hin zu einer Stärkung der häuslichen Pflege, zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Im vergangenen Jahr haben OECD-Experten aufgezeigt, dass sich die Pflegekosten für ältere Menschen in den nächsten 40 Jahren verdoppeln werden (von derzeit 1,3 % des Bruttoinlandproduktes auf bis zu 2,7 %). Nach deren Berechnung entfielen 2008 auf die Betreuung in Pflegeheimen zwei Drittel aller Kosten, obwohl nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Heimen leben. Die meisten älteren Menschen möchten so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld bleiben. Die Studie sieht dies auch als Weg, die Kosten für die Langzeitpflege überschaubar zu halten („Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term-Care“, OECD 2011).

Die Landesregierung hat die Lebensvorstellungen heutiger Menschen mit Pflegebedarf aufgegriffen und die Informations-, Unterstützungs-, und Pflegeangebote zukunftsgerichtet weiterentwickelt.

2. Demografische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

Der demografische Wandel zeigt sich insbesondere in Veränderungen der Bevölkerungsentwicklung und der Altersstruktur. Die Lebenserwartung nimmt kontinuierlich zu und führt zusammen mit einer niedrigen Geburtenrate zu einer Verschiebung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Der Anteil der Jüngeren an der Bevölkerung sinkt, der Anteil älterer Menschen wächst. Gegenwärtig liegt die Lebenserwartung Neugeborener in Deutschland bei 77,5 Jahren für Jungen und 82,6 Jahren für Mädchen (Stand 2010). Die Geburtenrate lag 2010 bei 1,39 Kindern (Demografiebericht der Bundesregierung vom 7.11.2011).

Zur Entwicklung der Bevölkerung in den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein hat das Statistikamt Nord im März 2011 eine Vorausberechnung für den Zeitraum 2010 bis 2025 veröffentlicht. Die Vorausberechnung geht von abgestimmten Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zu den Wanderbewegungen aus, orientiert an den derzeit geltenden Rahmenbedingungen. Nach dieser Bevölkerungsvorausberechnung wird die Bevölkerung in Schleswig-Holstein von 2010 bis 2025 um 43.000 Menschen (-1,5 %) zurückgehen. Im gleichen Zeitraum wird die Zahl der Menschen im Alter von 60 Jahren und älter um 204.000, das sind 26,4 %, steigen. Betrachtet man die Altersgruppe der Menschen im Alter von 75 Jahren und älter, so wird dort ein Zuwachs von fast 138.000, das sind 55 % erwartet. Der Anteil der Menschen im Alter von 75 Jahren und älter an der Gesamtbevölkerung wird damit von knapp 9 % auf 14 % steigen.

Die veränderte Altersstruktur wirkt sich direkt auf die Zahl der Pflegebedürftigen aus, da mit zunehmendem Alter Menschen in der Regel eher pflegebedürftig sind. Während bei den 70- bis 75-Jährigen etwa jeder zwanzigste, also 5 %, pflegebedürftig sind, beträgt die Pflegequote bei den 75- bis 80-Jährigen fast 10 % und bei den 80- bis 85-Jährigen fast 20 %. Für die ab 90-Jährigen beträgt die Pflegequote 59 % (Pflegestatistik 2009 – Deutschlandergebnisse).

Nach den Ergebnissen der Pflegestatistik 2009 für Schleswig-Holstein waren 2,8 % der Bevölkerung am Stichtag 15.12.2009 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (79.507). Knapp 62 % der Pflegebedürftigen nahmen professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste oder in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch. Vorausberechnungen auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung und der derzeitigen Pflegequoten in den Altersgruppen gehen für das Jahr 2025 von ca. 114.000 Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein aus. Das wäre ein Anstieg von rund 43 % gegenüber 2009.

Nach den Ergebnissen der Pflegestatistik gibt es in Schleswig-Holstein insgesamt fast 37.500 Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen wird zu einem höheren Personalbedarf in der Altenpflege führen. Dies wird noch verstärkt durch den Rückgang des häuslichen, privaten Pflegepotenzials. Durch den demografischen Wandel werden dem Arbeitsmarkt immer weniger Erwerbspersonen zur Verfügung stehen. Außerdem wird der Anteil älterer Erwerbspersonen ab 50 Jahren steigen. In Schleswig-Holstein wird die Zahl der Erwerbspersonen nach den Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnung ab 2015 zurückgehen. 2025 wird es nach den Modellrechnungen fast 55.000 Erwerbspersonen weniger im Land geben als 2010. Die Begleitung und Pflege älte-

rer Menschen kann daher zukünftig nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Zusammenwirken von familiären, ehrenamtlichen und professionellen Kräften gelingen.

3. Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein

3.1 Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitsbranche ist mehr als nur Kostenfaktor, sie ist eine dynamische Wirtschafts- und Zukunftsbranche mit einer erheblichen Bedeutung für Innovation, Wachstum und Beschäftigung. Die Gesundheitswirtschaft umfasst weit mehr als die klassischen Bereiche der Gesundheitsversorgung, sie ist ein Konglomerat verschiedener Wirtschaftszweige. Gesundheitswirtschaft umfasst den Kernbereich, die Vorleistungs- und Zulieferbranchen sowie die damit verbundenen Randbereiche und Nachbarbranchen.

In Schleswig-Holstein arbeiteten – nach dieser Definition – im Jahr 2009 knapp 178.600 Menschen oder 17,9 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Schleswig-Holsteins in dieser Branche. Laut einer Veröffentlichung der HSH Nordbank sind unter den 30 größten Arbeitgebern im Land 10 Betriebe aus der Gesundheitswirtschaft.

Gestiegene Lebenserwartung, die Folgen des demographischen Wandels, die zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin und ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein eröffnen ein besonderes Wachstums- und Beschäftigungspotential für Deutschland und besonders für Schleswig-Holstein.

Dazu zählen:

- Der Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung: Neben den Krankenhäusern, Kliniken, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den Unternehmen und Einrichtungen des Kernbereichs die ambulanten Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen der nicht-ärztlichen medizinischen Berufe, Apotheken sowie die Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Schließlich zählen zu diesem Sektor die Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung (Krankenkassen, Gesundheitsbehörden etc.).
- Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien: Zu den Vorleistungs- und Zulieferindustrien zählen neben der Pharmazeutischen Industrie, der Medizin- und Gerontotechnik, der Bio- und Gentechnologie, das Gesundheitshandwerk sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten.
- Die Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens: In der Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit den Angeboten aus anderen Wirtschaftsbereichen liegt ein großes Potenzial für die Gesundheitswirtschaft. Solche Brückenschläge helfen, das Angebots- und Leistungsspektrum auszubauen und neue Finanzierungsquellen zu erschließen. Beispiele für die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Nachbarbranchen sind der Gesundheitstourismus, die Ernährungswirtschaft mit dem Bereich der „gesunden Ernährung“ oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote.

Nach der dargestellten Abgrenzung arbeiteten im Jahr 2009 knapp 178.600 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, davon 146.400 (82 %) sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Knapp 23.800 (13 %) gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach und fast 8.350 (5 %) sind selbstständig.

Tabelle 1: Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein 2009 nach Beschäftigungsart

	Beschäftigte	Anteile in %
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	146.424	82,0 %
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	22.030	12,3 %
...Kernbereich	120.749	67,6 %
...gesundheitsrelevante Randbereiche	3.645	2,0 %
Geringfügig Beschäftigte	23.793	13,3 %
...Vorleistungs- und Zulieferbereich	2.193	1,2 %
...Kernbereich	19.364	10,8 %
...gesundheitsrelevante Randbereiche	2.236	1,3 %
Selbstständige	8.346	4,7 %
...an der KV teilnehmende psycholog. Psychotherapeuten	164	0,1 %
...an der KV teilnehmende Vertragsärzte	4.133	2,3 %
...Niedergelassene Zahnärzte	1.902	1,1 %
...Gesundheitshandwerker	726	0,4 %
...Heilpraktiker	794	0,4 %
...Apotheker	627	0,4 %
Gesundheitswirtschaft insgesamt	178.563	100,0 %

Die Angaben der Selbstständigen sind jeweils aus dem Jahr 2008.

Quellen: Bundesagentur für Arbeit, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes. Berechnung und Darstellung: Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

3.2 Versorgungsstrukturen nach dem SGB XI für ältere Menschen

Für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein ist die Altenpflegebranche ein wichtiges Segment. Für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung stehen laut Pflegestatistik 2009 (Stichtag 15.12.2009) 392 ambulante Pflegedienste und 664 stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Je Pflegedienst wurden im Durchschnitt 43 Pflegebedürftige betreut, insgesamt 16.787 Pflegebedürftige. In stationären Pflegeeinrichtungen wurden im Durchschnitt 50 Pflegebedürftige versorgt, insgesamt in vollstationärer Dauerpflege oder Kurzzeitpflege 32.226 Pflegebedürftige. Für die vollstationäre Pflege standen insgesamt 38.792 Plätze zur Verfügung. Die Beschäftigtenzahl betrug insgesamt 37.339 (31.579 weibliche Beschäftigte, 5.760 männliche Beschäftigte), davon 9008 Beschäftigte bei ambulanten Diensten (8.100 weibliche Beschäftigte, 908 männliche Beschäftigte) und 28.331 Beschäftigte in stationären Einrichtungen (23.479 weibliche Beschäftigte, 4.852 männliche Beschäftigte).

Seit der erstmaligen Erhebung der Pflegestatistik im Jahre 1999 hat sich in Schleswig-Holstein folgende Entwicklung ergeben: Die Zahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen hat sich um 17,2 % erhöht, die Zahl der stationär Versorgten ebenfalls um 17,2 %. Die Zahl der verfügbaren vollstationären Plätze

ist um 23,6 % gewachsen. In den ambulanten Pflegediensten ist die Zahl der Beschäftigten um 22,1 % gestiegen, im stationären Bereich um 36,7 %. Dadurch sind knapp 7.200 neue Beschäftigungsverhältnisse entstanden.

Auch im Bereich der Tagespflege hat sich in den vergangenen Jahren das Leistungsangebot spürbar erhöht. Ursächlich dafür sind unter anderem die im Jahr 2008 erfolgte Anhebung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie die Erhöhung des Pflegebetrages bei Kombination mit Leistungen der häuslichen Pflege bis zum 1,5-fachen des bisherigen Betrages. 2009 erhielten bereits 933 der zu Hause betreuten Pflegebedürftigen zusätzlich Leistungen der Tagespflege. Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Tagespflege ist gegenüber 2007 um fast 50 % gestiegen. Die Landesregierung sieht in dem Ausbau der Tagespflegeangebote einen Beitrag zur Stärkung der häuslichen Pflege, der den Wunsch vieler pflegebedürftiger älterer Menschen nach dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützt.

Das Beispiel der Tagespflege macht exemplarisch aber auch deutlich, dass Reformen des Leistungsrechts auf Bundesebene entscheidenden Einfluss für die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur in den Ländern und damit auf den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein haben. Die Landesregierung hat daher nicht nur auf Landes-, sondern verstärkt auch auf Bundesebene pflegepolitische Akzente gesetzt und wird dies, wie im folgenden Kapitel ausgeführt, auch weiterhin tun.

4. Pflegepolitische Aktivitäten

4.1 Selbstbestimmung und Eigenverantwortung stärken

Ältere und pflegebedürftige Menschen haben ein Recht darauf, selbstbestimmt und selbstverantwortet zu leben. Die Landesregierung hat mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz die Verwirklichung dieser Rechte ausdrücklich festgeschrieben. Damit ältere und pflegebedürftige Menschen so selbstbestimmt wie möglich leben können, müssen entsprechende Rahmenbedingungen gegeben sein. Neben einer vielfältigen und flächendeckenden Angebotsstruktur sind gute Informations- und Beratungsangebote eine Grundvoraussetzung. Die Landesregierung hat daher einen politischen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Informations- und Beratungsstruktur in Schleswig-Holstein gesetzt.

4.1.1 Pflegeportal

Auf Initiative der Landesregierung wurde das Internetportal „Wege zur Pflege“ entwickelt und im Februar 2011 gestartet. Das Pflegeportal bietet unter www.pflege.schleswig-holstein.de allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern, insbesondere pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, Informationen rund um das Thema Pflege im Alter, bündelt die vorhandenen Informationsangebote und leitet zu regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten weiter. Das Portal gibt gleichzeitig Anregungen für ältere Menschen, die ihr Leben im Alter vorausschauend planen und gestalten wollen.

Im Internet gibt es zwar zahlreiche Angebote mit vielen fachlichen Informationen zum Themenbereich Pflege. Aber es wird immer wieder deutlich, dass die älteren Menschen oder ihre Angehörigen in der konkreten Situation, wenn es um Pflege in ihrer persönlichen Lebenslage geht, nicht wissen, wonach sie suchen sollen, wie sie an die für sie wichtigen Informationen herankommen und vor allem, wie sie tatsächlich Unterstützung für sich an ihrem Wohnort finden. Das Pflegeportal macht deshalb die in Schleswig-Holstein vorhandenen Informationen und Angebote rund um Pflege im Alter niedrigschwellig und übersichtlich zugänglich. Als Einstieg in die Thematik dienen kurze Alltagserlebnisse. Die beispielhaften Berichte zeigen schrittweise mögliche Wege zu Informationen und Unterstützungsangeboten auf. Nutzerinnen und Nutzer finden so ein Szenario, das zu ihrer eigenen Situation passt, und erhalten anstelle einer Informationsflut zielgerichtete und auf ihren Wohnort bezogene Informationen.

Zu den Themen des Pflegeportals gehören:

- Welche Wohnformen gibt es?
- Wie wird eine Pflegestufe festgestellt?
- Wo finde ich schnell Hilfe?
- Wer informiert über Demenz?
- Was kann ich tun, damit ich weiter zu Hause leben kann, auch wenn ich Hilfe und Pflege benötige?
- Wo kann ich mich individuell beraten lassen?
- Wie finde ich heraus, welche Pflegeeinrichtung passend ist?
- Was mache ich in einer Notfallsituation?

Diese Form der schrittweisen, von alltäglichen Beispielen ausgehenden Informationsvermittlung zum Thema Pflege ist bislang bundesweit einmalig. Das Internetportal „Wege zur Pflege“ hat daher auch bundesweit Anerkennung gefunden. Die „Weisse Liste“, ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen hat am 5. Januar 2012 ein Internetportal zur Pflegeheimsuche gestartet (www.weisse-liste.de/pflegeheim) und verlinkt von der Startseite unter der Rubrik „Erfahrungsberichte“ direkt auf das schleswig-holsteinische Pflegeportal (www.pflege.schleswig-holstein.de).

Das Pflegeportal ist seit dem Start stetig gewachsen und soll noch weiter wachsen. Neu hinzugekommen ist gerade eine Beispielgeschichte zu „Notfallsituation“. Hier können Interessierte das Ehepaar B. auf seinem Weg von der Notfallsituation - der pflegende Angehörige muss plötzlich ins Krankenhaus - zur sicheren Unterstützung begleiten. Ziel auch des Pflegeportals ist es, dass Menschen auch im Alter soweit wie möglich ihrer gewohnten Lebensweise entsprechend leben können.

4.1.2 Pflegestützpunkte

Durch Pflegestützpunkte wird die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung für pflege- und hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen deutlich verbessert. Die Pflegestützpunkte sind eine neutrale und bürgernahe Anlaufstelle, in der Ratsuchende kostenlose, umfassende und individuelle Beratung sowie ggf. auch Begleitung erhalten können.

Die Pflegestützpunkte haben folgende Aufgaben:

- Umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch sowie zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfeleistung bei der Inanspruchnahme der Leistung,
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote und die Einbindung bürgerschaftlichen Engagements.

In Schleswig-Holstein sind inzwischen 11 Pflegestützpunkte errichtet worden, und zwar in allen kreisfreien Städten sowie den Kreisen Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Pinneberg, Plön, Rendsburg-Eckernförde und Segeberg. Das Land fördert die Pflegestützpunkte gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen und den Kreisen bzw. kreisfreien Städten im Rahmen einer Drittelfinanzierung der laufenden Betriebskosten.

Rechtsgrundlage für die Pflegestützpunkte ist § 92c SGB XI. Danach richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Diese Bestimmung ist in Schleswig-Holstein durch Allgemeinverfügung vom 1. Oktober 2008 vorgenommen worden. Die Umsetzung der Allgemeinverfügung liegt in der Verantwortung der Landesverbände und –vertretungen der Pflege- und Krankenkassen in Schleswig-Holstein. Sie haben dabei gemäß § 92c Abs. 2 Satz 3 SGB XI jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die jeweiligen Kreise und kreisfreien Städte als Träger der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verantwortlichen Stellen an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Kreise und kreisfreien Städte entscheiden in eigener Zuständigkeit über eine Beteiligung.

Die Kreistage in Ostholstein, Schleswig-Flensburg, Steinburg und Stormarn haben sich bisher nicht für eine Beteiligung und Errichtung eines Pflegestützpunktes in gemeinsamer Trägerschaft mit den Kassen entschieden. Die kommunalen Kompetenzen insbesondere im Bereich der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege sind für die Arbeit im Pflegestützpunkt unverzichtbar. Nach Auffassung der Landesregierung kann eine wirkungsvolle Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des § 92c SGB XI nur durch Pflegestützpunkte in gemeinsamer Trägerschaft erfolgen. Die Landesregierung wird sich weiterhin - gemeinsam mit dem Landkreistag - für die Errichtung von Pflegestützpunkten auch in diesen Kreisen einsetzen und steht dazu in Kontakt mit den Landesverbänden und -vertretungen der Kassen, die den Kreisen entsprechende Gesprächsangebote gemacht haben.

4.1.3 PflegeNotTelefon

Das PflegeNotTelefon bietet kompetente Beratung, Begleitung, Hilfe und Vermittlung in kritischen Pflegesituationen an. Seit Bestehen des PflegeNotTelefons ist es gelungen, das Angebot und den Service ständig weiter zu entwickeln und damit an die

Bedürfnisse der Menschen im Land anzupassen. In enger Zusammenarbeit mit den regionalen Pflegestützpunkten werden die Pflegesituationen besprochen, Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und konkrete Unterstützung geleistet. Dieses Gemeinschaftsvorhaben wird vom AWO Landesverband Schleswig-Holstein e.V. koordiniert und von mehr als 50 Organisationen, Vereinen und Verbänden aus dem Pflege- und dem Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein unterstützt. Die Overheadkosten (z. B. Telefonschaltung, Koordinierung) werden aus Landesmitteln gefördert.

Hervorzuheben sind die zusätzliche sozialrechtliche Erstberatung durch den Sozialverband Deutschland e. V. und die 24-stündige persönliche Erreichbarkeit des PflegeNotTelefons durch die Kooperation mit der Stiftung Pflegebrücke, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Telefonate nachts und außerhalb von üblichen Bürozeiten entgegennehmen. Dies ist nur durch das unentgeltliche Engagement der Stiftung Pflegebrücke möglich.

2011 ist das PflegeNotTelefon als einer von vier Preisträgern mit dem Deutschen Förderpreis Kriminalprävention ausgezeichnet worden.

Aufgrund der zunehmenden Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft ist davon auszugehen, dass Krisenbewältigung bei körperlicher und seelischer Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen und gezielte Beratung und Hilfestellung bei Belastungssituationen in der Pflege auch weiterhin notwendig sein wird. Deshalb hat der Schleswig-Holsteinische Landtag mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (§ 4) geregelt, dass auch in Zukunft ein landesweites Krisentelefon vorgehalten werden soll.

4.1.4 Mitwirkung und Mitbestimmung in stationären Einrichtungen

Die Mitwirkung von Bewohnerinnen und Bewohnern an der Gestaltung der Rahmenbedingungen des Wohnens, an Inhalten der Betreuung und an der Gestaltung von hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Freizeit fördert die Selbstbestimmung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in besonderer Weise; sie erfolgt in der Regel über Bewohnerbeiräte, in denen auch Personen mitarbeiten können, die nicht in der Einrichtung wohnen (z. B. Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer, bürgerschaftlich engagierte Personen).

Mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz wurde die Rechtsstellung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen weiter verbessert und den Bewohnervertretungen neben der Mitwirkung auch Möglichkeiten der Mitbestimmung eingeräumt. Diese wurden mit der Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz vom 23. November 2011 konkretisiert, die u. a. die bisherige Heimmitwirkungsverordnung des Bundes ablöst. Danach bestimmt der Bewohnerbeirat mit bei Entscheidungen der Einrichtung in Angelegenheiten der Verpflegungsplanung, bei Veranstaltungen zur Freizeit- und Alltagsgestaltung, bei der Aufstellung und Änderung der Hausordnung und bei der Gestaltung der Gemeinschaftsräume. Bewohnerinnen und Bewohner haben damit einen stärkeren Einfluss auf zentrale Fragen, die den Lebensalltag und das Wohlbefinden in der Einrichtung ausmachen.

Mit der Qualifizierung und dem Einsatz von ehrenamtlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Mitwirkung in Einrichtungen ist ein landesweites Netzwerk geschaffen worden, das den Bewohnerbeiräten und Bewohnerfürsprecherinnen oder Bewohnerfürsprechern ortsnah und regelmäßig das nötige Wissen vermittelt, sie berät und ihnen Unterstützung bietet oder die Wahl einer Bewohnervertretung überhaupt initiiert. Die aktiven Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben sich als Interessenvertretung in einer „Landesarbeitsgemeinschaft Heimmitwirkung Schleswig-Holstein“ (www.lag-heimmitwirkung.de) zusammengeschlossen. Derzeit gehören der Landesarbeitsgemeinschaft rd. 150 Mitglieder an. Jährlich werden etwa 20 neue Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet. Die Tätigkeit der Landesarbeitsgemeinschaft und die Qualifizierung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden seit Jahren aus Landesmitteln gefördert. Schleswig-Holstein nimmt damit bundesweit eine Vorreiterrolle bei der Stärkung der Mitwirkung in Einrichtungen ein.

4.2 Strukturen weiterentwickeln

4.2.1 Pflegeinfrastrukturplanung als Teil der Sozialraumplanung

Angesichts des demografischen Wandels und insbesondere der damit verbundenen veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist es erforderlich, die Pflegebedarfsplanung weiter zu entwickeln zu einer wohnortorientierten, sozialräumlichen Planung, die sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen und den regionalen Gegebenheiten orientiert. Ältere Menschen wollen in ihrer Umgebung, ihrer Gemeinde, wohnen bleiben können. Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeangebote müssen den Menschen daher bedarfsgerecht und vor allem wohnortnah zur Verfügung stehen. Die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten (Angehörige, Ehrenamtliche, semiprofessionelle und professionelle Angebote) müssen vernetzt und verzahnt werden, damit individuelle, flexible und durchlässige Pflege- und Unterstützungsarrangements entstehen. Insbesondere die Angebote im ambulanten und teilstationären Bereich, wie die Tagespflege, müssen weiter ausgebaut werden.

Dies ist nur zu erreichen, wenn die Planung der Pflegeinfrastruktur vor Ort eingebunden wird in den großen Zusammenhang der Sozialraumplanung insgesamt. Nur so lässt sich auch der Wunsch nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit – also der Grundsatz ambulant vor stationär – verwirklichen.

Nach den Bestimmungen des Landespflegegesetzes ist die Bedarfsplanung eine eigenverantwortlich wahrzunehmende Pflichtaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Bei der Planung sind die Zielsetzungen und Leitvorstellungen des Landes zu berücksichtigen. Nach Auffassung der Landesregierung ist der Wandel von der Bedarfsplanung hin zu einer sozialräumlichen Pflegeinfrastrukturplanung ein notwendiger Prozess. Die Landesregierung begleitet diese Entwicklung kontinuierlich und steht dazu in einer Arbeitsgruppe in einem regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch mit den in den Kreisen und kreisfreien Städten für die Bedarfsplanung zuständigen Kolleginnen und Kollegen.

Der Deutsche Verein hat im Dezember 2010 „Empfehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur“ verabschiedet. Angesichts der demografischen Entwicklung sieht der Deutsche Verein es als Chance für die Kommunen, die koope-

rative Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur stärker als bisher auch als kommunale Verantwortung zu betrachten und aktiv wahrzunehmen. Damit dies gelingt, müssen alle an der Pflegeinfrastruktur beteiligten Akteure in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich tätig werden und intensiv zusammenarbeiten. Kommunale Handlungsmöglichkeiten sind:

- Planen – vorrangig durch Sozialplanung
- Entscheiden – über die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur
- Steuern – durch aktive Gestaltung einer sozialen Infrastruktur im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit
- Initiieren – von passgenauen Angeboten und Kooperationsstrukturen vor Ort
- Kooperieren – durch Vernetzung der Akteure und verbindliche Gestaltung von Kooperationen vor Ort

Für die Landesregierung waren die Empfehlungen des Deutschen Vereins Anlass, Impulse für eine Diskussion und zur Umsetzung von Pflegeinfrastrukturplanung zu geben und die politisch Verantwortlichen vor Ort einzubeziehen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit hat daher gemeinsam mit dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband Schleswig-Holstein am 7. November 2011 im Kreishaus in Bad Segeberg eine Fachtagung zur wohnortnahen Pflegeinfrastrukturplanung veranstaltet. Eingeladen waren insbesondere die auf Kreisebene verantwortlichen Sozialpolitiker, aber auch die Mitglieder des Sozialausschusses des Landtages. Auf der Fachtagung wurden auch Best-Practice-Beispiele aus Schleswig-Holstein für die Planung und Ausgestaltung einer zukunftsfähigen Pflegeinfrastruktur vorgestellt. Die Landesregierung wird im Dialog mit den Kreisen und kreisfreien Städten die Fachtagung auswerten und Entwicklungen vor Ort begleiten, vor allem, wenn sie beispielgebenden Charakter haben.

4.2.2 Kompetenzzentrum Demenz

Die Demenz ist durch den kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Erkrankten in den vergangenen Jahren zu einer der häufigsten Ursachen für Pflegebedürftigkeit geworden. Die meisten an Demenz Erkrankten leben zu Hause und werden von ihren Angehörigen gepflegt. Da Demenzerkrankungen bisher nicht geheilt werden können, ist vor allem eine passende Betreuungsform die wirksamste Möglichkeit, um die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu erhalten und zu verbessern.

Bei den 65 bis 69-Jährigen sind 2 % der Menschen betroffen, bei den 80 bis 84-Jährigen sind es 15 %. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl der Erkrankten in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Schon heute sind ca. 7 % der über 65-Jährigen betroffen. Mehr als eine Million Menschen in der Bundesrepublik leiden an einer Demenz. Schätzungen zufolge leben in Schleswig-Holstein heute rund 40.000 an Demenz erkrankte Menschen.

Mit der Errichtung des Kompetenzzentrums Demenz hat die Landesregierung zusammen mit den Pflegekassen die Koordinierungs- und Beratungsaufgaben im Bereich Demenz auf Landesebene gebündelt. Aufgaben des Kompetenzzentrums sind insbesondere:

- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige,

- Vernetzung der in Schleswig-Holstein am Thema Demenz beteiligten Akteure,
- Öffentlichkeitsarbeit und Schulungs- sowie Qualifizierungsmaßnahmen zum Bereich Demenz.

Das Kompetenzzentrum Demenz wird die Vernetzung der in Schleswig-Holstein beteiligten Akteure voranbringen und ausbauen. Neben den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen Wohlfahrtsverbände, niedergelassene Ärzte, Betreuer, Sozialarbeiter, ehrenamtliche Helfer und andere Akteure in den einzelnen Kommunen eingebunden und als Multiplikatoren aktiv werden. Nicht zuletzt sind aber auch die Betroffenen und ihre Angehörigen Teil des Netzwerkes. Damit wird dem zunehmend wichtigen Thema Demenz Rechnung getragen und eine flächendeckende Strukturentwicklung für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen unterstützt.

Das Kompetenzzentrum Demenz hat seine Arbeit am 1. Januar 2011 aufgenommen. Projektträger ist die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e.V. Die Landesregierung und die Pflegekassen fördern das Kompetenzzentrum als Modellprojekt für die Dauer von fünf Jahren. Das Kompetenzzentrum Demenz findet sich im Internet unter <http://www.demenz-sh.de>.

4.2.3 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Angebote, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Zielgruppen dieser niedrigschwelligen Angebote sind Menschen mit geistiger und psychischer Erkrankung, vor allem aber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung.

Seit Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes im Januar 2002 sind in Schleswig-Holstein über 180 anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entstanden; davon sind 140 Angebote für Menschen mit demenzbedingten Erkrankungen sowie ca. 40 familienentlastende Angebote für Menschen mit Behinderung.

Vorrangige Ziele der Betreuungsgruppen sind die Schaffung eines sinnvollen Betreuungsangebots sowie die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Zudem können die Angehörigen Erfahrungen sammeln, wie andere Menschen mit der Erkrankung umgehen und dadurch neue Umgangs- und Betreuungsformen kennen lernen. Auch den Menschen mit Demenz wird z.B. durch einen Wechsel der Umgebung oder der Betreuungsperson ermöglicht, neue oder oftmals verloren geglaubte Erfahrungen zu sammeln. Die Landesregierung und die Pflegekassen fördern gemeinsam 90 dieser Angebote. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Zunahme des Anteils demenziell erkrankter Menschen wird die Bedeutung solcher niedrigschwelligen und ehrenamtlich getragener Betreuungsangebote noch erheblich an Bedeutung gewinnen.

4.2.4 Alternative Wohnformen

Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag. Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung der eigenen Wohnung und des engeren Wohnumfeldes in dem Maße zu, wie der Bewegungsradius abnimmt. Dies zeigt sich darin, dass ältere Menschen durchschnittlich vier Fünftel des Tages in der eigenen Wohnung verbringen.

Das Wohnumfeld ist zukünftig dahingehend zu gestalten, dass ältere Menschen dort wohnen bleiben und am Alltagsleben teilhaben können. Bedingungen hierfür sind u.a.:

- barrierefreier oder barrierearmer Wohnraum mit Einbindung in das Gemeinwesen,
- niedrigschwellige Unterstützung durch professionelle Dienste und Ehrenamtliche,
- innovative und alternative Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf.

Ziel der Landesregierung ist es, die Angebote im Bereich von Pflege, Betreuung und Wohnen für Menschen mit Pflegebedarf qualitativ weiter zu entwickeln. Dazu gehört es insbesondere auch, die Entwicklung und Vernetzung von und die Beratung über Wohn-Pflege-Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen mit und ohne demenzieller Erkrankung zu unterstützen. An das Kompetenzzentrum Demenz ist eine Beratung für ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz angebunden. Darüber hinaus leistet sie Unterstützung und Hilfe bei der Wohnraumberatung und bei der Nutzung technischer Hilfsmittel zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit. Aktuell existieren in Schleswig-Holstein 36 ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften für 384 Menschen, davon sind 198 Menschen demenziell erkrankt. Auch im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung wird die Bedeutung von Wohngemeinschaften insbesondere für Menschen mit Demenz steigen.

4.2.5 Ambulante Hospizgruppen und Hospizinitiativen

Schwerkranke und sterbende Menschen in unserem Land sollen darauf vertrauen können, dass sie in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht allein gelassen werden, sie Pflege, Geborgenheit, Fürsorge und Zuwendung erhalten, ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden und sie ihr Leben in Frieden und Würde beschließen können.

Landesweit gibt es mehr als 40 ambulante Hospizgruppen und Hospizinitiativen, die mit fachlich kompetenten und überwiegend ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern individuelle und einfühlsame Begleitung in der letzten Lebensphase anbieten. Darüber hinaus gibt es im Land fünf ambulante Kinderhospizdienste. Ambulante Hospizarbeit soll dazu beitragen, dass Sterbenskranke möglichst bis zum Lebensende in der gewohnten und vertrauten Umgebung, ihrem Zuhause, bleiben können.

Die Hospizbewegung und der Hospizgedanke werden wesentlich von ehrenamtlichem Engagement getragen. In Schleswig-Holstein gibt es rund 1.000 dafür qualifizierte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit insgesamt über 50.000 Stunden jährlich tätig sind. Die Ehrenamtlichen kommen zu den sterbenskranken Menschen in die privaten Haushalte, sie unterstützen aber auch in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Sie helfen durch ihre Anwesenheit, ihr Zuhören und ihre Zeit für Gespräche und ihr „da sein“ für den schwerkranken Menschen. Sie über-

nehmen selbst keine medizinische und pflegerische Betreuung, sondern ergänzen diese durch ihre Begleitung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospizgruppen werden für ihre Tätigkeit intensiv vorbereitet, geschult und begleitet. Die Landesregierung fördert die Schulung und Begleitung der ambulanten Hospizarbeit, soweit die Voraussetzungen einer Finanzierung durch die Krankenkassen nicht erfüllt sind. Die unterschiedlichen ambulanten Versorgungsangebote werden ergänzt durch sechs stationäre Hospize in Rendsburg, Lübeck, Geesthacht, Elmshorn, Kiel und Niebüll.

4.3 Ansehen der Pflegeberufe stärken, Ausbildung sichern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterqualifizieren

4.3.1 Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe

Die Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, das Ansehen der Pflegeberufe zu verbessern, die Pflegeberufe attraktiver zu machen und für eine bürokratiearme Pflege auf hohem Niveau zu sorgen. Weniger Bürokratie bedeutet mehr Zeit für die Pflegebedürftigen.

Um einem Mangel an Fachkräften entgegenzutreten, muss das Ansehen der Pflegeberufe verbessert und darauf hingewirkt werden, dass die Rahmen- und Arbeitsbedingungen attraktiver gestaltet werden. Um ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu verhindern, sind neben der Schaffung entsprechender Organisationsstrukturen insbesondere Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit am Arbeitsplatz und zur Förderung der Arbeitszufriedenheit von entscheidender Bedeutung. Hier sind insbesondere die Leitungen von Einrichtungen und Diensten gefordert, die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu überprüfen, zu optimieren und damit zu einer stärkeren Bindung der Fachkräfte an den eigenen Betrieb - auch während beruflicher Auszeiten - sowie zur Senkung der Fluktuation beizutragen. Durch flexible Arbeitszeit- und verlässliche Dienstplangestaltung können z. B. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Wiedereinstieg deutlich verbessert werden.

Bund und Länder sind sich darin einig, dass die Pflegeausbildung zukunftsfähig weiterentwickelt werden muss. Unter aktiver Mitwirkung Schleswig-Holsteins haben sowohl die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) als auch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) Beschlüsse zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe gefasst, in denen insbesondere eine Zusammenführung der Pflegeausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) angestrebt werden. Die Bundesregierung hat diese GMK- und ASMK-Beschlüsse zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe aufgegriffen und eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Länder einrichtet. Noch im zweiten Quartal 2012 soll diese Arbeitsgruppe ein Eckpunktepapier als Grundlage für einen Gesetzesentwurf vorlegen.

Durch abgestimmte Aktionen aller Verantwortlichen muss dem drohenden Personal-mangel im Berufsfeld der Pflegekräfte entgegen gewirkt werden. Handlungsbedarf besteht vor allem in Bezug auf die Schaffung einer gemeinsamen Pflegeausbildung, bei der neben der Vereinheitlichung der Ausbildung vor allem auch im Hinblick auf die Finanzierung der Ausbildungskosten ein Gleichklang zwischen Kranken- und Al-

tenpflegebereich hergestellt werden muss. Bei der Zusammenführung der Ausbildungen wird die Schaffung einer einheitlichen Finanzierungsregelung eines der zentralen Themen darstellen. Hierbei wird zu klären sein, ob und in welcher Form eine Beteiligung der Kranken- und Pflegeversicherung zu erfolgen hat. Die sich bereits in der Gesundheits- und Krankenpflege bewährte Ausgleichsfondslösung bietet hierfür eine gute Ausgangsgrundlage. Handlungsbedarf besteht auch darin, Nachqualifizierungen als wichtigen Baustein zur Sicherung des Fachkräftebedarfes optimal zu nutzen und in diesem Bereich Modellprojekte zuzulassen. Darüber hinaus müssen die beruflichen Rahmenbedingungen in der Pflege verbessert werden, wozu insbesondere eine Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe, ein ausgewogener Geschlechtermix und eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gehört.

Pflegeberufe und insbesondere die Altenpflege verdienen mehr öffentliche Anerkennung. Dazu hat die Landesregierung zusammen mit der Bundesagentur für Arbeit und den Trägerverbänden Initiativen ergriffen. Im Jahr 2010 wurde im Landeshaus eine viel beachtete gemeinsame Veranstaltung unter dem Titel **„Pflege als Zukunftsbranche – dem Altenpflegenachwuchs auf der Spur“** durchgeführt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen die Ergebnisse von zwei wissenschaftlichen Untersuchungen, die wichtige Grundlagen für die Arbeit der Landesregierung bilden:

1. Unter der Thematik „Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf“ wurden die Ergebnisse einer Studie der Universität Bremen vorgestellt. Hierin wurden erstmals Zahlen zu Berufswünschen und –neigungen Jugendlicher in Norddeutschland (Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern) erhoben. Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Pflegeberufe zurzeit sowohl für Schüler als auch für deren Eltern ein eher schlechtes Ansehen haben. Zudem sind die Schüler insgesamt nur in geringem Maße über Pflegeberufe informiert. Ihre Kenntnisse entsprechen in weiten Teilen bekannten Klischees über Pflegeberufe.

Anders dagegen das Ergebnis der Befragung derjenigen, die bereits in Pflegeberufen tätig sind (Auszubildende): So würden 94,4 % der befragten Auszubildenden den Pflegeberuf wieder wählen. Viele von ihnen betonen dabei die Freude am Beruf; und das, obwohl sie nach einem Jahr Ausbildung auch die mit Pflegeberufen verbundenen Belastungen kennen.

2. Aus einer weiteren Studie wurden Ergebnisse über den Verbleib von Altenpflegefachkräften im Beruf präsentiert. Diese Untersuchungen der Universität Frankfurt haben gezeigt, dass die Verweildauer der Altenpflegefachkräfte im Beruf deutlich länger ist als die bislang bundesweit angenommenen vier Jahre. Anhand von Versicherungsverläufen wurde deutlich, dass die Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Durchschnitt bei über 19 Jahre liegen. Unterbrechungszeiten und Wiedereinstiege charakterisieren viele Berufsverläufe, wobei die Unterbrechungszeiten in der Regel nicht zum endgültigen Berufsausstieg führen. Durch mitarbeiterorientiertes Management in Einrichtungen können diese Unterbrechungszeiten, z.B. durch Veränderungen der Arbeitszeiten, der Organisationsstruktur sowie durch verstärkte Mitarbeiterbindung, verkürzt werden.

Als Konsequenz hieraus hat die Landesregierung gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit und den Trägerverbänden Ende 2010 eine **Woche der Pflege** unter dem

Titel „Zukunftsbranche Altenpflege“ mit unterschiedlichen öffentlichen Aktivitäten durchgeführt. In den Regionen wurden unter Federführung der Berufsinformationszentren eigenständig Veranstaltungen, Workshops, Aktivitäten und o. ä. geplant und durchgeführt, um über das Berufsfeld und den Berufsalltag der Altenpflege zu informieren. Die Altenpflegeschulen sowie die ambulanten und stationären Einrichtungen haben die unterschiedlichen Aktionen vor Ort aktiv mitgestaltet und unterstützt.

Zur Erarbeitung zukünftiger Strategien zur Fachkraftsicherung in der Altenpflege wurde im November 2011 ein „**Runder Tisch - Fachkräfte für die Pflege alter Menschen**“ durchgeführt mit den Themenfeldern:

- Zugangswege erweitern – Fachkräfte neu bestimmen
- Kompetenzen anerkennen – Wege in den Pflegeberuf neu gestalten, Arbeitsbedingungen verbessern und
- Reform der Altenpflegeausbildung begleiten

Der „Runde Tisch“ hat sich auf ein Konsenspapier verständigt, das dem Vorstand des Landespflegeausschuss zur weiteren Beratung zugeleitet wurde (siehe Anlage).

Die Landesregierung hat zum Ansehen der Pflegeberufe eine klare Position:

- Die Pflegekräfte verdienen eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung ihrer beruflichen Leistung.
- Die Einstiegs- und Aufstiegsmöglichkeiten müssen verbessert werden.
- Die Arbeitsbedingungen müssen dahingehend verbessert werden, dass Pflegekräfte im Beruf verbleiben, bei Berufsunterbrechungen Kontakt zu ihrem Arbeitsplatz behalten und zeitnah wieder einsteigen.
- Die Zahlung einer leistungsgerechten Vergütung an die Pflegekräfte ist entscheidend für die Attraktivität des Berufs und trägt damit zur Fachkräftesicherung bei.
- Mit der Zusammenführung der Pflegeberufe muss die Finanzierung der Ausbildung vereinheitlicht werden. Dies trägt zur Professionalisierung der Pflege bei.

4.3.2 Ausbildungssituation in den Pflegeberufen

4.3.2.1 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen kann in jeder Hinsicht als stabil bezeichnet werden. Der Konzentrationsprozess bei den Schulen setzt sich durch eine weitere Fusion fort, so dass 2011 an nunmehr 19 schleswig-holsteinischen Krankenpflegeschulen ca. 2.250 Schülerinnen und Schüler ausgebildet wurden, davon ca. 100 im Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Zusätzlich werden 55 Ausbildungsplätze in zwei schleswig-holsteinischen Krankenhäusern finanziert, deren Schülerinnen und Schüler in Hamburg zur Schule gehen. Die Umlagefinanzierung aus den Krankenhausbudgets ist gesichert und hat sich bewährt.

Die Gestaltungsspielräume des geltenden Krankenpflegegesetzes werden kreativ für eine Modellausbildung genutzt, die im Herbst 2011 im Pflegebildungszentrum des Universitätsklinikums SH begonnen hat. Leitmotiv ist dabei die Schwerpunktsetzung. Es werden die fakultativen Anteile der theoretischen und der praktischen Ausbildung

nicht – wie üblich – auf verschiedene Fächer oder Bereiche verteilt, sondern auf einen Schwerpunkt konzentriert. Die Auszubildenden können bei Beginn zwischen Kinderkrankenpflege und Krankenpflege wählen und legen am Ende in einem der beiden Bereiche ihre Prüfung ab. Innerhalb der Krankenpflegeausbildung entscheiden sich die Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr nochmals zwischen den beiden Schwerpunkten „Intermediate Care“ und „Onkologische Pflege“. Die Einführung eines weiteren Schwerpunktes „Geriatric“ ist geplant. Die Vorteile dieses Modells liegen darin, dass den Auszubildenden interessengeleitete Spezialisierungen zur Verfügung stehen, die so die Attraktivität der Ausbildung steigern. Den Krankenhäusern eröffnen sich Möglichkeiten, interessierte und bereits spezialisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für spezielle Versorgungsschwerpunkte zu gewinnen. Die Schwerpunktbildung „Geriatric“ trägt dem wachsenden Anteil alter und hochaltriger Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern Rechnung, ein denkbarer Schwerpunkt „Pädiatrie“ könnte mittelfristig die eigenständige Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ersetzen.

Weitere Krankenpflegeschulen bereiten die Einführung von Krankenpflegeausbildungen mit Schwerpunktbildung vor. Die Vorzüge dieser Modellversuche liegen darin, dass sie auf der bestehenden Rechtsgrundlage und ohne zusätzliche Kosten durchgeführt werden können. Die Krankenpflegeausbildung wird dadurch für Auszubildende und Träger attraktiver. Zugleich besteht die berechtigte Hoffnung, dass den zahlreichen geriatrischen oder onkologischen Patientinnen und Patienten Pflegekräfte zur Verfügung stehen, die bereits aus der Ausbildung ein gewisses Maß an Spezialisierung mitbringen und dadurch besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen können.

Im Bereich der Aufstiegsfortbildungen, die auf der Grundlage des schleswig-holsteinischen Gesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen geregelt sind, wurden in den vergangenen Jahren grundlegende Neuerungen vorgenommen. Insbesondere wurden die Fachweiterbildungen für Psychiatrische Pflege und für Rehabilitative Pflege, die für Angehörige aller drei Pflegeausbildungen offen stehen, modularisiert und dadurch auch gestrafft. Auch hier wird dem Prinzip gefolgt, dass nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Weiterbildung alle Facetten etwa der psychiatrischen Fachpflege erlernen und beherrschen müssen. Nach einer Basisqualifizierung kann daher die Weiterbildung auf einen speziellen Bereich der Psychiatrie konzentriert zu Ende geführt werden, etwa Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Forensik. Weiterbildung wird für Pflegekräfte und ihre Arbeitgeber kürzer, effizienter und attraktiver. Da diese staatlich anerkannten Weiterbildungsabschlüsse den Angehörigen der Pflegeberufe die fehlende Hochschulzugangsberechtigung ersetzen können, verbessern sich durch die Modularisierung die Aufstiegsmöglichkeiten deutlich. Auch hierin ist ein Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildungen zu sehen.

4.3.2.2 Altenpflege und Altenpflegehilfe

In Schleswig-Holstein gibt es gegenwärtig insgesamt 20 Altenpflegeschulen in unterschiedlicher Trägerschaft mit über 2.200 genehmigten Schulplätzen, an denen der theoretische Unterricht der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung durchgeführt wird. In den vergangenen Jahren sind in Schleswig-Holstein enorme Anstrengungen

unternommen worden, die Altenpflegeausbildung auf eine stabile Basis zu stellen. Trotz der angespannten Haushaltslage wurden mit der Verabschiedung des Haushalts für 2011/12 im Dezember 2010 die Voraussetzungen zur landesseitigen Förderung von 30 weiteren Ausbildungsplätzen in der Altenpflege geschaffen. Damit hat sich ab 2011 die Zahl der landesseitig geförderten Schulplätze auf insgesamt 1.200 Plätze erhöht, wofür im Landeshaushalt jährlich rund 4,2 Millionen € bereitgestellt werden.

Das Land fördert die Altenpflegeausbildung mit bis zu 290 Euro je schulischem Ausbildungsplatz und Monat. Die Förderhöhe entspricht den Empfehlungen des Landesrechnungshofes. Die landesgeförderten Plätze werden in einem Quotierungsverfahren nach bilateralen Gesprächen mit allen Schulträgern verteilt.

Mit 2.022 Auszubildenden in der Altenpflege wurde in Schleswig-Holstein im Jahr 2011 ein neuer Höchststand erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr (1.869 Auszubildende) beträgt die Steigerungsrate rund 8,5%. Gegenüber dem Jahr 2007 beträgt die Steigerung sogar 57%.

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege, der Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Landesförderung für den Zeitraum 2007 bis 2011:

Jahr	Auszubildende in der Altenpflege u. Altenpflegehilfe (insgesamt)	SGB III, sonstige Kostenträger, Selbstzahler	Landesgeförderte Plätze	Zuschüsse Land in T€
2007	1.284	214	1.070	3.724,0
2008	1.349	279	1.070	3.724,0
2009	1.664	494	1.170	4.066,7
2010	1.869	699	1.170	4.071,6
2011	2.022	822	1.200	4.176,0

Im Jahre 2005 hatte sich die BA weitestgehend aus der Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen zurückgezogen. Wurden durch die BA im Jahr 2004 noch 345 neue Umschulungsmaßnahmen bewilligt, lag deren Zahl im Jahr 2006 nur noch bei 73 Bewilligungen.

Mit dem 2009 in Kraft getretenen Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket II) wurden die Bedingungen für Umschülerinnen/Umschüler im Bereich der Alten- und Krankenpflege dahingehend verbessert, dass die BA für die Jahre 2009 und 2010 bei neu geförderten Umschulungen wieder deren vollständige Finanzierung für alle drei Ausbildungsjahre übernommen hat. Im Gesetzgebungsverfahren des Gesetzes zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt hat die Schleswig-Holsteinische Landesregierung einen Antrag ins Verfahren gegeben mit dem Ziel, die Förderung des gesamten Ausbildungszeitraums von drei Jahren in der Altenpflege fortzuführen, um dem hohen Fachkräftemangel Rechnung zu tragen. In seiner Sitzung am 8. Juli 2011 ist der Bundesrat dem Schleswig-Holsteinischen Ansinnen gefolgt (BR-Drs. 313-11(B), dort Ziffer 25). Dieser Beschluss des Bundesrates, für berufliche Weiterbildungsmaßnahmen nach dem SGB III im Bereich der Alten- und Krankenpflege wieder die vollständige Finanzierung für alle drei Ausbildungsjahre zu ermöglichen, hat im weiteren Gesetzgebungs-

verfahren keine Berücksichtigung gefunden. Mit der von Schleswig-Holstein im Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzesänderung hätte vor dem Hintergrund des enormen Fachkräftebedarfs in der Pflege ein wichtiger und richtiger arbeitsmarktpolitischer Schritt zur Nachwuchsgewinnung eingeschlagen werden können. Die Landesregierung wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, gerade den für die Altenpflegeausbildung bedeutsamen Bereich der Förderung von dreijährigen Umschulungen durch die BA zu ermöglichen.

Tabelle 3: Entwicklung der BA-Förderungen von Eintritten in Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung mit Abschluss zur Altenpflegerin/ zum Altenpfleger in Schleswig-Holstein ab 2007

Jahr	Eintritte in Weiterbildungsmaßnahmen	davon Förderung nach	
		SGB II	SGB III
2007	121	39	82
2008	24	6	18
2009	152	47	105
2010	166	36	130
2011	109	28	81

4.3.2.3 Fachkräfte für Pflegeassistenz

An den 16 Berufsfachschulen für Sozialwesen haben in den Jahren von 2008/09 bis 2010/2011 insgesamt über 1.500 Schülerinnen und Schüler die Ausbildung zur Fachkraft für Pflegeassistenz begonnen. Da die Berufsfachschule dreijährig ist, wurden seit 2008 durchschnittlich 500 Schülerinnen und Schüler pro Jahr aufgenommen. Im Schuljahr 2010/2011 sind erstmalig 575 Schülerinnen und Schüler an den Berufsfachschulen Sozialwesen aufgenommen worden. Die erhöhte Aufnahmezahl im Schuljahr 2010/2011 ist durch die zusätzlichen Standorte von Berufsfachschulklassen in Bad Oldesloe, Itzehoe sowie einer weiteren Fachklasse am Standort Neumünster bedingt.

Aufgeschlüsselt nach Kreisen und Schulen stellt sich die Ausbildungssituation derzeit wie folgt dar:

Tabelle 4: Übersicht über Standorte und Anzahl der Schüler/-innen in der 1. Klassenstufe der öffentlichen Berufsfachschule III Sozialwesen in den Schuljahren 2008/2009 bis 2010/2011:

Kreis/ kreisfreie Stadt	Schulname	Ort	Schuljahre		
			2008/09	2009/10	2010/2011
Flensburg	Hannah-Arendt-Schule	Flensburg	28	26	22
Kiel	RBZ 1 der Stadt Kiel	Kiel	108	118	103
Lübeck	Dorothea-Schlözer-Schule	Lübeck	56	58	57
Neumünster	Elly-Heuss-Knapp-Schule	Neumünster	25	24	51
Dithmarschen	BBZ Dithmarschen	Meldorf	27	27	31
Hzgt. Lauenburg	BBZ des Kreises Hzgt. Lauenburg	Mölln	23	24	31
Nordfriesland	Berufliche Schule	Husum	27	25	25
Nordfriesland	Berufliche Schule	Niebüll	21	24	30
Ostholstein	Berufliche Schule	Eutin	28	30	30
Plön	BBZ des Kreises Plön	Plön	28	24	25
Rendsburg-Eckernförde	BBZ des Kreises Rendsburg-Eckernförde	Eckernförde	19	23	19
Schleswig-Flensburg	BBZ des Kreises Schleswig-Flensburg	Schleswig	52	44	54
Segeberg	RBZ des Kreises Segeberg	Bad Segeberg	28	24	23
Segeberg	RBZ des Kreises Segeberg	Norderstedt	29	26	27
Steinburg	RBZ des Kreises Steinburg	Itzehoe			26
Stormarn	Berufliche Schule	Bad Oldesloe			21
	Summe		499 (403)	497 (402)	575 (462)

Quelle: Statistikamt Nord (Anzahl der Schülerinnen in Klammern)

Die Klassenfrequenz ist derzeit mit 24 Schülerinnen und Schüler pro Klasse im Planstellenbemessungsverfahren angegeben. In Kiel, Lübeck, Schleswig und Neumünster ist die Bewerberlage so, dass mehr als eine Klasse aufgrund der Bewerberlage eingerichtet werden konnte. Seit 2011/2012 ist an den Beruflichen Schulen des Kreises Pinneberg in Elmshorn ein weiterer Standort hinzugekommen, so dass derzeit insgesamt an 17 Standorten Fachkräfte für Pflegeassistenten ausgebildet werden. Zur Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber pro Schulplatz gibt es keine Statistik.

Die Ausbildung wird gemäß der Landesverordnung über die Berufsfachschule (Berufsfachschulverordnung - BFSVO) vom 22. Juni 2007 durchgeführt. Aufnahmevoraussetzung ist nach der Landesverordnung für die Berufsfachschule für die Fachrichtung Sozialwesen der Hauptschulabschluss. Die Berufsfachschule Sozialwesen ist ein dreijähriger Ausbildungsgang, in dem die Schülerinnen und Schüler den Beruf „Fachkraft für Pflegeassistenten“ erlernen. Dieser Abschluss beinhaltet den in allen Ländern in der Bundesrepublik Deutschland anerkannten Realschulabschluss, wenn im Abschlusszeugnis ein Gesamtnotendurchschnitt von mindestens 3,0 erreicht worden ist und wenn ausreichende Fremdsprachenkenntnisse entsprechend einem mindestens fünfjährigen Fremdsprachen-Unterricht nachgewiesen werden. In einem Schulversuch in Neumünster wird derzeit eine zweijährige Berufsfachschule für Sozialwesen erprobt, die aufbauend auf dem Realschulabschluss den angehenden Fachkräften für Pflegeassistenten die Fachhochschulreife vermittelt, so dass im Anschluss ein pflegewissenschaftliches Studium aufgenommen werden kann.

In den drei Ausbildungsjahren (Unter-, Mittel- und Oberstufe) sind insgesamt 40 Praxiswochen in den Arbeitsbereichen Sozialpflege und Hauswirtschaft abzuleisten. Die Anrechenbarkeit dieser Ausbildung auf die Ausbildungsdauer in den Pflegeberufen

ist bisher nicht zwingend vorgegeben. Die Ausbildung richtet sich an Hauptschülerinnen und -schüler, die Interesse am Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und praktischer Tätigkeit haben. Die Fachkraft für Pflegeassistenz wird in der Betreuung von kranken und hilfsbedürftigen Einzelpersonen tätig. Je nach Art der Situation versorgt sie die betroffenen Personen (kranke, ältere und behinderte Menschen) in pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hinsicht. Die Versorgung erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften. Ihrem Auftrag entsprechend soll die Fachkraft für Pflegeassistenz bei der Erkennung und Verhütung von Krankheiten mitwirken. Sie soll durch ihre Ausbildung befähigt werden, in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflege-, Alten-, Behinderteneinrichtungen und Krankenhäusern), ambulanten Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen die anfallenden Aufgaben pflegerischer und hauswirtschaftlicher Grundversorgung zu übernehmen. Der stetig steigende Bedarf an Pflegepersonal eröffnet vielfältige Berufsperspektiven für die hier ausgebildeten Fachkräfte.

Der Schulbesuch der Berufsfachschule Sozialwesen ist schulgeldfrei. Unter bestimmten Voraussetzungen kann Beihilfe nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) beantragt werden. Anträge sind an das zuständige Amt für Ausbildungsförderung zu richten.

4.3.2.4 Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird es vollstationären Einrichtungen ermöglicht, zusätzliche sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einzustellen. Die Aufwendungen dafür werden über Vergütungszuschläge der Pflegekassen finanziert. Die Neuregelung zielt darauf ab, die Situation demenziell erkrankter Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch zusätzliche Betreuungsangebote zu verbessern. Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es u. a., Betroffene in enger Kooperation mit den Pflegekräften bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln zu begleiten und zu unterstützen.

In einer aktuellen Erhebung (Dez. 2011) des IGES-Instituts, Berlin, im Auftrag des GKV Spitzenverbandes wird festgestellt, dass nicht nur Pflegebedürftige sondern auch die Pflegekräfte von dem Einsatz von Betreuungskräften profitieren. Die Zusammenarbeit zwischen den Betreuungskräften und dem Pflegepersonal wird von beiden Seiten laut IGES-Studie als bereichernd empfunden. 96 % der befragten Wohnbereichsleitungen sehen in den Betreuungskräften eine große Unterstützung und Entlastung im Alltag der Einrichtung. Ebenso viele geben an, dass sich durch die zusätzlichen Betreuungskräfte die Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt verbessert habe. Pflegebedürftige seien zufriedener und aktiver als früher.

Die „typische Betreuungskraft“ ist laut dieser Studie weiblich, über 45 Jahre alt, hat praktische Erfahrung z. B. durch die Pflege von Angehörigen und verfügt über viel Lebenserfahrung. Für viele Helferinnen und Helfer bietet sich hier außerdem die Chance, wieder in einen Beruf einzusteigen bzw. beruflich umzusatteln. Laut Studie waren 39 % vorher arbeitslos und 17 % geringfügig beschäftigt.

In Schleswig-Holstein wurden 2009 laut Pflegestatistik 680 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen als zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI eingesetzt.

4.3.3 Fortschreibung der Bedarfsentwicklung in der Altenpflege

Die Landesregierung beobachtet die Fachkräftesituation in der Altenpflege sehr genau. Mit dem Landespflegeausschuss hat sie sich auf ein Verfahren (regelmäßiges Monitoring) zur Einschätzung des zukünftigen Fachkräftebedarfs in der Altenpflege unter Berücksichtigung des demografischen Wandels verständigt. Nach der aktuellen Bedarfserschätzung (Stand: April 2011) wird bis zum Jahr 2020 die Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege um rund 11.000 Arbeitskräfte ansteigen, wovon innerhalb der Gruppe der Pflegefachkräfte rund 2.100 Altenpflegefachkräfte sind. Ab dem Jahr 2013 entsteht jährlich ein durchschnittlicher Bedarf von ca. 490 Altenpflegefachkräften. Diesem Bedarf stehen nach derzeitiger Erkenntnis bis 2015 rechnerisch jährlich Absolventen der Altenpflegeausbildung in entsprechender Größenordnung gegenüber. Danach wird der Bedarf jährlich stetig bis zum Jahr 2025 auf dann ca. 600 Altenpflegefachkräfte pro Jahr ansteigen.

4.3.4 Durchführungsverordnung Altenpflegehilfe

Damit in Zukunft der Bedarf an qualifizierten Beschäftigten gedeckt werden kann, ist es notwendig, auch die Ausbildung in der Altenpflegehilfe weiterzuentwickeln. Die Durchführung des Pflegeprozesses und insbesondere die pflegerische Begleitung Demenzkranker erfordern ein hohes Maß an Fachkompetenz und Verantwortung gerade auch von Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern. Daneben soll den Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern, die mit dem Hauptschulabschluss in die Ausbildung eingestiegen sind, dadurch auch die Chance der Weiterqualifikation zur Pflegefachkraft ermöglicht werden. Eine Verordnung zur Neuregelung der Altenpflegehilfeausbildung befindet sich gegenwärtig in der Abstimmungsphase und soll bis zum zweiten Quartal 2012 erlassen werden. Wichtigste Regelungsinhalte werden die Verkürzung der Ausbildungsdauer von 1,5 auf 1 Jahr, eine Veränderung bei den Zugangsvoraussetzungen durch den Verzicht eines sechsmonatigen Praktikums vor Ausbildungsbeginn und die Einführung einer Externenprüfung sein.

4.4 Dokumentation in der Pflege vereinfachen

4.4.1 Dokumentation als notwendiger Bestandteil pflegerischer Versorgung

Die Notwendigkeit und der Wert einer pflegefachlich geplanten, dokumentierten und evaluierten Pflege für die Qualität einer individuellen pflegerischen Versorgung sind seit Jahren anerkannt und werden kaum noch in Frage gestellt. Genauso wird seit Jahren gerade für die Dokumentation eine Entbürokratisierung gefordert. Gemeint ist damit vor allem die Befreiung der Pflegedokumentation von unnötigen Formularen, von zu vielen Einzelnachweisen und für einzelne Pflegesituationen unnötigen Dokumentationsanforderungen. Pflegefach- und Leitungskräfte klagen u. a. über zu weit reichende Dokumentationsforderungen von MDK und den für die Aufsicht der Ein-

richtungen zuständigen Behörden in den Ländern. Gleichzeitig haben die Einrichtungen den Wunsch, diesen Anforderungen der Prüfinstanzen zu entsprechen, auch wenn sich diese nicht mit der eigenen pflegfachlichen Einschätzung decken (BMFSFJ: Pflegedokumentation stationär 2007, S. 2).

Die in diesem Zusammenhang häufig gestellte öffentliche Forderung nach einer einheitlichen Musterdokumentation kann aufgrund der bestehenden unterschiedlichen pflegetheoretischen Ansätze nicht realisiert werden (MDS Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation, 2005, S. 8). Dennoch gibt es allgemeine Anforderungen an die Pflegeprozessgestaltung. Zur Optimierung der Pflegeplanung und -dokumentation gehören die einheitliche und konsequente Umsetzung der Empfehlungen für eine bürokratiearme Dokumentation und transparente sowie vergleichbare Anforderungen der Prüfinstanzen.

Aus Sicht der Landesregierung muss es gemeinsames Ziel aller Beteiligten sein, möglichst wenig Zeit für die Pflegeplanung und -dokumentation zu verwenden, damit die daraus gewonnenen Freiräume direkt den pflegebedürftigen Menschen zugutekommen können. Hierbei dürfen aber keine Abstriche an den für die Pflegesituation notwendigen Umfang und die Qualität der Dokumentationen gemacht werden.

4.4.2 Entbürokratisierung durch Verbesserung der Rahmenbedingungen

4.4.2.1 Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz

Das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz ermächtigt das zuständige Ministerium, das Nähere zur Durchführung des Gesetzes in stationären Einrichtungen durch Verordnung zu regeln (§ 26). Die Verordnungsermächtigung erstreckt sich auf die baulichen Anforderungen, die persönlichen und fachlichen Anforderungen an die Leitung und die Beschäftigten, die Mitwirkung und Mitbestimmung, die Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten sowie die Pflichten des Trägers bei der Annahme von Sicherungsleistungen. Die Durchführungsverordnung ist am 23. Dezember 2011 in Kraft getreten.

Die bisherigen vier Verordnungen nach dem Heimgesetz (Heimpersonalverordnung, Heimmindestbauverordnung, Heimmitwirkungsverordnung, Heimsicherungsverordnung) sind in einer Verordnung zusammengefasst. Die Zahl der Einzelschriften wurde um rund die Hälfte reduziert. Dies trägt wesentlich zur Entbürokratisierung und besseren Übersichtlichkeit der für stationäre Einrichtungen geltenden Regelungen bei. In der Praxis bewährte Bestimmungen der bisherigen Verordnungen des Bundes wurden im Wesentlichen unverändert übernommen, teilweise auch in vereinfachter Form. Das erleichtert die Umsetzung der Verordnung für alle Beteiligten.

Für den personellen Bereich wird erstmals die Leitung mehrerer Einrichtungen geregelt, da dieses Thema in der Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Besetzung von Stellen für Leitungskräfte wird ebenfalls erleichtert. Eine hauptberufliche Tätigkeit von einem Jahr, in der die weiteren für die Leitung der Einrichtung erforderlichen Kenntnisse erworben werden, ist nunmehr ausreichend (vorher waren es zwei Jahre). Im Hinblick auf die besonderen Anforderungen an Leitungskräfte ist zukünftig aber eine einschlägige Weiterbildungsmaßnahme von mindestens 480 Stunden vor-

gesehen. Bei den Voraussetzungen für die Pflegedienstleitung wird eine Harmonisierung mit dem SGB XI für die verantwortliche Pflegefachkraft vorgenommen (gleiche Funktionsbezeichnungen und gleiche Voraussetzungen für die fachliche Eignung). Die bisherigen Regelungen zur Fachkraftquote, wonach der Anteil an Fachkräften 50 % betragen muss, und zu möglichen Ausnahmen sind unverändert geblieben. Neu aufgenommen wurde die bisher im Erlasswege geregelte Berücksichtigung einzelner Berufsgruppen als Fachkräfte, wobei der Katalog erweitert wird und die bisherige Trennung in die Bereiche Betreuung, Pflege und Therapie entfällt. Das erleichtert die Rechtsanwendung und trägt der Intention des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes und den heute veränderten Konzeptionen vieler stationärer Einrichtungen Rechnung.

Im baulichen Bereich sind Mindestanforderungen für neue Einrichtungen oder grundlegende Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen festgelegt, die sich an den aktuellen Standards im Land orientieren. Für bestehende Einrichtungen ist die Heimmindestbauverordnung weiter anzuwenden. Auf die bisherigen detaillierten und umfangreichen Sonderregelungsbereiche für einzelne Einrichtungsarten wird verzichtet, ohne jedoch die besonderen Belange von Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung außer Acht zu lassen. Der Regelungsbereich für die baulichen Mindestanforderungen umfasst anstelle der bisherigen 35 nur noch 7 Paragraphen. Das trägt wesentlich zur Entbürokratisierung bei.

Die Regelungen zu den Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsfristen und den Pflichten des Trägers bei der Annahme von Leistungen wurden neben sprachlichen Anpassungen und Vereinfachungen ohne wesentliche inhaltliche Änderungen aus dem bisherigen Bundesrecht übernommen.

Im Bereich der Mitwirkung und Mitbestimmung wurden die Bestimmungen über die Bewohnervertretung im Vergleich zu den bisherigen Regelungen in der Heimmitwirkungsverordnung reduziert und vereinfacht. Vor allem aber wurden sie an die neuen Herausforderungen angepasst, um die Selbstbestimmung und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken (vgl. 4.1.4).

4.4.2.2 Prüfrichtlinie nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz

Nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz soll mit der zu erlassenen Prüfrichtlinie eine möglichst einheitliche Durchführung der Regelprüfungen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden sichergestellt werden (§ 20 Abs. 9). Durch die einheitliche Durchführung der Prüfungen auf der Grundlage eines klaren Fragenkatalogs trägt die Prüfrichtlinie dazu bei, die bürokratischen Anforderungen an die Einrichtungen insgesamt klarer zu definieren. Damit wird der Aufwand, der in Einrichtungen aufgrund von Unklarheiten, Fehlannahmen oder Missverständnissen betrieben wird, zukünftig deutlich reduziert. Darüber hinaus werden die zuständigen Aufsichtsbehörden durch die im Gesetz vorgesehene Schwerpunktsetzung entlastet. Künftig soll sich die Prüfung auf die Struktur- und Prozessqualität in den Einrichtungen beziehen. Gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind anzustreben, wobei der MDK entsprechend dem SGB XI schwerpunktmäßig die Ergebnisqualität prüft. Die jeweilige Aufsichtsbehörde entscheidet nach eigenem Ermessen bzw. in Absprache mit dem MDK, ob sie bei einer Regelprüfung auch die Ergebnisqualität überprüft. In diesen Fällen findet aus fachlichen

Gesichtspunkten und aufgrund der Vereinheitlichung der Prüfkatalog des MDK Anwendung.

Zur besseren Trennung zwischen allgemeinen Ratschlägen und Hinweisen bzw. persönlichen Meinungen von verbindlichen Anforderungen, haben Beratungsinhalte im Rahmen der Überprüfung ohne schriftliche Fixierung keinen bindenden Charakter für die Einrichtungen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen zum Bürokratieabbau soll die Einführung der Prüfrichtlinie durch eine Studie begleitet werden. Ziel der Studie wird die Untersuchung der Prüfrichtlinie hinsichtlich ihrer Fachlichkeit, Klarheit und Arbeitsteilung sein. Die Studie soll in der ersten Hälfte des Jahres 2012 beginnen.

Bei der Reform der Pflegeversicherung wird sich die Landesregierung für eine echte arbeitsteilige Vorgehensweise bei gemeinsamen Prüfungen durch MDK und Aufsichtsbehörden einsetzen.

5. Ausblick

Der demografische Wandel gehört zu den Entwicklungen, die heute und in Zukunft unser Land prägen. Für die Pflegebranche, die Beschäftigten in der Pflege und den Arbeitsmarkt sowie für Politik und Gesellschaft ist dies Herausforderung und Chance zugleich. Damit die Pflege auch in Zukunft ihrer besonderen Verantwortung gerecht werden kann, bedarf es unter Vorbehalt der durch den Haushaltsgesetzgeber zur Verfügung gestellten Mittel innovativer Weiterentwicklungen. Daher gilt es, die vorhandenen Potenziale zu nutzen; mit einer modernen Pflegebildungslandschaft, einem dynamischen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt Pflege, durch mitarbeiterorientierte Pflegeunternehmen und eine höhere gesellschaftliche Wertschätzung des Berufsfeldes.

Oberstes Ziel der Landesregierung ist der Erhalt einer weitestgehend selbständigen, selbstbestimmten und teilhabeorientierten Lebensführung älterer pflegebedürftiger Menschen. Die meisten älteren Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer eigenen Umgebung bleiben. Diese Lebensvorstellung wird von der Landesregierung mit aller Kraft unterstützt. Ein weiteres Anliegen ist die Weiterentwicklung von stationären Einrichtungen hin zu mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Alltagsleben und mehr Mitwirkung und Mitbestimmung für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Schleswig-Holstein verfügt bereits heute über ein gut ausgebautes und qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot in allen Bereichen. In der häuslichen, teilstationären und stationären Pflege können Betroffene unter verschiedenen Angeboten das aussuchen, das ihrer persönlichen Situation und ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht. Ein politischer Schwerpunkt ist in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung der Informations- und Beratungsstruktur in Schleswig-Holstein. Zur Stärkung der Autonomie der Betroffenen gehört vor allem eine adressatengerechte Information. Hier hat die Landesregierung mit dem Pflegeportal einen vielversprechenden Weg eingeschlagen. Das Portal wird weiterentwickelt und muss durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit noch bekannter gemacht werden. Mit den Pflegestützpunkten ist eine regionale Beratungsstruktur aufgebaut worden, die Betroffene und Angehörige bei der Entscheidung für eine individuell angemessene Unterstützung und Pflege berät und

begleitet. Ziel der Landesregierung ist es, einen Pflegestützpunkt in jedem Kreis, jeder kreisfreien Stadt zu etablieren.

Impulse für die pflegerische Versorgungsstruktur im Sinne der Entwicklung passgenauer Angebote für pflegebedürftige Menschen und zur Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen werden auch von der anstehenden Reform der Pflegeversicherung ausgehen. Die Landesregierung erwartet von der Gesetzesreform konkrete Maßnahmen, die den Vorrang der häuslichen Pflege vor stationärer Pflege in Schleswig-Holstein wirksamer als bisher unterstützen. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei die künftige Ausgestaltung des Leistungsrechts. Um auf die Vielfalt der unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe eingehen zu können, müssen die Leistungen in der häuslichen Pflege weiter flexibilisiert und passgenauer ausgestaltet werden. Das betrifft insbesondere die Verbesserung der Versorgung demenziell Erkrankter. Beratung und Anleitung müssen ebenfalls verbessert und Fehlanreize für die stationäre Pflege durch Angleichung der Leistungsbeträge für ambulante und stationäre Pflegesachleistungen vermieden werden. Notwendig ist ein Gesamtkonzept, das Pflege als gesellschaftliche Aufgabe gestaltet und die Zusammenarbeit der Akteure mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen in sozialräumlichen Hilfesystemen im städtischen und im ländlichen Raum unter Einbeziehung von ehrenamtlichem Engagement bündelt.

Vor dem Hintergrund des in den kommenden Jahren sinkenden Anteils junger Menschen, die in die Ausbildung und auf den Arbeitsmarkt strömen, ist es notwendig, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, die Zugangsvoraussetzungen zu erweitern und durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen den Verbleib im Pflegeberuf zu erleichtern. Dabei wird künftig stärker über einen Berufe-, Geschlechter-, Herkunfts- und Kompetenzenmix unter Einbeziehung ehrenamtlichen Engagements zu achten sein. Auf der Grundlage des Konsenspapiers als Ergebnis des „Runden Tisches - Fachkräfte für die Pflege alter Menschen“ werden Landesregierung und Vorstand des Landespflegeausschusses über weitere gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Fachkräftesituation beraten. Eine wirksame Verbesserung kann nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten gelingen.

Die Landesregierung will eine Entbürokratisierung insbesondere der Pflegedokumentation, damit Pflegekräfte mehr Zeit für die direkte Pflege haben. Dieses Anliegen wird im Rahmen der Einführung der Prüfrichtlinie nach § 20 Abs. 9 SbStG aufgegriffen. Die Einführung der Prüfrichtlinie wird mit einer Studie begleitet, in der die Frage nach möglicher Vereinheitlichung und Vereinfachung der Dokumentation einen eigenständigen Part erhalten wird.

Die Landesregierung wird darauf dringen, dass der Bund zügig seine Eckpunkte zur Zusammenführung der Pflegeberufe mit einer gemeinsamen Finanzierungsgrundlage für alle Pflegeberufe vorlegt. Das Land hat in dieser Legislaturperiode die Schulplätze um 30 erhöht und fördert derzeit 1.200 schulische Ausbildungsplätze mit jährlich 4,2 Mio. Euro. Auch zukünftig wird die Landesregierung der Finanzierung von Ausbildungsplätzen in der Pflege und der Qualität der Ausbildung eine hohe Priorität einräumen.

Mit dem am 20. Januar 2012 vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) werden aus Sicht der Landesregierung auch auf Bundesebene die richtigen Weichenstellungen

vorgenommen. Insbesondere soll den Bedürfnissen der Demenzkranken besser entsprochen werden. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" soll weiter gestärkt werden. Pflegende Angehörige und Familien sollen mehr Unterstützung erfahren. Die Landesregierung wird das nun folgende Gesetzgebungsverfahren konstruktiv begleiten.

Anlage:

Konsenspapier der Vertreterinnen und Vertreter des Runden Tisches Schleswig-Holstein „Fachkräfte für die Pflege alter Menschen“, Donnerstag, den 3. November 2011, Wissenschaftszentrum, Kiel

Neue Möglichkeiten und Formen zur Finanzierung der 1-jährigen Altenpflegehilfesausbildung sowie der 3-jährigen Altenpflegeausbildung in Schleswig-Holstein müssen diskutiert und umgesetzt werden. Dieses betrifft sowohl die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen als auch die der schulischen Ausbildung. Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer des Runden Tisches – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen – erwarten den von der Bundesebene angekündigten Entwurf der „Eckpunkte für ein neues Pflegeberufsgesetz“, um dann entsprechende weitere Maßnahmen für Schleswig-Holstein zu entwickeln.

Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse in pflegerischen Berufen muss dringend umgesetzt werden. Es bedarf vornehmlich einer mit den anderen Bundesländern abgestimmten Festlegung entsprechender Kriterien für die entsprechenden Abschlüsse aller Staaten außerhalb der Europäischen Union. Die Zuständigkeiten für das Prüfverfahren müssen benannt werden und transparent sein.

Die Anerkennung von beruflicher Vorerfahrung und im Inland gemachter pflegerischer Berufserfahrung muss bei Interesse und persönlicher Eignung für die Aufnahme der 3-jährigen Altenpflegeausbildung ebenfalls stärker berücksichtigt und geregelt werden. Auch hierzu müssen Kriterien und entsprechende Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten festgelegt werden. Das Land Schleswig-Holstein wird sich bei der Reform der Pflegeausbildung für die Anerkennung von beruflicher Vorerfahrung und die Möglichkeit einer erwachsenengerechten Verkürzung der Ausbildung auf 2/3 der regulären Ausbildungszeit (analog § 47 Berufsbildungsgesetz) einsetzen.

Angesichts der demographischen Entwicklung bedarf es besonderer Anstrengungen, allen an einer regulären Ausbildung interessierten und geeigneten Menschen den Start in den Pflegeberuf zu ermöglichen. Die Zahl der finanzierten Schulplätze muss daher erhöht, weitere Finanzierungsmöglichkeiten geprüft werden, wie z.B. die Gesamtfinanzierung der Ausbildung analog zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.

Zusammen mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) soll die Möglichkeit eines Modellprojekts nach § 8 SGB XI zur Frage geprüft und entwickelt werden, wie zukünftig im „Berufe- und Kompetenzmix“ das professionelle Profil der Pflege auszusehen hat. Darüber hinaus ist zu prüfen, in welcher Kombination und quantitativer Gewichtung von Berufsgruppen und weiterem Personal, mit welchen Kompetenzen, inklusive bürgerschaftliches Engagement ein „Pflege-, Betreuungs- und Alltagsmix“ gelingen kann und welche Kosten dadurch entstehen werden. Bei der Entwicklung des Modellvorhabens ist auch zu prüfen, ob und inwieweit kommunale Netzwerke unter Berücksichtigung der regionalen Pflegeanbieter einbezogen werden können.

Der Runde Tisch – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen – will die Kooperation zwischen der Bundesagentur für Arbeit und allen im Bereich der Altenpflege Tätigen

fördern und stärken. Hierzu soll ein regelmäßiger Austausch zwischen dem Forum Pflegegesellschaft und der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit vereinbart werden, auf der Anfragen und Möglichkeiten beider Seiten kommuniziert und abgesprochen werden können (Branchendialog).

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer des Runden Tisches – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen – wollen konkrete Regelungen unterstützen, die zur Anerkennung von beruflicher Vorerfahrung und im Inland gemachter pflegerischer Berufserfahrung bei der Zulassung zur Ausbildung als Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer (1-jährig) führen. Der Runde Tisch spricht sich dafür aus, entsprechend dem begonnenen Modellprojekt in Niedersachsen zur Nachqualifizierung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger ein eigenes Projekt in Schleswig-Holstein zur Erprobung einer verkürzten Altenpflegeausbildung (auf 2/3 der Ausbildungszeit) zu etablieren.

Der Runde Tisch – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen – befürwortet und unterstützt alle Maßnahmen von Anbietern und Trägern der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie der Ausbildungsträger, durch die diese Einrichtungen „demographiefest“ gemacht werden. Dieses kann und muss auf vielfältige Weise geschehen, u.a. durch:

- a. Gewinnung von Wiedereinsteigerinnen/Wiedereinsteigern in den Pflegeberuf. Dieses sind Frauen/Männer nach einer Erziehungsphase genauso wie Personen, die aus anderen Gründen aus der Pflege ausgeschieden sind (z. B. Angebote zur Nachqualifizierung).
- b. Verbesserung der Arbeitsbedingungen (wie z.B.: Flexibilisierung und Verlässlichkeit von Dienstplangestaltung; Vereinbarkeit von Beruf und Familie; Vernetzung mit anderen Unternehmen).
- c. Förderung von Angeboten zur Teilzeitausbildung besonders für Frauen (Verbesserung der Angebote zur Kinderbetreuung).
- d. Verstärkte Gewinnung von Männern sowie Migrantinnen und Migranten für den Pflegeberuf.
- e. Entwicklung modularisierter Ausbildungscurricula in der Pflege.
- f. Ausbau der Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Runde Tisch – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen – empfiehlt allen Trägern der ambulanten und stationären Altenhilfe dringend, wo noch nicht geschehen, die Vergütungen im Rahmen der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger auf den rechtlich vorgeschriebenen Mindestsatz anzuheben. Diese Maßnahme ist rechtlich angemessen, sichert Gleichbehandlung von Auszubildenden auf einem Mindestniveau und fördert in sinnvoller Weise das Image und das Ansehen eines Berufes und des betreffenden Arbeitsumfeldes.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer**"Runder Tisch – Fachkräfte für die Pflege alter Menschen "**

Name	Vorname	Institution
Buhl	Anke	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Christens- Kostka	Dörte	Ministerium für Arbeit, Soziales und Ge- sundheit des Landes Schleswig-Holstein
Drube	Patrica	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe und Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände privater Pflegeeinrichtungen in Schleswig- Holstein
Entzian	Dr. Hilde- gard	Ministerium für Arbeit, Soziales und Ge- sundheit des Landes Schleswig-Holstein
Ernst-Basten	Günter	PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.
Fleck	Andreas	Ministerium für Arbeit, Soziales und Ge- sundheit des Landes Schleswig-Holstein
Franz	Christiane	Betriebskrankenkasse Landesverband Nordwest
Garg	Dr. Heiner	Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
Gerlach	Horst	Kreis Stormarn Aufsichtsbehörde nach SbStG
Goecke	Jürgen	Vorsitzender der Geschäftsführung der Regionaldirektion Nord der Bunde- sagentur für Arbeit
Gohde	Dr. Jürgen	Kuratorium Deutsche Altershilfe - Moderation -
Hamann	Andreas	Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Hansen	Claus-Peter	Ministerium für Arbeit, Soziales und Ge- sundheit des Landes Schleswig-Holstein
Henningsen	Britta	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Schleswig-Holstein
Hinrichs	Wiebke	Landwirtschaftliche Pflegekasse Schleswig-Holstein und Hamburg
Hoechel	Kristine	AMEOS Institut Nord – Bildungsinstitut
Kühlich	Silke	Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein e.V.

Labinsky	Ralf	Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Lüttich	Gerd	AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse Landesdirektion Kiel
Meiners	Anna	PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.
Nissen	Jan	Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein
Peetz	Sven	Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung Schleswig-Holstein
Ringat	Martin	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
Schimmer	Anke	Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Sonneborn	Melanie	Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit
Stremlau	Irmgard	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein e.V. – Bildungszentrum Preetz
Völk	Dominik	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
Weißwange	Roland	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Schleswig-Holstein