

**Eröffnungsrede des Kreisdirektors Ralf Berensmeier**  
**Konstituierende Sitzung der kommunalen Konferenz Alter und Pflege**  
**am 28. September 2015**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf Sie hier im Kreishaus herzlich begrüßen und erlaube mir, mich zunächst denjenigen unter Ihnen, die mich noch nicht kennen, vorzustellen.

Mein Name ist Ralf Berensmeier, ich bin Kreisdirektor und als Leiter des Vorstandsbereiches 3 zuständig für die Veterinär- und Lebensmittelüberwachung, das Gesundheitswesen und die Bereiche Soziales und Jugend.

Ich freue mich, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind. Wir sind heute zusammengekommen, um gemeinsam die kommunale Konferenz Alter und Pflege zu gründen die die Pflegekonferenz, die es seit 1995 gibt, abzulösen.

20 Jahre Pflegekonferenz im Kreis Wesel bietet die Gelegenheit für einen kleinen Rückblick.

Vor 20 Jahren wurde die Pflegekonferenz dringend gebraucht. Die Pflegekonferenz war in den ersten Jahren ein Austausch- und Gestaltungsgremium, das dazu beigetragen hat, die neue Pflegeversicherung vor Ort, in den Städten und Gemeinden einzuführen. Die Einführung der Pflegeversicherung und das begleitende Landespflegegesetz stellten alle Beteiligten vor große Herausforderungen, denn viele Institutionen mussten sich zunächst in ihre neue Rolle einfinden.

Weil die Pflegeversicherung nicht in die Krankenversicherung eingegliedert, sondern als eine weitere Säule der sozialen Sicherung etabliert wurde, mussten die Krankenversicherungen nun auch Pflegeversicherungen werden. Wie ich hörte, wurden bei vielen Sachbearbeitern der Krankenversicherungen damals Schreibtische geteilt, auf der rechten Hälfte stapelten sich die Vorgänge der Krankenversicherung, auf der Linken die Akten der neuen Pflegeversicherung.

Auch die Kreise und kreisfreien Städte bekamen eine neue Rolle. Neben der Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege mussten sie nun auch die Verantwortung für eine sachgerechte Pflegeinfrastruktur tragen, eine trägerunabhängige Pflegeberatung und eine Pflegekonferenz einrichten sowie einen Pflegebedarfsplan erarbeiten.

Die Anbieter von Pflegeleistungen mussten sich mit einem neuen Kosten- und Leistungsprinzip auseinandersetzen.

Markt und Wettbewerb wurde erstmalig in einem Sozialversicherungssystem Grundlage des ökonomischen Handelns der Anbieter von Pflegeleistungen. Auf diesem Marktplatz und dem Wettbewerb mussten zunächst die Positionen aller Beteiligten zueinander eingenommen werden. Private ambulante Pflegedienste und Altenpflegeheime in privater Trägerschaft drängten auf den Markt.

Plötzlich gab es Pflegeanbieter, die mit ihrem Angebot Gewinn erzielen wollten. Aus Gemeindeschwestern wurden ambulante Pflegedienste, Sozialstationen oder soziale Zentren. Pflegebedürftige wurden Kunden, wurden sogenannte Verbraucher, denn sie verbrauchen Pflegedienstleistungen.

Ökonomen behaupten, dass ein Markt nur funktioniert, wenn sogenannte Marktmechanismen miteinander wirken können.

Zu diesen Mechanismen gehört, dass Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen. Die Preise des Pflegemarktes werden jedoch von den Kostenträgern – den Pflegeversicherungen und den Sozialhilfeträgern auf der einen Seite und den Leistungsanbietern auf der anderen Seite verhandelt und festgelegt.

Angebot und Nachfrage bestimmen hier nicht die Preisbildung. Auch steht die Qualität der Leistung nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Preis, denn die Qualität einer Pflegedienstleistung kann der Kunde nicht umfassend beurteilen. Schlechte Qualität in der Pflege ist nicht billiger.

Damit ist auch ein weiterer Mechanismus für einen funktionierenden Markt genannt, der Marktteilnehmer „Kunde“ oder „Verbraucher“ muss „mündig“ sein. Nur der sogenannte „mündige Verbraucher“ kann sachgerecht am Markt teilnehmen und mithilfe des Preises und der Qualität der Dienstleistung die richtige „Kaufentscheidung“ für sich treffen.

Der Pflegekunde kann in der Regel beurteilen, ob er mit einem Pflegedienst zufrieden ist, dies wird er jedoch nicht in erster Linie an der Qualität der unmittelbaren Pflegedienstleistung objektiv beurteilen. Der Kunde legt andere Maßstäbe an, die für ihn bewertbar sind: Ist der Dienst pünktlich? Ist das Personal freundlich? Wie häufig wechselt das Personal? Nimmt sich das Personal ausreichend Zeit?

Selbst das Merkmal Zeit taugt nicht mehr bzw. nicht mehr augenscheinlich als Qualitätsmaßstab. Die ambulante Pflege verlor die Maßeinheit Zeit. Pflegeleistungen werden als Produkte definiert und diese Produkte kann man erwerben. Seit der Einführung der Pflegeversicherung werden sogenannte Module oder Leistungskomplexe angeboten, die der pflegebedürftige Mensch beim Pflegedienst einkaufen kann.

Sicherlich sind Kundenfreundlichkeit, Flexibilität und Personalkontinuität auch Qualitätsmerkmale eines Pflegedienstes, jedoch, und da werden sie mir rechtgeben, steht die fachlich sachgerecht ausgeführte Pflege Tätigkeit im Vordergrund.

Und deren Qualität zu beurteilen, wird den meisten Menschen, wenn sie nicht aus dem Berufsfeld Pflege stammen, nicht objektiv gelingen.

Wegen der erforderlichen Fachlichkeit der Kunden wird die Qualität der Pflegedienstleistungen von Profis, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, geprüft.

Die zu prüfenden Qualitätsmerkmale wurden zuvor von den Pflegekassen und den Leistungsanbietern vereinbart. Wie bei der Preisbildung wird auch bei der Beurteilung der Qualität der Kunde oder Verbraucher nicht gefragt.

Sie sehen, meine sehr verehrten Damen und Herren, die Pflegeversicherung bietet dem Pflegemarkt ein enges Korsett.

Um das alles zu verstehen, die jeweiligen Rollen zu finden, neue Partner und Konkurrenten kennen zu lernen, lokale Bezüge zu definieren, neue Netzwerke zu gründen - für all diese Prozesse war die Pflegekonferenz in den ersten Jahren ein wichtiges neues Gremium.

Nach ein paar Jahren hatte sich die Pflegeversicherung in der Gesellschaft etabliert. Die Rollen waren gefunden, man kannte sich, wusste sich als Partner oder Konkurrenz zu schätzen oder auch nicht und die Netzwerke waren geknüpft.

Zur Jahrtausendwende stellten wir fest, dass das Interesse der Mitglieder an den Sitzungen der Pflegekonferenz stark nachließ.

Wir befragten die Mitglieder nach dem Sinn und den Aufgaben der Pflegekonferenz und es stellte sich heraus, dass der Implementierungsprozess der Pflegeversicherung beendet war und deshalb das Zusammenkommen von Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Versorgungsbereiche nicht als effizient angesehen wurde.

So wurde beispielhaft dargestellt, dass die damalige Diskussion um das Standardpflegesatzmodell in der vollstationären Pflege – der eine oder die andere wird sich vielleicht noch erinnern – nicht auf das Interesse der Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste stieß. Auch wurde das Vertreterprinzip kritisiert. Um eine arbeitsfähige Zahl von Mitgliedern zu erreichen, wurden bestimmte Sparten jeweils von einer Person vertreten. So gab es z. B. jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der vollstationären Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft und in der Trägerschaft der AWO, der evangelischen und der katholischen Kirchen. Genauso wurden auch die ambulanten Pflegeanbieter vertreten. Wir stellten in der Umfrage fest, dass der Informationsfluss von den Vertreterinnen und Vertretern zu den Einrichtungen nicht immer reibungslos funktionierte.

Deshalb haben wir im Jahr 2003 die Organisation der Pflegekonferenz verändert.

Seit nunmehr 12 Jahren haben wir die Pflegekonferenz im herkömmlichen Sinne nicht mehr zusammengerufen. Stattdessen haben wir Fachtagungen der Pflegekonferenz durchgeführt. Diese Fachtagungen hatten jeweils nur immer ein Thema auf der Tagesordnung und zu diesem Thema haben wir stets alle daran beteiligten Institutionen und Gremien unmittelbar und nicht vertretungsweise eingeladen.

Fachtagungen haben wir immer nur dann durchgeführt, wenn auch das Thema regionale Handlungsoptionen ermöglichte.

So haben wir zum Beispiel große Fachtagungen durchgeführt

- über das Dekubitusmanagement,
- über das „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker - H.I.L.D.E,
- über Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz,
- über die Novellierung des SGB XI,
- über sichere Versorgungsstrukturen im Kreis Wesel.

Zuletzt haben wir uns in diesem Jahr dem Fachkräftmangel in der Pflege angenommen. Die Fachtagung hat dazu geführt, dass sich in fünf Regionen im Kreis Wesel Schulen, Bildungsstätten und Pflegeeinrichtungen gemeinsam um den Nachwuchs für Pflegeberufe bemühen. Hier hat die Fachtagung das Problem herausgearbeitet, dargestellt und einen Impuls geliefert. Die Beteiligten vor Ort haben diesen Impuls aufgenommen und bemühen sich jetzt gemeinsam um dieses Thema.

Diese Vorgehensweise wollen wir auch in Zukunft beibehalten, da wir glauben, dass die auf uns zukommenden Herausforderungen nur so, themenspezifisch und unmittelbar mit den beteiligten Institutionen, gemeistert werden können.

Ein paar Herausforderungen möchte ich hier anführen:

- der Fachkräftmangel auf dem Pflegemarkt,
- die Umsetzung des Alten- und Pflegegesetzes,
- die Finanzierung der Investitionskosten stationärer Einrichtungen,

- die Novellierung des SGB XI durch das Pflegestärkungsgesetz II mit tiefgreifenden Veränderungen des Leistungsgeschehens,
- Urteile höchster Gerichte insbesondere zur Preisbildung vollstationärer Pflegeleistungen – Stichwort Unternehmergewinn und Risikozuschlag sowie daraus resultierende Schiedsstellenverfahren -.

Daneben müssen auch bereits bestehende Projekte von uns gemeinsam weitergeführt werden. Zu nennen wären hier das altengerechte Quartiersmanagement und die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz.

Ich glaube, dass wir bei den letzten beiden Themen bereits auf einem guten Weg sind.

Richten wir einen Blick auf die gesetzliche Grundlage der kommunalen Konferenz Alter und Pflege, so können wir im § 8 des Alten- und Pflegegesetzes lesen, wer Mitglied in diesen Konferenzen sein soll. Wir haben heute 150 Mitglieder eingeladen.

Sie werden mir Recht geben, dass ein solch großes Gremium nicht in der Lage sein wird, diese wichtigen Themen adäquat zu bearbeiten. Deshalb schlagen wir vor, weiterhin themenspezifische Fachtagungen mit breiter Beteiligung durchzuführen.

Dass heute nur ca. 50% der Eingeladenen gekommen sind, bestätigt mich in der Annahme, dass wir auch weiterhin mit Fachtagungen, die stets sehr gut besucht waren, auf dem richtigen Weg sind. Der Vorschlag zur dieser Verfahrensweise ist im Entwurf der Geschäftsordnung enthalten.

Damit möchte ich zur heutigen konstituierenden Sitzung kommen.

Nach meiner Begrüßung wird Herr Petroff ein paar Grundpfosten des neuen Alten- und Pflegegesetzes vorstellen und erläutern. Ein, wie wir finden, äußerst komplexes Gesetz mit sehr differenziertem Regelungsvolumen, insbesondere für den Bereich der Investitionskostenfinanzierung von Pflegeeinrichtungen.

In Anschluss daran wird die Leiterin des Fachdienstes 56 – Besondere soziale Leistungen – Frau Henkel-van Leuck mit Ihnen gemeinsam den ihnen übersandten Entwurf der Geschäftsordnung abstimmen und beschließen.

Herr Petroff wird danach erste Erkenntnisse der örtlichen Pflegeplanung vorstellen.

Wir haben anschließend die Möglichkeit über verschiedene Punkte zu sprechen und wir werden gemeinsam versuchen, Ihre Fragen zu klären.

So hoffe ich, dass wir um ca. 12.15 Uhr die konstituierende Sitzung der kommunalen Konferenz Alter und Pflege schließen können.

Erlauben Sie mir abschließend noch einen Appell:

Im § 8 des Pflegeversicherungsgesetzes steht geschrieben, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Also eine Aufgabe von uns allen gemeinsam, des Landes, der Kommunen, der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes.

Lassen Sie uns daher diese Aufgabe miteinander annehmen. Ich glaube, dass wir all die Herausforderungen – um nicht das Wort Probleme zu benutzen – nur meistern können, wenn wir die pflegerische Versorgung unserer Mitmenschen zusammen gestalten.