

Beschluss der ASG-Bundeskonzferenz vom 19./20. November 2010 in Berlin

Positionen und Forderungen zur Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland

Zur Ausgangslage:

1.

Alle reden von der älter werdenden Gesellschaft. Sie ist keineswegs Bedrohung, sondern Erfolg und Herausforderung zugleich.

Die steigende Lebenserwartung ist Ausdruck sich stetig verbessernder Lebensverhältnisse.

Auch wenn die unteren sozialen Schichten unserer Gesellschaft an dieser positiven Entwicklung bisher nur unzureichend teilnehmen und hier ein dringender Handlungsbedarf zur Sicherung gleicher Lebenschancen für alle besteht, ist die Gesamtentwicklung dennoch ein enormer Erfolg unserer sozialen und ökonomischen Entwicklung.

Immer mehr Menschen werden gesund alt. Auch wenn die absolute Zahl der pflegebedürftigen Menschen steigt, ihr Anteil sinkt tendenziell.

Dennoch - Fakt ist: Die Zahl der Hochbetagten steigt, ebenso die der Mehrfachkranken, die Zahl der jungen Menschen ist rückläufig und der „Heimsog“ steigert bereits die Zahl der Heimunterbringungen pflegebedürftiger Menschen.

Weil die Leistungen der Pflegeversicherungen bereits jetzt die Kosten der Pflege nicht mehr ausgleichen, steigen die Finanzierungsanteile der Betroffenen ebenso wie der Anteil der öffentlichen Hände.

2.

Das geltende Pflegeversicherungsrecht postuliert „ambulant vor stationär“. Doch die Wirklichkeit sieht anders aus. Obwohl die Mehrheit der Menschen in der eigenen Häuslichkeit verbleiben will, geht der Trend in die entgegengesetzte Richtung. Eine Kurskorrektur mit einem Bündel von Maßnahmen ist dringend geboten. Dabei sind die bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben wie Prävention und Rehabilitation vor Pflege noch längst nicht verwirklicht. Hinzu kommen neue Pflege- und Versorgungsbedürfnisse bei den Menschen mit mehr Erfahrungen im selbstbestimmten Leben. Wenn die immer noch hohe familiäre Pflegebereitschaft erhalten bleiben soll, brauchen wir eine politische Offensive mit vielfältigen Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Unterstützung bei der häuslichen Pflege.

3.

Die Lage ist nicht hoffnungslos, denn es fehlt weniger an professionellen Hilfen, sondern mehr an deren zeit- und bedarfsadäquaten Einsatz. Wir brauchen mehr Koordination und Kooperation medizinischer und pflegerischer Dienste und Leistungen, mehr kommunale Verantwortung zur Sicherung einer seniorengerechten sozialen Infrastruktur, die aktive Mitverantwortung der Pflege- und Krankenkassen bei der quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation, sowie ein kooperatives Selbstverständnis der Leistungsanbieter und Kostenträger. Wir müssen weg kommen vom engagierten Einzelkämpfer hin zum kooperativen Miteinander.

Auch die Arbeitgeberverantwortung ist gefragt. Die zukünftige Arbeitsgesellschaft braucht alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ebenso aber auch Menschen, die die Pflege und Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger sichern. Deshalb sind pflege- und versorgungsgerechte Arbeitszeitregelungen ohne Nachteile für die Betroffenen dringend erforderlich.

4.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2007 hat bereits einen Perspektivwechsel eingeleitet: Es wurde ein Individualanspruch auf Pflegeberatung etabliert und die Schaffung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung festgeschrieben. Damit und mittels einer Vielzahl neuer Leistungen, wie z. B. höheren Geld- und Sachleistungen für die häusliche Pflege, poolen von Pflegeleistungen, der Förderung neuer Wohnformen, der Ausweitung der Leistungen für Demenzzranke und die Stärkung niedrigschwelliger Hilfen für demenziell

Erkrankte sowie der Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements, soll die wohngebietsbezogene Pflegeorganisation gestärkt und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mehr gesichert werden.

5.

Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung, mit kontinuierlicher, fachlich kompetenter Personalisierung und gesetzeskonformer Aufgabenstellung, sind wichtige Instrumente zur Sicherung des zukünftig noch sehr viel mehr geforderten „Hilfemixes“ aus: Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Versorgung. Nicht irgendeine Beratung kann die häusliche Pflegeversorgung sichern, sondern nur eine fachlich anspruchsvolle Beratung, mit sozialarbeiterischer und pflegerischer Qualifikation, mit quartiersbezogener und regionalspezifischer Kompetenz kann die hohen Ansprüche für die Organisation passgenauer Hilfen erfüllen. Zwischen gesetzlichen Vorgaben und deren Umsetzung in den Bundesländern klaffen große Lücken. Sie müssen gesetzeskonform geschlossen werden, damit Zugangsgerechtigkeit und Teilhabe für Alle erreicht werden.

Forderungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Die Bewältigung der Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft ist eine Aufgabe für Viele. Die Sorge um eine möglichst langfristige Sicherung der häuslichen Versorgung ist mehr als die SGB XI-Umsetzung und dessen Weiterentwicklung. Eine konzertierte Aktion vieler gesellschaftlicher Kräfte ist notwendig:

1.

Aus **Bürgergemeinden** müssen **Sozialgemeinden** werden. Wir brauchen einen **Rechtsanspruch** auf eine **altersgerechte und behindertenfreundliche** kommunale **Infrastruktur** (Wohnen, Verkehr, wohnungsnaher Versorgung, Prävention usw.) Deshalb brauchen die Kommunen dringend eine auskömmliche Finanzausstattung. Ziel kommunaler Sozialpolitik muss die möglichst umfassende Sicherung selbstbestimmten unabhängigen Lebens – trotz diverser Handicaps – sein. Besonders die jeweils vorhandenen Potentiale der Hilfebedürftigen müssen gestärkt und erhalten werden, ebenso die des sozialen Umfeldes. Deshalb müssen alle Hilfen situationsadäquat und ressourcenfördernd gestaltet werden.

Dies gilt insbesondere für die demographiesensible Ausrichtung von Wohnungsbau und Sanierungsförderung. Eine einkommensabhängige öffentliche Förderung zur Ausgestaltung barrierefreier Wohnungen soll gesetzlich vorgegeben werden.

Die zunehmende Zahl hochbetagter Migrantinnen und Migranten erfordert in besonderer Weise die **kultursensible Ausrichtung** von Pflege und Versorgung. Hierzu müssen besonders die Kommunen mit eigenen Initiativen beitragen.

2.

Die **Sozialversicherungen und die Sozialleistungsträger** (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger u. a.) müssen die nötige soziale Infra- und Leistungsstruktur als **gemeinsame Aufgabe** und Herausforderung ansehen.

Die gesetzliche Ausgestaltung in den Sozialgesetzbüchern müssen sehr viel stärker aufeinander bezogen und miteinander verzahnt werden. Dadurch sind **verbindliche Regeln der quartiersbezogenen Kooperation und Gestaltung** zu schaffen, ebenso sind die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten so auszugestalten, dass bedarfsgerechte **Teilhabe und Effizienz** in der Leistungserbringung und –Inanspruchnahme sowie die Vermeidung von Reibungsverlusten und Versorgungsbrüchen gesichert werden. Die „**integrierte Versorgung**“ muss verbindliche gesetzliche Vorgabe werden.

Die Kranken- und Pflegeversicherung und die kommunalen Sozialleistungsträger müssen die historische Chance ergreifen und über gemeinsam getragene Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung eine bessere Organisation und Koordination medizinischer und pflegerischer Versorgung in den Wohnquartieren sichern sowie die individuelle Versorgung durch die Nutzung der vorhandenen Angebote situationsadäquat optimieren.

Bezüglich der gemeinsamen Trägerschaft und Finanzierung, der Qualitätssicherung und

Evaluation sowie der verantwortlichen Führung der Pflegestützpunkte sind die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften zu präzisieren. Über eine **Bund-Länder-Vereinbarung** ist die gesetzeskonforme Realisierung der Pflegestützpunkte bundesweit durchzusetzen.

3.

Die „falsche Programmierung“ von Gesundheits- und Pflegepolitik braucht eine Neuorientierung. Nur eine **Präventions- und Rehabilitationsoffensive** kann Pflegebedürftigkeit verhindern oder wenigstens hinaus schieben. Die Einlösung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation, gerade in mobiler und ambulanter Form, muss endlich Wirklichkeit werden.

Voraussetzung hierfür ist die Verpflichtung der medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung, das **Rehabilitationpotential** der Pflegebedürftigen differenziert zu benennen und erforderliche Maßnahmen möglichst konkret vorzuschlagen.

Die Kranken- und Pflegekassen sind zu verpflichten, bei ihren Leistungsentscheidungen diesen Vorschlägen zu folgen. Das im Rahmen der Pflegeberatung sicherzustellende Fallmanagement müsste dann für die bedarfsgerechte Umsetzung der rehabilitativen Maßnahmen inklusiv des sachgerechten Hilfsmitelesinsatzes sorgen.

Gezielte **Prophylaxe** wie z. B. Sturz- und Dekubitusvorsorge müssen nach SGB V verordnungsfähig werden.

Vom präventiven Hausbesuch als leistungsrechtlicher Anspruch in der medizinischen und pflegerischen Versorgung bis zur Bewegungs-, Ernährungs- und Kontaktförderung sollte die Präventionspalette in jeder Gemeinde bzw. im Wohnquartier reichen.

4.

Pflege und Versorgung müssen sich am Bedarf pflegebedürftiger Menschen orientieren.

Kreative Leistungskombinationen sind gefragt (Tages-, Nacht-, Verhinderungs-, Kurzzeitpflege; Anleitung, Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Hilfen usw.). Die Pflegeversicherung muss dazu in Stand gesetzt und die Pflegeleistungsanbieter angereizt werden, mehr **Flexibilität in der Leistungsgewährung** sicher zu stellen.

Da es insbesondere bei allein lebenden Menschen immer häufiger zu **Problemen bei vorübergehendem Hilfe- und Pflegebedarf** kommt ist es erforderlich, auch bei nur vorübergehendem Hilfe- und Pflegebedarf einen **Pflegeanspruch zu etablieren**. Die medizinischen Dienste sollten die Möglichkeit erhalten, auch eine vorübergehende Einstufung vornehmen zu können. Hierdurch können nicht bedarfsnotwendige Heimunterbringungen und Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Weil wir mehr Kombilösungen aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege individuell angepasst brauchen, sind auch die Hürden bei der fachgerechten Nutzung der „**persönlichen Budgets**“ zu minimieren. Unabhängige Hilfen zur Inanspruchnahme dieser Budgets müssen sichergestellt werden.

5.

Pflegequalität und Transparenz brauchen zusätzliche Impulse.

Eindeutige, unmittelbar **pflegebezogene Qualitätskriterien** müssen bei der Bewertung von Pflegeleistungen dominieren. Die Kompensation „gefährlicher Pflege“ beispielsweise durch soziale Betreuungsleistungen ist abzulehnen und deshalb schnellstens zu korrigieren.

Pflegestandards bedürfen der konkreten gesetzlichen Fixierung, damit im Rechtsstreit zur Durchsetzung dieser Kriterien die Würde des Pflegebedürftigen stets Vorrang hat vor der Gewerbe- und Berufsfreiheit der Pflegedienstleister.

Besonders durch die Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen können Qualität und Transparenz in der Pflege dauerhaft gesichert werden. Deshalb muss die „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ sich auch in den medizinischen und pflegerischen Leistungsgesetzen als verbindliche Vorgabe wieder finden. Gleiches gilt auch für ein „**Patienten- und Verbraucherrechtgesetz in Gesundheit und Pflege**“.

Auch die nach Landesrecht eingerichteten so genannten „**Heimbeiräte**“ bzw.

„**Bewohnervertretungen**“ brauchen als Interessenvertretungen der HeimbewohnerInnen gesetzlich garantierte Vertretungsrechte mit externer Unterstützung durch fachlich kompetente „**Ombudsfrauen und Ombudsmänner**“.

6.

Demenz darf nicht zur Fortschrittsfalle werden. Wenn diese, die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm belastende Krankheit nicht zum Massenphänomen werden soll, brauchen wir schnellstens mehr öffentlich verantwortete und finanzierte ursachen- und therapiebezogene Forschung, ebenso gesetzliche Ansprüche in der Früherkennung und Vorsorge.

Die „**demenzsensible Region**“ muss in nächster Zukunft das Ziel sein. Die in Deutschland in „Inseln“ erprobten Therapien, Präventionsangebote und Entlastungshilfen müssen endlich zur flächendeckenden Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind gesetzliche Verpflichtungen zu schaffen.

Besondere Beachtung sollten dabei neben der umfassenden gesellschaftlichen Sensibilisierung und Qualifizierung bezüglich Demenz auch der Aufbau und die Begleitung alternativer Wohnformen sowie die Entwicklung und leistungsrechtliche Absicherung krankheitsspezifischer Therapien finden.

Damit Hospitalisierungskrisen durch stationäre Unterbringungen bei demenziell Erkrankten vermieden werden, sind spezielle gerontopsychiatrische Fachdienste als Konsiliar- und Liaisonsdienste flächendeckend aufzubauen.

Der neue „**Pflegebedürftigkeitsbegriff**“ muss entsprechend der Vorschläge der ehemals hierfür eingerichteten Kommission schnellstens Wirklichkeit werden.

Auch in der Pflege muss, wie in der Behindertenpolitik, der **Paradigmenwechsel** vollzogen werden: **Weg von der Versorgung hin zur Teilhabe.** Bedarfsermittlungen und Leistungen müssen sich am Ziel eines würdigen, selbstbestimmten und auch möglichst selbständigen Lebens orientieren. Deshalb muss die Aktivierung und Erhaltung der eigenen Ressourcen dominieren.

Der hierfür erforderliche finanzielle Mehrbedarf ist durch Beitragssteigerungen bzw. durch einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung zu decken.

Kürzungen in den unteren Leistungsbereichen der Pflege darf es dabei nicht geben.

Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss auch der zeitliche Pflege- und Betreuungsaufwand für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eine angemessene rentenrechtliche Berücksichtigung finden.

7.

Solidarität und Eigenverantwortung müssen sich auch zukünftig bei der Finanzierung der pflegerischen Versorgung ergänzen. Eine Gewichtsverlagerung durch weniger Solidarität (Privatisierung des Pflegerisikos) negiert die bereits jetzt bestehende hohe Selbstfinanzierung in der Pflege und führt zur „Mehr-Klassen-Pflege“.

Die **Absicht** der jetzigen **Regierungskoalition**, die bisherige Umlagefinanzierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch eine verpflichtende und individualisierte kapitalgedeckte Privatversicherung zu ergänzen bedeutet nichts anderes, als die Belastungen Einzelner zu erhöhen und perspektivisch auch in der Pflege die „**Kopfpauschale**“ einzuführen. Wenn die „soziale Pflegeversicherung“ nur noch als Grundversorgung dienen und alle zukünftigen Bedarfe ohne Einkommensbezug über die private Pflegeversicherung finanziert werden sollen, bedeutet dies eine dramatische **Mehrbelastung der unteren Einkommensgruppen sowie der Rentnerinnen und Rentner.**

Einkommensgruppen sowie der Rentnerinnen und Rentner.

Zur Bewältigung der Herausforderungen der Pflege in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit brauchen wir nicht weniger, sondern mehr Solidarität. Deshalb ist die bessere Alternative zu Endsolidarisierung und Privatisierung des allgemeinen Lebensrisikos Pflege die **Pflege-Bürger-Versicherung.**

Auf Grund des geringeren Pflegerisikos der Menschen in der privaten Pflegeversicherung werden dort bei gleichen Leistungen Milliarden angesammelt, während in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit höherem Pflegerisiko der dort Versicherten mehr Geld als derzeit zur Verfügung steht, gebraucht wird. Notwendig ist, den „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung durch die **Zusammenführung von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung** zu beseitigen.

8.

Pflege und Versorgung garantieren einen „Beschäftigungsboom“, erst recht, wenn wir im

Rahmen eines öffentlich geförderten Arbeitsmarkts durch öffentlich geförderte, reguläre, tarifgebundene Beschäftigungsverhältnisse als eine Alternative zur prekären und problembehafteten Beschäftigung osteuropäischer Arbeitskräfte schaffen. Dieses Tabu muss gebrochen werden. Die Sicherung der häuslichen Versorgung längerfristig zu betreuender Menschen durch eine kombinierte Finanzierung professioneller und nichtprofessioneller Hilfen für hilfebedürftige Menschen aus öffentlichen und privaten Haushalten („passiv für aktiv“ oder „Finanzierung von Arbeit statt Alimentierung von Arbeitslosigkeit“), sind die bessere Alternative für Alle. Hierzu brauchen wir **konkrete gesetzliche Vorgaben im Pflegeversicherungsrecht** aber auch in der Förderung von Beschäftigung Arbeit suchender Menschen.

9.

Pflege und Erwerbstätigkeit muss neben einander möglich werden. Hier liegt eine zentrale **Mitverantwortung bei den Arbeitgebern** und Betrieben. Pflege bei pflegebedürftigen Angehörigen muss auch neben der Berufstätigkeit ohne Gehalts- und Karriereeinbußen leistbar sein. Dazu sind verbindliche gesetzliche Vorgaben, aber auch kreative Problemlösungen durch die Tarifpartner nötig.

Familie muss heute bedeuten, dass sich Eltern um ihre Kinder aber auch Kinder, Enkel oder Geschwister um ihre Eltern kümmern können. Deshalb ist die derzeit gültige gesetzliche **Regelung zur Freistellung vom Beruf** völlig unzureichend. Es ist nötig, dass das, was bei der Erkrankung von Kindern selbstverständlich ist, auch für die Hilfe bei plötzlicher Pflegebedürftigkeit von Angehörigen gilt. Keiner soll aus materiellen Gründen von der Pflege abgehalten oder ausgeschlossen werden. Die beruflichen Ausfallzeiten sind wie bei Erkrankung von Kindern zu vergüten.

Wir brauchen eine unkomplizierte Freistellung vom Beruf bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen. Die gegenwärtigen Regelungen greifen zu kurz und benachteiligen Millionen Beschäftigte gerade in Kleinbetrieben. Angesichts der wachsenden Bedeutung von Kleinbetrieben als Arbeitgeber werden perspektivisch immer mehr Menschen von dem bestehenden gesetzlichen Anspruch ausgeschlossen.

Grundsätzlich ist eine Aufwertung der Arbeit pflegender Angehöriger und ihrer hierdurch erbrachten Leistungen dringend geboten. Die **Sorgearbeit für Kinder und pflegende Angehörige sollten gleichrangig behandelt werden**.

Deshalb ist es auch wichtig, die **Pflegezeiten rentenrechtlich besser zu bewerten**.

Pflegebedingte Berufsunterbrechungen dürfen nicht zu niedrigerer Altersversorgung mit der Gefahr von Altersarmut führen. Bei der Pflege handelt es sich wie bei Kindererziehungszeiten um gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Daher sollten die **Beiträge gleichwertig steuerfinanziert** werden.

10.

In der älter werdenden Gesellschaft muss **geriatriische Kompetenz bei allen in Gesundheits- und Pflegeberufen** Tätigen Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind die entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für alle Gesundheits- und Pflegeberufe zu überarbeiten. Ebenso muss die medizinische und pflegerische Versorgung koordinierter, kooperativer, transparenter und qualitätsgesicherter werden. Weil multimorbide und pflegebedürftige Menschen nur multiprofessionell optimal versorgt werden können, brauchen wir eine systematische gemeinsame Qualifizierung aller beteiligten Professionen und eine entsprechende Versorgungsorganisation.

Ebenso ist eine **dauerhafte und hürdenfreie Finanzierung integrierter Versorgung** unter echter Einbeziehung von Pflegedienstleistungen („dritter Topf“) ohne Mehrbelastung der entsprechend versorgten Pflegebedürftigen dringend erforderlich.

11.

Trotz aller Hilfen für die häusliche und damit familiäre Pflege wird auch zukünftig professionelle Pflege vermehrt notwendig werden. Das Problem ist: **Wer pflegt in der Zukunft?** Die rückläufige Zahl der Berufsanfänger und die Konkurrenz der Berufe erfordern eine **Offensive für die pflegenden Berufe, insbesondere eine radikale Verbesserung der Arbeits- und Vergütungsbedingungen** in der Pflege- und Gesundheitsbranche. Wir brauchen eine neue

Umschulungs- und Weiterbildungsinitiative mit ausbildungsadäquaten Förderzeiträumen. Gerade in der Pflege hat in den letzten Jahren eine enorme Arbeitsverdichtung stattgefunden. Dem muss entgegen gewirkt und die **Pflege als Beruf muss attraktiver werden**. Der verantwortungsvollen Arbeit der Pflegerinnen und Pfleger am Menschen muss höchste gesellschaftliche Anerkennung zuteil werden. Nur wenn wir ordentliche Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechte Bezahlung gewährleisten, werden wir in Zukunft genügend junge Menschen für die Pflegeberufe gewinnen können. Deshalb muss **gute Arbeit in der Pflege** sowohl politisches Ziel als auch finanzierbare Regel in allen Einrichtungen der Pflege werden. Es ist gut, dass es zwischenzeitlich den gesetzlichen **Mindestlohn als ersten Schritt zur Verbesserung der Entlohnung hin zu guter tariflicher Bezahlung in der Pflege** gibt. Die festgelegte Höhe ist unzureichend. Sie bedarf dringend der Steigerung.

12.

Die Sicherung der häuslichen Versorgung für möglichst viele Menschen aus allen sozialen Schichten braucht breite Bündnisse, konzertierte Aktionen und langen Atem. Deshalb muss auch das **pflege- und versorgungsbezogene bürgerschaftliche Engagement** zukünftig anerkannter Gestalter im örtlichen und politischen Pflegealltag sein. Seine Präsenz in jeder Gemeinde und in jedem Wohnquartier ermöglicht quartiersbezogene Initiativen (z. B. Hilfen auf Gegenseitigkeit, pflegebezogenes Ehrenamt), die Initiierung und Unterstützung von barrierefreiem, genossenschaftlich organisiertem Wohnen, die frühzeitige Vorbereitung auf das Alter durch Information, Bildung und Beratung sowie breite Kampagnen zum „**Gesund älter werden**“. Deshalb brauchen die gesetzlich möglichen Leistungen gemäß § 45 SGB XI sehr viel mehr wissenschaftliche, fachliche und politische Aufmerksamkeit. Auch diese Leistungen müssen qualitätsgesichert und fachlich evaluiert werden.

13.

Die Politik in einer älter werdenden Gesellschaft braucht aber auch umfassend erfasste **Basisdaten** um daraus begründete Beschlüsse und Initiativen abzuleiten. Mit der Einführung des SGB XI entstand die Bundespflegestatistik, die heute eine wichtige Informationsquelle über viele Strukturen und Prozesse, die zugelassenen Einrichtungen, Beschäftigungsfaktoren aber auch zu Zahlen zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI darstellt. Diese Grundlage sollte bei einer zukünftigen Reform der Pflegeversicherung zu einer umfassenderen **Pflegeberichterstattung (PBE)** analog der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entwickelt und zentral an einer zuständigen Stelle angesiedelt werden. Die Pflegeepidemiologie, der Pflegearbeitsmarkt, die Pflegeausbildung, die Angebotsstrukturen und die Selbsthilfe sollten hierin zukünftig systematisch erhoben werden. Auch dies wäre ein Beitrag zur Pflege Transparenz und zur profilierten Begründung pflegepolitischer Maßnahmen.