

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 03.12.2025

**zum Antrag der Fraktion Die Linke
„Keine Leistungskürzungen in der Pflege“
Bundestags-Drucksache 21/2216**

Stand 01.12.2025

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Antrag der Fraktion Die Linke „Keine Leistungskürzungen in der Pflege“ (BT-Drucksache 21/2216)

Nach Auffassung der Bundestagsfraktion Die Linke beinhaltet der aktuelle Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD erstmals Leistungskürzungen für die Menschen mit Pflegebedarf. Begründet wird dies u. a. mit entsprechenden Prüfaufträgen an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, mit Äußerungen in einzelnen Medien und zuletzt mit dem Diskussionsstand in dem Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Die Bundesregierung wird in dem Antrag daher aufgefordert, keine Leistungskürzungen im Bereich der Pflegeversicherung vorzunehmen, wie etwa eine (Teil-)Karenzzeit, Leistungsver schlechterungen im Pflegegrad 1 oder höhere Schwellenwerte zur Zuordnung zu den einzelnen Pflegegraden.

Aus Sicht der Bundestagsfraktion Die Linke eignet sich die Pflegeversicherung nicht für Kürzungen, da die Leistungen bereits unzureichend sind. Sie befürchtet, dass der jahrzehntelang über alle Parteigrenzen hinweg bestehende politische Konsens, keine Leistungskürzungen in der Pflegeversicherung vorzunehmen, in Gefahr ist. Deshalb wird mit dem Antrag gefordert, „zumindest diesen Konsens beizubehalten“.

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:

Die sich heute bereits abzeichnende verstärkte Zunahme pflegebedürftiger Menschen, der Rückgang von verfügbarem Personal in der Langzeitpflege, die Finanzierungsengpässe der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der zunehmende finanzielle Druck auf die öffentlichen Haushalte erhöhen den politischen Handlungsdruck, Maßnahmen zu ergreifen, um kurz-, mittel- und langfristig die Leistungsfähigkeit und finanzielle Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung weiterhin zu gewährleisten.

Eine Strukturreform wie auch eine Finanzreform der sozialen Pflegeversicherung sind unabwendbar. Eine Strukturreform muss prioritär darauf ausgerichtet sein, die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen im familienbasierten Pflegesystem zu unterstützen. Sie wird auch einen Beitrag zur Effizienz des Gesamtsystems der Langzeitpflege leisten, jedoch keine ausreichende Antwort auf die Frage nach einer nachhaltigen finanziellen Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung geben. Denn bereits auch ohne weitere Leistungsverbesserungen zeigt sich aufgrund des demografischen Wandels eine rechnerische Finanzierungslücke in Höhe von 1,46 Beitragssatzpunkten in 2050 beziehungsweise 1,39 Beitragssatzpunkten in 2060 (Bericht der Bundesregierung zur zukunftssicheren Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung 2024). Ohne tiefgreifende Reform wird die Akzeptanz und Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung nicht nachhaltig sichergestellt.

Die AOK spricht sich angesichts der bestehenden Finanzierungslücke für einen Finanzierungsmix aus. Dabei ist das bestehende Leistungsniveau im bestehenden Teilleistungssystem zu sichern. Finanzielle Belastungen müssen auf viele Schultern verteilt werden. Nur dann kann die Soziale Pflegeversicherung ihre wichtige gesellschaftliche Funktion weiter erfüllen, und ein Interessenausgleich zwischen den Generationen sowie zwischen den Beitragszahlenden und Leistungsbeziehenden gelingen. Das beitragsfinanzierte Umlagesystem der Pflegeversicherung bleibt trotz der demografischen Herausforderungen weiterhin der wichtigste Bestandteil des Teilleistungssystems der Sozialen Pflegeversicherung.

Der Bund muss Haushaltsmittel zum einen für die Rückzahlung der von der SPV getragenen Coronakosten in Höhe von 5,5 Mrd. Euro zur Verfügung stellen. Die Verwendung von Beitragsgeldern für pandemiebedingte Maßnahmen stellt eine verfassungswidrige Zweckentfremdung dar. Zum anderen muss der Bund die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der SPV (insbesondere die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige in Höhe von 4 Mrd. Euro) übernehmen. Schließlich sollte zur künftigen Stützung des Beitragssatzes der Pflegevorsorgefonds mit einem substanziellen zweckgebundenen Bundeszuschuss weiterentwickelt werden.

Zu den von der Fraktion der Linken eingeordneten Aspekten möglicher Leistungskürzungen gibt der AOK-Bundesverband folgende Hinweise:

Stärkere Anreize für Vorsorge dienen dem Schutz vor finanzieller Überforderung bei den Eigenleistungen, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen.

Die soziale Pflegeversicherung ist eine wichtige Säule für die Finanzierung von Unterstützungs- und Pflegeleistungen. Seit ihrer Einführung stellt sie in ihrer Ausprägung als Teilleistungssystem eine Absicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen zur Verfügung, die Eigenleistungen des Versicherten und Hilfe zur Pflege jedoch nicht entbehrlich machen.

Wie pflegebedürftige Menschen Anreize erhalten, die finanzielle Überforderung bei Pflegebedürftigkeit selbst abzusichern, wird insbesondere in der Bundes-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ diskutiert.

Auch wenn der privaten Vorsorge ein hoher Stellenwert zur Finanzierung der Eigenleistungen in der Bevölkerung eingeräumt wird, so zeigt sich gleichwohl, dass die private Absicherung für den Pflegefall eine vergleichsweise geringe Rolle spielt (3,248 Mio. Menschen mit einer Zusatzversicherung im Jahr 2023, Quelle PKV-Verband).

Nach der aktuellen Allensbach-Studie (2025) sprechen sich 41 % der Befragten dafür aus, die private Vorsorge für den Pflegefall stärker zu fördern; in einer früheren Befragung sprachen sich noch 57 % der Befragten dafür aus (Allensbach 2022). Dabei sind insbesondere zwei Aspekte zu berücksichtigen:

Nicht mehr als fünf Prozent der Pflegeversicherten in Deutschland verfügen über eine private Pflegezusatzversicherung. Die Verbreitung dieser Versicherungen ist überwiegend auf wohlhabende Bevölkerungsgruppen und die privat Pflegeversicherten konzentriert. Die Verbreitung in vulnerablen Bevölkerungsgruppen, deren Einkommenslage meist wenig Spielraum für den Abschluss von Zusatzversicherungen lässt, ist hingegen rudimentär (siehe Haun in G+G Wissenschaft 2025, Heft 1, 34–38).

Eine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung würde zudem einen Sozialausgleich erfordern, der sich je nach Berechnungsgrundlage und Szenario wohl in einem mittleren einstelligen, eventuell auch zweistelligen, Milliardenbereich bewegen müsste (Scheller-Kreinsen Ärztezeitung 27.3.2025)

Daher müssen stärkere Anreize zur Vorsorge zwingend die sozio-ökonomischen Gegebenheiten berücksichtigen und sozial gerecht ausgestaltet werden, damit alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind Vorsorgeanreize zudem aus Steuermitteln des Bundes zu finanzieren.

Bündelung und Fokussierung der Leistungen ermöglichen pflegebedürftigen Menschen eine flexible und passgenaue Gestaltung ihres Pflegesettings.

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung hat sich seit der Einführung im Januar 1995 durch die verschiedenen Reformen zu einem komplexen, umfangreichen Rechtskatalog entwickelt. Dabei geht die Pflegeversicherung von einer Unterscheidbarkeit ambulanter und stationärer Pflege aus und knüpft hieran unterschiedliche Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Menschen. Das damit verbundene sehr ausdifferenzierte Leistungsrecht führt nicht nur dazu, dass pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige kaum mehr nachvollziehen können, welche Leistungen in Anspruch genommen werden können; es hemmt sie auch, ein passgenaues, auf ihre Bedarfe und Bedürfnisse ausgerichtetes Pflegesetting zu gestalten und macht die tatsächliche Inanspruchnahme davon abhängig, ob es auch ein entsprechendes Versorgungsangebot gibt.

Mit einer Flexibilisierung des Leistungsrechts, das heißt durch die Zusammenfassung in Budgets, werden individuelle Versorgungslösungen besser möglich, die auch Angehörige entlasten und die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung effizienter einsetzen. Zur Flexibilisierung des Leistungsrechts sowie zur Stärkung der Person-Zentrierung und Selbstbestimmung soll unabhängig vom Ort, aber abhängig vom Pflegegrad ein Anspruch auf ein Basisbudget (Geldleistung zur eigenen Sicherstellung der

Pflege in informellen Settings) und ein Sachleistungsbudget (für Pflegesettings unter Einbindung von Pflegeeinrichtungen) bestehen.

Die AOK-Gemeinschaft spricht sich für die Flexibilisierung des Leistungsrechts und eine ausgabenneutrale Aufhebung der ambulanten und stationären Sektorentrennung innerhalb der Pflegeversicherung aus. Damit erfolgt insgesamt eine generelle Neuordnung des Leistungsrechts unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Das Leistungsrecht kann dadurch insgesamt vereinfacht und durch die pflegebedürftigen Menschen flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden.

Frühzeitige Unterstützungsangebote für Menschen mit geringen Beeinträchtigungen in relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens im Pflegegrad 1

Leistungsansprüche im Pflegegrad 1 dienen der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit. Die Beeinträchtigungen der Menschen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende und edukative Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits ein voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will. Entsprechend ist der Pflegegrad 1 leistungrechtlich insbesondere mit Ansprüchen auf Pflegeberatung, auf Entlastung im Alltag in Höhe von 131 Euro für vom Land anerkannte Angebote, auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sowie Pflegehilfsmittel ausgestattet.

Im Rahmen der Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum „Zukunftspakt Pflege“ wird unter anderem der Umgang mit dem Pflegegrad 1 diskutiert. Die öffentlich bekannt gewordenen Positionen reichen von der Abschaffung des Pflegegrads 1 über die Beibehaltung des Status quo bis hin zu seiner Weiterentwicklung als Präventionspflegegrad. Angestoßen und geprägt sind die Diskussionen auch von Bemühungen um die Sicherstellung der finanziellen Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung.

Die AOK-Gemeinschaft spricht sich für eine Weiterentwicklung des Pflegegrades 1 aus. Pflegebedürftige Menschen im Pflegegrad 1 haben nachweislich festgestellte Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Um ihre Selbstständigkeit und damit eine selbstbestimmte Lebensführung zu erhalten, sind präventive Aspekte in den Vordergrund zu stellen. Hier kann das „Präventionspflege“-Konzept der AOK-Gemeinschaft einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten der Präventionspflege hierbei einmal für acht Wochen im Kalenderjahr in vollem Umfang, unabhängig vom Pflegesetting.

Erhöhung der Schwellenwerte für die Pflegegrade 1, 2 und 3

Mit Einführung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Leistungszugangsinstrumentes für die Pflegeversicherung zum 01.01.2017 wurden - politisch motiviert und abweichend von den Empfehlungen der Wissenschaft - die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 bis 3 herabgesetzt, um Menschen einen schnelleren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen. Mit Blick auf die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung rückt auch die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den fachpolitischen Fokus. Waren im Jahr 2017 3,4 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung, waren es im Jahr 2024 5,6 Mio. Menschen. Diese Entwicklung liegt über dem Niveau, das demografisch zu erwarten wäre (Pflege-Report 2024).

Im Zukunftspakt Pflege werden Reformvorschläge daran gemessen, dass sie keine Mehrausgaben auslösen, die nicht unmittelbar auf die Demografieentwicklung zurückzuführen sind, gleichzeitig aber auch nicht zu einer Entwertung der Leistungen der SPV führen. Eine Überlegung ist hier, die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1, 2 und 3, ab denen jeweils eine Höherstufung in den nächsten Pflegegrad erfolgt, auf die von der Wissenschaft ursprünglich empfohlenen Schwellenwerte hochzusetzen.

Die Festlegung der Schwellenwerte für den Pflegegrad 1 (bisher 12,5 bis unter 27, neu 15 bis unter 30) würden bei einer rechnerischen Übertragung der Schwellenwerte auf die abgeschlossenen Begutachtungen von AOK-Versicherten aus dem Jahr 2024 61.643 Begutachtungen unter ceteris paribus Annahmen als nicht pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingruppiert. Dies entspricht 30,1 % der als Pflegegrad 1 begutachteten Fälle der AOK-Versicherten im Jahr 2024. 78.319 Begutachtungen wären durch die Hochstufung von bisher 27 bis 47,5 auf neu 30 bis unter 50 im Ergebnis im Pflegegrad 1 statt im Pflegegrad 2 verortet, was 20,9 % der als Pflegegrad 2 begutachteten Fälle entspricht. 80.284 Begutachtungen wäre im Ergebnis im Pflegegrad 2 statt im Pflegegrad 3 (26 % der als Pflegegrad 3 begutachteten Fälle). Auf Basis aller im Jahr 2024 abgeschlossenen Begutachtungen in der Pflege würde damit 5,56 % der Begutachtungen der AOK-Versicherten keinen Pflegegrad mehr zuerkannt werden und 14,31 % in einem niedrigeren Pflegegrad eingruppiert.

Steigende Sozialversicherungsbeiträge und Steuerlasten wie auch der demografische Wandel erfordern tiefgreifende Reformen der Sozialversicherungs- und Sozialleistungssysteme; welchen Gruppen in welchem Umfang etwas zugemutet werden kann beziehungsweise muss (Kürzung von Leistungen, Stärkung der Eigenverantwortung) ist eine gesellschaftspolitische Frage, deren Beantwortung in der Verantwortung der politischen Entscheidungsträger liegt.