

Berlin, 19. April 2026

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

A. Allgemeiner Teil

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die Vorlage des Referentenentwurfs für ein **Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze** in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und machen davon gerne Gebrauch. Als DRK unterstützen wir das Ansinnen der Bundesregierung, die strukturelle **Deckungslücke**, zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung auszugleichen, um neben der **Beitragsstabilität** auch die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu gewährleisten.

Die bis zum Jahr 2030 prognostizierte Deckungslücke von bis zu 40 Mrd. Euro in der GKV stellt eine essenzielle Bedrohung für die Aufrechterhaltung der **Gesundheitsversorgung** dar. Tatenlos zuwartend könnte dies nicht nur die Privathaushalte und Unternehmen des Landes belasten, sondern auch eine „kalte Strukturbereinigung“ von systemrelevanter, gesundheitlicher Infrastruktur bedeuten. Bemessen am Bruttoinlandsprodukt hat Deutschland im direkten europäischen Vergleich zwar die höchsten **Gesundheitsausgaben**, aber nur mittelmäßige **Gesundheitsergebnisse**. Andere Länder erreichen mit geringeren finanziellen Mitteln deutlich bessere Werte bei den Gesundheitsindikatoren.

Deshalb ist es richtig und wichtig, jetzt **ausgabenbegrenzende Reformen** im Gesundheitswesen anzustreben. Allerdings halten wir es für notwendig, hierbei nicht nur die Einnahmen und Ausgaben der GKV zu betrachten, sondern auch die **Systemarchitektur** als Ganzes in den Blick zu nehmen, um nicht nur zu sparen, sondern auch systemimmanente **Effizienzreserven** zu heben. Dies erfordert insbesondere einen Paradigmenwechsel, weg von einer kurativ angelegten Gesundheitsversorgung, hin zu einem gesundheitsförderlichen und präventiv ausgerichteten Gesundheitssystem, das auch angrenzende Sektoren berücksichtigt.

Gleichzeitig gilt es wesentliche, für die Bevölkerung unverzichtbare Aufgabenbereiche zu schützen, gerade vor dem Hintergrund der besonderen **Aufgaben nach dem DRK-Gesetz**.

Die beabsichtigte Kopplung von **Leistungsvergütungen** an die Grundlohnsummenrate sowie die Entpflichtung von der **Refinanzierung von Tarifgehältern** lehnen wir daher entschieden ab. Ohne vollständige Refinanzierung werden tarifgebundene Träger strukturell benachteiligt, was auf kurz oder lang zu einer Abwärtsspirale führen wird. Hierdurch sehen wir relevante **Aufgabenfelder des DRK** in der gesundheitlichen Daseinsvorsorge gefährdet, insbesondere im Rettungswesen, in der Krankenhausversorgung, den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, sowie im Hausnotruf und der ambulanten Pflege. Stattdessen gilt es unserer Ansicht nach vor allem, die **versicherungsfremden Leistungen** viel stärker in den Blick zu nehmen, als das im vorliegenden Entwurf geschehen ist. Allein durch die vollständige Finanzierung der **Krankenkassenbeiträge der Bürgergeldempfänger** aus Steuermitteln würden in der GKV rund 12 Mrd. eingespart werden. Auch könnte über eine Konsolidierung der Krankenkassenlandschaft nachgedacht werden, um administrative Kosten zu senken.

Und nicht zuletzt muss, allen Sparzwängen zum Trotz, an einer Steigerung der **Widerstandsfähigkeit** des Gesundheitswesens festgehalten werden, um im Krisen- und Katastrophenfall ausreichend handlungsfähig zu sein, gerade vor dem Eindruck der multiplen Gefährdungs- und Bedrohungslagen unserer Zeit.

Zu begrüßen ist dagegen die einmalige Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze** im Jahr 2027 um rund 300 Euro, wenngleich an dieser Stelle zumindest eine Dynamisierung wünschenswert wäre, wie sie an vielen anderen Stellen des Referentenentwurfs Eingang gefunden hat. Ebenso positiv zu erwähnen ist die Einführung eines ergänzenden, dynamisierenden **Herstellerabschlags** für insbesondere hochpreisige Arzneimittel. Ausdrücklich gewürdigt wird die Streichung der **extrabudgetären Vergütung** für Leistungen in Verbindung mit der Terminservicestelle im vertragsärztlichen Sektor. Gleichzeitig darf sich hierdurch keine Verschlechterung bei der Terminvergabe für GKV-Versicherte ergeben. Weiterhin bewerten wir die **Begrenzung der Verwaltungskosten** der Krankenkassen sowie die Deckelung der Gehälter von Führungskräften der Krankenkassen, Medizinischen Dienste und Kassenärztlichen Vereinigungen positiv.

Ferner begrüßen wir sehr, dass die Gesundheitsministerin im Rahmen ihrer Pressekonferenz vom 14.04.2026 die (höhere) **Besteuerung der Genussmittel** Alkohol, Tabak, und Zucker für sinnvoll erachtet hat. Als Deutsches Rotes Kreuz möchten wir dies ausdrücklich unterstützen und uns dafür einsetzen, dass noch in diesem Jahr ein entsprechendes Gesetzesverfahren durch das zuständige Ressort gestartet wird. Wünschenswert wäre, diese Steuererträge zweckgebunden in einen **Präventionsfonds** zu überführen, durch den dann gemeindenahere Angebote der Gesundheitsfürsorge, z.B. Community Health Nurses, finanziert werden könnten. Auch die Idee der Einführung sogenannter Gesundheitskioske in strukturell unterentwickelten Regionen halten wir nach wie vor für erstrebenswert.

B. Besonderer Teil

Artikel 1: Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch

Zu §§ 36 „Festbeträge für Hilfsmittel und 127 „Verträge“

Auch wenn der **Hausnotruf** grundsätzlich ein Pflegehilfsmittel ist, welches durch die Pflegekasse und nicht durch die Krankenkassen refinanziert wird, treffen die im Gesetzesentwurf geplanten Änderungen der §§ 36 und 127 SGB V auch auf den Bereich Hausnotruf zu.

Offen bleiben die Fragen, ob der **Hausnotruf** tatsächlich als geeignetes Hilfsmittel für die Festlegung eines Festbetrages eingestuft werden kann, ob dann tatsächlich die entsprechenden Kalkulationen eingefordert werden und ein entsprechender Aufwand betrieben wird, wie in § 36 SGB V beschrieben. Immerhin haben nahezu alle Leistungserbringer bereits bundesweit einen einheitlichen Höchstpreis über den Bundesverband HNR mit dem GKV-SV vereinbart. Die pauschale Festlegung von Festbeträgen birgt generell die Gefahr, dass tatsächliche Kostensteigerungen – bedingt durch Inflation, steigende Personal- und Energiekosten sowie wachsende Qualitätsanforderungen – nicht mehr angemessen berücksichtigt werden. Dies führt mittel- bis langfristig zu wirtschaftlichen Schieflagen bei Leistungserbringern, die sich als Ultima Ratio aus der Versorgung zurückziehen müssen.

Kritisch sind auch die geplanten Anpassungen im § 127 SGB V zu betrachten. Gemäß den Anpassungen würde auch für Vertragsverhandlungen im **Hausnotruf** die Regelung gelten, dass Vergütungssteigerungen maximal auf die Grundlohnsummenrate – minus einen Prozentpunkt – begrenzt sind. Eine qualitativ hochwertige Versorgung setzt jedoch voraus, dass zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern weiterhin sachgerechte und wirtschaftlich tragfähige Vergütungsverhandlungen geführt werden können, die auf realen Kostensteigerungswerten basieren.

Hilfsmittel erfüllen eine wesentliche Funktion für die Lebensqualität, Selbstständigkeit und Teilhabe der Nutzenden. Das DRK spricht sich entschieden dafür aus, den derzeitigen Verhandlungsspielraum im Hilfsmittelbereich zu erhalten.

Zu § 111 „Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“

Anders als in anderen Versorgungsbereichen, bestehen in der **Rehabilitation und Vorsorge** keine vergleichbaren Regelungen für eine verbindliche Anwendung und Refinanzierung von tariflich vereinbarten Gehältern.

Dennoch haben sich die Einrichtungsträger im Vertrauen auf die politische Zielsetzung einer fairen Entlohnung bewusst zu einer tariflichen Bindung verpflichtet. Die Refinanzierung tariflich vereinbarter Gehälter wurde daraufhin in den Vorsorge- und Reha-Empfehlungen explizit festgehalten und kann nicht mehr ohne weiteres zurückgenommen werden. Gerade dort ist eine verlässliche Finanzierung tariflicher Entgelte von zentraler Bedeutung, denn gemeinnützige tarifgebundene Einrichtungen haben aufgrund ihrer Non-Profit-Orientierung keine Möglichkeiten zur anderweitigen Kompensierung von Erlösdefiziten.

Mit besonderer Sorge betrachten wir entsprechend die Auswirkungen auf **Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen**. Dort bedeutet die Streichung der Tariffinanzierung, dass sich die schon heute bestehende Unterversorgung verschärft. Denn die in Folge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes zum 1. Juli 2025 geschlossenen Rahmenempfehlungen haben erstmals dazu geführt, dass Personalkorridore und Nachweispflichten definiert wurden und für tarifgebundene Einrichtungen refinanziert werden.

Entfällt die Tarifbindung, können die **Rehaeinrichtungen** das Personal nicht mehr finanzieren. Das würde die heute schon bestehenden Wartelisten z.B. in der Geriatrie, aber auch in der Anschlussheilbehandlung deutlich verlängern. In den **Mutter-Kind-Einrichtungen** hätten Angebotsreduzierungen negative Folgen für die Versorgung von besonders vulnerablen Familien, alleinerziehende Frauen und chronisch kranken Menschen.

Nicht nur die Coronapandemie hat gezeigt, welche Bedeutung die Rehabilitation und Vorsorge für die Bevölkerungsgesundheit hat. Das DRK spricht sich dafür aus, dass die Tarifbindung in der Rehabilitation und Vorsorge weiter aufrechterhalten wird.

Zu §§ 132 „Versorgung mit Haushaltshilfe“, 132a „Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ und 132l „Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege“

Seit dem 1. September 2022 gilt im SGB XI die Tariftreueregelung. Gemäß § 72 SGB XI dürfen demnach Versorgungsverträge nur noch mit **Pflegeeinrichtungen** geschlossen werden, die Gehälter bezahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart sind. Pflegeeinrichtungen, die nicht an solche Regelungen gebunden sind, müssen eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags oder die regional üblichen Entlohnungsniveaus nicht unterschreitet. Dies wird durch die geplanten Änderungen in den §§ 132, 132a und 132l vollständig konterkariert.

Die verlässliche Refinanzierung tariflicher Vergütungen ist eine zentrale Voraussetzung für stabile Arbeitsbedingungen in der **ambulanten Pflege**. Sie ist eine Errungenschaft, für die sich das DRK seit Jahren eingesetzt hat. Die Tariftreueregelungen des Gesundheitsversorgungs-

Weiterentwicklungsgesetz haben sich rückblickend bewährt und die Versorgung deutlich verbessert.

Eine Abkehr von der Tariffinanzierung würde in der Praxis wachsenden wirtschaftlichen Druck auf **Pflegedienste**, steigende Belastungen für Beschäftigte durch Arbeitsverdichtung, Qualitätsverluste und letztlich eine weitere Verschärfung des Pflegekräftemangels bedeuten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vergütungsfindung im SGB V in der Regel auf einem pauschalierten, historisch gewachsenen Ansatz fußt. Die Gesteungskosten der **Pflegedienste** werden schon heute nicht vollständig erfasst und auskömmlich refinanziert. Ebenso würde sich jede Änderung der Refinanzierung im SGB V unmittelbar auf das SGB XI durchschlagen und somit auch die Versorgungssicherheit in der stationären Pflege gefährden.

Dazu kommt, dass die geplante Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnsummenrate abzüglich eines Prozentpunkts die bestehenden arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht aufhebt. Die **Pflegedienste** blieben an die vereinbarten Entgelte gebunden. Individualvertragliche Änderungen wären ausschließlich einvernehmlich oder durch betriebsbedingte Änderungskündigungen durchsetzbar, deren Überprüfung vor den Arbeitsgerichten ungewiss ist. Gerade letzteres wäre angesichts des massiven Fachkräftemangels und der ohnehin überlasteten Belegschaft arbeitsmarktpolitisch wie betriebswirtschaftlich verheerend.

In der Gesamtschau stellt es sich zudem widersprüchlich dar, dass der Bund mit dem Bundestariftreugesetz tarifliche Bezahlung in anderen Bereichen ausdrücklich stärkt, während im Gesundheitswesen gleichzeitig die Voraussetzungen für deren Finanzierung geschwächt werden sollen. Eine solche Inkonsistenz gefährdet die Glaubwürdigkeit der politischen Zielsetzung, die Tarifbindung insgesamt zu stärken.

Freigemeinnützige Pflegedienste sind oft die einzigen, die die Versorgung auch in entlegenen Regionen gewährleisten. Das DRK spricht sich dafür aus, dass die Tarifbindung in der ambulanten Pflege weiter aufrechterhalten wird.

Zu § 133 „Versorgung mit Krankentransportleistungen“

Durch die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate sowie zusätzliche Dämpfungsmechanismen stellt der Entwurf einen fundamentalen Systemwechsel der Finanzierungsregelung im Rettungsdienst dar. Der vorliegende Entwurf setzt einseitig auf Ausgabenbegrenzungen und verlagert Risiken in erheblichem Umfang auf die Leistungserbringer.

Aus Sicht des DRK darf das Ziel der Ausgabenbegrenzung in der GKV nicht zulasten der Durchführenden im Rettungsdienst erfolgen und damit zulasten der Versorgungssicherheit der Bevölkerung.

Gerade der **Rettungsdienst ist geprägt von dynamischen, am Versorgungsbedarf ausgerichteten Entwicklungen**. Mit der vorgesehenen Einbeziehung in die grundlohnbasierte Vergütungsentwicklung wird ein System etabliert, in dem die spezifischen strukturellen Besonderheiten des Rettungsdienstes – insbesondere die hohe Fixkostenlast der Vorhaltung – nicht berücksichtigt sind.

In einem Umfeld von steigenden Löhnen, Inflation und wachsender Nachfrage führt eine pauschale Begrenzung unabhängig vom realen Versorgungsbedarf mittel- bis langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, Investitionshemmnissen und Risiken für die flächendeckende Versorgungssicherheit.

Daher müssen für den Rettungsdienst eigenständige Finanzierungsmechanismen erhalten bleiben, insbesondere zur Abbildung von Vorhaltekosten und Einsatzdynamiken.

Auch die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten muss auch in Zukunft uneingeschränkt sichergestellt sein, denn insbesondere eine tarifvertragliche Entlohnung der Mitarbeitenden sichert die Personalbindung, damit langfristig auch die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes und somit auch die Versorgungssicherheit der Bürgerinnen und Bürger.

Die Kombination aus begrenzten finanziellen Mitteln, wachsendem Personalbedarf und steigender Leistungsnachfrage, birgt erhebliche Risiken für die Qualität der Versorgung und die flächendeckende Sicherstellung im Rettungsdienst. Eine unzureichende Finanzierung der Rettungsdienste als kritische Infrastruktur führt zwangsläufig zu wirtschaftlicher Instabilität bis hin zu Insolvenzen der Leistungserbringer, zu Unsicherheit in Entgeltverhandlungen und zu steigenden Konflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Insbesondere gemeinnützige Organisationen haben keine Spielräume, steigende Personalkosten anderweitig auszugleichen.

Vor diesem Hintergrund spricht sich das DRK für eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst aus, auch derjenigen, die über die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen.

Ohne substantielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden.

Das DRK als größter Leistungserbringer im Rettungsdienst fordert daher eine grundlegende Überarbeitung der vorgesehenen Regelungen unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen des Rettungsdienstes.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu §§ 6a „Vereinbarung eines Pflegebudgets“ und 8 „Berechnung der Entgelte“

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird das bislang geltende Prinzip der Selbstkostendeckung des **Pflegebudgets** faktisch aufgehoben. Als Ausgangsgrundlage für die Budgetverhandlungen dient künftig nicht mehr die tatsächliche Kostensituation des **Krankenhauses**, sondern das Vorjahresbudget, das zukünftig durch den Veränderungswert nach oben gedeckelt werden soll. Ausnahmen, die ein Überschreiten dieses Veränderungswertes ermöglichen, sind eng begrenzt und greifen ausschließlich bei verbindlichen Personalvorgaben, z.B. durch Rechtsverordnungen oder G-BA-Beschlüsse. Zusätzlich soll ab 2027 die Finanzierung der pflegetlastenden Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent entfallen.

Als DRK sehen wir in dieser Regelung eine erhebliche Gefahr für die **pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern**, gerade für die freigemeinnützigen Träger. Da eine exakte Einhaltung des Pflegebudgets in der Praxis kaum möglich ist und jedes tatsächliche Überschreiten unmittelbar zu Rückzahlungsverpflichtungen führt, ist davon auszugehen, dass die Pflegebudgets – gemessen an den tatsächlich steigenden Tariflöhnen – real abschmelzen werden. Dies wird mittelfristig zu sinkenden Personalzahlen in der Pflege führen, was wieder Arbeitsverdichtung und Mehrbelastung bedeutet. Dies ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, in denen wir gelernt haben, dass gerade diese Faktoren wesentliche Treiber für den Fachkräftemangel in der Pflege darstellen, kontraproduktiv.

Die Pflege ist das Rückgrat der Krankenhausversorgung. Kürzungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Das DRK setzt sich dafür ein, dass am Grundsatz einer bedarfsgerechten und kostendeckenden Finanzierung des Pflegebudgets festgehalten wird.

Zu §§ 9 „Vereinbarungen auf Bundesebene“, 10 „Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“ und 14 „Genehmigung“

Der Gesetzesentwurf sieht eine grundlegende Umkehrung der bisherigen **Meistbegünstigungsklausel** vor. Während bislang der jeweils höhere Wert aus Veränderungsrate und Orientierungswert als Obergrenze für den Veränderungswert galt, soll künftig der jeweils niedrigere Wert maßgeblich sein. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird auf die Veränderungsrate zusätzlich ein Abzug von einem Prozentpunkt angewendet. In den Jahren 2028 und 2029 soll die Veränderungsrate zudem ohne Berücksichtigung der

außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt werden. Gleichzeitig entfällt die **Tarifrata** als eigenständiges Refinanzierungsinstrument ersatzlos.

Das DRK sieht in dieser Regelung eine strukturell angelegte und wachsende Finanzierungslücke für die **Krankenhäuser** in DRK-Trägerschaft. Die bestehende Systematik stellt bereits heute sicher, dass Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächliche Kostenentwicklung. Die darüberhinausgehenden Kürzungen sind daher sachlich nicht begründbar und wirken willkürlich.

Besonders problematisch ist der systemimmanente zeitliche Verzug bei der Berücksichtigung von Kostenentwicklungen, der dazu führt, dass Tariflohnsteigerungen bereits heute systematisch unterfinanziert bleiben. Die Abschaffung bewährter Ausgleichsmechanismen – **Tarifrata** und **Meistbegünstigungsklausel** – verschärft diese Problematik erheblich und wiederholt Fehler der Vergangenheit. Für die Tarifrata 2026 entsteht durch die ersatzlose Streichung aller entsprechenden Regelungen zudem erhebliche Rechtsunsicherheit.

Wenn die gesetzliche Obergrenze des Veränderungswertes strukturell unter der tatsächlichen Kostenentwicklung liegt, ist eine auskömmliche Finanzierung zugelassener **Krankenhäuser** systematisch gefährdet. Die Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V wird damit zur dominierenden Leitnorm erhoben, ohne die nach § 70 SGB V gleichgewichtig zu beachtenden Versorgungsziele angemessen zu berücksichtigen. Verschärfend kommt hinzu, dass Ausnahme- oder Härtefallregelungen – etwa für Regionen mit überdurchschnittlicher Kostenentwicklung, Tarifschüben oder Energiekrisen – vollständig fehlen, was die Verhältnismäßigkeit der Regelung in Frage stellt.

Die strukturelle Entkopplung von Kostenentwicklung und Vergütung destabilisiert die Krankenhausfinanzierung und gefährdet die Versorgungssicherheit. Das DRK spricht sich dafür aus, an den bewährten Instrumenten der Meistbegünstigungsklausel und Tarifrata festzuhalten.

C. Sonstiges

Entlastungsprämie 2026 und Refinanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen

Der Gesetzgeber sieht die Möglichkeit vor, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine steuer- und sozialabgabenfreie Inflationsprämie zu gewähren, um sie angesichts der gegenwärtig zu verzeichnenden und mittelfristig zu erwartenden Preissteigerungen finanziell zu entlasten. Als DRK begrüßen wir diese Intention ausdrücklich. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen leisten täglich unverzichtbare Arbeit unter anspruchsvollen Bedingungen und verdienen eine angemessene Anerkennung und finanzielle Entlastung.

Allerdings steht die Zielsetzung der Prämie in einem erheblichen Widerspruch zu den gleichzeitig geplanten Sparmaßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege finanzieren sich aus Beiträgen, Entgelten und Zuweisungen verschiedener Kostenträger – sie erwirtschaften keine Gewinne oder Rücklagen, aus denen zusätzliche Prämien eigenständig bestritten werden könnten. Die im vorliegenden Entwurf vorgesehenen Kürzungen bei der tariflichen Refinanzierung in der Pflege sowie bei Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nehmen der Errungenschaft der Tariftreueregelung ihre finanzielle Grundlage. Krankenhäuser in gemeinnütziger Trägerschaft, die bereits heute vielfach Verluste verzeichnen, werden durch die geplanten Kürzungen in ernsthafte wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Auch in der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe drohen aufgrund des finanziellen Drucks auf die Kommunen weitere Mittelkürzungen.

Eine steuerliche Entlastungsmaßnahme für Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen entfaltet nur dann ihre volle Wirkung, wenn die Einrichtungen, die diese Beschäftigten tragen, auch wirtschaftlich in der Lage sind, die entsprechende Leistung zu erbringen. Darüber hinaus konterkarieren die geplante Rücknahme der tariflichen Refinanzierung und die Budgetkürzungen die Intention der Prämie, sodass sie den Beschäftigten in der Praxis kaum etwas nützen wird, und die Träger zusätzlich belastet.

Marc Nellen

Bereichsleiter Jugend und Wohlfahrtspflege

Dr. Heike Spieker

Bereichsleiterin Nationale Hilfsgesellschaft

D. Kontakt

Christian Hener

C.Hener@drk.de

Referent für Pflegeberufe und Kompetenzentwicklung in der Pflege

Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Generalsekretariat

Benjamin Fehrecke-Harpke

B.Fehrecke@drk.de

Koordination Altenhilfe und Pflege / Stv. Leitung

Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Generalsekretariat

Elisabeth Köhne

E.Köhne@drk.de

Referentin Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz

Team Nationales Krisenmanagement / Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Generalsekretariat

Das DRK unterstützt bundesweit

- in 533 Pflegeeinrichtungen, die 41.708 stationäre Pflegeplätze bereitstellen
- mit 588 Pflegediensten, die 52.774 Personen in der Häuslichkeit versorgen
- in 38 Krankenhäusern
- in 10 stationären Kurkliniken für Mütter und Väter mit ihren Kindern
- mit 150 Beratungsstellen zu Eltern-Kind-Kuren und Kuren für pflegende Angehörige
- mit 51 Pflegeschulen in der DRK-Gemeinschaft, von denen 50 die generalistische Pflegeausbildung und 39 eine Berufsausbildung in der Pflegehilfe/ Pflegeassistenz anbieten
- in 31 DRK-Schwesternschaften, die rund 20.000 Rotkreuzschwestern und Berufsangehörige der DRK-Schwesternschaften vereinen
- in 110 betreuten Wohngemeinschaften mit 2.500 Plätzen
- mit über 300 geschulten Ehrenamtlichen, die in 31 Kreisverbänden den aktivierenden Hausbesuch anbieten
- durch Gesundheitskurse und Bewegungsprogramme in 274 Kreisverbänden
- durch 60 Selbsthilfegruppen
- mit 36 Suchtberatungs- und Suchthilfeangeboten
- mit über 390.000 Hausnotrufanschlüssen
- mit 37.000 Hauptamtlichen und 23.000 Ehrenamtlichen, die jährlich in Erster Hilfe ausgebildet werden