



Ausschussdrucksache 21(13)9g-neu
vom 1. Oktober 2025

Schriftliche Stellungnahme

Öffentliche Anhörung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

„Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung“

BT-Drucksache 21/1493

Antonia Walch

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)

01.10.2025

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein
Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung
(Pflegefachassistenzgesetz – PflFAssG)**

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) unterstützt das Ziel, die Pflegefachassistentenausbildung bundesweit zu vereinheitlichen. Dabei ist aus unserer Sicht ein niederschwelliger Zugang zu den Pflegeberufen, verbunden mit der Möglichkeit einer anschließenden, aufbauenden Qualifizierung essenziell, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und möglichst viele Auszubildende zu gewinnen.

Der Bedarf an Pflegekräften steigt kontinuierlich. Der daraus resultierende Pflegekräftemangel betrifft inzwischen sämtliche Indikationen und Fachbereiche, auch die medizinische Rehabilitation. Gleichzeitig nimmt die Zahl pflegebedürftiger Menschen stetig zu. Um dieser wachsenden Nachfrage an Pflegekräften gerecht zu werden, ist es dringend erforderlich, zusätzliche und niedrighschwellige Ausbildungsangebote zu schaffen und mehr Ausbildungsplätze bereitzustellen, insbesondere auch im ländlichen Raum.

Im Zuge der voranschreitenden Ambulantisierung ist davon auszugehen, dass die Verweildauer der Patient:innen in Akutkliniken weiter verkürzt wird. Künftig werden Patient:innen früher in die medizinische Rehabilitation oder in die ambulante Versorgung entlassen. Längere Beobachtungen von Krankheitsverläufen – etwa im Hinblick auf Wundheilung, funktionelle Genesung oder psychische Reaktionen auf Krankheit – werden dadurch u.a. überwiegend in der medizinischen Rehabilitation erfolgen. Damit werden diese Einrichtungen zu einem wichtigen Lernort für den Erwerb umfassender pflegerischer Kompetenzen.

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen verfügen über besondere fachliche Qualifikationen und bieten Auszubildenden einzigartige Lernmöglichkeiten. Sie ermöglichen eine kontinuierliche, patientenzentrierte Betreuung über einen längeren Zeitraum. Hier können Auszubildende essenzielle pflegerische Kompetenzen erwerben, wie die Beobachtung von Krankheitsverläufen, die Begleitung von Rehabilitationsprozessen sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen und komplexen Erkrankungen.

Aus Sicht des BDPK ist es daher dringend geboten, medizinische Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung sowohl für die Pflegefachausbildung als auch für die Pflegefachassistentenausbildung zuzulassen. Durch die Einbindung zusätzlicher Ausbildungsträger kann nicht nur die Zahl der dringend benötigten Pflegekräfte erhöht, sondern auch die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert werden. Darüber hinaus wird durch die verstärkte Einbindung von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, die häufig im ländlichen Raum angesiedelt sind, insbesondere Menschen auf dem Land vermehrt die Möglichkeit einer Ausbildung eröffnet. Schlussendlich muss auch durch die Krankenhausreform und die damit verbundene Konzentration von Krankenhäusern mit einem Wegfall von Ausbildungsplätzen in Krankenhäusern gerade in ländlichen Gebieten gerechnet werden. Die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind bereit und in der Lage, einen substantiellen Beitrag zur Reduzierung des Pflegekräftemangels zu leisten und sich aktiv in der Ausbildung einzubringen – weit über die bislang vorgesehenen 160 Stunden im Rahmen der „weiteren Einsätze“ hinaus.

Stellungnahme zur Einführung einer Pflegefachassistentenausbildung

Die Krankenhäuser, medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen brauchen dringend qualifiziertes Pflegepersonal, sowohl examinierte Pflegefachkräfte als auch unterstützende Pflegefachassistentenkräfte.

Daher ist auch die derzeitige Anrechnungsquote für Pflegehilfskräfte im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sowie der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) und deren Refinanzierung entsprechend anzupassen. Gleiches gilt für die Personalvorgaben der Deutschen Rentenversicherung als auch der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen.

Darüber hinaus sind die Personalschlüssel in vollstationären Pflegeeinrichtungen, beispielsweise gemäß § 113c SGB XI, entsprechend zu überarbeiten. Bei der Festlegung der Qualifikationsanforderungen im Rahmen der Personalausstattung ist insgesamt eine flexible Ausgestaltung zu gewährleisten.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

- **Zu Artikel 1 § 4 Absatz 3 Punkt 2 PflFAssG**

Beabsichtigte Regelung:

§ 4 Absatz 3 Punkt 2 regelt die Übertragung bzw. Weiterübertragung von geeigneten Maßnahmen durch die Ärztin oder den Arzt bzw. durch das Pflegefachpersonal.

Stellungnahme:

Gemäß § 28 Abs. 1 SGB V, Arbeitsvertrag sowie nach der Delegations-Vereinbarung kann der Arzt oder die Ärztin gemäß den Grundsätzen der Delegation, delegierte Aufgaben nur an ausreichend qualifizierte Mitarbeitende übertragen. Dabei ist die Ärztin oder der Arzt bei jeder Delegation ärztlicher Maßnahmen verpflichtet, sich von der Qualifikation der delegierten Person selbst zu überzeugen. Hierbei trägt die Ärztin oder der Arzt stets die Delegationsverantwortung und die Durchführungsverantwortung liegt beim ausführenden Mitarbeitenden. Nach unserer Auffassung kann infolgedessen nur eine direkte Delegation erfolgen und keine Weiterübertragung der ärztlichen Delegation über eine Pflegefachperson an eine Pflegefachassistenz.

Vorschlag:

§ 4 Absatz 3 Punkt 2 wird wie folgt geändert:

1. ärztlich angeordnete, zur Übertragung geeignete Maßnahmen nach Übertragung durch die Ärztin oder den Arzt ~~oder nach Weiterübertragung durch die Pflegefachperson eigenständig durchzuführen,~~

- **Zu Artikel 1 § 6 PflFAssG – Durchführung der praktischen Ausbildung**

Beabsichtigte Regelung:

In § 6 wird geregelt, in welchen Einrichtungen die Pflichteinsätze durchgeführt werden dürfen. Rehabilitationseinrichtungen sind nicht benannt, obwohl sie grundsätzlich zur Pflegefachausbildung geeignet sind.

Stellungnahme:

Der Bedarf an Pflegekräften steigt jedes Jahr. Laut dem Statistische Bundesamt (Destatis) könnte sich die Versorgungslücke im Pflegebereich in Deutschland bis zum Jahr 2049 auf 280.000 bzw. 690.000 Fachkräfte belaufen¹. Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich bis 2055 auf 6,8 Millionen erhöhen². Der Pflegekräftemangel betrifft auch alle Indikationen/Fachbereiche in der medizinischen Rehabilitation. Durch die Aufnahme der Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung können mehr Pflegekräfte ausgebildet werden und die Rehabilitationseinrichtungen erhalten die Möglichkeit, Pflegekräfte zu binden.

¹ [Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt - Statistisches Bundesamt](#)

² [Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#)

Aufgrund des demografischen Wandels spielt die Pflege im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen eine immer größere Rolle. In den Rehabilitationseinrichtungen arbeiten 21.000 Pflegevollzeitkräfte. Rehabilitationseinrichtungen sind als praktischer Ausbildungsort sehr gut geeignet, da die Pflegeprozesse am Patienten über einen längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Reha-Pflege sehr gut planbar ist. Die Einrichtungen sind in der Lage einen Großteil der Ausbildungsinhalte in ihren Einrichtungen zu vermitteln. Für die übrigen Inhalte müssen sie – wie die anderen Ausbildungsträger auch – Kooperationen organisieren. Die Einrichtungen können sicherstellen, dass der überwiegende Teil der Stunden der Ausbildung beim Träger durchgeführt werden können. Die Einrichtungen sind auch bereit, sich an den Ausbildungskosten zu beteiligen.

Vorschlag:

§ 6 Absatz 1 PflAssG wird wie folgt ergänzt:

4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

• **Zu Artikel 1 § 10 PflAssG – Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung**

Beabsichtigte Regelung:

Voraussetzung für die Pflegefachassistentenausbildung soll der Hauptschulabschluss oder ein anderer gleichwertiger Schulabschluss sein oder eine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Falle der Pflegefachassistentenausbildung soll der Zugang zur Ausbildung auch gewährt werden, wenn eine positive und sachlich begründete Prognose der Pflegeschule vorliegt, dass die Ausbildung erfolgreich absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden werden kann.

Stellungnahme:

Aus unserer Sicht sollte der Zugang zur Pflegefachassistentenausbildung so niederschwellig wie möglich sein. Insofern begrüßen wir die abweichende Regelung bei einer positiv und sachlich begründeten Prognose der Pflegeschule, dass die auszubildende Person die Ausbildung erfolgreich absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden werden kann, ermöglicht wird. Ergänzen möchten wir hier, dass neben der Pflegeschule auch der Träger der Praktischen Ausbildung eine positive und sachlich begründete Prognose vorlegen können sollte.

Vorschlag:

(2) Abweichend von Absatz 1 wird der Zugang zur Ausbildung gewährt, wenn eine positive und sachlich begründete Prognose der Pflegeschule **oder des Trägers der Praktischen**

Ausbildung vorliegen, dass die Ausbildung von der auszubildenden Person erfolgreich absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden werden kann.

- **Zu Artikel 1 § 25 Gleichwertigkeit und Anerkennung von Ausbildungen**

Der BDPK begrüßt die im Gesetzesentwurf vorgesehene Festlegung der grundlegenden Schritte zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Allerdings bedarf es aus unserer Sicht zusätzlich bundesweit einheitlicher Standards bei der Prüfung der Gleichwertigkeit sowie klarer Festlegungen zur maximalen Dauer der Anerkennungsverfahren, um langwierige Verfahren zu vermeiden und die Planbarkeit für Arbeitgeber wie auch Fachkräfte zu verbessern.

- **Zu Artikel 1 § 26 Eignungsprüfung oder Anpassungslehrgang**

Auch im Hinblick auf die vorgesehenen Eignungsprüfungen oder Anpassungslehrgänge sind aus Sicht des BDPK bundesweit einheitliche Prüfungsstandards erforderlich. Dies gilt sowohl für die Inhalte als auch für die Bewertungsmaßstäbe, um sicherzustellen, dass die Chancen auf das Bestehen der Prüfungen in allen Bundesländern gleich sind. Ein solcher Schritt würde nicht nur Transparenz und Verlässlichkeit für die Prüflinge schaffen, sondern gleichermaßen die Qualitätssicherung und den Patientenschutz stärken.

Vorschlag:

- (1) Die antragsstellende Person hat als Ausgleichsmaßnahme eine **bundeseinheitliche standardisierte** Eignungsprüfung, die sich auf die festgestellten und wesentlichen Unterschiede erstreckt, oder einen höchstens achtzehnmonatigen **bundeseinheitlich standardisierten** Anpassungslehrgang zu absolvieren, wenn (...)

- **Zu Artikel 1 § 27 Kenntnisprüfung oder Anpassungslehrgang**

Besonders für Fachkräfte aus Drittstaaten, für die künftig die Kenntnisprüfung den Regelfall darstellen soll, ist eine bundesweit einheitliche Ausgestaltung der Prüfungen zwingend erforderlich. Darüber hinaus sollte in diesem Zusammenhang eine Bundesdatenbank mit bereits geprüften und anerkannten Berufsabschlüssen eingerichtet werden. Eine solche Datenbank würde insbesondere bei Anträgen aus Drittstaaten die Verfahren erheblich beschleunigen, da bereits erfolgte Anerkennungen bundesweit transparent zugänglich wären. Sie würde Doppelprüfungen vermeiden, die Barrieren für ausländische Fachkräfte reduzieren und die Planungssicherheit für inländische Arbeitgeber erhöhen. Damit könnte nicht nur die Integration internationaler Fachkräfte verbessert, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der pflegerischen Versorgung geleistet werden.

- **Zu Artikel 3 - Änderung des Pflegeberufgesetzes**

Wie in der Einleitung erörtert, ist aus unserer Sicht eine Gesetzesänderung schnellstmöglich umzusetzen, denn durch die Aufnahme der Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung können mehr Pflegefach- und Pflegefachassistentenpersonen ausgebildet werden und die Rehabilitationseinrichtungen erhalten die Möglichkeit, Pflegekräfte zu binden. Siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 § 6 PflFAssG.

Vorschlag:

§ 7 Absatz 1 Pflegeberufgesetz wird wie folgt ergänzt:

4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

§ 3 Abs. 2 PflAPrV wird wie folgt ergänzt:

„(2) Die praktische Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung soll mindestens 1 300 Stunden umfassen. Ein Pflichteinsatz nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes und der Orientierungseinsatz sind beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführen. Ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung Träger der praktischen Ausbildung, können die Pflichteinsätze aufgeteilt werden; insgesamt sollen 1300 Stunden beim Träger durchgeführt werden. Der Vertiefungseinsatz soll beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt werden. Er ist in dem für den Vertiefungseinsatz gewählten Versorgungsbereich gemäß dem Ausbildungsvertrag durchzuführen.“

Weitere Folgeanpassungen in der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) durch die entsprechende Ergänzung der Rehabilitationseinrichtung als Träger praktischer Ausbildung notwendig.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.300 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

Fakten zur Pflegeausbildung in medizinischen Reha-Einrichtungen

Ausgangslage:

- Der Bedarf an Pflegekräften steigt jedes Jahr weiter an:
Aktuelle Hochrechnungen zeigen, dass in zehn Jahren bereits 90.000 Pflegekräfte fehlen werden, bis zum Jahr 2049 könnte sich diese Zahl auf 280.000 verdreifachen.¹
- Im Jahr 2023 waren 21.000 Pflegevollkräfte in rund 1.000 Reha-Einrichtungen beschäftigt
- Knapp 1,5 Millionen Patient:innen werden pro Jahr in Reha-Einrichtungen versorgt, wodurch Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert wird
- Reha-Einrichtungen dürfen derzeit keine Pflegekräfte ausbilden
- Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen kann derzeit nur im Rahmen des weiteren Einsatzes mit 80 (demnächst 160) Stunden stattfinden (Wahlstation)
- Reha-Einrichtungen brauchen Pflegekräfte – sie nehmen Patient:innen unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt auf und behandeln teils schwerkranke Menschen
- Reha-Einrichtungen möchten zur Reduzierung des Pflegekräftemangels beitragen!
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Pflegerat, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und der Berufsverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe sowie die AOK sprechen sich für Reha-Einrichtungen als zusätzlichen Ausbildungsträger aus

Lösungsvorschlag:

Reha-Einrichtungen werden als Träger der Praktischen Ausbildung sowohl für die Pflegefachausbildung als auch für die Pflegefachassistentenausbildung zugelassen.

Sind Reha-Einrichtungen in der Lage die Inhalte der Pflegeausbildung zu vermitteln?

Ja! Reha-Einrichtungen sind sehr gut für die Pflegeausbildung geeignet, da Pflegeprozesse in der Reha über einen längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Reha-Pflege sehr gut planbar ist. Pflegeausbildung in der medizinischen Reha ermöglicht dadurch u. a.:

- das Erlernen der Erhebung umfangreicher ICF-orientierter Pflegeanamnesen
- die Formulierung von Pflegediagnosen
- die Durchführung von Pflegevisiten
- die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation

¹ Statistisches Bundesamt: Pressemeldung NR. 033 vom 24. Januar 2024, unter:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html (abgerufen am 23.08.2024)

- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als lösungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten und weniger als Kompensation verlorener Funktionen
- die Integration interdisziplinär erhobener Befunde (u. a. Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung
- die Hospitationen bei beteiligten Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie), die der direkten Vermittlung von Inhalten wie bspw. Hilfsmittelversorgung, Erkennen und Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen, Hirnleistungsstörungen dienen
- die tägliche Anwendung theoretisch erworbener Inhalte zur Pflegeberatung durch die enge Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess.
- das Erlernen des im Pflegeberufegesetz (§ 5) benannten Ausbildungszieles ist nur in Reha-Einrichtungen möglich:
 - Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten
- Sofern nicht alle Inhalte vermittelt werden können, sind Kooperationen zur Abdeckung aller zu erlernenden curricularen Kompetenzen möglich; so wie es auch bei anderen Ausbildungsträgern erforderlich ist (insbesondere bei ambulanten Pflegeeinrichtungen).

Der Schwerpunkt der Ausbildung einschließlich einer der drei großen Pflichteinsätze (allg. stat. Akutpflege, allg. stat. Langzeitpflege oder allg. ambul. Akut- und Langzeitpflege) muss beim Träger der praktischen Ausbildung erfolgen.

Wie können Rehabilitationseinrichtungen in die vorgesehene praktische Ausbildung integriert werden und diese Maßgabe erfüllen?

- Die Rehabilitationseinrichtungen können fast alle Kompetenzen der Ausbildung vermitteln, so dass auch in diesem Bereich der Schwerpunkt der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung erfolgt.
- Die wenigen Bereiche, in welchen Rehaeinrichtungen die Möglichkeit der Kompetenzvermittlung fehlt, können über Kooperationspartner vermittelt werden, so wie es auch bei den anderen Ausbildungsträgern erfolgt.
- Für die rehabilitative Pflege soll es keine eigene Pflichtstation geben
- Da die Rehabilitation nicht eindeutig einem der drei festgelegten allgemeinen Versorgungsbereiche zugeordnet werden kann, könnten die vorgeschriebenen Stunden der Pflichteinsätze bei einer stationären Rehabilitationseinrichtung anteilig auf die stationäre Akutpflege (200 Stunden) und die stationäre Langzeitpflege (200 Stunden) entfallen. Die übrigen 200 Stunden der stationären Akutpflege könnten in einem kooperierenden

Krankenhaus, die übrigen 200 Stunden der stationäre Langzeitpflege in einem kooperierenden Pflegeheim abgeleistet werden.

- Somit entfallen im ersten und zweiten Ausbildungsdrittel mindestens 800 Stunden auf die Rehabilitationseinrichtung (s. Vorschlag am Ende).
- Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung müsste für die Reha-Einrichtungen entsprechend angepasst werden; s.u.: Vorschlag zu § 3 Abs. 2 PflAPrV

Welche Vorteile ergeben sich, wenn Reha-Einrichtungen Pflegeausbildungen durchführen?

- Es werden mehr Pflegefachkräfte ausgebildet als bisher, da zusätzliche Träger Auszubildende rekrutieren
- Reha-Einrichtungen hätten weniger Bedarf, Pflegefachkräfte am Arbeitsmarkt zu akquirieren und bringen zusätzliche Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt
- Durch die Krankenhausreform und die damit verbundene Konzentration von Krankenhäusern ist auch ein Wegfall von Ausbildungsplätzen in Krankenhäusern gerade in ländlichen Gebieten verbunden. Da Rehabilitationseinrichtungen häufig im ländlichen Raum angesiedelt sind, eröffnen sie insbesondere Menschen auf dem Land vermehrt die Möglichkeit einer Ausbildung.
- Sektorenübergreifende Versorgung muss sichergestellt werden – fällt die Reha weg, weil nicht genug Pflegekräfte eingestellt werden können, besteht die Gefahr, dass mehr Menschen pflegebedürftig bzw. erwerbsunfähig werden
- Reha-Einrichtungen erhalten die Chance, dringend benötigte Pflegefachkräfte zu binden

Gesetzlicher Lösungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 Pflegeberufegesetz wird wie folgt ergänzt:

4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

§ 6 Absatz 1 PflAssG wird wie folgt ergänzt:

4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

§ 3 Abs. 2 PflAPrV wird wie folgt ergänzt:

„(2) Die praktische Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung soll mindestens 1 300 Stunden umfassen. Ein Pflichteinsatz nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes und der Orientierungseinsatz sind beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführen. **Ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung Träger der praktischen Ausbildung, können die Pflichteinsätze aufgeteilt werden; insgesamt sollen 1300 Stunden beim Träger durchgeführt**



werden. Der Vertiefungseinsatz soll beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt werden. Er ist in dem für den Vertiefungseinsatz gewählten Versorgungsbereich gemäß dem Ausbildungsvertrag durchzuführen.“

Weitere Folgeanpassungen in der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) durch die entsprechende Ergänzung der Rehabilitationseinrichtung als Träger praktischer Ausbildung notwendig.

Anlage: Kompetenzvermittlung in Einrichtungen der Rehabilitation

Vorschlag für die Aufteilung des Pflichteinsatzes in Rehabilitationseinrichtungen:

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel in Rehabilitationseinrichtungen				
I. Orientierungseinsatz				
	Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung			400 h
II. Pflichteinsatz in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen				
neu	1a.	Stationäre Akutpflege	200 h	} 400 h
	1b.	Stationäre Akutpflege in Reha-Einrichtung	200 h	
neu	2a.	Stationäre Langzeitpflege in Reha-Einrichtung	200 h	} 400 h
	2b.	Stationäre Langzeitpflege	200 h	
	3.	Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 h	
III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung				
	Pädiatrische Versorgung			120 h ²
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel			1.720 h	
Letztes Ausbildungsdrittel				
IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung				
	1.	Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 h ³	
	2.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Abs. 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung		
	3.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Abs. 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung		
V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes				
	1.	Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.	

² In Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation möglich

³ In Einrichtungen der Psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Rehabilitation möglich