



## Fakten zur Pflegeausbildung in medizinischen Reha-Einrichtungen

### Ausgangslage:

- 2022 arbeiteten 20.500 Pflegevollkräfte in etwa 1.000 Reha-Einrichtungen
- Knapp 1,5 Millionen Patient:innen werden pro Jahr in Reha-Einrichtungen versorgt, wodurch Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert werden
- 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. Dies sind die Zahlen der Trend-Variante des statistischen Bundesamtes, die deutlich positiver ausfällt als die der Status quo-Variante, nach der bis zum Jahr 2049 bereits 690.000 Pflegekräfte fehlen werden<sup>1</sup>
- Reha-Einrichtungen dürfen derzeit keine Pflegekräfte ausbilden
- **Koalitionsvertrag: „Die Pflegeausbildung soll in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation ermöglicht werden, soweit diese die Voraussetzungen erfüllen.“<sup>2</sup>**
- Umsetzung bisher nicht erfolgt; sie werden auch nicht zur Ausbildung von Pflegefachassistenzkräften zugelassen (vgl. Gesetzentwurf PfAssEinfG)<sup>3</sup>
- Nach aktuellen länderspezifischen Pflegeassistentenausbildungen, z.B. in Niedersachsen, ist der praktische Einsatz während eines gesamten Schuljahres u.a. in Reha-Einrichtungen möglich.
- Reha-Einrichtungen brauchen Pflegekräfte (s. Anlage) – sie nehmen Patient:innen unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt auf und behandeln teils schwerkranke Menschen
- Reha-Einrichtungen möchten zu Reduzierung des Pflegekräftemangels beitragen!

**Reha-Einrichtungen müssen als Träger der Praktischen Ausbildung sowohl für die Pflegefachassistenz als auch für die Pflegefachausbildung zugelassen werden!**

### 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 bedeutet de facto:

- das Erlernen der Erhebung umfangreicher ICF<sup>4</sup>-orientierter Pflegeanamnesen
- die Formulierung von Pflegediagnosen
- die Durchführung von Pflegevisiten

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt: [Pressemeldung NR. 033 vom 24. Januar 2024](#)

<sup>2</sup> [Koalitionsvertrag](#) 2021-2025 zwischen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, S. 64

<sup>3</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung ([Pflegeassistenteneinführungsgesetz – PfAssEinfG](#)),

<sup>4</sup> Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) klassifiziert Komponenten von Gesundheit: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren.

- die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation
- 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 insbesondere 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 Ausbildungsinhalte, wie insbesondere die Bestandteile der Akut-Pflege 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).

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

- Es werden mehr Pflegekräfte ausgebildet als bisher, da zusätzliche Träger Auszubildende rekrutieren
- Reha-Einrichtungen befinden sich vornehmlich in ländlichen Gebieten, so dass sie wichtige Ausbildungsplätze für die ländlichen Regionen vorhalten könnten
- Reha-Einrichtungen können wegfallende Ausbildungsplätze, die durch die Reduktion der Krankenhäuser aufgrund der Krankenhausreform entstehen werden, kompensieren
- Reha-Einrichtungen hätten weniger Bedarf Pflegekräfte am Arbeitsmarkt zu akquirieren und bringen zusätzliche Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt
- 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 Pflegekräfte zu binden

## Können dann alle, d.h. auch wenig pflegeintensive Reha-Einrichtungen Pflegekräfte ausbilden?

**Nein!** Es besteht keine Gefahr, dass ungeeignete Reha-Einrichtungen ausbilden, da

- Praxisanleitung sichergestellt werden muss (Umfang von mind. 10% der zu leistenden praktischen Ausbildungszeit)
- Curriculum gemäß den Vorgaben der Rahmenlehrpläne des BIBB<sup>5</sup> für die praktische Ausbildung erfüllt werden müssen (Schulbehörden der Länder)
- eigene Pflegeschulen gegründet werden müssen oder Kooperationen mit Trägern theoretischer Pflegeschulen abzuschließen sind (nach PflAPrV § 8 Kooperationsverträge)

## **Finanzierung**

Die Finanzierung der Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen könnte über einen Zuschlag zum Pflegesatz durch die Kostenträger erfolgen. Hierbei könnte die Finanzierungsvereinbarung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (§ 381 SGB V) als Muster entsprechend herangezogen werden.

## **Gesetzlicher Änderungsbedarf**

§ 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 bzw. PflHilfeEinfG 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.“

Des Weiteren wären Folgeanpassungen in Ausbildungs- & Prüfverordnung in der Pflege (PflAPrV) und Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) durch die Ergänzung der Rehabilitationseinrichtung als Träger praktischer Ausbildung notwendig.

---

<sup>5</sup> [BIBB / Rahmenpläne](#) (abgerufen am 23.08.2024)

Anlage:

Auf 100 Patienten müssen laut GKV<sup>6</sup>/DRV<sup>7</sup> folgende Anzahl an Pflegevollkräften in stationären Reha-Einrichtungen vorgehalten werden:

- Neurologie Phase C: 45-59
- Neurologie Phase D: 21-25
- Geriatrie: 41-58
- Kinder- und Jugendreha: 10-12,5
- Kardiologie: 8,5-10
- Onkologie: 8,5-10
- Gastroenterologie: 8,5-10
- Dermatologie: 8,5-10
- Pneumologie: 8,5-10
- Psychosomatik: 8,5-10
- Orthopädie: 7-9

---

6 Entwurf Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V (Stand 16.07.2024)

7 [Reha-Qualitätssicherung | Strukturanforderungen und Strukturhebung | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-  
rentenversicherung.de\)](https://www.deutsche-rentenversicherung.de) (abgerufen am 28.08.2024)