

## Stellungnahme des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin Baden-Württemberg zum Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV)

Autoren:

Prof. Jörg M Fegert, Facharzt für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Dr. Ulrike Hoffmann, Fachkrankenschwester für Anästhesie und  
Intensivpflege  
Dr. iur. Andrea Kliemann

18.04.2018

Mit ihrem Referentenentwurf, basierend auf der rechtlichen Grundlage der Ermächtigung in § 56 Absatz 1 und 2 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) vom 17. Juli 2017, legen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vor, welcher das als Artikel 1 des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe am 24. Juli 2017 im Bundesgesetzblatt verkündete Pflegeberufegesetz (PflBG, BGBl. I, S. 2581) ergänzt. Dieser Entwurf einer Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird grundsätzlich begrüßt, gleichwohl soll hier ausdrücklich unser Bedauern darüber geäußert werden, dass damit der Wegfall des Berufstandes der Kinderkrankenpflegerin bzw. des Kinderkrankenpflegers besiegelt wird.

Begrüßt wird vorliegend insbesondere die explizite Aufnahme von Kinderschutzthemen in die zu erwerbenden – und prüfungsrelevanten (!) – Kompetenzen von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pflegern, wie dies Anlage 3 zu § 26 Abs. 3 S. 1 PflAPrV vorsieht.

Speziell benannt werden dort beispielsweise das Erkennen von Gewalt (Anl.3, Abschn. I. 2d), die Beachtung von Nähe und Distanz (Anl. 3, Abschn. II. 1c) und die Reflexion von Macht- und Machtmissbrauch (Anl. 3, Abschn. II. 1g).

Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Formen von Gewalt und mit dem Thema Macht/Machtmissbrauch und Nähe-Distanz sehen

### Präsident

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik  
Universitätsklinikum Magdeburg

### Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Michael Kölich  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie,  
Ruppiner Kliniken – Hochschulklinik der Medizinischen  
Hochschule Brandenburg

### Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und Psychotherapie  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Mannheim

### Schriftführer

Prof. Dr. med. Marcel Romanos  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik, Universitätsklinikum Würzburg

### Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker  
Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und  
Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters  
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

### Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad  
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische  
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters  
Universitätsklinikum Aachen

### Beisitzerin

Prof. Dr. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag  
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Frankfurt

### Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Renschmidt  
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt  
Mannheim

### Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Martin Jung  
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg  
Vorsitzender des BKJPP

### Geschäftsstelle

Katharina Wiebels, Ass. iur.  
Dr. Mareike Alscher, Dipl.-Soz.  
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)  
Reinhardtstraße 27 B  
10117 Berlin  
☎ 030 / 28 09 43 86, 📠 030 / 27 58 15 38  
E-mail: [geschaeftsstelle@dgkjp.de](mailto:geschaeftsstelle@dgkjp.de)  
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
BLZ 300 606 01  
Kto-Nr.: 0006788564  
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64  
BIC (Swift Code): DAAEDED3

VR 27791 B Amtsgericht Berlin

wir als hochrelevant für die Ausbildung von Pflegefachkräften an. Aktuelle Untersuchungen (z.B. Witt et al. 2017) zeigen, dass alle Formen von Kindeswohlgefährdung in Deutschland immer noch eine hohe Prävalenz haben. In der Untersuchung gaben in einem standardisierten Fragebogen (CTQ) 6,5% der Befragten emotionale Misshandlung an, 6,7% körperliche Misshandlung, 7,6% sexuellen Missbrauch, 13,3% emotionale Vernachlässigung und 22,5% körperliche Vernachlässigung. Zusammengefasst hat circa ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland im Laufe seines Lebens mindestens eine Form von Gewalt erfahren.

Angehörige der Heilberufe, insbesondere Pflegefachkräfte, haben aufgrund ihres engen beruflichen Kontaktes mit Kindern, Jugendlichen und Familien in Kinderkliniken, geburtshilflichen Abteilungen, in der häuslichen Kinderkrankenpflege und in den Frühen Hilfen in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle: Zum einen hinsichtlich des Erkennens von Kindeswohlgefährdungen, insbesondere bei der Aufdeckung von Hilfebedarfen und Gefährdungslagen bei Säuglingen und Kleinkindern (Frank et al. 2001). Pflegekräfte aller Altersgruppen sind häufig durch ihren nahen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten die ersten Personen, die davon erfahren, dass Kinder z.B. während eines Krankenhausaufenthaltes ihrer Eltern nicht betreut oder dass Kinder aufgrund von Erkrankungen der Eltern gefährdet sind. Gerade auch in Fällen von häuslicher Gewalt, wenn Frauen sich beispielsweise in chirurgische Notversorgung begeben müssen etc. erfahren hier die Pflegekräfte viel und spielen damit eine zentrale Rolle für den Kinderschutz. Auch können Pflegekräfte als „Türöffner“ eine wichtige Schlüsselfunktion im Hinblick auf den Kinderschutz einnehmen, indem sie durch vertrauensvolle Arbeit mit den Kindern, ihren Familien und weiteren Fachkräften bestehende und künftige Gefahren abwenden und in weitergehende Beratung oder Hilfe begleiten. Zum anderen besteht jedoch auch das Risiko, dass Pflegekräfte selbst – oder andere Angehörige der Institution – zur Gefahr werden, indem sie ihre Macht missbrauchen oder gegen zu betreuende Kinder und Jugendliche Gewalt ausüben.

Und noch ein weiteres Risiko ist in den Blick zu nehmen: In einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) aus dem Jahr 2016 (Weidner, Tucman & Jacobs 2016) zeigte sich ein deutlicher Unterschied in der Angabe der Häufigkeit gesehener Gewalthandlungen in der Pflege zwischen Auszubildenden und Pflegefachkräften. Da der Studie kein einheitliches Gewaltverständnis zugrunde lag, kann eine Hypothese hierzu sein, dass Auszubildende ein umfassenderes Gewaltverständnis haben, also mehr Handlungen als Gewalt wahrnehmen und aufgrund ihres noch „unverbrauchten Blickes“ auf die Pflege stärker sensibilisiert sind (Hoffmann & Fegert 2018).

Im Kontext des Schutzes von vulnerablen Personen im Abhängigkeitsverhältnis vor Gewalt<sup>1</sup> erachten wir es deshalb für besonders wichtig, auch das Thema der **Entwicklung von Schutzkonzepten in die Pflegeausbildung** grundsätzlich und insbesondere in die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger einzubeziehen.

Der Begriff des Schutzkonzeptes hat sich vor allem im Zuge der Diskussionen am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ weiterentwickelt. Schutzkonzepte sind definiert als System von spezifischen Maßnahmen, die für den besseren Schutz von Mädchen und Jungen vor sexuellem Missbrauch und Gewalt in einer Institution sorgen. Schutzkonzepte schränken die Handlungsspielräume von Tätern und Täterinnen ein und vermitteln Handlungssicherheit (Rörig 2015b). Zudem verfolgen Schutzkonzepte zwei Ziele: Zum einen sollen sie verhindern, dass Institutionen zum Tatort werden. Zum anderen sollen sie dazu beitragen, dass Einrichtungen, denen Kinder und Jugendliche anvertraut sind, Kompetenzorte sind, an dem Signale für Kindeswohlgefährdungen wahrgenommen und Hilfe bereitgestellt oder eingeleitet wird (vgl. Rörig 2015a). Dafür sind sowohl kinderschutzspezifische Kenntnisse, als auch ein fachlich korrekter Umgang mit dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung unerlässlich.

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs hat im Jahr 2016 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen, mit der sich die DKG verpflichtet, die flächendeckende Einführung und Implementierung von Schutzkonzepten zu unterstützen<sup>2</sup>.

Zentral für die Entwicklung von Schutzkonzepten in Institutionen ist es, alle in ihr tätigen Fachkräfte und Auszubildenden und auch die Klientinnen und Klienten in den Entwicklungsprozess einzubeziehen. Um das Konzept zu entwickeln und umzusetzen sind theoretische Kenntnisse über den Gegenstand des Phänomens sowie Auswirkungen und Folgen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung für die Fachkräfte ebenso notwendig, wie die gelebte Akzeptanz, dass und wie die eigene Einrichtung ohne spezifische Schutzmaßnahmen zum „Tatort“ werden kann. Machtmissbrauch und Gewalt ist eben leider nicht etwas, das allein im privaten Bereich oder durch fremde Dritte passiert.

---

<sup>1</sup> Dies gilt selbstredend für alle Altersgruppen von Patientinnen und Patienten, gesondert genannt seien hier z.B. ältere Menschen, oder eben auch für die eben genannten Auszubildenden, die sich ebenfalls in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden

<sup>2</sup> <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/meldungen/detail/news/deutsche-krankenhausgesellschaft-staerkt-schutz-vor-sexueller-gewalt/>

**Um zukünftige Pflegefachkräfte zum Thema Schutzkonzepte zu qualifizieren und sie als Ressource für die Reflexion von Gewalt in der Pflege und die Entwicklung von Schutzkonzepten einzubinden, plädieren wir dafür, das Thema verbindlich in der pflegerischen Ausbildung zu vermitteln.** Es wird vorgeschlagen, die Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten als Thema der Organisationsentwicklung in Anlage 3 zu § 26 Abs. 3 S. 1 PflAPrV ausdrücklich aufzunehmen. Als Ort scheint hierfür Abschnitt 3 „Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten“ und hier Nr. 1 „Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen“ besonders geeignet. Konkret könnte hier unter Buchstabe e) folgende Ergänzung eingearbeitet werden:

e) übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse, „sowie der Entwicklung und kontinuierlichen Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte zum Schutz vor Gewalt“

Sinnvoll wäre zudem ein Verweis auf die im Bereich der Jugendhilfe bereits üblichen und gesetzlich verankerten Regelungen und Inhalte zu Schutzkonzepten gem. den §§ 79 Abs. 2 Nr. 2, 79a S. 2 oder auch 45 Abs. 2 SGB VIII, um die fachliche Zielrichtung vorzugeben.

Auch zu einem weiteren Punkt möchten wir Stellung beziehen: Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sehen wir es als problematisch an, dass der Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung (gemäß Anlage 7 § 1 Absatz 2 Nummer 2, § 26 Absatz 2 Satz 1, § 28 Absatz 2 Satz 1 Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung) lediglich 120 Stunden beträgt, was 16 Arbeitstagen à 7,5 Stunden entspricht. Dies wird der Häufigkeit des Vorkommens von psychischen und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen und somit der Bedeutung des Fachbereiches nicht gerecht. Rund ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind nach Angaben des Robert-Koch-Instituts von psychischen oder Verhaltensproblemen betroffen, etwa 6 Prozent sind behandlungsbedürftig psychisch krank und erfüllen entsprechende Diagnosekriterien.

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich spielen der Aufbau von Vertrauen zu den zu betreuenden Kindern und Jugendlichen und Kontinuität in der Beziehung eine besondere Rolle. Viele in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelte Kinder und Jugendliche haben bereits vor der Krankenbehandlung traumatische Erfahrungen gemacht und Beziehungsabbrüche erlebt. Veränderungen in der Versorgungslandschaft mit einem Ausbau ambulanter Angebote bei gleichzeitiger Reduzierung stationärer Plätze haben dazu geführt, dass die Patientinnen und Patienten die stationär behandelt werden, einen deutlich höheren Schweregrad der Erkrankung und eine besondere Komplexität der psychosozialen Problemlagen aufweisen (Fegert, Kölch & Krüger 2018).

Aus unserer Sicht ist es bei einer derart kurzen Einsatzzeit weder möglich, sich einen Überblick über die spezifische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verschaffen, noch ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern und Jugendlichen aufzubauen. Wir plädieren deshalb dafür, die Einsatzzeit des Pflichteinsatzes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf mindestens 225 Stunden zu erhöhen, dies entspricht 30 Arbeitstagen à 7,5 Stunden.

#### Quellen:

Fegert JM, Kölch M & Krüger U (2018): Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse.

Frank R, Berger-Sallawitz F, Frick U, Klein W & Kopecky-Wenzel M (2001). Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in zwei Kinderkliniken. In Frank R & Mangold B (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen (S.42-54). Stuttgart: Kohlhammer.

Hoffmann U & Fegert JM (2017): Kinder und Jugendliche vor Gewalt in der Pflege schützen. In: Pflegezeitschrift, Heft 4/2018, S. 34-41.

Rörig JW (2015a). Rede: „Schutzkonzepte in der Kita. Sensibilisierung, Orientierung, Handlungskompetenz gegen sexualisierte Gewalt“ anlässlich Jahrestagung der Deutschen Liga für das Kind am 9./10. Oktober 2015 in Erfurt, veröffentlicht unter: [https://beauftragtermisbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Der\\_Beauftragte/Reden/Rede\\_R%C3%B6rig\\_Deutsche\\_Liga\\_151009.pdf](https://beauftragtermisbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Der_Beauftragte/Reden/Rede_R%C3%B6rig_Deutsche_Liga_151009.pdf)

Rörig, JW (2015b). Unterstützung, Bündnisse und Impulse zur Einführung von Schutzkonzepten in Institutionen in den Jahren 2012-2013. In: Fegert JM & Wolff M (Hrsg.). Kompendium „Sexueller Missbrauch in Institutionen“. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim, und Basel: Beltz Juventa, S. 587-601.

Weidner F, Tucman D & Jacobs P (2017). Studie zu „Gewalt in der Pflege“. Eine fast alltägliche Erfahrung. In: Die Schwester Der Pfleger, Heft 09/2017.

Witt A, Brown R, Plener PL, Brähler E & Fegert JM (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 11, 47.