



**Stellungnahme der DGKJ  
zum Referentenentwurf des BMG und des BMFSFJ  
für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung  
für die Pflegeberufe (PflAPrV)**

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind wir aufgrund unserer Satzung verpflichtet, uns für die beste medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzusetzen. – Ein wichtiger Bestandteil dieser Versorgung ist die Pflege.

Kinder haben ein Recht darauf, genauso gut gepflegt zu werden wie Erwachsene. Hierfür ist eine Pflegeausbildung notwendig, in der die spezifischen Belange von Kindern sowohl im theoretischen und praktischen Unterricht (was die Besonderheiten des menschlichen Organismus in den frühen Lebensjahren) als auch in der praktischen Ausbildung vermittelt werden.

Eine Ausbildung, die auf eine Pflege von Kindern vorbereitet, bedingt ein bestimmtes Maß an Stunden in der Vermittlung der kindlichen medizinischen Spezifika und der praktischen Erfahrung in deren Pflege, die wir in dem Referentenentwurf für die PflAPrV nicht ausreichend hinterlegt sehen.

Darüber hinaus sollten die Berufsabschlüsse Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und Pflegefachfrau/-mann mit Vertiefung Pädiatrische Versorgung an allen Pflegeschul-Standorten mit einer kinder- und jugendmedizinischen Abteilung ermöglicht werden; dies sollte in der PflAPrV festgeschrieben sein.

Konkret haben wir Anmerkungen zu folgenden Punkten:

**Zu § 1: Inhalt und Gliederung der Ausbildung**

*„Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann befähigt die Auszubildenden ... Menschen aller Altersstufen in den allgemein und speziellen Versorgungsbereichen der Pflege pflegen zu können. ... Der Kompetenzerwerb in der Pflege von Menschen aller Altersstufen berücksichtigt auch die besonderen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen, sowie alten Menschen in den unterschiedlichen Versorgungssituationen“.*

Eine erfolgreich durchlaufene generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann mit lediglich einem verpflichtenden Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung (in welchem ‚pädiatrischen Setting‘ auch immer) befähigt eben nicht dazu, Säuglinge, kleine und große Kinder eigenständig pflegen zu können. Der Gesetzgeber sollte nicht suggerieren, dass dies ohne weitere Nachqualifikation und ohne Anleitung möglich sei, wenn dieser „Kompetenzerwerb“ für die praktische Ausbildung lediglich auf dem pädiatrischen Pflichteinsatz von 120 Stunden beruht. Dies sollte allen beteiligten Akteuren, bei denen Qualitätsaspekte im Alltag nicht die oberste Priorität eingeräumt werden (Krankenhäuser und deren Verwaltungsleitungen, Krankenhausträger, Pflegeschulen, Pflegedienstleitungen) und auch den Auszubildenden selbst deutlich gemacht werden. Eine selbstständige Pflege von Kindern ist mit einem generalistischen Pflegeausbildungsabschluss ohne Nachqualifikation nicht möglich.

Wir plädieren daher dafür, einen ergänzenden Satz einzufügen: Fußt der Kompetenzerwerb in der Pflege von Kindern und Jugendlichen lediglich auf dem pädiatrischen Pflichteinsatz, ist für die Pflege von Kindern und Jugendlichen eine Zusatzqualifikation vorzusehen.

### **Zu § 2: Theoretischer und praktischer Unterricht:**

(2) *„Im Unterricht ist sicherzustellen, dass die verschiedenen Versorgungsbereiche und Altersstufen angemessen berücksichtigt werden.“*

Die Frage hier ist, was „angemessen“ heißt. – Kinder machen an dem zu pflegenden Patientenkontext einen sehr kleinen Anteil aus, aber ihre medizinischen Spezifika sind nicht minder umfangreich (Neonatalperiode und Säuglingszeit, Entwicklungsstörungen, Stoffwechselstörungen allgemein die Spezifika der im Kindesalter beginnenden Erkrankungen, psychische Entwicklung etc.)

Wir erwarten daher, dass der Gesetzgeber das Wort „angemessen“ streicht und einen ergänzenden Satz einfügt: Kinder und Jugendliche wie auch alte Menschen sind im theoretischen und praktischen Unterricht in gleicher Weise zu berücksichtigen wie Menschen der anderen Altersgruppen.

Zusätzlich ist es wichtig sicherzustellen, dass dieser Unterricht vom Lehrpersonal erteilt wird, das hierfür eine entsprechend berufliche Qualifikation (für Kinder und Jugendliche Erfahrung aus mehreren Jahren Tätigkeit in der Kinderkrankenpflege und einen entsprechenden beruflichen Abschluss) mitbringt. Wir plädieren für eine entsprechende Festlegung in der PflAPrV.

### **Zu § 3: Praktische Ausbildung:**

(4) *... „Die allgemeinen Pflichteinsätze ... sowie der Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung ... sind in den ersten zwei Dritteln der Ausbildungszeit durchzuführen.“*

Wir vermissen eine Spezifizierung des Rahmens, in dem die pädiatrischen Pflichteinsätze stattfinden sollen. In der Kinderkrankenpflege gehen wir von knapp 7.000 Auszubildenden/Jahr (für alle 3 Ausbildungsgänge) aus. Diesen 7.000 stehen über 120.000 Auszubildende in der bisherigen allgemeinen Krankenpflege wie auch der Altenpflege gegenüber. Wir warnen dringend davor, die pädiatrischen Pflichteinsätze in den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin durchzuführen und hier Ausbildungskapazitäten zu blockieren, die für die spezifische Kinderkrankenpflege (mit dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Pflegefachfrau/-mann mit pädiatrischer Vertiefung) dringend gebraucht werden.

### **Zu § 30: Inhalt und Gliederung der hochschulischen Pflegeausbildung**

*(1) Die hochschulische Pflegeausbildung ... befähigt, Menschen aller Altersstufen in den allgemein und speziellen Versorgungsbereichen der Pflege ... pflegen zu können. ... Der Kompetenzerwerb in der Pflege von Menschen aller Altersstufen berücksichtigt auch die besonderen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie alten Menschen in den unterschiedlichen Versorgungssituationen.“*

Hier gilt unser unsere oben stehende Ausführung zu § 1.

### **§ 48: Erarbeitung und Inhalte der Rahmenlehrpläne**

*(3) „Die Rahmenpläne haben empfehlende Wirkung.“*

Da Rahmenlehrpläne üblicherweise nicht verbindlich sind, befürchten wir, dass die Pflegeschulen die Stundentafel für die Vermittlung der Spezifika in der Pädiatrie in den ersten zwei Jahren der beruflichen Pflegeausbildung so weit wie möglich nach unten absenken, allein schon aufgrund der geringen Patientenklientel in der Pädiatrie. Daher ist es aus unserer Sicht umso wichtiger, eine höhere Zahl von Stunden verbindlich für den Unterricht vorzuschreiben, die speziell auf das Kindes- und Jugendalter eingehen, und zwar sowohl für den Unterricht in den ersten zwei Ausbildungsjahren, damit die Spezialisierung im 3. Jahr bereits auf einer Basis aufbauen kann, als auch im 3. Ausbildungsjahr. Entsprechende Stundenkontingente, die aus unserer Sicht unabdingbar sind, haben wir unten in den Ausführungen zu Anlage 6 aufgeführt.

### **§ 50: Mitgliedschaft in der Fachkommission**

*(1) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit berufen im Benehmen mit den Ländern bis zu elf Expertinnen und Experten zu Mitgliedern der Fachkommission. Bei der Berufung ist dafür Sorge zu tragen, dass die verschiedenen Versorgungsbereiche der Pflege angemessen berücksichtigt werden.“*

Die Festlegung auf eine lediglich ‚angemessene‘ Berücksichtigung von Experten/innen aus dem Kinderkrankenpflege-Bereich halten wir für nicht ausreichend. Wir plädieren dafür, festzulegen, dass von den bis zu elf Expertinnen und Experten zwei bis drei aus der Kinderkrankenpflege kommen sollten.

### **Zu Anlage 3: Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 26 zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger**

Die darin genannten Kompetenzen sind weitgehend identisch mit den Kompetenzen, die in Anlage 2 (Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 10 zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann) festgelegt wurden. Lediglich die Bezeichnung „bei Menschen aller Altersstufen“ wurde durch „Kinder und Jugendliche“ ersetzt.

Die besonderen Bedürfnisse von Kindern werden hier nicht abgedeckt; die tragende Rolle der Eltern/Sorgeberechtigten, die in der Pflege ihrer Kinder eine Rolle spielen, bleibt außer Acht.

Wir plädieren dringend dafür, diese Anlage zu überarbeiten und verweisen hier auf die Verbesserungsvorschläge in den Stellungnahmen des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland bzw. der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser in Deutschland.

**Anlage 6: Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung** mit der dargestellten Tabelle sowie dem unter der Tabelle stehenden Satz:

*„In der Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann entfallen über die Gesamtdauer der Ausbildung im Rahmen des Unterrichts zur Vermittlung von Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen jeweils 500 und höchstens 700 Stunden auf die Kompetenzvermittlung anhand der besonderen Pflegesituationen von Kindern und Jugendlichen sowie von alten Menschen.“*

Die Festlegung von 500 bis höchstens 700 Stunden für den Unterricht, der in besonderer Weise Kinder im Blick hat, ist aus unserer Sicht nicht ausreichend und überlässt den Pflegeschulen einen zu großen Entscheidungsspielraum: 500 Stunden sind hierfür bei weitem nicht ausreichend.

Wir gehen davon aus, dass das Stundenkontingent im 3. Ausbildungsjahr bei Wahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als Abschluss 700 Stunden ausschließlich für die Spezialisierung beträgt. Dies sollte aber explizit in der PflAPrV durch einen klarstellenden Satz deutlich gemacht werden.

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege in Deutschland hat mit uns sowie weiteren Verbänden aus der Pädiatrie folgende Stundenanteile für die Pflegeausbildung erarbeitet, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen:

<b>Ausbildungszeitraum</b>	<b>Theoretischer + praktischer Unterricht</b>	<b>Praktische Ausbildung</b>
1.+ 2. Ausbildungsjahre (mit Vertiefung Pädiatrische Versorgung)	470 Std.	1000 Std.
3. Ausbildungsjahr mit Vertiefung Pädiatrische Versorgung	350 Std.	700 Std.
3. Ausbildungsjahr mit Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	700 Std.	700 Std.

Wir erinnern hier an den Willen der Koalitionäre, auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern auch in der medizinischen Versorgung eingehen zu wollen, und zitieren hier den Koalitionsvertrag: *„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Die Belange und die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitswesen, in Medizin und Forschung.“*

Wir appellieren dringend, den vorliegenden Referentenentwurf in diesem Sinne zu überarbeiten und auch für den theoretischen und praktischen Unterricht höhere Stundenkontingente verbindlich festzuschreiben, in denen spezielle Inhalte vermittelt werden, die auf eine Pflege in der Pädiatrie vorbereiten.