

## Dem Fachkräftemangel begegnen

### Häusliche Kinderkrankenpflege in Niedersachsen

**Die ambulante Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher stellt in vielen Ländern und auch in Österreich ein Problem dar. Fehlende Strukturen und Pflegepersonal bedeuten für die Betroffenen und die Eltern häufig hohen persönlichen Einsatz, um die notwendigen Dienste zu organisieren bzw. kann die optimale Betreuung nicht erfolgen. Kremeike et al entwickelten für das deutsche Flächenland Niedersachsen Vorschläge, wie dem Mangel begegnet werden kann.**

Die flächendeckende Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher stellt im Flächenland Niedersachsen mit vergleichsweise geringer Bevölkerungsdichte eine besondere Herausforderung dar (Kreimeike 2012). Vor diesem Hintergrund arbeiten verschiedene Akteure der Region wie das Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V. (NEV) und die Qualitätsgemeinschaft Häusliche Kinderkrankenpflege Niedersachsen e.V. (QHK) an der Optimierung der Betreuung betroffener Patienten und ihrer Familien (Kreimeike 2014). Der Fachkräftemangel in der Pflege (Hämel 2013) erschwert die genannte Problematik noch. Prognosen gehen für 2030 von 400.000 fehlenden Pflegekräften in Deutschland aus (Price-waterhouseCoopers 2010).

Der Mangel an qualifiziertem Personal zeigt sich auch in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Aber während im Erwachsenenbereich bereits Untersuchungen zum Fachkräftemangel in ländlichen Regionen durchgeführt wurden, aus denen sich konkrete Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung einer hochwertigen pflegerischen Versorgung ableiten ließen (Behrens 2014), fand die Kinderkrankenpflege diesbezüglich bisher keine gesonderte Beachtung. Um diese Erkenntnislücke zu schließen, arbeiten das NEV und die QHK, finanziert durch das Niedersächsische Sozialministerium, derzeit an der Analyse von Ursachen und der Ent-

wicklung von Lösungsansätzen für den Fachkräftemangel in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Dazu wurde u.a. untersucht, wie sich die aktuelle Situation aus Sicht der ambulanten (Kinder-)Krankenpflegedienste darstellt und welche möglichen Maßnahmen sich daraus für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung ergeben.

#### Material und Methode

Es fand eine standardisierte Fragebogenerhebung unter niedersächsischen ambulanten Pflegedienstleitungen (PDL) und -mitarbeiterinnen (MA) statt, die Kinder und Jugendliche versorgen. Dazu wurden nach persönlicher Kontaktaufnahme jeweils ein Fragebogen an die PDL von 17 identifizierten Diensten sowie MA-Fragebögen an sieben dieser Dienste mit insgesamt 489 Mitarbeiterinnen per Mail verschickt und um Rücksendung ausgefüllter Exemplare gebeten. Bei der Fragebogenentwicklung wurde maßgeblich auf ein bestehendes Instrument aus dem Erwachsenenbereich (Behrens 2014) zurückgegriffen und dieses auf pädiatrische Besonderheiten angepasst. Während der Fragebogen an die PDL die Mitarbeiter- und Patientenstruktur, Umfang und Ursachen des Fachkräftemangels sowie das Personalmarketing (z.B. Personalgewinnung und -bindung) (Kolb 2008) thematisierte, erfasste der MA-Bogen soziodemographische Daten, den Beschäftigungsumfang, ggf. die Bereitschaft zur Aufstockung einer Teilzeitanstellung sowie Hürden und Anreize für eine solche Arbeitszeiterhöhung.

Um darüber hinaus dem Projektteam bisher unbekannte Dienste zu identifizieren, die ambulant Kinder und Jugendliche in Niedersachsen versorgen, wurde ein „online-tool“ erstellt und ein entsprechender Link an sechs niedersächsische Dachorganisationen von Erwachsenen-Pflegediensten mit der Bitte um Weiterleitung an die Dienste versandt. Neben der Beschäftigung von Kinderkrankenpflegekräften und der Versorgung pädiatrischer Patienten wurde darin auch die generelle Bereitschaft zur (verstärkten) Übernahme solcher Versorgungen abgefragt.



Photo: © Photographee.eu / Fotolia

Die ambulante Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher stellt in vielen Ländern und auch in Österreich ein Problem dar.

Die Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet.

#### Ergebnisse

**Leitungen/Mitarbeiterinnen von bekannten (Kinder-)Krankenpflegediensten mit pädiatrischen Patienten**

#### Mitarbeiter- und Patientenstruktur

Von Juli bis Dezember 2015 konnten 97 MA- und neun PDL-Fragebögen (Rücklauf = 20%/53%) in die Auswertung eingeschlossen werden. Die neun Dienste beschäftigten zum 31.12.2014 insgesamt 620 Mitarbeiterinnen. Sowohl in der PDL- als auch in der MA-Befragung waren 97 Prozent der Beschäftigten weiblich und 83 Prozent Teilzeitkräfte. Über Zusatzqualifikationen verfügten 46 der 97 befragten MA, neun davon nannten zwei Qualifikationen, zwei nannten drei. Detaillierte Charakteristika der Beschäftigten zeigt *Tab. 1*.

Im Jahr 2014 haben insgesamt 64 (10%) der Pflegekräfte die neun Pflegedienste verlassen, 13 davon waren voll- und 51 teilzeitbeschäftigt. Im gleichen Zeitraum wurden 141 neue Mitarbeiterinnen eingestellt, 28 in Voll- und 113 in Teilzeit. Somit konnten 15 Voll- und 62 Teilzeitkräfte hinzugezogen werden. Fast alle Neueinstellungen (135) waren (Kinder-)Krankenpflegekräfte, nur drei waren Altenpflegekräfte, jeweils eine hatte keine examinierte Berufsausbildung, verfügte über ein Studium oder die PDL-Fachweiterbildung.

<sup>1</sup> Dr. Kerstin Kreimeike, Bernd Karow M.A., Anika Mohr B.A., Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V. Pädiatrische Hämatologie und Onkologie Medizinische Hochschule Hannover

Die Pflegedienste versorgten zum Befragungszeitpunkt zusammen 271 Kinder und Jugendliche, 164 (61%) davon mit mehr als vier Stunden täglich. Die Entfernung zwischen Pflegedienst und Patientenwohnort lag im Schnitt bei 72 Kilometern (Minimum = 21 km, Maximum = 121 km).

**Umfang und Ursachen des Fachkräftemangels**

Alle neun Dienste gaben unbesetzte Stellen an, insgesamt fehlten 29 Vollzeitkräfte. Diese sollten neben einem Examen als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft (von 8 PDL genannt) auch über pädiatrische Fachweiterbildungen für Heimbeatmung sowie außerklinische Intensivpflege verfügen (jeweils 7 Nennungen) aber auch über die pädiatrische Palliative Care-Weiterbil-

dung (5) und die Zusatzbezeichnung Praxisanleitung (3). Alle befragten Pflegedienste mussten im Jahr 2014 Versorgungsleistungen aufgrund von Personalmangel ausfallen lassen oder von vornherein ablehnen. Den Ausfall konnten die PDL nicht quantifizieren, es ist aber davon auszugehen, dass dieser häufig vorkam. Zwei Versorgungsleistungen mussten sogar vollständig gekündigt werden. Wenn der Ausfall einzelner Mitarbeiterinnen kompensiert werden konnte, geschah dies am häufigsten durch Überstunden verbleibender Beschäftigter oder verringerte Versorgungszeiten.

Drei der befragten Pflegedienste führen Wartelisten für Versorgungsleistungen, die nicht innerhalb von 14 Tagen übernommen werden können. Zum Befragungszeitpunkt umfassten diese Listen insgesamt 21 Patienten, für deren Versorgung 27 Vollzeit-

kräfte benötigt wurden. Die Ablehnungen der sieben Pflegedienste, deren PDL dazu Angaben machten, summieren sich für das Jahr 2014 auf 53 Versorgungsleistungen. Gründe für eine Ablehnung lagen meist in fehlendem (qualifiziertem) Personal (von allen PDL genannt) oder der Entfernung zwischen Patientenwohnort und Pflegedienst (6 Nennungen). Gründe für den Mangel an Pflegekräften sahen die PDL der Dienste vor allem in zu wenig verfügbaren Pflegekräften (9), mangelnder Qualifikation vorhandener Kräfte (6), zu hohen Gehaltsvorstellungen (6) und unzureichender Kinderbetreuung (6).

**Teilzeitbeschäftigung**

Von den insgesamt 80 befragten Teilzeitbeschäftigten können sich 27 (34%) eine Er-

TABELLE 1 Charakteristika der Beschäftigten (Stand: Herbst 2015)		
Beschäftigungsumfang der Mitarbeiterinnen	Leitungsbefragung <sup>1</sup>	Mitarbeiterinnenbefragung
100%	107 (17,2%) <sup>2</sup>	17 (17,5%)
75 – 99%	92 (14,8%)	32 (33,0%)
50 – 74%	111 (17,8%)	21 (21,6%)
< 50%	60 (9,6%)	9 (9,3%)
Geringfügig beschäftigt	207 (33,3%)	18 (18,6%)
Mutterschutz / Elternzeit	41 (6,6%)	–
Keine Angabe	2 (0,1%)	–
<b>GESAMT</b>	<b>620 (100%)</b>	<b>97 (100%)</b>
Altersstruktur der Beschäftigten		
< 30 Jahre	172 (28%)	17 (18%)
30 – 50 Jahre	347 (56%)	59 (61%)
> 50 Jahre	101 (16%)	21 (21%)
<b>GESAMT</b>	<b>620 (100%)</b>	<b>97 (100%)</b>
Höchster Ausbildungsabschluss der Beschäftigten		
Studienabschluss	9 (1,4%)	3 (3,1)
Pflegedienstleitung	18 (2,9%)	3 (3,1)
Examen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	412 (66,5%)	72 (74,2%)
Examen Gesundheits- und Krankenpflege	169 (27,2%)	19 (19,6%)
Examen Altenpflege	7 (1,1%)	–
Nicht examinierte Beschäftigte	5 (0,8%)	–
<b>GESAMT</b>	<b>620 (100%)</b>	<b>97 (100%)</b>
Zusatzqualifikation der Beschäftigten <sup>1</sup>		
Pädiatrische Palliative Care-Weiterbildung	–	17 (17,5%)
Fachweiterbildung für Heimbeatmung bei Kindern und Jugendlichen	–	13 (13,4%)
Zusatzbezeichnung Praxisanleitung	–	9 (9,3%)
Fachweiterbildung für pädiatrische außerklinische Intensivpflege	–	3 (3,1%)
Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege	–	2 (2,1%)
Sonstiges (z.B. Pflegeberater)	–	15 (15,5%)
<b>GESAMT</b>	<b>–</b>	<b>97 (100%)</b>

1 Laut PDL waren 8 (1,3%) der genannten Mitarbeiterinnen zum Befragungszeitpunkt dauerkrank.  
2 Die Prozente beziehen sich auf den Anteil an den Mitarbeiterinnen der jeweiligen Befragung

TABELLE 2

## Hauptgründe für eine Teilzeitbeschäftigung (Mehrfachnennungen möglich)

Hauptgründe für Teilzeitbeschäftigung	Teilzeitkräfte gesamt	Teilzeitkräfte, die sich eine Erhöhung des Arbeitsumfangs vorstellen könnten
Persönliche/familiäre Verpflichtungen z.B. Pflege Angehöriger	35 (44%)	5 (19%)
Unzureichende Kinderbetreuung	33 (41%)	9 (33%)
Wunsch nach ausgewogener Work-Life-Balance	20 (25%)	2 (7%)
Zu hohe Arbeitsbelastung	18 (23%)	3 (11%)
Zu geringe Verdienstmöglichkeiten	16 (20%)	6 (22%)
GESAMT	80 (100%)	27 (100%)

höhung ihres Arbeitsumfangs vorstellen. Als wichtigste Hinderungsgründe nannten diese 27 eine mangelnde Kinderbetreuung, zu geringe Verdienstmöglichkeit und familiäre Verpflichtungen (Tab. 2).

Zur betrieblichen Kinderbetreuung machten 22 der 27 Teilzeitkräfte Angaben, 10 von Ihnen haben ein entsprechendes Angebot, nur eine nutzt sie jedoch. Von den 12, denen dieses Angebot nicht zur Verfügung steht, würden nur drei es nutzen, neun davon verneinten dies in der Befragung.

### Personalmarketing

Unter Personalmarketing fallen neben der Gewinnung und Auswahl von Mitarbeiterinnen als externe Elemente auch die internen Elemente Mitarbeiterbindung und -entwicklung (Kolb 2008). Aufmerksam auf den aktuellen Arbeitgeber wurden die Befragten vor allem durch andere Mitarbeiterinnen (35 MA) und Stellenanzeigen in regionalen Zeitungen (12) bzw. auf der Homepage der Dienste (10). Die PDL nannten als effektivste Maßnahmen zur Personalgewinnung eine gezielte Einarbeitung

direkt nach der Ausbildung (5 von 9 sahen hierin einen Nutzen), spezielle Wiedereinstiegsmodelle für Berufspausierer (4) und ältere Mitarbeiterinnen länger im Betrieb zu halten (4). Demgegenüber gaben nur sechs der befragten 97 MA die aktuelle Anstellung als ihre erste nach dem Examen an, wie Tab. 3 zeigt. Die Berufsrückkehrer machten die zweitgrößte Gruppe aus, älter als 50 Jahre waren 101 der durch die PDL angegebenen 620 Mitarbeiterinnen.

Als effektivste Maßnahmen der Personalbindung beschrieben die PDL die Finanzierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen (5), das Bereitstellen eines Dienstwagens (4), die Flexibilisierung von Arbeitszeiten (4) sowie die finanzielle Beteiligung an der Kinderbetreuung (3). Letztere bieten die Dienste nicht selbst an, obwohl vier PDL sich dies vorstellen könnten. Die befragten MA schätzten am meisten die Flexibilisierung von Arbeitszeiten (72), die Sondervergütung von Überstunden (58), besondere Entlohnung hoher Einsatzbereitschaft (56), übertariflichen Urlaub (50), Finanzierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen (55) sowie die finanzielle Beteiligung an betrieblicher Altersvorsorge (43).

### Leitungen von mittels Online-Tool identifizierten Erwachsenen-Pflegediensten

Von August bis Oktober 2015 nahmen 15 Pflegedienste an der Online-Befragung teil. Drei davon gaben an, keine Kinder oder Jugendlichen zu versorgen und auch grundsätzlich keine pädiatrischen Versorgungen übernehmen zu wollen. Von den verbleibenden zwölf Diensten versorgten zum Befragungszeitpunkt sieben Kinder, fünf beschäftigten Kinderkrankenpflegekräfte. Dass fünf der Pflegedienste trotz ihrer Bereitschaft dazu keine Kinder versorgten, lag laut den Befragten vor allem daran, dass Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche in die Häuslichkeit entlassen, sich nicht an diese Pflegedienste wenden, sowie an den fehlenden speziell pädiatrischen Kenntnissen der Mitarbeiterinnen.

### Diskussion

Mit 90 Prozent erhält der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen in der ambulanten Kinderkrankenpflege Leistungen der Krankenkasse nach dem SGB V, knapp zwei Drittel erhalten nur Behandlungspflege und nur fünf Prozent erhalten ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI (Gessenich 2009). Die schwerkranken Kinder werden demnach vor allem von ihren Eltern ernährt und gewaschen, die häusliche Kinderkrankenpflege unterstützt die Familien bei der Versorgung der jungen Patienten im häuslichen Umfeld. Laut einer aktuellen Befragung (Kofahl 2014) bewerten 43 Prozent der Eltern pflegebedürftiger Kinder ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht gegenüber nur 14 Prozent der Eltern gesunder Kinder. Knapp zwei Drittel (59%) der Eltern pflegebedürftiger Kinder glauben außerdem, den Geschwisterkindern wegen der Krankheit des betroffenen Kindes nicht genügend Aufmerksamkeit schenken zu können. Durch den Fachkräftemangel in

## Heilberufe Spezial

### Hygiene leben

„Hygiene – jeder Moment zählt“ und „Hygiene geht jeden an!“ Informieren Sie sich in der neuen Spezial-Ausgabe der Pflegezeitschrift Heilberufe in aktuellen Beiträgen über die Grundlagen, Infektionsprävention, rechtliche Rahmenbedingungen und Verantwortung.

Ob MRSA, VRE & Co, der Umgang mit Ausbruchssituationen oder das Hygieneschutzgesetz – HEILBERUFE Spezial „Hygiene leben“ bereitet alle aktuellen Aspekte zur Hygiene für die tägliche Pflegepraxis im Krankenhaus, Pflegeheim und in der ambulanten Pflege übersichtlich und kompetent auf.



HEILBERUFE Spezial Hygiene ist um 9,90 Euro erhältlich und zu bestellen über: [www.heilberufe.de](http://www.heilberufe.de) oder per E-Mail: [heilberufe@springer.com](mailto:heilberufe@springer.com)

der ambulanten Kinderkrankenpflege entstehen häufig verringerte Versorgungszeiten oder Versorgungsstellen entfallen komplett, woraus zusätzliche Belastungen für ohnehin stark belastete Familien resultieren. Auch durch Mehrarbeit der vorhandenen MA werden fehlende Fachkräfte häufig kompensiert. Darin könnte eine Ursache dafür liegen, dass immerhin 23 Prozent der Teilzeitkräfte eine zu hohe Arbeitsbelastung als Grund für ihre Teilzeitbeschäftigung nennen.

**Umfang und Ursachen des Fachkräftemangels**

Die Pflegedienste gaben zum Befragungszeitpunkt insgesamt 29 unbesetzte Stellen an. Die dafür angeführten Ursachen stimmen mit den Ergebnissen der Befragung unter 81 Erwachsenenpflegediensten in Brandenburg überein (Behrens 2014). Probleme bei der Personalrekrutierung wurden darin ebenfalls v.a. begründet mit zu wenig freiem Personal auf dem Markt (92%), zu hohen Gehaltsvorstellungen (64%), fehlender passender Kinderbetreuung (55%) und mangelnder Qualifikation der Bewerber (47%). Die zu großen Entfernungen spielten dabei keine Rolle. Dies ist aufgrund der relativ geringen Fallzahlen, die den Pflegediensten mit pädiatrischen Patienten ein wirtschaftliches Arbeiten nur in einem deutlich größeren Versorgungsradius erlaubt, ein spezifisches Problem der Kinderkrankenpflegedienste. Die Ablehnungen der sieben Pflegedienste, deren PDL dazu Angaben machten, summieren sich für 2014 auf 53 Patienten. Eine Überschätzung der tatsächlichen Anzahl

unversorgter Patienten durch gleichzeitige Versorgungsanfragen bei mehreren Pflegediensten ist dabei aufgrund der Entfernungen zwischen den einzelnen Diensten eher unwahrscheinlich.

**Personalmarketing**

Die Personalgewinnung wird in der Pflege allgemein erschwert durch Überalterung und Verrentung des vorhandenen Personals sowie mangelndem Nachwuchs an Fachkräften (Behr 2012). Dass die befragten (Kinderkranken-)Pflegedienste im Jahr 2014 insgesamt 15 Voll- und 62 Teilzeitkräfte hinzugewinnen konnten, zeigt Potential für die Fachkräfterekrutierung, allerdings nicht in ausreichendem Maße, um die bestehende Nachfrage zu decken.

Häufige Probleme bei der Personalbindung liegen in der Unvereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der physischen Arbeitsbelastung bei älteren Beschäftigten (Behr 2012). Als sinnvolle betriebliche Strategien zur Deckung des Fachkräftebedarfs werden daher neben der verstärkten Anwerbung von Fachkräften auch die Aktivierung von Reserven (Arbeitslose, stille Reserve) sowie die Verlängerung bzw. Erweiterung der Beschäftigungszeiten gesehen (Behrens 2014). Denn auch bei den befragten Erwachsenen-Pflegediensten zeigten sich personelle Reserven in Form von Teilzeitbeschäftigten. Im Gegensatz zur Studie von Behrens konnte in vorliegender Erhebung aber zusätzlich näherungsweise erhoben werden, in wieweit diese als Personalressource gesehen werden können und welcher Voraussetzungen es dafür bedarf. Für die 27 der 80 befragten Teilzeitbeschäftigten, für die eine Arbeitszeiterhöhung generell denkbar ist, spielen die Unterstützung bei der Kinderbetreuung und finanzielle Anreize eine besondere Rolle.

Etwa 80 Prozent der Mitarbeiterinnen der befragten Pflegedienste sind in einer Altersspanne, in der Kinderbetreuung von Relevanz sein kann. Die Angaben der befragten Teilzeitkräfte zur Nutzung betrieblicher Kinderbetreuung erscheinen jedoch widersprüchlich. Von den 22 der 27 Teilzeitbeschäftigten, die sich dazu äußerten, nutzte nur eine von zehn ein bestehendes Angebot und lediglich drei von 12 würden es tun, wenn ihr Arbeitgeber ein solches Angebot vorhalten würde. Ein Grund für die mangelnde Bereitschaft zur Nutzung entsprechender betrieblicher Angebote könnte in fehlenden Vorstellungen dazu liegen, wie eine qualitativ hochwertige betriebliche Kinderbetreuung aussehen könnte. Dieses Phänomen verstärkt sich ggf. dadurch, dass die Arbeitszeiten der Pflegekräfte nicht selten inkompatibel mit den Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen sind.

Da die (Kinder-)Krankenpflegedienste in Niedersachsen ein Betreuungsangebot aus ihrer Erfahrung aber für relevant halten und dessen Einführung testen möchten, soll ein dahingehender Versuch gestartet werden. Dabei kann auf verschiedene Herangehensweisen zurückgegriffen werden (BMFSFJ 2015). Neben der betriebseigenen Einrichtung gehören dazu die Kinderbetreuung im Verbund mit anderen Anbietern, das „Mieten“ von Belegplätzen in bestehenden Betreuungseinrichtungen als dezentrale Lösung oder der Kinderbetreuungszuschuss. In der Praxis werden diese

**TABELLE 3**  
**Häufigste vorherige Beschäftigung der Mitarbeiterinnen**

Häufigste vorherige Beschäftigung...	... der Neueinstellungen 2014 laut PDL (Mehrfachnennungen möglich)	... der befragten Mitarbeiterinnen
Krankenhaus	8	26 (27%)
Anstellung nach dem Examen	6	6 (6%)
Elternzeit oder Mutterschutz	4	–
Berufsrückkehrerinnen	3	23 (26%)
Arbeitslosigkeit	2	3 (3%)
Anderer Kinderkrankenpflegedienst	2	10 (10%)
Anderer Erwachsenen Pflegedienst	2	6 (6%)
Einstellung von Rentnerinnen	1	–
Stationäre Einrichtungen (nicht Krankenhaus)	–	10 (10%)
Sonstige	–	4 (4%)
Keine Angabe	–	9 (9%)
<b>GESAMT</b>	<b>9</b>	<b>97 (100%)</b>

Ideen bereits vielfach umgesetzt (DIHK 2014). Laut einer Online-Umfrage aus dem Jahr 2014 unter 1.625 Unternehmen aus dem Dienstleistungs-, Industrie-, Handels- und Bauwirtschaftssektor sind 58 Prozent der Betriebe durch ein unzureichendes Betreuungsangebot bis ins Schulalter der Kinder deutlich in ihren Abläufen eingeschränkt. Daher unterstützen 64 Prozent der Unternehmen ihre Beschäftigten bei der Kinderbetreuung. Auch die Bundesregierung hat auf den bestehenden Bedarf reagiert und ein Förderprogramm „Betriebliche Kinderbetreuung“ aufgelegt (BMFSFJ 2009). Bevor der Arbeitgeber hierzu tätig wird, sollte jedoch anhand einer Bedarfsanalyse genau erhoben werden, was die Beschäftigten sich wünschen (z.B. regelmäßige vs. punktuelle Betreuung, Betreuungsumfang).

## Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote für (neue) Mitarbeiterinnen

Als effektivste Maßnahme der Personalbindung beschrieben die PDL die Finanzierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen. Als wichtigsten Grund für die Ablehnung von Versorgungsangeboten nannten alle PDL fehlendes qualifiziertes Personal. Damit scheint die Qualifizierung der MA eine besondere Rolle bei der Betrachtung des Fachkräftemangels zu spielen. In Niedersachsen existieren verschiedene Angebote der Weiterbildung für Pflegekräfte, z.B. als Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege sowie onkologische, psychiatrische, operative und endoskopische Pflege, für Hygiene oder sozialpsychiatrische Betreuung. Die Pädiatrische Palliative Care-Weiterbildung bietet das NEV jährlich an. Die

durch die befragten PDL geforderten bzw. gewünschten Zusatzqualifikationen werden damit regional nur im geringen Umfang angeboten. Hierin kann ein Ansatzpunkt für die Optimierung der Versorgung gesehen werden, der durch die Reform der Pflegeausbildung (in Deutschland) noch an Relevanz gewinnt. Diese sieht nur einen geringen Anteil spezieller Kenntnisvermittlung in der Kinderkrankenpflege vor.

## Überbrückung großer Entfernungen

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass in Niedersachsen Erwachsenen-Krankenpflegedienste existieren, die (mehr) pädiatrische Patienten versorgen könnten, dieses aber derzeit nicht tun. Daher ist die Etablierung eines „Netzwerks für Pflegeüberleitung“ für die Überleitung schwerkranker Kinder aus dem stationären Bereich in die häusliche Versorgung durch Erwachsenen-Pflegedienste geplant. Zielgruppe sind pädiatrische Patienten, die aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht von einem Kinderkrankenpflegedienst versorgt werden können und ohne eine Überleitung an Erwachsenen-Pflegedienste stationär verbleiben oder allein von den Angehörigen versorgt werden müssten. Auch pädiatrische Patienten am Übergang zur Volljährigkeit (Transition) gehören dazu. Die Überleitungen sollen durch Pflegeexperten der Kinderkrankenpflegedienste unterstützt werden.

Beispielhaft für das Vorhaben ist das bestehende Kooperationsmodell der ambulanten Kinderhospizdienste in Niedersachsen (Kinderhospiz Löwenherz 2016). Um dem Bedarf auch in dünner besiedelten Regionen des Landes gerecht zu werden, schulen zwei Kinderhospizdienste hier Eh-

renamtliche, die dann in die Struktur von Erwachsenen-Hospizdiensten eingegliedert werden. Diesen Ehrenamtlichen werden Supervision und Erfahrungsaustausch mit anderen Hospizdienstmitarbeitern in der Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher angeboten.

## Schlussfolgerung

Die Erkenntnisse vorliegender Erhebung bestätigen eine inadäquate häusliche pflegerische Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher in Niedersachsen. Besonders problematisch zeigen sich dabei fehlende freie Kräfte auf dem Arbeitsmarkt, eine mangelnde Qualifikation verfügbarer Pflegekräfte sowie große Entfernungen zwischen Patienten und Pflegediensten. Neu-Einstellungen oder die Aufstockung von Teilzeitkräften scheitern häufig an mangelnder Kinderbetreuung und zu geringen Verdienstmöglichkeiten. Um den bestehenden Problemen zu begegnen, sind folgende Maßnahmen geplant:

- Überbrückung großer Entfernungen, z.B. durch Kooperation mit Erwachsenenpflegediensten
- Implementierung spezieller Fort- und Weiterbildungsangebote für (neue) Mitarbeiterinnen
- Angebote der Kinderbetreuung ■

### Korrespondenz

Dr. Kerstin Kremeike, Bernd Karow M.A., Anika Mohr B.A.  
Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.  
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1, D-30625 Hannover  
Deutschland  
Tel.: +49 (0) 511 532 5792  
Fax: +49 (0) 511 532 8389  
Email: kremeike.kerstin@mh-hannover.de  
Homepage: <http://www.betreuungsnetz.org>

## LITERATUR

Behr, T. (2012). Nachhaltige Strategien der Personalfindung und Personalbindung im Überblick. In: U. Bettig, M. Frommelt & R. Schmidt (Hrsg.). *Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen* (pp. 295-306), Medhochzwei Verlag.

Behrens, J., Fleischer, S., & Ludwig, C. (2014). *Brandenburger Fachkräftestudie Pflege*. Kurzfassung. Potsdam. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. [www.masgf.brandenburg.de/media\\_fast/4055/fks\\_pfleger\\_kurz.pdf](http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/fks_pfleger_kurz.pdf).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). *Förderprogramm Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung*. Warum sich betriebliche Kinderbetreuung jetzt noch mehr auszahlt. <http://www.mittelstand-und-familie.de/assets/Uploads/Flyer.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.) (2015). *Checkheft familienorientierte Personalpolitik für kleine und mittlere Unternehmen*. [www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/1505\\_EF\\_Checkheft-familienorientierte-Personalpolitik-KMU\\_barrierefrei.pdf](http://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/1505_EF_Checkheft-familienorientierte-Personalpolitik-KMU_barrierefrei.pdf)

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) (Hrsg.) (2014). *Vereinbarkeit von Familie*

und Beruf. Am Ball bleiben – Kinderbetreuung flexibilisieren und ausbauen. [www.dihk.de/.../ihk-unternehmensbarometer-kinderbetreuung.pdf](http://www.dihk.de/.../ihk-unternehmensbarometer-kinderbetreuung.pdf)

Gessenich, H. (2009). *Die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland. eine quantitative Studie zur Situation der Dienstleistung im Arbeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland im Jahr 2009*. Diplomarbeit an der katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen Abteilung Köln.

Hämel, K., & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift Für Sozialreform*, 59(4), 413-431.

Hornung, J. (2012). *Vom Personalmarketing zum Aufbau einer Arbeitgebermarke – Nachhaltige Wege aus dem Personalmangel*. In: U. Bettig, M. Frommelt & R. Schmidt (Hrsg.). *Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen* (pp. 307-316), Medhochzwei Verlag.

Kinderhospiz Löwenherz (2016). *Löwenherz ambulant. Vernetzung Niedersachsen*. <http://www.kinderhospiz-loewenherz.de/loewenherz-ambulant/vernetzung-niedersachsen.html>

Kofahl, C., & Lüdecke, D. (2014). *Familie im*

Fokus – die lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. *Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie*. Berlin: KomPart. Herausgegeben vom AOK- Bundesverband.

Kolb, M. (2008). *Personalmanagement. Grundlagen – Praxis – Konzepte*. Wiesbaden: Springer-Verlag.

Kremeike, K., Reinhardt, D., & Sander, A. (2014). *The role of nursing in pediatric palliative home care – experiences from Lower Saxony, Germany*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 243-252.

Kremeike, K., Eulitz, N. K., Jünger, S., Sander, A., Geraedts, M., & Reinhardt, D. (2012). *Paediatric palliative home care in areas of Germany with low population density and long distances: A questionnaire survey with general paediatricians*. *BMC Research Notes*, 5(1), 498.

PricewaterhouseCoopers. (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. [www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf](http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf)