

Akkreditiertes Mitglied im



# Qualitätsbericht 2018

## 01.01. – 31.12.2018

### Leuchtturm Hamburg e. V.



**Leuchtturm Hamburg e.V.**  
**Sozialmedizinische Nachsorge am AKK**  
**Bleickenallee 38**  
**22763 Hamburg**

Geschäftsleitung: Lisa Sanger  
Teamleitung: Silke Thun  
QMB: Dagmar Teising  
1. Vorsitzender Dr. Axel von der Wense

Freigabe erfolgt durch den 1. Vorsitzenden Dr. Axel von der Wense

Hamburg, den 26.08.2019

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Axel von der Wense", written over a horizontal line.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1.</b>	<b>Einführung / Allgemeine Lage im Jahr 2018</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Wesentliche Entwicklungen und Innovationen</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Qualitätspolitik und –ziele</b>	<b>4</b>
<b>3.1.</b>	<b>Qualitätsziele</b>	<b>4</b>
<b>3.2.</b>	<b>Mitarbeiter</b>	<b>5</b>
<b>3.3.</b>	<b>Wirtschaftlichkeit</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Leistungsübersicht und Ergebnisse</b>	<b>7</b>
<b>4.1.</b>	<b>Leistungsübersicht</b>	<b>7</b>
<b>4.1.1.</b>	<b>Patientenzahlen</b>	<b>7</b>
<b>4.1.2.</b>	<b>Ablehnungsquote</b>	<b>7</b>
<b>4.1.3.</b>	<b>Ausschöpfung der Nachsorgestunden</b>	<b>8</b>
<b>4.1.4.</b>	<b>Diagnosen</b>	<b>9</b>
<b>4.2.</b>	<b>Darstellung des Kernprozesses „Nachsorge nach dem Modell <i>Bunter Kreis</i>“</b>	<b>10</b>
<b>4.2.1.</b>	<b>Intake</b>	<b>11</b>
<b>4.2.2.</b>	<b>Assessment</b>	<b>12</b>
<b>4.2.3.</b>	<b>Hilfeplanung</b>	<b>12</b>
<b>4.2.4.</b>	<b>Durchführung, Monitoring/Linking</b>	<b>13</b>
<b>4.2.5.</b>	<b>Evaluation</b>	<b>13</b>
<b>4.3.</b>	<b>Optionale Leistungen</b>	<b>14</b>
<b>4.3.1.</b>	<b>Spielgruppen</b>	<b>14</b>
<b>4.3.2.</b>	<b>Projekt Cresco</b>	<b>14</b>
<b>4.3.3.</b>	<b>Weitere Projekte</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Rückmeldungen von Patienten, Kunden und Partnern</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse aus Audits</b>	<b>16</b>
<b>7.</b>	<b>Status von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen</b>	<b>17</b>
<b>8.</b>	<b>Folgemaßnahmen aus dem Qualitätsbericht des Vorjahres</b>	<b>18</b>
<b>9.</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>19</b>
<b>10.</b>	<b>Empfehlungen des QMB an die Leitung</b>	<b>20</b>
<b>11.</b>	<b>Bewertung der Leitung</b>	<b>20</b>
<b>12.</b>	<b>Anhang und Anlagen</b>	<b>21</b>
	<b>Anhang 1 Organigramm</b>	<b>21</b>
	<b>Anhang 2 Qualitätsziele 2018</b>	<b>22</b>
	<b>Anhang 3 Entwicklung Mitarbeiterzahl</b>	<b>23</b>
	<b>Anhang 4 Ziele aus dem Qualitätsbericht 2018</b>	<b>24</b>
	<b>Anhang 5 Ziele und Maßnahmen aus dem Qualitätsbericht 2017</b>	<b>25</b>
	<b>Anhang 6 Auswertungen</b>	<b>27</b>
	<b>Anlagen</b>	<b>28</b>

## 1. Einführung / Allgemeine Lage im Jahr 2018

Der *Leuchtturm Hamburg e.V.* wurde im Juni 2010 gegründet und ist eine Einrichtung, die die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V anbietet. Als „Dran“ Modell kooperiert die Einrichtung eng mit dem Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK) und hat dort auch ihren Standort. Mit der eigentlichen Nachsorgetätigkeit wurde 2011 begonnen. Seitdem wurden ca. 950 Patienten, vor allem ehemalige Frühgeborene und kranke Neugeborene und deren Familien betreut. In den letzten Jahren stieg die Zahl älterer Kinder, vor allem mit Diabetes mellitus Typ-1. Insgesamt stabilisierte sich die Patientenzahl pro Jahr bei 140 – 150 Patienten, womit die Kapazitäten der Mitarbeiterinnen voll ausgeschöpft werden.

Der *Leuchtturm Hamburg e.V.* ist eine von vier Nachsorgeeinrichtungen in Hamburg. Das Einzugsgebiet ist recht groß und reicht vom westlichen Teil der Stadt nach Norden bis in die umliegenden Kreise in Schleswig-Holstein sowie südlich der Elbe bis ins nördliche Niedersachsen hinein, da es dort keine entsprechende Einrichtung gibt. Dieser Bereich wird durch Mitarbeiterinnen abgedeckt, die dort wohnen, so dass damit Fahrzeiten reduziert werden.

Neben dem Angebot der sozialmedizinischen Nachsorge werden noch optional Spielgruppen für Eltern mit ehemaligen Frühgeborenen sowie Musiktherapie angeboten.

Der Verein ist Mitglied im Bundesverband *Bunter Kreis* und wurde 2013 nach deren Vorgaben erstmalig akkreditiert. Im Jahr 2016 konnte die erste Re-Akkreditierung erfolgreich abgeschlossen werden. Das Qualitätsmanagementsystem ist gut etabliert und präsent in der täglichen Arbeit. Es findet ein regelmäßiger Austausch dazu statt, so dass die Mitarbeiterinnen ein gutes Wissen über die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele haben und eigene Ideen mit einbringen können. Der Qualitätsbericht wird einmal jährlich für das vorhergehende Jahr verfasst und auch auf die Homepage gestellt, da Transparenz ein wichtiger Aspekt der Qualitätspolitik ist.

Im Jahr 2018 gab es hinsichtlich der Führung von *Leuchtturm Hamburg e.V.* eine wesentliche Änderung. Durch die Größe der Einrichtung waren die Führungsaufgaben für den Vorstand immer zeitaufwendiger geworden, so dass beschlossen wurde, eine Geschäftsleitung einzusetzen. Dazu kam, dass die ärztliche Leitung, die sich bisher auch um das Fundraising gekümmert hatte, diesen Bereich abgeben wollte. Dies führte zu einer Umstrukturierung, auf die u. a. im folgenden Bericht näher eingegangen wird.

## 2. Wesentliche Entwicklungen und Innovationen

Ein Thema, was viele Unternehmen und auch Vereine 2018 beschäftigt hat, war die Umsetzung der europäischen Datenschutzgrundverordnung. So mussten etliche Dokumente überarbeitet bzw. neu erstellt, ein Datenschutzkonzept erarbeitet und ein Datenschutzbeauftragter ernannt werden.

Die Nachsorgezahlen konnten 2018 auf 163 gesteigert werden, nachdem in den vier vorangegangenen Jahren die Zahl relativ stabil bei ca. 140 – 150 lag. Es wird weiter daran gearbeitet, mehr mit festangestellten Mitarbeiterinnen zu arbeiten und den Anteil der 450 €-Kräfte weiter zu reduzieren. Die Stellen werden aus den Erlösen der Nachsorgetätigkeit bzw. aus größeren zweckgebundenen Spenden finanziert. Darüber gelang es 2018 auch eine GKikP mit der Zusatzqualifikation zur Diabetesberaterin mit einer 0,2 VK-Stelle einzustellen, die sich primär um die Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 kümmert. Dadurch konnte 2018 die Zahl der betreuten Betroffenen von bisher ca. 10 auf 24 erhöht werden. War es in den Vorjahren schwierig gewesen, die Kostenübernahme der sozialmedizinischen Nachsorge durch die Krankenkassen bei diesen Patienten zu erreichen, wurden 2018 die Mehrheit der Anträge genehmigt. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung und ist wohl auf die verbesserten Formulierungen in den Anträgen sowie den stetigen Bemühungen des Bundesverbands des *Bunter Kreis* zurückzuführen. Weitere Details zur Entwicklung der Nachsorgezahlen s. Kap 4.1.

Über den Bundesverband bzw. die *Bunter Kreis Nachsorge gGmbH* konnte ein Kooperationsvertrag mit der Firma *IPSEN PHARMA* über die Nachsorge von Kindern mit Wachstumsstörungen geschlossen werden, die mit einem Präparat dieser Firma behandelt werden. Nach einer zweitägigen Schulung von zwei Mitarbeiterinnen, konnten 2018 schon 10 Kinder im Rahmen dieses Cresco-Projekts begleitet werden.

Das bisher bestehende Angebot der Spielgruppen für ehemalige Frühgeborene musste aufgrund von Raumproblemen vorübergehend eingestellt werden, was von den Eltern sehr bedauert

wurde. Das *Altonaer Kinderkrankenhaus* konnte keinen geeigneten Raum mehr zu Verfügung stellen und die Suche nach einer kostenlosen/-günstigen externen Lösung in der Nähe gestaltete sich schwierig.

Dafür gelang es, eine größere zweckgebundene Spende für eine Musiktherapeutin zu akquirieren. Mit diesem Angebot, das zu Hause durchgeführt wird, wurde Ende 2018 begonnen. Informationen zu den Projekten sind im Kap. 4.3 nachzulesen.

Die wichtigste Neuerung war, dass zum 1. November eine Geschäftsleitung mit einem Stellenanteil von 0,5 VK eingesetzt wurde. Da die Mitarbeiterin, die sich bisher um das Büromanagement gekümmert hatte, macht z. Z. ihren Master in „Management in Nonprofit-Organisationen“, wurde ihr diese Position angeboten. Durch ihre Kenntnisse über *Leuchtturm Hamburg e.V.* war sie die ideale Besetzung für diese Stelle. In der Stellenbeschreibung wurde detailliert festgelegt, was die Aufgaben der Geschäftsleitung sind. Durch diese Umorganisation änderte sich auch die Struktur des Organigramms (s. [Anhang 1](#)).

### **3. Qualitätspolitik und –ziele**

Die Qualitätspolitik des Vereins, wie auch alle wesentlichen Aufgaben des Vereins und dessen Strukturen sind in einem Nachsorgekonzept dargelegt, welches bei Änderungen entsprechend angepasst wird. Der geschäftsführende Vorstand (s. [Organigramm im Anhang 1](#)) legt die Qualitätsziele in Abstimmung mit den Mitgliedern auf der jährlichen Mitgliederversammlung des Vereins fest (s. Kap. 3.1).

Zum 1. November 2018 wurde zur Entlastung eine Geschäftsleitung mit einer 0,5 VK-Stelle eingestellt. Die Leitung untersteht direkt dem Vorstand und hat die Aufgabe die Nachsorgeeinrichtung entsprechend den Satzungszielen und Weisungen des Vorstandes zu führen. Zu ihren Aufgaben gehören auch die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Zusammenarbeit mit dem Vorstand, der Leitung der Nachsorge und der Qualitätsmanagementbeauftragten sowie die Einhaltung der Qualitätsstandards.

Im Vordergrund der Arbeit von *Leuchtturm Hamburg e.V.* stehen die Patienten und deren Familien, die eine bestmögliche Unterstützung erfahren sollen, die sich an ihren Ressourcen und ihren Bedürfnissen orientiert. Dieses Ziel steht in Übereinstimmung mit denen vom Bundesverband *Bunter Kreis*, der der Auffassung ist, dass das Leistungsangebot der sozialmedizinischen Nachsorge die Rahmenbedingungen einer Familie derart konsolidieren soll, „dass die medizinische Versorgung gesichert ist und ein Beitrag zur Stabilisierung der betroffenen Familie geleistet wird.“

Hinsichtlich der grundsätzlichen Qualitätspolitik hat es trotz der Umstrukturierung keine Änderungen gegeben, sie orientiert sich an ethischen Grundsätzen zum Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft.

#### **3.1. Qualitätsziele**

Durch die Akkreditierung 2013 und die Re-Akkreditierung im Jahr 2016 wird garantiert, dass bestimmte Zielstandards erfüllt werden. Weiterhin werden jährlich Qualitätsziele definiert, in denen sich die Qualitätspolitik widerspiegelt. Vorschläge dazu können von den Mitarbeiterinnen, den Mitgliedern, der Geschäftsleitung sowie dem Vorstand eingereicht werden. In einer Mitgliederversammlung werden diese Qualitätsziele verabschiedet und im Protokoll der Sitzung, das an alle Mitglieder geht, veröffentlicht. Die Ziele werden terminiert und die Verantwortlichen festgelegt. Im Rahmen der Teamsitzungen werden die Ziele den Mitarbeiterinnen vorgestellt. Die Ziele werden vom Vorstand, den Leitungen, dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) sowie den Mitarbeiterinnen konsequent verfolgt. In den Jour-Fix des Mitarbeiterteams bzw. mit dem geschäftsführenden Vorstand sowie in den Teamsitzungen werden die Ziele regelmäßig besprochen, soweit möglich evaluiert und ggf. angepasst. Im Laufe des Jahres können sich neue Ziele ergeben, es kann aber auch sein, dass einzelne Ziele nicht weiterverfolgt werden. Bei der Erstellung des Qualitätsberichtes ergeben sich teilweise weitere Ziele, die kontinuierlich und im Rahmen des folgenden Qualitätsberichtes evaluiert werden (s. Kap. 8).

Anhand der Evaluation der Elternfragebögen kann eine Aussage zur Qualität der Sozialmedizinischen Nachsorge gemacht und Verbesserungspotential identifiziert werden, das in die Qualitätsziele mit aufgenommen wird (s. [Qualitätsziel 4](#) Anhang 2 und Kap. 5).

Am Ende des Jahres erfolgt eine Bewertung hinsichtlich des Erreichens der Ziele, ggf. ergeben sich daraus neue Ziele für das nächste Jahr. Die Qualitätsziele 2018 und deren abschließende Bewertung sind im [Anhang 2](#) zu finden, ergänzende Erläuterungen folgen in den weiteren Kapiteln.

### 3.2. Mitarbeiter

Eine wesentliche Änderung 2018 war wie schon anfangs erwähnt die Einstellung einer Geschäftsleitung, die zusammen mit der Teamleitung die Nachsorgeeinrichtung führt. In einer Stellenbeschreibung, die für jede Berufsgruppe bzw. Position vorhanden ist, sind die Aufgaben detailliert festgelegt. Die Geschäftsleitung ist dabei vor allem für die Finanzen, die Öffentlichkeitsarbeit, das Fundraising sowie die allgemeine Verwaltung zuständig. Weiterhin wurde sie zur Datenschutzbeauftragten ernannt, Datenschutzverantwortlicher bleibt der Vorstand. Für das Personalwesen bzw. die Mitarbeiterführung sind die Geschäftsleitung zusammen mit der Teamleitung verantwortlich. Letztere ist die fachliche Vorgesetzte für die Nachsorgemitarbeiterinnen und ist für die Organisation der Sozialmedizinischen Nachsorge sowie der optionalen Angebote zuständig.

Entsprechend des Leitbilds des Bundesverbands *Bunter Kreis*, dass „Achtsamkeit und Wertschätzung für unsere MitarbeiterInnen“ Voraussetzung für ein gutes Arbeitsklima sind, werden jährliche Mitarbeitergespräche geführt und meist zweimal im Jahr ein kleines Event für alle organisiert, an denen die meisten Mitarbeiterinnen auch teilnehmen. Besonders zur Weihnachtszeit wird mit viel Kreativität eine besondere Aktion mit anschließenden gemeinsamen Essen angeboten. So ging es für das Team 2018 zum Eisstockschießen, bei dem alle ihren Spaß hatten.

Der Anspruch an die fachliche Kompetenz der pflegerischen Mitarbeiterinnen von *Leuchtturm Hamburg e. V.* ist hoch. Das feste Team besteht aus vier Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKKP), von denen zwei auch die Weiterbildung zur Case Managerin absolviert haben. Ziel ist es, dass alle 450-€-Kräfte auch die Weiterbildung zur FGKKP absolvieren, um vor allem die für die Nachsorge notwendigen Kenntnisse zum Familiensystem und der Netzwerkbildung zu erlangen. Insgesamt ist die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen hoch, diese Weiterbildung zu machen. Einzelne haben Zusatzqualifikationen, wie z. B. in der Babymassage, und drei pflegerische Mitarbeiterinnen haben 2017 eine Weiterbildung in „Entwicklungspsychologischer Beratung“ abgeschlossen, in dessen Rahmen Kenntnisse und Rüstzeug vermittelt werden, die notwendig sind, in den betreuten Familien die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern und damit Entwicklungs- und Verhaltensproblemen vorzubeugen. Die in der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten fließen natürlich auch in die Nachsorgetätigkeit ein.

Von den drei Pflegekräften, die das „Diabetes-Team“ bilden, haben zwei auch die Weiterbildung zur Diabetesberaterin nach DDG. Eine Übersicht über die Entwicklung der Mitarbeiterzahl und den Qualifikationen sind im [Anhang 3](#) zu finden.

Alle Weiterbildungsnachweise müssen bei der Teamleitung eingereicht werden. Zusätzlich wird gefordert, dass sich alle Mitarbeiterinnen fachlich fortbilden. Die Kinderärzte müssen, wie von der Ärztekammer gefordert, innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte nachweisen, d.h. jährlich ca. 50 Punkte. Für die Mitarbeiterinnen des festen Teams wurde Ende 2018 endlich ein Schulungskonzept erstellt, was im Audit 2016 als Verbesserungspotential formuliert wurde und eines der Qualitätsziele 2017 gewesen war. Neben den fachlichen werden auch Fortbildungen zum Thema Arbeitsschutz und Datensicherheit gefordert. Da das Konzept erst Ende 2018 erstellt wurde, gilt es erst ab 2019 verbindlich.

Während der Teamsitzungen, die alle 14 Tage stattfinden, finden kleinere Fortbildungen zu verschiedenen Themen statt. Anfangs gab es für das Diabetesteam separate Termine, da sich die fachlichen Schwerpunkte der Patienten mit Diabetes sehr von denen der ehemaligen Frühgeborenen unterscheiden. Inzwischen findet aber nur noch eine gemeinschaftliche Sitzung statt, so dass alle fachlich voneinander lernen können. In den Teamsitzungen werden auch die Anregungen und Wünsche zu Fortbildungen berücksichtigt, die die Mitarbeiterinnen in den jährlichen Mitarbeitergesprächen äußern. Außerdem werden allgemeine Informationen sowie Erkenntnisse aus externen Schulungen, Fortbildungen und Treffen, wie z. B. dem Runden Tisch in Hamburg oder den Nachsorgetreffen im Rahmen von internen Qualifizierungen an die Mitarbeiterinnen weitergegeben. Über das Altonaer Kinderkrankenhaus besteht weiterhin die Möglichkeit an diversen Fortbildungen teilzunehmen. Auch die über/- regionalen Treffen, die der Bundesverband *Bunter Kreis* organisiert, sind eine wichtige Informationsquelle. Besonders beim

regionalen Treffen im Herbst 2018 in Lübeck wurden zu unterschiedlichen Themen Fortbildungen angeboten, die jeweils für Geschäftsleitung, die Teamleitung und die Qualitätsmanagementbeauftragte von Interesse waren.

Anfang jedes Jahres findet im Anschluss an ein gemeinsames Frühstück ein Brainstorming mit der Teamleitung, der neuen Geschäftsleitung, der Qualitätsmanagementbeauftragten und allen festangestellten Mitarbeiterinnen statt. Dabei werden aktuelle Ziele, Projekte und Probleme besprochen sowie Ideen für neue Projekte gesammelt. Gemeinsam wird dann entschieden, welche Projekte sinnvoll sind und vorangetrieben werden sollen. Im Abstand von 8 – 12 Wochen finden weitere Jour Fix mit den oben genannten Beteiligten statt, in dem die Projekte, Neuerungen sowie Probleme besprochen und Aufgaben verteilt werden. Jeder Mitarbeiter führt dabei seine eigene To-do-Liste. Von allen Sitzungen und wichtigen Gesprächen werden Protokolle erstellt, so dass die Ergebnisse jederzeit nachlesbar sind.

Bewährt hat sich, die Anzahl der festangestellten Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Dadurch kann flexibler auf Nachsorgeanfragen reagiert werden und weiterhin wirkt es sich positiv auf die Qualität der Arbeit aus, da die Mitarbeiterinnen mehr Erfahrung bekommen. 2018 wurde mit allen festangestellten Mitarbeiterinnen sowie den 450 €-Kräften Mitarbeitergespräche geführt. Diese verliefen äußerst konstruktiv, es gab keine relevanten Kritikpunkte, sondern insgesamt zeigten sich alle sehr zufrieden, so dass sich 2018 kein konkreter Verbesserungsbedarf ergab. Besonders hervorgehoben wurde der gute interne Austausch, was sich positiv auf das Betriebsklima und die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt. Weiteres positives Feedback gab es zur offenen Kommunikation im Team, der guten Erreichbarkeit der pflegerischen Leitung bei Problemen und der Information zu Fortbildungsangeboten. Ziel in diesem Bereich sollte es sein, das gute Arbeitsklima zu erhalten und ggf. noch weiter zu verbessern. Die jährlichen Feedback-Gespräche aber auch die Teamsitzungen bieten ein gutes Forum, um sich ein Meinungsbild zu machen und Verbesserungspotential aufzudecken.

Als Pluspunkt empfinden es die Mitarbeiterinnen, dass ihnen ein über Spenden finanziertes Auto für Dienstfahrten sowie ein Fahrrad zur Verfügung stehen, die vorwiegend von den festangestellten Mitarbeiterinnen genutzt werden, aber auch allen anderen zur Verfügung stehen. In einem Kalender kann vorgemerkt werden, wann jemand das Auto benötigt, eine feste Mitarbeiterin kümmert sich um die Pflege und Wartung des Fahrzeugs.

Im Jahr 2017 wurde endlich das Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter fertiggestellt. Dieses konnte erst 2018 umgesetzt werden, da davor keine neuen Mitarbeiter eingestellt wurden. Die Rückmeldungen der pflegerischen Leitung und der beteiligten Mitarbeiterin zu dem Konzept waren durchweg positiv.

### 3.3. Wirtschaftlichkeit

Bestandteil der Qualitätspolitik des Vereins ist zum einen die Wirtschaftlichkeit und zum anderen erhebt er den Anspruch, Patienten auch bei Ablehnung nachzusorgen, sofern ein eindeutiger Bedarf festgestellt wird. Auch die bis zur Ablehnung geleisteten Stunden können meist nicht abgerechnet werden. Im Jahr 2018 wurden knapp 165 geleistete Stunden über Spenden finanziert werden (s. Tab. 1). Diese Zahlen stehen in einem gewissen Zusammenhang zu den Ablehnungs- und Kürzungsquoten (s. Kap. 4.1). Ein Teil der Stunden war aber auch darauf zurückzuführen, dass einzelne Krankenkassen im Rahmen der neuen Datenschutzrichtlinie, die Bescheide nicht mehr an *Leuchtturm Hamburg e.V.* versendeten, sondern an die Eltern, wodurch Ablehnungen z. T. verspätet bei den Mitarbeiterinnen ankamen.

2015	2016	2017	2018
233 Stunden	123 Stunden	168 Stunden	164 Stunden

**Tab. 1** nicht finanzierte Stunden

Es wurde angeregt, Paten anzuwerben, die die Kosten für Patienten übernehmen, bei denen die Nachsorge abgelehnt wurde und bei denen die Mitarbeiter aber der Meinung sind, dass die Familien von der Betreuung stark profitieren würden. Dazu wurde ein Informationsblatt entworfen und seit Ende 2017 auf der Homepage dafür geworben. Bisher konnte allerdings darüber noch kein Pate gewonnen werden, trotzdem soll dieses Projekt erst einmal weitergeführt werden.

Es entstehen auch ungedeckte Kosten, wenn es Anfragen für die Nachsorge gibt, bei denen letztendlich aber keine Verordnung geschrieben wird. Im Jahr 2018 gab es 36 (2017: 30) solcher Anfragen und die Zeiten summierten sich dabei auf 17,75 Stunden (2017: 21,75 Std.). Das Ziel

für 2018, diese Stundenanzahl zu reduzieren, wurde erreicht, obwohl es sechs Anfragen mehr gab. In den meisten Fällen war eine Vermittlung an andere Institutionen sinnvoll, was in kürzeren Telefonaten geklärt werden konnte, so dass die Beratungszeiten in der Regel zwischen 15 und 60 Minuten betragen.

Der Stundensatz ist trotz einer Erhöhung im Jahr 2018 weiter nicht kostendeckend. Für die Verhandlungen hatte sich *Leuchtturm Hamburg e.V.* mit einer weiteren Nachsorgeeinrichtung aus Hamburg zusammengeschlossen, um hinsichtlich der Nachsorgezahlen eine bessere Ausgangslage zu haben. Da das Einzugsgebiet der Nachsorgeeinrichtung sehr großflächig ist, fallen im Durchschnitt 3,3 Std. für Fahrzeiten an (s. auch Kap. 4.1), die dann nicht für die Nachsorge genutzt werden können. Aus diesem Grund war versucht worden, dass die Fahrzeiten separat vergütet werden, wenn die Entfernungen zu den Familien mehr als 15 km betragen, was bei ca. 10% der Fälle zutrifft. Leider ist es nicht gelungen hierzu eine Vereinbarung mit den Kassen zu erreichen. Die Vergütungsvereinbarung wird daher 2019 wieder gekündigt, in der Hoffnung, einen höheren Stundensatz sowie die Übernahme der Fahrtkosten bei größeren Entfernungen zu erreichen.

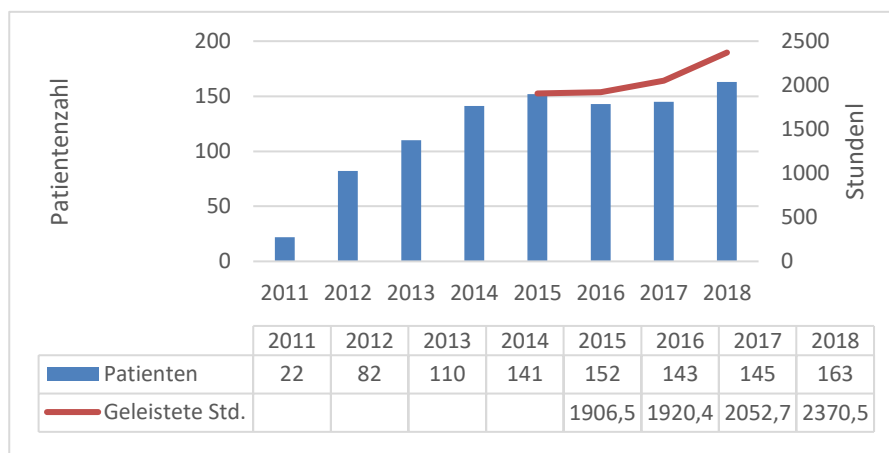
Die Spendenakquise 2018 war zwar recht erfolgreich, jedoch nicht ausreichend, so dass ein Teil der Kosten aus Rücklagen bezahlt werden mussten.

## 4. Leistungsübersicht und Ergebnisse

### 4.1. Leistungsübersicht

#### 4.1.1. Patientenzahlen

Die Anzahl der betreuten Patienten konnte 2018 gegenüber dem Vorjahr um 18 auf 163 gesteigert werden. Damit ist es das Jahr mit der bisher höchsten Anzahl an Nachsorgen. Dadurch stiegen auch die geleisteten Nachsorgestunden auf einen Höchststand von 2370,5 Stunden, 317,8 Stunden mehr als im Vorjahr (s. Tab. 2).



**Tab. 2** Entwicklung der Patientenzahlen und geleisteten Stunden

Die Anzahl der Kinder mit Diabetes mellitus Typ I konnte nochmals um 10 gegenüber dem Vorjahr auf nunmehr 24 Patienten (2016: 7 Patienten) gesteigert werden, was nur durch Anstellung einer GK KP mit der Zusatzqualifikation zur Diabetesberaterin im Umfang einer 0,2 VK-Stelle zu leisten war, die über Spendengelder finanziert wird. Allerdings blieb die Zahl etwas hinter den Erwartungen zurück. Die Anzahl von Patienten jenseits des Neugeborenenalters stieg dadurch auf 28. Erstmals konnte auch ein Patient aus der Orthopädie in die Nachsorge übernommen werden. Um jedoch langfristig auch dieses Fachgebiet in der Nachsorge abdecken zu können, bräuhete es Personal mit dem entsprechenden Fachwissen, die die Probleme und Bedürfnisse dieser Familien besser erfassen können. Bisher ist jedoch nicht gelungen, Pflegekräfte aus der Orthopädie für die Tätigkeit in der Nachsorge zu gewinnen.

#### 4.1.2. Ablehnungsquote

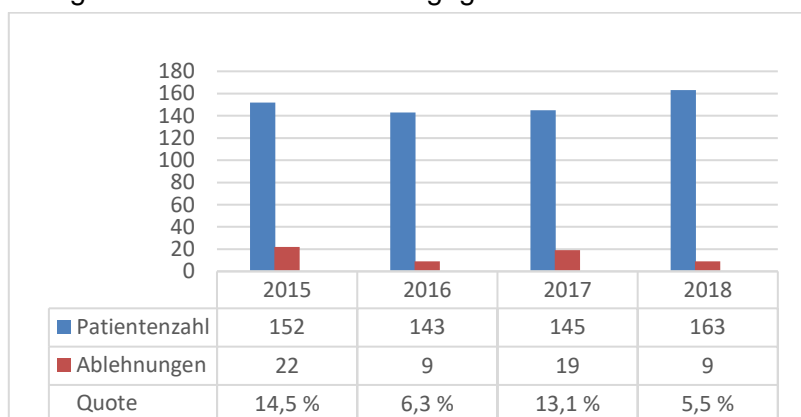
Erfreulich ist die Entwicklung der Ablehnungsquote (s. Tab. 3). Insgesamt gab es nur neun Ablehnungen, davon fünf bei Kindern mit Diabetes. Von 14 Folgeanträgen wurde auch nur einer abgelehnt. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sich die anfänglichen Probleme bei der Umstellung auf ein neues Antragsformular gelegt und die Qualität der Formulierung der

Anträge und Widersprüche verbessert haben. In Bezug auf die Diabetiker spielen evtl. auch die überregionalen Bemühungen des Bundesverband *Bunter Kreis* eine positive Rolle. Somit konnte unser Ziel, die Ablehnungsquote 2018 zu reduzieren, erreicht werden.

Hinsichtlich der Ablehnung war es besonders die DAK Gesundheit sowie die Hanseatische Krankenkasse, die 2017 am häufigsten die Nachsorgen ablehnten. Bei der DAK Gesundheit war die Entwicklung äußerst positiv. Es gab keine Ablehnungen mehr, nachdem immer wieder mit den Sachbearbeitern telefonisch Kontakt gesucht wurde. Bei der Hanseatischen Krankenkasse hingegen wurden von fünf Anträgen zwei abgelehnt. Details zu den Krankenkassen sind der Tab. 10 im Anhang 6 zu finden.

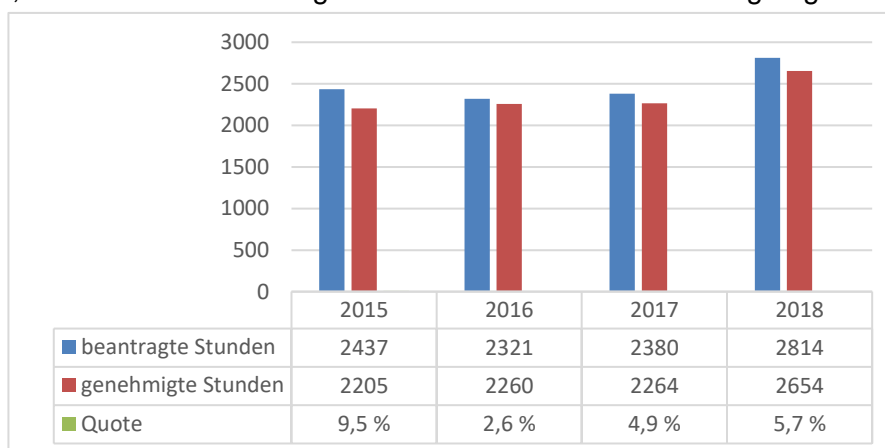
Das Ziel für die nächsten Jahre ist es, die Ablehnungsquote weiter so niedrig zu halten oder sogar noch zu verbessern.

Bei den Beihilfen übernimmt, wie auch schon in den Jahren davor, die Hamburger Beihilfe trotz intensiver Bemühungen grundsätzlich keine Kosten für die Nachsorge. Alle vier Anträge wurden abgelehnt, zwei Anträge bei anderen Beihilfen dagegen wurden übernommen.



**Tab. 3** Ablehnungen

Ein weiteres Problem sind Stundenkürzungen durch die Krankenkassen. Bei 11 der genehmigten Fälle wurden Stundenkürzungen im Umfang von 5 bis 16 Stunden vorgenommen. Von den 2814 beantragten Stunden (nur der positiven Bescheide) wurden 2654 Stunden genehmigt, was einer Kürzungsrate von 5,7 % entspricht (s. Tab. 4). Die Rate ist damit gegenüber dem Vorjahr wieder angestiegen, dafür wurden aber insgesamt wesentlich mehr Nachsorgen genehmigt.



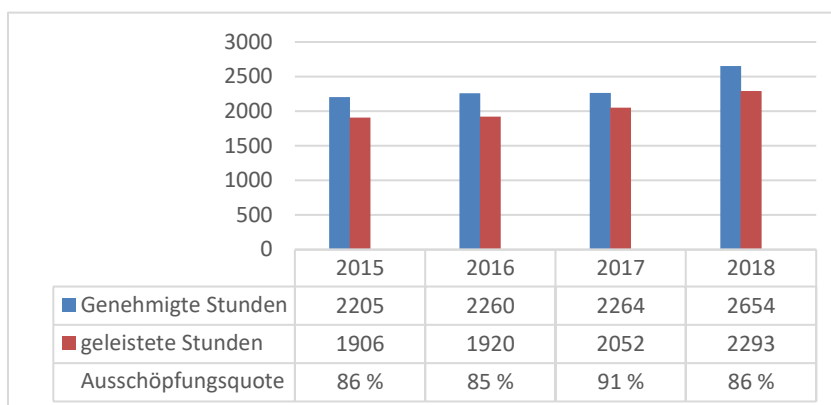
**Tab. 4** Verhältnis beantragter Stunden zu genehmigten Stunden

#### 4.1.3. Ausschöpfung der Nachsorgestunden

Von den genehmigten Stunden wurden letztendlich 2293 Stunden geleistet, was einer Quote von 86 % entspricht (s. Tab. 5). Damit ist die Ausschöpfungsrate wieder gesunken, nachdem im Vorjahr eine Quote von 91 % erreicht worden war. Ziel ist es im Durchschnitt pro Fall 17 Stunden abzurechnen, 2018 waren es aber nur etwas über 15 Stunden. In der Mehrzahl der Fälle (insgesamt 91) wurde das Ziel frühzeitig erreicht (50 Fälle), u. a. dann, wenn es sich um Mehrlinge (1 x Drillinge und 2 x Zwillinge) handelte, bei denen für jedes Kind 20 Stunden genehmigt worden waren. Sonst lag es meist daran, dass die Patienten nicht so krank waren oder aber die Arbeit der Mitarbeiterinnen sehr effektiv war. Bei 14 Fällen lag die Ursache bei der Mutter, die entweder



nach wenigen Stunden die Nachsorge dann doch abgelehnt oder abgebrochen hat. Das Thema Stundenausschöpfung wird immer wieder in den Teamsitzungen angesprochen, mit dem Ziel, die Quote weiter zu verbessern.



**Tab. 5** Ausschöpfung genehmigter Stunden

Bei den geleisteten Stunden wird differenziert zwischen den Stunden, die die pflegerischen Mitarbeiterinnen bzw. die Sozialpädagogin leistet (s. Tab. 6). Dabei sind nur die abrechenbaren Stunden erfasst. Darüber hinaus leistet die Sozialpädagogin noch etliche weitere Stunden.

	2015	2016	2017	2018
<b>Sozialdienststunden</b>	134 Std.	177 Std.	155 Std.	175 Std.
<b>Anteil an den gesamt geleisteten Std.</b>	7,0 %	9,2 %	7,6 %	7,4 %

**Tab. 6** Sozialdienststunden

Ein großes Problem stellen weiterhin die langen Fahrzeiten dar, die bei den Hausbesuchen anfallen. Diese sind weiter gestiegen (s. Tab. 7), da die Anzahl der 450 €-Kräfte reduziert wurde und somit eine wohnortnahe Betreuung auch in Hamburg nicht mehr so leicht zu gewährleisten ist. Dazu kam, dass eine Pflegekraft, die nördlich der Elbe wohnt, für einen längeren Zeitraum ausfiel, was ebenfalls zur Verlängerung der Fahrzeiten bei anderen Mitarbeiterinnen führte. Es werden aber gezielt Mitarbeiterinnen gehalten, die in den „Außenbezirken“ wohnen. Außerdem wird in den zukünftigen Verhandlungen mit den Kassen weiter eine separate Vergütung der Fahrtkosten gefordert werden.

	2015	2016	2017	2018
<b>Fahrzeiten Durchschnitt in Std./Patient</b>	2,3 Std.	2,5 Std.	2,7 Std.	3,3 Std.

**Tab. 7** Durchschnittliche Fahrzeiten

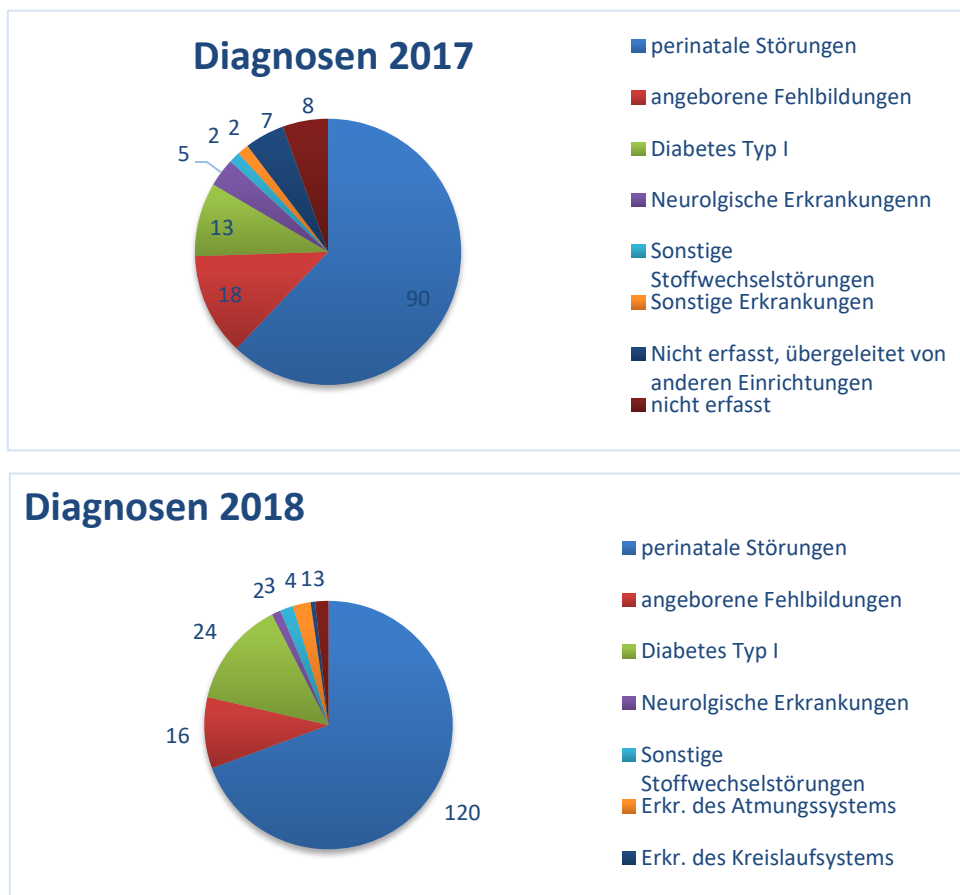
Im Hinblick auf die Reduktion von Fahrzeiten wird mit den anderen Nachsorgeeinrichtungen in Hamburg kooperiert. Insgesamt wurden 36 Kinder aus anderen Kliniken als dem *Altonaer Kinderkrankenhaus* in die Nachsorge aufgenommen, was eine erhebliche Steigerung bedeutet (2017: 16). 25 Patienten wurden dabei von anderen Nachsorgeeinrichtungen übergeleitet. Im Gegenzug hat *Leuchtturm Hamburg e.V.* 19 Patienten an andere Einrichtungen vermittelt.

Eine Übersicht über die gesamten erwähnten Zahlen ist im [Anhang 6](#) Tabelle 11 zu finden.

#### 4.1.4. Diagnosen

Die Verteilung der Diagnosen von 2017 und 2018 ist in Tab. 8 dargestellt. Erkennbar ist, dass relativ unverändert ca. 75 % der Patienten Frühgeborene bzw. Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen sind, was durch die Größe der neonatologischen Abteilung des AKK bedingt ist. Deutlich angestiegen ist die Zahl der Patienten mit Diabetes Typ 1. Diese Gruppe zusammen mit den Früh- und Neugeborenen machen 90 % der betreuten Patienten aus.

2017 wurde bei 15 Patienten keine Diagnose erfasst, dieses Jahr traf das auf 13 Patienten zu, bei denen diese aber nachgetragen wurde. Für 2019 soll die Datenbank dahin verbessert werden, dass fehlende Einträge kenntlich gemacht werden, so dass vor Abschluss eines Falls eine Prüfung auf Vollständigkeit erfolgen kann:

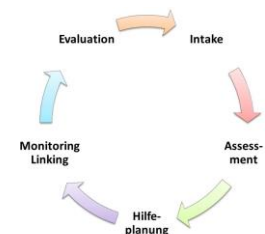


Tab. 8 Diagnosen Fallzahlen Vergleich 2017/2018.

#### 4.2. Darstellung des Kernprozesses „Nachsorge nach dem Modell *Bunter Kreis*“

Hinsichtlich des Ablaufs der Nachsorge orientiert sich *Leuchtturm Hamburg e.V.* an dem Modell *Bunter Kreis*. Dabei wird nach der Methode des Case Managements vorgegangen, welches sich in folgende fünf Schritte gliedert:

- Intake = Erfassung der Aufgabenstellung: Erstkontakt zwischen Case Managerin und Klientin (Familie) in der Klinik und Erfassen der Grunddaten;
- Assessment = Informationssammlung und Einschätzen der notwendigen Hilfestellung anhand von standardisierten Erhebungsbögen;
- Hilfeplanung = Planung der Dienstleistungen, Festlegen der Ziele, Schließen eines Hilfeplankontrakts mit den Eltern;
- Monitoring/Linking = Vermittlung der Unterstützung, Umsetzung/Durchführung (Realisierung des Hilfeplans), Dokumentation, Überprüfung der Ziele und ggf. Korrektur des Hilfeplans;
- Evaluation = interne und externe Auswertung der Dienstleistungen nach Abschluss der Nachsorge.



Durch die enge Kooperation mit dem Altonaer Kinderkrankenhaus werden *Leuchtturm Hamburg e.V.* die meisten Patienten aus der Klinik, vor allem aus dem Perinatalzentrum, zugewiesen. Eine Mitarbeiterin nimmt dort an der wöchentlichen psychosozialen Visite teil, in der frühzeitig über die Notwendigkeit einer sozialmedizinischen Nachsorge gesprochen wird. So kann schon einige Zeit vor der Entlassung Kontakt zu den Familien aufgenommen werden, die dann auch das vom Bundesverband *Bunter Kreis* erstellte Informationsblatt erhalten, welches es inzwischen in unterschiedlichen Sprachen gibt.

Die Anmeldungen erfolgen meist durch die Ärzte der Stationen, sie gehen bei *Leuchtturm Hamburg e.V.* weitgehend per Fax oder telefonisch ein. Dieses Vorgehen hat sich soweit als praktikabel erwiesen, daher sind hier keine Änderungen geplant.

#### 4.2.1. Intake

Nach Eingang der Anmeldung nehmen die Mitarbeiterinnen telefonisch oder direkt persönlich auf den Stationen Kontakt mit den Eltern auf und es wird ein Termin für ein erstes Gespräch vereinbart. Ziel dieses Gesprächs ist das gegenseitige Kennenlernen, um Vertrauen zu schaffen. Den Angehörigen wird der Ablauf der Nachsorge erklärt und darauf hingewiesen, dass dies eine Leistung der Krankenkasse ist und die Familie über die Annahme oder Ablehnung der Leistung frei entscheiden kann. Sofern die Angehörigen das Angebot annehmen möchten, muss die Einverständniserklärung unterschrieben werden, womit sie einerseits *Leuchtturm Hamburg e.V.* die Nachsorge übertragen und andererseits den Datenschutz aufheben, wodurch die Nachsorge-mitarbeiterin Einsicht in die medizinischen Unterlagen des Kindes bekommt bzw. ihr ein Arztbrief überlassen wird. Anschließend wird das Stammdatenblatt ausgefüllt, in dem nicht nur Personendaten, sondern auch schon bestehende Unterstützungsangebote/-möglichkeiten erfasst werden. Die Mitarbeiterin erstellt anhand eines Bogens ein Belastungs-/ Ressourcenprofil, welches sie den Angehörigen zusammenfassend darlegt, um sicher zu gehen, dass sie die Situation der Familie richtig erfasst hat. Für Diabetespatienten wurde 2016 ein zusätzlicher Bogen entwickelt, um den speziellen Bedarf dieser Familien besser zu erfassen, der sich auch bewährt hat, Änderungen mussten bisher nicht vorgenommen werden.

Weiterhin wird die Verordnung für die Krankenkassen besprochen und die Grunddaten eingefügt, so dass der Arzt nur noch die medizinischen Angaben wie die notwendige ICD 10 Diagnose eintragen und die Verordnung unterschreiben muss. Um die Verordnungen zu verbessern und damit die Bewilligungsquote zu erhöhen, wurden Textbausteine zu den häufigsten Indikationen vorformuliert und eine interne Schulung dazu durchgeführt. Hinsichtlich der Formulierungen erfolgt auch ein Austausch mit anderen Nachsorgeeinrichtungen, mit dem Ziel einheitliche Formulierungen zu verwenden.

Die Verordnungen werden von den Mitarbeiterinnen von *Leuchtturm Hamburg e.V.* meist per Fax versendet, was Zeit und Kosten spart. Das Datum der Antragstellung sowie der Eingang des Bescheids werden dokumentiert. Früher haben sich die Kassen z. T. sehr viel Zeit mit der Bearbeitung gelassen, so dass in der Zeit schon Nachsorgeleistungen erbracht wurden, die bei Ablehnung nicht abgerechnet werden konnten. Inzwischen gibt es die Regelung, dass die Bearbeitung innerhalb von 5 Werktagen zu erfolgen hat. Sollte eine Ablehnung später eingehen, können die ab dem 6. Werktag bis zum Eingang der Ablehnung geleisteten Stunden trotzdem abgerechnet werden. Problematisch ist, dass einzelne Krankenkassen die Bescheide nicht mehr an die Nachsorgeeinrichtung, sondern nur noch an die Angehörigen versendet. Dadurch fehlte z. T. die Information über Ablehnungen, was zu Nachsorgestunden geführt hat, die nicht vergütet wurden (s. Kap. 2.3).

Alle Patienten- und die Nachsorge betreffenden Daten werden in einer Patientendatei erfasst. Hier zeigten sich bei den Auswertungen für diesen Qualitätsbericht einige Dokumentationsmängel, wie schon in Kap. 4.1 erwähnt.

Das grundsätzliche Vorgehen bei der Kontaktaufnahme und der Antragsstellung haben sich bisher bewährt, so dass derzeit keine Änderungen vorgesehen sind.

Maßnahmen: Aufbesserung der Patientendatei und Schulung der Mitarbeiter

Ziel 2019: Aktuellen Standard beim Ablauf dieses Prozessschritts halten und Verbesserung der Dokumentation in der Patientendatei, so dass eine lückenlose Dokumentation vorhanden ist.

Frühzeitig Eltern nach den Bescheiden der Krankenkassen fragen, um bei Ablehnung die Nachsorge ggf. zu beenden, sofern kein dringender Bedarf gesehen wird.

#### 4.2.2. Assessment

Das Assessment dient der Informationssammlung zu folgenden Punkten:

- Gesundheitliche Situation
- Familiäre Situation
- Soziale Verhältnisse
- Wohnverhältnisse
- Verständigung.

Als Grundlage dient der ICF-Dokumentationsbogen „Kinder“. Darüber hinaus werden die Probleme des Kindes und der Familie sowie die Ressourcen erfasst. Dies dient zusammen mit den Angaben aus dem Arztbrief bzw. der Akte des Kindes und den Informationen aus dem Stammdatenblatt als Grundlage für den Hilfeplan, der von der Nachsorgemitarbeiterin anschließend erstellt wird.

Das Erstgespräch wird abschließend zusammen mit den Angehörigen reflektiert, um ggf. die eigene Vorgehensweise in diesen Gesprächen zu ändern. Außerdem wird den Angehörigen der „Elternfragebogen“ des Bundesverbands *Bunter Kreis e. V.* ausgehändigt.

Aktuell gibt es kein Verbesserungspotential in diesem Prozessschritt, da so alle notwendigen Inhalte für den Start der SMN erfasst und alle Zielstandards des Bundesverbands *Bunter Kreis* erfüllt werden.

Maßnahmen: keine

Ziel 2019: Halten des bisherigen Standards

#### 4.2.3. Hilfeplanung

Von der Nachsorgemitarbeiterin wird nun ein individueller Hilfeplan für die zu betreuende Familie erstellt. Entsprechend der im Audit 2016 ausgesprochenen Empfehlung, wurden zusammen mit den Mitarbeiterinnen standardisierte Pläne für Frühgeborene sowie für Kindern mit Diabetes Typ I als Excel-Tabellen erstellt. Durch angebotene Auswahlfelder kann mit wenig Aufwand der Hilfeplan erstellt werden, eine Individualisierung ist jedoch auch jederzeit möglich. Entsprechend der im Assessment festgestellten Probleme, die einem ICF-Kapitel zugeordnet sind, werden Ziele formuliert und Nachsorgeleistungen (N-Nummern des Verordnungsbogens) bestimmt. Anschließend werden die notwendigen Interventionen, d.h. Maßnahmen bzw. Dienstleistungen festgelegt und terminiert. Die Interventionen können auf den verschiedensten Ebenen stattfinden: Begleitung, Aufklärung, Schulung/Anleitung, Beratung und/oder Therapie. Dabei sind auch externe Therapeuten/Dienstleister mit ihren Ressourcen zu berücksichtigen. Weiterhin ist es wichtig, die Zielsetzung sowie Prioritäten gemeinsam mit der Familie und den eingebundenen Fachkräften festzulegen und die Hilfen gut aufeinander abzustimmen.

Der neue digitale Hilfeplan wird jetzt am Computer erstellt. Nach einem 3-monatigen Probelauf wurden Anfang 2018 erst die festangestellten Mitarbeiterinnen geschult. Nachdem zu Beginn noch einzelne Verbesserungen vorgenommen wurden, konnten dann im Laufe des Jahres auch alle 450 €-Kräfte geschult werden, so dass der Plan jetzt einheitlich in digitaler Form geschrieben wird.

Der fertige Hilfeplan wird anschließend mit den Angehörigen besprochen und ggf. abgeändert. Abschließend unterschreiben die Angehörigen und die Nachsorgemitarbeiterin den Hilfeplan, wodurch dieser eine höhere Verbindlichkeit erhält. Wenn das Kind endgültig nach Hause entlassen wird, wird ein Übernahmeprotokoll ausgefüllt, in dem der aktuelle Gesundheitsstatus des Kindes dokumentiert und anhand dessen der Hilfeplan nochmal kritisch beleuchtet und ggf. angepasst wird. Auch im weiteren Verlauf dient das Monitoring dazu, den Hilfeplan zu reflektieren und ggf. den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

Alle zwei Wochen finden Teamsitzungen statt, die für die Mitarbeiter verpflichtend sind, die Kinder in der Nachsorge betreuen. An diesen Sitzungen nehmen auch die Ärztin, die Psychologin und die Sozialpädagogin teil, und es besteht die Möglichkeit, aktuelle Fälle vorzutragen und in einer größeren Runde zu besprechen. Weiterhin wird angestrebt, viermal im Jahr eine Supervision mit einer erfahrenen Kinderpsychiaterin anzubieten, in der über spezielle Fälle gesprochen wird.

Sollten die festgelegten Ziele innerhalb der genehmigten Stunden nicht erreicht werden, kann eine Folgeverordnung gestellt werden. In diesen Fällen erfolgt eine neue Einschätzung nach dem ICF-Bogen und der Hilfeplan wird entsprechend überarbeitet.

Das grundlegende Vorgehen sowie der digitale Hilfeplan haben sich insgesamt bewährt.

Maßnahmen: keine

Ziel 2019: Halten des bisherigen Standards

#### **4.2.4. Durchführung, Monitoring/Linking**

Dem Hilfeplan entsprechend werden die Angehörigen bzw. das Kind zu Hause in unterschiedlichster Weise unterstützt. Wichtig ist es, die Familie gut zu vernetzen, um eine langfristige Unterstützung zu sichern und sie in die Lage zu versetzen, ihre Situation eigenständig zu meistern, ohne in eine Überforderungssituation zu kommen. Daher bestehen die wichtigsten Aufgaben der Nachsorgemitarbeiter in der familienorientierten Vermittlung und Koordination therapeutischer, pflegerischer und unterstützender Versorgungsleistungen sowie der Beratung der Angehörigen hinsichtlich des Netzwerkes. In der Regel finden die Hausbesuche zu Beginn in kürzeren Abständen statt, letztere werden dann mit zunehmender Sicherheit der Angehörigen gestreckt. Jeder Hausbesuch wird auf einem Leistungsbogen erfasst und der Ablauf zusätzlich auf einem speziellen Bogen protokolliert. Um Termine oder Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit mit der betreuten Familie abzusprechen, erhält jede Mitarbeiterin ein dienstliches Handy.

Die Mitarbeiterinnen begleiten die Familie z. B. auch zum Kinderarzt. Neben der Unterstützung der Familie werden so Kontakte geknüpft, um die Nachsorgetätigkeit bekannter zu machen. Inzwischen werden Nachsorgeverordnungen auch von niedergelassenen Kinderärzten ausgefüllt.

Der Nachsorgeprozess wird kontinuierlich überwacht und gemeinsam mit den Angehörigen bewertet. Vor allem muss erfasst und evaluiert werden, ob und mit welchem Erfolg externe Leistungserbringer ihre geplanten Leistungen erbracht haben. Es kann auch immer mal vorkommen, dass Ziele oder Wege zum Ziel überdacht werden müssen, ggf. findet ein Re-Assessment statt, um die gesamte Situation neu zu erfassen und einen neuen Hilfeplan zu erstellen. Dann wird in der Regel auch eine Folgeverordnung für die Nachsorge gestellt.

Die in der Jahresevaluation der Firma FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich, Köln) aufgedeckte Schwächen in der Durchführung der Nachsorge werden konsequent bearbeitet und z. T. in die Qualitätsziele (s. QZ 4) übernommen (s. Kap. 5). Es soll auch eine Checkliste für die Mitarbeiterinnen erstellt werden, in der alles wichtige zur Nachsorge vermerkt ist, so dass wichtige Punkte nicht vergessen werden.

Maßnahmen: interne Schulung der Mitarbeiterinnen im Bereich der aufgedeckten Schwächen (s. Kap 5)

Erstellen eine Nachsorgecheckliste

Ziel 2019: Halten des derzeitigen Standards bzw. Verbesserung in der Ausführung

#### **4.2.5. Evaluation**

Wird die Nachsorge beendet, findet ein Abschlussgespräch mit den Angehörigen statt, in dem die Nachsorge evaluiert wird. Anhand des Hilfeplans und der anfangs getroffenen Vereinbarung zwischen Nachsorgemitarbeiter und Angehörigen geprüft, ob die Maßnahmen durchgeführt oder aus bestimmten Gründen abgebrochen wurden und ob die Ziele erreicht wurden. In den digitalen Hilfeplan wurde nun auch die Evaluation integriert bzw. direkt damit verknüpft. Sind Vereinbarungen nicht erfüllt worden, sollten diese gemeinsam aufgehoben werden, so dass keine offenen Punkte bestehen bleiben und ein reeller Abschluss möglich ist.

Den Angehörigen wird vier Wochen nach Beendigung der Nachsorge der zweite Evaluationsbogen für Angehörige des Bundesverbands *Bunter Kreis* zugesendet, und die Mitarbeiterin ist verpflichtet, den Mitarbeiter-Evaluationsbogen auszufüllen. Weiterhin verfasst die Nachsorgemitarbeiterin einen Kurzbericht, der auf Anfrage dem betreuenden Kinderarzt zugesandt wird. Dieser bekommt sonst von der Geschäftsstelle nur eine schriftliche Mitteilung über die abgeschlossene Nachsorge bei seinem Patienten. Auch die zuweisende Einrichtung wird in der Regel mindestens mündlich über das Ende informiert. Über die Geschäftsstelle wird anschließend die Abrechnung abgewickelt.

Am Ende eines Kalenderjahres erfolgt durch FOGS eine Auswertung aller eingegangenen Evaluationsbögen (s. Kap. 5).

Maßnahmen: keine

Ziel 2019: Halten des bisherigen Standards

### 4.3. Optionale Leistungen

#### 4.3.1. Spielgruppen

Als optionales Angebot für Eltern mit ehemaligen Frühgeborenen bietet *Leuchtturm Hamburg e. V.* eine Spielgruppe in Kursform an, in der maximal acht Kinder aufgenommen werden. Diese Gruppe dient vor allem den Austausch der Eltern untereinander, außerdem finden kleine Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen statt und die Eltern haben in der Kursleitung eine erfahrene FGKKP als Ansprechpartnerin für kleinere und größere Probleme. Am Ende der Kurse werden die Eltern um ein schriftliches Feedback gebeten, um Verbesserungspotential aufzudecken. Leider sank die Rücklaufquote in den Jahren kontinuierlich, so dass zuletzt keine systematische Auswertung mehr möglich war. Auf Nachfragen gaben die Eltern an, dass inzwischen ganz allgemein zu unterschiedlichsten Dingen Feedbacks gefordert werden, so dass sie keine Lust mehr haben, noch ein weiteres auszufüllen. Die Kursleitung bittet zum Abschluss aber auch immer um eine kurze mündliche Rückmeldung.

Dieses Kursangebot wurde aufgrund der mündlichen und schriftlichen Feedbacks der Eltern 2017 um eine offene Gruppe für ältere Säuglinge erweitert. Diese wurde aber letztendlich nicht so gut angenommen, daher musste dieses Angebot nach nur fünf Terminen eingestellt werden. Als Gründe wurde von den Müttern angegeben, dass sie schon wieder arbeiten gehen würden und daher keine Zeit mehr hätten und außerdem hätten sie inzwischen mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem Kind erlangt, so dass der Austausch nicht mehr als so wichtig angesehen wurde.

Leider gab es insgesamt Schwierigkeiten, die Kurse stattfinden zu lassen, da das Altonaer Kinderkrankenhaus aufgrund von Baumaßnahmen keine adäquaten Räume zur Verfügung stellen konnte. Externe Räumlichkeiten wären mit Kosten verbunden und dadurch würde sich die Teilnahmegebühr auf einen Betrag erhöhen, den einige Eltern nicht mehr bereit sind bzw. nicht in der Lage sind zu bezahlen. Dieses konnte den Gesprächen mit Angehörigen entnommen werden bzw. ergab die Auswertung der schriftlichen Feedbackbögen. Um die Kosten auf einem für die Angehörigen akzeptablen Niveau zu halten und auch auf Wunsch einiger Eltern wurde die Anzahl der Termine von 12 auf 8 reduziert. 2017 gab es eine Spende für die Spielgruppen von knapp 7.000 € von Radio HH „Hörer helfen Kindern“, die für Material, die Bezahlung der Referenten oder zur Unterstützung für einkommensschwache Familien genutzt wurde. 2018 fand dann aber aufgrund der Raumproblematik nur eine Spielgruppen statt.

Es wird weiter nach Räumen gesucht, die kostengünstig sind bzw. es wird immer wieder im AKK nach Möglichkeiten gefragt, in der Hoffnung, dass nach Ende der Bauarbeiten evtl. wieder geeignete Räume frei werden. Ende 2018 zeichnete sich eine externe Lösung ab, so dass wir hoffen, dass 2019 mit dem Kursangebot wieder gestartet werden kann.

#### 4.3.2. Projekt Cresco

Neben der sozialmedizinischen Nachsorge konnte als zusätzliche Leistung die Nachsorge von Kindern, die wegen Wachstumsstörungen mit dem Präparat *NutropinAq* (enthält das Wachstumshormon Somatotopin) der Firma *IPSEN PHARMA* übernommen werden. Die Firma führt dieses Cresco-Projekt (abgeleitet vom lateinischen Wort *crescere* = wachsen) in Zusammenarbeit mit der *Bunter Kreis Nachsorge gGmbH* durch. Als vom Bundesverband *Bunter Kreis* akkreditiertes Mitglied konnte über einen Kooperationsvertrag eine Mitwirkung an dem Projekt vereinbart werden. Ziel dieser Nachsorge ist es, Patienten, die neu mit dem Wachstumshormon behandelt werden, das notwendige Wissen und das Handling mit dem Pen in einer Schulung vor Ort zu vermitteln. Im Abstand von einigen Wochen erfolgten ein bis zwei telefonische Nachkontakte sogenannte *Follow up's*, um zu klären, ob weiterer Schulungsbedarf besteht, ggf. wird eine weitere Schulung vereinbart. 2018 nahmen zwei Mitarbeiterinnen an einer zweitägigen Schulung teil, in der das notwendige Wissen zum Präparat, sowie dessen subkutaner Verabreichung vermittelt und der Ablauf besprochen wurden. Im Verlauf des Jahres wurden dann schon 10 Kinder nachgesorgt, was einen Umfang von ca. 85 Stunden bedeutete, die zusätzlich zur Sozialmedizinischen Nachsorge geleistet werden.

#### 4.3.3. Weitere Projekte

##### Musiktherapie

Bei den Nachsorgen wurde erkannt, dass einige Kinder sehr unruhig und Schwächen in der Konzentration haben. Da diese Kinder von einer Musiktherapie profitieren würden, war Ende 2017 ein entsprechender Spendenantrag bei Radio Hamburg „Hörer helfen Kindern“ und der

Hamburger Bußgeldstelle eingereicht worden. Mit dieser Unterstützung, die für zwei Jahren gewährt wurde, konnte eine Musiktherapeutin auf Honorarbasis eingestellt werden. Die Mitarbeiterinnen schlagen Familien vor, die ihrer Meinung nach von der Musiktherapie profitieren würden. Die Musiktherapeutin kommt zu den Familien nach Hause und es werden in der Regel 10 – 12 Termine von 60 bis 90 Minuten Dauer geplant. Die Anzahl und Dauer der Therapiestunden variieren etwas, da sich diese an den individuellen Bedürfnissen der Familien orientieren. Ende 2018 wurde mit der Musiktherapie begonnen, bisher fanden bei zwei Familien jeweils fünf Stunden statt. Die Rückmeldungen dazu waren sehr positiv. Um dieses Projekt langfristig zu sichern, müssen hierfür kontinuierlich Spenden eingeworben werden.

### Ehrenamt

2018 wurde begonnen, Ehrenamtler als Unterstützung für die Arbeit von *Leuchtturm Hamburg* e.V. zu suchen. Bisher konnte eine ehrenamtliche Helferin gewonnen werden, die das Team bei Bürotätigkeiten entlastet. Weiterhin erklärten sich zwei Frauen bereit, beim Sommerfest zu helfen und ein Ehrenamtler bietet technischen Support im IT-Bereich an. Die Zusammenarbeit wird vertraglich geregelt und kann von beiden Seiten aus gekündigt werden; alle Beteiligten unterliegen dem Datenschutz. Dieses Projekt soll in den nächsten Jahren möglichst noch ausgeweitet werden.

### Entwicklungsfördernde psychologische Beratung (EBP)

Wie schon in Kap. 3.2 erwähnt haben Anfang 2017 mehrere Mitarbeiterinnen die Weiterbildung in EPB beendet. Im Rahmen dieser Weiterbildung musste jeweils eine Beratung in einer Familie durchgeführt und mit Video aufgenommen werden, um diese anschließend zu besprechen. Es war kein Problem, Familien dafür zu gewinnen, und deren Rückmeldung war durchweg positiv, so dass überlegt wird, die Entwicklungspsychologische Beratung ergänzend zur Nachsorge optional anzubieten. Finanziell müsste dieses Angebot von den Familien getragen, ggf. könnten dafür auch Spenden akquiriert werden. Aufgrund der fehlenden zeitlichen Ressourcen wurde dieses Projekt erst mal nicht weiterverfolgt, eine Mitarbeiterin konnte allerdings die EPB bei einer Familie durchführen. Geplant ist derzeit, dass das Projekt 2020 umgesetzt werden.

### Familienfreizeiten

Finanziert aus dem Familienfond des Bundesverbands *Bunter Kreis* konnten zwei Familien eine Familien-Freizeit im Schönblick Schwäbisch Gmünd genießen. Im Jahr zuvor war einer Familie diese Freizeit ermöglicht worden. Die Familien waren sehr dankbar und haben die Zeit sehr genossen.

## 5. Rückmeldungen von Patienten, Kunden und Partnern

Die Auswertung von der Firma FOGS ermöglicht es, Rückschlüsse über die Qualität der Arbeit der Nachsorgemitarbeitern zu ziehen. Neben den Ergebnissen der Einrichtung sind immer die bundesweiten Zahlen zum Vergleich aufgeführt. Die Sozialpädagogin hat die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und ein abschließendes Fazit formuliert (s. Anlage 2).

In den letzten Jahren zeigten sich Schwächen in einzelnen Punkten (s. Tab. 9), die dann z. T. in die Qualitätsziele übernommen wurden. Es lässt sich deutlich erkennen, dass sich die Zufriedenheit der Angehörigen in den Folgejahren deutlich erhöht hat, was auf die entsprechenden Schulungen der Mitarbeiterinnen zurückzuführen ist.

Für 2018 wurde als Ergebnis der FOGS-Auswertung 2016 als Qualitätsziel 4 die Verbesserung der Eltern-Rückmeldung bei den Punkten „Krisenplan“ und „Aufgabenvorstellung“ formuliert.

	2015	2016	2017	2018
Begleitung zu Ärzten u. a.	79 %	100 %	97 %	95,8 %
Beteiligung an Fallkonferenzen	76,6 %	96,7 %	100 %	97,3 %
Koordination von Maßnahmen	75 %	87,8 %	84,6 %	90,7 %
Krisenplan		70,3 %	86,7 %	89,6 %
Erläuterung Aufgaben der Netzwerkpartner		86 %	100 %	96,6 %

**Tab. 9** Zufriedenheit der Angehörigen

Neben diesen Punkten fiel 2016 auf, dass bei der Einschätzung der Selbstwirksamkeit am Ende der Nachsorge im Vergleich zum Beginn sich diese bei 6 Familien verschlechtert hatte. Im Jahr 2017 traf dies auf zwei und 2018 nur auf eine Familie zu, so dass sich auch hier eine deutliche

Verbesserung erkennen lässt. 2017 wurde festgestellt, dass es erhebliche Unterschiede bei der Einschätzung der Zufriedenheit der Angehörigen zwischen den Nachsorgekräften und den Eltern. Bei der Angabe „sehr zufrieden“ lagen die Pflegekräfte in 24,7 % der Fälle unterhalb des Wertes der Eltern. 2018 lag die Differenz nur noch bei 14,8 %. Insgesamt zeigt sich, dass sich die internen Schulungen positiv auf die SMN auswirken.

Als weiterer Punkt wurde 2017 angemerkt, dass die Anzahl der Hausbesuche sich gegenüber dem Vorjahr verringert hat, wobei *Leuchtturm Hamburg e.V.* mit 6,8 Besuchen im Mittelwert über den Durchschnitt von 6,2 lag. 2018 lag der Mittelwert mit 7,0 (Durchschnitt 6,9) etwas höher. Wahrscheinlich liegt es an den z. T. großen Entfernungen, dass die Mitarbeiterinnen etwas zurückhaltender mit den Hausbesuchen sind. Dieser Punkt muss weiter beobachtet werden.

Wie der Zusammenfassung 2018 in Anlage 2 zu entnehmen ist, sind die Angehörigen mit der Leistung der Einrichtung insgesamt sehr zufrieden, es stellen sich aber wie im Vorjahr die Frage, warum die Rücklaufquote sich weiter verschlechtert und wie dem entgegengewirkt werden kann? Insgesamt scheint dies ein allgemeiner Trend zu sein, wie schon im Kap. 3.3.1 erwähnt.

Es muss jedoch stetig daran gearbeitet werden, die guten Zufriedenheitszahlen zu halten oder sogar noch zu verbessern.

Neben der Evaluation mittels der Bögen vom Bundesverband *Bunter Kreis*, gibt es auch direkte Rückmeldungen von Eltern per Brief, Mail oder in persönlichen Gesprächen auf Veranstaltungen. 2018 ging eine Beschwerde telefonisch ein, die dann aber auch direkt geklärt werden konnte. In diesem Zusammenhang, fiel auf, dass mündliche Rückmeldungen nicht erfasst werden. Bisher wurde noch kein spezieller Dokumentationsbogen entwickelt, der eine systematische Evaluation ermöglicht, so dass Konsequenzen daraus gezogen werden. Dies sollte nun ein Ziel für 2019 sein.

Bei den Spielgruppen erhalten die Familien am Ende einen Rückmeldebogen, um so Wünsche und Verbesserungspotential erfassen zu können. Leider sinkt die Anzahl der zurückgegebenen Bögen, obwohl den Angehörigen dieser rechtzeitig vor dem letzten Termin ausgehändigt wird, sie auch mündlich daran erinnert werden, ihn auszufüllen. Entsprechend den Rückmeldungen werden Anpassungen vorgenommen, z. B. bei dem Angebot der Kurzvorträge; außerdem wurde die Stundenzahl reduziert, um die Kosten zu senken, wie schon in Kapitel 3.3.1 erwähnt.

Es gibt auch immer mal Nachfragen, wann das nächste Nachsorge-Fest stattfindet, da dieses von den Eltern und Kindern sehr geschätzt wird. Auch die Spender geben einem zu verstehen, wie sinnvoll sie die Arbeit von *Leuchtturm Hamburg e.V.* erachten. Diese Rückmeldungen motivieren die Mitarbeiter natürlich im besonderen Maße.

Zu den Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen wurde schon im Kapitel 3.2 etwas gesagt.

## 6. Ergebnisse aus Audits

Am 09.09.2016 fand das letzte externe Audit zur Re-Akkreditierung durch Frau Altinsoy-Braune statt. Die Bewertung durch die Auditorin fiel insgesamt positiv aus. Nachdem das Nachsorgekonzept, welches noch nachgebessert werden musste, fristgerecht bis zum 31.10.2016 eingereicht worden war, wurde *Leuchtturm Hamburg e.V.* reakkreditiert.

Im Audit wurde auch noch Verbesserungspotential aufgezeigt.

S 10	FB-Plan	Tabelle für Gesamtteam für. externe Angebote Zertifikate, TN-Bescheinigungen werden in Personalordner gesammelt interne Qualifizierungen KH Altona f. alle MA offen- aktuell keine Listung bisher kein schriftlich festgelegtes Verfahren mit entsprechenden Formularen	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>E</b> <b>VP</b>	Gesamtübersicht wg. Auswertung überlegen Prozessentwicklung nach QM-Kriterien
------	---------	---	--	--

**Maßnahmen:** Ende 2018 wurde ein Schulungskonzept erstellt

**Ziel 2019:** Übersicht über Schulungen der Mitarbeiterinnen vorhanden



<b>P 2</b>	Plan	'Assessment HP' mit Festlegung der Ziele + geplante Maßnahmen + Reflexion liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	Spalten Datum einführen Spalte ICF einfügen 3-Teilung reflektieren – Reflexion im QB 2016
		Terminierung Start + Ziele nicht mit Datum	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Keine Integration ICF in HP	VP	
		Keine 3-Teilung des HP	VP	
			VP	

**Maßnahmen:** Standardisierte Hilfepläne für Frühgeborene und Diabetes-Patienten in digitaler Form sind vorhanden und alle Mitarbeiterinnen wurden geschult

**Ziel 2019:** bei Notwendigkeit (häufiger gleiche Diagnosen) weitere standardisierte Hilfepläne erstellen

<b>P 7</b>	Super- vision	Supervision 4 x / Jahr in Planung – keine Jahres-Terminierung, dadurch 4. Termin oft nicht möglich – Supervisorin sehr ausgelastet	<input checked="" type="checkbox"/>	Festlegung für Gesamtjahr Reflexion in QB 2016 / 17
		alle MA können Fall vorab anmelden	VP	
			<input checked="" type="checkbox"/>	

**Maßnahmen:** Die vier Termine werden fürs gesamte Jahr vorab festgelegt.

Von den vier geplanten Terminen konnten drei stattfinden, der vierte wurde von der Supervisorin aus Terminschwierigkeiten abgesagt und konnte auch nicht mehr nachgeholt werden

**Ziel 2019:** Alle vier Supervisionstermine finden zu den vorab festgelegten Terminen statt  
Bei Absage gibt es einen Ersatztermin, so dass die vom Bundesverband *Bunter Kreis* vorgegebene Anzahl an Terminen gewährleistet ist

<b>P 8</b>	QM	QMH = über Intranet fixiert	<input checked="" type="checkbox"/>	Philosophie in QB integrieren Q-Politik + Strategische QZ + Jahresziele festlegen Verbesserungsmanagement Fehlermanagement Anmerkungen siehe QB 2015
		Zugriff für alle MA auf Formulare	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Organigramm liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Prozesslandschaft liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Prozessbeschreibung Kernprozess = flow chart	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Dokumentenlenkung durchgängig	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Stellenbeschreibungen + unterschriebener Ausdruck in Personalordner	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Qualitätsberichte werden jährlich erstellt	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Auswertung zur Evaluation liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Auswertung Projekt 'Fgb.-Spielgruppe' liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/>	
			VP	

**Maßnahmen:** Die Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Qualitätsberichtes wurden soweit wie möglich umgesetzt

**Ziel 2019:** Verbesserungs- und Fehlermanagement ist eingeführt

## 7. Status von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

Als Grundlage für ein strukturiertes Verbesserungs- und Fehlermanagements wurde 2016 eine Maßnahmenliste eingeführt, in der alle Aufgaben, Probleme sowie die geplanten Maßnahmen mit Zuständigkeiten erfasst werden. Im externen Audit wurde dies aber als noch nicht ausreichend bewertet. Da sich das Führen dieser Maßnahmenliste jedoch als sehr zeitaufwendig herausgestellt hat und die Mitarbeiterinnen damit unzufrieden waren, wurde auf persönliche To-do-Listen umgestellt. Hier muss 2019 noch nach einer befriedigenden Lösung gesucht werden.

Folgende Verbesserungspotentiale wurden 2018 gesehen und angegangen:

<b>Verbesserungspotential</b>	<b>Maßnahmen</b>
1. Optimierung der standardisierten Hilfepläne nach Einführung	Nach dem Probelauf wurden Änderungen vorgenommen
2. Einheitliche Nutzung des digitalen Hilfeplans und der Fallevaluation	Schulung aller Mitarbeiterinnen
3. Mitarbeiterinnen sind nicht über Arbeitsschutz informiert	Schulungen zum Arbeitsschutz wurden durchgeführt und ins Schulungskonzept aufgenommen
4. Verbesserung des Datenschutzes	Datenschutzkonzeptes wurde erstellt und umgesetzt Die Mitarbeiter wurden geschult
5. Auffindbarkeit von Dateien	Einheitliche Vergabe von Dateinamen wurde vereinbart
6. Leistungsnachweise werden nicht korrekt ausgefüllt, z. B. muss 2/3 der Nachsorge in der Häuslichkeit stattfinden	Mehrfache Schulung der Mitarbeiterinnen
7. In der Nachsorgemappe sind Dokumente enthalten, die aufgrund der Digitalisierung überflüssig sind	Überarbeitung der Nachsorgemappen
8. Durch die neue Datenschutzrichtlinie mussten Dokumente geändert werden	
9. Neue Fallevaluation	Schulung der Mitarbeiterinnen

Im [Anhang 4](#) ist eine Zusammenfassung der Ziele zu finden, die sich aus diesem Qualitätsbericht noch ergeben.

## 8. Folgemaßnahmen aus dem Qualitätsbericht des Vorjahres

Aus dem Qualitätsbericht 2017 ergaben sich folgende Ziele, die noch zu bearbeiten waren. Einige Maßnahmen wie Erhalten des guten Arbeitsklimas werden hier nicht mehr erwähnt, da es ein grundsätzliches Ziel und Bestandteil der Qualitätspolitik ist.

- (1) Qualifikation der Mitarbeiterinnen wird durch Fort- und Weiterbildung gewährleistet
- (2) Übersicht über die Fort- und Weiterbildungen
- (3) Optimierung der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Evaluation des Einarbeitungskonzepts
- (4) Nachsorgeleistungen werden kostendeckend bezahlt und Reduktion nicht finanzierter Stunden
- (5) Nicht abrechenbare Nachsorgestunden werden über Patenschaften finanziert
- (6) Patientenzahl konstant um 145 halten
- (7) Steigerung der Patientenzahlen mit Diabetes Typ I durch Einstellung einer festangestellten Diabetesberaterin
- (8) Steigerung der Zahl genehmigter Nachsorgen bei Patienten mit Diabetes Typ I
- (9) Verbesserung der Dokumentation
- (10) Alle Mitarbeiter arbeiten mit dem digitalen Hilfeplan
- (11) Spielgruppen finden statt
- (12) Erhöhung der Rückläufe der Evaluationsbögen der Angehörigen
- (13) Vier Supervisionstermine finden zu den vorab festgelegten Terminen statt
- (14) Reduktion der Stunden bei Nachfragen, ohne das es zu Verordnungen kommt
- (15) Reduktion der Fahrzeiten
- (16) Erfassung mündlicher Rückmeldungen
- (17) Einführung eines strukturierten Verbesserungs- und Fehlermanagements

Erreicht wurden die Ziele 1, 6, 7, 8, 10, 13 und 14, teilweise werden sie kontinuierlich verfolgt.

Ziel 4 und 15: Die kostendeckende Finanzierung der Nachsorge kann nur durch eine Erhöhung des Stundensatzes im Rahmen von Vergütungsverhandlungen erfolgen. Eine Reduktion der Fahrzeiten wird schwierig sein, da die Kassen mehr darauf achten, dass 1/3 der Nachsorgezeit in der Häuslichkeit erfolgen muss. Daher sollte es eher das Ziel sein, bei größeren Entfernungen eine Finanzierung der Fahrtkosten durch die Kassen zu vereinbaren.

Ziel 5: auf der Homepage wird weiter für Paten geworben

Ziel 11: es hat nur eine Spielgruppe stattgefunden, für Ende 2018 bahnte sich eine Lösung des Raumproblems an

Ziel 12: es gestaltet sich schwierig, die Angehörigen zu motivieren, die Evaluationsbögen auszufüllen. Hier ist bisher keine Lösung gefunden worden

Ziel 2, 16 und 17: wurden nicht bearbeitet und müssen im Jahr 2019 fortgeschrieben werden.

Der sich aus den Zielen ergebende Maßnahmenkatalog und den Status der Bearbeitung ist im [Anhang 5](#) zu finden.

## 9. Öffentlichkeitsarbeit

Mitarbeiterinnen von *Leuchtturm Hamburg e.V.* haben den Verein und das Angebot der Sozialmedizinischen Nachsorge auf verschiedenen Veranstaltungen vorgestellt, so z. B. beim Sommerfest des *Altonaer Kinderkrankenhauses*, bei den *Frühen Hilfen* Lurup oder aber auch im Rahmen der Weiterbildung für pädiatrische Intensivpflege.

*Leuchtturm Hamburg e.V.* hat wie im vergangenen Jahr an der Aktion „SAGEN SIE DANKE“ des *Hamburger Abendblatts* und der *PSD Bank Nord* teilgenommen, über die eine begrenzte Zahl von gemeinnützigen Vereinen eine finanzielle Unterstützung erhalten, wenn sie online genügend Befürworter mobilisieren. 2018 gelang es erstmalig zu den ersten 25 Organisationen mit den meisten Unterstützern zu gehören, die aus ca. 1000 Vorschlägen ausgewählt wurden. Im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung wurde Silke Thun im April eine Urkunde für außergewöhnliches soziales Engagement stellvertretend für die Arbeit von *Leuchtturm Hamburg e.V.* überreicht. Über diese Ehrung und die Organisationen wurde anschließend in einem Artikel im *Hamburger Abendblatt* berichtet. Die Arbeit von *Leuchtturm Hamburg e.V.* wurde im April 2018 auch in einem Fernsehbericht im *Hamburg Journal* des *NDR* unter dem Titel „Frühchen: Ein schwerer Start ins Leben“ vorgestellt.

Zusammen mit Studenten der Hochschule für angewandte Wissenschaft (HAW) in Hamburg wurde im Rahmen eines Projektes ein Video für Fundraising-Zwecke gedreht. Außerdem gab es von der HAW aus, einen Besuch mit einer Delegation aus Brasilien, die sich über die Arbeit der Sozialmedizinischen Nachsorge informiert hat. Es gab positive Rückmeldungen und es werden weitere Besuche angestrebt.

Es fand dieses Jahr wieder ein Nachsorgefest statt, zu dem alle, auch die früheren „Nachsorgefamilien“, sowie Spender und Mitglieder des Vereins eingeladen wurden. Dieses Fest wurde sehr gut angenommen und es war trotz schlechtem Wetter ein rundum gelungenes Fest, was nur durch das Engagement der Mitarbeiterinnen, freiwilliger Helfer und einiger Unterstützer möglich war. So gelang es z. B. über *Aktion Mensch* einen finanziellen Zuschuss zu bekommen, der u. a. für eine Hüpfburg, einen Clown und eine Musiktherapeutin eingesetzt wurden, was besonders bei den Kindern gut angekommen ist. Auch beim Entenangeln hatte alle viel Spaß und mit den Angehörigen konnten viele interessante Gespräche geführt werden.

Die Homepage sowie die Facebook-Seite des Vereins werden regelmäßig aktualisiert. Unter anderem wird hier auch aufgelistet, welche Sachspenden der Verein oder aber bedürftige Familien benötigen. So konnten schon Schlafsäcke für Säuglinge (zur SIDS-Prophylaxe), Teddys und selbstgestrickte Söckchen an Familien weitergegeben werden. Nachdem das Dienstfahrrad 2018 gestohlen wurde, konnte über solch eine Spende ein neues den Mitarbeiterinnen zur Verfügung gestellt werden.

Auf Initiative der Sozialmanagerin wurde auf beiden Internetseiten ein Online-Spendenformular eingerichtet und außerdem Kontakt zu Amazon hergestellt, so dass der Verein jetzt auch über die Aktion *Amazon smile* Spenden akquirieren kann. Nachdem 2017 die Onlinespende nicht genutzt wurde, konnte 2018 schon eine dreistellige Summe eingeworben werden.

Ende des Jahres wurde wie schon 2016 an alle ehemaligen und derzeit betreuten Familien, Spendern, Sponsoren und Mitgliedern eine Weihnachtsmail versendet und auf die „gooding“-Aktion zugunsten *Leuchtturm Hamburg e.V.* aufmerksam gemacht. Diese Aktion war wie bisher recht erfolgreich, so dass sie weitergeführt wird.

Des Weiteren wird immer wieder versucht, durch Spendenanträge bei Stiftungen oder anderen Organisationen z. T. größere Summen für die Arbeit von *Leuchtturm Hamburg e.V.* einzuwerben. Dadurch, dass jetzt die Geschäftsleitung dafür zuständig ist, soll das Fundraising professionalisiert werden. Derzeit werden über solche Spenden z. B. die Diabetesberaterin und Musiktherapeutin finanziert.

Alle diese Aktivitäten helfen, den *Leuchtturm Hamburg e.V.* bekannt zu machen und Spendengelder einzubringen. Sie sind aber auch nur möglich durch das unermüdliche Engagement der Mitarbeiter sowie zahlreicher Unterstützer.

## **10. Empfehlungen des QMB an die Leitung**

*Leuchtturm Hamburg e.V.* steht gut hinsichtlich der erbrachten Leistungen bei der Patientenzahl sowie der Zufriedenheit der Angehörigen und auch der Mitarbeiter da. Erfreulich ist der Einstieg in das Cresco-Projekt, über das zusätzliche Patienten und Einnahmen generiert werden können. Die Änderung der Struktur der Nachsorgeeinrichtungen sowie die Erweiterung des festen Teams sind Folgen des Wachstums und Ausweitung der Angebote. Dies ist zum einen sehr positiv, zum anderen birgt es auch eine Gefahr für das Team und deren Zusammenarbeit. Hier sind die Geschäfts- und Teamleitung besonders gefordert, den Mitarbeiterinnen hinsichtlich Kommunikation, Information und Unterstützung gerecht zu werden.

Die eigentliche Nachsorgetätigkeit sowie die damit zusammenhängenden organisatorischen Tätigkeiten sind gut strukturiert und haben sich soweit bewährt.

Mit dem Wachstum der Einrichtung steigen auch die Anforderung an das Qualitätsmanagement, so dass es z. T. schwierig wird, die notwendigen zeitlichen Ressourcen dafür aufzubringen. Insgesamt hat sich der Austausch zwischen Leitung und Qualitätsmanagementbeauftragten intensiviert, was eine sehr positive Entwicklung ist.

2019 findet die nächste Re-Akkreditierung statt, insgesamt ist *Leuchtturm Hamburg e.V.* gut aufgestellt. Jedes Audit ist immer als Chance zu sehen, die Strukturen zu überprüfen, Verbesserungspotential aufzudecken und Impulse für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement zu bekommen.

## **11. Bewertung der Leitung**

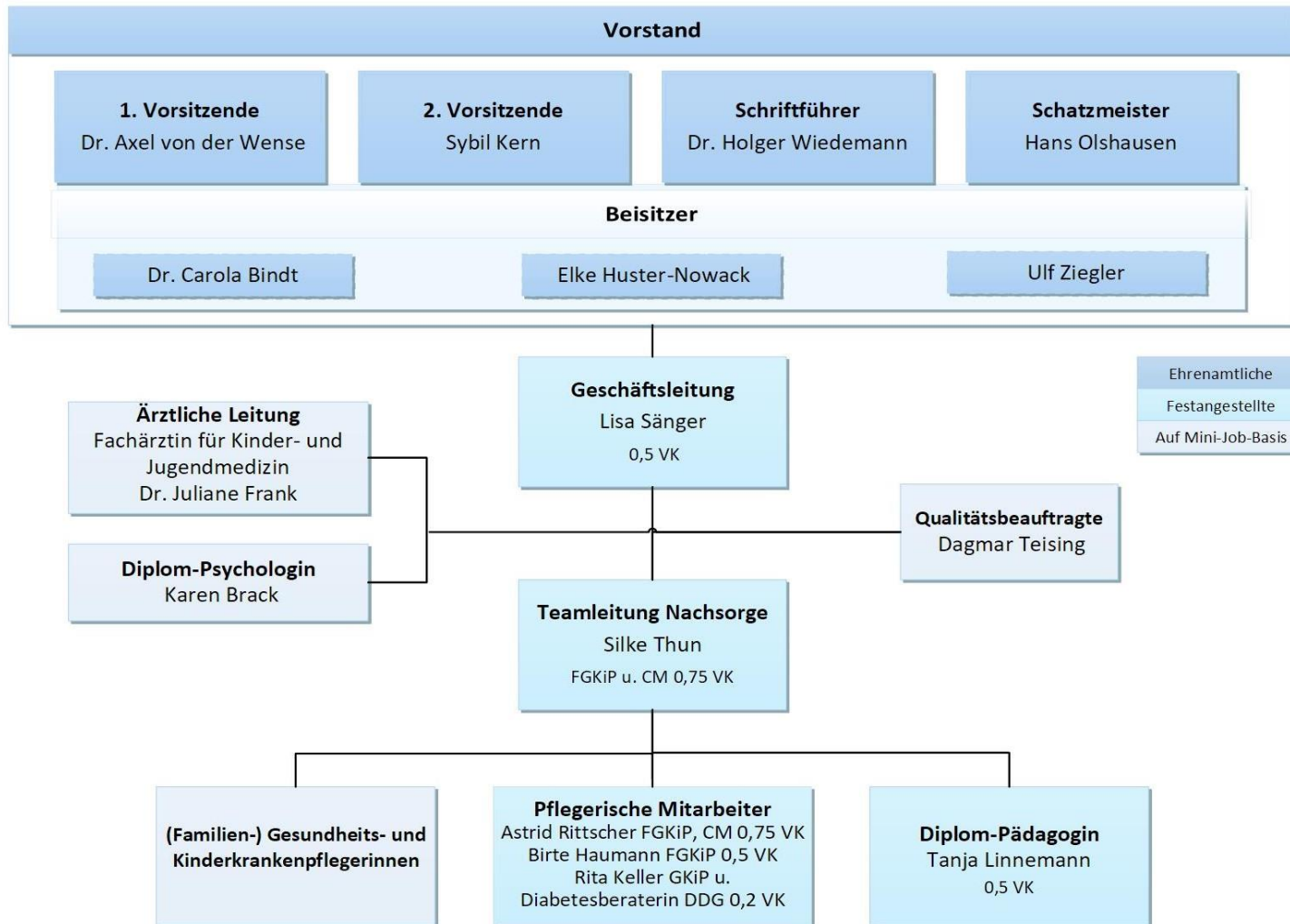
Die Zusammenarbeit in dem wachsenden Team wird als sehr positiv und konstruktiv bewertet. Dadurch, dass alle in einem Büro zusammentreffen, was zwar manchmal für etwas Unruhe sorgt, trägt zu einem regen Austausch untereinander bei und fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl. Die regelmäßigen Teamsitzungen und Jourfix sorgen dafür, dass alle auf dem gleichen Informationsstand sind. Erfreulich ist die Entwicklung der Nachsorgezahlen und das Anlaufen des Cresco-Projekts. Es muss aber weiter daran gearbeitet werden, den Vergütungssatz zu steigern, damit er kostendeckend ist und die Stellen der Mitarbeiterinnen langfristig gesichert sind. Sehr bedauert wird, dass die zeitlichen Ressourcen für die Projekte sehr knapp sind, so dass sie nur langsam vorangetrieben werden können.

Durch das Einsetzen einer Geschäftsleitung besteht die Erwartung, dass Projekte stringenter verfolgt und durch ein professionelleres Fundraising die notwendigen finanziellen Mittel dafür eingeworben werden können. Insgesamt wird sich 2019 zeigen, ob die Erwartungen, die in die Geschäftsleitung gesetzt werden, erfüllt werden.

## 12. Anhang und Anlagen

### Anhang 1 Organigramm

Organigramm Leuchtturm Hamburg e. V. (Stand 12/2018)



## Anhang 2 Qualitätsziele 2018

Nr.	Q-Ziel	Maßnahmen	Bearbeitung	erledigen bis	Merkmal	Bewertung
1	Einstellung einer Diabetesberaterin mit 20 % für die Nachsorge der Diabetespatienten	1. Einstellung vornehmen	Silke Thun und Tanja Linnemann	01/2018	Einstellung vorgenommen	erreicht
2	Finanzierung der Nachsorge von Diabetespatienten über die Kassen im Umfang von mind. 30 % (der Rest wird über Spenden finanziert)	1. Bei Ablehnung der Kassen, konsequent Widerspruch einlegen 2. Spezielle Übersicht über die Nachsorgen der Diabetespatienten erstellen und führen	Tanja Linnemann Dagmar Teising Tanja Linnemann	laufend 01/2018 laufend	30 % der Diabetes-Nachsorgen über die KK finanziert Übersicht erstellt und ständig auf dem aktuellen Stand	erreicht 82 % wurden genehmigt
3	Einführung der EPB als zusätzliches Angebot Finanzierung durch die Eltern bzw. ggf. über Spenden	1. Flyer mit Informationen für die Eltern erstellen 2. Projekt auf der Homepage zum Einwerben von Spenden vorstellen 3. Spendenantrag bei „Aktion Mensch“ stellen	Team Lisa Sänger Birte Haumann, Silke Thun, Tanja Linnemann	07/2018 07/2018 07/2018	Flyer erstellt Projekt auf der Homepage vorgestellt Spendenantrag gestellt	Zurückgestellt, da z. Z. nicht leistbar
4	Verbesserung der Eltern-Rückmeldung bei den Punkten „Krisenplan“ und „Aufgabenvorstellung“	1. Schulung der Mitarbeiter	Silke Thun	04/2018	Schulung erfolgt Ergebnis der Eltern-Rückmeldung verbessert	erreicht Krisenplan: trifft ganz zu: 48,4% => 60,1% überwiegend: 34,4% => 24,1% Aufgabenvorstellung: trifft ganz zu: 67,9% => 68,7% überwiegend 24,5 %=> 28,1%

## Anhang 3 Entwicklung Mitarbeiterzahl

### Entwicklung der Mitarbeiterzahlen 2011 – 2018 (Stand 31.12. eines Jahres)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Nachsorgepatienten gesamt</b>	22	82	110	141	152	143		163
<b>Festangestellte MA</b>	<b>0,5 VK</b>	<b>0,7 VK</b>	<b>0,7 VK</b>	<b>1,2 VK</b>	<b>1,45 VK</b>	<b>2,2 VK</b>	<b>2,2 VK</b>	<b>3,0 VK</b>
Kinder- und Jugend-Mediziner		0,2 VK	0,2 VK	0,2 VK	0,2 VK	0,2 VK	0,2 VK	
FGKKP und CM		0,5 VK	0,5 VK	2 x 0,5 VK	0,75 VK	2 x 0,75 VK	2 x 0,75 VK	2 x 0,75 VK
GKKP und CM					0,5 VK			
FGKKP						0,5 VK	0,5 VK	0,5 VK
GKKP	0,5 VK							
Sozialpädagogin								0,5 VK
Geschäftsleitung								0,5 VK
<b>Spendenfinanzierte MA</b>				<b>0,5 VK</b>	<b>0,5 VK</b>	<b>0,5 VK</b>	<b>0,5 VK</b>	<b>0,2 VK</b>
Sozial-Pädagogin GKKP u. Diabetesberaterin Musiktherapeutin				0,5 VK	0,5 VK	0,5 VK	0,5 VK	0,2 VK Honorarbasis
<b>Mini-Job / Honorarkraft</b>								
F-/GKKP	12 MA	12 MA	11 MA	16 MA	13 MA	12 MA	6 MA	4 MA
Buchhaltung/Büromanagement		1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	
QB				1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA
Kinder- und Jugend-Mediziner								6 Std./Wo Honorarbasis
Psychologin				Honorarbasis	Honorarbasis	Honorarbasis	Honorarbasis	Honorarbasis
<b>Ehrenamtlich</b>								
Kinder- und Jugend-Mediziner	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA	1 MA

## Anhang 4 Ziele aus dem Qualitätsbericht 2018

Kapitel	Plan	Do	Check	Act
3.1.3	Stundenausschöpfungsquote auf 17 abrechenbare Stunden erhöhen	Sensibilisierung der Mitarbeiter, genehmigten Stunden besser zu nutzen Erfassen, warum Eltern die Nachsorge abrechnen oder ablehnen	QB 2019	Maßnahmen ergreifen, die sich aus der Evaluation ergeben
3.1.4 3.2.1	Dokumentation der Nachsorgefälle ist vollständig	Verbesserung der Datenbank hinsichtlich Sichtbarkeit fehlender Angaben. Abschluss der Fälle durch die Teamleitung und Überprüfung auf Vollständigkeit	Fallevaluationen 2018 QB 2019	Erstellen einer Checkliste mit den zwingend notwendigen Angaben
3.2.4	Bei der Nachsorge werden alle wichtigen Punkte mit den Angehörigen durchgesprochen	Checkliste mit den wichtigen Punkten erstellen Schulung der Mitarbeiterinnen im Rahmen einer Teamsitzung	Jourfix in 2019	Intensive Schulung der Mitarbeiterinnen
3.3.1	Spielgruppe findet statt	Kostengünstigen Raum suchen, der in der Nähe des Altonaer Kinderkrankenhauses liegt bzw. Spenden für die Raumfinanzierung akquirieren	Jourfix in 2019	Raumangebot in weiter entfernten Bezirken suchen
3.3.2	Patientenzahl im Cresco-Projekt wird gesteigert	Keine Patienten ablehnen	Jourfix in 2019	Ggf. weitere Mitarbeiter für dieses Projekt schulen
3.3.3	Angebot an Musiktherapie erhöhen, Finanzierung ist sichergestellt	Weiter Musiktherapeutin auf Honorarbasis einstellen Zweckgebundene Spendenanträge stellen	Jourfix in 2019	Angebot dem finanziellen Rahmen anpassen
	EPB wird 2020 angeboten	Projektplan zur Einführung und Realisierung der EBP erstellen und durchführen	Jourfix in 2019 QB 2019	Projekt überdenken
4	Mündliche Rückmeldungen werden erfasst und evaluiert	Rückmeldebogen erstellen und Mitarbeiterinnen schulen	Jourfix in 2019	
5	Übersicht über Schulungen der Mitarbeiterinnen ist vorhanden	Übersicht erstellen und Führen	Jourfix in 2019	
	Supervision findet viermal im Jahr statt	Bei Ausfall eines Termins sofort neuen terminieren	QB 2019	Neu Supervisorin suchen
	Verbesserungs- und Fehlermanagement ist vorhanden	Verbesserungs- und Fehlermanagement einführen	Re-Audit 2019	Je nach Ergebnissen des Audits nachbessern



## Anhang 5 Ziele und Maßnahmen aus dem Qualitätsbericht 2017

Nr.	Maßnahme	Ist	Plan	Do	bis	Check	Act	Status
1 und 2	Qualifizierung der MA	Es gibt keine Übersicht über die besuchten Fort- und Weiterbildungen der MA und keine schriftliche Regelung hinsichtlich der Schulungsanforderungen	Schulungskonzept Übersicht über Fort- und Weiterbildungen	Konzept und Übersicht erstellen	Audit 2018	QB 2018	Fehlendes realisieren	Konzept ist erstellt  Übersicht muss 2019 noch erstellt werden
3	Einarbeitung neuer MA	Es gibt kein Konzept und Unterlagen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter	MA werden strukturiert anhand eines Konzeptes eingearbeitet	Fertigstellung und Evaluation des Einarbeitungskonzeptes	5/2017  Ende 2018	Jourfix Sommer 2017	Anpassung des Konzeptes nach Probelauf	Erreicht Keine Nachbesserung notwendig
4, 14 und 15	Finanzierung	Nachsorgeleistungen werden nicht kostendeckend bezahlt lange Fahrzeiten, die nicht bezahlt werden hohe Zahl nicht finanzierter Stunden	Kostendeckender Vergütungssatz Fahrkosten über 15 km werden übernommen Reduktion nicht finanzierter Stunden, vor allem bei Anfragen	Kassenverhandlungen und Festlegung eines neuen Stundensatzes und der Übernahme von Fahrkosten Bei Anfragen Stundenzahl limitieren bis Entscheidung für oder gegen die SMN getroffen ist	Ende 2018	Jahresbilanz 2018 QB 2018	Neue Kassenverhandlungen führen	Nicht finanzierte Stunden wurden reduziert Stundensatz trotz Verhandlungen nicht kostendeckend Fahrtkosten werden nicht übernommen wird 2019 fortgeführt
5	Finanzierung	Bei einzelnen Patienten wird trotz Ablehnung eine Nachsorgebedarf gesehen, der dann auch ohne Vergütung durchgeführt wird	Nicht abrechenbare Nachsorgestunden werden über Patenschaften finanziert	Werbung für die Patenschaften über Flyer sowie auf Homepage und bei Facebook	Ende 2018	QB 2018	Ggf. Projekt nicht weiter verfolgen	Bisher kein Pate gewonnen, Projekt soll aber weitergeführt werden

Nr.	Maßnahme	Ist	Plan	Do	bis	Check	Act	Status
6	Patientenzahl	Patientenzahl liegt 140 – 150	Patientenzahl soll gehalten werden	Übernahme aller angefragten Nachsorgen	Ende 2018	QB 2018	Ggf. weniger Nachsorgen an andere überleiten	erreicht
7 und 8	Patientenzahl Diabetiker	Patientenzahl steigt nur langsam an Ablehnungsrate bei Diabetikern noch hoch	Steigerung der Patientenzahlen mit Diabetes Typ I durch Einstellung einer festangestellten Diabetesberaterin	Einstellung einer Diabetesberaterin Übernahme aller angefragten Nachsorgen Konsequenter Widerspruch Gespräche mit den Sachbearbeitern	Ende 2018	QB 2018		erreicht
9	Verbesserung der Dokumentation	Es fehlen teilweise Einträge in der Datenbank so dass Auswertungen fehlerhaft sind	Die Dokumentation in der Datenbank ist vollständig	Schulung der Mitarbeiterinnen	Ende 2018	QB 2018	Kenntlichmachen von fehlenden Einträgen Abschluss der Nachsorgen durch die Teamleitung	Nicht erreicht Nachbesserung 2019
10	Digitaler Hilfeplan	Hilfeplan wird nachschriftlich geführt	Hilfeplan wird digital erstellt	Digitaler Hilfeplan erstellen Schulung aller Mitarbeiterinnen	Ende 2018	QB 2018	Ggf. Korrekturen vornehmen Mitarbeiterinnen nachschulen	erreicht
11	Spielgruppe	Projekt musste eingestellt werden, da kein Raum vorhanden ist	Spielgruppen finden statt	Suche nach kostengünstigem Raum in der Nähe des AKK	Ende 2018	QB 2018	Intensivierung und Ausweitung der Suche	Es fand nur 1 Spielgruppe statt Für 2019 Lösung gefunden
12	Elternevaluation	Rücklaufquote sinkt	Rücklaufquote steigt an	Eltern an Evaluationsbögen erinnern	Ende 2018	QB 2018		Nicht erreicht Allg. Tendenz
13	Supervision	Es finden meist nur 3 Termine statt	Alle vorgegeben 4 Termine finden statt	Bei Ausfall sofort Ersatztermin festlegen Mehr Termine terminieren	Ende 2018	QB 2018	Supervisorin wechseln	Nicht erreicht wird 2019 fortgeführt
16	Mündliche Rückmeldungen	Mündliche Rückmeldungen werden nicht erfasst und können nicht evaluiert werden	Mündliche Rückmeldungen werden erfasst und evaluiert	Rückmeldebogen erstellen und Schulung der Mitarbeiterinnen	Ende 2018	QB 2018		Nicht erreicht wird 2019 fortgeführt

## Anhang 6 Auswertungen

Anzahl von Genehmigung KK	Spaltenbeschriftungen			
Zeilenbeschriftungen	Einzelfallentscheidung	ja	nein	Gesamtergebnis
Alte Oldenburger			1	1
AOK Niedersachsen		11	1	12
AOK NordOst		1		1
AOK Nordwest		8		8
AOK Rheinland/Hamburg		18	2	20
BKK Mobil Oil		14	1	15
BKK Novitas		4		4
BKK R+V		1		1
BKK Viactiv		1		1
Daimler BKK		1		1
DAK Gesundheit		18		18
DBV Winterthur		1		1
Debeka		3		3
Debeka BKK			1	1
Die Schwenninger Krankenkasse		1		1
DKV Deutsche Krankenversicherung		1		1
GEK Barmer (BEK)		19		19
Handelskrankenkasse		1		1
Hanseatische Krankenkasse		3	2	5
IKK Classic			1	1
IKK Nord		1		1
SDK Süddeutsche Kranken Leben Allgemeine		1		1
Siemens Betriebskrankenkasse		1		1
Techniker Krankenkasse	1	44		45
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1</b>	<b>153</b>	<b>9</b>	<b>163</b>

**Tab. 10** Krankenkassenbescheide

	2015	2016	2017	2018
Patientenzahlen gesamt	152	143	145	163
Ablehnungen Anzahl	22	9	19	9
Ablehnungen Fälle in %	14,5	6,3	13,1	5,5
Folgeanträge Anzahl	3	10	8	14
Folgeanträge Ablehnungen	0	1	0	1
Privatzahler Anzahl	10	19	10	4
Beihilfe Anträge Anzahl	5	4	5	6
Beihilfe Ablehnungen Anzahl	3	1	3	4
beantragte Std. (nur der genehmigten Nachsorgen)	2437	2321	2380	2814
genehmigte Stunden	2205	2260	2264	2654
Kürzungen in %	9,5	2,6	4,9	5,7
geleistete Stunden	1906	1920	2052	2293
Ausnutzung in %	86,4	85,0	90,6	86
finanzierte Stunden	1673	1797	1884	2207
unbezahlte Nachsorgestunden	233	123	168	164
Fahrzeiten Durchschnitt in Stunden	2,3	2,5	2,7	3,3
Sozialdienststunden	134	177	155	175
Sozialdienststunden in % der geleisteten Stunden	7,0	9,2	7,6	7,4

**Tab. 10** Zusammenfassung Leistungszahlen 2018

## Anlagen

Als separate Dateie

Anlage 1 Zusammenfassung der *Fogs*-Evaluation 2018