



KOMPASS

Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025

Projektabschlussbericht



Verfasser: Christian Kistler Thoma
Zürich, Januar 2013

Impressum

Herausgeberin

Stadt Zürich
Gesundheits- und
Umweltdepartement
Städtische Gesundheitsdienste
Walchestrasse 31
Postfach 3251
8021 Zürich

Verfasser

Christian Kistler Thoma

Kontakt:

Städtische Gesundheitsdienste
Walchestrasse 31
8021 Zürich
Telefon: 044 412 44 85
Email christian.kistler@zuerich.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Projektentwicklung	4
	Das Vorprojekt – Case Management als Metapher	4
	2009: Die Projektplanung – Was braucht die Versorgung?	5
	2010: Das erstes Projektjahr: Netzwerk aufbauen und Werkzeuge entwickeln	6
	2011: Das zweite Projektjahr – Etablierung und Ausbau	7
	2012: Das dritte Projektjahr – Konsolidierung und politischer Entscheidungsprozess	7
3	Ziele und Zielerreichung	8
	Ziele gemäss Projektantrag und Betriebskonzept 2009	8
	Projektziele	9
	Wirkungsziele	10
	Strategische Ziele	11
	Erfolg hat viele Mütter und Väter	12
	Anpassungen	13
4	Kommunikation	13
	Kommunikation als zentrales Werkzeug im Case Management	13
	Kommunikation des Projektabschlusses	14
5	Evaluation	14
	Externe Evaluation	14
	Die Klientel von Kompass	14
	Anmeldeweg	16
	Unterstützungsformen	17
	Unterstützungsprozesse mit Zielen	17
	Unterstützung in vier Phasen	18
	Von der Krise bis zur Ablösung	19
	Die wichtigsten Folgerungen	21
	Erfahrungen des Kompass-Team mit der wissenschaftl. Begleitforschung	22
	Wissenschaftliche Stellungnahme aus Sicht der Metabegleitung Köln	23
6	Beurteilungsschema	25
7	Fazit	26
	Kompass als Teil der Versorgung	26
	Veränderungen brauchen flexible Antworten	26
	Zuwachs an Wissen und Kultur als Veränderungsprozess	26

1 Einleitung

Kompass entstand aus dem Bedürfnis, Patientinnen und Patienten mit hoher Komplexität besser auffangen und begleiten zu können. Dies mit dem Wissen und der Erfahrung, dass die Summe von hochkomplexen Einzelfällen in der Versorgung zu grossem Aufwand, zu personellen, zeitlichen wie auch emotionalen Belastungen führt. Gleichzeitig stehen hinter diesen Fällen Menschen mit ganz eigenen Geschichten, Hoffnungen und Leiden, mit Irr- und Umwegen auf der Reise durch die Gesundheitsversorgung. Eine adäquate Antwort auf diese Herausforderung zu finden, war das eigentliche Ziel dieses Projektes. Case Management tauchte Anfang der 2000er Jahre im Gesundheits- und Sozialwesen auf, als Vignette für einen pragmatischen Umgang mit Schwierigem und Komplexem und die Suche nach ganzheitlichen sowie nachhaltigen Lösungen in einer fragmentierten Versorgungslandschaft.

Die Projektidee einer Case Management-Einheit entstand im Rahmen der Spitex-Strategie wurde dann aber 2007 aufgewertet und in die Strategie des Gesundheitsnetzes 2025 aufgenommen. Nach Erarbeitung eines Projektantrages und folgend eines Betriebskonzeptes startete Kompass im Januar 2010 mit einem 3-jährigen Pilot. Die Eckpfeiler in der Zielsetzung und der Angebotsplanung waren die Interdisziplinarität, die Subsidiarität in der Leistungserbringung, der aufsuchende wie auch ambulante Zugang, die Fokussierung auf Fälle mit hoher Komplexität sowie eine hohe Flexibilität in der Fallführung mit sehr kurzen Leistungen, wie Triage über Krisenintervention für Wochen bis zu langer Begleitung im Rahmen eines Case Managements mit schriftlich formulierter Zielsetzung. Als Case Finding-Kriterien wurden einige Eckpunkte formuliert, wie ausgewiesene schwerwiegende gesundheitliche (somatische und/oder psychiatrische) sowie immer auch sozialen Problematiken, Wohnsitz in der Stadt Zürich, Anmeldung möglichst aus dem Gesundheitswesen, Kooperationsbereitschaft bei den Betroffenen und ihrem Umfeld und Subsidiarität der verlangten Leistung.

2 Projektentwicklung

Das Vorprojekt – Case Management als Metapher

Case Management hielt als Begriff und Metapher Einzug in die Versorgungsdebatte der frühen 2000er Jahre. Metapher deshalb, weil Case Management für die Hoffnung und den Willen steht, Komplexität bewältigen zu können trotz Fragmentierung der Behandlung und Wildwuchs bei Angebot und Finanzierung. Zudem

verspricht das Modell «Case Management» die Rückkehr zu einem ganzheitlichen Zugang, wie es dem Idealbild des früheren Hausarztes, der Beiständin oder der Gemeindefrankenschwester entsprach. Eine Rolle und Haltung, die es so in der hochspezialisierten Versorgung nicht mehr gibt.

Die Projektdokumentation gibt Aufschluss über die Geschichte des Projektes. Über die 2006 entstandene Grundidee, über die Vorstudien von Thomas Büchler 2007 bis zur Entscheidung 2008, die Projektplanung anzugehen und einen Pilotbetrieb zu entwickeln:

- «*Modul Case Management/Navigationshilfe, Konzeptskizze*», Autorinnen und Autoren: Monika Binkert, Hugo Bühler, Clarissa Kurscheid, Juni 2006
- «*Case Management, ein Teilprojekt des GUD-Projektes SELIA*», Autoren: Thomas Büchler und Markus Kopp, Juni 2007
- «*Case Management Gesundheitsnetz 2025, Auftragsskizze*», Autor: Thomas Büchler, Februar 2008
- «*Projektantrag Kompass*», Autor: Christian Kistler Thoma, Oktober 2008
- «*Kompass – Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025 – Betriebskonzept*», Autor: Christian Kistler Thoma, März 2009

2009: Die Projektplanung – Was braucht die Versorgung?

Für die Projektplanung wurde eigens ein Projektleiter im Teilzeitpensum eingestellt. Die Projektierung (Sept.08 bis Dez.09 umfasste folgende Schwerpunkte: Erarbeitung des Projektantrages und des Betriebskonzeptes, Beschaffung der finanziellen Mittel für den Pilotbetrieb, Vorbereitung des Pilotbetriebes mit Personalrekrutierung sowie Recherchen und Interviews zur genaueren Bedarfserhebung.

Projektantrag wie Betriebskonzept wurden fristgerecht der Geschäftsleitung vorgelegt und genehmigt. Die eigentliche Knacknuss im Vorprojekt war die Mittelbeschaffung. Die intensive Suche nach Drittmitteln erwies sich als aufwändig und schwierig. Letztlich konnte der Pilotbetrieb dank des Objektkredites gesichert werden: Beiträgen des allg. Fonds SADSGD/PPZ, des Lotteriefonds Kantons Zürich sowie zwei Beiträgen von privaten Stiftungen. (Siehe dazu die im Anfang 2013 vorliegende Projektabschlussrechnung). Die konkrete Vorbereitung des Betriebes und die Personalrekrutierung wiederum verliefen reibungslos und plangemäss.

Die intensive Unterstützung durch sowie der fachliche Austausch mit Claudia Eisenring, Departement GUD und den Professoren Kurscheid und Schulz-

Nieswandt war für das Projekt ganz entscheidend. Die wichtigsten Schritte für den Pilotbetrieb waren die Dutzenden von Interviews, Institutionsbesuchen, Diskussionen und Recherchen mit Kostenträgern und Leistungserbringern. Dieser sehr aufwändige Austausch ermöglichte es zugleich, den Bedarf qualitativ und thematisch zu definieren, ein Kontaktnetz aufzubauen, Kompass vor Projektstart bekannt zu machen und Partner für die Praxis zu gewinnen. Dieses Vorgehen ersparte dem Pilotbetrieb unnötigen weiteren Aufwand und garantierte fast von Beginn an die Volllauslastung.

2010: Das erstes Projektjahr: Netzwerk aufbauen und Werkzeuge entwickeln

Das Projekt startete mit drei Mitarbeitenden, die sich 2.1 Vollstellen teilten. Mit den Sozialdiensten der Stadtspitäler Triemli und Waid wurden schriftliche, mit dem USZ und dem Stadtärztlichen Dienst mündliche Kooperationsvereinbarungen erarbeitet. Diese vier ersten Partner sowie die weiteren GN25-Projekte SIL, Leila, Salute und wiederum deren Partner, wie die Santemed-Praxen, wurden zu den ersten Zuweisenden von Kompass. Nach zwei Monaten war der Betrieb bereits voll ausgelastet, wichtige erstehaltungsfragen waren geklärt und die ersten Rückmeldungen seitens der Anmeldenden zeigten sich zufriedenstellend bis enthusiastisch. Der Lotteriefonds des Kantons Zürich sprach Kompass kurze Zeit nach Projektstart einen einmaligen Betrag von Fr. 285 000.– zu. Dieser Beitrag ermöglichte die Anstellung eines weiteren Mitarbeiters mit einer 80 Prozent-Stelle. Über die finanzielle Unterstützung war dieser Beitrag auch von symbolischer und politischer Bedeutung, bedingte er doch die Entscheidung des Regierungsrates des Kantons Zürich.

Ab Frühling 2010 war Kompass Praktikumsplatz für Studierende des Bereiches Soziale Arbeit der zhaw und bietet seit dem zwei Mal pro Jahr angehenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Möglichkeit, einen Ein- und Überblick über die sozialmedizinische Versorgung in der Stadt Zürich zu gewinnen. Als Anschubfinanzierung für diese Bildungsaufgabe sprachen zwei private Stiftungen Fr. 15 000.– zu. Das erste Praktikum konnte also vollumfänglich fremdfinanziert werden.

Im Laufe des ersten Projektjahres verbreiterte sich die Zuweiser-Palette noch mal deutlich: Kirchliche und gemeinnützige Sozialdienste, Gesundheitsligen, Beiständinnen und Beistände der Sozialzentren, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitex-Zentren entdeckten Kompass als Partner. Bekanntheit

und Ruf führten immer wieder zu einem Anmeldedruck, dem mit Anmeldestopps über Wochen hin begegnet werden musste. Dies gab Kompass ein Stück weit eine Aura der Exklusivität, was einem neuen Angebot immer gut ansteht. Andererseits führten diese Verzögerungen und Rückweisungen auch zu Enttäuschungen und stellte die Mitarbeitenden vor schwierige – ethische wie fachliche – Entscheidungen, welche Anmeldungen zurückgewiesen werden sollten und welche nicht. Der Stellenetat hatte eine kritische Grösse für einen Pilotbetrieb: Zu gross für einen reinen modellhaften «Laborbetrieb» und deutlich zu klein für einen «Vollbetrieb» für die Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich.

2011: Das zweite Projektjahr – Etablierung und Ausbau

2011 zeigte sich eine zunehmende Sicherheit durch die Praxiserfahrung und den Austausch im Netz. Der Stellenplan wurde auf 2.9 Vollstellen erhöht. Zudem unterstützten neu zwei Mitarbeiterinnen der Abt. Prämienübernahme die Case Managerinnen und Case-Manager mit einem Pensum von 0.2 Vollstellen. Ebenfalls neu konnten rechtliche Belange mit der Juristin der SGD besprochen und geklärt werden. Die Marketingbemühungen wurden bereits in diesem Jahr reduziert, da die Mitarbeitenden ganzjährig voll ausgelastet waren und ein Mengenwachstum nicht sinnvoll war. Einzelne Anmeldespitzen führten zu einer Warteliste, die mitunter bis zu sieben potentielle Fälle umfasste und Wartezeiten von drei Wochen.

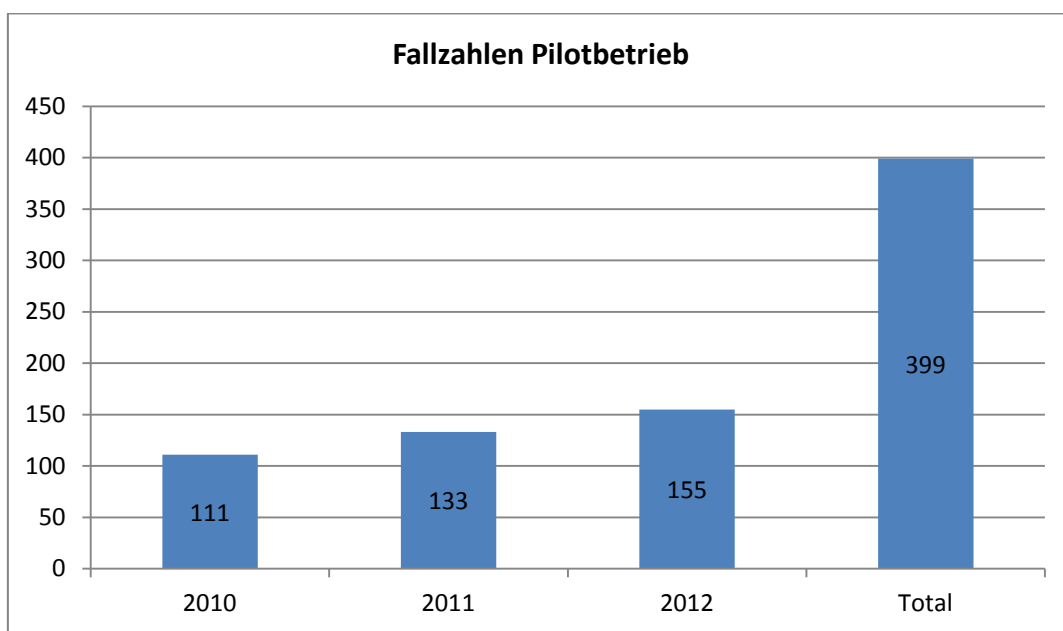
2012: Das dritte Projektjahr – Konsolidierung und politischer Entscheidungsprozess

Im dritten Betriebsjahr zeigten sich nochmals Veränderungen im Stellenplan mit weiteren 0.3 Stellenwerten aufgrund der neuen Aufgaben im Rahmen der Anlaufstelle SAD: Kompass hatte ab Januar 2012 die Aufgabe, alle Meldungen bezüglich Personen die jünger als 65 Jahren und nicht bei Institutionen des Sozialdepartement in Betreuung waren, sur-Dossier zu prüfen, einzuschätzen, zu triagieren oder ggf. selber zu bearbeiten. In reinen Fallzahlen hielt sich der Aufwand in Grenzen, da die Mehrheit der Meldungen durch die Anlaufstelle Personen über 65 Jahren betrifft, die an den geriatrischen Dienst und nicht an Kompass weitergeleitet wurden. Inhaltlich bedeutete diese zusätzliche Aufgabe jedoch eine thematische Ausweitung in Richtung des Themenclusters «Erwachsenenschutzmassnahmen–Psychiatrie–Polizei» (siehe dazu auch «Intercura» Ausgabe Februar 2013).

Der politische Prozess um die Verstetigung des Angebotes erfolgte zwischen Februar und Juni 2012. Die «Weisung Kompass» ging den Weg durch die Ent-

scheidungskaskade von der Geschäftsleitung des Departements, der Departementsvorsteherin, zum Gesamt-Stadtrat, dann zur Gemeinderatsausschuss des Departementes bis zur Schlussabstimmung im Gemeinderat der Stadt Zürich. Letztlich wurde der Nutzen des Angebotes für die vulnerablen Personen, die Gesundheitsversorgung und das Gemeinwesen der Stadt Zürich erkannt und der Pilotbetrieb kann zum Jahreswechsel definitiv in den Stadtärztlichen Dienst überführt werden.

Im Verlaufe der drei Pilotjahre wurden insgesamt 399 Fälle behandelt. Der Aufwand pro Fall reichte von wenigen Stunden bis zu mehreren Arbeitswochen bei hochkomplexen Fällen.



Für 2013 steht eine Konsolidierung des Angebotes und des Teams im Vordergrund. Als Teil des Stadtärztlichen Dienstes wird Kompass die Leistungen zukünftig über TarMed (analog zu SIL) abrechnen können. Auf dem Weg dahin müssen aber noch viele Fragen geklärt und Vorbereitungen getroffen werden.

3 Ziele und Zielerreichung

Ziele gemäss Projektantrag und Betriebskonzept 2009

Folgend werden die 2009 formulierten Ziele im Wortlaut aufgeführt und hinsichtlich der Zielerreichung kommentiert. Aus der Sicht der Projektleitung werden dazu quantitative Aussagen zum Grad der Zielerreichung gemacht. Zur Quantifizierung dient eine Skala mit dem Spektrum eins bis zehn.

- «0» (Ziel klar nicht erreicht)
- «5» (Ziel den Erwartungen entsprechend erreicht)
- «10» (Zielerreichung weit über den Erwartungen)

Projektziele

- Entwicklung, Anwendung und Evaluation von Werkzeugen und Angebotsstrukturen = (7) In drei Jahren Pilotbetrieb war der Aufbau eines gut funktionierenden Dienstes möglich und die Entwicklung von Haltungen, Werkzeugen und sich bewährenden Vorgehensweisen. Eine systematische Evaluation von Handlungsschritten blieb aber aus, da sich dazu keine Vorgehensweise und noch weniger ein Bedarf zeigte. Im praktischen Vorgehen zeigte sich ein eklektischer Ansatz als hilfreich unter Einbezug von Wissen, Erfahrungen und Werkzeugen des interdisziplinären Teams.
- Aufbau eines Kontaktnetzes = (9) Durch die Heterogenität der Fälle und Problemstellungen konnte und musste das Team mit zahllosen Fachleuten und Institutionen in Kontakt und Beziehung treten. Daraus entstand ein sich quasi selbst webendes Netz, das immer breiter wie auch engmaschiger und damit auch tragfähiger wurde. Die wichtigste Grundvoraussetzung dazu muss aber initial gegeben sein: Mitarbeitende, die selbstbewusst und neugierig, aber auch achtsam und wertschätzend auf Menschen zugehen.
- Aufbau und Entwicklung eines kompetenten Kernteams = (8) Dank der hohen Attraktivität der Städtischen Gesundheitsdienste als Arbeitgeber und der gegebenen Chance ein innovatives Projekt mitgestalten zu können, konnten problemlos motivierte und kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefunden und gehalten werden. Im Verlauf wuchs die Kompetenz des Teams durch die Reflektion bei Rapporten und Interventionen. Glücklicherweise konnte der bekannte Psychiater, Autor und Supervisor Dr. Josi Rom dazu gewonnen werden, das Team fallbezogen im Rahmen einer monatlichen Supervision zu begleiten.
- Durchführung von Marketing-Massnahmen mit den lokalen Dienstleistern als primäre Zielgruppe = (9) Siehe dazu Kap. 5 «Kommunikation»
- Differenziertere Bedarfserhebung (auftretende Problemsituationen und gefragte Leistungen) bei den Dienstleistern = (8) In der Praxis entwickelte das Team eine hohe Sicherheit in der Einschätzung, wieweit ein angemeldeter Fall eine hohe Dringlichkeit und Belastung für die anmeldende Institution aufweist oder nicht.
- Differenziertere Definition der Zielgruppen unter Berücksichtigung von gesundheitspolitischen und finanziellen Faktoren = (3) Die Erreichung dieses

Ziels blieb klar unter den Erwartungen. Eine systematische und differenzierte Betrachtung war wegen der extremen Heterogenität einerseits und den fehlenden Werkzeugen andererseits für ein Monitoring nicht möglich.

- Evaluation des Pilotbetriebes hinsichtlich Qualität, Quantität sowie der Akzeptanz der Dienstleistung bei Klientinnen und Klienten, Dienstleistern und Angehörigen = (7) Siehe dazu den Schlussbericht der Fachhochschule Bern
- Entscheidungsfindung bezüglich der Überführung des Pilotbetriebes in eine geeignete Trägerform als definitives Angebot = (8) Die Integration des städtischen Dienstes in die städtischen Gesundheitsdienste bot eine ideale Plattform für das neue Angebot Kompass. Eine Alternative zu den SGD als als Trägerschaft zeigte sich innerhalb des Departementes genau so wenig wie ausserhalb bei einer NGO.

Wirkungsziele

- Abnahme von vermeidbaren Rehospitalisationen sowie Verkürzung von stationären Behandlungen durch gezielte Interventionen = (3) Diese quantitativen Ziele konnten mangels Vergleichsgruppe und mangels Daten nicht überprüft werden. Die Arbeit von Kompass kann kaum die Aufenthaltsdauer in Spital und Klinik senken. Die Stabilisierungsarbeit bei der Behandlungssituation und in der Lebenswelt der Betroffenen konnte jedoch immer wieder Wiedereintritte vermieden werden.
- Verbesserung der Behandlungszufriedenheit und -compliance bei den Klientinnen und Klienten = (9) Die Arbeit an der Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft ist ein zentrales Thema im Kompass-Alltag. Dies wird zumeist durch ein aktives Stützen, Motivieren und in-Kontakt-bleiben erreicht. Dazu gehören auch das Klären von Konflikten und Unstimmigkeiten zwischen Behandelnden und Behandelten oder zwischen den Behandelnden selber.
- Zunahme an Selbstkompetenz, Eigenverantwortung und Verbesserung der Ressourcennutzung bei Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen = (5) In diesem Bereich zeigte sich in der Praxis eine hohe Bandbreite von Patientinnen und Patienten die nach der Intervention und Begleitung ihre wichtigsten Angelegenheiten wieder selbständig wahrnehmen konnten, über Personen, bei denen sich mittelfristig eine hohe Gefährdung zeigte und der Vormundschaftsbehörde gemeldet wurden bis hin zu palliativen Situationen bei denen der Tod der Klienten den Abschluss der Begleitung bildete. Dazu kein systematisches Monitoring durch das Projekt selber. Teilaussagen zum Thema sind in der Evaluation der FH Bern zu finden.

- Optimierung der Behandlungsqualität durch eine verbesserte Vernetzung der Akteure = (5) Dazu kein Monitoring durch das Projekt selber. Teilaussagen dazu sind in der Evaluation der FH Bern zu finden.
- Erbringen oder Vermitteln von notwendigen Leistungen für die Klientinnen und Klienten = (5) Dazu kein Monitoring durch das Projekt selber. Teilaussagen dazu sind in der Evaluation der FH Bern zu finden. Im Praxisalltag zeigte sich eine hohe – subjektiv wahrgenommene aber nicht objektiv erhobene – Zufriedenheit durch Klientinnen und Klienten, Angehörige und professionelle Helfer. Kompass wird oft als vorher fehlender «Kümmerer» wahrgenommen, im Sinne von Jemanden der sich um schwierige Situationen kümmert und zudem den Kummer teilt.
- Optimierung der Versorgungsquantität (Vermeiden von Über-, Unter- oder Fehlbehandlungen durch Fragmentierung, «Doctorhopping») = (5) Dazu kein Monitoring durch das Projekt selber. Teilaussagen dazu sind in der Evaluation der FH Bern zu finden.
- Stärkung der Kompetenzen und Verminderung der Belastungen von Angehörigen = (5) Dazu kein Monitoring durch das Projekt selber. Teilaussagen dazu sind in der Evaluation der FH Bern zu finden.
- Vermeidung, Beilegung oder Klärung von Konflikten im Dreieck Klientinnen und Klienten, Angehörige und Dienstleistende bei Themen von Behandlungsrelevanz = (5) Ebenfalls wenig überraschend zeigten sich bei Anmeldegründen überdurchschnittlich häufig Konflikte und konflikthafte Verstrickungen zwischen unterschiedlichen Akteuren im Dreieck: Patientinnen und Patienten-Angehörige-Leistungserbringende. Konfliktinhalte waren zumeist finanzielle Problemstellungen und Fragen der moralischen Deutungsmacht rund um unterschiedliche Ansichten über «falsche und richtige Behandlung».

Strategische Ziele

- Kostensenkung durch Vermeidung von Fehl-, Mehrfach- oder Überbehandlungen sowie Verringerung des Aufwands bei der Koordination = (9) Vor allem die Sozialdienste der Spitäler, Spitexmitarbeitende, Psychiaterinnen und Psychiater, Hausärzte, Vormundschaftsbehörden und Beistände konnten bei vielen der rund 400 Kompass-Fälle deutlich bei Recherche, Triage, Koordination und Organisation von Hilfeleistungen entlastet werden.
- Grundsätzliche Verbesserung der Zusammenarbeit, des gegenseitigen Verständnisses und des Informationsflusses zwischen den Dienstleistern = (8) Das Projekt war 2010 zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort: Die drohende DRG-Wolke am Horizont war ein guter Anlass für Spitäler, Spitex, Pflegehei-

me, Rehakliniken, Psychiatrien und Hausärzte Prozesse zu überarbeiten, Altes in Frage zu stellen und die Zusammenarbeit in der gesamten Behandlungskette zu überprüfen. Dies führte zu einem Innovations- und Kommunikationsschub von dem das Projekt nur profitieren konnte.

- Erheben und Systematisieren von Informationen potenziell versorgungsstrategischer Bedeutung, die sich aus dem Praxisalltag ergeben = (4) Der Erfahrungsgewinn ist grösstenteils personenbezogen und deckt eine hohe Breite von Sachthemen ab, von Aspekten der Opferhilfe bis zur Problematik der Finanzierung der Behandlung von «rare diseases». Für eine systematisierte Erhebung fehlte das entsprechende Werkzeug. Das Erfahrungswissen fliesst jedoch trotzdem wieder in das System durch die Mitarbeit in Fachgruppen, Fachsymposien und in der Weiterbildung von Fachleuten.

Erfolg hat viele Mütter und Väter

Erfolg ist nur bedingt planbar. Beim Pilotbetrieb von Kompass konnte man von Beginn an optimistisch sein. Das Projekt wurde ideell und politisch breit getragen und wurde durch die Vorgesetzten mit Vertrauen bevorschusst. Gleichzeitig aber war die Projektidee inhaltlich nicht überfrachtet und bot genügend Freiraum für kreative Lösungen. Hilfreiche Startbedingungen waren auch die gesicherte Finanzierung des Pilotbetriebes und die exzellente Unterstützung durch die Stabdienste und Abteilungen der SGD in den Bereichen Informatik, HR, Controlling, Sekretariat, Recht sowie Krankenversicherungs-Bereich. Die Verankerung des Projektes in die Städtischen Gesundheitsdienste erwies sich als hilfreich, denn Kompass war so von Anfang an prominent in der Versorgung platziert. Mit diesen Startbedingungen ist Erfolg nicht gerade eine Selbstverständlichkeit aber doch deutlich einfacher zu erreichen.

Es war keineswegs so, dass Kompass in einen eng umkämpften Markt eindrang. Im Gegenteil: Es war und ist immer wieder eine Herausforderung, gute Partner zu finden, die behandelnd, pflegend oder beratend in einen Fall einsteigen und ihn – noch besser – mit der Zeit übernehmen. Bei vielen Kompass-Fällen stehen sich die Leistungserbringer nicht gegenseitig auf die Füsse, sondern sind noch nicht mal am Horizont sichtbar. Dies hat mit der sehr speziellen Klientel zu tun, bei denen sich hohe Komplexität in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht häufig mit Hoffnungslosigkeit, Verhaltensauffälligkeiten und konflikthaften Verstrickungen vermengt. Kompass ist in einen Nicht-Markt eingedrungen, in dem aber doch Bedarf und Bedürfnisse bestehen. Die fehlende Möglichkeit, die Leistungen zu verrechnen, erwies sich mehrfach als Chance, weil dadurch auch Menschen erreicht

werden konnten, welche weder krankenversichert noch zahlungsfähig waren. Potentielle Konkurrenzsituationen waren kaum vorhanden oder wurden frühzeitig geklärt. So verlief der Pilotbetrieb erstaunlich konfliktarm.

Der wichtigste Erfolgsfaktor sind die Mitarbeitenden von Kompass. Die Personalrekrutierung kann als glücklich bezeichnet werden. Es konnten Profis gefunden werden, die allesamt über Ausbildung und Erfahrung in jeweils mehreren Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens verfügen. Persönlichkeiten mit dem notwendigen Mut, Veränderungen anzupacken und der aus Erfahrung gewachsenen professionellen Fähigkeit, Hoffnungslosigkeit auszuhalten und mitzutragen.

Anpassungen

Sollte der Eigenfinanzierungsgrad des Projektes als wichtigste Messgrösse für den Erfolg dienen, so könnte man Kompass nicht als ideales Angebot betrachten. In der Vorprojekt-Phase zeigte sich bereits deutlich, dass eine Drittfinanzierung – falls überhaupt – nur teilweise über Verrechnung von sozial-psychiatrischen/-medizinischen Leistungen im Rahmen des TarMed möglich wäre.

Grössere Anpassungen mussten gegenüber dem Betriebskonzept nicht gemacht werden. Der einzig wesentliche Verzicht musste bei der Idee des Wochenend-Pikettdienstes und der Hotline gemacht werden. Weder war für eine solche Leistung der Bedarf ausgewiesen, noch waren dazu die Ressourcen vorhanden.

Eine breite Abdeckung der Stadt mit psychosozialer Intervention in Krisen- und Komplexsituationen durch einen aufsuchenden Dienst, müsste in einem anderen Projekt verortet und getestet werden. Ein interessantes Beispiel für einen solchen Nacht- und Wochenenddienst wäre z. B. «UMUS», die «Unité mobile d'urgences sociales» der Stadt Genf, die eng mit Rettungs-, Spitex- und Sozialdiensten zusammenarbeiten und als bidisziplinäre Zweierpatrouille (Sozialarbeit und Pflege) im öffentlichen Raum wie auch in Institutionen und Privatwohnungen aufsuchend arbeiten.

4 Kommunikation

Kommunikation als zentrales Werkzeug im Case Management

Im Vordergrund der Marketing-Massnahmen stand nicht die Quantität im Sinne einer möglichst hohen Fallzahl sondern das Ziel, möglichst die KlientInnen zu erreichen, welche auf die - subsidiäre - Hilfe von Kompass angewiesen waren.

Die wichtigsten Massnahmen waren das Suchen und Finden eines griffigen Namens für das Angebot, die Produktion eines Flyers mit Grafiken der bekannten Zürcher Illustratorin Babette Maeder, der direkte Kontakt und das Vorstellen des Teams in Institutionen und die gezielte Netzwerkarbeit. Der «*brand*» KOMPASS, der Flyer mit dem hohen visuellen Wiedererkennungswert und die Institutionsbesuche verhalfen dem Projekt zu einer hohen Bekanntheit und einem tragfesten Netz mit entsprechend vielen und regelmässigen Fallanmeldungen von Betroffenen. Im zweiten und dritten Projektjahr konnten dank der intensiven Bemühungen des ersten Jahres die Marketing-Massnahmen reduziert und v.a. fokussiert werden. Die praktische Arbeit bot genug Möglichkeiten zur Vernetzung und Beziehungsarbeit. Das aktive Zugehen auf Institutionen wurde in aller Regel geschätzt, da Kompass fast ausnahmslos als Bereicherung und Entlastung und nicht als Konkurrenz wahrgenommen wurde.

Kommunikation des Projektabschlusses

Ob, wie, durch wen und in welcher Form die Ergebnisse des Pilotbetriebes und dessen Evaluation intern und extern, gegenüber Laien und Fachleuten kommuniziert werden, ist noch zu klären.

5 Evaluation

Externe Evaluation

Text von Prof. Dieter Haller, Berner Fachhochschule

Der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule evaluiert im Auftrag der Städtischen Gesundheitsdienste das Case Management von Kompass. Seit 2010 wird das Projekt vom Forschungsteam um Prof. Dr. Dieter Haller, Prof. Dr. Rahel Müller de Menezes, Barbara Erzinger und Florentin Jäggi begleitet. Die Evaluation folgt einem *Mixed-Methods*-Ansatz mit welchem qualitative und quantitative Erhebungs- und Analyseschritte miteinander verknüpft werden. Auf dieser Basis wird ein konzeptuell dichtes Schlussergebnis erarbeitet, dass der komplexen Wirklichkeit im Untersuchungsfeld gerecht wird. Im Folgenden ist eine Auswahl wichtiger Ergebnisse dargestellt.

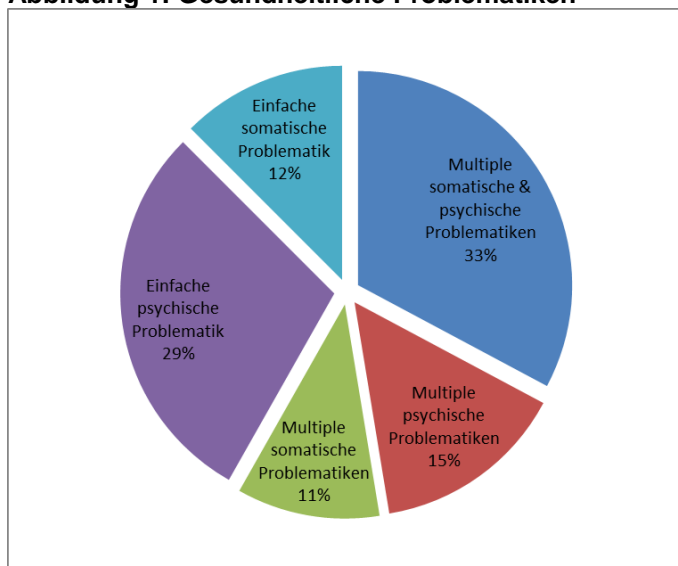
Die Klientel von Kompass

Die Datenanalysen der Evaluation beziehen sich auf 348 Klientinnen und Klienten, welche während der ersten 32 Betriebsmonate, vom 1. Januar 2010 bis 31.

August 2012 von Kompass aufgenommen wurden. Kompass begleitet mit knapp 2/3 der Fälle mehr Frauen als Männer. Gut die Hälfte der Klientinnen und Klienten ist im Alter zwischen 40 und 65 Jahren. Die Altersgruppe der 26- bis 39-jährigen und jene der über 65-jährigen machen je etwas weniger als einen Fünftel der Klientel aus. Personen unter 25 Jahren sind bei Kompass eher selten anzutreffen. Dies trifft auch für die über 80-Jährigen zu.

Ein weiterer Blick auf die Merkmale der Klientinnen und Klienten, zeigt, dass Kompass die anvisierte Zielgruppe erreicht. Es sind vulnerable Menschen, die von komplexen somatischen und psychosozialen Belastungen betroffen sind. Knapp 60 Prozent von ihnen leiden unter einer Kombination verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen: 33 Prozent unter multiplen somatischen und psychischen Problematiken, 15 Prozent unter multiplen psychischen Problematiken und 11 Prozent unter multiplen somatischen Problematiken. Etwas seltener sind einfache gesundheitliche Belastungen, wobei psychische Erkrankungen überwiegen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitliche Problematiken



In vielen Fällen ist neben der Gesundheit auch die Einkommenssituation prekär. Mehr als die Hälfte der betreuten Personen wird durch IV- und AHV-Renten unterstützt. Andere Klientinnen und Klienten sind von Sozialhilfegeldern, Taggeldern und Arbeitslosengeldern abhängig. Nur wenige Personen können auf einen eigenen Lohn oder ein eigenes Vermögen zurückgreifen (vgl. Tabelle 1). Wie prekär die finanzielle Lage der Betroffenen ist, lässt sich auch daran ablesen, dass eine Einkommensquelle oft nicht ausreicht und sie auf zusätzliche Gelder angewiesen sind (z. B. Ergänzungsleistungen). Die gesundheitlichen und materiellen Probleme wiegen besonders schwer, weil oftmals ein soziales Netz fehlt, welches die Defizite mittragen könnte. Im Vergleich zur Stadtzürcher Gesamtbevölkerung sind

die Klientinnen und Klienten häufiger ledig, geschieden, getrennt oder alleinstehend.

Tabelle 1: Haupteinkommensquelle

	Anzahl Nennungen	in %
IV-Rente	85	30.9
AHV-Rente	66	24.0
Sozialhilfe	39	14.2
Lohn	37	13.5
Anderes (Schenkungen, Stipendien, weitere Renten, Alimente, Einkommen aus Vermögen)	25	9.0
Taggelder	12	4.4
Arbeitslosengeld	11	4.0
Gesamt	275	100.0
Fehlend	73	

N=348 (Anzahl Klientinnen und Klienten)

Anmeldeweg

In knapp 75 Prozent der Fälle werden die Klientinnen und Klienten von professionellen Fachkräften an Kompass vermittelt. Diese Tatsache macht deutlich, dass Kompass bei Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens bereits bekannt ist. In knapp einem Sechstel der Fälle (15.2 Prozent) melden sich die Klientinnen und Klienten selbst bei Kompass an, seltener kommt es zu einer Zuweisung durch Angehörige oder Laien (10.2 Prozent). In Tabelle 2 wird gezeigt, welche professionellen Fachkräfte Betroffene an Kompass weiterleiten. Es zeigt sich, dass ein grosser Teil der Klientel von Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Zürich an Kompass zugewiesen wird (58.6%).

Tabelle 2: Anmeldeweg

Zuweisende Stellen	Anzahl	In %
Stadtspitäler Triemli und Waid	37	11.6
Spitex	26	8.2
Stadtärztlicher Dienst (SAD)	25	7.8
Sozialdienst Universitätsspital Zürich (USZ)	24	7.5
Weitere Dienstabteilungen und Departemente der Stadt Zürich ¹	23	7.2
Sozialzentren des Sozialdepartements	21	6.6

¹ Unter weitere Dienstabteilungen und Departemente der Stadt Zürich fallen die Vormundschaftsbehörde (7), die Polizei (5), die Abteilung Schutz und Rettung (4), die Liegenschaftsverwaltung (3), Sicherheit Intervention und Prävention (sip, 1), Schädlingsbekämpfung (1), Beratungsstelle Wohnen im Alter (1) und das RAV (1).

Hausärzte/Allgemeinmediziner/Ärztetzwerke	20	6.3
Psychiater/innen/Psycholog/innen	17	5.3
Kirchliche und gemeinnützige Angebote ²	13	4.1
Krankenkasse	13	4.1
Angebote des Gesundheitsnetzes 2025 (v.a. Leila, Salute)	12	3.8
Andere Spitäler und Kliniken (REHA, ipw, etc.)	12	3.8
Angebote der städtischen Gesundheitsdienste	8	2.5
Pflegezentren und Altersheime	6	1.9
Andere Fachärzte	4	1.3
Klient/in	30	9.4
Angehörige/Laien	28	8.8
Total	319	100.0
Fehlende Werte	29	

N=348 (Anzahl Klientinnen und Klienten)

Unterstützungsformen

Die von Kompass erbrachte Unterstützung wird bei gut einem Viertel der Fälle (25.5 Prozent) im Rahmen eines Case Managements durchgeführt. Ein weiteres Viertel (23.8 Prozent) der Aufträge stellt eine Triage- bzw. Recherchetätigkeit dar, bei der die Betroffenen mit spezifischen Informationen und Weitervermittlungen unterstützt werden. Rund ein Sechstel der Fälle wird in einer kurzzeitigen Krisenintervention (18.8 Prozent) von Kompass unterstützt. Weitere Unterstützungsformen wie Assessments, amtliche Abklärungen oder Coachings von Fachkräften machen zusammen 31.9 Prozent aus.

Interessant ist auch ein Blick auf die Frage mit wem Kompass in Kontakt steht. Etwa ein Drittel der Leistungen sind in Form von Gesprächen und schriftlicher Kommunikation direkt an die Klientinnen und Klienten gerichtet. Die übrige Kommunikation richtet sich an Dritte – primär an Fachkräfte anderer Institutionen, die an der Unterstützung beteiligt sind.

Unterstützungsprozesse mit Zielen

Je nach Ressourcenlage der Betroffenen werden unterschiedliche Ziele erarbeitet (vgl. Tabelle 3). Da viele Klientinnen und Klienten aufgrund ihrer Vulnerabilität nicht in der Lage sind ihre Situation eigenmächtig zu verbessern, setzen die Ziele bei der Alltagsbewältigung an (70.3 Prozent). Diese beinhaltet unter anderem die

² Unter gemeinnützige Angebote fallen Sozialdienste der Kirchgemeinden (3), die Dargebotene Hand (2), Pro Infirmis (2), Beratungs- und Informationsstelle für Frauen (2), das Café Yucca der Stadtmission (1), die Krebsliga (1), Einzelbegleitetes Wohnen (1) und die Allgemeine Baugenossenschaft Zürich ABZ (1).

Suche nach einer neuen Wohnung, die Unterstützung in administrativen Angelegenheiten oder die emotionale Begleitung. Angesichts der schwierigen materiellen Lage wird in vielen Fällen (43.6 Prozent) auf die finanzielle Absicherung hingearbeitet. Diese Ziele betreffen unter anderem Abklärungen zur finanziellen Situation, zu rechtlichen Ansprüchen sowie zu Krankenkassenleistungen. Als Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation (bei 28.8 Prozent der Betroffenen) werden in erster Linie das Einleiten von Abklärungen und Therapien definiert. Ähnlich häufig betreffen Ziele das soziale Unterstützungsnetz (27.5 Prozent), wobei sowohl der Aufbau von sozialen Beziehungen, als auch die Vermittlung zwischen institutionellen Akteuren, angestrebt wird. Dass der Aufbau einer Beschäftigungsstruktur nur bei wenigen Personen zum Thema gemacht wird (11.4 Prozent), ist vermutlich auf die geringen Ressourcen der Klientinnen und Klienten zurückzuführen. Die Beobachtung, dass bei der Hälfte von ihnen zwei oder mehrere Ziele definiert werden, unterstützt diesen Eindruck. Sie weist auf Mehrfachproblematiken hin.

Tabelle 3: Zielsetzungen

	Anzahl Nennungen	% der Nennungen	% der Klientinnen/ Klienten
Wohnen/Alltagsbewältigung	166	38.1	70.3
Finanzielles/Materielles	103	23.6	43.6
Gesundheit	68	15.6	28.8
Vermittlung im sozialen Unterstützungsnetz	65	14.9	27.5
Beschäftigungsstruktur	27	6.2	11.4
Klärung der Gesamtsituation	7	1.6	3.0
Gesamt	436	100.0	

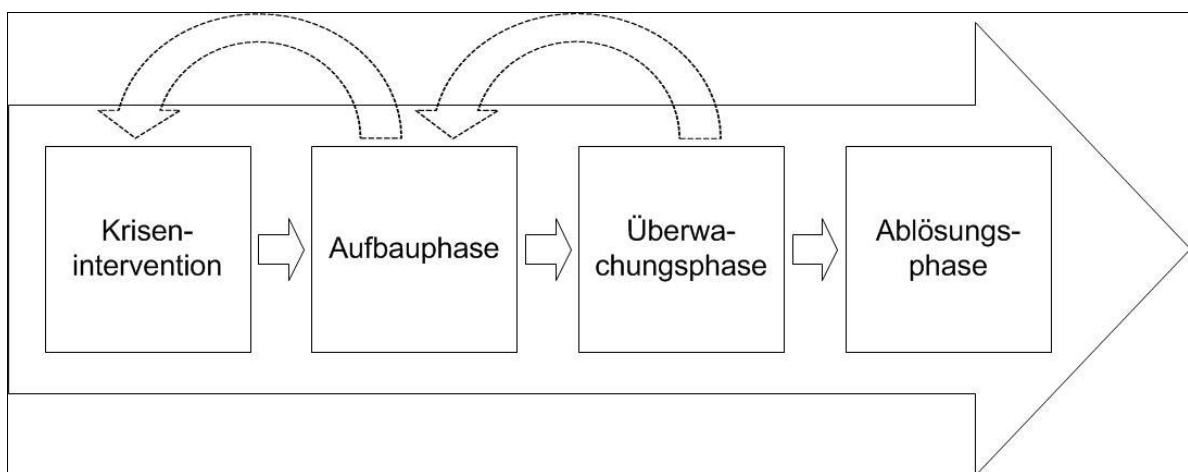
N=436 (Anzahl Nennungen), Angaben für 236 Klientinnen und Klienten

Unterstützung in vier Phasen

Auf der Basis qualitativer Fallstudien wurde ein Modell des Unterstützungsprozesses entwickelt. So lassen sich die Ressourcen der Klientinnen und Klienten, die Unterstützungsleistungen der Case Managerinnen und Case Manager sowie die Wirkungen detailliert beschreiben. Ein vereinfachtes Modell zeigt, dass die Unterstützung vier Phasen beinhalten kann: Krisenintervention, Aufbau, Überwachung und Ablösung (vgl. Abbildung 2). Je besser die Situation der Betrof-

fenen, desto weiter stehen sie im Prozess. Der Verlauf ist jedoch nicht immer linear, weil oft nicht alle Phasen durchlaufen werden und es zu Rückfällen kommen kann. Je nach Phase, in welcher die Klientinnen und Klienten stehen, unterscheiden sich Ressourcen, Interventionen und Wirkungen. Einerseits ist die Unterstützung von unterschiedlicher Intensität, Dauer und Umfang, andererseits beinhaltet sie verschiedene fachliche Aspekte. Die Kategorien «Organisieren», «Beziehungsarbeit», «Aktivieren» und «Koordinieren», welche die Unterstützungsleistungen von Kompass kennzeichnen, haben in den einzelnen Prozessabschnitten unterschiedliche Ausprägungen.

Abbildung 2: Vier Phasen des Unterstützungsprozesses



Von der Krise bis zur Ablösung

Für Klientinnen und Klienten, die sich in einer akuten Notsituation befinden, beginnt der Kompass-Unterstützungsprozess mit einer Krisenintervention. Diese ist insbesondere bei vulnerablen, mehrfach belasteten Personen erforderlich, weil das soziale Netz – wenn überhaupt vorhanden – ebenso hilf- und machtlos ist, wie die Betroffenen selbst. Krise bezeichnet hier eine äusserst komplexe und dynamische Situation. Das Überleben der Klientinnen und Klienten ist aufgrund massiver gesundheitlicher Probleme und fehlender materieller Existenzsicherung gefährdet. In dieser Phase gleichen die Interventionen von Kompass einem Reagieren. Die Case Managerinnen und Case Manager beheben die dringlichsten Probleme, indem sie niederschwellig und teilweise stellvertretend für die Betroffenen handeln. So gelingt es, den Klientinnen und Klienten überlebenswichtige medizinische Behandlungen zukommen zu lassen und die materiellen Grundbedürfnisse zu sichern.

Viele Unterstützungsprozesse beginnen mit der Aufbauphase. Ausgangspunkt ist nicht mehr das gefährdete Überleben, sondern eine lückenhafte Versorgung und eine mehr oder weniger stark eingeschränkte Handlungsfähigkeit. Aufbau kann zwei Dinge bedeuten: einerseits das Errichten einer Unterstützungsstruktur, die die Versorgung der Klientel längerfristig gewährleistet; andererseits die Förderung von Kompetenzen, mit dem Ziel, die Klientel in eine Beschäftigung oder in eine Erwerbsarbeit zu überführen. Im Fall von Herrn B. geht es in erster Linie um den Aufbau der Versorgung:

«Sie hat einen Psychiater für mich gefunden. Das hat sie mir auch organisiert. Und dann hat sie mich zur Vormundschaftsbehörde begleitet. Und dann ging es auch schneller. Damit ich das bekomme, was ich brauche.»

Die Aufbauphase ist in der Regel der intensivste und umfassendste Schritt. Das Erschliessen von Leistungen («Organisieren»), das gemeinsame Anpacken von Problemen («Aktivieren») und das Rückhaltgeben («Beziehungsarbeit») sind hier ebenso wichtig wie das Koordinieren von Hilfeleistungen der beteiligten Institutionen.

Die Situationsstabilisierung und Kompetenzentwicklung müssen in der darauf folgenden Überwachungsphase gesichert werden. Mit Überwachung ist hier nicht das Kontrollieren des Klientenhandelns gemeint, sondern das Überblicken der Situation. Die Case Managerinnen und Case Manager bleiben Ansprechpersonen und reagieren auf die Ängste und Probleme der Betroffenen. Zudem tauschen sie sich mit den beteiligten Akteuren aus, um sich auf dem Laufenden zu halten und aktuelle Entwicklungen zu beobachten. Dadurch lassen sich Rückschläge und Krisen eher verhindern.

Der letzte Prozessschritt ist die Ablösungsphase. Die Case Managerinnen und Case Manager ziehen sich jedoch erst dann zurück, wenn sich die Klientensituation auf einem stabilen Niveau eingependelt hat und sie die Verantwortung guten Gewissens abgeben können. Um eine sichere Zukunft ohne Kompass zu garantieren, muss die Übergabe sorgfältig vorbereitet werden. Dies ist der Case Managerin von Herrn B. gelungen:

Herr B.: «Ihre Aufgabe war erledigt. Sie hat alles erledigt. Sie hat alles in die Wege geleitet. Sie hat mich in die Hände anderer Menschen und Stellen übergeben, die zuständig sind. Und somit war ihre Aufgabe beendet.»

Die wichtigsten Folgerungen

Grundsätzlich bildet eine gesundheitliche Beeinträchtigung den Ausgangspunkt der Anmeldungen bei Kompass. Die Analyseergebnisse zu den im Dokumentationssystem von Kompass festgehaltenen Angaben zum Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten zeigen nun, dass alle Klienten von gesundheitlichen Problemen betroffen sind und bei 59 Prozent der Klienten zwei oder mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Auffallend ist weiter, dass die Mehrheit der Klienten (77 Prozent) an psychischen Erkrankungen leidet.

Neben den gesundheitlichen Belastungen ist ein beachtlicher Teil der Klientinnen und Klienten von Kompass von weiteren Problemen betroffen: Aufgrund der Ergebnisse zu den Einkommensarten ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Klientinnen finanziell am Existenzminimum lebt, weshalb bei Kompass mit einem Viertel der Klienten explizit an Zielsetzungen im Bereich «Finanzielles» gearbeitet wird.

Insgesamt kann aufgrund der Angaben zum Gesundheitszustand, zur Einkommenssituation und zu den bearbeiteten Zielsetzungen belegt werden, dass Kompass die anvisierte Zielgruppe – Menschen in mehrfachen somatopsychosozialen Problemlagen – gut erreicht. Die Klientinnen und Klienten bilden eine hoch vulnerable Bevölkerungsgruppe: Einerseits sind sie von Krankheit und Verarmung und damit verbundenen Risiken und Stresserfahrungen betroffen, andererseits misslingt ihnen aufgrund der eigenen Machtlosigkeit und des fehlenden sozialen Netzes die Bewältigung dieser Problemlagen. Auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ist das Kerngeschäft von Kompass – die Entwicklung und Organisation geeigneter Unterstützung in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und materielle Existenz – gut zugeschnitten.

Fast zwei Drittel der Klientinnen und Klienten werden von städtischen Anbietern des Gesundheits- und Sozialbereichs an Kompass vermittelt. Dies zeigt, dass Kompass aus der Perspektive wichtiger städtischer Institutionen – z. B. der Stadtspitäler, anderer Angebote der städtischen Gesundheitsdienste sowie der Sozialzentren – eine Versorgungslücke füllt. Ausserdem werden von verschiedenen privaten Anbietern des Gesundheitsbereichs sowie von gemeinnützigen und kirchlichen Institutionen Klientinnen und Klienten Kompass zugewiesen. Auch hier wird die gute Vernetzung von Kompass im Unterstützungsnetzwerk deutlich.

Die CM-Fachkräfte stehen sowohl mit den Klienten wie auch mit Personen des Unterstützungsnetzes in Kontakt. Etwa zwei Drittel der Kontakte sind an Fachkräf-

te und teils auch Laien des Unterstützungsnetzes gerichtet. Diese quantitativen Ergebnisse bestätigen die starke Ausrichtung der Kompass-Arbeit auf das Unterstützungssystem, die auch in den Fallstudien erkennbar ist, gut gelingt.

Aus den Evaluationsergebnissen geht hervor, dass die Leistungen des Schweizer Gesundheits- und Sozialsystems nicht für alle Menschen zugänglich sind. Insbesondere vulnerable Personen in komplexen und dynamischen Problemsituationen bleiben oft unterversorgt. Gleichzeitig zeigen die Forschungsergebnisse, dass es im Rahmen eines Case Managements möglich ist, diese Lücken zu schliessen. Ein idealtypischer Ablauf, wie er in Case Management-Lehrbüchern beschrieben wird, ist angesichts der vulnerablen Klientel aber eher unrealistisch. Erstens ist zu Beginn oft eine Krisenintervention nötig, um das Überleben der Betroffenen zu sichern. Zweitens bleibt die Klientensituation auch im weiteren Verlauf anfällig, was zu Rückfällen in vorangehende Phasen führt. Drittens sind Ablösungen meist nicht mit erworbener Selbständigkeit verbunden. Jedoch kommt es bei den Klientinnen und Klienten zu einer Stabilisierung der Lebenslage, die eine erhöhte Behandlungszufriedenheit und eine verbesserte Lebensqualität mit sich bringt.

Ende des Textes von Prof. Dieter Haller

Erfahrungen des Kompass-Team mit der wissenschaftl. Begleitforschung

Für das Kompass-Team erwies sich die Wahl des Forschungsteams als Glücksfall. Als Praktikerinnen und Praktiker deutlich mehr in der konkreten Arbeit verhaftet als in der Forschung, war es uns ein Anliegen, unsere Tätigkeit in der Evaluation verstanden, reflektiert und kritisiert zu sehen. Prof. Dieter Haller und sein Team erkannten von Anfang an den speziellen Charakter und das versorgungspolitische Potential unserer Arbeit. Das BFH-Team ist erfahren in der Evaluation von niederschwelligem Case Management und dem qualitativen Zugang mit Interview-basierten Einzelfallstudien, wie auch die Auswertung quantitativer Daten erschien uns als stimmig. Als Forschungslaien konnten wir aber letztlich den wissenschaftlichen Gehalt nicht hinreichend einschätzen und vertrauten gerne der Beurteilung durch die «Kölner», welche vom Ansatz der «Berner» überzeugt waren. In drei Jahren wuchsen vertrauensvolle Beziehungen zwischen dem Projekt- und dem Evaluationsteam, die von gegenseitiger Wertschätzung bestimmt waren. Förderlich dabei waren die jährlichen Forschungs-Treffen der GN25-Projekte wie auch die Projektsitzungen in Zürich mit Prof. Haller und seinem Team.

Wissenschaftliche Stellungnahme aus Sicht der Metabegleitung Köln

Text von Prof. Clarissa Kurscheid, Hochschule Fresenius, Köln und Prof. Frank Schulz-Nieswandt, Universität zu Köln

Die Bewertung des Kompassprojekts aus Sicht der wissenschaftlichen (Meta) Begleitforschung («Kölner» genannt). Das Projekt Kompass ist ein fester Bestandteil des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich. Es ist eines der sozialmedizinischen Projekte, die für sehr komplexe Krankheitsstrukturen mit ausgeprägten Persönlichkeitsproblematiken ausgerichtet sind. Die erfolgreiche Intervention in solchen Problemlagen ist nicht trivial und bedarf neben einem ausgereiften Instrumentarium als «Werkzeugkasten» ein tragendes Interventionskonzept und fachlich wie persönlich kompetente Personen, die das Projekt adäquat begleiten. Auf alle drei Aspekte soll hier im Folgenden kurz eingegangen werden.

Bei der Betrachtung des Instrumentariums fallen neben der Nutzung der fachlich spezifischen psychologisch-therapeutischen Massnahmen, das Konzept des Case-Managements auf. Das Case-Management ist nach Definition von Ewers (2000) «eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d. h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradigen Sozial- und Gesundheitssystemen». Hierbei ist der Spannungsbogen zwischen Patientenpartizipation und Ergebnisorientierung der wahrscheinlich am schwierigsten umzusetzende Teil, da die Klientel von Kompass hochkomplexe Probleme aufweist.

Kompass hat sich diese Methode zu Eigen gemacht und auf Ihre Klientel fokussiert. Dies ist den Projektleitenden extrem gut gelungen. Verschiedene Voraussetzungen für die spätere zielgenaue Umsetzung des Konzeptes war die effiziente und effektive Ausarbeitung der Projektkonzeption vor Start des Projekts wie auch der zu Beginn des Projekts fest definierte Businessplan. Weiterhin sind die weitreichenden Maßnahmen, welche gesamthaft unter Marketing zu subsumieren sind, ebenfalls zu benennen. So erfolgten im ersten Projektjahr wesentliche Massnahmen in externer und interner Kommunikation, Kooperationen wurden angebahnt, ambulant und sozial tätige Personen und Institutionen wurden informiert und aufgesucht. Schon früh wurden Informationsflyer und Aufklärungsbroschüren entwickelt und verteilt sowie ausgelegt. Die dafür notwendige Fokussierung über Profildefinition der Zielgruppe, Aufgabe und Leistungsbeschreibung der Inhalte fanden parallel statt.

Neben angewandten Instrumentarium und Projektkonzeption sei wie oben schon geäußert, auch die gut funktionierende interne Projektarbeit und Koordination hervorzuheben. Zu benennen sind neben der ausgereiften und sensiblen Personalführung die starke Teamorientierung, eine hohe Transparenz in den Tätigkeiten und Abläufe sowie eine reflektierte Abstimmung von Aufgaben. Der sensible Umgang mit den personalen Ressourcen und Belastungsbegrenzung des Teams ist ein weiterer Erfolgsgarant im Zuge der Projektentwicklung. Im Vergleich mit dem einen oder anderen Projekt im Kontext von Versorgungsforschung wurde eine hervorragende Kooperationskultur mit der Begleitforschung gelebt.

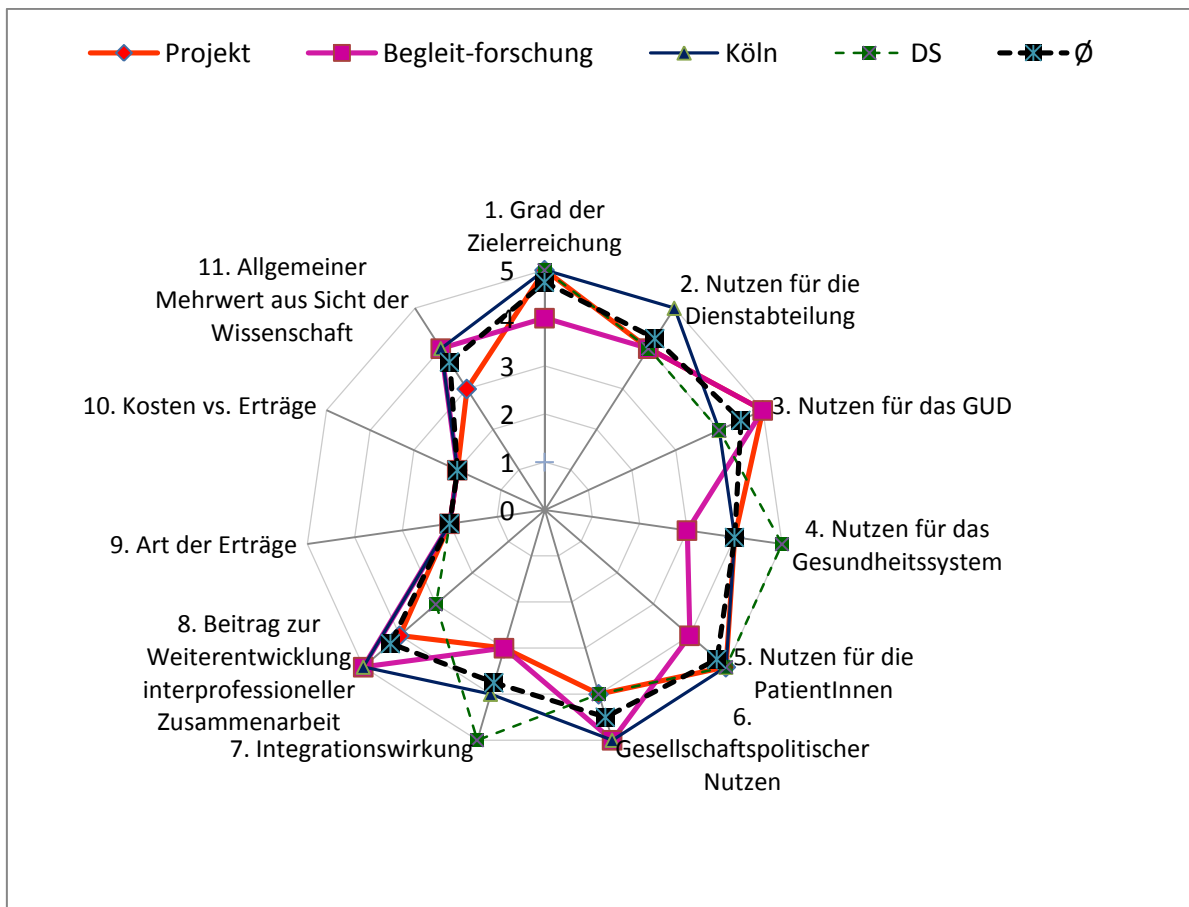
Demnach konnte schon bei der frühzeitigen Verstetigung eine positive Stellungnahme abgegeben werden, die oben genanntes beinhaltet.

Ohne in ausserordentliches Lob und positiven Bekundungen zu verfallen soll noch hinzugefügt werden, dass das Projekt es etwas leichter als andere hatte, weil es in eine «Marktlücke» gestoßen ist, in der sich keine privaten Anbieter finden. Folglich entstanden bei Kompass wenig bis keine Zuweisungsprobleme. Leistungsanbieter mussten keine Ängste entwickeln, da das Klientel nicht ertragsmaximierend attraktiv ist. Folglich entstand auch keine Diskussion um den Patienten (Klienten) unter der Prämisse: «wem gehört der Patient».

Abschliessend lässt sich resümieren, dass dies ein sehr gelungenes Projekt ist, welches im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge eine wichtige Aufgabe erfüllt und wir dem Team gutes Gelingen für deren weiteres Wirken wünschen.

Ende des Textes von Profs. C. Kurscheid und F.Schulz-Nieswandt

6 Beurteilungsschema



7 Fazit

Kompass als Teil der Versorgung

Exekutive und Legislative der Stadt Zürich haben Kompass als festes Angebot der Gemeinde Zürich bejaht. Das Projekt wird ab nächstem Jahr als Dienstleistung innerhalb des Stadtärztlichen Dienstes unter der Leitung von CA Dr. Morten Keller weitergeführt. Die Entscheidung für die Verstetigung ist nicht nur Ergebnis von parteipolitischen Mehrheiten, sondern wurde breit getragen durch die Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich dieser Stadt, welche Partner des Projektes sind. Kompass erkennt Bedarf und Bedürfnisse in der Versorgungslandschaft und in der Bevölkerung, interveniert, begleitet, unterstützt und klärt in Einzelfällen mit hoher Komplexität. Nach Projektabschluss ist es nun an der Zeit, in einen professionellen Alltag überzugehen, das Angebot qualitativ zu halten und quantitativ dem effektiven Bedarf anzupassen.

Veränderungen brauchen flexible Antworten

Über das bisher Erreichte hinaus könnte Kompass auch Keimzelle oder Ausgangspunkt sein, für neue Projekte mit denen aktuelle und zukünftige Problematiken in der Versorgung aufgefangen werden können. Die drei Eckpfeiler «Interdisziplinarität – Systemischer Ansatz – radikale Bedarfsorientierung (aufsuchend)» bewähren sich ganz klar in der Bewältigung von Herausforderungen mit hoher Komplexität. Gesellschaft, Ökonomie, Politik und somit auch die Versorgung werden sich immer schneller verändern. Komplexität, Veränderungsdruck und Tempo der Entwicklungen werden zunehmen. Das Gemeinwesen im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Speziellen brauchen kleine, versierte und gewandte Organisationen, die dem Veränderungsdruck standhalten und aktiv mitgestalten können. Kompass ist ein solcher wendiger, kleiner Generalistendienst.

Zuwachs an Wissen und Kultur als Veränderungsprozess

Grundsätzlich ist der Wille in der Versorgung vorhanden, partnerschaftlich zusammenzuarbeiten über die Grenzen der Finanzierung, der eigenen Profession und Aufgabe hinweg. Zusammenarbeit ist immer auch eine Frage der Motivation und diese ist letztlich abhängig vom Nutzen für das Individuum oder das eigene System. Das Suchen und Finden von möglichst guten Lösungen, das Aushandeln von Vereinbarungen, das Mittragen von Schwierigem sind solche Nutzen für das Versorgungssystem und werden als diese auch so wahrgenommen. Jede Wohnungsausweisung, die vermieden wird, jede Zwangseinweisung, die umgangen

wird, jede Eskalation, die verhindert werden kann, ist nicht nur ein wichtiger Schritt für die Betroffenen sondern auch für die Versorgung und das ganze Gemeinwesen.

Sozialmedizinische Arbeit ist immer auch Arbeit am Verständnis für Menschen, die anders sind, wie psychisch Kranke, unangepasste Menschen in schwierigen Lebensbezügen und mit schicksalhaften Biografien. Es ist nicht die Frage, ob man diese Menschen adäquat begleiten soll, sondern wie. Die «Regelversorgung» profitiert in jedem Fall von dieser fokussierten Hilfe, wird einerseits wirtschaftlicher, effizienter und andererseits menschlicher, sozialer. Kompass leistet heute und morgen einen kleinen Anteil an der Veränderung des grossen Ganzen. Einem Gesundheitssystem, dass sich wandelt und verändert und trotzdem nie den Blick auf den Menschen verliert, der leidet und hofft.

«Du muss selbst zu der Veränderung werden, die du in der Welt sehen willst». Mahatma Gandhi

«Die Kompass-Mitarbeiterin ist für mich ein externes Hirn mit Herz!» Eine Klientin von Kompass

Januar 2013/CK