

Projektwettbewerb 2017: Anmeldeformular

Projektname: Mobiler Dienst für Wohnversorgung	
Das Projekt wird eingereicht von: Zentrum für akute Psychische Erkrankungen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	
Organisation 1	
Kontaktperson:	Matthias Jäger
Funktion:	Leitender Arzt, Projektleiter
Telefonnummer:	044 384 26 37
E-Mail:	matthias.jaeger@puk.zh.ch
Adresse:	Lenggstrasse 31, 8032 Zürich
Organisation 2	
Kontaktperson:	
Funktion:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Adresse:	
Organisation 3	
Kontaktperson:	
Funktion:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Adresse:	
Weitere Beteiligte: Jakob Siemerkus, Rahel Fröbel	
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)	
<p>Eine stabile und bedürfnisgerechte Wohnsituation gehört zu den grundlegenden Faktoren für den Erhalt oder die Wiederherstellung von psychischer Gesundheit. Psychisch kranke Menschen, insbesondere Personen mit psychotischen Störungen sind vielfach von Verlust der Wohnung und von sozialer Exklusion betroffen. Die Etablierung einer geeigneten Wohnsituation ist daher ein zentrales Element psychiatrischer Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Wohnproblematik.</p> <p>Bestehende betreute Wohneinrichtungen bieten meist eine fixe Kombination aus Wohnform und Betreuung und fordern von ihren Bewohnern oftmals eine hohe Anpassungsleistung an die Strukturvorgaben. Dies wird von vielen Betroffenen nicht gewünscht oder sie können die Voraussetzungen nicht erfüllen. Das Engagement im Rahmen dieses Projekts zielt auf die Senkung der Zugangsschwelle dieser Personen zu geeigneten Wohnangeboten. Einerseits durch Unterstützung betreuter Wohneinrichtungen bei der Flexibilisierung ihres Angebots und Verbesserung der Tragfähigkeit sowie andererseits durch die Einrichtung eines neuen Angebots zur Unterstützung wohnungssuchender psychisch kranker Personen beim Finden und Halten einer eigenen Wohnung.</p>	
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.	
Einsendeschluss: 31. März 2017	
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)	

Projektbeschreibung Mobiler Dienst für Wohnversorgung gesundheitsnetz 2025: Projekt- wettbewerb 2017

Datum: 29. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Angebot und Patientennutzen	3
3	Vernetzung und Effizienz	4
4	Innovation	5
5	Wissenschaftliche Evidenz	6
6	Umsetzung	7
7	Fazit	8
8	Literatur	9

1 Hintergrund

Menschen mit schweren, chronischen bzw. wiederkehrenden psychischen Erkrankungen sind mit zunehmendem Krankheitsverlauf oftmals nicht mehr in der Lage, alleine und ohne Betreuung zu leben (Kallert, 2013). Während diese Personen früher in psychiatrischen Kliniken langzeithospitalisiert waren, hat sich im Zuge der Psychiatriereformen seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Kanton Zürich (wie auch in anderen Kantonen und benachbarten Ländern) ein breit gefächertes Angebot zur Wohnrehabilitation etabliert. Das Spektrum reicht von Wohnheimen über betreute Wohngemeinschaften bis zum begleiteten Einzelwohnen. Diese Entwicklung hat für die Wohnrehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in zwei Bereichen zu einer problematischen Versorgungslage geführt: Einerseits verfügen betreute Wohneinrichtungen über knappe bis unzureichende Ressourcen zur psychiatrischen Behandlung ihrer Bewohner und können daher rasch an die Grenzen ihrer Tragfähigkeit geraten. Andererseits gibt es eine Gruppe von Patienten mit Wohnproblematik, die nicht in betreute Wohneinrichtungen eintreten können oder möchten. Beide Problembereiche der Wohnversorgung können zu teils monatelangen Aufenthalten auf psychiatrischen Akutstationen führen. Als zusätzliche Schwierigkeit berichten Betroffene aufgrund ihrer psychosozialen Situation von einer systematischen Benachteiligung am Mietmarkt, da aktuell Angebot und Nachfrage nicht in einem mieterfreundlichen Verhältnis stehen. Betroffene verbleiben deswegen oft in prekären und der Gesundheit schädlichen Wohnsituationen. Ferner kann dies dazu führen, dass eine Platzierung in einer Wohneinrichtung nicht aufgrund der psychosozialen Indikation erfolgt, sondern aufgrund der fehlenden Unterstützung beim Finden und beim selbstständigen Bewohnen einer Wohnung.

2 Angebot und Patientennutzen

Das Projekt „Mobiler Dienst für Wohnversorgung“ ist ein auf diese Problembereiche zugeschnittenes neues Angebot, bestehend aus zwei komplementären Versorgungsansätzen: einem Konsiliar- und Liaisondienst für betreute Wohneinrichtungen und dem Angebot des Wohn-Coachings für psychiatrische Patienten mit Wohnproblematik, die nicht für bestehende Versorgungsangebote in Frage kommen. Es richtet sich an betreute Wohneinrichtungen und Personen mit schweren psychischen Erkrankungen im Kanton Zürich. Das multiprofessionelle, aufsuchend arbeitende Team besteht aktuell aus zwei Oberärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, einer psychiatrischen Pflegefachperson und drei Wohn-Coaches (qualifizierte Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit und psychosozialen Management) sowie administrativer Unterstützung.

Das Teilangebot für betreute Wohneinrichtungen bietet konsiliarische Beurteilungen, regelmässige gemeinsame Visiten, Fallsupervisionen, Schulungen und Beratungen. Ziel des Konsiliar- und Liaisondienstes ist es, die Behandlungs- und Betreuungssituation zu verbessern, Klinikbehandlungen durch die medizinische Betreuung vor Ort zu verhindern und die Behandlungsdauer in Kliniken zu reduzieren – ferner wird ein Fokus auf die sozialpsychiatrische Vernetzung gelegt. Eine weitere Besonderheit ist, dass der Konsiliar- und Liaisondienst in den Wohneinrichtungen in enger Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam den Behandlungsplan koordinieren kann und die Betroffenen in ihrer Lebensrealität aufsucht. Das Teilangebot Wohn-Coaching arbeitet nach dem Prinzip „erst platzieren, dann trainieren“ (in Orientierung an das erfolgreich implementierte „Supported Employment“ bei der Arbeitsrehabilitation) und ist den zeitgemässen Paradigmen sozialer Inklusion und Autonomieerhalt verpflichtet. Das Angebot fusst damit auch auf den Massgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2013 auch für die Schweiz angenommen wurde. Die Unterstützung zielt auf Förderung der Wohn-

kompetenz um den Erhalt einer Wohnung zu sichern, aber auch Unterstützung beim Finden einer neuen selbständig angemieteten Wohnung, sowie bei der Wohnungsbesichtigung, Bewerbung und beim Abschluss eines Mietvertrags. Beide Teilangebote ermöglichen psychisch erkrankten Personen eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung im Wohnbereich, Kontinuität der Wohn- und Betreuungssituation, sowie Reduktion der Zahl und Länge der Klinikeinweisungen.

3 Vernetzung und Effizienz

Als explizit nicht konkurrierendes, sondern komplementäres Angebot zu bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen kommt der Mobile Dienst für Wohnversorgung ausschliesslich dann zum Einsatz, wenn kein anderes Angebot zur Verfügung steht oder eine entsprechende Unterstützung von den primären Behandlern angefordert wird.

Dies widerspiegelt sich in den folgenden spezifischen Angebots-Zielen und den entsprechenden Massnahmen:

- Verbesserung der Tragfähigkeit betreuter Wohneinrichtungen bei der Versorgung von Bewohnern mit hohem Betreuungsaufwand durch Angebote des Konsiliar- und Liaisondienstes:
 - Konsiliarische Beurteilungen und Beratungen
 - Regelmässige Visiten im Sinne einer Liaisonarbeit
 - Fallsupervision
 - Teamsupervisionen und Schulungen bei entsprechend bilateralen Vereinbarungen
 - Niederschwellige Unterstützungs- und Interventionsmöglichkeiten zur Vermeidung von Klinikeintritten und Wohnplatzverlust
 - Frühzeitige Bedarfsabklärung vor Ort, ggf. subsidiäre Behandlung in Kooperation mit den regulär ambulant behandelnden und betreuenden Personen sowie Triage zu einer allfällig notwendigen intensiveren Behandlungsoption (z.B. Krisenintervention, Tagesklinik, stationärer Aufenthalt)
- Verringerung der Schwelle für Aufnahmen von Patienten der PUK in betreute Wohneinrichtungen
 - Poststationäre Übergangsbearbeitung und umfassende Unterstützung der Wohneinrichtungen während der Eingewöhnungsphase neuer Bewohner und bei Bedarf darüber hinaus
- Reduktion von Notfalleintritten von Bewohnern betreuter Wohneinrichtungen in die PUK
 - Frühzeitige Intervention in der Wohneinrichtung und Abklärung, welche weniger einschneidenden Behandlungsoptionen bestehen
 - Weiterleitung sämtlicher bei der Triage PUK eingehenden Anmeldungen von Bewohnern betreuter Wohneinrichtungen, bei denen durch eine Intervention des Konsiliar- und Liaisondienstes eventuell ein Klinikeintritt vermieden werden kann
- Durch die genannten Punkte Verkürzung und Verhinderung stationärer Behandlung sowie nachhaltiger Eintritte in Wohneinrichtungen (Jäger, 2013 und 2014)
- Etablierung des Wohn-Coachings als subsidiäres psychiatrisches Angebot für Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht durch bestehende betreute Wohnformen versorgt werden können

- Verbesserung der Austrittsplanung bei Patienten mit Wohnproblematik auf Akutstationen der PUK, in der Folge Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer
- Förderung der Rehabilitation von Patienten mit Wohnproblematik, die über keine Invalidenrente verfügen, somit Prävention von Invalidisierungsprozessen (DGPPN, 2013)
- Umsetzung der zentralen Anliegen einer zeitgemässen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen, insbesondere soziale Inklusion und Erhalt von Autonomie (United Nations, 2007; Regierungsrat Kanton Zürich, 2010)
- Verbesserte Vernetzung von psychiatrischen und sozialen Hilfen sowie ggf. Angehörigen durch aufsuchende Unterstützung der betroffenen Patienten, hierdurch Reduktion von Rehospitalisationen

Der Mobile Dienst für Wohnversorgung erfordert daher eine gute Zusammenarbeit mit anderen Angeboten der PUK, sowie bereits bestehenden Versorgungsstrukturen. Externe Kooperationspartner sind betreute Wohneinrichtungen im Kanton Zürich, ambulante Psychiater, Beistände, Behörden, Angehörige und weitere am Versorgungsnetz beteiligte Personen. Durch das komplementäre Angebot und die Mobilität durch primär aufsuchende Arbeitsweise ist auch eine PUK-interne Vernetzung essentiell. Enge Kooperationspartner stellen hier insbesondere die verschiedenen Ambulatorien, die Tages- und Nachtkliniken, die Stationen, die Triage sowie die Abteilung Soziale Arbeit dar. Der Mobile Dienst für Wohnversorgung steht vorwiegend zu den üblichen Bürozeiten zur Verfügung. Da die hauptsächliche Tätigkeit in der Vermeidung von Eskalationen und Destabilisierungen der bestehenden Versorgungssituation bzw. Finden und Erhalten eigenen Wohnraums, sowie in der Unterstützung in der Übergangphase zwischen Klinik und betreuter bzw. eigenständiger Wohnsituation liegt, ist keine Notfallversorgung im engeren Sinne vorgesehen. In diesen Situationen wird auf die bestehenden Angebote, insbesondere Krisenintervention und akutstationärer Bereich sowie den notfallpsychiatrischen Dienst verwiesen.

4 Innovation

Das bedarfsgerechte aufsuchende Behandlungsangebot schliesst eine problematische Lücke im Versorgungssystem an der Schnittstelle zwischen psychiatrischer Versorgung und sozialer Fürsorge, womit ein substanzieller Beitrag zur Verbesserung der psychiatrisch-psychosozialen Versorgungssituation und Rehabilitation geleistet wird. Es handelt sich um ein zeitgemässes und der Stossrichtung aktueller Gesundheitspolitik (z.B. Vision Psychiatrie des Kantons Zürich, Psychiatrieplanung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz) entsprechendes Versorgungsangebot, welches Qualitätskriterien psychiatrischer Versorgung sowie Leitlinien für psychosoziale Therapien berücksichtigt (z.B. European Association for Psychiatry, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie). Durch Förderung der Reintegration und Inklusion von Personen mit psychischen Erkrankungen trägt das Angebot aktiv zur Prävention von Invalidisierungsprozessen bei. Zudem reduziert eine rasch organisierbare Anschlusslösung Hindernisse für speditive Klinikaustritte, womit eine Abnahme der stationären Aufenthaltsdauer erwartet wird.

Das Modellprojekt wird fortlaufend im Rahmen einer Evaluation wissenschaftlich begleitet. Ein jährlicher Zwischenbericht wird erstellt werden. Die Pilotphase mit Evaluation ist für insgesamt 3 Jahre

geplant. Der angestrebte Nutzen des MDW lässt sich auf verschiedenen Ebenen finden und soll im Rahmen der Begleitevaluation anhand folgender Parameter und Hypothesen untersucht werden:

- Wohnstabilität: Zahl der Klinikeinweisungen und die Dauer der Hospitalisationen von Klienten des MDW sinkt.
- Stationäre Verweildauer bei Patienten mit Platzierungsauftrag: Nach Einführung des MDW wird erwartet, dass sich die stationäre Verweildauer von Patienten, die mit Platzierungsauftrag bei der Abteilung Soziale Arbeit angemeldet werden, verkürzt im Vergleich zur Zeit vor dem Angebot (Dokumentation Soziale Arbeit und Basisdokumentation).
- Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen: Personen, die in Einrichtungen arbeiten, die mit dem KLD kooperieren, zeigen ein Jahr nach der Einführung des KLD eine höhere Arbeitszufriedenheit als vorher (Befragung mit Fragebogen, qualitative Interviews).
- Subjektive Seite der Patienten/Bewohner: Die Selbstwirksamkeit, Autonomie und Behandlungszufriedenheit wird hoch eingeschätzt (Fragebogen, qualitative Interviews).
- Zufriedenheit der Primärbehandler: Die primären Ärzte, Therapeuten und Betreuenden sind mit dem MDW mehrheitlich zufrieden und schätzen das komplementäre Angebot (Befragung mit Fragebogen).

5 Wissenschaftliche Evidenz

In der Literatur zur Versorgungsorganisation wird derzeit kaum in Frage gestellt, dass psychiatrische Behandlung möglichst nahe am häuslichen Umfeld der Patienten, sprich ambulant, durchgeführt und erst dann, wenn dies nicht mehr ausreicht, tagesklinische oder stationäre Behandlungssettings gewählt werden sollten. Mobile Teams sollen in diese Versorgung eingebunden werden, um Patienten erreichen zu können, die nicht aus eigener Motivation eine ambulante Behandlung aufsuchen (Briner and Erlinger, 2013; Gesundheitsdirektorenkonferenz, 2008). Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams führen zu höherer Behandlungszufriedenheit bei den Patienten und zu einer Verringerung stationärer Aufnahmen um 20% (Malone et al., 2007). Akutbehandlung im häuslichen Umfeld kann stationäre Wiederaufnahmen und Behandlungszeiten signifikant reduzieren, die Behandlungskontinuität stärken und die Belastung der Patienten verringern (Joy et al., 2006; NICE, 2009). Laut Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde soll insbesondere für Menschen mit einer Problematik im Bereich Wohnen und wenn Behandlungsabbrüche drohen die Möglichkeit der aufsuchenden multiprofessionellen Behandlung zur Verfügung stehen (DGPPN, 2013).

Das Wohn-Coaching beruht auf den Prinzipien von Independent Housing and Support (IHS), welches sich an einem bereits erfolgreich als Supported Employment etablierten Konzept zur Arbeitswiedereingliederung orientiert. Die zentralen Elemente von IHS sind:

- eine eigenständige Wohnung, die vom Bewohner selbst angemietet wird
- Unabhängigkeit der Betreuungsintensität von der Wohnsituation
- hohe bedarfsgerechte Flexibilität der Betreuung ohne zeitliche Befristung
- Förderung sozialer Inklusion durch Einbezug des Umfeldes

Die Betreuung erfolgt durch einen Wohn-Coach, der sich, wie auch beim Supported Employment, programmatisch der sozialen Inklusion und Förderung der Eigenständigkeit des Bewohners verpflichtet fühlt. Hierdurch soll ein Wechsel im Selbstverständnis bzw. ein Rollenwechsel von der behandelten Person zur handelnden Person (Gemeindemitglied, Bürgerin, Mieter, Auftraggeberin etc.) stattfinden. Das Wohn-Coaching beginnt mit einer Coaching-Vereinbarung, die Details der weiteren Zusammenarbeit von Bewohner und Coach umschreibt. Dazu gehört im Regelfall die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung, bei der Bewerbung, Kontaktaufnahme mit dem Vermieter, Abschluss eines Mietvertrags. Im Weiteren erfolgen regelmässige Kontakte zur Unterstützung beim Erlernen und Trainieren von Wohnkompetenzen (Kontakte zur Nachbarschaft, Erledigen von administrativen Arbeiten, einkaufen, putzen, Mahlzeiten zubereiten, Etablierung einer Beschäftigung, Vernetzung mit Behandlern, Ämtern, Familie usw.). Der Auftrag für den Wohn-Coach kann vom Klienten jederzeit überprüft und angepasst werden.

Wohn-Coaching nach dem Konzept des IHS wurde in der Schweiz erstmals im Rahmen eines Pilotprojekts an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern im Jahr 2012 eingeführt und ist inzwischen in die Regelversorgung übernommen worden (Hoffmann, Schärer et al. 2012). Die Kosten für betreute Wohneinrichtungen stellen in der Schweiz einen überproportionalen Anteil an den Gesamtbehandlungskosten dar (Salize et al., 2009). Die Verhinderung stationärer Behandlungen wie auch die mögliche Verhinderung von Platzierungen in Wohneinrichtungen könnten bei den Betroffenen deutlich zur Kosteneffizienz im Gesundheits- und Sozialsystem beitragen.

6 Umsetzung

Der Mobile Dienst für Wohnversorgung startete im September 2016. Sowohl der Konsiliar-Liaisondienst als auch das Wohn-Coaching sind noch in der Aufbauphase, wobei ersteres Angebot in der psychiatrischen Versorgungslandschaft bereits Fuss gefasst hat und das Wohn-Coaching aktuell erste Klientinnen und Klienten betreut.

Für die Aufbauphase werden die zur Verfügung stehenden Stellenprozente für die Pflegekraft sowie die Wohn-Coachs noch nicht vollständig ausgeschöpft: Aktuell besteht das multiprofessionelle Team aus zwei Oberärzten für Psychiatrie und Psychotherapie (Gesamt-Pensum: 100%), einer psychiatrischen Pflegefachperson (Gesamt-Pensum: 60%) und drei Wohn-Coaches (Gesamt-Pensum: 150%) sowie administrativer Unterstützung. Geplant ist eine Erhöhung des Gesamt-Pensums für die Pflegefachperson auf 100% sowie für die Wohn-Coaches auf 200%. Des Weiteren sind Stellen für Sekretariat (50%-Pensum) und Soziale Arbeit (40%-Pensum) geplant. Bis dahin werden Leistungen von Sekretariat und Sozialer Arbeit aus den bestehenden Ressourcen nach Bedarf bezogen. Die Teamleitung gestaltet sich interprofessionell durch einen Oberarzt und eine Pflegefachperson.

Die Finanzierung erfolgt mehrgleisig: Patientenbezogene Leistungen wie Konsilien, poststationäre Übergangsbehandlung und Wohn-Coaching werden über ambulante Tarife nach Tarmed abgerechnet, institutions- bzw. mitarbeiterbezogene Leistungen wie Liaison-Tätigkeiten, Fall- und Teamsupervisionen sowie Schulungen werden auf Rechnung oder gemäss vereinbarter Ko-Finanzierung durch die Institutionen getragen. Für die Pilotphase wird das Projekt von der Gesundheitsdirektion im Sinne einer Defizitgarantie unterstützt. Es wird erwartet, dass nach einer Aufbauphase von einem Jahr ab 2017 eine volle Auslastung erreicht wird.

Die Risiken des Projekts wurden vorgängig identifiziert und geeignete Massnahmen zur Risikoverminderung formuliert:

- Der MDW wird von bestehenden Behandlungsangeboten als Konkurrenz wahrgenommen. Massnahme: Der MDW arbeitet transparent, nimmt aktiv und frühzeitig mit allen Involvierten Kontakt auf und fördert Vernetzung. Aufgaben, die von primär Behandelnden übernommen werden können, bleiben in deren Hand.
- Bewohner und Patienten lehnen eine Zusammenarbeit mit dem MDW ab. Massnahme: Die Betroffenen werden direkt und aktiv über das Angebot sowie Ziele und Nutzen informiert (unterstützende und vermittelnde Aufgaben), sodass sie zu einer informierten Entscheidungsfindung kommen können. Lehnt die betroffene Person die Zusammenarbeit ab, zieht sich der MDW allenfalls auf beratende Tätigkeiten zurück unter strenger Berücksichtigung der Schweigepflicht.
- Die Zusammenarbeit der Einheiten der PUK mit dem MDW kann organisatorisch nicht etabliert werden. Massnahme: Der MDW zeichnet sich durch hohe Flexibilität aus und versucht, wann immer möglich, die etablierten Abläufe der bestehenden Einheiten bei Terminplanungen zu berücksichtigen. Der MDW achtet auf Präsenz und aktives Zugehen auf das Behandlungsteam des jeweiligen Klienten.
- Die Wohneinrichtungen nehmen das Angebot des KLD nicht wahr oder finden keine Finanzierungsmöglichkeit für Kooperationsvereinbarungen. Massnahme: Aus der Zusammenarbeit mit dem Dachnetz Wohnen ist ein hoher Bedarf an einem derartigen Angebot bekannt. Eine detaillierte Vorstellung des Projekts bei den Trägern der Wohneinrichtungen wird angeboten, um Fragen zu klären und den Nutzen zu verdeutlichen.
- Angesichts der angespannten Wohnungssituation in der Stadt Zürich können keine geeigneten Wohnungen für das Wohn-Coaching gefunden werden. Massnahme: Wohnungen im gesamten Kanton müssen in Betracht gezogen werden. Dies muss den Patienten, die das Angebot in Anspruch nehmen möchten, von Beginn an kommuniziert werden.
- Es kann keine zeitnah realisierbare Wohnmöglichkeit durch das Wohn-Coaching gefunden werden. Massnahme: Um dennoch das Ziel der Verkürzung der Hospitalisationsdauer zu verfolgen, müssen Zwischenlösungen bis zum Einzug in eine eigene Wohnung organisiert werden, z.B. in Zusammenarbeit mit betreuten Wohneinrichtungen, die sich mit dem Angebot des Wohn-Coachings eher bereit erklären, einen Patienten vorübergehend und speditiv aufzunehmen, oder vorübergehende Unterbringungen in Hotels. Durch das Angebot der Weiterbetreuung nach dem stationären Aufenthalt wird die Toleranz für Zwischenlösungen bei allen Beteiligten gesteigert.

7 Fazit

Zusammenfassend sind wir überzeugt, durch den Mobilen Dienst für Wohnversorgung eine Lücke in der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Raum Zürich durch gezielte Interventionen wirkungsvoll zu schliessen und damit die Chancengleichheit für psychisch erkrankte Personen in unserer Gesellschaft bedeutend zu erhöhen.

8 Literatur

- Behörden & Politik (n.d.). Retrieved March 26, 2017, from <http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/visionpsychiatrie.html>
- Briner, D. & Erlinger, U. (2013). *Aufsuchende Hilfen*. In: Rössler, W. & Kawohl, W. (eds). Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- DGPPN (Ed.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag.
- Gesundheitsdirektorenkonferenz Schweiz (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe "Spitalplanung"*. In: GDK (ed). Bern.
- Hoffmann, H., Schärer, D. & Hertig, A. (2012). *Wohn-Coaching - was ist das?* UPD-update- Newsletter: 6.
- Jäger, M., Hierlemann, F., Kawohl, W., Kaiser, S., Seifritz, E. & Hoff, P. (2014). *Psychiatrischer Versorgungsbedarf in betreuten Wohneinrichtungen*. *Neuropsychiatrie*, 28(1), 12–18.
<https://doi.org/10.1007/s40211-014-0099-5>
- Jäger, M., Theodoridou, A., Hoff, P. & Rössler, W. (2013). *Schnittstelle psychiatrische Akutstationen und betreute Wohneinrichtungen – Charakteristika von Patienten mit langen Klinikaufenthalten*. *Psychiatrische Praxis*, 40(8), 439–446. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349461>
- Joy, C.B., Adams, C.E. & Rice, K. (2006). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*. *Cochrane Database Syst Rev*: CD001087.
- Kallert, T. (2013). *Formen des betreuten und begleiteten Wohnens – Datenlage und praktische Aspekte*. In: Rössler, W. & Kawohl, W. (eds). Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S. et al. (2007). *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality*. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000270.
- NICE (2009). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. www.nice.org.uk.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2010). *Konzept zur Förderung der Eingliederung invalider Personen gemäss Art. 10 IFEG für Invalideneinrichtungen im Erwachsenenbereich*.
- Salize, H. J., McCabe, R., Bullenkamp, J. et al. (2009). *Cost of treatment of schizophrenia in six European countries*. *Schizophrenia Research*, 111(1–3), 70–77.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.027>

Schweizerische Eidgenossenschaft (2016). *Menschenrechte und Grundfreiheiten: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*.

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“*. Bern: GDK.

United Nations (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.