GR Nr. 2012/200

Zürich,
16. Mai 2012

Weisung
des Stadtrates an den Gemeinderat

Städtische Gesundheitsdienste, Definitive Einführung von KOMPASS, Bewilligung jährlich wiederkehrender Ausgaben ab 2013

1. Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung in der Stadt Zürich kann von ihrer Qualität sowie Angebotsbreite her als vorbildlich bezeichnet werden. Für einen kleinen Teil der Patientinnen und Patienten ist die Versorgungssicherheit jedoch nicht immer gewährleistet: Menschen mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Erkrankungen in Kombination mit sozialen Belastungsfaktoren stellen das Versorgungssystem vor grosse Herausforderungen. Typische Merkmale dieser vulnerablen Patientengruppe sind:

- Psychiatrische Krankheiten in Kombination mit chronischen somatischen Erkrankungen
- Schwerwiegende somatische Erkrankungen bei gleichzeitig komplexen sozialen, finanziellen oder rechtlichen Problemen
- mangelnde Wohnfähigkeit oder spezielle Wohnsituationen (z. B. Messie-Syndrom), was die Behandlung und Pflege grundlegend erschwert oder verunmöglicht
- Überforderung bei administrativen und finanziellen Belangen
- Konfliktsituationen zwischen Betroffenen, Angehörigen und dem Versorgungsnetz
- Hoher Bedarf an Klärung und Organisation zur Sicherung der Behandlungen
- Behandlungsabbrüche und schwankende Behandlungsmotivation

Diese individuellen Belastungsfaktoren werden noch verschärft durch systemimmanente Faktoren, wie die hohe Spezialisierung im Gesundheitswesen, den mangelnden Informationsaustausch an den Schnittstellen oder die Beschleunigung der Behandlungs-prozesse im Kontext der Fallkostenpauschalen.

Seit Januar 2010 zeigt KOMPASS in einem erfolgreichen Pilotbetrieb, dass für diese Herausforderungen ein sozialmedizinisches Case Management die passende Antwort ist. KOMPASS unterstützt kranke Personen mit grossem Hilfebedarf konsequent niederschwellig vor Ort, im Spital oder zu Hause. Die Leistungen von KOMPASS sind subsidiär und werden in enger Zusammenarbeit mit den Spitälern und der ambulanten Versorgung durch erfahrene Fachleute erbracht. Das Angebot war bereits schon nach kurzer Zeit in der Gesundheitsversorgung etabliert und wird von den Patientinnen und Patienten wie auch ihren Angehörigen geschätzt.

2. Zweck der Vorlage

Da sich während der bisher gut zweijährigen Projektphase der Bedarf bestätigt und sich das Angebot von KOMPASS bewährt hat, wird dem Gemeinderat mit dieser Weisung die definitive Einführung ab 2013 beantragt.

3. Projekt KOMPASS

3.1. Vorprojektphase 2005 bis 2009

In einer Bedarfserhebung von 2005 bei der (damaligen) Spitex Zürich-Nord, dem Sozialdienst des Stadtspitals Triemli und der Beratungsstelle Wohnen im Alter zeigte sich, dass knapp 8 Prozent der Patientinnen und Patienten ein komplexes Krankheitsbild mit somatischen und psychiatrischen Mehrfachdiagnosen aufwiesen und/oder in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen lebten. Häufig fühlten sich die Betroffenen, wie auch ihr Umfeld, von der Situation überfordert. Die Beteiligten empfahlen die Einführung eines Case Managements, vom dem sie v.a. in schwerwiegenden Situationen eine Entlastung für die Betroffenen, Angehörigen und das Helfernetz erwarteten.

Die Geschäftsleitung des Gesundheits- und Umweltdepartements entschied, ein entsprechendes Projekt umzusetzen. Da die Problematik der hochkomplexen Fälle alle Altersgruppen betrifft, wurde das Projekt innerhalb des GUD dem Prozess «Gesundheitsnetz 2025» zugeordnet. Dessen Steuerungsorgan ist die «Programmsteuerung Gesundheitsnetz 2025», bestehend aus Geschäftsleitungsmitgliedern des GUD.

Bei der anschliessenden Erarbeitung von Projektantrag und Betriebskonzept für einen dreijährigen Pilotbetrieb wurde sehr darauf geachtet, das Projekt möglichst passgenau auf die konkreten Bedürfnisse der Betroffenen und der Gesundheitsversorgung auszurichten.

Die wichtigsten Erkenntnisse der vorgängigen Abklärungen bei Spitälern, Kliniken, Heimen, Sozialversicherungen und Fachverbänden sind:

- Nur bei wenigen Patientinnen und Patienten zeigen sich hochkomplexe Situationen. Diese Fälle verursachen jedoch einen überproportional hohen Aufwand an Klärung, Hilfeplanung und Intervention.
- Betroffene sind Personen jeglichen Alters, die sowohl körperlich wie psychisch krank sind und fast immer auch schwerwiegende soziale Probleme haben.
- Die Leistungen für diese hoch vulnerable Patientengruppe müssen - im Sinne eines «Trouble Shootings» - schnell, niederschwellig und damit meist im aufsuchenden Rahmen vor Ort erbracht werden.

3.2. Pilotbetrieb

Planung und Finanzierung des Pilotbetriebes

Die Programmsteuerung des Gesundheitsnetzes 2025 genehmigte im Oktober 2008 den Projektantrag und im März 2009 das Betriebskonzept. Es wurde damit der Auftrag erteilt, einen dreijährigen Pilotbetrieb durchzuführen, um Erfahrungen zu sammeln, Werkzeuge und Handlungsmuster zu entwickeln und letztlich den Nutzen für Betroffene, Angehörige und das Versorgungssystem zu prüfen. Der damalige Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements verfügte für den Pilotbetrieb einen Objektkredit und einen Beitrag aus dem (damaligen) «Allgemeinen Fonds der Pflegezentren, der Städtischen Gesundheitsdienste und des Stadtärztlichen Dienstes». Die Bemühungen, zur Mitfinanzierung des Pilotbetriebes private Partner oder Geldgeber zu finden, waren wenig erfolgreich. Seitens der angefragten Stiftungen und Verbände wurde praktisch unisono der Standpunkt vertreten, dass diese Aufgaben

im niederschwelligen, komplexen und oft auch palliativen Bereich primär eine öffentliche Aufgabe seien.

Budgetierte Kosten für einen dreijährigen Pilotbetrieb 2010 - 2012

Aufwand	**Fr.**
Personalkosten *	884 300.–
Sachkosten/interne Verrechnungen*	140 700.–
Evaluation Fachhochschule Bern	130 000.–
Aufwand Total *(Rechnung 10/11, Budget 12)	**1 155 000.–**
Finanzierung	**Fr.**
Städtischer Objektkredit	900 000.–
Allgemeiner Fonds PZZ/SGD/SAD	250 000.–
Anonyme Spende einer Stiftung	5 000.–
Ertrag Total	**1 155 000.–**

Pilotbetrieb operativ, 2010 bis 2012

Der Pilotbetrieb startete im Januar 2010. Bereits nach zwei Monaten war die Kapazitätsgrenze erreicht, was mehrfach Aufnahme-Stopps nötig machte. Aufgrund der grossen Nachfrage und des hohen zeitlichen Aufwandes pro Fall wurde der Stellenplan per November 2010 von 2.1 auf 2.9 und per Februar 2012 auf 3.3 Vollstellen erhöht. Diese zusätzlichen Stellen wurden ermöglicht durch einen Beitrag von Fr. 285 000.– des Lotteriefonds des Kantons Zürich und eine Spende der Paul Schiller Stiftung von Fr. 10 000.–.

Überblick über den bisherigen Pilotbetrieb in Zahlen

Fallzahlen	1. Projektjahr 2010: 111 Fälle 2. Projektjahr 2011: 133 Fälle 3. Projektjahr 2012; Januar bis März: 42 Fälle
Geschlecht	60% Frauen und 40% Männer
Alter	Durchschnittsalter 50.2 Jahre 40-65-jährig = 50%, > 65-jährig = 22%,
Zivilstand	20% verheiratet oder eingetragene Partnerschaft 80% ledig, geschieden, verwitwet, getrennt
Wohnform	49% wohnen alleine 51% wohnen mit Partnerin/Partner, Familie, WG, in Institution
Nationalität	70% mit Schweizer Pass (9% eingebürgert) 30% mit ausländischem Pass (22% mit C-Bewilligung)
Sprache	86% CH-Landessprache 14% andere Muttersprache
Haupteinkommen	28% eigener Erwerb oder durch Angehörige 30% IV- oder AHV-Rente (mit oder ohne EL) 21% unklar oder in Abklärung 8% Pensionskasse 13% Sozialhilfe, weitere Sozialversicherungen

Bei der Umsetzung des Projektes zeigten sich keine wesentlichen Probleme oder Überraschungen. Als Erfolgsfaktoren erwiesen sich die Hausbesuche, die Ausrichtung auf die Entlastung der Angehörigen und des professionellen Netzes, die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams (Pflege, Sozialarbeit, Psychologie), die Einbettung von KOMPASS in die Städtischen Gesundheitsdienste und deren sozialmedizinische Ausrichtung und Erfahrung und v.a. auch die breite Palette von Leistungen, bestehend aus kurzen Leistungen wie Triage oder Recherche, mehrwöchigen Kriseninterventionen bis zu Case Management über Monate.

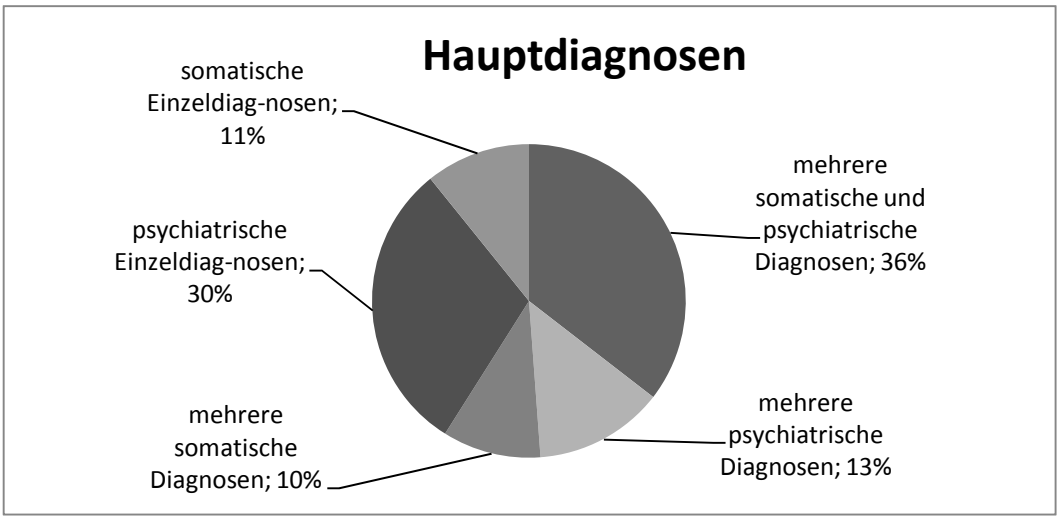
3.3. Ergebnisse aus dem Zwischenbericht der Berner Fachhochschule

Die Projekte des Gesundheitsnetzes 2025 werden wissenschaftlich evaluiert. Für die Begleitevaluation der dreijährigen Pilotphase von KOMPASS wurde die Berner Fachhochschule BFH, Bereich Soziale Arbeit, beauftragt. Der im November 2011 erstellte Zwischenbericht enthält eine erste quantitative Auswertung. Diese Ergebnisse werden zurzeit ergänzt durch zehn qualitative Einzelfallstudien, zu denen auch eine ökonomische Betrachtung durch unabhängige Fachpersonen gehört. Der definitive Schlussbericht wird im Januar 2013 vorliegen.

Die folgend präsentierten Ergebnisse und Bewertungen stammen aus dem erwähnten Zwischenbericht. Sie beziehen sich auf den Zeitraum von Januar 2010 bis August 2011 (20 Monate) und umfassen 181 Fälle.

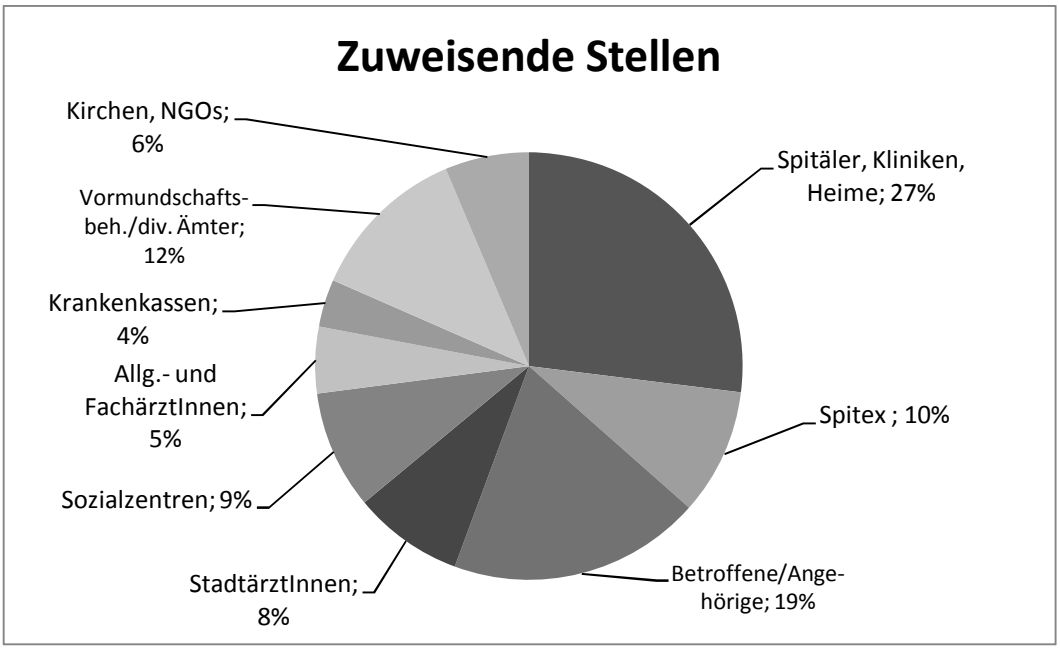
Krankheitsbilder

Bei 58 Prozent der Patientinnen und Patienten liegen zwei oder mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen vor. Mit 79 Prozent leidet die Mehrheit der Betroffenen an psychischen Erkrankungen.



Zuweisende Stellen

Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (61 Prozent) werden von städtischen Anbietern des Gesundheits- und Sozialbereichs an KOMPASS vermittelt, 19 Prozent der Anmeldungen erfolgen direkt über die Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige.



Soziale Integration

Ein Grossteil der Klientel von KOMPASS ist ledig oder geschieden bzw. alleine lebend, von ihrem Umfeld erhalten sie eher wenig soziale Unterstützung. Drei Viertel der Patientinnen und Patienten sind im Erwerbsalter. Die wenigsten davon können aber am Erwerbsprozess teilhaben. Gleichzeitig verfügt die KOMPASS-Klientel mehrheitlich über eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II und somit über ein gutes Bildungsniveau. Die Patientinnen und Patienten erfahren durch die Beziehung zur CM-Fachperson in der Regel sozialen Rückhalt, was ein wesentlicher Wirkfaktor ist.

Zielerreichung

In der Evaluation am Ende jeder Fallbegleitung zeigt sich, dass bei gut 43 Prozent der Patientinnen und Patienten die vereinbarten Ziele zur Verbesserung der Wohnsituation bzw. zur Einleitung finanzieller Unterstützungen oder gesundheitlicher Massnahmen erreicht wurden. Bei 34 Prozent der Patientinnen und Patienten wird eine gelungene Vermittlung an passende Institutionen vermerkt. Nur bei 17 Prozent der Patientinnen und Patienten geben die Betreuenden an, dass die Interventionen unbefriedigend verlaufen sind.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass durch KOMPASS dringend notwendige Leistungen erschlossen und koordiniert werden, was sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt. Das Case Management wird der Situation der vulnerablen und mehrfachbelasteten Klientel gerecht.

4. Neuorganisation des Stadtärztlichen Dienstes

In Folge der Neuorganisation des Stadtärztlichen Dienstes (SAD) wurde Anfang 2012 in den Städtischen Gesundheitsdiensten eine Anlaufstelle für amtsärztliche Aufgaben geschaffen. Sie nimmt (wie bisher) die Meldungen an den Stadtärztlichen Dienst entgegen. Die Anlaufstelle ist Drehscheibe zwischen den Meldenden einerseits (Polizei, Sanität, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Vermieterinnen und Vermieter, Nachbarinnen und Nachbarn, Angehörige, usw.) und den abklärenden und intervenierenden Stellen anderseits (Geriatri-

scher Dienst, Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik, Vormundschaftsbehörde, Notfallärztinnen und Notfallärzte, KOMPASS usw.). KOMPASS ist in diesem Rahmen per Januar 2012 die Aufgabe übertragen worden, alle Meldungen zu Personen unter 65 Jahren inhaltlich zu prüfen. Dies mit dem Ziel, auf Notlagen, bei Fremd- oder Selbstgefährdungen adäquat zu reagieren. Durch diese neue Aufgabe werden KOMPASS 15 bis 25 zusätzliche Fälle monatlich zur Vorabklärung oder direkten Intervention zugewiesen.

Vor der Neuorganisation wurden alle Anfragen vom Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes bzw. dessen Stellvertreterin/dessen Stellvertreter persönlich entgegengenommen und triagiert. Bereits unter der alten Organisationsform wurden zahlreiche Fälle an KOMPASS weitergewiesen.

5. Definitive Einführung von KOMPASS

Die Grundidee eines sozialmedizinischen, niederschwelligen Case Managements hat sich in der Praxis bewährt. Aus diesem Grund soll das bis Dezember 2012 befristete Angebot von KOMPASS definitiv eingeführt werden.

Die folgenden Ausführungen klären und definieren das Aufgabengebiet und die organisatorische Einbettung des definitiven Angebotes von KOMPASS. Mit dem Stellenantritt des neuen Chefarztes für den Bereich Stadtärztlicher Dienst im Oktober 2012 sind noch gewisse Anpassungen und Akzentuierungen zu erwarten. Damit das Angebot nahtlos und ohne Know-how-Verlust weitergeführt werden kann, müssen die Rechtsgrundlagen zur Einführung des Regelbetriebes aber bereits vorher geschaffen werden.

KOMPASS ist innerhalb der Stadtverwaltung in den Städtischen Gesundheitsdiensten ideal positioniert. Die Städtischen Gesundheitsdienste führen bereits eine breite Palette sozialmedizinischer Leistungen in den Bereichen Suchtmedizin, Sozialpsychiatrie, Spitex, Stadtärztliche Aufgaben und Krankenversicherung. Die bisherige Praxis zeigt, dass eine nahe Zusammenarbeit mit diesen Diensten die Effizienz und Effektivität von KOMPASS steigert. Daher soll KOMPASS per Januar 2013 weiterhin den Städtischen Gesundheitsdiensten angehören und hierbei dem Chefarzt Stadtärztlicher Dienst unterstellt werden.

6. Aufgaben

Der bisherige Pilotbetrieb bestätigte im Wesentlichen die im Betriebskonzept definierten Anforderungen, Leistungen und Ziele. Folgende Aufgaben stehen auch weiterhin im Vordergrund:

- **Abklärung**: Kurzberatung, Abklärung und Triage als einmalige Leistung oder über mehrere Kontakte zur Klärung der Gefährdungslage und des Unterstützungsbedarfes bis zur Erstintervention oder Erstberatung. Die Leistungen erfolgen telefonisch, ambulant oder aufsuchend im Wissen und Einverständnis der Betroffenen.
- **Krisenintervention:** Psychosoziale Krisenintervention ambulant/aufsuchend über Tage bis Wochen mit dem Ziel, Gefahren abzuwenden und notwendige Massnahmen einzuleiten.
- **Case Management:** Begleitung, Fallführung und Unterstützung des Netzes bei Fällen mit hoher Komplexität und grossem Klärungsbedarf gemäss anerkannten Case-Management-Standards.

- **Leistungen im Stadtärztlichen- bzw. Bezirksärztlichen Kontext:** Abklärung, Triage oder Intervention nach Gefährdungsmeldungen als delegierte Aufgabe, in Zusammenarbeit mit oder unter Aufsicht des Chefarztes SAD. Diese Leistungen können auch ohne Einverständnis der Betroffenen erfolgen.
- **Netzwerkarbeit und Monitoring:** KOMPASS unterstützt die Gesundheitsversorgung über den Einzelfall hinaus durch Einbringen von Fachwissen, gezielte Vernetzungsarbeit und Monitoring von Klärungs- und Handlungsbedarf an den Schnittstellen.
- **Bildung und Forschung:** KOMPASS beteiligt sich an der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen und punktuell an Forschungsanliegen, die der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in der Stadt Zürich dienlich sind.

7. Zusammenarbeit und Vernetzung

Die Zusammenarbeit von KOMPASS mit der Gesundheitsversorgung, den Sozialen Diensten, der Vormundschaftsbehörde, Krankenversicherungen und Institutionen wie z. B. Kirchgemeinden oder der Nachbarschaftshilfe soll im bisherigen Rahmen weitergeführt werden.

- **Spitäler:** KOMPASS übernimmt von den Spitälern vor dem Austritt Patientinnen und Patienten, bei denen der weitere Genesungsverlauf aufgrund psycho-sozialer Problemlagen in Frage gestellt ist. Wichtigste Partner dabei sind die klinischen Sozialdienste der Stadtspitäler Triemli und Waid, des Universitätsspitals Zürich, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), die Zürcher Höhenkliniken und weitere Spitäler und Kliniken.
- **Spitex:** Die Spitex Zürich, private Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachleute sind sowohl anmeldende wie nachbetreuende Stellen. KOMPASS unterstützt die Spitex klärend, vermittelnd und begleitend bei schwierigen Entscheidungsfindungen und in komplexen Situationen.
- **Arztpraxen und Ärztenetzwerke:** KOMPASS unterstützt und entlastet die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte durch Organisation und Koordination von Hilfsmassnahmen.
- **Psychiatrie:** KOMPASS ergänzt und optimiert die bestehende Versorgung durch subsidiäre Leistungen. Das Angebot richtet sich v.a. an Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten, sich im bestehenden Versorgungssystem zurechtfinden oder die (neu) zusätzlich körperlich krank sind.
- **Kranken- und Sozialversicherungen:** KOMPASS hilft den Betroffenen bei der Klärung und Geltendmachung von Leistungen im Rahmen von Kranken-, Unfall- und Taggeld-Versicherungen, IV/AHV, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe. KOMPASS vermittelt bei Konflikten, klärt in komplexen Situationen und unterstützt dadurch nicht nur die Betroffenen, sondern auch die beteiligten Institutionen.
- **Vormundschaftsbehörde, Polizei und Sanität:** KOMPASS analysiert, interveniert und triagiert bei Fällen von Selbst- oder Fremdgefährdung in Folge gesundheitlicher Probleme. KOMPASS arbeitet dabei eng mit der Vormundschaftsbehörde sowie der Polizei zusammen.
- **Soziale Dienste, Gesundheitsligen, Kirchen und NGO's:** KOMPASS vermittelt den Betroffenen geeignete Leistungen der gemeinnützigen oder kommunalen sozialen Hilfe und unterstützt diese Organisationen durch subsidiäre, fachliche Hilfe.

Das Angebot von KOMPASS steht den Einwohnerinnen und Einwohner von Zürich zur Verfügung. Bei Zuweisungen von Auswärtigen, wird auf Angebote der Wohngemeinden verwiesen.

8. Kosten

8.1. Personal

Die Begleitung von schwer kranken Personen in schwierigen Lebensumständen ist anspruchsvoll und bedingt von den Mitarbeitenden hohe fachliche und persönliche Kompetenzen. Das Team besteht aus Fachleuten aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit und Psychologie und bringt damit ein breites und spezifisches Fach- und Erfahrungswissen ein. Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über Bezeichnung und Einstufung des Personals.

Funktions-bezeichnung	**Funktions-kette/-stufe**	**Soll-Stellenwert**	**Jahressalär pro Vollzeit-stelle in Fr.**	**Lohnvollkosten in Fr.** (inkl. Sozialversicherungs-beiträge)
Fachbereichsleiterin/ Fachbereichsleiter	1601/11	0.9	149 700	134 800
Case Managerin / Case Manger mit stv. Aufgaben	1404/10	0.8	136 900	109 500
Case Managerin / Case Manager	1404/9	2.3	125 000	287 500
Sachbearbeiterin / Sachbearbeiter	1503/8	0.5	114 000	57 000
Total		**4.5**	**--**	**588 800**

Die entsprechenden Stellen sind vorbehältlich der Zustimmung des Gemeinderates zum vorliegenden Ausgabenbeschluss durch den Stadtrat zu bewilligen.

8.2. Infrastruktur und Sachaufwand

Pro Mitarbeiterin oder Mitarbeiter wird ein Büroarbeitsplatz benötigt mit PC und Telefon gemäss IMMO-/OIZ-Standard sowie für die aufsuchende Arbeit ein Mobiltelefon und ein ZVV-Abo. Die internen Verrechnungen umfassen Nutzung und Unterhalt der Büroräume, der Informatik und weitere administrative Kosten, die innerhalb der Stadtverwaltung in Rechnung gestellt werden. Der übrige Sachaufwand enthält Kosten für Druckmaterial, Anschaffungen und Leistungen Dritter.

8.3. Gesamter Betriebsaufwand

Ausgaben pro Betriebsjahr	**Fr.**
Personalaufwand	588 800
Interne Verrechnungen (IMMO, OIZ, SBMV)	53 000
Übriger Sachaufwand	40 000
Gesamtaufwand	**681 800**

Bei jährlich 150 Fällen und Gesamtkosten von Fr. 681 800.– liegen die Brutto-Fallkosten bei etwa Fr. 4500.–. Dies kann auf den ersten Blick als hoch erscheinen. Es gilt aber zu berücksichtigen, dass ohne KOMPASS Teile dieser Leistungen von anderen, in diesem Bereich weniger erfahrenen Diensten, erbracht werden müssten. Das Fehlen jener Leistungen, die nur von KOMPASS erbracht werden (können), hätte eine deutliche Qualitätseinbusse zur Folge. Davon wären nicht nur die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen tangiert, sondern auch die beteiligten Fachpersonen: Die hohe Akzeptanz von KOMPASS deutet darauf hin,

dass das Angebot Lösungen bietet für drängende Probleme im professionellen Alltag, dabei ist auch die damit einhergehende emotionale Entlastung nicht zu unterschätzen.

8.4 Einnahmen

Während der Pilotphase sind die Leistungen von KOMPASS kostenlos. Mit der definitiven Einführung sind Änderungen vorgesehen, denn es hat sich gezeigt, dass ein Teil der Leistungen von KOMPASS als ärztlich delegierte Leistungen über den Abrechnungskatalog Tarmed abgerechnet werden kann. Die definitive Ausgestaltung der Abrechnungsmodalitäten ist mit den Krankenkassen oder deren Tariforganisationen auszuhandeln. Diese Verhandlungen können erst nach der definitiven Einführung von KOMPASS aufgenommen werden. Es ist daher noch zu früh, Aussagen über den Umfang des Betriebsertrages zu machen.

8.5 Voranschlag, AFP

Die maximalen Ausgaben von Fr. 681 800.– für das Jahr 2013 werden ins Budget 2013 eingestellt und sind im AFP 2013 bis 2016 berücksichtigt (Konto Städtische Gesundheitsdienste Management & Support BuKr 3100).

9. Fazit

Die Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich steht bei der Behandlung und Pflege von Menschen mit komplexen medizinischen und sozialen Problematiken vor grossen Herausforderungen. Kompass ist ein subsidiäres Angebot im Dreieck Medizin-Psychiatrie-Sozialwesen zur Intervention bei solchen Komplexfällen.

Das Angebot ermöglicht die Versorgungssicherheit dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten dank gezielten Massnahmen im aufsuchenden Rahmen. Dadurch werden nebst den Betroffenen auch die Angehörigen und das Gesundheitswesen deutlich entlastet.

Während des Pilotbetriebs zeigte sich sowohl die Notwendigkeit eines solchen Trouble-Shooter-Angebots, wie auch der Nutzen von gezielten Interventionen.

Dank hoher Effizienz, Flexibilität und einer guten Vernetzung hat Kompass bereits heute einen wichtigen Platz im städtischen Gesundheitswesen eingenommen und steht für eine zeitgemässe, integrative Versorgung.

10. Zuständigkeiten, Ausgabenkompetenzen

Für jährlich wiederkehrende Ausgaben von mehr als Fr. 50 000.– bis Fr. 1 000 000.– ist der Gemeinderat zuständig. Die Zuständigkeit für den Ausgabenbeschluss liegt damit beim Gemeinderat.

Dem Gemeinderat wird beantragt:

Für das Angebot von KOMPASS werden ab 1. Januar 2013 jährlich wiederkehrende Bruttoausgaben von höchstens Fr. 681 800.– bewilligt.

Die Berichterstattung im Gemeinderat ist der Vorsteherin des Gesundheits- und Umweltdepartements übertragen.

Im Namen des Stadtrates

die Stadtpräsidentin

Corine Mauch

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cuche-Curti