

Lucerne University of  
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE  
LUZERN**



**GERONTOLOGIE CH**

Das Netzwerk für Lebensqualität im Alter  
Le réseau pour la qualité de vie des personnes âgées  
La rete per la qualità della vita in età avanzata

# Angebote im Alter gemeinsam koordinieren

**Zielbild integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich im Kanton St. Gallen**

Liebefeld und Luzern, 30. August 2023

Simon Stocker und Alina Bühler, GERONTOLOGIE CH

Jürgen StremLOW, Hochschule Luzern

## **Inhalt**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Einleitung</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>2. Herausforderungen in der Langzeitpflege</b> .....  | <b>4</b>  |
| 2.1 Inanspruchnahme der stationären und ambulanten Pflege im Kanton St.Gallen .....            | 4         |
| 2.2 Bedürfniswandel der älteren Bevölkerung.....   | 5         |
| 2.3 Fachkräftemangel.....  | 5         |
| 2.4 Empfehlungen .....   | 6         |
| <b>3. Grundlagen: Modelle integrierter Versorgung</b> .....                                    | <b>7</b>  |
| 3.1 Definition «Integrierte Versorgung» .....  | 7         |
| 3.2 Definition «Integrierte Versorgung im Altersbereich» im Kanton St.Gallen.....              | 7         |
| 3.3 Ausgewählte Modellansätze integrierter Versorgung im Vergleich .....                       | 9         |
| 3.4 Relevante Ansätze für den Kanton St.Gallen.....  | 10        |
| <b>4. Zielbild «integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich» im Kanton St.Gallen</b> ..... | <b>13</b> |
| 4.1 Beschreibung des Zielbildes .....  | 13        |
| 4.2 Entwicklungsstufen für die Umsetzung des Zielbildes .....                                  | 14        |
| 4.3 Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung des Zielbildes .....                                     | 15        |
| 4.4 Ausblick.....  | 16        |
| <b>Literaturverzeichnis</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>Anhang A: Vergleichende Übersicht über die analysierten Versorgungsnetze</b> .....          | <b>19</b> |

## 1. Einleitung

Die Ausgestaltung alterspolitischer Massnahmen ist massgeblich von aktuellen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene geprägt. Im Fokus aller Aktivitäten stehen hierbei die Bedürfnisse und die optimale Betreuung der älteren Menschen. Mit zunehmendem Alter verändern sich ihre Möglichkeiten und die steigende Fragilität führt dazu, dass mehr Unterstützung und entsprechende Angebote notwendig werden. Wichtig ist älteren Menschen hierbei die Möglichkeit, möglichst lange im gewohnten Umfeld leben zu können. Die Gemeinde stellt dazu das wichtigste Umfeld dar. Um die Versorgung älterer Menschen optimal zu gestalten, ist die Zusammenarbeit möglichst aller Akteure und das Aufzeigen der Palette an Unterstützungsmöglichkeiten entscheidend. Die Angebote sollen sich dabei konsequent an den Bedürfnissen der älteren Personen ausrichten. Ältere Menschen stehen im Mittelpunkt.

Angesichts dieser mannigfaltigen Herausforderungen haben sich die Verantwortlichen des Kantons St.Gallen entschieden, Grundlagen für die Umsetzung einer möglichst nahtlos aufeinander abgestimmten Versorgung mit Dienstleistungen vor Ort zu schaffen; das sogenannte *«Zielbild einer integrierten Angebotsgestaltung im Altersbereich»*. Das Zielbild dient als Grundlage und Orientierungshilfe für die Verstärkung der Zusammenarbeit der verschiedenen Unterstützungssysteme (z.B. Freizeitangebote, Nachbarschaftshilfe & Freiwilligenarbeit, Informations- & Beratungsstellen, ambulante Pflege, Entlastungsdienste, Übergangspflege, betreute Wohnangebote oder Alters- & Pflegeheime), die für die Alltagsgestaltung der älteren Menschen und ihres Umfeldes relevant sind. Der von Gemeinden und dem Kanton gemeinsam erarbeitete zentrale Leitsatz zur Entwicklung der Alterspolitik *«Gutes Alter(n) gemeinsam aktiv gestalten»* dient in diesem Bericht als Basis (Departement des Innern 2021, 22).

Der vorliegende Bericht widmet sich der Beantwortung der Frage, wie ein *Zielbild einer «integrierten Angebotsgestaltung im Altersbereich des Kantons St.Gallen»* ausgestaltet sein müsste. Das Zielbild wird dabei schrittweise entwickelt: Das *zweite Kapitel* skizziert zentrale Herausforderungen, vor denen die ambulante und stationäre Betreuung und Pflege im Kanton St.Gallen aktuell stehen. Im *dritten Kapitel* werden Grundlagen für die Ausgestaltung des Zielbildes erarbeitet: Auf die Definition integrierter Versorgung im Altersbereich folgt ein Vergleich ausgewählter Koordinations- und Kooperationsmodelle im Bereich der Altersbetreuung und -pflege. Aus dem Modellvergleich werden Empfehlungen für den Kanton St.Gallen abgeleitet. Basierend auf diesen Grundlagen wird im *vierten Kapitel* das Zielbild *«Integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich»* im Kanton St.Gallen entwickelt und vorgeschlagen.

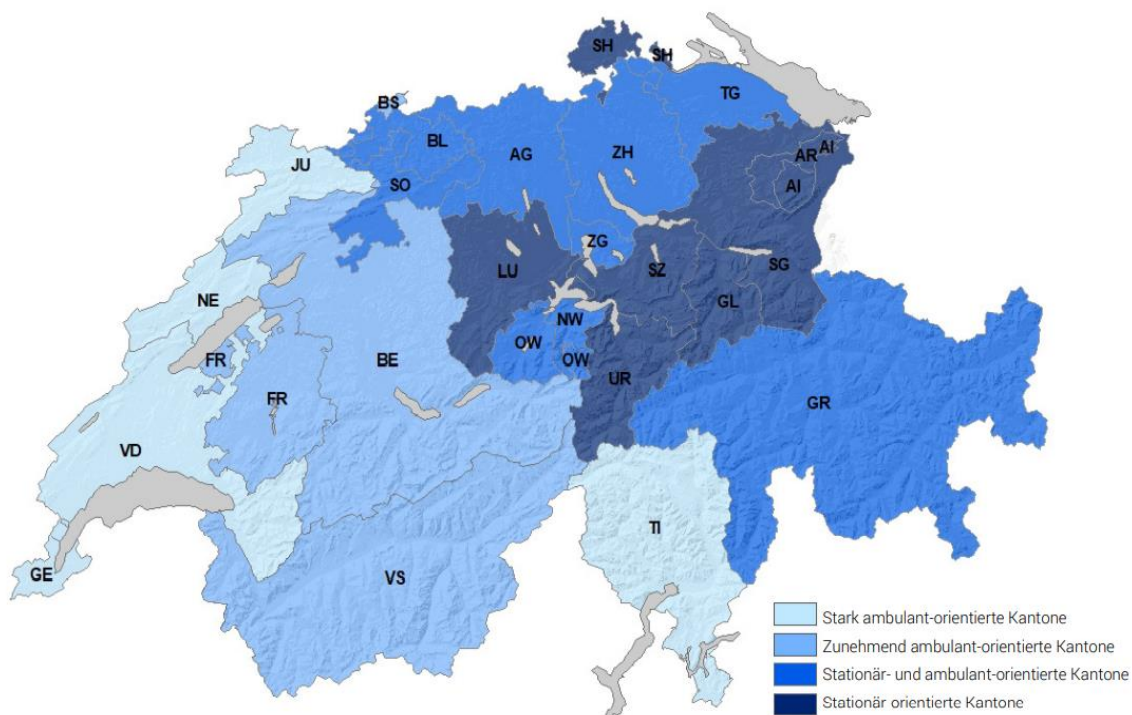
## 2. Herausforderungen in der Langzeitpflege

Die folgenden Abschnitte widmen sich aktuellen Herausforderungen der Alterspolitik im Kanton, die für die Entwicklung des Zielbildes von Relevanz sind.

### 2.1 Inanspruchnahme der stationären und ambulanten Pflege im Kanton St.Gallen

Der Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zum «Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz» (2022) zeigt, dass der Kanton St.Gallen zu den acht «stationär-orientierten Kantonen» gehört.

Abbildung 1: Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Pflege nach Kantonsgruppen (2019)<sup>1</sup>



Zugehörigkeit zu den Kantonsgruppen: GE, JU, NE, TI und VD (stark ambulant-orientierte Kantone), BE, BS, FR und VS (zunehmend ambulant-orientierte Kantone), AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG und ZH (stationär- und ambulant-orientierte Kantone), AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ und UR (stationär-orientierte Kantone).

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

#### T 2.3 Standardisierte Indikatoren der vier Kantonsgruppen, Bevölkerung 65+, 2019

| Kantonsgruppe                               | Kantone                            | Inanspruchnahmerate Pflegeheime (%) | Inanspruchnahmerate Spitex-Pflege (%) | Anteil leichtpflegebedürftiger Personen in Pflegeheimen (%) |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Stark ambulant-orientierte Kantone          | GE, JU, NE, TI, VD                 | 4,1                                 | 17,5                                  | 2,3   |
| Zunehmend ambulant-orientierte Kantone      | BE, BS, FR, VS                     | 5,0                                 | 13,2                                  | 7,7   |
| Stationär- und ambulant-orientierte Kantone | AG, BL, GR, NW, OW, TG, SO, ZG, ZH | 4,7                                 | 8,9                                   | 17,3  |
| Stationär-orientierte Kantone               | AI, AR, GL, LU, SG, SH, SZ, UR     | 6,0                                 | 8,1                                   | 23,3  |
| <b>CH</b>                                   |                                    | <b>4,8</b>                          | <b>12,0</b>                           | <b>13,6</b>   |

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Auswertung Obsan © Obsan 2022

<sup>1</sup> Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2022, 28). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040.

Diese Kantonsgruppe zeichnet sich durch eine hohe Rate der Inanspruchnahme der Pflegeheime, eine tiefe Nutzungsrate der ambulanten Pflege (Spitex) sowie durch einen hohen Anteil an leichtpflegebedürftigen Personen (Pflegestufen 1 und 2 von 12 Pflegestufen, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2011) in Pflegeheimen aus (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2022, 28). Während in der Kantonsgruppe der «stark ambulant-orientierten Kantone» (Genf, Jura, Neuenburg, Tessin und Waadt) der Anteil leichtpflegebedürftiger Personen in Pflegeheimen 2.3 Prozent beträgt, lag dieser Wert 2019 in der Kantonsgruppe der «stationär-orientierten Kantone» bei 23.3 Prozent.

Beim Anteil der leicht pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner (d.h. mit maximal 40 Minuten Pflege pro Tag, dies entspricht Pflegestufe 2 von 12 Stufen) weist der Kanton St.Gallen 2021 mit 24.2 Prozent den zweithöchsten Anteil in der Schweiz aus (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021a). Bei den Kantonen Genf, Waadt und Jura liegt dieser Anteil im Vergleich dazu zwischen 0.1 und 0.3 Prozent. Bei der Rate der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen weist der Kanton mit 5.2 Bewohnenden im Alter 65+ pro 100 Einwohnerinnen und Einwohner den sechst höchsten Wert in der Schweiz auf (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021b). Die tiefsten Werte der Kantone Genf und Waadt liegen bei 3.6 Bewohnenden im Alter 65+ pro 100 Einwohnerinnen und Einwohner und der schweizerische Durchschnitt bei 4.4 Bewohnenden.

Der Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigt zudem den generell steigenden Bedarf an Alters- und Langzeitpflege im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung in der Schweiz. Details zu den Zahlen für den Kanton sind dem «Planungsbericht Betreuung und Pflege von Betagten im Kanton St.Gallen» (Departement des Innern 2022) zu entnehmen. Im Weiteren sei an diese Stelle darauf hingewiesen, dass auch in stationären Institutionen für Menschen mit Behinderung die Lebenserwartung und damit der Pflegebedarf der Nutzenden<sup>2</sup> steigt.

## **2.2 Bedürfniswandel der älteren Bevölkerung**

Zusätzlich zum Wachstum der älteren Bevölkerung findet ein Wandel der Bedürfnisse statt (Höpflinger 2020). Ältere Menschen möchten immer länger zu Hause im vertrauten Umfeld wohnen und – wenn überhaupt – erst dann in ein Pflegeheim eintreten, wenn die ambulanten und teilstationären Unterstützungsleistungen nicht mehr den individuellen Unterstützungsbedarf abdecken können. Dies hat zur Folge, dass die ambulanten Dienstleistungen weiter ausgebaut und den Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden angepasst werden müssen. Zudem hat dies Auswirkungen auf die bisherigen Betagten- und Pflegeheime, die ihre Platzzahlen entsprechend anpassen müssen. Das «Wohn- und Pflegemodell 2030» (CURAVIVA Schweiz 2016) und die Strategie «Wohnen im Alter» von CURAVIVA Schweiz (2020) zeigen weitere Auswirkungen dieser Trendwende auf die Angebotsstruktur und die Finanzierungssystematik. Mit der Covid-Pandemie kam im Frühjahr 2020 ein weiterer Einflussfaktor hinzu, der die Dynamik des zuvor erwähnten Wandels zusätzlich beschleunigte.

## **2.3 Fachkräftemangel**

Der Nationale Versorgungsbericht 2021 des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Merçay, Grünig & Dolder 2021) widmet sich der Personalsituation der Pflegekräfte in schweizerischen Gesundheitsinstitutionen. Gemäss deren Prognosen fehlen aufgrund der demografischen Entwicklung schweizweit im Jahr 2029 mehr als 26'000 ausgebildete Pflegepersonen. Eine weitere Herausforderung sind die Schwierigkeiten, Fachpersonen im Berufsfeld zu halten sowie Wiedereinsteigenden attraktive Rahmenbedingungen zu bieten, etwa bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

---

<sup>2</sup> Aufgrund ihrer Komplexität und Spezifität werden diese Aspekte im vorliegenden Bericht nicht behandelt.

Bereits heute können Stellen im Bereich der Pflege in ländlichen Regionen nur schwer oder überhaupt nicht besetzt werden. Anhand der nachfolgenden Tabelle wird ein Entwicklungsszenario des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal in allen drei Versorgungsbereichen (Spital, Spitex und Betagten- und Pflegeheim) für den Kanton St.Gallen aufgezeigt (Merçay, Grünig & Dolder 2021).

Tabelle 1: Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal im Kanton St.Gallen<sup>3</sup>

|                         | Pflegefachpersonen Tertiärstufe<br>(+Unterschied zum Jahr 2019) |                         | Pflege-/Betreuungspersonal Sekundärstufe II<br>(+Unterschied zum Jahr 2019) |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|
|                         | 2029  | 2035                    | 2029  | 2035                    |
| Minimalszenario         | 5'466<br>+646   | 5'877<br>+1'057         | 3'443<br>+482   | 3'820<br>+859           |
| <b>Referenzszenario</b> | <b>5'703<br/>+882</b>   | <b>6'297<br/>+1'477</b> | <b>3'660<br/>+699</b>   | <b>4'209<br/>+1'248</b> |
| Maximalszenario         | 5'920<br>+1'100   | 6'701<br>+1'881         | 3'881<br>+920   | 4'621<br>+1'660         |

Demnach wird mittels Referenzszenario davon ausgegangen, dass im Bereich der Pflegefachpersonen der Tertiärstufe<sup>4</sup> ein Mehrbedarf von 882 (Jahr 2029) bis 1'477 Fachpersonen der Tertiärstufe (Jahr 2035) besteht. Für den Bereich Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundärstufe II (Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit FAGE) liegt der Mehrbedarf bei 699 (Jahr 2029) bis 1'248 Fachpersonen (Jahr 2035). Der Mangel an personellen Ressourcen wird ebenfalls Auswirkungen auf die Dienstleistungsangebote im Bereich der Pflege und Betreuung von älteren Menschen haben (ambulant und stationär). Aus diesem Grund werden Massnahmen zur Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen, zur Gesundheitsvorsorge und Prävention noch stärker an Bedeutung gewinnen.

## 2.4 Empfehlungen

Angesichts der Situation in der Langzeitpflege im Kanton St.Gallen empfiehlt sich,

- Angebote zur Gesundheitsförderung & Prävention, Beratung & Entlastung zu fördern,
- das ambulante Angebot (Spitex) weiter zu steigern,
- insbesondere das intermediäre<sup>5</sup> Angebot (Tages- und Nachstrukturen, betreutes Wohnen und stationäre Kurzeintaufenthalte) gezielt auszubauen sowie
- Bedeutung der stationären Versorgung (d.h. die im Kantonsvergleich hohe Bettenzahl in Alters- und Pflegeheimen) mit gezielten Massnahmen der Angebots- und Fallkoordination zu reduzieren.

Ein zielführender Weg, diese Empfehlungen umzusetzen, ist die Förderung eines integrierten Ansatzes. Das im Folgenden dargestellte Modell der integrierten Angebotsgestaltung fokussiert die Koordination der Organisationen und Angebote präventiver, ambulanter, intermediärer und stationärer Dienstleistungen zur Stärkung der Ressourcen und der bedürfnisorientierten Gestaltung. In diesem Bericht wird deshalb ein Modell und Zielbild entwickelt, welches die aktuellen Entwicklungen in der Schweiz aufnimmt und die spezifische Situation des Kantons St.Gallen wiedergibt.

<sup>3</sup> Quelle: Berechnung durch das Gesundheitsdepartement des Kanton St.Gallen 2022 basierend auf dem Bericht „Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021“ (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021c).

<sup>4</sup> Tertiärstufe: Pflegeausbildung an einer Höheren Fachschule (Pflege HF) bzw. dem Bachelor-Studium in Pflege an der Fachhochschule (BSc in Pflege).

<sup>5</sup> Der Begriff der «Intermediären Strukturen» ist in der Schweiz nicht einheitlich definiert (Werner, Kraft, Elbel & Kreienbühl 2021, 11). Grundsätzlich handelt es sich dabei um all diejenigen Strukturen, die die sozialmedizinischen Bedürfnisse älterer, pflege- oder betreuungsbedürftiger Menschen abdecken, und die nicht in der eigenen Wohnung, im Alters- und Pflegeheim, oder im Spital erbracht werden. Es sind Mischformen, die weder vollständig ambulant noch vollständig stationär sind (Beispiele: Tages- und Nachtstrukturen, Kurzeintaufenthalte im Heim, betreutes Wohnen).

### **3. Grundlagen: Modelle integrierter Versorgung**

In den folgenden Ausführungen wird – basierend auf einer allgemeinen Beschreibung eines Modells «integrierter Versorgung» – eine für den Kanton St.Gallen gültige Definition entwickelt. Als Grundlage für diese Definition werden verschiedene bestehende Modelle in der Schweiz analysiert und drei näher beschrieben, die sich für den Kanton St.Gallen besonders eignen könnten.

#### **3.1 Definition «Integrierte Versorgung»**

Unter *integrierter Versorgung* wird eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Gesundheitsversorgung verstanden (Djalali & Rosemann 2015, 13). Gemäss Djalali & Rosemann (2015, 13) besteht die dabei Absicht, durch eine stärkere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Professionen eine kohärente und hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Profiles effiziente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Allerdings bestünde aus Sicht der beiden Autoren (ebd. 2015) keine eindeutige Definition, die das Organisationssystem und konkrete Instrumente der integrierten Versorgung festlegen würde. Kennzeichnend für eine integrierte Versorgung sei:

##### **Eine Verstärkung der Kooperation**

Vormals getrennt agierende Leistungserbringende würden ihre Tätigkeiten aufeinander abstimmen. Diese Vernetzung könne sowohl durch Fusion von Institutionen, Neugründung von Kooperationsgesellschaften oder lockeren Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringenden entstehen (ebd. 2015, 13).

##### **Ein integrierter Behandlungspfad**

Voraussetzungen für die Vernetzung von Leistungserbringenden zu einem integrierten Versorgungsverbund seien (ebd. 2015, 13), dass alle Teilnehmenden

- die Ressourcen ihres Verbunds kennen,
- ein gemeinsames Verständnis eines optimalen Ressourceneinsatzes haben,
- eine definierte Rolle innerhalb der Versorgungskette einnehmen,
- die Nahtstellen zu vor- & nachgelagerten Leistungserbringenden in der Versorgungskette kennen und
- standardisiert miteinander kommunizieren.

Zur Sicherstellung dieser Voraussetzungen wird ein integrierter Behandlungspfad geschaffen. Dabei handelt es sich um eine standardisierte Vorgehensweise, die den optimalen Weg einer Patientin oder eines Patienten durch ein definiertes Versorgungsnetz beschreibt (ebd. 2015, 13). Der integrierte Behandlungspfad beinhaltet eine differenzierte Problemanalyse (Diagnose), eine Vermittlung oder Zuweisung adäquater Leistungen sowie eine koordinierende Begleitung im Fallverlauf.

Im Weiteren liefert die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz mit dem Leitfaden «Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen» (2019) Eckwerte für die Umsetzung einer integrierten Versorgung. Da beide Ansätze offen formuliert sind, wird für die Bestimmung einer integrierten Versorgung im Altersbereich im Kanton St.Gallen im folgenden Kapitel eine konkretisierte Definition vorgeschlagen.

#### **3.2 Definition «Integrierte Versorgung im Altersbereich» im Kanton St.Gallen**

Ziel einer integrierten Versorgung ist es, die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten, indem Angebote zur Verfügung stehen und koordiniert werden, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Damit sollen Eintritte in stationäre Einrichtungen vermieden oder hinausgezögert und die Kosten im

Gesundheitswesen reduziert werden. Erreicht wird dies durch die Zusammenarbeit aller Leistungserbringenden im Bereich Alter und der Lenkung der älteren Bevölkerung hin zu den entsprechenden Angeboten. Die Koordination findet dabei in einem definierten Versorgungsgebiet und in einem dafür zuständigen Gremium bzw. Netzwerk statt. Das Netzwerk definiert dabei den Umfang der Zusammenarbeit und entwickelt dafür die entsprechenden konzeptionellen Grundlagen und Instrumente. In der folgenden Tabelle werden wichtige Definitionsmerkmale einer integrierten Versorgung für den Bereich Alter kurz beschrieben.

*Tabelle 2: Definitionsmerkmale integrierter Versorgungsmodelle im Altersbereich*

| <b>Definitionselement</b>           | <b>Definitionsmerkmale</b>   |
|-------------------------------------|--|
| <b>Palette der Dienstleistungen</b> | <p>Es sollte bezeichnet werden, welche Dienstleistungen oder Angebote aufeinander abgestimmt werden sollen. In Anlehnung an das von Knöpfel, Pardini &amp; Heinzmann (2018, 211) dargestellte Phasenmodell «Betreuung im Alter» sind folgende Dienstleistungen für eine integrierte Versorgung relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freizeitangebote</li> <li>- Prävention und Gesundheitsförderung</li> <li>- Förderung von Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit</li> <li>- Gemeinwesenarbeit: professionelle Förderung von Unterstützungsprozessen im Sozialraum, d.h. im Quartier, im Ortsteil oder in der Gemeinde</li> <li>- Beratung der älteren Menschen und ihrer Angehörigen (am Standort der Fachberatungsstelle, aufsuchende Beratung)</li> <li>- Beratung und Entlastung betreuender oder pflegender Angehöriger</li> <li>- ambulante Pflege</li> <li>- intermediäre Angebote (z.B. betreutes Wohnen oder Tagesstrukturen)</li> <li>- stationäre Pflege (inkl. palliative Pflege am Lebensende)</li> </ul> |
| <b>Versorgungsgebiet</b>            | <p>Es ist zu bestimmen, in welchem Versorgungsraum oder Versorgungsgebiet eine integrierte Versorgung umgesetzt werden soll. Im Bereich Alter kommen in erster Linie das Gebiet einer Gemeinde oder eine gemeindeübergreifende Versorgungsregion in Frage.</p>   |
| <b>Koordination im Netzwerk</b>     | <p>Es sollte definiert werden, mit welchen Aktivitäten oder Vorgehensweisen die Koordination zwischen den beteiligten Anbietern und Akteuren gefördert werden soll resp. wie die Kooperationen umgesetzt werden sollen. Grundsätzlich sind unterschiedliche Kooperationsstufen denkbar. Ab der Stufe «Angebotskoordination» spricht man von integrierter Versorgung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsaustausch: Die Akteure informieren sich über das Versorgungsangebot und deren Entwicklungen.</li> <li>- Wissensaufbau: Die Akteure stellen ihr Wissen anderen zur Verfügung und leiten gemeinsame Entwicklungen und Trends davon ab.</li> <li>- Angebotsentwicklung: Es werden gemeinsame Angebote entwickelt und angeboten.</li> <li>- Angebotskoordination: Die Vermittlung der Angebote wird gemeinsam koordiniert.</li> <li>- Gemeinsame Trägerschaft: Die Akteure bilden eine gemeinsame Trägerschaft zur Entwicklung, Erbringung und Koordination von Angeboten.</li> </ul>                                |
| <b>Lenkung der Nutzenden</b>        | <p>Die Lenkung der Nutzenden im System zur Verfügung stehenden Dienstleistungen ist ein zentrales Element integrierter Versorgung. Es bestehen folgende Lenkungsstufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information der älteren Menschen und ihrer Angehörigen über die Leistungen</li> <li>- Beratung (über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme)</li> <li>- Vermittlung oder Zuweisung bestimmter Dienstleistungen auf der Basis einer differenzierten Bedarfsabklärung</li> <li>- Case Management, d.h. die intensive Begleitung von einzelnen teils komplexen Fällen mit mehreren involvierten Akteuren im Verlauf der Angebotsnutzung</li> </ul>  |



### **3.3 Ausgewählte Modellansätze integrierter Versorgung im Vergleich**

Auf der Basis der erarbeiteten Definitionsmerkmale wurden unterschiedliche Versorgungsnetze im Bereich Alter analysiert und einem Vergleich unterzogen. Die Auswahl der präsentierten Versorgungsnetze beruht auf den Recherchen, Beratungsprojekten und Erfahrungen von GERONTOLOGIE CH. Auswahlkriterien waren die Unterschiedlichkeit der Modellansätzen, die Ausrichtung auf unterschiedliche Territorien (Kanton, Region, Gemeinde oder Quartier / Ortsteil) sowie bekannte Ansätze aus dem Kanton St.Gallen. Folgende Modellansätze wurden einander gegenübergestellt (Details im *Anhang A*):

- kantonal: Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) im Kanton Neuenburg
- regional: Region Leimental im Kanton Basel-Land), CareNet+ im Bezirk Affoltern
- kommunal: Verein Netzwerk Durachtal (SH), Pflegekoordination Bassersdorf (ZH)
- städtisch: Altersforum Winterthur (ZH)
- quartierbezogen: Quartierdienstleistungszentren der Stadt Schaffhausen, Verein Vicino in der Stadt Luzern
- Zeitmodelle: Nachbarschaftshilfe mit Zeitnachweis, KISS Linth, Stiftung Zeitvorsorge St.Gallen
- Ansätze im Kanton St.Galler: RaJoVita AG Rapperswil-Jona, Thurvita AG in Wil

In den folgenden Abschnitten werden die Erkenntnisse zu Versorgungstypen zusammengefasst. Als Bezugspunkt für die Klassifizierung wurde vor allem das Koordinations- oder Steuerungsprinzip gewählt, das die Leistungserbringung im Versorgungsnetz am stärksten strukturiert.

#### **Abklärungs- und Koordinationsstelle mit systematischer Fallsteuerung**

Die Leistungen, die bei diesem Typ in Anspruch genommen werden, basieren auf den Abklärungen und Koordinationsleistungen einer zentralen Stelle, z.B. in einem Kanton, einer Region (Zusammenschlüsse von Gemeinden) oder einer Gemeinde. Im Austausch mit den betroffenen Personen und ihrem Umfeld (Bedürfnisabklärung) sowie gestützt auf den Ergebnissen ihrer Abklärungen (Festlegung der Bedarfe), verfügt die Fachstelle über die Kompetenz, Leistungen an ausgewählte Einrichtungen oder Anbieter zu vermitteln oder diese direkt zuzuweisen. In der Regel übernimmt die Fachstelle im Fallverlauf auch die weiterführende Koordination der Dienstleistungen (Case Management). Beispiele für diesen Typ sind die zentrale Abklärungsstelle im Kanton Neuenburg (AROSS), das CareNet+ im Bezirk Affoltern, die Pflegekoordination in Bassersdorf oder die Fallkoordinationsstelle in Schaffhausen. Diese Fachstellen bieten oftmals eine aufsuchende Beratung vor Ort an.

#### **«Klassische» Informations- und Beratungsstelle**

Vergleichbar mit den oben erwähnten Abklärungs- und Koordinationsstellen informieren und beraten diese Fachstellen ältere Menschen, ihre Angehörigen sowie die interessierte Bevölkerung. Im Unterschied zum ersten Typ liegt der Fokus nicht in der direkten Vermittlung und weiterführenden Koordination der Dienstleistungen. Diese Fachstellen verfügen nicht über eine Vermittlungs- oder Zuweisungskompetenz für Dienstleistungen. Beispiele für diesen Typ sind das Altersforum in Winterthur, die Beratungsstelle der Region Leimental im Kanton Basel-Land oder die Fachstelle «Dialog Alter» in Uznach.

#### **Leistungserbringung durch einen Träger**

Bei diesem Typus erfolgt die Leistungsbringung verschiedener Angebote unter dem Dach eines Trägers. Aus definitorischer Sicht im engeren Sinn handelt es sich bei diesem Typ nicht um ein Versorgungsnetz. Die Stiftung RaJoVita in Rapperswil-Jona und die Thurvita AG in Wil und Umgebung können diesem Typus zugeordnet werden.

### **Polyvalentes Dienstleistungszentrum**

Grundgedanke eines Dienstleistungszentrums ist der Zusammenzug und die Zugänglichkeit möglichst vieler Dienstleistungen an einem Standort (Idee des One-Stop-Shops). Nutzerinnen und Nutzern soll auf diesem Weg ein möglichst einfacher Zugang ermöglicht werden. Besonders sinnvoll erscheint es, wenn sich der Standort der Dienstleistungszentren unmittelbar im Lebensumfeld oder Sozialraum befindet, z.B. im Quartier, Stadtteil oder im Zentrum einer Gemeinde. Der Aufbau von Dienstleistungszentren kann unter Umständen auch mit einer Fusion verschiedener Anbieter einhergehen, z.B. zwischen den Trägern der ambulanten und stationären Pflege. Polyvalente Dienstleistungszentren finden sich in der Stadt Schaffhausen.

### **Sozialraum bezogene Unterstützung und Beratung**

Eine sozialraumbezogene Unterstützung und Beratung zeichnen sich durch eine «Bring-Struktur» aus. Im Rahmen von Gemeinwesenarbeit unterstützen, vernetzen und beraten soziokulturelle Animatorinnen und -Animatoren die (älteren) Menschen in einem bestimmten Sozialraum. Im Zentrum steht dabei die Mobilisierung von Ressourcen im Lebensraum sowie der Aufbau und die Förderung einer Sorgkultur (Stichwort: Sorgende Gemeinschaften). Ebenso wird auf die Palette möglicher professioneller Dienstleistungen hingewiesen, d.h. Informations- und Beratungsdienstleistungen erbracht. Modelle einer sozialraumbezogenen Unterstützung und Beratung finden sich in der Stadt Luzern. Auch der Ansatz der polyvalenten Dienstleistungszentren in der Stadt Schaffhausen ist diesem Typ sehr ähnlich.

### **3.4 Relevante Ansätze für den Kanton St.Gallen**

Für die Entwicklung des Zielbildes «integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich» für den Kanton St.Gallen sind die Modellansätze der Gemeinde Bassersdorf, das Netzwerk Durachtal und das CareNet+ im Bezirk Affoltern (Kanton Zürich) besonders interessant.

#### **Modellansatz der Gemeinde Bassersdorf (Kanton Zürich)**

Die Altersbeauftragte ist mit den Organisationen und Institutionen aus dem Bereich Alter und Gesundheit vernetzt und koordiniert die Angebote und Dienstleistungen in der Altersarbeit Bassersdorf. Sie versteht sich als Drehscheibe zwischen Behörden, Verwaltung, Öffentlichkeit, Altersorganisationen und älteren Menschen in der Gemeinde. Dabei sind die Information und Beratung durch die Altersbeauftragte sowie die Pflegekoordination organisatorisch getrennt. Die Pflegekoordination ist der Altersbeauftragten der Gemeinde unterstellt und steht Menschen mit chronischen Erkrankungen aus Bassersdorf und deren Angehörigen beratend zur Seite. Sie vermittelt Unterstützungs- und Entlastungsangebote und klärt deren Finanzierung. Sie begleitet Eintritte in Pflegeeinrichtungen und auf Wunsch macht sie Hausbesuche und bespricht mit den älteren Menschen, was sie selbst tun können, um möglichst lange, sicher und selbstbestimmt zuhause zu leben (Gemeindeverwaltung Bassersdorf, o. J.).

Tabelle 3: Modell der Gemeinde Bassersdorf

|                                      |   |                                     |                                     |                                     |                                     |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Ziel und Zweck</b>                | Umfassende sozialraumorientierte Altersarbeit sowie Fallkoordination und -steuerung mit dem Ziel, eine autonome Lebensführung zu ermöglichen.                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Kern-Leistungen</b>               | Altersarbeit, Beratung und Information, Vermittlung von Unterstützung- und Entlastungsangeboten, Begleitung von Eintritten in stationäre Einrichtungen und bei Bedarf Hausbesuche |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Beteiligte Leistungserbringer</b> | Gemeinwesenarbeit   | Präventive Angebote                 | Ambulante Angebote                  | Intermediäre Angebote               | Stationäre Angebote                 |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Trägerschaft</b>                  | Politische Gemeinde Bassersdorf   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Akteure</b>                       | Gemeinde und sämtliche Versorgungsakteure   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Rolle Kanton</b>                  | Gesetzlicher Auftrag des Kantons Zürich zur Definition einer Anlaufstelle und Entwicklung eines Versorgungskonzepts   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Zielgruppe</b>                    | Ältere Bevölkerung  |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Erreichbarkeit</b>                | Kommunale Anlaufstelle und aufsuchende Beratung   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Aufgaben der Anlaufstelle</b>     | Information   | Beratung                            | Vermittlung                         | Case-Management                     |                                     |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                     |

### Modellansatz Netzwerk Durachtal (Kanton Schaffhausen)

Das Netzwerk Gesundheit Durachtal (o. J.) ist eine parteipolitisch unabhängige und konfessionell neutrale, Non-Profit-Organisation mit Sitz in Merishausen im Kanton Schaffhausen. Der Verein besteht seit 2010 und wurde als Folgeverein des ehemaligen selbständigen Spitex Merishausen-Bargen gegründet. Er möchte die Pflege ergänzenden Dienstleistungen im Durachtal weiterhin gewährleisten. Die Finanzierung erfolgt durch Mitgliederbeiträge, durch Verrechnungen der teilweise kostenpflichtigen Tätigkeiten, durch Spenden und andere freiwillige Zuwendungen. Eine zentrale Anlaufstelle berät die ältere Bevölkerung. Die Stelle wird dabei per Leistungsvereinbarung mit Pro Senectute Kanton Schaffhausen geführt und dadurch mit Bundesgeldern mitgetragen. Ziel ist es, die Selbständigkeit und die Selbstbestimmung der Bevölkerung, sowie die gemeinnützigen Bestrebungen im Durachtal zu fördern und Werke sozialer Art zu unterstützen. Dabei gilt es, die Freiwilligenarbeit zu fördern, die Ressourcen Betagter zu erhalten und bestehende Unterstützungen vermehrt zu nutzen. Ein weiteres Ziel ist eine optimale Koordination zwischen den verschiedenen Dienstleistungsanbietern.

Tabelle 4: Modellansatz Netzwerk Durachtal

|                                      |   |                                     |                                     |                                     |                                     |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Ziel und Zweck</b>                | Förderung der Selbstständigkeit der Bevölkerung & Koordination der Dienstleistungen       |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Kern-Leistungen</b>               | Beratung und Organisation von ambulanten Dienstleistungen, Vermietung von Alterswohnungen |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Beteiligte Leistungserbringer</b> | Gemeinwesenarbeit   | Präventive Angebote                 | Ambulante Angebote                  | Intermediäre Angebote               | Stationäre Angebote                 |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Trägerschaft</b>                  | Verein Netzwerk Durachtal   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Akteure</b>                       | Vereinsmitglieder und kommunale Versorgungsorganisationen                                 |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Rolle Kanton</b>                  | keine   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Erreichbarkeit</b>                | Zentrale Anlaufstelle mit Café  |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Aufgaben der Anlaufstelle</b>     | Information   | Beratung                            | Vermittlung                         | Case-Management                     |                                     |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                     |

### Modellansatz CareNet+ Bezirk Affoltern (Kanton Zürich)

CareNet+ ist ein Koordinationszentrum und Angebot von Pro Senectute Kanton Zürich und beinhaltet Leistungen in der Fallkoordination. Das Angebot basiert auf einem zweijährigen Modellprojekt im Bezirk Affoltern, das Pro Senectute Kanton Zürich im Jahr 2016 lanciert hatte. CareNet+ knüpft am bestehenden Versorgungssystem an und zielt auf eine besonders intensiv koordinierte fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern. Durch die ergänzenden Koordinationsleistungen sollen die gemeinsam mit allen Beteiligten getroffenen Massnahmen bestmöglich aufeinander abgestimmt – und damit der Einsatz der personellen und finanziellen Mittel optimiert – werden (Pro Senectute Kanton Zürich, o. J.).

Tabelle 5: Modelansatz CareNet+ Bezirk Affoltern

|                                      |  |                                     |                                     |                                     |                                     |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Ziel und Zweck</b>                | Koordinationszentrum und Leistungen in der Fallkoordination  |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Kern-Leistungen</b>               | Beratung, Beurteilung des Unterstützungsbedarfs, individuelle Beurteilung, Erarbeitung des Behandlungs- und Betreuungsplan und Finanzierungsabklärung der notwendigen Leistungen |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Beteiligte Leistungserbringer</b> | Gemeinwesenarbeit  | Präventive Angebote                 | Ambulante Angebote                  | Intermediäre Angebote               | Stationäre Angebote                 |
|                                      | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Trägerschaft</b>                  | Stiftung Pro Senectute Kanton Zürich, die Gemeinden beteiligen sich finanziell   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Akteure</b>                       | Personen mit Bedarf im gesundheitlichen und sozialen Bereich   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Rolle Kanton</b>                  | Finanzierung im Rahmen des Pilotprojektes, gesetzlicher Auftrag des Kantons Zürich zur Definition einer Anlaufstelle und Entwicklung eines Versorgungskonzepts                   |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Erreichbarkeit</b>                | Zentrale regionale Fachstelle  |                                     |                                     |                                     |                                     |
| <b>Aufgaben der Anlaufstelle</b>     | Information  | Beratung                            | Vermittlung                         | Case-Management                     |                                     |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |

Die Erkenntnisse aus der Betrachtung und dem Vergleich der analysierten Versorgungsnetze bilden die Grundlage für die Entwicklung des Zielbildes im nächsten Kapitel.

## 4. Zielbild «integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich» im Kanton St.Gallen

Die Analyse der Modellansätze des letzten Kapitels dienen als Eckwerte für das in diesem Kapitel vorgeschlagene Zielbild mit dem Namen «Integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich» des Kantons St.Gallen. Das Zielbild basiert auf dem von Kanton und Gemeinden gemeinsam erarbeiteten zentralen Leitsatz der Alterspolitik im Kanton: «Gutes Alter(n) gemeinsam aktiv gestalten» (Departement des Innern 2021, 22). Ein Zielbild soll dabei helfen, ein gemeinsames Verständnis der Akteure zu schaffen und mögliche Aktivitäten basierend auf dem Zielbild gemeinsam zu planen und umzusetzen.

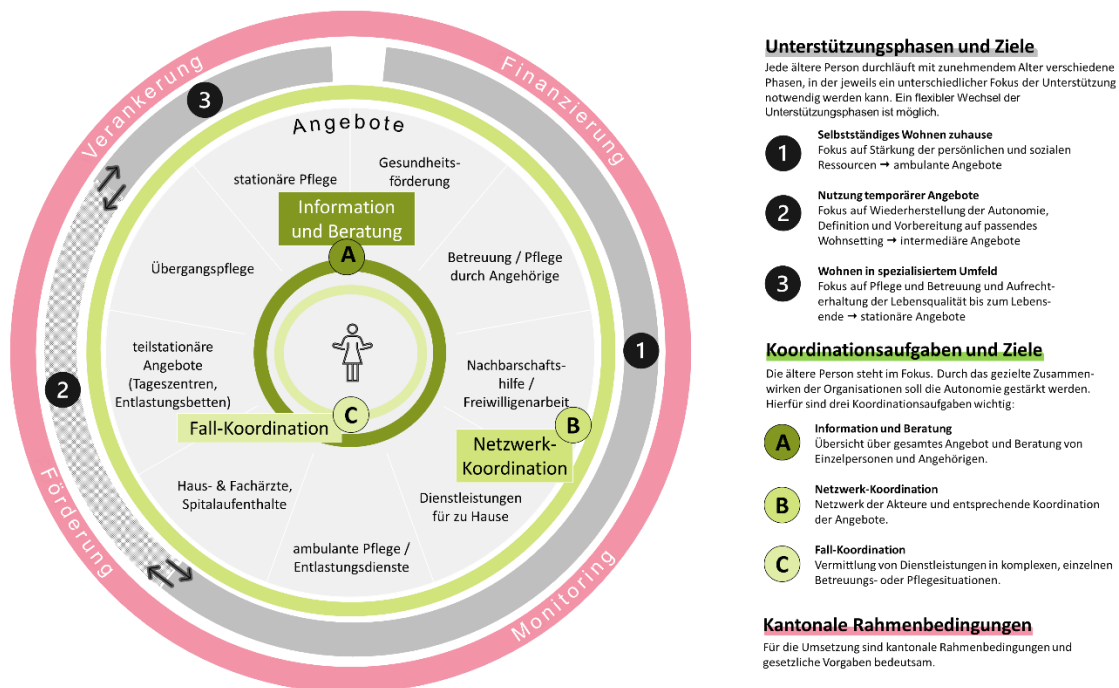
### 4.1 Beschreibung des Zielbildes

Der Kanton St.Gallen verfolgt die Vision, dass alle Menschen im Alter am sozialen Leben teilhaben, selbstbestimmt leben können und möglichst gesund und bei guter Lebensqualität älter werden können (Departement des Innern 2021, 21). Deshalb steht im Zentrum des Zielbildes die ältere Person, die Erhaltung ihrer Autonomie und die damit verbundene Stärkung ihrer persönlichen und sozialen Ressourcen. Die Leistungserbringung richtet sich dabei konsequent an der Versorgungskette aus, die sich aus dem zunehmenden Fragilisierungsprozess der älteren Menschen ergibt (Knöpfel, Pardini & Heinzmann 2018). Sämtliche Dienstleistungen sollten sich dabei an der Wohn- und Lebenssituation der älteren Menschen und den Ressourcen ihres Umfeldes (z.B. betreuende oder pflegende Angehörige oder Nachbarn) orientieren und optimal aufeinander abgestimmt sein (Unterstützungsphasen und Ziele in *Abbildung 2*).

Zunächst stellen Fachstellen mit einem *Informations- und Beratungsauftrag* eine Übersicht über das gesamte Dienstleistungsangebot zur Verfügung und beraten ältere Personen und deren Angehörige (Kreis A in *Abbildung 2*). Sie stellen sicher, dass die ältere Bevölkerung bei der Gestaltung eines gesundheitsfördernden Umfeldes einbezogen wird. Zudem sollen die älteren Personen eine für sich geeignete Wohnform unter Berücksichtigung der Unterstützung wählen können. Auf diesem Weg können die vorhandenen Gesundheitskompetenzen gestärkt und die Ressourcen mobilisiert werden (Unterstützungsphase 1 in *Abbildung 2*).

Damit die Angebote der leistungserbringenden Organisationen aktualisiert, weiterentwickelt und koordiniert werden können, benötigt es ein entsprechendes Netzwerk und eine *Netzwerk-Koordination* (Kreis B in *Abbildung 2*). Mit zunehmender Fragilisierung (Knöpfel, Pardini & Heinzmann 2018) entstehen zum Teil komplexe Betreuungs- oder Pflegesituationen (Unterstützungsphasen 2 und 3 in *Abbildung 2*). Eine *Fall-Koordinationsstelle* besitzt die Kompetenz, Dienstleistungen nach Rücksprache mit allen Anspruchsgruppen zu vermitteln oder zuweisen zu können. Im Folgenden wird deshalb von einer Fall-Koordination im Sinne eines Case-Managements gesprochen (Kreis C in *Abbildung 2*). Auch im spezialisierten Wohnumfeld der stationären Langzeitpflege bleibt das Ziel bestehen, die persönlichen und sozialen Ressourcen der älteren Menschen zu erhalten und zu fördern (Unterstützungsphase 3 in *Abbildung 2*).

Abbildung 2: Zielbild «Integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich»



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Knöpfel, Pardini & Heinzmann 2018

Die Umsetzung des Zielbildes mit den entsprechenden kantonalen Rahmenbedingungen und Fördermassnahmen wird in einem separaten Dokument beschrieben (Umsetzungsbericht).

#### 4.2 Entwicklungsstufen für die Umsetzung des Zielbildes

Die Umsetzung des Zielbildes beinhaltet drei Entwicklungsstufen. Für eine vollständige Umsetzung einer integrierten Versorgung sind alle drei Stufen notwendig. Diese können jedoch in einzelnen, voneinander unabhängigen Schritten umgesetzt werden.

##### Entwicklungsstufe I: Information und Beratung

Kommunale oder regionale Anlaufstellen haben *einen Informations- und Beratungsauftrag* und bilden damit die Basis der Umsetzung des Zielbildes. Sie tragen das Angebot verschiedener Dienstleister zusammen, informieren und beraten die Bevölkerung. Das mögliche Leistungsangebot:

- Information über das Angebot der Leistungserbringer
- Beratung vor Ort, sei es zu Hause, im Spital oder im Heim
- Sicherstellung des Einbezugs der älteren Bevölkerung und deren Lebensumfeld

##### Entwicklungsstufe II: Netzwerk-Koordination

In vielen Gemeinden sind von den Behörden eingesetzte Gremien wie Alterskommissionen oder Alterskonferenzen tätig oder selbstorganisierte Netzwerke wie runde Tische, Netzwerke Alter oder eigene rechtliche Trägerschaften wie Vereine oder Stiftungen vorhanden. Wichtig ist hierbei eine *Netzwerk-Koordination*, welche die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure koordiniert. Das mögliche Leistungsangebot:

- Informationsaustausch über das Angebot
- Eruierung von Entwicklungen und Trends
- Identifikation der Bedürfnisse der älteren Bevölkerung
- Entwicklung von gemeinsamen Angeboten

- Koordination und Vermittlung von Angeboten
- ggf. Aufbau einer gemeinsamen Trägerschaft

### **Entwicklungsstufe III: Fall-Koordination**

Um bei zunehmender Komplexität in Einzelfällen eine optimale Versorgung und Finanzierung zu gewährleisten, sind Stellen mit einem *Fall-Koordinationsauftrag* zweckmässig. Diese Stellen starten die Beratung in der Regel mit einem differenzierten Assessment der Situation, arbeiten anschliessend einen Betreuungs-, Hilfe- oder Pflegeplan aus, vermitteln die festgestellten Betreuungs- und Pflegeleistungen und übernehmen die Fallbegleitung im Fallverlauf. Das mögliche Leistungsangebot:

- Beurteilung des Unterstützungsbedarfs in Absprache mit Klientinnen und Klienten, deren Angehörigen, dem medizinischen Fachpersonal, der Krankenkasse sowie weiteren Beteiligten
- Erarbeitung eines Behandlungs- und Betreuungsplans sowie Finanzierungsabklärung der notwendigen Leistungen
- direkte und verbindliche Vermittlung der Dienstleistungen
- Vernetzung der Fachpersonen sowie des sozialen Umfeldes der älteren Personen

Im Fokus der Leistungen in allen Entwicklungsstufen steht die ältere Person und die Stärkung ihrer persönlichen und sozialen Ressourcen.

### **4.3 Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung des Zielbildes**

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Zielbildes bestehen eine Reihe von Erfolgsfaktoren, die im Folgenden kurz erörtert werden.

#### **Gemeinsam definierter Nutzen für die Zusammenarbeit**

Damit Akteure verstärkter kooperieren, muss die Zusammenarbeit entweder unumgänglich sein (z.B. aufgrund politischer oder sonstiger Rahmenbedingungen) oder einen unmittelbaren Nutzen für die Akteure erzeugen. Mögliche Nutzen können zum Beispiel Informationen oder Wissen über andere Akteure, ein einfacherer Zugang zu komplementären Angeboten oder die Anwendung neuer Methoden sein (z.B. in Bezug auf eine optimalere Abstimmung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen).

Gestaltet sich eine Zusammenarbeit auf strategischer Ebene schwierig (z.B. aus Interessenskonflikten), kann eine eingeschränkte Kooperation mit Partnerorganisationen für konkrete Projekte einen Nutzen aufzeigen. In diesen Fällen können erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit gesammelt und konkrete Erfolge erzielt werden, die eine weitere Kooperation stimulieren (Ettlin 2018).

#### **Gesundheitskompetenz durch Einbezug der älteren Bevölkerung stärken**

Der Verbindung von medizinischen und nicht-medizinischen Netzwerken wird zukünftig noch mehr Beachtung geschenkt werden müssen. Das bedeutet, dass nicht der Ausbau von weiteren Dienstleistungen im Bereich Pflege und Therapie im Vordergrund steht. Entscheidend wird sein, dass es gelingt, die ältere Bevölkerung in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken und deren soziales Netzwerk besser zu nutzen. Das kann mit gemeinsam durchgeführten Assessments, Schulungen oder eine gute Orientierung über das Gesundheitsangebot erfolgen (NFP74 2023, 12ff.).

#### **Entwicklung stufenweiser Finanzierungsmodelle**

Die Aufbauphase wird häufig mit einer Projektfinanzierung ermöglicht. Da diese zeitlich begrenzt ist, muss bereits während der Aufbauphase eine nachhaltige Finanzierung gesucht werden. Um eine solche erwirken zu können, ist die Auswertung der Pilotphase zentral. Es müssen Leistungen und Wirkungen nachgewiesen werden. Das umfasst quantitative, qualitative und finanzielle Effekte. Eine

langfristige Finanzierung kann zum einen durch Beiträge der öffentlichen Hand (Subventionen, Leistungsaufträge) erfolgen. Dies bedingt, die Finanzierung dieser Aufgaben in den Budgetierungsprozesses der zuständigen Instanzen zu integrieren (Ettlin 2018).

#### **4.4 Ausblick**

Das vorliegende Zielbild «integrierte Angebotsgestaltung im Altersbereich» soll die Akteure im Bereich Alter im Kanton St.Gallen zukünftig lenken und die Zusammenarbeit im Sinne einer bedürfnisorientierten Angebotsgestaltung fördern. Mit der geplanten Umsetzung stellen alle Leistungserbringenden die Erhaltung der Gesundheit und Autonomie älterer Menschen sowie die Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen in den Fokus.

Die Umsetzung des Zielbildes wird für die beteiligten Akteure und Gemeinden einen Kulturwandel mit sich bringen, da es gilt, neue kommunale oder regionale Strukturen und Angebote aufzubauen. Gelingt die Implementierung, wird die integrierte Versorgung mittel- und langfristig zu einem Aufbau stabiler Netzwerke und zur Verbesserung des Zusammenspiels des sozialen und fachlichen Umfeldes führen. Diese Förderung der koordinierten, fallbezogenen Zusammenarbeit wird deshalb in Zukunft die Angebotsqualität für die älteren Menschen verbessern. Die notwendigen Rahmenbedingungen und Instrumente werden in einem Umsetzungsbericht erläutert.



## Literaturverzeichnis

- Age Stiftung (2014). Bericht QDZ Schaffhausen. Zürich. [https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user\\_upload/Projekte/2010/019/2014\\_Age\\_I\\_2010\\_019.pdf](https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2010/019/2014_Age_I_2010_019.pdf)
- Altersforum Winterthur (o.J.). Website der Organisation. Gefunden auf: <https://www.altersforum.ch/>
- AROSS (2023). Association Réseau Orientation Santé Social, Neuenburg. Gefunden auf : <https://www.aross.ch/index.php/de/node/1>
- CURAVIVA Schweiz (2016). Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz. Bern: Verband Heime und Institutionen Schweiz, CURAVIVA. Gefunden unter: [https://www.curaviva.ch/files/KABQZTN/das\\_wohn\\_und\\_pflegemodell\\_2030\\_von\\_curaviva\\_schweiz\\_curaviva\\_schweiz\\_2016.pdf](https://www.curaviva.ch/files/KABQZTN/das_wohn_und_pflegemodell_2030_von_curaviva_schweiz_curaviva_schweiz_2016.pdf)
- CURAVIVA Schweiz (2020). Faktenblatt: „Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz“. Bern: Verband Heime und Institutionen Schweiz, CURAVIVA. Gefunden unter: [https://www.curaviva.ch/files/6IP6ZSN/vision\\_wohnen\\_im\\_alter\\_von\\_curaviva\\_schweiz\\_faktenblatt\\_curaviva\\_schweiz\\_2020.pdf](https://www.curaviva.ch/files/6IP6ZSN/vision_wohnen_im_alter_von_curaviva_schweiz_faktenblatt_curaviva_schweiz_2020.pdf).
- Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gefunden unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan\\_dossier\\_45.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_dossier_45.pdf).
- Departement des Innern (2021). Gestaltungsprinzipien der Alterspolitik: Gutes Alter(n) gemeinsam aktiv gestalten. St.Gallen: Departement des Innern. Gefunden unter: [https://www.sg.ch/news/sgch\\_allgemein/2021/06/gestaltungsprinzipien-der-alterspolitik--gutes-alter-n--gemeinsa/jcr\\_content/Par/sgch\\_downloadlist/DownloadListPar/sgch\\_download\\_1956574691.ocFile/Vernehmlassungsvorlage.pdf](https://www.sg.ch/news/sgch_allgemein/2021/06/gestaltungsprinzipien-der-alterspolitik--gutes-alter-n--gemeinsa/jcr_content/Par/sgch_downloadlist/DownloadListPar/sgch_download_1956574691.ocFile/Vernehmlassungsvorlage.pdf)
- Departement des Innern (2022). Planungsbericht Betreuung und Pflege von Betagten im Kanton St.Gallen. St. Gallen. Departement des Innern. Gefunden unter: [https://www.sg.ch/gesundheit-soziales/soziales/alter/betagten--und-pflegeheime/wer-plant-das-angebot/jcr\\_content/Par/sgch\\_downloadlist/DownloadListPar/sgch\\_download.ocFile/Planungsbericht%20Betreuung%20und%20Pflege%20von%20Betagten%20im%20Kanton%20St.Gallen%202023.pdf](https://www.sg.ch/gesundheit-soziales/soziales/alter/betagten--und-pflegeheime/wer-plant-das-angebot/jcr_content/Par/sgch_downloadlist/DownloadListPar/sgch_download.ocFile/Planungsbericht%20Betreuung%20und%20Pflege%20von%20Betagten%20im%20Kanton%20St.Gallen%202023.pdf)
- Ettlin, R. (2018). Socius-Themenblatt „Vernetzung der Akteure“. Eine praktische Checkliste. Zürich: Age-Stiftung. Gefunden unter: [https://www.programmsocius.ch/fileadmin/user\\_upload/files/themenblaetter-2019/Socius-2019\\_TBCL\\_Vernetzung\\_neu.pdf](https://www.programmsocius.ch/fileadmin/user_upload/files/themenblaetter-2019/Socius-2019_TBCL_Vernetzung_neu.pdf).
- Gemeinde Uznach (2022). Zwischenbericht Altersversorgung Uznach. [Bericht](#)
- Gemeindeverwaltung Bassersdorf (ohne Jahr). Altersberatung. Gefunden unter: <https://www.bassersdorf.ch/leben-standort/lebenslagen/senioren/altersberatung.html/260>.
- Genossenschaft KISS Linth (o.J.). Website der Genossenschaft. Gefunden auf: <https://kiss-linth.ch/>
- Höpflinger, F. (2020). Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen. Zürich: Age Stiftung.
- Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo.

- Leitungsgruppe NFP 74 (2023): Programmfazit des Nationalen Forschungsprogramms Gesundheitsversorgung (NFP 74). Bern: Schweizerischer Nationalfonds. Gefunden unter: [https://www.nfp74.ch/media/de/wSf0bWHlUil4aoB5/NFP74\\_Programmfazit\\_D.pdf](https://www.nfp74.ch/media/de/wSf0bWHlUil4aoB5/NFP74_Programmfazit_D.pdf).
- Meier, F., Huber, A., Höglinger, M., Schmidt, M. & Mattli, R. (2019). Mit hohem Pflegebedarf in der eigenen Wohnung - Quartierstützpunkte und Thurvita Care : Erfahrungsbericht der Thurvita AG und Zusammenfassung der wissenschaftlichen Begleitstudie 2014-2018. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Gefunden unter: [https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/15426/1/2019\\_Pflegebedarf\\_in\\_eigener\\_Wohnung.pdf](https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/15426/1/2019_Pflegebedarf_in_eigener_Wohnung.pdf).
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gefunden unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan\\_03\\_2021\\_BERICHT\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan_03_2021_BERICHT_0.pdf).
- Netzwerk Gesundheit Durachtal (ohne Jahr). Anlaufstelle und Beratung für die Unterstützung zu Hause. Gefunden unter: <http://www.netzwerk-durachtal.ch>
- Pro Senectute Kanton Zürich (ohne Jahr). Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales. Gefunden unter: <https://pszh.ch/soziales-und-beratung/beratung/carenet/>
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2011). Pflegefinanzierung; Kalibrierung BESA / RAI-RUG. Bern: GDK. Gefunden unter: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/dc\\_anpassungen\\_besa\\_rai\\_20110825\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/dc_anpassungen_besa_rai_20110825_d.pdf)
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2019). Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden. Bern: GDK. Gefunden unter: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte\\_versorgung/GDK\\_Leitfaden\\_DE\\_def.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_DE_def.pdf).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021a). Leicht pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen. Gefunden unter: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/leicht-pflegebeduerftige-bewohnerinnen-und-bewohner-in-pflegeheimen>.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021b). Inanspruchnahmerate von Alters- und Pflegeheimen. Gefunden unter: <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/inanspruchnahmerate-von-alters-und-pflegeheimen>.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021c). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Gefunden unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan\\_03\\_2021\\_BERICHT\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan_03_2021_BERICHT_0.pdf)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Gefunden unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan\\_03\\_2022\\_BERICHT.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan_03_2022_BERICHT.pdf)
- Stiftung RaJoVita (o.J.). Website der Organisation. Gefunden auf: <https://www.rajovita.ch/de>
- Thurvita (o.J.). Website der Organisation. Gefunden auf: <https://thurvita.ch>
- Verein Vicino (o.J.). Website des Vereins. Gefunden auf: <https://www.vicino-luzern.ch/>
- Versorgungsregion Betreuung, Pflege, Alter Leimental (ohne Jahr). Website der Organisation. Gefunden auf: <https://www.bpa-leimental.ch/ueber-uns.html>

Werner, S., Kraft, E., Elbel, R & Kreienbühl, M. (2021). Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung (Obsan Bericht 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gefunden unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan\\_05\\_2021\\_BERICHT.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan_05_2021_BERICHT.pdf).

**Anhang A: Vergleichende Übersicht über die analysierten Versorgungsnetze**  
(nächste Seiten)

Tabelle 6: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der analysierten Versorgungsnetze

| Elemente des Versorgungsnetzes   | AROSS im Kanton Neuenburg (NE)  | Region Leimental (BL)   | CareNet+ Bezirk Affoltern (ZH)  | Verein Netzwerk Durachtal (SH)   | Pflegekoordination Bassersdorf (ZH)  | Altersforum Winterthur (ZH)  |
|--|---|---|---|--|--|--|
| <b>Leistungserbringung</b>   |   |   |   |  |  |  |
| <b>Zielsetzung</b>   | Älteren Menschen ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können.  | Erfüllung kantonaler Vorgaben für Altersbetreuung & Pflege in der Versorgungsregion   | intensive fallbezogene Zusammenarbeit zur Verbesserung der Wirksamkeit & Qualität der Altersversorgung  | Förderung Selbstbestimmung älterer Menschen & der Freiwilligenarbeit, Koordination Dienstleister   | Beratung & Vermittlung von Angeboten mit dem Ziel einer autonomen Lebensführung  | Förderung Zusammenarbeit im Netzwerk; Koordination Angebote und Information; Einbezug ältere Bevölkerung   |
| <b>Palette der Dienstleitungen</b><br>1. Prävention / G-Förderung<br>2. Beratung<br>3. Unterstützung Angehörige<br>4. ambulante Pflege<br>5. intermediäre Angebote<br>6. stationäre Pflege<br>7. Nachbarschaftshilfe, FW<br>8. Gemeinwesenarbeit | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input checked="" type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input checked="" type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Koordination im Netzwerk</b>  | Erhebung Betreuungs- & Pflegebedarfs durch zentrale Abklärungsstelle & Angebotszuweisung  | Geschäftsstelle; themenbezogene Arbeits- & Projektgruppen; Versorgungskonzept;  | fallbezogene Koordinationsstelle: Abklärung, Angebotszuweisung und Case Management  | Beratungsstelle: Koordination ambulanter Dienstleistungen, Vermietung Alterswohnungen  | durch Fachstelle «Pflegekoordination», Angebotsvermittlung   | Geschäftsstelle bei Stadtverwaltung, Zusammenschluss 50 Organisationen   |
| <b>Trägerschaft</b>  | aktuell: Verein<br>geplant: Kanton  | Verein  | Stiftung Pro Senectute Kanton Zürich  | Verein   | Gemeinde   | Verein   |
| <b>Rolle des Kantons</b>   | gesetzliche Grundlage für Abklärungsstelle  | gesetzliche Grundlage für Aufgabendelegation an Versorgungsregionen   | gesetzlicher Auftrag: Angebot Anlaufstelle & Versorgungskonzept; Finanzierung Pilotprojekt  | keine  | gesetzlicher Auftrag: Angebot Anlaufstelle & Versorgungskonzept  | gesetzlicher Auftrag: Angebot Anlaufstelle & Versorgungskonzept  |
| <b>Fallkoordination / -steuerung</b>   |   |   |   |  |  |  |
| - Information<br>- Beratung<br>- Zuweisung<br>- Case Management  | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung<br>- Case Management   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management <input checked="" type="checkbox"/>   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management  | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management  | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung<br>- Zuweisung<br>- Case Management  |
| <b>Aufgaben der Anlaufstelle</b>   | zentrale Abklärungsstelle im Kanton   | Information- & Beratung   | zentrale Abklärungs- & Koordinationsstelle im Bezirk  | Anlaufstelle mit Café; Beratung  | kommunale Anlaufstelle & aufsuchende Beratung  | Information- & Beratung (mehrere Stellen in der Stadt)   |
| <b>Typus des Versorgungsnetzes</b>   | Abklärungsstelle mit Fallsteuerungskompetenz  | «klassische» Informations- & Beratungsstelle  | Abklärungsstelle mit Fallsteuerungskompetenz  | Sozialraum bezogene Unterstützung und Beratung   | Abklärungsstelle mit Fallsteuerungskompetenz   | «klassische» Informations- & Beratungsstelle   |
| <b>Quelle</b>  | AROSS (2023)  | Versorgungsregion Betreuung, Pflege, Alter Leimental (o.J.)   | Pro Senectute Kanton Zürich (o.J.)  | Verein Netzwerk Durachtal (o.J.)   | Gemeindeverwaltung Bassersdorf (o.J.)  | Altersforum Winterthur (o.J.)  |

Tabelle 6 (Fortsetzung): Gemeinsamkeiten und Unterschiede der analysierten Versorgungsnetze

| Elemente des Versorgungsnetzes                                  | Fachstelle Dialog Alter Uznach (SG)   | Stiftung Rajovita Rapperswil-Jona (SG)  | Thurvita AG Will (SG)   | Quartierdienstleistungs-zentren Schaffhausen (SH)  | Verein Vicino Stadt Luzern (LU)  | Zeitmodelle KISS Linth   |
|---|---|---|---|--|--|--|
| <b>Leistungserbringung</b>                                      |   |   |   |  |  |  |
| <b>Zielsetzung</b>  | Älteren Menschen ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können.  | Angebote aus einer Hand: Zusammenschluss der meisten Altersinstitutionen in einer Stiftung  | Senkung der Inanspruchnahme stationärer Pflege durch Intensivierung der ambulanten Betreuung / Pflege zu Hause und nach einem Spitalaufenthalt  | quartierbasierte, dezentrale Unterstützungsfunktionen für ältere Menschen nahe ihrer Lebenswelt zur Verfügung zu stellen   | Aufbau einer Versorgung und Sorgegemeinschaft im Quartier  | Bezweckt die Unterstützung, Begleitung & Betreuung von Menschen und die Stärkung des sozialen Kitts  |
| <b>Palette der Dienstleistungen</b>                             | 1. Prävention / G-Förderung <input checked="" type="checkbox"/><br>2. Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>3. Unterstützung Angehörige <input checked="" type="checkbox"/><br>4. ambulante Pflege <input checked="" type="checkbox"/><br>5. intermediäre Angebote <input type="checkbox"/><br>6. stationäre Pflege <input type="checkbox"/><br>7. Nachbarschaftshilfe, FW <input checked="" type="checkbox"/><br>8. Gemeinwesenarbeit <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input checked="" type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input checked="" type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input checked="" type="checkbox"/><br>5. <input checked="" type="checkbox"/><br>6. <input checked="" type="checkbox"/><br>7. <input checked="" type="checkbox"/><br>8. <input checked="" type="checkbox"/> | 1. <input checked="" type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input checked="" type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/><br>7. <input type="checkbox"/><br>8. <input type="checkbox"/> |
| <b>Koordination im Netzwerk</b>                                 | Ausbau und Vernetzung der ambulanten Dienstleistungen (z.B. Spitex, Pro Senectute, Mahlzeitendienst) im Forum «Alter»   | Leistungserbringung unter dem Dach einer Organisation (300 Mitarbeitende), kein Netzwerk im engeren Sinn  | Leistungserbringung unter dem Dach einer Organisation (370 Mitarbeitende), kein Netzwerk im engeren Sinn  | Altersheim als Drehscheibe im Quartier, zentrale Anlaufstelle Alter im Stadtzentrum  | Geschäftsstelle und vier Standorte mit Anlaufstellen   | Zusammenarbeit der Akteure im Vorstand   |
| <b>Trägerschaft</b>   | Gemeinde  | Stiftung  | gemeinnützige Aktiengesellschaft; vier Gemeinden vertreten  | Gemeinde (Stadt)   | Verein   | Genossenschaft   |
| <b>Rolle des Kantons</b>  | keine   | keine   | Förderung Pilotprojekt «virtuelles Altersheim»  | keine  | keine  | keine  |
| <b>Fallkoordination / -steuerung</b>                            |   |   |   |  |  |  |
| - Information<br>- Beratung<br>- Zuweisung<br>- Case Management | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management <input checked="" type="checkbox"/>   | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Case Management  | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung <input checked="" type="checkbox"/><br>- Zuweisung<br>- Case Management  | - Information <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beratung<br>- Zuweisung<br>- Case Management  |
| <b>Aufgaben der Anlaufstelle</b>                                | aufsuchende Beratung, Fokus auf ambulante Angebote  | Informations- & Beratungsdrehscheibe  | zentrale Abklärungs- & Koordinationsstelle im Bezirk  | QDZ als Informationsdrehscheibe, Fallkoordinationsstelle im Stadtzentrum   | Gemeinwesenarbeit im Sozialraum (z.B. Quartier)  | Koordinationsstelle bildet Tandems für Einsätze  |
| <b>Typus des Versorgungsnetzes</b>                              | «klassische» Informations- & Beratungsstelle  | Leistungserbringung durch einen Träger  | Leistungserbringung durch einen Träger  | Dienstleistungszentrum, Abklärungsstelle mit Fallsteuerungskompetenz   | Sozialraum bezogene Unterstützung und Beratung   | Sozialraum bezogene Unterstützung und Beratung   |
| <b>Quellen</b>  | Gemeinde Uznach (2022)  | Stiftung RaJoVita (o.J.)  | Thurvita AG (o.J.)  | Age Stiftung (2014)  | Verein Vicino (o.J.)   | Genossenschaft KISS Linth (o.J.)   |