careum Hochschule Gesundheit

Teil der Kalaidos
Fachhochschule

Damit Zuhause-Älterwerden gelingt – die Gemeinde oder Region als Dirigentin des Unterstützungsorchesters?

Rechercheauftrag für Socius 2.0

Bericht an die Age-Stiftung

Ulrich Otto, Anna Hegedüs, Anita Schürch
(unter Mitarbeit von Johannes Heichel)

Forschungsinstitut der Careum Hochschule Gesundheit

Januar 2019

Careum Hochschule Gesundheit AG, Pestalozzistrasse 5, CH-8032 Zürich
T +41 43 222 50 00, info@careum.ch, www.careum.ch/forschung

Careum Hochschule Gesundheit
Ein Unternehmen der Stiftungen Kalaidos Fachhochschule und Careum

Inhaltsverzeichnis

1 Auftrag und Ziele ... 3

2 Vorgehen ... 4

2.1 Recherche ... 4

2.1.1 Identifikation von Modell-Projekten ... 4

2.1.2 Politischer Hintergrund ... 4

2.1.3 Wissenschaftlicher Hintergrund ... 4

2.2 Expert*inneninterviews ... 5

3 Ergebnisse ... 6

3.1 Themenfeld I: Politischer Hintergrund ... 6

3.1.1 Ausgewählte alterspolitische Vorstösse national ... 6

3.1.2 Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Vorstösse kantonal ... 10

3.2 Themenfeld II: Aktuelle Initiativen anderer Akteure ... 11

3.2.1 Steuerung und Koordination am Beispiel bestehender Modellprojekte ... 11

3.2.2 Initiativen anderer Akteure ... 13

3.3 Themenfeld III: Wissenschaftlicher Hintergrund ... 22

4 Fazit – ausgewählte Aspekte ... 28

5 Literatur ... 33

6 Anhang ... 36

6.1 Tabelle 3: Ausgewählte alterspolitische Vorstösse kantonal ... 36

6.2 Tabelle 3: Ausgewählte bestehende Versorgungsnetze ... 41

1 Auftrag und Ziele

Ausgangslage

Im Fokus des Programms **Socius** ist die Lebensphase, wenn das Älterwerden schwierig wird; wenn ältere Menschen trotz zunehmendem Unterstützungsbedarf zu Hause leben wollen oder müssen. Auf diesen Umstand sind weder unsere Sozialversicherungen noch unsere Strukturen optimal ausgerichtet. Es braucht daher ein neues Bewusstsein dafür, dass verschiedene Leistungsanbieter (professionelle und nichtprofessionelle) zusammenarbeiten müssen und Strukturen, damit dies nachhaltig möglich ist. Es braucht also neue Wege der Zusammenarbeit in grösseren Einheiten und mit verschiedenen Akteuren. Gleichzeitig muss der niederschwellige Zugang zu Angeboten sichergestellt werden.

Gemeinden und Regionen sind in der finanziellen Verantwortung und haben eine tragende Rolle bei der Steuerung und Koordination von bedürfnisorientierten Unterstützungssystemen (Otto 2008). Mit der zweiten Auflage des Programms (**Socius 2.0**) möchte die Age Stiftung Gemeinden und Regionen dabei unterstützen, diese Rolle wahrzunehmen und Erfahrungen zu sammeln, mit welchen Instrumenten ein vielfältiges, fein abgestimmtes Orchester zusammengestellt werden kann.

Rechercheauftrag:
„Um das Programm Socius 2.0 im aktuellen Umfeld verorten zu können, möchte die Age Stiftung einen Bericht, der ausgehend vom Grobkonzept folgende Punkte beleuchtet:

- **Politischer Hintergrund**: Welche Vorstösse sind hängig? Welche Politiker sind aktiv in diesem Thema?
- **Aktuelle Initiativen anderer Akteure:** Wer beschäftigt sich mit dem Thema? Wo sind Ähnlichkeiten und Unterschiede zum Programm Socius. Wo wären Synergien denkbar?
- **Wissenschaftlicher Hintergrund**: Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse, der jüngeren Zeit stützen die Stossrichtung des Programms?“

Vorbemerkungen zum Bericht

Bei unseren Recherchen gehen wir von einem breiten **Verständnis von Koordination / Kooperation** aus. Dieser reicht von einer inter-organisationalen Zusammenarbeit bis hin zu formalen oder informellen Zusammenarbeiten. Wo möglich und als besonders relevant erachtet, beleuchten wir auch an die Thematik angrenzende Entwicklungen und Konzepte (z.B. Forderungen der WHO). Dies stellt jedoch nur eine Auswahl dar und umfasst längst nicht alles Wichtige in diesem Feld.

Geografischer Raum: Die Recherchen zu politischen Vorstössen wurden für die gesamte Schweiz durchgeführt und bzgl. wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde auch ausgewählte englischsprachige Literatur einbezogen. Bei unseren Recherchen der aktuellen Initiativen anderer Akteure konzentrieren wir uns schwerpunktmässig auf die deutschsprachige Schweiz. Hintergrund dafür ist im Wesentlichen, dass die Age-Stiftung in diesem Raum operiert und dass insbesondere in der Romandie die Grundstrukturen der Altersversorgung sehr stark anders strukturiert sind, nicht zuletzt mit Bezug auf kantonale Vorgaben.[1]

Begrifflichkeiten verwenden wir nicht durchgehend so, wie sie im Grobkonzept von Socius 2.0 verwendet werden. Wenn wir bspw. von Versorgung sprechen, meinen wir eine Versorgung sowohl mit medizinischen (sowie teilweise weiter gefasst: gesundheitlichen) als auch alltagspraktischen Hilfestellungen.

Aktualität / Bearbeitungszeitraum: Der Bericht wurde vorrangig zwischen September und Anfang November 2018 erstellt. Bezüge auf das Grobkonzept Socius 2.0 beziehen sich auf eine frühe Fassung desselben von Mitte September 2018. Für die vorliegende Veröffentlichung wurde der Bericht nochmals im Januar 2019 leicht überarbeitet, der Recherchestand mit Bezug Praxis und Politik wurde nur an wenigen Stellen aktualisiert, weitere Literatur wurde verarbeitet. In den zusammenfassenden Abschnitten wurden ausgewählte Ausschnitte der ursprünglich separat erfolgten Grobkonzept-Kommentierung integriert.

[1] Vgl. dazu u.a. die einschlägigen OBSAN-Studien (Füglister-Dousse et al. 2015); zur Typologisierung bspw. der Langzeitversorgung in der Schweiz (Dutoit et al. 2016).

2 Vorgehen

2.1 Recherche[2]

2.1.1 Identifikation von Modell-Projekten

Recherche als Basis: Unsere Vorkenntnisse über *mögliche Modellprojekte koordinierter/integrierter Versorgung* wurden ergänzt durch eine freie Recherche mittels Google. Die Suche mit den Schlagwörtern[3] „Unterstützung Alter", „Unterstützung im Alter", „Versorgung im Alter Kanton", „Versorgung/Unterstützung Alter Kanton", „Alter Kanton", „Anbieter Alter Kanton" in Verbindung mit den einzelnen Kantonen führte zumeist zu einer Weiterleitung auf die kantonalen Seiten. Überwiegend wurde dort, unter der Seite „Departement Gesundheit und Soziales", ein Überblick der Leistungserbringer gegeben. Zumeist wurden hier folgende genannt: Spitäler, Spitexdienste, Alters- und Pflegeheime, Pro Senectute, Curaviva oder SRK.

Zudem wurden alle Initiativen aus dem Obsan 57 Bericht (Schusselé Filliettaz 2017) gescreent und in einem telefonischen Gespräch die Einschätzung der Erstautorin Fr. Schusselé Fillietaz abgeholt.

Einschluss: In einigen Kantonen konnten nicht nur einzelne Organisationen, sondern auch Netzwerke ausfindig gemacht werden. Diese wurden mit den sechs Kriterien von S. 4 des Grobkonzeptes abgeglichen. Modellprojekte, die mind. fünf der Kriterien abdeckten, wurden in den Bericht aufgenommen. Sofern diverse Versorgungskonzepte/ -netzwerke mit den o.g. Schlagwörtern versehen oder auf der kantonalen Seite aufgelistet waren, sind diese von uns gesichtet.

2.1.2 Politischer Hintergrund

Die *Recherche zum politischen Hintergrund* erwies sich als komplex und aufwändig, da Alterspolitik primär auf der Ebene der 2'222 Gemeinden der Schweiz sowie der 26 Kantone angesiedelt ist. Auf nationaler Ebene liess sich eine Datenbankrecherche[4] via „Curia Vista" (Geschäftsdatenbank National- und Ständerat) realisieren. Die Resultate finden sich in Tabelle 2 „Ausgewählte alterspolitische Vorstösse national" (vgl. Kapitel 3.1.1). Anschliessend wurde ein Zugriff via die offiziellen Websites der Kantone gewählt. Hier wurden alterspolitische Grundlagendokumente (Gesetze, Altersleitbilder, -strategien, Massnahmenpläne) gesichtet und auf Elemente der Koordination und Steuerung untersucht. So liess sich feststellen, wo bzw. in welcher Form gegenwärtig Revisionen oder neue Initiativen anstehen bzw. kürzlich abgeschlossen wurden. Zusätzlich wurde – sofern vorhanden – in den Geschäftsdatenbanken der kantonalen Legislativen nach einschlägigen Vorlagen bzw. Vorstössen gesucht. Die Resultate dieser kombinierten Suchstrategie flossen in Tabelle 3 „Ausgewählte alterspolitische Vorstösse kantonal" ein (vgl. Anhang 1).

2.1.3 Wissenschaftlicher Hintergrund

Die *wissenschaftliche Recherche* wurde in PubMed und Gerolit durchgeführt. Es wurde einerseits im Hinblick auf Alters-/Demenzfreundliche Städte/Gemeinden[5] gesucht und andererseits zur Evidenzlage zu integrierter Versorgung.[6] Die Suche wurde nicht streng systematisch durchgeführt und es wurde vor allem Literatur aus den letzten 5 Jahren eingeschlossen.

---

2 Die Recherchen wurden im Oktober/November 2018 durchgeführt.

3 „Unterstützung Alter", „Unterstützung im Alter", „Versorgung im Alter Kanton", „Versorgung/ Unterstützung Alter Kanton", „Alter Kanton", „Anbieter Alter Kanton"

4 Suchbegriffe: „Alter", „Alterspolitik", „Integrierte Versorgung", „Betreuung Alter", „Wohnen Alter", „Regionalisierung", „Regionale Koordination", „koordinierte Versorgung"

5 age friendly cities, age friendly environments, health aging and living, care aging (jeweils auch Schreibweise "ageing"), integrated care

6 effectiveness, integrated care, coordinated care, older people

2.2 Expert*inneninterviews

Ergänzend zu unseren Recherchearbeiten haben wir fünf telefonische Interviews mit Expert*innen mit verschiedenen Anknüpfungspunkten an Socius 2.0 geführt (zu deren Expertisen vgl. Tabelle 1).

Vier Personen waren in der Deutschschweiz, eine Person in der Romandie tätig. Wir haben diese eine Person aus der Romandie aus folgenden Gründen ausgewählt und einbezogen: die Person kennt sowohl die Verhältnisse der Romandie als auch diejenigen der anderen Schweizer Landesteile ausgezeichnet. Vor diesem Hintergrund erwarteten wir uns aufgrund der mit Bezug auf häusliche Versorgung vielfach fortgeschrittenen Praxis in der Romandie instruktive Hinweise auch mit Blick auf die Übertragbarkeit auf die Deutschschweiz.

Die Interviews dauerten zwischen 35-70 Minuten, wurden aufgenommen, protokolliert und fliessen an verschiedenen (markierten) Stellen in den Bericht ein. Die Interviews zielten auf folgende Fragen:

1. Welche Prozesse sind nötig, um gute Kooperationen in der Gemeinde, im Gemeindeverbund zu schaffen?
2. Wer sollte aus Sicht der Expert*innen die Koordination/Steuerung der Akteure im häuslichen Setting übernehmen?
3. Welche Modell-Projekte und Organisationen beschäftigen sich mit dem Thema?
4. Welche politischen Entwicklungen unterstützen die Stossrichtung von Socius 2.0?

Tabelle 1: Rolle und Erfahrungen der Expert*innen

Personen	Rolle / Erfahrung
1A	Vertreterin der Sichtweise von Älteren; Leitung eines städtisch initiierten Seniorenrats
2B	Leitung einer kantonalen Fachstelle Alter
3C	VertreterIn städtische Alterspolitik, Strategieberatung
4D	Leitung kantonale Alzheimer CH
5E	Vertiefte Kenntnisse der Situation in der Romandie, Forschung

3 Ergebnisse

3.1 Themenfeld I: Politischer Hintergrund

Im Folgenden stellen wir wesentliche Initiativen zunächst auf nationaler, dann auf kantonaler Ebene dar. An den Zusammenstellungen wird deutlich, welche Aufgaben mit welchen Instrumenten auf diesen Ebenen bearbeitet werden – und welche eben auch nicht. Eine umfassende Recherche auf Ebene Städte und Gemeinden (sowie allenfalls Regionen) kann nicht geleistet werden.

	Versorgungs-leistungen selber bereitstellen	Direkte Steuerung durch Regulierung	Indirekte Steuerung durch finanzielle Anreize	Beeinflussung durch Information und Kommunikation
Bund	Bund oder bundesnahe Organisationen betreiben integrierte Versorgungszentren	Einführung von (intelligenten) Globalbudgets	Der Bund richtet einen Innovationsfonds ein für integrierte Versorgungskonzepte	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz
Kantone und Regionen	Kantone erweitern ihre eigenen Spitäler zu integrierten Versorgungszentren	Leistungsaufträge gehen nicht mehr nur an Spitäler, sondern auch an Leistungserbringer-Gruppen, die eine gemeinsame Trägerschaft bilden im Sinne einer Accountable Care Organization	Die kantonale Wirtschafts-/Standortförderung unterstützt den Aufbau von integrierten Versorgungseinrichtungen in peripheren Regionen	Kantonaler Masterplan Integrierte Versorgung
Gemeinden und Städte	Gemeinden/Städte besitzen Institutionen der Langzeitpflege, die ambulante, stationäre und soziale Leistungen anbieten	Gemeinden/Städte verlangen von Institutionen der Langzeitpflege integrierte Betreuungs-Konzepte	Gemeinden/Städte unterstützen den Aufbau von integrierten Versorgungseinrichtungen, zum Beispiel für ältere Menschen	Informationsoffensive «Selbstbestimmt zu Hause» mit regionalen Beratungs- und Triage-Stellen für den Altersbereich

Die o.g. fmc-Grafik (fmc 2018, S. 6) zeigt für das mit Socius 2.0 eng zusammenhängende Themenfeld Integrierte Versorgung hierzu eine instruktive Matrix. In ihr werden mit Blick auf Steuerungsfragen die unterschiedlichen Rollen- und Handlungsmöglichkeiten auf den föderalen Ebenen verdeutlicht. Zugleich wird deutlich, dass Socius 2.0 diese Elemente mit Fokus Regionen und Gemeinden/Städte alle mit aufnimmt, potenziell aber darüber hinausweist. Beispielsweise bei den Ebenen des gemeinsamen Lernens in kooperativen Prozessen, des koproduktiven Miteinander-abstimmens, des gemeinsamen Arbeitens an Haltungen u.v.a.m.

3.1.1 Ausgewählte alterspolitische Vorstösse national

Durch die Recherche aktueller Vorstösse auf nationaler Ebene verdichtet sich der Eindruck, dass seitens des Bundesrates alterspolitische Themen im Sinne von koordinierter Altersversorgung oder ermöglichenden Selbstsorgestrukturen gegenwärtig eher defensiv bearbeitet werden. So verweisen die bundesrätlichen Stellungnahmen zu aktuellen Eingaben in vielen Fällen sehr rasch auf die *geltende Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden*, wodurch auf Bundesebene die nötige Handlungsmacht (resp. Zuständigkeit) fehle.

Ungeachtet der aktuellen Kompetenzregelung kann wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass mit einer aktualisierten *nationalen Altersstrategie* (die gegenwärtige Fassung datiert aus dem Jahr 2007[7]; vgl. Schweizerischer Bundesrat 2007, 2007) und damit verbundenen Massnahmeplänen Impulse für neue Zusammenarbeitsstrukturen und vermehrte Koordinationsanstrengungen zwischen den Kantonen und insbesondere unter den Gemeinden gesetzt werden könnten.

[7] Durch die Neuverteilung der Aufgabenhoheit (z.B. Neuregelung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen NFA; in Kraft seit 01.01.2008) sowie durch neue Finanzierungsmechanismen im Bereich der Pflege und Betreuung (Neuordnung der Pflegefinanzierung; in Kraft seit 01.01.2011) ist die nationale Altersstrategie in vielen Punkten nicht mehr aktuell und müsste dringend überarbeitet werden. Ein Postulat aus dem Jahr 2014 von Susanne Leutenegger Oberholzer forderte dies, wurde aber abgeschrieben.

Was wurde aufgenommen bzw. umgesetzt: Deutlich ist dennoch, dass in den letzten Jahren wichtige alterspolitische Anliegen auf Bundesebene aufgenommen wurden und heute entsprechende Grundlagen bzw. Massnahmenpläne vorliegen. Dazu gehört bspw. der 2016 erarbeitete Bericht zur Langzeitpflege (Schweizerische Eidgenossenschaft 2016) und die unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erarbeiteten nationalen Gesundheitsstrategien und Programme[8] (z.B. nationale Demenzstrategie, nationale Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten oder die Strategien zu Palliativ Care oder E-Health). Ein neuer Gesetzesentwurf im Rahmen des Aktionsplans pflegende Angehörige befindet sich gegenwärtig in der Vernehmlassung (Bundesgesetz über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung: Vorentwurf vom 23.08.2018) (Schweizerische Eidgenossenschaft 2018).

Bei der Recherche nach konkreten Vorstössen fiel auf, dass in den letzten zwei Jahren einige Eingaben mit thematischem Bezug zu Socius 2.0 eingereicht wurden.

- Die in Tabelle 2 zusammengetragenen Vorstösse könnte man unter folgenden Überthemen fassen: Integrierte Versorgung, Kosten- und Überkapazitätsfolgen mangels Koordination, Selbst- und Nachbarschaftshilfe oder die Forderung nach einem verstärkten alterspolitischen Rahmen auf nationaler Ebene.
- Nur marginal taucht das Thema des Wohnens im Alter auf.
- Weitere alterspolitische Vorstösse, welche nicht in die Tabelle aufgenommen wurden, fallen in die folgenden Bereiche: Beschäftigung/Einbezug älterer Arbeitnehmender inkl. Fragen zur beruflichen Vorsorge BVG; Gewalt und Diskriminierung gegenüber alten Menschen; Gesundheitsprävention und NCD-Strategie sowie Fragen zu Lebensende und Palliativpflege.

Welche Gruppen bzw. Personen wurden aktiv? Aufgrund der Recherche lässt sich nicht feststellen, dass einzelne national gewählte Politikerinnen oder Politiker im Hinblick auf die für Socius 2.0 relevanten Themenbereiche herausragend aktiv wären. Es fällt aber auf, dass die Vorstösse eher in der politischen Mitte oder links anzusiedeln sind. Zudem haben verschiedene der Akteure Einsitz in der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des National- oder Ständerats.

In den Expert*inneninterviews wurden weitere Politiker genannt, die die Thematik unterstützen, aber in Tabelle 2 nicht erscheinen: Simon Stocker (SP, Stadtrat Schaffhausen), Jörg Kündig (FDP, Präsident Gemeindepräsidentenkonferenz, Gossau).

[8] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik.html

Tabelle 2: Ausgewählte nationale Vorstösse (Januar 2014 bis Oktober 2018)

InitiantIn	**Art des Vorstosses**	**Rat**	**Titel**	**Thematischer Bezug zu Socius 2.0**	**Einreichungsdatum**	**Stand** (Ende Okt. 2018)	**Bemerkungen** (BR=Bundesrat)
Schenker, Silvia	Interpellation 17.3206	NR	Heimeintritte vermeiden. Wo sieht der Bundesrat Handlungsbedarf?	Leben zu Hause im Alter; finanzielle Unterstützung Angehörigenpflege; Frage nach Versorgungsmodellen, welche es älteren pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, zu Hause leben zu können.	17.3.2017	Erledigt	Stellungnahme Bundesrat (BR): Sicherstellung Gesundheitsversorgung ist Kantonsaufgabe. Bundesaufgabe sei durch Bericht zu Langzeitpflege von 2016 inkl. Massnahmenplan erfüllt.
Humbel, Ruth	Motion 18.3649	NR	Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung	KVG soll integrierte Versorgungsnetze fordern; Steuerung des Behandlungsprozesses einer Person über die ganze Behandlungskette hinweg.	15.6.2018	Motion an 2. Rat	Es geht nur um KVG-Leistungen, nicht um Altersbetreuung
Gysi, Barbara	Postulat 17.3808	NR	Pflege und Betreuung sind eine Einheit	Die aktuell unterschiedliche Behandlung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen macht das System für Leistungsbeziehende undurchsichtig und es setzt einseitige Anreize.	28.9.2017	Im Rat noch nicht behandelt	
Schmid-Federer, Barbara	Postulat 17.3380	NR	Vor- und Nachteile von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen im Hinblick auf die Steuerung des Gesundheitssystems	Koordination von Gesundheitsangeboten im Rahmen grösserer räumlicher Einheiten	1.6.2017	Im Rat noch nicht behandelt	Stellungnahme des BR beruft sich auf die föderalistische Kompetenzaufteilung, sodass dieses Thema Sache der Kantone sei.
Grünliberale Fraktion (Thomas Weibel)	Motion 18.3294	NR	Mit maximal sechs Gesundheitsregionen die Koordination fördern und Überkapazitäten abbauen	Koordination von Gesundheitsangeboten im Rahmen grösserer räumlicher Einheiten	15.3.2018	Im Rat noch nicht behandelt	In Stellungnahme des BR wird nicht nur auf die Möglichkeit der Kantone zur gemeinsamen Planung verwiesen. Vielmehr behalte sich der Bund das Recht vor, diesbezüglich die Vorgaben zur Spitalplanung auf nationaler Ebene zusätzlich zu konkretisieren.
Lohr, Christian	Interpellation 18.3207	NR	Inakzeptable Kostenentwicklung wegen Überversorgung im KVG. Genügt die heutige Koordination der Kantone?	Frage nach zusätzlicher Koordination – auch im Sinne einer besser wahrgenommenen Abstimmung zwischen stationären und ambulanten Angeboten	15.3.2018	Im Rat noch nicht behandelt	
Quadranti, Rosmarie	Motion 17.3297	NR	Offensive für eine menschenwürdige Pflege in der Schweiz	Antizipierung einer nicht mehr bezahlbaren und zu wenig am Menschen orientierten, qualitativ ungenügenden Gesundheitsversorgung. Deshalb wird Steuerung von einer höheren Ebene (Bund) verlangt.	3.5.2017	Im Rat noch nicht behandelt	In Stellungnahme des BR wird darauf hingewiesen, dass der Bund bereits im Rahmen des Kompetenzrahmens im Hinblick auf die Verbesserung der Zustände aktiv sei.

InitiantIn	Art des Vorstosses	Rat	Titel	Thematischer Bezug zu Socius 2.0	Einreichungsdatum	Stand (Ende Okt. 2018)	Bemerkungen (BR=Bundesrat)
Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit	Postulat 18.3384	SR	Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende	Bund soll gemeinsam mit Kantonen und Fachorganisationen einen Bericht erstellen zur Verbesserung der Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende.	26.4.2018	Angenommen	
Heim, Bea	Postulat 17.3435	NR	Digitale Gesundheitsagenda. Chancen und Risiken	Potenzial der Digitalisierung für eine integrierte Gesundheitsversorgung, wobei hierdurch ältere und chronisch kranke Menschen besonders profitieren. Förderung der Informiertheit und damit der Selbstbestimmung.	13.6.2017	Angenommen	
Ingold, Maja	Motion 16.3709	NR	Gesundheitskosten durch Hilfe zur Selbsthilfe senken	Gemeinschaftliche Selbsthilfe soll ideell und in der Mittelzuteilung aufgewertet werden.	27.9.2016	Erledigt	(abgeschrieben, weil Urheberin aus Rat ausgeschieden)
Landolt, Martin	Parlamentarische Initiative	NR	Zeitvorsorgesystem als Antwort auf eine der wichtigsten demografischen Herausforderungen	Es geht nicht primär um Kosten im Zusammenhang mit der alternden Bevölkerung, sondern um die Frage, durch wen und wie die unterschiedlichen Betreuungsbedürfnisse abgedeckt werden können.	23.9.2015	Zurückgezogen	
Sommaruga, Carlo	Parlamentarische Initiative	NR	Schutz älterer Menschen in der Schweiz vor missbräuchlichen Mietkündigungen	Die Möglichkeit, im gewohnten Umfeld alt zu werden, ermöglicht die Nutzung des persönlichen sozialen Netzes und gewachsener quartierbezogener Solidarität.	16.12.2017	Erledigt	Vom NR dem Begehren keine Folge gegeben
Wasserfallen, Flavia	Anfrage 18.1050	NR	WHO Dekade Healthy Ageing – Engagement des Bundes	Den WHO-Aktionsplan als übergeordneten Rahmen einbeziehen, um so die Alterspolitik auf allen Ebenen multidisziplinärer und umfassender anzugehen.	20.9.2018	Eingereicht	
Tschäppät, Alexander	Motion 14.3785	NR	Eidgenössische Kommission für Alters- und Generationenfragen	Auf übergeordneter Ebene soll ein Rahmen geschaffen werden, in dem die verschiedenen Akteure (Bund, Kantone, Städte/Gemeinden, Private) Herausforderungen und Lösungsansätze diskutieren können.	24.9.2014	Erledigt	Der BR geht davon aus, dass Lösung anstehender Problemstellungen der Alters- und Generationenpolitik sich innerhalb der bestehenden Strukturen bearbeiten lasse.
Leutenegger Oberholzer, Susanne	Postulat 14.3242	NR	Strategie für eine schweizerische Alterspolitik aktualisieren	Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich verändert – es gibt Handlungsbedarf bzw. man muss Alterspolitik neu ausrichten.	21.3.2014	Abgeschrieben	(abgeschrieben, weil nicht innert zwei Jahren im Rat abschliessend behandelt)

3.1.2 Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Vorstösse kantonal

Begrenzung umfassender Recherche: Es ist bezeichnend für die föderalistische Struktur der Schweiz: die Recherche politischer Initiativen und Vorstösse auf kantonaler Ebene lässt sich anhand einer Internetrecherche weder systematisch noch mit Anspruch auf Vollständigkeit durchführen – zu unterschiedlich sind die Recherchequellen. Die Sammlung politischer Vorstösse, verwaltungsbasierter Initiativen oder gesetzlicher und strategischer Rahmendokumente war also stark von deren medialer Aufbereitung durch die einzelnen kantonalen Departemente und somit durch deren Auffindbarkeit bestimmt. Dennoch lassen sich aufgrund der erfolgten Recherche Hinweise zum aktuellen alterspolitischen Rahmen für Socius 2.0 finden. Sie sind in Tabelle 3 (siehe Anhang 1) eingeflossen.

Insgesamt gibt es grosse Unterschiede in Bezug auf die alterspolitische Aktivität und Aktualität in den Kantonen: Ein Indikator hierfür kann die Aktualität grundlegender Dokumente sein. Wir gehen davon aus, dass zwischen 2000 und 2015 im Bereich Alter extrem viel passiert ist, so dass Altersleitbilder aus jüngerer Zeit eine andere Stossrichtung verdeutlichen. Stammt das gültige Altersleitbild z.B. noch aus dem Jahr 2002 (z.B. Kanton AI, 15.04.2002), so sind die aktuellen Entwicklungen mehr an das damalige Verständnis der Situation geknüpft (bspw. Fokus fast ausschliesslich auf pflegerische, ambulante und stationäre Versorgung und weniger Verständnis für Konsequenzen des demografischen Wandels), als an die aktuellen Gegebenheiten und Konzepte (z.B. Wichtigkeit von Koordination, Partizipation, Selbstsorge, Unterstützung im Alltag, Modernisierung der Lebensverhältnisse, veränderte Werthaltungen und Bedürfnisse). Der konzeptuelle Rahmen und das Verständnis von gutem Alter kann kaum das gleiche sein, wie bei einem aktuelleren Dokument (z.B. Alterspolitik im Kanton BE: Bericht des Regierungsrats (Fischknecht & Hornung, 2016).

In der Verwaltung der meisten Kantone sind **Fachstellen zum Thema Alter** eingerichtet. Versucht man etwas über deren Koordinationsauftrag gegenüber den Gemeinden oder zur koordinierten Ausgestaltung des Dienstleistungsangebots auf dem Kantonsgebiet zu finden, so lässt sich dies nicht wirklich klar erkennen. Häufig wird zwar von Koordination gesprochen, aber dahinter verbergen sich höchst unterschiedliche Konzepte mit sehr unterschiedlichem Tiefgang. Sowohl eine führende Rolle im Sinne der Entwicklungsförderung einer integrierten Versorgungslandschaft als auch entwickeltere Formen intensiven Versorgungsmanagements auf Einzelfallebene sind vermutlich eher (sehr) selten.[9] Aufgrund der Internetrecherche verdichtete sich der Eindruck, dass viele dieser Stellen aber einerseits in erster Linie in der Planung, Zulassung und Aufsicht der Pflegeversorgung involviert sind. Andererseits kümmern sie sich schwerpunktmässig um Information und Beratung.

Die Fachstelle Alter des Kantons AG könnte man im Sinne von Socius 2.0 als fortschrittliches Beispiel sehen: Hier umfasst der Auftrag die Beratung und das Anstossen von gemeindeübergreifender Kooperation (Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau 2018). Dies wird auch durch ein Expert*inneninterview bestätigt (2B). Durch die Einbindung dieser Stelle in die Verwaltung ist eine gewisse Unabhängigkeit gewährleistet. Ob diese Neutralität weniger garantiert ist, wenn eine Fachorganisationen wie die Pro Senectute, welche selber Dienstleistungsanbieterin ist, mit dieser Aufgabe beauftragt ist (Pro Senectute 2018), wird von den Interviewteilnehmenden unterschiedlich beurteilt. Während InterviewpartnerIn 2B die Meinung vertritt, dass die Gemeinde der Träger einer solchen Stelle sein müsste, sagt InterviewpartnerIn 1A, dass es auch bspw. der Pro Senectute ausgehen könnte. Wichtig sei nur, dass es eine etablierte Stelle ist (Interview 1A).

Bei den **politischen Vorstössen auf kantonaler Ebene** wird schon rein mengenmässig deutlich, dass das Thema Alter mehrheitlich nicht sehr weit oben auf der kantonalen politischen Agenda steht. Im Fokus stehen am häufigsten Fragen zur Sicherstellung, Optimierung und Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgung. Die im Kanton Bern eingereichte Motion zur finanziellen Förderung von Innovationen in der Gesundheitsversorgung (Grosser Rat Kanton Bern 2017) hätte hier als ein Anstoss zur strukturellen Weiterentwicklung dienen können, doch wurde sie abgelehnt.

---

[9] Entsprechende Befunde berichten bspw. Abraham, Huber & Baumann-Hölzle (2015) für die kommunalen Altersstellen im Kanton Zürich, bei denen sie eine sehr heterogene und ungeregelte Situation fanden.

Im Kanton BS wurden zwei Vorstösse (Pfeifer et al. 2017; Greuter et al. 2018) eingereicht, welche sich mit dem **Altwerden zu Hause bzw. in Alterssiedlungen** beschäftigen und nichtpflegerische Unterstützungsmassnahmen in den Blick nehmen. Insgesamt bekommt man den Eindruck, dass die Ermöglichung des Alterns im häuslichen Umfeld vor allem im Sinne der ambulanten pflegerischen Versorgung behandelt wird. Dagegen werden Themen wie altersangepasster Wohnraum oder die Förderung nachbarschaftlicher Hilfe aber auf kantonaler Ebene nicht explizit in die politischen Debatten eingespeist. Eine Ausnahme bildet vielleicht die im Kanton Zürich eingereichte Initiative zu altersdurchmischtem Wohnen (Monn et al. 2017). Zudem sticht das Postulat von Dessimoz et al. (Dessimoz et al. 2018) aus dem Kanton Wallis heraus, das recht forsch[10] die Umsetzung von Massnahmen aus dem Bericht zur Alterspolitik bzw. deren Aufnahme ins Regierungsprogramm fordert.

In verschiedenen Kantonen wurde in neuerer Zeit an den **thematischen Schwerpunkten der Palliativversorgung, Demenz oder Angehörigenunterstützung** gearbeitet. Dies zeigt den Einfluss nationaler Strategien oder Massnahmenpläne. Diese Themen sind durchaus Treiber sowohl für integriertere Versorgungsansätze als auch bspw. für bessere interprofessionelle Zusammenarbeit sowie für eine klarere Ausrichtung an Koproduktion zwischen Betroffenen, informellen und formellen Unterstützenden. Dies passt zu einer Beobachtung im Kontext der „grossen“ neuerdings so hoch gehandelten Konzepte bspw. rund um Caring Communities**. Diese bauen zentral auf Entwicklungen, Konzepten und Paradigmen auf, die sicher nicht zufällig – und zwar internationale – speziell im End-of-Life- und im Demenzbereich zuerst breiter entwickelt wurden und dann zu allgemeineren Trendsettern werden konnten.[11]

Die Recherche verstärkt den Eindruck, dass vor allem die lokale Ebene, wo die Verantwortung für die Altersversorgung gesetzlich verankert ist, wie auch die nationale Ebene die konkrete Ausgestaltung der Alterspolitik prägen. Viel spricht dafür, dass Erlasse auf der nationalen Ebene darauf hinwirken könnten, dass sich die kantonalen Alterspolitiken einander annähern. Damit würden auch auf der Ebene der Gemeinde und damit potenziell des einzelnen Individuums gleichartigere Verhältnisse und Unterstützungsstrukturen umgesetzt. Gleichzeitig bestünde hierbei aber auch die Gefahr, dass durch eine (zu) starke Einflussnahme Innovationen verhindert werden würden (z.B. innovative Initiativen der Bevölkerung oder von einzelnen Akteuren) (Statement Interview 2B). Es wird deutlich, dass nationale/kantonale Vorstösse die Alterspolitik auf Gemeindeebene anstossen können, aber dass auch andere Anreize nötig sind (vgl. auch Kapitel 3.3; Neue Modelle von Governance).

3.2 Themenfeld II: Aktuelle Initiativen anderer Akteure

Unter aktuellen Initiativen anderer Akteure verstehen wir einerseits bestehende Modellprojekte und andererseits Initiativen von Verbänden, Vereinen, Stiftungen, Zusammenschlüssen von Akteuren, die sich mit diesem Thema beschäftigen und auf unterschiedliche Weise vorantreiben. In den nächsten beiden Abschnitten beleuchten wir daher einerseits die bestehende Praxis (Modellprojekte) und stellen andererseits die Landschaft der Akteure differenziert dar.

3.2.1 Steuerung und Koordination am Beispiel bestehender Modellprojekte

Unsere Suchstrategie führte häufig zu folgenden Funden: neue Wohnformen im Alter, Entlastungsdienste, grössere Spitexorganisationen oder Rentner*innen-/Pensioniertenvereinigungen. Einige Vereinigungen wiesen netzwerk- und versorgungsähnliche Konzepte auf, blieben jedoch mit Bezug auf die damit gemeinten Vernetzungen in puncto Steuerung, Verbindlichkeit und Qualität an der Oberfläche (z.B. Adresslisten verschiedener Leistungsanbieter im Kanton SG). Versorgungsnetzwerke, Fallmanagement und systematisch verlaufende Koordinierung und Kooperation waren selten ersichtlich.

Schlussendlich resultierte unsere umfassende Recherche in mehreren Projekten, von denen wir 6 Modellprojekte ausgewählt haben (siehe Tabelle 4 im Anhang). Die Auswahl erfolgte so, dass dadurch eine

[10] Titel des Postulats: „Studie über die Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren – höchste Zeit zu handeln!“ Die Formulierung im Postulatstext ist unserer Ansicht nach ungewohnt fordernd: „aufgefordert, innert kürzester Frist eine Studie…“.

[11] Vgl. bspw. Laufenberg 2017; Kellehear, 2005; Aselmeier 2007; Wegleitner, Heimerl & Kellehear 2015; zur Idee des interprofessionellen Teams Egli, von Wartburg & Näf 2016).

möglichst grosse Heterogenität erfasst wird in Bezug auf die regionale Verortung, aber auch in Bezug auf die Umsetzung der im Grobkonzept vom September 2018 (auf S. 4) aufgeführten „Muss-Kriterien“.

Bei den Modellprojekten fällt auf, auf welchen unterschiedlichen Ebenen die Akteure angesiedelt sind, welche die Steuerungs- und Koordinationsfunktion innehaben. Diese Akteure reichen von einzelnen Anbietern, die sich verbindlich zusammenschliessen (GeSo, Verbindlichkeit durch Aufnahmegebühr), über Zusammenschlüsse von einzelnen Gemeinden (Koordination Gesundheit Höfe, Gesundheitszentrum Unterengadin; VAOF: Verein für Altersbetreuung im Oberen Fricktal) und Regionalplanungsverbänden (REPLA; Freiamt) bis hin zu eigens geschaffenen regionalen Zusammenschlüssen (Réseau Santé VD) und vom Kanton beauftragen Organisationen (Pro Senectute SO).

Bemerkenswert sind auch einige kommerzielle Akteure mit dem Anspruch, integrierte Versorgung in einem Versorgungsgebiet sehr weitgehend aus einer Hand anzubieten (z.B. Thurvita, vgl. bspw. Kurzbeschreibung in fmc 2018). Wenn man diese „Orchesterdirigent*innen“ vor dem Hintergrund des Klassifikationssystems nach Valentijn et al. (2015) (Details siehe im Kapitel 3.3) einordnet, sind die Modellprojekte der *Systemebene* (Gesundes Freiamt, Réseau Santé, Koordination Gesundheit Höfe, Pro Senectute SO, Gesundheitszentrum Unterengadin) und der *institutionellen Ebene* (GeSo) zuzuordnen.

Auf Systemebene gestaltet sich die Steuerung durch den Zusammenschluss von mehreren Gemeinden (3 Gemeinden bei Koordination Gesundheit Höfe) bzw. dem bereits institutionalisiertem Gefäss REPLA mit 19 Gemeinden im seit 2016 wirkenden Gesunden Freiamt AG (vgl. Kurzbeschrieb in fmc 2018, S. 38) oder. Dadurch haben die Gemeinden bzw. die Region ein Gefäss geschaffen, das Strategien verabschieden bzw. festlegen kann und konkrete Massnahmen definiert (z.B. das Einrichten einer Drehscheibe).

- Der Kanton SO steuert anders: er hat die Pro Senectute beauftragt, eine Erhebung über die Altersfreundlichkeit der Gemeinden durchzuführen und eine Beratungsfunktion gegenüber den Gemeinden wahrzunehmen, um altersfreundliche Strukturen zu fördern. Damit nimmt der Kanton Einfluss auf Sensibilisierungsprozesse innerhalb der Gemeinden. Gleichzeitig wurde die Gründung des Netzwerks AL’SO (Alt werden im Kanton Solothurn) in Auftrag gegeben. Im AL’SO sind 5 Organisationen und 7 Partner vereinigt. Ihre Angebote werden in einem Netzwerkplan ausgewiesen. Kritisch anzumerken ist, dass der Einbezug der Organisationen selektiv ist und nicht alle einschlägigen Player einschliesst (privatwirtschaftliche Anbieter werden z.B. nicht einbezogen).
- Im Kanton VD werden die Réseaux Santé eingesetzt, um kantonale Gesundheitspolitik umzusetzen. Sie sind aufgefordert, regionale Projekte zur Verbesserung der Koordination zu entwickeln. Sie haben ein ganzheitliches Verständnis von Unterstützungsleistungen und die Ermöglichung des daheim-altwerden war von Anfang an im Fokus. Als konkrete Massnahme aus dem Réseau Santé entstanden die Bureaux Régionaux d’Information et d’Orientation (BRIOs). Sie sind eine Koordinationsstelle für Leistungserbringer und bilden die Schnittstelle zur Bevölkerung.
- Eine Integration auf Systemebene findet sich auch beim Gesundheitszentrum Unterengadin. Verschiedene Leistungserbringer sind unter dem Dach einer Stiftung zusammengeschlossen, welche die Koordinations-/ Steuerungsaufgaben wahrnimmt. Die Stiftung wurde von den Gemeinden gegründet und im Stiftungsrat sind Delegierte von 4 Gemeinden vertreten. Die Stiftung ist darauf bedacht, dass das Zusammenspiel der vereinten Organisationen möglichst attraktiv für die Kund*innen ist (z.B. durch optimale Fallverläufe).
- Die institutionelle Integration beim Netzwerk Gesundheit & Soziales Chur (GeSo) basiert eher auf Abstimmung als auf Steuerung. Im GeSo sind alle in der Stadt im Bereich Alter tätigen Akteure des Bereiches Soziales und Gesundheit (darunter auch kommerzielle, kleine Unternehmen oder freiberuflich tätige Personen) zusammengeführt. Abstimmungen geschehen hier im Sinne einer Interessensgemeinschaft. Unklar ist, wieviel Einfluss seitens der Stadt ausgeübt und welche Vorgaben gemacht werden.

Kurzfazit: Die Rechercheergebnisse verdeutlichen, dass Steuerung und Koordination auf unterschiedlicher Weise und ausgehend von unterschiedlichen Verantwortlichen stattfinden kann. Klar wird auch, dass Socius 2.0 auf eine Integration auf Systemebene fokussiert. Die Praxisbeispiele, die die weiteren Muss-Kriterien von Socius 2.0 (mehrheitlich) erfüllen (vgl. Tabelle 4 im Anhang) zeigen, dass dieser Einstieg über die Systemebene erfolgsversprechend sein kann.

3.2.2 Initiativen anderer Akteure

Der Offertauftrag beinhaltet zu diesem Abschnitt folgende Fragen:

„Wer beschäftigt sich mit dem Thema? Wo sind Ähnlichkeiten und Unterschiede zum Programm Socius? Wo wären Synergien denkbar?"

Die aus unserer Sicht relevanten Informationen haben wir dazu in der folgenden Tabelle zusammengestellt.[12] Um das Initiativenumfeld möglichst breit zu übersehen, wurden nicht nur Initiativen und Akteure aus dem ganz eng benachbarten Umfeld aufgenommen. Andererseits ist der Preis dieser umfangreichen Auswahl, dass einige der Tabellenfelder nur knapper oder nicht bestückt wurden. Ausserdem kann keinesfalls ein Anspruch auf Vollständigkeit erfüllt werden – sowohl in puncto Initiativenauswahl als auch in puncto Vollständigkeit der Argumentation. Teilweise werden einschlägige Initiativen bereits in den Textteilen dargestellt, sodass sie hier in der Tabelle nicht erneut aufgenommen werden. Insbesondere die Spalte „mögliche Synergien" stellt eher exemplarisch entsprechende ausgewählte Hinweise dar, und dies auch nur zu einer Auswahl der dargestellten Programme/Akteure. Die Kommentierung mit Blick auf Socius 2.0 bezieht sich auf dessen frühe Konzeptfassung vom September 2018.

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Caring Communities (CC)/ **Sorgende Gemeinschaften**	Sorgende Gemeinschaften sind Kollektive, die sich durch Mitverantwortung, Koproduktion und die Anerkennung von Interdependenz und Gegenseitigkeit auszeichnen, die über Familien hinausgeht. Ziel ist die Förderung von Solidaritätsstrukturen, wobei das Bewusstsein für die eigene Interdependenz eine Struktur der Solidarität über religiöse, ethnische, nationale und Klassenunterschiede hinaus bietet. Wichtige Akteure/Referenzen/Vorgänge aktuell aus CH-Sicht: ▪ 7. Dt. Altenbericht zu sorgenden Gemeinschaften[14] ▪ Im Aufbau befindliches Netzwerk bei MGB Kulturprozent[15] mit noch zu entwickelnder Stossrichtung ▪ Diverse CC implizit oder explizit verfolgende Einzelini-	Je nach konkretem Konzept der jeweiligen CC-Modelle oder -Akteure sehr starke Konvergenzen: ▪ Ansatz an bestehenden Strukturen und Angeboten ▪ Hoher Stellenwert der Koordinierung ▪ Hoher Stellenwert niederschwelliger Information über Angebote ▪ Einbindung informeller Sorgearbeit in Interaktion mit den Profis ▪ Förderung Bewusstsein für eine Sorgekultur in der Bevölkerung ▪ In best practice Beispielen ist eine her-	CC sind in der Regel in mehreren Dimensionen grösser und breiter formatiert: ▪ Nicht auf Ältere begrenzt ▪ Selbst ein weit gefasster Versorgungsbegriff wie im S2.0 ist bei CC nur ein (wichtiges) Element unter vielen ▪ Indem S2.0 stärker auf instrumentelle, tangible Hilfe und Dienstleistung setzt, umfasst es „weichere" CC-Dimensionen wie „anteilnehmende Gemeinschaft" eher weniger ▪ Bei CC ist nicht a priori gesetzt, dass	▪ Starke gegenseitige Synergieeffekte erwartbar ▪ S2.0 könnte wichtiges konkret umsetzungsorientiertes Teilprojekt innerhalb CC-Prozess sein. ▪ CC könnten noch umfassenderes Rahmenkonzept für konkrete S2.0 Projekte sein

[12] Bitte beachten: einzelne sehr einschlägige Projekte können auch in zwei oder mehreren Zeilen zugeordnet werden, bspw. die Stiftung Lindenhof in den Zeilen „Gesundheitszentren" sowie Curaviva Wohn- und Pflegemodell 2030, oder eine bestimmte Gesundheitsregion unter eben dieser Kategorie, aber ebenfalls in der Zeile SNF NFP 74 und GFCH-PGV. Im Grobkonzept sind ebenfalls bereits einige Programme mit ähnlicher Stossrichtung aufgeführt und mit Blick auf Unterschiede zu Socius 2.0 analysiert worden. Diese Ergebnisse sind ergänzend zu verstehen und wurden hier nicht einkopiert.

[13] Teilweise wird in der Tabelle mit Abkürzungen operiert, die nur zum Platzsparen in der Tabelle dienen, aber nicht von den Organisationen selbst verwendet werden.

[14] In seinem Zentrum steht die Frage, wie „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune" staatlich unterstützt und die Rahmenbedingungen für den „Aufbau und [die] Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften" verbessert werden können (Siebte Altenberichtskommission 2016). Eine weitere zentrale und breit rezipierte Referenz für Caring Communities ist Klie (2014), diskurs- und wohlfahrtskritisch vgl. bspw. Haubner (2017).

[15] Vgl. https://www.teilete.net/

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
	tiativen[16] ▪ Prominentes Einzelprojekt mit längerem Vorlauf: Pilot „Sorgende Gemeinschaften“ in 3 Partnerregionen im Kt. Bern ▪ Im SNF NFP74 wird das Projekt „CareComLabs“ gefördert[17]	ausgehobene Rolle der Gemeinde häufig	die Gemeinde herausgehobene Steuerungsfunktion wahrnehmen soll	▪ und sie soz. normativ stärken
Altersfreundliche Stadt: (a) einzelne alter(n)s-freundliche Städte und Gemeinden[18] sowie **(b) Schweizer Netzwerk altersfreundliche Städte**	Eine Kommission des Schweizerischen Städteverbands fördert die Verbreitung des WHO-Konzepts für altersfreundliche Städte. Dazu gehört die altersfreundliche Ausgestaltung des städtischen Lebensraums sowie die Information und Integration der älteren Bevölkerung. Sie trägt zur Verbreitung eines positiven Altersbildes bei.	Die Ziele konvergieren vielfach stark. ▪ Stadt/Gemeinde i.d.R. starker (tw. regieführender) Akteur ▪ Fördert umfassende Alterspolitik in den Städten. ▪ Denkt Pflege, Betreuung und Sorge mit.	▪ Zu (a): keine Gestaltungsmacht, keine Projektinitialisierungen ▪ auf Dauer angelegt ▪ nicht nur zeitlich begrenzter Erfahrungsaustausch. ▪ offeriert Leitfaden mit Anspruch auf Übertragbarkeit	▪ Starke gegenseitige Synergieeffekte zu erwarten. ▪ S2.0 könnte wichtiges konkret umsetzungsorientiertes Teilprojekt in (a) sein.
BAG **Programm „Koordinierte Versorgung“[19]** Laufzeit seit 01/2015, lfd.	Im Fokus stehen (hoch-)betagte Patient*innengruppen, mit hohem Bedarf an Koordination (jene 10% der Versicherten, die gemeinsam 70-80% der Leistungen beanspruchen). V.a. Personen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität) und/ oder deren Behandlung den Bezug mehrerer Fachpersonen für viele verschiedene und aufwändige Gesundheitsleistungen erfordert (z.B. hochbetagte multimorbide Menschen, chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen oder Sozialhilfeempfänger*innen). Für diese Zielgruppe werden Massnahmen umgesetzt, um die koordinierte Versorgung an Schnittstellen zu verbessern. Es sollen aber auch die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung verbessert werden.[20]	▪ Hauptziel verbesserter Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Versorgung ▪ Expliziter Fokus auf die gesamte Behandlungskette ▪ Zielgruppe ältere Menschen und dort jene, die erhöhte Koordinationsbedarfe haben	▪ Im ersten Schritt stand Kontext Spital im Vordergrund ▪ Kein privilegierter Fokus auf die Rolle der Gemeinden ▪ Eher eng versorgungsorientiert und stark auf bestimmte genau ausgewählte Zielgruppen mit höchsten Bedarfen ausgerichtet (z.B. Zugang zu spezialisierter geriatrischer Versorgung) ▪ sowie auf ausgewählte genau definierte Schnittstellen und die daran Beteiligten (z.B. Spitalaustritt)	Lernen aus Modellen, Materialien und evaluierten Massnahmen ▪ zu besonders bedeutsamen Zielgruppen ▪ zu speziellen ausgewählten Schnittstellen ▪ Entspr. Teilprojekte könnten Teil eines S2.0 Projekts sein

16 Vgl. Bsps. unter www.teilete.net; zu einer Bestandsaufnahme zur Diskurs- und Projektelandschaft Schlapbach & Ruflin (2017).

17 Als Beleg dafür, dass Caring Communities selbst in der hochkompetitiven Forschung „angekommen“ sind. Das Projekt CareComLabs der Careum Hochschule Gesundheit will in mehreren Pilotgemeinden die Entwicklung von CC durch Living Labs vorantreiben. Vgl. zum Projekt https://www.careum.ch/-/neues-snf-projekt, http://www.stiftung-careum.ch/ageing/snf-nfp74

18 Vgl. Moulaert & Garon (2018); Buffel, Phillipson & Scharf (2012).

19 https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html

20 „Koordinierte Versorgung“ wird im Programm definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patient*innen über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die/der Patient*in: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung. Bestehende Massnahmen stärken und Rahmenbedingungen optimieren. Weiteres Ziel des Projekts ist es, die bestehenden Aktivitäten zur Förderung der koordinierten Versorgung von Gesundheit2020 zu verstärken. Dazu gehören z.B. Palliative Care, die Demenzstrategie oder die NCD-Strategie. Und es sollen die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung, v.a. in den Bereichen Finanzierung, Bildung und elektronisches Patientendossier, überprüft und allenfalls verbessert werden.

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Schweizerischer Nationalfonds SNF **NFP74 „Gesundheitsversorgung**“, targeted call 2018 zu Home Care (kompetitives Drittmittel-Forschungsprogramm) Laufzeit bewilligte Projekte 2019-2021	Das Nationale Forschungsprogramm NFP 74 lancierte 2018 eine gezielte Zweitausschreibung zu „Care@home and Health Care Policy and Management“. Dieser Call unterstützte Projekte, die sowohl zur Versorgung von chronisch kranken Patient*innen zu Hause und im sozialen Kontext beitragen, als auch die Organisation und Steuerung des schweizerischen Gesundheitssystems sowie Implementationsprozesse betrachten.	▪ die Stärkung von häuslicher Versorgung ▪ den Fokus Organisation und Steuerung des Versorgungssystems ▪ die spezifische Ausrichtung auf nachhaltige Implementation ▪ starker Akzent auf *angewandte* Forschung (aussergewöhnlich für SNF) ▪ explizite Einbeziehung von best practice als Empiriefokus ▪ sowie von Umsetzer*innen als Partner in Konsortien	Das NFP ist vorrangig Forschungsförderung, nicht Praxisentwicklung. Aber: s. bei Konvergenzen	▪ Am Ende von S2.0 könnten NFP-Ergebnisse aus mit S2.0 konvergierenden Projekten herangezogen werden[21], ▪ u.a. auch zum Thema Implementation
Gesundheitsregionen (GR): Div. lokale Initiativen[22]	*Vorsicht zum Begriff: es sind hier nicht die ebenfalls unter dem Namen GR geführten Diskussionen um Spitalregionen usw. gemeint, sondern der insb. vom Gesunden Kinzigtal in Deutschland aus geprägte Typus.* In der Schweiz entstehen seit einigen Jahren und aktuell vermehrt sog. Gesundheitsregionen.[23] Die bekanntesten sind xunds grauholz, Gesundes Freiamt u.a. Diese Ansätze unterscheiden sich in vieler Hinsicht untereinander sehr stark. International prominentes und weit entwickeltes umfassendes Vorbild ist seit vielen Jahren in D das „Gesunde Kinzigtal“.[24]	▪ Raumbezogenes Konzept (allerdings zumeist grösserer Raum als eine Gemeinde) ▪ Gemeinde, Gemeindeverbünde oder verfasste Regionen können herausgehobene Steuerungsfunktion wahrnehmen ▪ Teilweise ausgeprägte bottom-up- und Partizipationsorientierung ▪ Teilweise hochintegrierte Formen der Versorgung sowie ihrer Rahmenbedingungen (bis hin zu raumbezogenen Globalbudgets für die ganze Population)[25]	▪ GR sind explizit nicht nur auf bestimmte Altersgruppen fokussiert. ▪ Bei GR ist nicht a priori gesetzt, dass die Gemeinde, Gemeindeverbünde oder verfasste Regionen herausgehobene Steuerungsfunktion wahrnehmen muss ▪ Häufig ausgesprochen komplexe Struktur aus vielen verschiedenen Einzelprojekten ▪ In hochentwickelten Formen bereits zentrale Strukturbedingungen wie Globalbudget bereits verwirklicht	▪ GR werden i.d.R. aus vielen Teilprojekten entwickelt, S2.0 könnte eines sein ▪ und damit ebenso von GR profitieren wie umgekehrt

Wo steht das BAG-Projekt „Koordinierte Versorgung“ heute: Es „trägt zwar dazu bei, die Koordination an spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Doch eine übergeordnet verstärkte Koordination der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen wird damit nicht erreicht. Deshalb werden im BAG zusätzliche Überlegungen angestellt, wie man interprofessionelle Grundversorgungsstrukturen fördern könnte. Im Fokus stehen auch hier (ältere) Personen mit (mehrfachen) chronischen Erkrankungen, die dauerhaft im Gesundheitssystem sind und viele Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern beanspruchen. Ziel ist es, die Versorgungsstrukturen derart weiterzuentwickeln, dass die Behandlung und Betreuung künftig als Gesamtleistung erbracht wird. Dazu braucht es verbindlichere Zusammenarbeitsformen der Gesundheitsfachpersonen“ (fmc 2018, S. 29)..

21 Unseres Wissens nach könnten insb. beantragte Projekte zu verschiedenen Gesundheitszentren (ggf. auch Curaviva WPM sowie Unterengadin) herangezogen werden, falls diese Anträge im NFP74 bewilligt worden sein sollten.

22 Zumindest eine schon länger auf dem Weg befindliche Gesundheitsregion wurde im Rahmen des Programms PGV der Gesundheitsförderung Schweiz im Call 2018 beantragt und von den Gutachtenden hervorragend beurteilt, in der letzten Instanz aber nicht zur Förderung ausgewählt.

23 Bei grösseren Städten können dies auch „Gesunde Städte“ sein, vgl. das entsprechende WHO-Modell.

24 Vgl. die zahlreichen Aufsätze und Studien zum Gesunden Kinzigtal: https://www.gesundes-kinzigtal.de/publications/.

25 Zur Evaluation des sog. Shared Savings Approach vgl. Hildebrandt et al. (2010).

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Programm **Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV** Gesundheitsförderung CH Laufzeit bewilligte Projekte des 1.Calls ab Anfang 2019 für 2-4 Jahre. Jährliche Neuausschreibung vorgesehen (aktueller Call läuft seit Nov. 18). https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv.html	*(s. die umfangreichen Informationen zum Programm PGV bei Gesundheitsförderung CH*	▪ Starke Konvergenz beim Aspekt Selbstsorgefähigkeit ▪ PGV-Ausrichtung auf Gesundheitskompetenz konvergiert mit dem S2.0-Fokus Selbstsorgefähigkeit ▪ Fokus auf früh einsetzende Prozesse/ Hilfen, um Präventionspotenzial zu nutzen ▪ In PGV bewilligte Projekte werden u.a. einschlägige Projekte gefördert zu ○ Gesundheitskompetenz ○ Gesundheitsregion ○ Curaviva Wohnpflegemodell 2030[26] ▪ lange Projektlaufzeit: 4 Jahren (im grössten Gefäss der 3 Förderlinien)	▪ Orientierung auf Prävention ▪ Hoher Förderumfang bis zu 1,5 Mio CHF (im grössten Gefäss der 3 Förderlinien	▪ Präventive Ausrichtung von PGV könnte den Fokus Selbstsorgefähigkeit von S2.0 stärken
a+ Swiss Platform Ageing Society Akademien der Wissenschaften Schweiz & SAGW Laufzeit 2017-2020	„Alternde Bevölkerung“ ist ein Schwerpunkt der Akademien der Wissenschaften Schweiz und wird durch die SAGW bearbeitet. Im Rahmen der sektor-übergreifenden Plattform a+ bearbeiten Arbeitsgruppen Projekte zur Förderung einer differenzierten Reflexion über das Alter und zur Schaffung von alternsfreundlichen Umgebungen. Damit soll der Austausch zwischen Akteuren ermöglicht werden, die sich mit dem demografischen Wandel befassen, sowie die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis (national und international) gefördert werden.	▪ Ähnlicher Denkrahmen: Stützt sich auf Gesundheitsverständnis der WHO (Fokussierung auf Individuum, seine Ressourcen und sein Umfeld[27]); ▪ alle wichtigen Akteure einbezogen	▪ a+ ist nationale Plattform, kein regionales Akteursnetzwerk, grossteils auch keine vorrangig vor Ort tätigen Akteure. ▪ Hauptteil der Themen nicht fokussiert auf Versorgung ▪ bzw. nicht auf Menschen mit höheren Unterstützungsbedarfen. ▪ Langzeitpflegefokus ggf. möglich, aber erst nach 2020: „Ziele Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse älterer Menschen und Entwicklung von langfristigen Betreuungs- und Pflegesystemen 2018-2020 keine Aktivitäten vorgesehen“[28]	

[26] Die Förderentscheide sind noch nicht veröffentlicht, hier nur Auswahl, von denen die Offertnehmerin Kenntnis hat.

[27] Grundlage der Roadmap ist die “Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health” der WHO von 2015: WHO (2015b; siehe Kap. 3 der Roadmap). Ausserdem sind die UN Sustainable Development Goals (SDGs) und die UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) Referenzrahmen für die Aktivitäten der Plattform.

[28] Roadmap Healthy Ageing der a+ Swiss Platform Ageing Society vom 31.10.2018.

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Projekt VIA Gesundheitsförderung CH (Dez. 2016 abgeschlossen)	Kantone, Gemeinden, Organisationen und Fachleute sollten unterstützt werden, um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zu erbringen. Aus den Erfahrungen im Projekt entstand eine Broschüre („Kommunale Netzwerke für ältere Menschen aufbauen"), die sich an Gemeinden richtet, die kommunale Netzwerke zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität im Alter etablieren wollen. Es werden notwendige Strukturen und Rahmenbedingungen aufgezeigt, die für die richtige Stossrichtung notwendig sind.	▪ Ziel der systematischen Koordination und Vernetzung verschiedener Akteure ▪ In der Broschüre (Aug. 2017) ist der Aufbau von Netzwerken dokumentiert. Sie zeigt anhand von Beispielen und Abläufen, wie Netzwerke aufgebaut und unterhalten werden.	▪ S2.0 begleitet die Akteure bei ihrer Arbeit und bietet einen Lern- und Erfahrungsraum. ▪ S2.0 fokussiert auf die Gemeinde als Akteur, der die Fäden in den Netzwerken zusammenhält.	
Demenzfreundliche Gemeinde[29] «Demenzfreundliche Gesellschaft», Alzheimer Schweiz	Im Rahmen der von Alzheimer Schweiz 2015 initiierten Initiative «Demenzfreundliche Gesellschaft» gibt es mittlerweile 3 Pilotgemeinden (Engelberg, Grabs, Uetikon). In Engelberg" ist es ein Pilotprojekt der Alzheimervereinigung Obwalden-Nidwalden, die Menschen mit Demenz wieder ins soziale Leben eingliedern.	▪ Möglichkeit zu Partizipation von Menschen mit Demenz ▪ Ansatz an bestehenden Strukturen und Angeboten ▪ Hoher Stellenwert der Koordinierung ▪ Hoher Stellenwert niederschwelliger Information über Angebote ▪ Einbindung informeller Sorgearbeit in Interaktion mit den Profis ▪ Förderung Bewusstsein für eine Sorgekultur in der Bevölkerung	▪ Inklusionsprojekt für enger gefasste Zielgruppe als bei S2.0 ▪ nicht a priori gesetzt, dass die Gemeinde, Gemeindeverbünde oder verfasste Regionen herausgehobene Steuerungsfunktion wahrnehmen muss	▪
Netzwerk Altersbeauftragte (NW AB) **SGG-SSG** (Fortbestand für uns nicht klar)	(1) Die Altersbeauftragten selbst zielen darauf ab (2) das SGG-SGG-Netzwerk zielt auf deren Austausch und gegenseitiges Lernen	▪ Altersbeauftragte selbst (1) sind per se ähnlicher Ansatz wie S2.0	▪ Das SSG-Netzwerk ist auf überregionalen Austausch ausgerichtet und wirkt so nicht direkt auf die Praxis vor Ort oder in der Region ein.	▪ Starke Synergien, wenn NW AB bspw. die S2.0 Stossrichtung unterstützen würde ▪ Gleiches gilt vor Ort, wenn dort S2.0 Projekt umgesetzt wird

[29] Schwesterinitiativen existieren in vielen Ländern. Für Deutschland mit Fokus Kommune vgl. bspw. Aktion Demenz e.V. (2009), zu einer wohlfahrtskritischen Reflexion vgl. bspw. Laufenberg (2018).

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Gesundheitsnetz 2025 Zürich[30]	Durch das Gesundheitsnetz 2025 soll eine integrierte Versorgung sowie neue Formen der Zusammenarbeit im Raum Zürich stattfinden. Dies wird durch Zusammenarbeit und eine stärkere Vernetzung verschiedener Angebote gewährleistet. Das Gesundheitsnetz 2025 bietet der Bevölkerung eine Orientierungshilfe für einen direkten und unkomplizierten Zugang zur richtigen Versorgungsstelle.	▪ Ziele einer Koordination und Kooperation verschiedener Akteure ▪ niederschwellige Informationen und Das Dienstleister sind identisch.	▪ GN 2025 fokussiert nicht nur auf die älteren Menschen ▪ Nur auf Zürich begrenzt ▪ Vereinsstruktur, keine privilegierte Rolle der öffentlichen Hand ▪ Zwar moderiertes Netzwerk, aber eher unverbindlicher, mit jährlich 2 Treffen, deshalb Verbindlichkeit beim Aspekt „Aufbau effektiver Zusammenarbeitsbeziehungen“ begrenzt	▪ Entsprechende Netzwerke könnten vor Ort Nährboden und Vorprozess für S2.0-Prozess sein
Nationale Demenzstrategie Laufzeit 2014-2019	Im Fokus stehen Betroffene und Nahestehende von Demenzerkrankten, die Zugang und Informationen sowie Beratung benötigen. Dabei soll unter anderem die Leistungen stärker koordiniert werden.	Einige der Handlungsfelder und Massnahmen haben starke Bezüge zum S2.0 Konzept	▪ Begrenzung auf Gruppe der Menschen mit Demenz	
BAG **Strategie nichtübertragbare Krankheiten** (NCD Strategie)	Die NCD-Strategie für die Jahre 2017-24 zeigt Wege auf, wie sich nichtübertragbare Krankheiten verhindern, verzögern oder deren Folgen vermindern lassen. Sie ist eingebettet in die bundesrätliche Agenda Gesundheit2020, die einen Schwerpunkt setzt bei Gesundheitsförderung und Prävention.	Im Rahmen des Handlungsfeldes „Prävention in der Gesundheitsversorgung“ soll die Schnittstelle und die Zusammenarbeit inner- und ausserhalb des Gesundheitswesens verbessert werden, um eine koordinierte Versorgung sicherzustellen.	Das Thema Alter wird an mehreren Stellen erwähnt. Ein expliziter Fokus fehlt jedoch.	
Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW	Die SAMW engagiert sich als Brückenbauerin zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Im Programm 2017-2020 bearbeitet die SAMW folgende Schwerpunktthemen: Personalized and Population Health, Nachhaltige Medizin, Multimorbidität, Wissenschaftskultur, Ethik, Forschungsförderung.	Keine Schnittstellen	Fokussiert fast ausschliesslich auf medizinische Versorgung. Alter ist kein priorisiertes Thema	keine
BAG FP IP **Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen** Laufzeit: 2017-2020	Ziel des FP IP ist es, die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitssystem herauszuarbeiten und gute Praxismodelle zu dokumentieren. Somit soll den Verantwortlichen die Umsetzung nahegelegt werden.	▪ interprofessionelle Zusammenarbeit berufliche Akteure (insb. Gesundheitsberufe). ▪ Ein Teilprojekt auch zur Kooperation formeller mit informellen Akteuren	▪ Fokussiert nur auf das Gesundheitswesen ▪ Fokussiert vorranging auf berufliche Leistungserbringer ▪ in dem Teilprojekt, wo informelle Unterstützer*innen einbezogen werden, Eingrenzung auf betreuende Angehörige	Erkenntnisse könnten in die Entwicklung von S2.0 Projekten einfliessen.

30 Ähnliche Netzwerke gibt es auch in anderen Städten und Gemeinden (z.B. schon früh in Winterthur: Altersforum Winterthur)

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
BAG FP EbA **Förderprogramm Entlastungsangebote für betreuende Angehörige** Laufzeit: 2017-2020	Das FP EbA beschäftigt sich mit dem Ausbau der Wissensgrundlage und der Analyse guter Praxismodelle, damit neue und bessere Angebote für pflegende Angehörige entstehen können. Das Förderprogram möchte zudem Planungsgrundlagen für Kantone, Städte und Gemeinden schaffen, damit diese die Rahmenbedingungen für bedarfsgerechte Strukturen weiterentwickeln können.	▪ FP-Fokus pflegende Angehörige ist zumindest *Teil*gruppe auch im S.2.0 ▪ Ansatz an bestehenden Strukturen und Angeboten ▪ Hoher Stellenwert der Koordinierung zumindest in bestimmten Teilprojekten (bspw. G07) ▪ Hoher Stellenwert niederschwelliger Information über Angebote ▪ Einbindung informeller Sorgearbeit in Interaktion mit den Profis ▪ Bewusstsein für eine Sorgekultur in der Bevölkerung verbessern	▪ FP zielt auf Auftragsforschung (aber mit Primärziel der Massnahmenformulierung) ▪ FP hat engere Zielgruppe pfleg. Angehörige	S2.0 kann aus FP-Ergebnissen wertvolle Hinweise bekommen bzgl. S2.0-Teilgruppe pfleg. Angehörige
ARE – Modellvorhaben für nachhaltige Raumentwicklung Laufzeit 2014-2018	Seit 2002 fördert der Bund neue Ansätze und Methoden, die lokalen, regionalen und kantonalen Akteuren die Möglichkeit geben, gemeinsam an Vorhaben zu arbeiten. Entstanden sind u.a. praktische Broschüren, die die Zusammenarbeit dokumentieren.	▪ Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren stärken ▪ Austauschgefässe etablieren, die nicht innerhalb der Strukturen bestehen ▪ themenbezogen geht es bspw. um bedürfnisgerechten Wohnraum und funktionale, nachhaltige Planung von öffentlichem und privatem Raum	Ältere Menschen sind kein spezifisches Thema	
Neue Regionalpolitik NRP des Bundes Laufzeit 2. Förderperiode 2016-2023	Im Vordergrund stehen die regionale Innovationsförderung sowie der Strukturwandel im Tourismus. Weiter fördert die NRP kantonsübergreifende Regionale Innovationssysteme (RIS), die die Vernetzung von Unternehmen, Bildung und Forschung sowie der öffentlichen Hand unterstützen.	▪ Innovative Zusammenarbeitsformen und Projekte in ländliche (Rand-)Regionen fördern. ▪ Gesundheitsversorgung ist nur ein Thema unter vielen weiteren: Es wurde bspw. die Gesundheitsregion Appenzellerland unterstützt (Bündelung von Gesundheitsangeboten zur besseren thematischen Positionierung am Markt)	▪ Hauptfokus auf der Entwicklungsförderung von Randregionen, ländlicher Raum ▪ nicht fokussiert auf Versorgung einer bestimmten gesellschaftlichen Kohorte (alte Menschen)	

Name Programm/ Akteur[13]	Kurzbeschreibung Programm	Konvergenzen zu Socius 2.0 (S2.0)	Unterschiede zu Socius 2.0 (S2.0)	mögliche Synergien
Gesundheitszentren	Unter dem Begriff Gesundheitszentren firmiert heute eine kaum überschaubare Anzahl sehr unterschiedlicher Initiativen mit sehr unterschiedlicher Reichweite und Integration. Für S.2.0 interessant sind v.a. die hochintegrierten Formen wie das Gesundheitszentrum Unterengadin[31], das zu den meistbeachteten gehört.	▪ Muss sehr genau mit Blick auf die je vorliegende Form eines Gesundheitszentrums untersucht werden - verallgemeinernde Aussagen kaum seriös möglich ▪ Einige Formen haben erhebliche Konvergenzen hinsichtlich Zielen der Unterstützung des häuslichen Verbleibs von Menschen mit komplexen Bedarfslagen.	▪ Teilweise deutlich weiter gefasster Gesundheitsbereich ○ mit Fokus Gesamtpopulation ○ nicht auf Alter beschränkt ○ von amb. bis stationäre	
Curaviva **Wohn- und Pflegemodell** (WOPM) **2030**	Das WOPM 20130 ist ein Dienstleistungsunternehmen mit einer dezentralen, sozialorientierten Infrastruktur. Wichtig ist die Zusammenarbeit mit medizinischen Grundversorgern, Therapieangeboten und mit dem Quartier. Im Zentrum steht der Sozial-/Lebensraum älterer Menschen. Das Gesundheitszentrum bildet das Kernstück des WOPM 2030. Derzeitiger „Vorzeigestandort“ in der Deutschschweiz ist u.a.: Stiftung Lindenhof in Oftringen.	▪ Aus heutiger Sicht noch nicht ausreichend beurteilbar ▪ Muss sehr genau mit Blick auf die je vorliegende Form eines WOPM untersucht werden - verallgemeinernde Aussagen kaum seriös möglich ▪ In der programmatischen Gesamtstossrichtung durchaus erhebliche Konvergenzen	▪ im Kern ein unternehmerisch-betriebliches Business-Modell: das Unternehmen (auch NPO) führt Regie ▪ kann (auch bei NPO) dem S.2.0-Anliegen zuwider laufen, Eigeninteressen zu verhindern und nicht als Konkurrent angesehen zu werden ▪ Fokus: Integration unterschiedlicher zusätzlicher Aktivitäten rund um ein Heim. ▪ Ggf. Eingrenzung auf Aktivitäten unter einem physischen Dach, auf einem Betriebsgelände ▪ unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit mit der Gemeinde möglich (aber nicht prioritär zwingend)	

[31] Ggf. wird dieses im Rahmen eines NFP74-Projektes gründlich bzgl. Gestalt und Implementation wirkungsorientiert untersucht, falls es zu einer pos. Bewilligung gekommen sein sollte.

Weitere nicht in die Tabellenlogik integrierte und systematisch kommentierte Programme/Akteure:

- Gesondert erwähnenswert ist eine **gemeinsame Initiative des Schweizerischen Gemeindeverbands, Schweizerischen Städteverbands, Apothekerverband pharmaSuisse, Spitex Schweiz, CURAVIVA Schweiz sowie mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz (Oktober 2017)**. Sie sprengt die Logik der o.g. Matrix insofern, als sich in ihr sehr unterschiedliche wichtige Akteure zu einer gemeinsamen Resolution an Bundesrat Alain Berset zusammengeschlossen haben.[32] Es geht darin um eine bessere Zusammenarbeit und neue Modelle in der Gesundheitsversorgung auf lokaler und regionaler Ebene – dies allerdings breit gedacht wird – u.a. dadurch, dass finanzielle Fehlanreize beseitigt und Anreize für die koordinierte Versorgung gestärkt werden. Zentrale weitere Aussagen sind:
  - „Die *Gemeinden, Städte und Leistungserbringer* wollen die Modelle für eine integrierte Versorgung *gemeinsam* weiter vorantreiben. Sie werden zu diesem Zweck *Pilotprojekte* in unterschiedlichen Versorgungsregionen initiieren, gemeinsam weiterentwickeln und die Übernahme der erfolgreichen Versorgungsmodelle in anderen Regionen fördern“ (Medienmitteilung, S. 2).
  - *„Interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern:* (…) Es braucht eine Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen und eine bessere Zusammenarbeit aller Leistungserbringer mit neuen Finanzierungsmodellen. Ziel sind möglichst lückenlose und effiziente Versorgungs- und Betreuungsketten. Die Gemeinden und Städte sind beim Aufbau integrierter Versorgungsmodelle sowohl im ambulanten Bereich als auch bei der stationären Pflege für ältere Menschen von grosser Bedeutung. (…) Weiter ist ein flexibler Übergang von ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten. Damit dies alles gelingt, muss die Politik die notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize schaffen.“
- **Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: fmc** (https://fmc.ch): Das Augenmerk liegt auf der Integrierten Versorgung und einer Verbesserung der Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist es, die Versorgung der Patient*innen stets zu optimieren.
- **Städteinitiative Sozialpolitik** (SSI) (https://staedteinitiative.ch): Die SSI vertritt die sozialpolitischen Interessen von rund 60 Schweizer Städten aus allen Regionen. Sie setzt sich für ein kohärentes System der sozialen Sicherung und eine gute Zusammenarbeit von Städten, Bund und Kantonen ein. Die SSI ist eine Sektion des Schweizerischen Städteverbandes. Austausch zwischen den Städten: Städte sind Gestalter*innen einer sozialen Politik. Die SSI fördert den Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstädten.
- **IIZ Interinstitutionelle Zusammenarbeit** (http://www.iiz.ch/): Die nationale IIZ-Fachstelle gestaltet als Kompetenzzentrum die IIZ-Aktivitäten in der Schweiz mit und ist Anlaufstelle des Bundes für IIZ-Fragen. Sie unterstützt zudem die professionelle Arbeit an den Schnittstellen der Systeme der sozialen Sicherheit sowie das IIZ EKG in den Entwicklungs- und Koordinationsarbeiten.
- **Quartiers Solidaires** (www.quartiers-solidaires.ch): Im Zentrum der Quartiers Solidaires steht die Aktivierung von Senior*innen im konkreten Sozialraum, die Förderung und Festigung von Beziehungen zwischen den Bewohner*innen eines Wohnquartiers sowie die partizipative Quartierentwicklung. Es bestanden (Stand 2015) 17 Quartiers Solidaires. Vor wenigen Jahren wurde begonnen, den Ansatz der Pro Senectute auch auf Dörfer („villages solidaires“) auszuweiten.[33]
- Die **IG Schnittstellen** mehrerer im Altersbereich engagierter Stiftungen und Organisationen[34] (vgl. Frey-Wettstein & Raymann 2018, Walder Stiftung 2018) kritisiert die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, die zu massiven Fehlsteuerungen beitrage. Weitere Fehlanreize entstünden durch die (ebenfalls u.a. leistungsrechtliche) Trennung zwischen Pflege und Betreuung. Als drittes Hindernis für eine integriertere Versorgung benennen sie die Trennung und unterschiedliche Ressortierung von Gesundheitswesen und Sozialwesen, die nicht zuletzt auch zu einer Segmentierung zwischen Gesundheits- und Sozialberufen beitrage. Dazu passend werden Forderungen entwickelt und Massnahmen vorgeschlagen sowie in der Öffentlichkeit diskutiert.

---

[32] Vgl. die Medienmitteilung: https://www.presseportal.ch/de/pm/100059928/100808040 sowie https://www.spitex.ch/Verband/News/Medizinische-Grundversorgung-Gemeinden-Staedte-und-Leistungserbringer-fordern-neue-Modelle/owPA1ZXi/P7sQ3/?lang=de (hier finden sich die Medienmitteilung sowie die Resolution zum download). Zur allg Website: http://www.chgemeinden.ch

[33] Eine knappe anschauliche Beschreibung durch M. Zwygart findet sich bspw. unter https://academy.socialdesign.ch/de/quartiers-solidaires-partizipative-quartierentwicklung-im-kanton-waadt/, vgl. ausserdem Zwygart, Plattet & Ammor (2017) und die Evaluation im Auftrag der Fondation Leenards: Ettlin & Ruflin (2013).

[34] Alzheimer Schweiz, Bonacasa, Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur, Läbesgarte, Orgavisit, Organisation der Arbeitswelt Soziales Zürich, Paul Schiller Stiftung, Spitex Kriens, Stadt Schaffhausen, Walder Stiftung.

3.3 Themenfeld III: Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung ist weltweit auf akute Krankheiten ausgerichtet – und stösst v.a. bei chronisch und immer häufiger auch mehrfach erkrankten sowie sterbenden Menschen an ihre Grenzen. Die Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) aus dem Jahr 2010/2011 (Moreau-Gruet 2013) zeigen, dass bei den 65- bis 69-jährigen zuhause Lebenden ca. ein Fünftel an Multimorbidität leiden. Ab 85 Jahren verdoppelt sich dieser Anteil. In Alters- und Pflegeheimen haben gar 85.5% der Bewohner*innen mindestens zwei Diagnosen (Moreau-Gruet 2013; Diebold et al. 2015). Mehrfacherkrankungen werden in der Fachdiskussion als besonders wichtiger Faktor für erhöhten Koordinationsbedarf angesehen (Brüngger et al. 2014).

Die aktuellen fragmentierten Unterstützungsleistungen entsprechen nicht den Bedürfnissen und Bedarfen von älteren Menschen (Oliver, Foot, & Humphries 2014). Die Schweiz ist daher zunehmend gefordert, bei der Versorgung der älteren Bevölkerung neue Wege zu beschreiten, um die Unterstützungs- und Pflegeleistungen besser zu koordinieren, effektiver und effizienter zu gestalten. Dabei ist zu erwarten, dass sich Bund, Kantone und Gemeinden in Zukunft noch viel stärker für die bessere Vernetzung der Versorgung einsetzen. Denn mit der Zunahme an hochaltrigen, multimorbiden, chronisch kranken Menschen wachsen das Medizinisch-Pflegerische und das Soziale zusammen (Zanoni und Berchtold 2018). Alterspolitik wird damit sozusagen zur Querschnittsache (Interview 1A).

Angrenzende Konzepte der WHO[35]

Für eine bedürfnisgerechte Versorgung, die durch die richtigen Unterstützungsangebote, zum richtigen Zeitpunkt vermittelt wird, ist eine Zusammenarbeit zwischen den Akteuren (formelle und informelle) zwingend nötig (Oliver et al. 2014). Bereits 2002 erkannte die WHO (WHO 2002), dass statt der akuten Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, eine koordinierte und umfassende Kontinuität der Versorgung nötig wird. Um das **aktive Altern** zu gewährleisten, steht laut WHO die Mitwirkung einer Vielzahl verschiedener Sektoren (Bildung, Arbeit, Finanzen, Sicherheit) an der Realisierung der öffentlichen Gesundheit im Vordergrund, wobei das Gesundheitswesen die Rolle des Katalysators übernimmt WHO 2002).

Eine zentrale Massnahme, die auch die Stossrichtung von Socius 2.0 stützt, ist die „Entwicklung eines kontinuierlichen Programms für die Bereitstellung von Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen, die erschwinglich, leicht zugänglich, von hoher Qualität, und spezifisch auf die Bedürfnisse und Rechte von Frauen und Männern im Alter zugeschnitten sind“ (WHO 2002). Konkret muss dabei „die Koordinierung des Gesundheitswesens mit dem Sozialsystem verbessert werden und beide sollten, wo dies möglich erscheint, zusammengelegt werden. Entsprechende Standards für alte Menschen müssen durch Regelungsmechanismen, Richtlinien, Erziehung, Beratung und Zusammenarbeit eingerichtet und erhalten werden“ (WHO 2002).

Seit ihrer Entwicklung durch die WHO hat auch die Perspektive auf **Age friendly Cities und Communities** weltweit eine prägende und starke Entwicklung genommen (Moulaert und Garon 2018). Auch dieses Konzept hat starke Anknüpfungspunkte an Socius 2.0. Damit Nachhaltigkeit und breite Unterstützung für alternsfreundliche Städte, Gemeinden und Quartiere erzielt werden, müssen (1) Diversityausprägungen der Städte und ihrer Bewohnenden sowie (2) mit einer Lebenslaufperspektive die Bedürfnisse der Menschen aller Altersstufen stärker einbezogen, und (3) ältere Menschen substanziell in Stadt- und Sozialplanung sowie Massnahmenentwicklung partizipativ involviert werden (Buffel et al. 2012). Um die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit, Wohlbefinden, Alter der gesamten Gemeinschaft/Bevölkerung zu ermöglichen, müssen Massnahmen multisektoral sein und die Kooperation zwischen Organisationen des öffentlichen und privaten Sektors sowie der Zivilgesellschaft sicherstellen (WHO 2015a). Ohne solche Kooperationen erscheint eine erfolgreiche Umsetzung von alternsfreundlichen Städten fraglich.

---

35 Auf die vielfältigen teilweise ähnlich ausgerichteten Aktvitäten der EU sei hier nur verwiesen, vgl. bspw. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Ebenso auf die Aktivitäten von europäisch organisierten Verbänden wie EUROCARERS (http://www.eurocarers.org/), vgl. bspw. deren Programm-Bemühungen „Towards a strong evidence base for carer-friendly systems in the EU“.

Dies bestätigt sich auch in der Studie von Williamson (2016), die mit einer Literaturübersicht, einer Online Befragung und Expert*inneninterviews Konzepte und Umsetzungen von **„dementia friendly communities“** untersuchten. Auch hier zeigt sich, dass eine Kooperation auf individueller und Gemeindeebene essenziell ist für den Erfolg der Umsetzung. Die untersuchten Verbünde werden als informierte, unterstützende Netzwerke beschrieben, die Kooperationen zwischen Individuen und Gruppen fördern und sicherstellen, dass Bemühungen koordiniert und verfügbare Ressourcen geteilt werden. Eigens dafür ausgewählte Teams oder Individuen sollten für diese Koordination und Weiterentwicklungen in den Gemeinden zuständig sein. Die Einbindung der regionalen Gemeindepolitik kann diesbezüglich förderlich wirken, wobei die einzelnen Organisationen von den Vorteilen einer Kooperation überzeugt sein müssen (Williamson 2016).

Um die Umsetzung von age oder dementia friendly cites / communities zu evaluieren, stehen evidenzbasierte Evaluationsinstrumente zur Verfügung (Buckner et al. 2017; Buckner et al. 2018). Die Instrumente reflektieren die Komplexität und Multidimensionalität von age friendliness, indem sie ein breites Spektrum an Themen abdecken und durch detaillierte Fragen den Gegebenheiten vor Ort auf den Grund gehen. Themenbereiche, die v.a. im Kontext von Socius 2.0 relevant erscheinen sind: politische Unterstützung; Leadership und governance; finanzielle und personelle Ressourcen; Partizipation von älteren Menschen; Koordination, Kollaboration und Vernetzungen (Buckner et al. 2017). Die Dimensionen des Evaluationsinstruments verdeutlichen die Wichtigkeit der Socius 2.0 Themen im Aufbau von Strukturen, die das Älterwerden zu Hause ermöglichen sollen. Weiter können Gemeinden / Regionen mithilfe dieser Tools eine Selbsteinschätzung durchführen, anhand derer sich potenzielle Handlungs-/Optimierungsfelder identifizieren lassen.

Neue Modelle von Governance

Aus den verschiedenen Erfahrungen mit der Umsetzung der age / dementia friendly cities, aber auch unseren Erfahrungen und den Expert*innenmeinungen lässt sich nicht klar feststellen, ob Initiativen durch einen top down oder bottom up Ansatz erfolgreicher sind. Obwohl die WHO (WHO 2015a) „high level political commitment“ als eine essenzielle Bedingung für die erfolgreiche Initiierung, Entwicklung und nachhaltige Umsetzung von age friendly cities benennt, kommt Williamson (2016) zu dem Schluss, dass auch in Ländern ohne nationale Programme oder Strategien extensive Bemühungen in Richtung alters-/ demenzfreundliche Städte und der Koordination und Zusammenarbeit zwischen Organisationen bestehen (können). In Ländern mit nationalen Vorstössen zeichnen sich ausserdem Initiativen auf Gemeindeebene aus, die unabhängig von den nationalen Bemühungen fungieren. Goodwin et al. (2013) konstatieren hingegen, dass ohne eine vollständige Ausrichtung des politischen, regulatorischen, organisatorischen und professionellen Spektrums an den Zielen der koordinierten Versorgung, den lokalen Führungskräften zu viel Vertrauen entgegengebracht wird, um Veränderungen zu ermöglichen.

Aus Sicht der von uns befragten Expert*innen sind Entwicklungen, die top-down vorgegeben werden, eher schwierig (Interview 5E) bzw. bergen die Gefahr, dass starke Reglementierungen Innovation verhindern (Interview 3C) – und gerade Innovation ist im Feld der Altersarbeit besonders wichtig, weil wir im Moment noch nicht wissen, welche Angebote es in Zukunft brauchen wird (Interview 1A). Vorteile eine top-down Umsetzung sehen Personen 2B und 4D, wobei auch hier betont wird, dass es auch bottom-up Entwicklungen braucht und durch reine Vorgaben, Verpflichtungen keine nachhaltigen Entwicklung angestossen werden können.

In der Schweiz zeichnet sich ein Wandel ab von den traditionellen Modellen der öffentlichen Verwaltung und des New Public Managements hin zu *Formen von New Public Governance* (Stremlow et al. 2016). Während die öffentliche Verwaltung vor allem auf rechtliche Grundlagen fokussiert, werden im Ansatz des New Public Managements betriebswirtschaftliche Ansätze in die Verwaltung übertragen. Resultat dieses Steuerungsmodells ist, dass Dienstleistungen heute von der Kostenseite her gesteuert werden. Die Zuwendung öffentlicher Mittel wurde in ein marktwirtschaftliches Wettbewerbsmodell eingebettet und mittels Leistungsvereinbarungen gesteuert (Stremlow et al. 2016). Dieser Ansatz wird auch von InterviewpartnerIn 4D als eine Möglichkeit der Steuerung der Akteurslandschaft gesehen.

Die Logik der New Public Governance setzt auf den Ausbau von lokalen Arenen der Partizipation, in denen der gegenseitige Austausch der öffentlichen und privaten Akteure gefördert wird. Es geht dabei vor allem

um die Bildung von interorganisationalen Netzwerken und um die koproduktive Gestaltung von Dienstleistungen (Stremlow et al. 2016). Interorganisationale Netzwerke beschäftigen sich mit der Zusammenarbeit von mehreren Organisationen (mindestens drei) im institutionellen Sinne und beziehen im Vergleich zu Unternehmensnetzwerken auch weitere Non-Profit Organisationen mit ein (z.B. Behörden, Verbände) (Bönisch 2017).

In der Schweiz tragen die Gemeinden die Verantwortung für die Umsetzung von Altersthemen. Je umfassender die Gemeinde ihre Verantwortung wahrnimmt, umso besser sind die Rahmenbedingungen für ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Älterwerden zu Hause (Interview 3C). Mit einer Steuerung im Sinn des New Public Governance, bei der interorganisationale Netzwerke und eine koproduktive Gestaltung von Angeboten entsteht, können Gemeinden oder Regionen der anspruchsvollen Aufgabe der sektorenübergreifenden Gestaltung der Alterspolitik begegnen. Anzumerken ist hier, dass die Implementation von New Public Governance sowohl top-down als auch bottom-up geschehen kann (Hagedorn Krogh 2017).

Integrierte Versorgungsstrukturen

Einen Ansatzpunkt der Vernetzung stellen integrierte Versorgungsstrukturen dar, die individuelle, bedarfsgerechte Versorgung durch interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungskooperationen sicherstellen wollen (vgl. WHO 2016). In einer hochgradig ausdifferenzierten Versorgungslandschaft, sind äußerst heterogene Vernetzungsaktivitäten wahrnehmbar. Die Definition von integrierter Versorgung ist daher schwierig. Wir verstehen Integration als „ein kohärentes Set an Methoden und Modellen für die Finanzierung, Verwaltung, Organisation, Bereitstellung an Dienstleistungen und klinischen Versorgung, das Anschlussfähigkeit, Anpassung und Zusammenarbeit innerhalb und zwischen dem Medizin-, Pflege- und Sozialbereich schaffen soll. Das Ziel dieser Methoden und Modelle ist die Verbesserung der Versorgungsqualität, der Lebensqualität, der Zufriedenheit und der Effizienz der Versorgung von Patienten mit komplexen, langfristigen Problemen, die mehrere Dienste und Anbieter in Anspruch nehmen“ (Kodner und Spreeuwenberg 2002; Dietschi 2018; Trageser, Gschwend, Stokar, Hegedüs & Otto 2018). Die Implementation integrierter Versorgungsstrukturen ist äusserst herausfordernd (vgl. Maruthappu, Hasan, & Zeltner 2015).

Klassifikation von integrierter Versorgung

Integration kann entsprechend dem “Rainbow Model of Integrated Care” auf Systemebene (Makroebene, horizontale und vertikale Integration), institutioneller Ebene (Mesoebene, interorganisationale Partnerschaften), professioneller Ebene (Mesoebene, inter-professionelle Partnerschaften) und Dienstleistungsebene (Mikroebene, Koordination von Fallverläufen) stattfinden (Valentijn et al. 2015). Aus Sicht der Expert*innen und für die Stossrichtung von Socius 2.0 erscheinen uns vor allem die System- und institutionelle Ebene als relevant.

Schlüsseleigenschaften für Integration auf institutioneller Ebene sind laut Valentijn et al. (Valentijn et al. 2015): Interorganisational governance, Interest management, Performance management, Population needs as binding agent, Inter-organisational strategy, Managerial leadership, Learning organisations, Competency management. Auf Systemebene konnte eine abschliessende Einigkeit (von den Expert*innen der Delphi-Befragung) nur bei der Eigenschaft „stakeholder management“ erzielt werden. Die genannten Schlüsseleigenschaften können Anhaltspunkte bzw. einen Rahmen für die Abgrenzung von unterschiedlichen Integrationsebenen in den Socius 2.0 Vorhaben bilden.

Das systematische Review von Looman et al. (2018) kam zu dem Schluss, dass aktuell verfügbare, und wissenschaftlich untersuchte integrative Modelle für ältere, fragile Menschen, die zu Hause leben, sich bisher meist auf der Mikro- und selten auf der Meso- oder Makroebene bewegen. Von 29 eingeschlossenen Interventionen wurden in 7 Fällen Interorganisationale Netzwerke gegründet und in 3 Fällen eine teilweise bis vollständige finanzielle Integration sichergestellt. Interventionen mit Integration auf Systemebene konnten von den Autor*innen nicht gefunden werden (Looman et al. 2018).

Integrierte Versorgung in der Schweiz

Eine Bestandsaufnahme von integrierten Versorgungsmodellen in der Schweiz liefert der Obsan Bericht 57 (Schusselé Filliettaz 2017; Schusselé Filliettaz et al. 2018). Von den erhobenen Modellen waren es die sog. „Gesundheitszentren“, die die meisten Versorgungsebenen integrierten. Diese Initiativen fassen mehrere Strukturen und Ebenen der Gesundheitsversorgung unter einer Leitung zusammen. Insgesamt wurden 2016 20 Gesundheitszentren, mehrheitlich in der Deutschschweiz, identifiziert (Schusselé Filliettaz 2017; Schusselé Filliettaz et al. 2018). Allein 6 von den 20 Zentren befinden sich im Kanton Graubünden und in einer ländlichen Region (CURAVIVA Schweiz 2017).

Dass sich die integrierte Versorgung in der Schweiz weiter entwickelt und verbreitet, wäre wünschenswert. Das forum managed care (fmc) hat 2014 Handlungsoptionen und Anreize formuliert, welche die vertikale, sektorenübergreifende Integration befördern: Seitens der öffentlichen Hand fördern Kantone und Gemeinden den Aufbau von integrierten Organisationen mit vergünstigten Darlehen und Projektfinanzierungen. Unterstützungsbeiträge könnten dabei an Bedingungen geknüpft werden, welche z.B. Zusammenarbeit in der Region begünstigen (fmc – Forum Managed Care 2014). Je nach Region (Land, Stadt, Grossstadt) wird die Steuerung des Angebots leicht unterschiedlich sein. Allen Regionen gleich ist, dass die Kooperation bzw. Zusammenarbeit in Vereinbarungen zwischen Organisation und Leistungserbringern verbindlich geregelt wird. Im Setting der Grossstadt wirkt der Anbieter-Wettbewerb als ein zusätzliches Steuerungselement. Voraussetzung dafür ist eine grössere Transparenz für die Patient*innen (z.B. Public Reportings, Zertifizierung), so dass sich diese über die Qualität der Anbieter bzw. der Leistungen informieren können (fmc 2014). Ganz aktuell diskutiert der fmc-Denkstoff die Rolle von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung und dokumentiert aktuelle Beispiele (fmc 2018).

Reifegradmodell integrierter Versorgung

Um eine erfolgreiche Transformation zu stärker integrierten Versorgungssystemen zu erreichen, sind Erkenntnisse erforderlich, welche Faktoren zum Fortschritt und Erfolg von integrierten Versorgungsmassnahmen beitragen. Das B3-Maturity Model – kurz B3-MM genannt – wurde von der B3 Action Group on Integrated Care der European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging entwickelt. Seit 2013 sammelt diese Gruppe best practice Beispiele integrierter Versorgung in Europa (Henderson, Pavlickova, & Lewis, 2016). Die Projektgruppe hat diese Erkenntnisse zusammengefasst und mittels Literatur und einer Delphi-Befragung ein Reifegradmodell entwickelt.

Das B3-MM zeigt die Entwicklung eines regionalen Systems in mehreren Dimensionen, um eine integrierte Versorgung zu erreichen. Durch die Berücksichtigung jeder Dimension und die Beurteilung der aktuellen Situation innerhalb einer Region und die Zuweisung eines Masses für die „Reife“ (auf einer Skala von 0-5) kann ein Spinnendiagramm des Reifegrades der Region bzw. des Gesundheitssystems, einschliesslich der Stärken und Schwächen sowie der Verbesserungspotenziale auf dem Weg zur integrierten Versorgung, erstellt werden. Das Reifegradmodell dient als Selbstbewertungsinstrument für Regionen oder Gesundheitssysteme, die ihre Fortschritte entlang von 12 Dimensionen bewerten wollen. Diese Dimensionen spiegeln die verschiedenen Aspekte wider, die für eine integrierte Versorgung relevant sind (Grooten et al. 2018) (fett markierte Dimensionen erscheinen uns besonders relevant im Hinblick auf Socius 2.0):

1. **Veränderungsbereitschaft für eine stärker integrierte Versorgung**
2. **Struktur und Governance**
3. Information und e-Health-Dienstleistungen
4. Standardisierung & Vereinfachung
5. Finanzierung & Förderung
6. Entfernung von Barrieren
7. **Bevölkerungsansatz**
8. **Bürgerbefähigung** (Citizen Empowerment)
9. Bewertungsmethoden
10. **Integrationsgrad/-umfang**
11. Innovationsmanagement
12. Capacity Building / Aufbau von Kapazitäten

Wirkungen von Koordination / Kooperation / integrierter Versorgung

Die wissenschaftliche Evidenz für integrierte oder koordinierte Versorgung für ältere, zu Hause lebende Menschen ist limitiert. Die wissenschaftliche Durchdringung von Netzwerken bleibt dabei deutlich hinter der Anzahl und ständigen Weiterentwicklung von Kooperations- und Vernetzungsformen in der Praxis zurück (Bönisch 2017). Ausserdem fehlen methodisch hochwertige Wirkungsstudien, die auch den Langzeiteffekt von integrierter Versorgung untersuchen (Nolte und Pitchforth 2014; Looman et al. 2018). Dies zeigt sich nicht nur für die Schweiz, sondern auch für Initiativen in anderen Ländern. Im Folgenden werden einige Studien der jüngeren Zeit aufgeführt, die Erkenntnisse über die Wirkung von koordinierter, integrierter Versorgung liefern. Eine abschliessende Aussage über die Wirkungen kann jedoch nicht getroffen werden.

*Wirkung auf Nutzer*innen und Angehörige*

Ein aktuelles systematisches Review zum Thema integrierte Versorgung für ältere, fragile Menschen, zeigt sehr unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit. Bei einer Mehrzahl der Studien zeigte sich ein positiver Effekt integrierter Versorgung auf das Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Gebrechlichkeit und dem Wunsch nach Institutionalisierung. Auf die Outcomes Schmerz, Rollenwahrnehmung, soziale Unterstützung und gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte keine der eingeschlossenen Studien einen signifikant positiven Effekt (Looman et al. 2018). Die unterschiedlichen Ergebnisse liessen sich jedoch nicht durch den Grad der Integration (Mikro, Meso, Makro) erklären (Looman et al. 2018).

Andere Autor*innen kommen zu anderen Ergebnissen: Oliver et al. (2014) konstatieren, dass Integration die Erfahrungen von Nutzer*innen verbessern und zu wirkungsvolleren Behandlung führen kann. Aber auch Verbesserungen in der Lebensqualität, Wohlbefinden, Patientenzufriedenheit und Adhärenz mit Behandlung konnten festgestellt werden (Martínez-González et al. 2014; Damery et al. 2016). Indes sind auch hier die Erkenntnisse nicht eindeutig mit z.B. randomisiert kontrollierten Studien oder Meta-Analysen belegt.

Janse et al. (Janse et al. 2014a; Janse et al. 2014b) untersuchten einen integrierten Ansatz, der aus multidisziplinären Behandlungsplänen, -konsultationen, einem Triage-/Aufnahmepunkt, einem integrierten Informationssystem und einem starken Fokus auf unterstützende Angehörige bestand. Sie kamen zu dem Resultat, dass die subjektive empfundene Belastung von Angehörigen in der Interventionsgruppe abnahm, die Wahrscheinlichkeit, dass die Angehörigen bei Haushaltstätigkeiten unterstützen zunahm (Janse et al. 2014a) und dass aus Sicht der Angehörigen die Kliente*innen eine bedürfnisgerechtere Unterstützung erhielten (Janse et al. 2014b). Keine Wirkung konnte jedoch hinsichtlich der Zufriedenheit der Angehörigen bzgl. der Versorgung und den Unterstützungsleistungen aufgezeigt werden (Janse et al. 2014b).

Veränderungen in der Belastung der Angehörigen konnte auch die Evaluation des Schweizer integrierten Versorgungsnetzwerks CareNet^{+} aufzeigen: CareNet^{+} konnte die drei häufigsten Erwartungen der Klient*innen (Übernahme der Koordination, Entlastung und Unterstützung bei der Finanzierung) mehrheitlich erfüllen. Der Bedarf rund um die Finanzierung und Organisation von Hilfe und Pflege wurde gedeckt und es kam zu einer Entlastung im Hinblick auf die finanzielle Situation (durch Beantragen von zusätzlichen Leistungen), Einbringen von Informations-Support, Entlastung von administrativen Aufgaben (durch Koordination, Organisation) und eine emotionale Entlastung (durch die Rolle als Ansprechs- / Vertrauensperson). Zusätzlich ging deutlich hervor, dass nach CareNet^{+} mehr Akteur*innen in die Versorgung/ Unterstützung der Klient*innen involviert sind und vor allem Angehörige dies als entlastend wahrnehmen. Ausserdem zeigt sich eine Verbesserung im Hinblick auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand der Klient*innen im Verlauf der CareNet^{+}-Koordination (Trageser et al. 2018).

Erwähnenswert an dieser Stelle ist auch, dass das National Institute of Health and Care Excellence in ihrer Guideline „Home care for older people living in their own homes“ koordinierte Versorgung empfehlen (National Institute for Health and Care Excellence 2015). Sie betonen, dass eine koordinierte Versorgung, die die Bedürfnisse, Wünsche und Erfahrungen der Betroffenen beachtet, die Gesundheit der Betroffenen verbessern, Unterstützung der pflegenden Angehörigen erhöhen und zu Kostenreduktionen aufgrund der Vermeidung von Doppelbehandlungen führen kann. Eine Koproduktion oder Kollaboration zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Freiwilligenbereich könne ebenfalls zu einer Verbesserung der Outcomes der Nutzer*innen führen. Welche Outcomes konkret dies sind, wird in der Guideline nicht aufgeführt (National

Institute for Health and Care Excellence 2015). Wie wichtig bürgerschaftlich stark mobilisierte „engaged communities“ als Grundlage für koordinierte Versorgung für Menschen mit besonders komplexen Hilfebedarfen (vgl. Reinhard, Levine & Samis 2012) ist, darauf verweisen auch Goodwin et al. (Goodwin et al. 2013) anhand von Ergebnissen aus fünf Fallstudien.

Wirkung auf Systemebene und Kosten

Die Wirkung von integrierter Versorgung bei älteren Menschen konnte in Hinblick auf eine Kostenreduktion bisher weder in systematischen Reviews (Looman et al. 2018) noch in aktuellen Einzelstudien nachgewiesen werden: Zwei integrierte Modelle, die von einer Hausarztpraxis ausgingen und unter anderem auch Case Management anboten, konnten keinen Unterschied in den Kosten im Vergleich zur Standardbehandlung feststellen (Looman et al. 2016; Uittenbroek et al. 2018). Auch die Untersuchung von Ruikers (Ruikes et al. 2018) zu einem multidisziplinären Teamansatz mit vielen integrierten Elementen konnte weder in Bezug auf die Kosten, noch auf die Inanspruchnahme von Leistungen Unterschiede zur Vergleichsgruppe mit Standardbehandlung finden. Anzumerken ist hier, dass alle Studien sich maximal auf einen Zeitraum von einem Jahr beziehen. Wirkungen über einen längeren Zeitraum sind daher nicht bekannt.[36] Ausserdem ist die Qualität der Studien und der Grad der Integration der Modelle sehr unterschiedlich. Schlussfolgerungen sollten daher mit Vorsicht gezogen werden.

Auch die Evaluation von CareNet^{+} untersuchte die Auswirkungen auf die Kostenentwicklung während der Fallkoordination. Es ist davon auszugehen, dass CareNet^{+} in vielen Fällen dazu beiträgt, kostenintensive Notfallsituationen bzw. unnötige Behandlungen und Spitaleinweisungen einschliesslich Drehtüreffekten zu vermeiden. Auch gab es konkrete Beispiele dafür, dass Heimeinweisungen durch die koordinierte Versorgung verzögert oder vermieden werden konnten. Für Gemeinden ist das Ausmass der Kosteneinsparungen auch davon abhängig, ob die einzelnen Fälle auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe angewiesen sind (Trageser et al. 2018).

Im Hinblick auf Versorgungsprozesse gibt es mehrere Hinweise, dass die koordinierte Versorgung mit CareNet^{+} zu effizienteren Versorgungsprozessen innerhalb der Organisation der einzelnen Leistungserbringer sowie zwischen den Leistungserbringern führt. Damit dürften Kosten eingespart werden in Form von vermiedenen Doppelspurigkeiten, einer effizienteren Aufgabenteilung sowie vermiedenem administrativem Aufwand (Trageser et al. 2018).

[36] In einer weiter vertieften und aktualisierten Recherche wären allerdings ggf. weitere Studien heranzuziehen, die doch evidenzbasierte Hinweise liefern könnten – im Kontext raumbezogener Versorgungsansätze bspw. die Evaluationen der Gesundheitsregion Gesundes Kinzigtal (vgl. Hildebrandt et al. 2010) sowie weitere Studien, die gefunden werden können unter https://www.gesundes-kinzigtal.de/publications/.

4 Fazit – ausgewählte Aspekte

Die meisten zentralen Aussagen wurden je in den einzelnen Kapiteln bereits zusammengefasst. Die nachstehenden Ausführungen ergänzen diese insofern nur um ausgewählte Aspekte.

Wir und auch die befragten Expert*innen **unterstützen die grundsätzliche Stossrichtung** von Socius 2.0. Sie geht von der Problematik einer vielfältigen, meist wenig vernetzten Angebotslandschaft mit zum Teil unterschiedlichen aber auch ähnlichen Angeboten und Zielgruppen aus. Die Wichtigkeit der guten Zusammenarbeit und der Abstimmungen untereinander können nicht hoch genug bewertet werden (siehe auch die entsprechenden Aussagen in den vorigen Kapiteln). Zur hoch relevanten Frage, wie Vernetzung, Integration, Zusammenarbeit usw. vor Ort erfolgreich und nachhaltig *implementiert* werden können – dazu werden die Socius 2.0-Erfahrungen einiges beizutragen haben.

Ein Teil der Chance liegt im „Dazwischen“: Socius ist zwischen Gesundheits- und Sozialwesen, zielt nicht nur auf Pflege oder Soziales oder Betreuung oder medizinische Grundversorgung, sondern denkt von den nötigen Unterstützungen und Synergien her. Wenn diese Idee und Haltung gekonnt gespielt wird, kann Socius 2.0 ein wichtiger und hochwillkommener Lernanlass und Lernort für bisher arbeitsteilige Akteure werden, kann das Programm Stachel im Fleisch einer segmentierten Versorgung werden, kann es ein wichtiger Beitrag werden, die vielen anderen Bemühungen – von Interprofessionalität, über integrierte Versorgung bis hin zu sorgenden Gemeinschaften – katalytisch weiter anzuschieben und zusammenzuführen. Dann geht es nicht mehr um neue einzelne Angebote, dann geht es um mehr als nur deren bessere Koordination, hin zu einem anspruchsvolleren Begriff dessen, was teilweise als Koproduktion bezeichnet wird.

Die **Verantwortung der Gemeinde** ist bei der Steuerung und Abstimmung der Hilfsangebote gut nachvollziehbar.[37] Die Chancen dieser fundamentalen Ausrichtung liegen darin, dass die Gestaltung der Hilfelandschaft wirklich nachhaltig und mit Verbindlichkeit und klarer Orientierung an die Hand genommen wird. Die Bedenken stellen insofern die Sinnhaftigkeit von Socius 2.0 keineswegs in Frage, aber sie müssen Herausforderung sein, diese Fragen/Bedenken im Projektverlauf zu klären. Es könnten Erkenntnisse gewonnen werden, ob und wenn ja wie dieser Weg über die Gemeinden zu einer Abstimmung des Orchesters[38] führen kann. (Zum Stellenwert der anderen föderalen Ebenen vgl. weiter unten.)

---

[37] In den Expert*inneninterviews wurde die starke Rolle zum Teil in Frage gestellt bzw. kritisch diskutiert. Eine Expertin nannte die Schwierigkeit, dass je nach kantonaler Regelung / Verantwortlichkeiten (z.B. Pflegefinanzierung), die Gemeinden keine oder nur wenig Gestaltungsspielraum hätten. Auch wurde die Gefahr genannt, dass durch zu starke Steuerung oder Einflussnahme der öffentlichen Hand, die Komponente der Innovation verloren ginge. Andererseits wurde die Rolle der Gemeinde auch als „Möglichmacherin“ bezeichnet, da sie eine neutrale Grundlage für eine abgestimmte Akteurslandschaft schaffen kann. Wir teilen diese Bedenken, sehen aber deutlich stärker die Chancen

[38] Die im Socius 2.0-Entwurfskonzept verwendete Metapher mit Orchester, Dirigent und gespielter Musik ist sehr inspirierend und regt zur Ausmalung an, wäre allenfalls noch weiterzutreiben. Stossrichtung: Die Musik spielt nicht nur bei der *Auswahl* und *Zusammenstellung der Einzelinstrumente* und der *Auswahl der Musik*. Sondern entscheidend ist auch eine übereinstimmende Interpretation. Rückübersetzt: die Etablierung einer Kooperations- und Koproduktionskultur, die Arbeit an gemeinsamen Haltungen. Das gelingt sicher nur durch die Beschäftigung mit der Komponist*in, ihrem Oeuvre und dem Stück (rückübersetzt: Auseinandersetzung mit Rahmenbedingungen, mit Alternsbildern, mit der Marktsituation, mit regionalen Spezifika…). Und es bedeutet gemeinsame handwerkliche Arbeit: Üben, die gemeinsame intensive immer wiederholte Arbeit an einem Motiv, einem Satz, einem Thema (rückübersetzt: sich über einzelne Fälle intensiv austauschen und gemeinsames Case-Verständnis entwickeln…). So lässt sich Vertrauen in das Können der je anderen entwickeln. Und auch: Vertrauen in alle Beteiligten, dass sie den Zusammenklang optimieren wollen und sich nicht „in den Vordergrund spielen“ wollen.
Und so wie ein gutes Orchester mehr ist als die Addition vieler guter Solist*innen – weil es um den Fluchtpunkt des *Zusammenklingens* geht – so ist gekonnte Hilfe für Menschen mit komplexen Bedarfen in der Gesamtbilanz mehr als die Summe der Beiträge guter Fachkräfte ihrer Einzeldisziplin oder Einzelprofession, weil es vor allem um das Zusammenspiel und Ineinandergreifen der beteiligten geht, um den Mehrwert interprofessioneller Zusammenarbeit und des Miteinanders formeller und informeller Unterstützender im Modus der Koproduktion, möglichst aus einer Hand gut über die Zeit gesteuert durch ganzheitliches Case Management.
Natürlich hat das Orchester- und Dirigent*innenbild auch Grenzen der Übertragbarkeit, ganz sicher müsste es um kammermusikalische Settings erweitert werden. So ist in der lokalen Hilfelandschaft bspw. auch ein hohes Mass an dezentraler Selbststeuerungsfähigkeit gefragt u.a.m.

- Die Recherche zeigt, dass sich keineswegs nur die öffentliche Hand, sondern auch eine Reihe anderer (Markt-)Akteure im Feld engagieren. Ein ganz zentraler Aspekt bei der **Rollenzuteilung** ist demnach die **Frage der fachlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit** – neben Kriterien der Wahlmöglichkeit vor Ort, der Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Fachlichkeit usw.). Entscheidend ist hier aber eine wirkungsorientierte Beurteilung, der sich öffentlich Akteure ebenso stellen müssten, wie die aufgefundenen durchaus ganzheitlich-ambitionierten nicht-öffentliche Akteure (bspw. Thurvita oder Curaviva mit dem Wohn-Pflege-Modell).
- An mehreren Stellen im Konzept wird betont, dass **Regionen** in der Verantwortung sein können und auch eine Zielgruppe der Socius 2.0-Förderung sein können. Die Expert*inneninterviews bestätigen die Wichtigkeit dieser regionalen Zusammenschlüsse – v.a. kleinere Gemeinden profitieren davon. Hier sollte jedoch ein starkes Commitment vonseiten der Gemeinden oder sogar ein gemeinsames Alterskonzept vorliegen. Insbesondere aktuell die stärker werdenden Bemühungen um Gesundheitsregionen sowie die bemerkenswerten Erfolge in den weiter fortgeschrittenen Vorreitern machen deutlich, dass viele Belange eines weiter gefassten Gesundheitsverständnisses in einer sinnvoll abzugrenzenden Region gemeinsam bearbeitet werden sollten (die nicht per se einer politischen Regions- oder Bezirkseinheit entsprechen muss).

Die **Voraussetzung eines aktuellen Alterskonzeptes** ist ein wichtiges und unabdingbares Kriterium. Natürlich gibt es eine grosse Vielfalt und grosse Qualitätsunterschiede zwischen Alterskonzepten/-politiken. Hier sollte bei der Vergabe von Socius 2.0 Bewilligungen durchaus die Messlatte anspruchsvoll gehandhabt werden (bspw. im Sinne von qualifizierten Aussagen zu den „Muss-Themen“ im Grobkonzept vom September 2018 o.a.). Und anspruchsvoll mit Blick auf eine Prozessperspektive, die sogar noch darüber hinausgehen sollte: Konzept sollte nicht statisch gedacht werden, sondern vielmehr als Ausrichtung an einem prozessualen gemeinsamen Konzept lernender Organisation, lernender Altenhilfe- und Gesundheitsversorgungslandschaft. Deshalb stellt sich die Frage, ob es hier noch weitere Spezifikationen bräuchte (bspw. einen kurzen aber spezifizierteren Katalog an Themen, die im Alterskonzept erhalten sein sollen,

Systematische Koordination und/oder Kooperation ist aus fachlicher Sicht ein kaum zu überschätzendes Kriterium. Aber es ist eben auch ein besonders schwieriges Thema, weil sich unter gleichen Begriffen völlig unterschiedliche Verständnisse tummeln: mit unterschiedlicher Reichweite und Intensität und Verbindlichkeit, mit unterschiedlichem Fokus (zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene bspw.). Nur als Andeutung:

So hoch das Thema *Koordination* in Fachdiskursen bewertet wird, so hat es mindestens zwei Klärungsdimensionen: Sowohl begrifflich wie auch bei der Beurteilung von Projekten sind gut *beide Dimensionen der Koordination* zu beachten und auseinanderzuhalten: *einerseits* die koordinierte Entwicklung der *Gesamt*landschaft (bspw. i.S. von der Gestaltung der Alterspolitik), *andererseits* die Koordination im *Einzelfall* (bspw. i.S. von Case Management).

- Der Stellenwert der *Einzelfallkoordination* wird aktuell durchaus widersprüchlich diskutiert – trotz allgemeiner Zustimmung zum Erfordernis Koordination ist wirkliche Verständigung hier richtig heikel. Nur zwei Illustrationen: (1) U.E. wird von allzu vielen Verantwortlichen wohlfeil behauptet, dass das Thema Koordination selbstverständlich vor Ort schon eingelöst sei (bspw. weil es eine Fachstelle für Altersfragen o.ä. gebe. Oder weil doch in Form einer Sozialdienstmitarbeiterin im Spital o.ä. das Erfordernis des Schnittstellenmanagements schon abgedeckt sei).
  (2) Häufig wird gerade von einer ordnungspolitischen Argumenten her (und u.a. angetrieben durch eine „Babyboomer-Ressourcen-Optik“) v.a. auf *freie Wahlmöglichkeit, auf Convenience-Orientierung oder auf on-demand-Dienstleistungen* gesetzt.[39] Hier ist – sowohl mit Blick auf die Koordination i.S. Gesamtlandschaft, wie auf die Koordination i.S. Einzelfall sehr genau zu diskutieren, inwiefern die Grundlagen für solche Konsumentensouveränität überhaupt gegeben sind. Besondern natürlich mit Blick auf stärker vulnerable Personen oder solche mit komplexen Bedarfslagen und schwacher Ressourcenausstattung.
- Und schliesslich ist auch der Steuerungs- bzw. *Koordinierungsmechanismus der Kommunikation* beim Programm Socius 2.0 zentral hervorzuheben. Denn von der Anlage her bringt es alle Voraussetzungen

[39] Vgl. bspw. als prominenten Vertreter das Gottlieb Duttweiler Institut GDI in seiner Senesuisse Studie „Fluid Care“, GDI (2016).

mit, über die *Herausbildung stabil kommunikationsbasierter Netzwerke* ebenso nachhaltige wie anpassungsfähige „lernende“ Koordinationsleistungen zu ermöglichen und als Dauermodus zu installieren. Um die in vielen Kontexten immer wieder beschworene sorgfältige Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Leistungsanbieter muss also sowohl auf Tätigkeitsebene als auch auf der Netzwerk- und Entwicklungsebene vorangetrieben werden.
Der Erfolg von Socius 2.0 wird nicht zuletzt davon abhängen, wie es hier gelingt, Kontinuierlichkeit, Verbindlichkeit sowie gemeinsames Lernen an konkreten Zusammenarbeitsthemen zu entwickeln. In der frühen Socius 2.0 Ausschreibung gab es hier noch viele implizite Fragezeichen: wo geht es um mehr als nur Koordination, nämlich mindestens Kooperation? Wo geht es eher nur um Organigramme oder wo um Netzwerke und Praxen, Routinen und Prozesse (mitsamt den „weichen“ Elementen einer Zusammenarbeitskultur, der Arbeit und des Einübens gemeinsamer Selbstverständnisse, Haltungen, Entwickeln gemeinsamer Alternsbilder usw.)

Zu bedenken ist aus Forschungssicht: Koordination, Kooperation, Abstimmung zwischen den Akteuren wird an allen Ebenen gefordert, obwohl die Wirksamkeit solcher Modelle bisher nicht abschliessend untersucht wurde. Es fehlen high quality Studien, die Effizienz und Wirkung auf Betroffene und ihre Angehörige untersuchen. Auch in der Realität ist die Umsetzung noch lange nicht so weit, wie gefordert. Neue governance Modelle und Integration auf Systemebene sind viel- und erfolgsversprechend und ihr Mehrwert nachvollziehbar, aber in der Praxis funktioniert es noch nicht in der gewünschten Bandbreite. Das zeigen auch unsere Recherchen zu Modellprojekten. Es gibt relativ wenige Projekte/Initiativen, die derzeit alle Muss-Kriterien einer Socius 2.0 Ausschreibung erfüllen würden. Socius 2.0 könnte diese Entwicklungen weiter befeuern.

Gerade für die o.g. Personengruppen mit schwächeren Ressourcen und komplexeren Unterstützungsbedarfen kommen wir damit nochmal genauer zurück auf die Forderung, eine **„Begleitung“ im Sinne eines Case Managements** sicherzustellen: Zur Bedeutung: Dieses Element ist in seiner Wichtigkeit kaum zu überschätzen. Aufgrund der vielfältigen Definitionen von Case Managements halten wir eine anspruchsvolle Präzisierung dieses Kriteriums für dringend nötig. Was ist mit Case Management gemeint? Wo geht es über Formen der Beratung und Vermittlung von arbeitsteiligen Dienstleistungen hinaus. Inwieweit wird auch mit informellen Unterstützenden zusammengearbeitet. Sind nur ältere vulnerable Menschen gemeint oder auch andere? Gerade mit Blick auf Menschen mit komplexeren Hilfebedarfen muss hier sehr genau hingeschaut werden.

Die im Grobkonzept ausgedrückte Forderung, dass **Informationen über die Angebote niederschwellig zugänglich** sind, ist alles andere als eine schon eingelöste Selbstverständlichkeit. Das Credo der Gesundheitskompetenz – gut informiert entscheiden zu können und auf dieser Basis auch gut im Unterstützungssystem navigieren zu können (Kickbusch et al. 2016) – fordert nicht nur die Individuen und ihre Befähigung sondern eben auch das Informationsangebot heraus. Ganz viele Lösungsversuche erfüllen dies bis heute nur wenig zielgruppengerecht und setzen erhebliche Navigationskenntnisse im Gärtli-Fahrwasser voraus. Auch sehr viele (auch lokale) digitale Infoplattformen bleiben hinter heute verfügbaren Möglichkeiten weit zurück.

Möglichkeiten zu Partizipation, Teilhabe u./o. gesellschaftlichem Engagement: Sehr wichtig und zukunftsträchtig. Einerseits weil Ressourcen fehlen, weil bürgerschaftliches Engagement immer wichtiger wird (gefordert sowohl von internationaler Ebene, als auch von der älteren Bevölkerung). Nur als Andeutung:

- Caring Communities bspw. versuchen demgegenüber, Bürgerschaftliches Engagement und Teilhabe zugleich aus dem reinen Nützlichkeitsdenken herauszulösen (vgl. bspw. Klie 2014).
- Hinweis zum Thema Partizipation: hier versuchen immer mehr Akteure heute, die Partizipation von Patient*innen, Angehörigen, älteren Menschen – überhaupt: „Expert*innen aus Betroffenheit“ – als ganz grundsätzliche Forderung und Zentralelement in *alle* Stufen von Projekten zu implementieren.
- Auch manche Caring Communities zentrieren sehr intensiv auf bottom-up-Beteiligung (bspw. xunds grauholz).

Angebote zur Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger: Wir unterstützen sehr, wenn dieser Aspekt, trotz der derzeitigen Förderbemühungen des Bundes, auch ein Fokus von Socius 2.0 ist.[40]

Die im frühen Konzept ausgedrückte Absicht, mit Socius 2.0 im Sinne von **Agenda Setting** auf das angezielte Themengebiet hinzuweisen, wird unbedingt unterstützt. Dabei sollten so stark als irgendmöglich die Synergien mit anderen Initiativen gesucht und genutzt werden, die ebenfalls Agenda Setting betreiben, auch wenn diese dies mit teilweise anderen Begrifflichkeiten, anderen Zielgruppen oder anderem Raumbezug verfolgen.

Zu den föderalen Ebenen: Im Hinblick auf die politischen Entwicklungen zeigte sich auf nationaler Ebene eine sehr beschränkte und übersichtliche Anzahl an Vorstössen. Wenn überhaupt, werden Vorstösse von Personen lanciert, die Einsitz in der Kommission Soziale Sicherheit und Gesundheit des National- oder Ständerats haben. Es scheint, als ob der Bund sich nicht zuständig fühlt für die Thematik (vermutlich auch bedingt durch die finanzielle Verantwortung, die von den Gemeinden getragen wird). Erfahrungen aus anderen nationalen Strategien (z.B. Palliative Care, Demenzstrategie) verdeutlichen den Einfluss solcher nationalen Bemühungen auf die Entwicklung auf allen Ebenen.

Die derzeitigen kantonalen Bemühungen im Hinblick auf Alterspolitik sind sehr unterschiedlich. Durch eine nationale Stossrichtung könnten die derzeit stark auseinanderdriftenden, unterschiedlich gelebten kantonalen Alterspolitiken möglicherweise etwas vereinheitlicht werden. Im Hinblick auf die Förderung von Socius 2.0 ist zu vermuten, dass Socius 2.0 Projekte dort erfolgversprechender oder einfacher umzusetzen wären, wo die kantonale Alterspoltik bereits in die Richtung Abstimmung / Koordination ausgerichtet ist (z.B. Kantone AG, BE, FR, BS, BL, VD).

Darüberhinaus würden Socius 2.0 Projekte wahrscheinlich aber auch durch integrierte Modelle in anderen versorgungsbezogenen Raumgliederungen profitieren, die nicht zwangsläufig mit Bezirks- oder Kantonsgrenzen übereinstimmen müssen. Dabei ist bspw. an Versorgungsregionen oder Gesundheitsregionen zu denken.[41] Dass Socius 2.0 nicht nur an Gemeinden, sondern auch an Regionen richtet, ist in diesem Kontext nur folgerichtig.

Die **Ausrichtung von Socius 2.0 auf das Zuhause-wohnen-bleiben-können auch bei stärkerem Unterstützungsbedarf** wird in der Schweiz seit einiger Zeit durchaus kontrovers diskutiert. Insgesamt ist zwar die Stärkung der ambulanten Dienste sowie die grundsätzliche Ausrichtung am „Ageing in Place“ immer stärkerer Konsens breiter gesellschaftlicher und politischer Kreise. Dennoch ist die Frage, was das konkret bedeuten soll hinsichtlich der Stützung des Gesundheitsstandorts Privathaushalt[42], keineswegs stabil gemeinsam beantwortet. Und es gibt ebenso gegenläufige Diskurse, die aus unterschiedlichen Gründen hier Relativierungen bzw. Grenzen in der Diskussion stark machen. An zwei Beispielen verdeutlichen wir dies:

---

40 Zur Begrifflichkeit „pflegende Angehörige“ drei Anmerkungen: (1) Eventuell sollte sprachlich – so eine Expert*in – der Aspekt durch „Zugehörige “ ergänzt werden („An- und Zugehörige“). (2) Das BAG verfolgt seit kurzem die Begriffsstrategie, nur noch von „betreuenden Angehörigen“ zu sprechen. (3) Die Bestrebungen zur Aufwertung und Sichtbarmachung der Betreuung sind der Age-Stiftung ja aus der gemeinsamen Bemühung zusammen mit Paul Schiller Stiftung und der Walder Stiftung usw. bestens vertraut.

41 Mit Bezug auf die fmc-Grafik auf S. 6 dieses Berichts wird zur Rolle der unterschiedlichen Akteure formuliert: „Klar ist aber: Bund, Kantone und Gemeinden können die Integrierte Versorgung – bzw. die vier ausgewählten Handlungsfelder – nicht alleine in die gewünschte Richtung entwickeln. Es braucht, mehr denn je, die Bereitschaft aller Versorgungspartner zur besseren Vernetzung und Koordination (Leistungserbringer, Patienten, Versicherer, Bildung, Forschung). Und es braucht die Bereitschaft der staatlichen wie auch der nichtstaatlichen Akteure, gemeinsam nach Lösungen zu suchen für die künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung: zum Beispiel bei der Entwicklung von neuen Versorgungs- und Vergütungsmodellen; bei der Aus- und Weiterbildung der benötigten Fachpersonen; beim Einbezug der Versicherten und Patienten in Prävention und Behandlung; bei der Digitalisierung und der datenbasierten Qualitätssicherung; bei der Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen“ (fmc 2018, S. 26).

42 „Zahlreiche Entwicklungen führen dazu, dass die Herausforderungen für den Gesundheitsstandort Privathaushalt rasch weiterwachsen werden: vom DRG-System über die demografisch ergrauende Gesellschaft und den Wertewandel bis zur Ambulantisierung. Weil das so ist, sollten wir diesen Standort nicht einfach als naturgegebenen Problemabsorptions-Schwamm hinnehmen, sondern ihn pflegen und unterstützen. Damit es den Menschen darin gut geht, ihre Stärken gestärkt und ihre Verletzlichkeit berücksichtigt werden. Und der Privathaushalt als dritter – eigentlich aber erster – Gesundheitsstandort neben dem ambulanten und stationären seine gesellschaftliche Funktion weiter wahrnehmen kann“ (Otto 2018).

- Gerade Anbieter von Heimplätzen arbeiten vehement dafür, dass nicht von „ambulant vor stationär" gesprochen werden solle, sondern „von ambulant und stationär" oder „ambulant mit stationär". Im Kontext der internationalen Diskussion (auch in den europäischen, u.a. deutschsprachigen, Nachbarländern) ist das deutlich eine Ausnahmeerscheinung – wird doch dort in der Regel deutlich die Orientierung ambulant vor stationär vertreten (vgl. unter dem Aspekt (De)Institutionalisation in long-term care Ilinca, Leichsenring & Rodrigues 2015).
- Einige diskursstarke Akteure wie Avenir Suisse propagieren, dass Menschen mit hohem zeitlichen Pflegebedarf aus volkswirtschaftlicher Sicht eher nicht sinnvoll zuhause versorgt werden sollten (Cosandey 2016, S. 116, 129).[43] Nur ganz wenige Gedanken dazu: Was daran bedenkenswert ist: dass eine Verabsolutierung der häuslichen Versorgung nicht sinnvoll ist. Allerdings: Der Kontrast der Avenir-Suisse-Linie zu internationalen Trends ist sehr gross. Zudem gibt es methodische Zweifel zu einer pauschalen Lesart der Aussage. Und last but not least: Welchen Stellenwert soll hier die Perspektive der Betroffenen – der Menschen mit Unterstützungsbedarf sowie ihrer Angehörigen – bekommen?

Abschliessende Gedanken: *Dass der lokale bzw. regionale Raum immer stärker zur zentralen Arena einer integrierten gesundheits- und sozialbezogenen Hilfelandschaft wird* bzw. werden muss – gerade für Menschen mit verstärkten Unterstützungsbedarfen – dies ist derzeit eine grenzüberschreitend rasant Platz greifende Überzeugung (Otto & Hegedüs 2018). Sie wird sowohl bottom up wie top down angetrieben – durch Projekte vor Ort ebenso wie durch prominente Akteure und Organisationen. In dieser Hinsicht orientiert sich Socius 2.0 aus unserer Sicht an einem der wichtigsten derzeitigen Trends und könnte hier bei guter Umsetzung erneut als Treiber für Innovation wirken und nachhaltige Wirkung erzielen. Die Perspektive auf Socius 2.0 sollte grundsätzlich in beiden Richtungen gedacht werden: einerseits, wie das Vor-Ort-Projekt Socius 2.0 von Rahmenbedingungen profitieren kann. Andererseits, wie das Umfeld und der grössere Versorgungsraum von und mit dem konkreten Socius 2.0-Vor-Ort-Kristallisationskern lernen kann.

Es gibt gerade im komplexen Feld der intergrierteren Vor-Ort-Versorgung im Spektrum bis hin zur Entwicklung hin zu Caring Communities ebenso viele falsche Freunde wie Missverständnisse, Lippenbekenntnisse und oberflächliche Auffassungen. Aber es gibt eben auch – das zeigt die Synopse deutlich – eine *ganze Reihe bestärkender und mutmachender Konvergenzen anderer Programme und Akteure* zum Programm Socius.

Schliesslich: natürlich gibt es auch *eine Reihe sehr grundsätzlicher Einwände gegen Programme und Initiativen im Bereich Caring Communities & Co*. An viele Ausprägungen der in irgendeiner Weise sorgenden Gemeinschaften richten sich immer wieder wohlfahrtsstaatskritische Fragen.[44] Aus unserer Sicht sollten diese zwar überhaupt nicht vom Tun abhalten! Aber sie sollten dennoch ernst genommen werden, um Chancen und Risiken wirklich tiefenscharf und differenziert immer wieder neu zu überprüfen. Denn es ist nicht übertrieben: Socius 2.0 & Co. sind durchaus Teile der gesellschaftlichen Neuverhandlung hergebrachter (kommunaler) Sozialstaatlichkeit.

---

[43] „Nach dem Grundsatz ‚Ambulant mit stationär' sollte die Art des Leistungserbringers einzig durch die Pflegebedürftigkeit der Betagten und nicht durch finanzielle Anreize bestimmt werden. Leichtpflegebedürftige sollten daheim, in Tagesstrukturen oder in betreuten Wohnungen gepflegt werden, Schwerpflegebedürftige im Heim. Finanzierungsregeln, die ambulante Dienstleister oder Tagesstrukturen grundsätzlich besserstellen als stationäre Pflegeinstitutionen, sind deshalb zu vermeiden" (Cosandey 2016, S. 129).

[44] Nur als Beispiele: droht nicht „die Gefahr der sozialstaatlichen Instrumentalisierung zivilgesellschaftlicher- und Sorgestrukturen" (Laufenberg 2017, S. 88)? Von der anderen Seite wird unterstrichen, dass demgegenüber gar „als Chance für eine Repolitisierung und Resozialisierung der Bürger*innengesellschaft zu betrachten" (ebd.) wären. „Kritiker*innen wenden hier ein, dass eine Definition urbaner Zivilgesellschaften als Care-Gemeinschaften den mangelnden Ausbau sozialstaatlicher Transfer- und Dienstleistungen abfedere sowie eine Ausbeutung des Ehrenamts und eine De-Professionalisierung von Pflegearbeit begünstige" (Laufenberg 2017).

5 Literatur

Aselmeier, Laurenz (2007): *Community Care und Menschen mit Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland.* Wiesbaden: VS Verlag.

Bönisch, Sebastian (2017): *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke.* Frankfurt a. Main: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Brüngger, Beat; Fischer, Barbara; Früh, Mathias; Rapold, Roland; Reich, Oliver; Telser, Harry; Trottmann, Maria (2014): *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht - Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.* Hg. v. Polynomics und Helsana. Olten.

Buckner, Stefanie; Mattlocks, Calum; Rimmer, Melanie; Lafortune, Lousie (2018): An evaluation tool for Age-Friendly and Dementia Friendly Communities. In: *Working with older people* 22 (1), S. 48–58.

Buckner, Stefanie; Pope, Daniel; Mattocks, Calum; Lafortune, Louise; Dherani, Mukesh; Bruce, Nigel (2017): Developing Age-Friendly Cities: an Evidence-Based Evaluation Tool. In: *Population Ageing, 10,* S. 1-21

Buffel, Tine; Phillipson, Chris; Scharf, Thomas (2012): Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. In: *Critical Social Policy* 32 (4), S. 597–617.

Cosandey, Jérôme (unter Mitarbeit von Kevin Kienast) 2016: Kantonsmonitoring 7. Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Zürich: Avenir Suisse. https://www.avenir-suisse.ch/publication/neue-massstabe-fur-die-alterspflege/

CURAVIVA Schweiz (Hg.) (2017): *Projekt- und Businessplan «Gesundheitszentrum» im Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz.* Baar: Curaviva.

Damery, Sarah; Flanagan, Sarah; Combes, Gill (2016): Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews. In: *BMJ open* 6 (11), S. e011952. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011952.

Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau (Hg.) (2018): *Die Vielfalt des Alter(n)s erfassen. Alterspolitik im Kanton Aargau.* Online verfügbar unter https://www.ag.ch/de/dgs/gesellschaft/alter/alter.jsp, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Dessimoz, Céline; Les Verts; Maret, Alexandre; PDCB; Dubis, Julien; PLR, Clausen, Diego; CSPO (2018): *Studie über die Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren – höchste Zeit zu handeln!* Parlamentarischer Vorstoss. Hg. v. Grosser Rat Kanton Wallis. Sion.

Diebold, Monika; Kickbusch, Ilona; Paccaud, Fred; Zeltner, Thomas (Hg.) (2015): *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Hogrefe.

Dietschi, Irène (2018): *Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis. Eine Massnahme zur Verbesserung der koordinierten Versorgung* (im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit). Bern: Bundesamt für Gesundheit

Dutoit, L.; Pellegrini, S.; Füglister-Dousse, S. (2016): *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan Bulletin, 13/2016).

Egli, Simone; von Wartburg, Lea; Näf, Flurina (2016): *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende.* Bern: BAG. DOI: 10.4126/FRL01-006399961 https://repository.publisso.de/resource/frl%3A6399961

Ettlin, Ricarda; Ruflin, Regula (2013): *Evaluation de la Méthodologie Quartiers Solidaires VD. Rapport pour la fondation Leenards.* Lausanne: socialdesign

fmc – Forum Managed Care (Hg.) (2014): *Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz.* Neuägeri (fmc – Denkstoff Nr. 1).

fmc Schweizer Forum für integrierte Versorgung (Hg.) (2018): *Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 20*26 (auf Basis einer Studie von S. Gedamke, O. Kessler; unter Mitarbeit von M. Wächter, J. Willisegger, K. Jehle). Neuägeri (fmc - Denkstoff Nr. 4).

Frey-Wettstein, Franziska; Raymann, Andreas (2018): Leben und Wohnen im Alter. Vernetzt denken und handeln. In: *Schweizerische Gemeinde,* Nr. 10, S. 34-35. http://www.chgemeinden.ch/de/flipping-book/10_18/34/

Füglister-Dousse, Sylvie; Dutoit, Laure; Pellegrini, Sonia (2015): *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuenburg (Obsan Rapport, 67). Online verfügbar unter https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_67_rapport.pdf.

Goodwin, Nick; Sonola, Lara; Thiel, Veronika; Kodner, Dennis L. (2013): *Co-ordinated care of people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success.* London: The King's Fund.

Gottlieb Duttweiler Institut (GDI) (2016): Fluid Care: Nachfragemarkt versus Wohlfahrtsstruktur. (von Marta Kwiatkowski und Daniela Tenger). Zürich Rüschlikon: GDI. https://www.gdi.ch/de/publikationen/studien

Greuter, Beatriz; Pfister, Pascal; Vitelli, Jörg; Cuénod, Tim; Wenk, Kerstin; Dill, Alexandra, Brigger, René; Hofer, Salome (2018): *Höhere Vergütung von betreutem Alterswohnen. Parlamentarischer Vorstoss.* Hg. v. Grosser Rat Kanton Basel-Stadt. Basel.

Grooten, Liset; Borgermans, Liesbeth; Vrijhoef, Hubertus JM. (2018): An Instrument to Measure Maturity of Integrated Care: A First Validation Study. In: *International Journal of Integrated Care 18 (1)*, S. 1–20.

Grosser Rat Kanton Bern (Hg.) (2017): *Zukunft Gesundheit: Innovationen in der Gesundheitsversorgung fördern. Parlamentarischer Vorstoss.* Bern.

Hagedorn Krogh, Andreas (2017): Implementing and Designing Interactive Governance Arenas: A Top-Down Governance Perspective. In: *Scandinavian Journal of Public Administration 21* (3), S. 63–84.

Haubner, Tine (2017): *Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland.* Frankfurt am Main/New York: Campus.

Hildebrandt, Helmut; Hermann, Christoph; Knittel, Reinhold; Richter-Reichhelm, Manfred; Siegel, Achim; Witzenrath, Werner (2010): Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care 10*(2):None. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.539

Ilinca, Stefanica; Leichsenring, Kai ; Rodrigues, Ricardo (2015). *From Care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care.* Policy Brief December 2015. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. https://www.euro.centre.org/publications/detail/420.

Janse, Benjamin; Huijsman, Robbert; de Kuyper, Ruben Dennis Maurice; Fabbricotti, Isabelle Natalina (2014a): The effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers: a quasi-experimental study. In: *BMC Geriatrics 14,* S. 58. DOI: 10.1186/1471-2318-14-58.

Janse, Benjamin; Huijsman, Robbert; Fabbricotti, Isabelle Natalina (2014b): A quasi-experimental study of the effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers' satisfaction with care and support. In: *BMC Health Serv Res 14* (140), S. 1–13.

Kellehear, Allan (2005): *Compassionate Cities. Public Health and End-of-Life Care.* New York/Oxford: Routledge.

Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Haslbeck, Jörg, Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2016): *Gesundheitskompetenz: Die Fakten.* Deutsche Fassung der englischen Originalausgabe des WHO-Regionalbüros für Europa (2013). Health Literacy: The Solid Facts. Veröffentlicht von Careum Stiftung, Schweiz, gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK-Bundesverband, Deutschland. Zürich: Careum Verlag https://www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edf4dab1db

Klie, Thomas (2014): *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft.* München: Pattloch.

Kodner, Dennis L.; Spreeuwenberg, Cor (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications-a discussion paper. In: *International Journal of Integrated Care* 2.

Laufenberg, Mike (2018). Sorgende Gemeinschaften? 'Dem**enzfreundliche Kommunen' zwischen sozialstaatlichem Sparmodell und Emanzipationsgewinn. In: *sub \ urban 6* (1), S. 77-96.

Looman, Wilhelmina Mijntje; Huijsman, Robbert; Bouwmans-Frijters, Clazien A. M.; Stolk, Elly A.; Fabbricotti, Isabelle Natalina (2016): Cost-effectiveness of the 'Walcheren Integrated Care Model' intervention for community-dwelling frail elderly. In: *Family practice 33* (2), S. 154–160.

Looman, Wilhelmina Mijntje; Huijsman, Robbert; Fabbricotti, Isabelle Natalina (2018): The (cost-)effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review. In: *Health & Social Care in the Community. DOI:* 10.1111/hsc.12571.

Martínez-González, Nahara Anani; Berchtold, Peter; Ullman, Klara; Busato, André; Egger, Matthias (2014): Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. In: *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care 26* (5), S. 561–570. DOI: 10.1093/intqhc/mzu071.

Maruthappu, Mahiben; Hasan, Ali, Zeltner, Thomas (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. In: *Health Systems & Reform 1* (4), S. 250–256

Monn, Theres Agosti; Erni, Jonas; Katumba, Andrew (2017): *Altersdurchmischtes Wohnen. Parlamentarischer Vorstoss.* Hg. v. Kantonsrat Zürich. Turbenthal, Wädenswil, Zürich.

Moreau-Gruet, Florence (2013): *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe):* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Moulaert, Thibauld; Garon, Suzanne (Hg.) (2018): *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison. Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues.* Cham: Springer.

National Institute for Health and Care Excellence (Hg.) (2015): *Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes. NICE guideline: full version,* September 2015.

Nolte, Ellen; Pitchforth, Emma (2014): *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies.

Oliver, David; Foot, Catherine; Humphries, Richard (2014): *Making our health and care systems fit for an ageing population.* London: The King's Fund.

Otto, Ulrich (2008): Sozialräumliche Wohlfahrtsgesellschaft. Fokus Kommune: den demografischen Wandel gemeinsam gestalten – oder das Zukunftsbild der Altenhilfe. In: *Sozialmagazin 33* (12), S. 12–23.

Otto, Ulrich & Hegedüs, Anna (2018): *Alternsfreundliche Quartiere und Wohnformen – Sicht der Forschung.* SAGW-Bulletin. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/329177355_Alternsfreundliche_Quartiere_und_Wohnformen_-_Sicht_der_Forschung

Otto, Ulrich (2018): *Einst randständig, jetzt Hoffnungsträger. Der Gesundheitsstandort Privathaushalt wurde lange unterschätzt. Mit der starken Zunahme an chronisch und mehrfach kranken Menschen rückt er ins Zentrum.* fmc-Impulse, Ausgabe 4/2018. https://fmc.ch/de/fmc-publikation/fmc-impulse/integrierte-versorgung-beginnt-zu-hause

Pfeifer, Annemarie; Isler, Beatrice; Wüest-Rudin, David; Wyss, Sarah; Pfister, Pascal; Mumenthaler, Stephan et al. (2017): *Erhalten eines autonomen Lebens bis ins hohe Alter. Parlamentarischer Vorstoss.* Hg. v. Grosser Rat Kanton Basel-Stadt. Basel.

Pro Senectute (Hg.) (2018): *Altersfreundliche Gemeinde.* Online verfügbar unter https://so.prosenectute.ch/de/koordinationsstelle-alter/altersfreundliche-gemeinde.html, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Reinhard, Susan C.; Levine, Carol; Samis, Sarah (2012). *Home Alone : Family Caregiers providing complex chronic care.* Washington: AARP.

Ruikes, Franca G H; Adang, Eddy M.; Assendelft, Willem J J; Schers, Henk J.; Koopmans, Raymond T C M; Zuidema, Sytse U. (2018): Cost-effectiveness of a multicomponent primary care program targeting frail elderly people. In: *BMC Fam Pract 19* (1), S. 62. DOI: 10.1186/s12875-018-0735-4.

Schusselé Filliettaz, Séverine (2017): *Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015-2016).* Neuchâtel: Obsan (Obsan Dossier, 57).

Schusselé Filliettaz, Séverine; Berchtold, Peter; Kohler, Dimitri; Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2018): Integrated care in Switzerland. Results from the first nationwidesurvey. In: *Health Policy (122)*, S. 568–576.

Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (2016): *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege.* Bericht des Bundesrates.

Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (2018): *Bundesgesetz über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung.* Vorentwurf 23.08.2018.

Schweizerischer Bundesrat (2007): *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer (03.3541) vom 3. Oktober 2003*. Bern.

Siebte Altenberichtskommission (2016): *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften.* Bericht der Sachverständigenkommission und Stellungnahme der Bundesregierung. https://www.siebter-altenbericht.de/der-siebte-altenbericht/

Stremlow, Jürgen; Riedweg, Werner; Da Rui, Gena; Müller, Marianne (2016): *Gestaltung der Alterspolitik, Beteiligung und Partizipation in ausgewählten Schweizer Städten und Gemeinden.* 4. Aufl. Hg. v. Sigrid Leitner, Michael Mroß und Herbert Schubert. Kölner Schriftenreihe für Management und Organisation in der Sozialen Arbeit.

Trageser, Judith; Gschwend, Eva; Stokar, Thomas von; Hegedüs, Anna; Otto, Ulrich (2018): *Integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+). Evaluationsbericht.* Zürich: Pro Senectute Kanton Zürich. URL: https://www.carenetplus.ch/wp-content/uploads/2018/11/Evaluationsbericht_CareNet_online_182711-1.pdf

Uittenbroek, Ronald J.; van Asselt, Antoinette D I; Spoorenberg, Sophie L W; Kremer, Hubertus P H; Wynia, Klaske; Reijneveld, Sijmen A. (2018): Integrated and Person-Centered Care for Community-Living Older Adults: A Cost-Effectiveness Study. In: *Health Serv Res* 53 (5), S. 3471–3494. DOI: 10.1111/1475-6773.12853.

Valentijn, Pim P.; Boesveld, Inge C.; van der Klauw, Denise M.; Ruwaard, Dirk; Struijs, Jeroen N.; Molena, Jhanna J.W. et al. (2015): Towards a taxonomy for integrated care: a mixed methods study. In: *International Journal of Integrated Care* 15 (Jan-Mar).

Walder Stiftung (2018): *Altern in Würde - gemeinsam oder allein? Dokumentation der Tagung am 2.11.2018 im Technopark Zürich. gemeinsam oder allein?* Zürich: Walder Stiftung. https://www.walder-stiftung.ch/wp-content/uploads/2015/08/Brochure_Herbsttagung_031218_130dpi.pdf

Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina; Kellehear, Allan (2015): *Compassionate Communities. Case Studies from Britain and Europe.* New York/Oxford: Routledge.

Williamson, Toby (2016): *Mapping dementia-friendly communities across Europe. A study commissioned by the european foundations' initiative on dementia (EFID)*. Hg. v. European Foundations' Initiative on Dementia. Brussels.

World Health Organization WHO (2002): *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln.* Hg. v. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik. World Health Organization. Wien.

World Health Organization WHO (2015a): *Measuring the age-friendliness of cities. A guide to using core indicators.* Hg. v. World Health Organization. World Health Organization. Kobe Japan.

World Health Organisation – Regional Office for Europe (2016). *Integrated care models: an overview.* Working document October 2016. Copenhagen: WHO

Zwygart, Marion; Plattet Alain; Ammor, Sarah (2017): The Development of a "Neighborhood in Solidarity" in Switzerland. In: *Journal of Gerontological Social Work, 60* (6-7), S. 519-534.

6 Anhang

6.1 Tabelle 3: Ausgewählte alterspolitische Vorstösse kantonal

Kanton	Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Erlasse	Aktuelle Vorstösse und Prozesse der letzten ca. zwei Jahre mit Bezug zu Socius 2.0
AG	**Leitsätze zur Alterspolitik** (2013): Bilden Orientierungsrahmen bzw. gemeinsamen Fokus. Die kantonale Verwaltung übernimmt eine Koordinations- und Beobachtungsrolle; Gemeinden, Regionalplanungsverbände und Organisationen können dazu freiwillig und subsidiär wirken. Durch Koordination und Vernetzung unter den vielfältigen Institutionen Übersicht und Zugang zu Informationen und Angeboten verbessern. Innovative und effiziente Ansätze fördern. Die **Fachstelle Alter** unterstützt, begleitet und berät Gemeinden, Organisationen und Verwaltungseinheiten bei der Umsetzung der Leitsätze zur Alterspolitik. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen.	**Bericht „Alterspolitik in den Aargauer Gemeinden“** (2017): Wohnen im Alter als grösste Herausforderung. Auch die Information und Beratung der Einwohner*innen und die Umsetzung von ambulant vor/und stationär als wichtige Themen für die Gemeinden. Die Fachstelle Alter des Kantons soll in diesen Bereichen den Gemeinden möglichst konkrete Hilfestellungen zur Verfügung stellen.
AI	**Altersleitbild** (2002). **Bedarfsplanung stationäre Pflege und Betreuung** (2007): Das Gesundheits- und Sozialdepartement sorgt im Auftrag des Kantons für eine genügende Zahl an Alters- und Pflegeheimplätzen und kümmert sich um die Koordination zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.	Landsgemeinde April 2018: Neubau kantonales Spital AI als **„Ambulantes Versorgungszentrum Plus (AVZ+)“**
AR	**Versorgungs- und Strukturberichte** (2012) zu erweiterter Spitalplanung. **Gesundheitsbericht** (2016).	**Konzept Palliative Care AR** (2017): Integrierte Palliative Care Grundversorgung wird angestrebt vor dem Hintergrund eines starken Netzwerkgedankens. Kanton trägt Kosten für Vernetzung und Sensibilisierung.
BE	**Alterspolitik im Kanton Bern - Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat** (2016): Starker Fokus auf ein gesundes und unterstütztes Altern im häuslichen Rahmen. Verpflichtung zu bzw. kantonale Unterstützung von kommunaler und insbesondere auch regionaler Altersplanung. Zu Caring Community: „Gemeinden sollen hierbei eine Art Regiefunktion übernehmen, indem sie Rahmenbedingungen schaffen, die es Menschen auch in einer Situation der Verletzlichkeit ermöglichen, ein gutes, weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.“ Viele zukunftsweisende, aktuelle Konzepte enthalten.	Unterstützung von **alterspolitischen Modellprojekten** (abgeleitet aus den 7 Handlungsfeldern der kantonalen Alterspolitik) mit öffentlichen Mitteln. z.B. **Berner Sorgemodell 2020**, Entwicklung von lokalen **Sorgenetzwerken** (Caring Communities) in Pilotregionen. Parlamentarische Vorstösse: z.B. Motion 248-2017: „Zukunft Gesundheit: Innovationen in der Gesundheitsversorgung fördern“ (abgelehnt Juni 2018).

Kanton	Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Erlasse	Aktuelle Vorstösse und Prozesse der letzten ca. zwei Jahre mit Bezug zu Socius 2.0
BL	**Leitsätze für die Alterspolitik im Kanton BL** (2011). **Leitbild „Älter werden gemeinsam gestalten“** (2013): „Jede Gemeinde oder Region verfügt über eine professionelle und gut erreichbare Informations- und Koordinationsstelle, die Informationen über Dienstleistungen und Angebote für ältere Frauen und Männer und deren Angehörige erfasst, vermittelt und koordiniert. Gemeinden, Leistungserbringende und Organisationen werden ihrerseits von der Kantonalen Koordinationsstelle für Altersfragen unterstützt und finden dort für sie relevante Informationen.“ **Arbeitstagung Alter:** 1x/Jahr (Kanton, Gemeinden und Verbände zu Seniorenfragen). **Kantonaler Runder Tisch** für Senioren- und Altersfragen.	Neues **Altersbetreuungs- und Pflegegesetz APG** (seit 1.1.2018): Auflage, dass sich Gemeinden zu Versorgungsregionen zusammenschliessen, integrierte Versorgungsmodelle, Info- und Beratungsstellen. Anschubfinanzierung von 2 Mio. für die Jahre 2018–2021 zum Aufbau der intermediären Versorgung. **Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion/Gesundheitsversorgung“** (2018) für die Kantone BL und BS. **Projekt „Inspire“** – zus. mit Uni Basel und Ärztegesellschaft Baselland: https://inspire-bl.unibas.ch/ (vgl. fmc 2018, S. 34)
BS	**Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik** (2007). **Forum 55+** als Partnerschaft von Seniorenorganisationen und Behörde. Internet-Plattform **www.aelterbasel.ch.** .	Kanton delegiert Ende 2017 neue **„Infostelle älter werden“** an die GGG – Gesellschaft für das Gemeinnützige und Gute. Grosser Rat: „Anzug betreffend höhere Vergütung von betreutem Alterswohnen“ (18.5054.01; Beatriz Greuter) „Anzug betreffend Erhalten eines autonomen Lebens bis ins hohe Alter“ (17.5354.01; Annemarie Pfeifer et al.).
FR	**Konzept Senior+ (2015)** mit entsprechendem **Massnahmenplan Senior+ 2016–2020:** Dient zur Umsetzung des Verfassungsauftrags, dass ältere Menschen Anspruch haben auf Mitwirkung, Autonomie, Lebensqualität und Achtung ihrer Persönlichkeit. Laufende Projekte sind z.B. sozialmedizinische Netzwerke. **Gesetz über die Seniorinnen und Senioren** (2016): Gemeinden legen Massnahmen zur Umsetzung des Gesetzes fest. Staat unterstützt die Gemeinden in der Umsetzung der Politik. Staatsrat erarbeitet mehrjährigen Massnahmenplan. **Gesetz über Sozialmedizinische Leistungen** (2016). Gesetz über **Pauschalentschädigung für Angehörigenpflege** (2016).	Parlamentarischer Vorstoss Chantal Pittoud-Gaillard (2017-CE-68) „Steuerabzüge für Bewohner*innen von altersgerechten Wohnungen mit Dienstleistungen“. Mandat Ursula Krattinger-Jutzet (2017-GC-187) „Anpassung des Pensionspreises in Pflegeheimen für das Jahr 2019 und die folgenden Jahre, bis die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Bereich Pflegeheime neu geregelt ist“.
GE	**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie** (2014). Internetportal **„Résau de soins“**. **Centres de maintien à domicile (CMD)** und **Centres d'action sociale (CAS):** assurent un service de proximité à la population dans les domaines de la santé et du social. Ils regroupent et intègrent les différentes activités des services publics et privés d'aide et de soins à domicile et d'aide sociale. **Politique de la personne âgée à Genève** (Stadt Genf).	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)

Kanton	Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Erlasse	Aktuelle Vorstösse und Prozesse der letzten ca. zwei Jahre mit Bezug zu Socius 2.0
GL	**Leitbild Gesundheit Kanton GL** (2014): „Es sollen regionale, inner- und interkantonale aber auch inner- und intersektorale Kooperationen entstehen. Grundlage für die Steuerung der Gesundheitsversorgung ist der Dialog zwischen den Leistungserbringern, den Behörden und den Interessensverbänden“. **Konzept Stärkung Langzeitpflege (2017):** Man wünscht vermehrte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern, es wird aber nicht ersichtlich, wer dies orchestriert/orchestrieren soll/darf.**:** **Konzept Drehscheibe Gesundheit (2017):** Soll Übersicht über die unterschiedlichen Dienstleistungen und ihre Erbringer verbessern.	Landrat: Motion SP-Fraktion (2018) „Einführung einer unabhängigen Kontrollinstanz für das Heimwesen im Kanton GL“. Interpellation Mathias Zopfi (2018) „Medizinische Grundversorgung im Sernftal und in Glarus Süd”.
GR	**Altersleitbild (2012):** „Die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer ist zu fördern.“ **Regionale Vernetzungsforen** sowie das alle zwei Jahre stattfindende **Altersforum** und ein durch den Kanton Graubünden betriebenes Internetportal **„Wegweiser Alter Graubünden“** unterstützen die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteure im Altersbereich. **Bündner Programm Gesundheitsförderung und Prävention im Alter 2017-2020**: Starker Fokus auf Vernetzung/Koordination.	„Gemeinsam handeln: Ein kantonales Programm zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ (2013). SVP-Fraktion (2018): „Fraktionsauftrag SVP betreffend ambulant vor stationär – aber nicht auf dem Buckel der Prämienzahlenden“
JU	**Ordonnance sur l'organisation gérontologique** (2010), **Ordonnance sur l'organisation gérontologique** (2010/2017). **Bureau d'information et d'orientation** soll gemäss Kantonshomepage am Entstehen sein.	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)
LU	**Altersleitbild Kanton Luzern** (2010) plus **Weiterführende Information zum Altersleitbild** (2011), **Bericht Versorgungsplanung Langzeitpflege Kanton Luzern 2018–2025** (2017).	**Luzerner Modell 65plus:** Leistungsverträge zw. Gemeinden oder ganzen Regionen mit Pro Senectute. Stadt Luzern (2017): Genehmigung innovativer Pilotprojekte wie **Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen**, **Anlaufstelle Alter** (Beratung wie auch präventive Hausbesuche), **Netzwerk Alter** (Einbindung aller Akteure).
NE	**Planification médico-sociale** (2015). **Politique sanitaire cantonale 2015-2022**: enthält Absicht zu verstärkter Koordination.	Gegenwärtig aktiv in der Koordination der Thematik **pflegender Angehöriger** durch Aufbau zweier breit zusammengesetzter Kommissionen (strategisch/operativ; 2017 verabschiedet).
NW	**Alterskonzept** (2007): Starke Fokussierung auf Pflegeversorgung.	**Netzwerk Alter** (seit 2017): besteht aus Behördenmitgliedern, relevanten Institutionen und älteren Personen. Analysiert vorhandene Angebote in der Gesundheitsförderung und definiert Lücken; gemeinsame Massnahmenumsetzung. 2018: Bestandesaufnahme und Problemanalyse für ein neues **Altersleitbild:** Koordinations- und Schnittstellenthematik sowie fehlende neutrale Informationsstelle darin angemahnt.
OW	Motion zu **Gesamtstrategie Alterspolitik** (2013) vom Kantonsrat in ein Postulat umgewandelt.	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)

Kanton	Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Erlasse	Aktuelle Vorstösse und Prozesse der letzten ca. zwei Jahre mit Bezug zu Socius 2.0
SG	**Altersleitbild** (1996). **Kooperation Alter** (2014): „Gemeinsam den kommunalen und kantonalen Herausforderungen in der Alterspolitik begegnen". Kooperationsgefäss für Gemeindepräsidien und zwei kantonale Departemente. **Kantonaler Seniorenrat** (2016): Fachorgan für alterspolitisch relevante Themen auf strategisch-politischer Ebene: Senioreninteressen gegenüber Verwaltung, Politik und Öffentlichkeit vertreten.	Verzeichnis mit nützlichen **Internetadressen im Bereich Alter** (2018) im Sinne eines Arbeitsmittels für Fachstellen und Gemeinden (durch kantonales Amt für Soziales erstellt). **Interpellation** Erwin Böhi (Nr. 51.17.18) „Zukunft Alterspflege: Neue Modelle sind gefragt". **Interpellation** Christoph Gull (Nr. 51.18.34): „Leben im Alter: Entlastung der öffentlichen Kasse durch Förderung der ambulanten Betreuung"
SH	**Altersleitbild** (1996), insgesamt eher pflegeorientiert. Revidierte Fassung von 2006 fordert von Gemeinden die Arbeit in Planungsregionen. **Bericht zum Stand der Umsetzung des Altersleitbilds** (2012) mahnt Optimierung der Schnittstellen an.	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)
SO	Kein Alterskonzept, keine Leitlinien zu Altersfragen recherchierbar. **GSA**: Gemeinschaft sämlicher 52 solothurnischen Alters- und Pflegeheime als Ansprechpartnerin für öffentliche Hand und Koordinationsgefäss.	**Netzwerk AL'SO - Alt werden im Kanton Solothurn:** Zusammenschluss der Kernorganisationen in der Altersarbeit im Kanton. **Ist-Erhebung der strategischen Grundlagen bei den Gemeinden** (2017). Pro Senectute Kanton Solothurn erstellt **Kantonalen Netzwerkplan Alter** (2018) und führt die Koordinationsstelle Alter im Auftrag des Kantons.
SZ	**Altersleitbild** des Kantons (2006). **Ambulante medizinische Versorgung. Fachbericht des Amtes für Gesundheit und Soziales** (2014): Bezieht neuartige Versorgungsmodelle und -strukturen ein.	Div. Praxisinitiativen in Gemeindeverbünden wie z.B. Drehscheibe Pflege Höfe.
TG	**Alterskonzept** (1999). **Überarbeitete Fassung** (2011). Kantonale **Fachstelle für Altersfragen.** **Alterskonzepte** der einzelnen Gemeinden sind auf Kantonswebsite einsehbar.	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)
TI	**Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane Lanz** (2010)	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)
UR	**Altersleitbild** (2005).	**Aktionsplan Demenz Uri 2017-2023** (2017). **Postulat** Margrit Rieder (Nr. 2014-741 R-721-26) „Aktuelle Situation der Pflegebetten im Kanton Uri - Wie sieht die Zukunft in der Alterspflege im Kanton Uri aus?" Empfehlung koordinierter Versorgungsplanung.
VD	Bereits seit ca. 1990: **CMS (Centres médico-sociaux), BRIOS (Bureaux régionaux d'information et d'orientation)**. **Postulat** Filip Uffer (2009): Politique d'action sociale gérontologique favorisant la participation et l'autodétermination des personnes âgées. **Politique Cantonale „Vielleissement et santé"** (2012): stark inspiriert von französischen Modellen, welche integrierte Versorgung umsetzen.	(Vorstossrecherche nicht systematisch durchführbar)

Kanton	Ausgewählte alterspolitische Strukturen und Erlasse	Aktuelle Vorstösse und Prozesse der letzten ca. zwei Jahre mit Bezug zu Socius 2.0
VS	**Politik des Kantons betreffend die Betreuung betagter Personen** (2008). **SOMEKO** Sozialmedizinische Koordinationsstelle. **Langzeitpflegeplanung 2016-2020** (2015).	**Bericht der Kantonalen Konsultativkommission für Alterspolitik an den Staatsrat** (2017): z.B. Idee eines kantonalen Büros für Generationenfragen (Jugend und Alter vereint). Möglichkeit der gesetzlichen Regelung, dass jede Gemeinde über eine sachgerechte Alterspolitik verfügen muss. Ergängzend kantonales Kompetenzzentrum zu schaffen, um die Umsetzung einer solchen Politik zu «coachen» und die Projekte zu fördern und zu koordinieren. **Postulat** von Céline Dessimoz (Postulat 2.0246 / 2018): „Studie über die Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren - höchste Zeit zu handeln!“
ZG	2014: Studie **„Alter und Migration“**. **Forum für Altersfragen:** Vernetzungsplattform für Akteurinnen und Akteure der Altersarbeit im Kanton Zug. **Bericht und Antrag des Regierungsrats zur Änderung des Sozialhilfegesetzes** (2013).	2018: **Kampagne „Alter hat Potenzial“**
ZH	**Bericht zur Alterspolitik** (2009): Direktionen haben Kontakt mit Vertreter*innen des **Forums für Alterspolitik**. Im Bereich Wohnen im Alter wird die Koordination zwischen Gemeinden, Nutzern und Bauherren als Erfolgsfaktor gesehen.	**Postulat** Theres Agosti Monn et al. (KR-Nr. 316/2017): Altersdurchmischtes Wohnen. **Postulat** Lorenz Schmid et al. (KR-Nr. 173/2017): Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen.

6.2 Tabelle 3: Ausgewählte bestehende Versorgungsnetze, welche 5-6 Muss-Kriterien nach Socius 2.0 erfüllen

Organisation	**Hintergrund**	**Kriterium 1** Koordination + Kooperation verschiedener Akteure und Verwaltungseinheiten	**Kriterium 2** Möglichkeit zu Partizipation und Engagement	**Kriterium 3** Entlastung pflegender Angehöriger	**Kriterium 4** Niederschwellige Information über bestehende Angebote	**Kriterium 5** Niederschwellige Versorgung mit Dienstleistungen	**Kriterium 6** Sicherstellung Case Management
Gesundheitszentrum Unterengadin (GR) https://cseb.ch/	Zur 2007 gegründeten Stiftung Center da sandà Engiadina Bassa (CSEB) gehören verschiedene lokale Anbieter der Gesundheitsversorgung, deren Leistungsangebote aufeinander abgestimmt werden. Eine Beratungsstelle ist für Alters- und Pflegefragen zuständig und informiert über Dienstleistungen der sozialen Einrichtungen, ambulante und stationäre Angebote. Case Management kommt bedarfsorientiert zum Einsatz. Förderung von informellen Netzwerken, die auch pflegende Angehörige entlasten.	Dienstleistungen im ambulanten und stationären Sektor sowie Beratung zu Alters-/Pflegefragen sind unter dem Dach „Gesundheitszentrum Unterengadin“, welches von den Gemeinden der Region getragen wird, zusammengeschlossen.	Initiierung von Freiwilligengruppen	Angebote für Pflegende Angehörige werden aufgelistet	Die Beratungsstelle Pflege und Betreuung des Betriebs CHÜRA – Pflege & Betreuung bietet niederschwellige Informationen und Beratung zu Angeboten und Versorgungsleistungen an Ch	Niederschwellige Dienstleistungsangebote integriert	In komplexen Situationen wird Case Management angeboten
Pro Senectute Kanton Solothurn (PS SO) https://so.prosenectute.ch/de.html	Die PS SO hat vom Kanton einen spezifischen Vernetzungs- und Fachberatungsauftrag gegenüber anderen Gemeinden im Kantonsgebiet. Sie führt zusätzlich zum üblichen Dienstleistungsangebot selber einen professionellen Haushilfe- und Mahlzeitendienst.	PS SO hat vom Kanton den Auftrag, das „Netzwerk AL'SO - Alt werden im Kanton Solothurn“ aufzubauen, zu koordinieren sowie den kantonalen „Netzwerkplan Alter“ zu führen. Ziel: Vernetzung zwischen Schlüsselpersonen fördern und übergreifende Altersinteressen aufnehmen und vertreten. Fachberatung der	z.B. Einsatz als freiwilliger Bewegungscoach, welche Personen zu Hause besuchen und mit ihnen Gangsicherheit und Selbstständigkeit trainieren. Gesellige, kulturelle und gesundheitsförderliche Angebote.	u.a. Entlastungsangebote, Gesprächsgruppe	Unterstützung von Gemeinden bei der Erstellung und Produktion von Dienstleistungsbroschüren „Alt werden in…“ (Angebotskatalog für ältere Einwohner*innen)	Führung eines professionellen Haushilfe- und Mahlzeitendienstes	ev. im Rahmen der Sozialberatungen

Organisation	Hintergrund	Kriterium 1 Koordination + Kooperation verschiedener Akteure und Verwaltungseinheiten	Kriterium 2 Möglichkeit zu Partizipation und Engagement	Kriterium 3 Entlastung pflegender Angehöriger	Kriterium 4 Niederschwellige Information über bestehende Angebote	Kriterium 5 Niederschwellige Versorgung mit Dienstleistungen	Kriterium 6 Sicherstellung Case Management
		Gemeinden zu Altersfreundlichkeit: Mit massgeschneiderter Fachberatung in sechs Modulen gibt die PS SO Wissen an diGemeinden weiter.					
Gesundes Freiamt (AG) www.gesundes-freiamt.ch http://replaoberesfreiamt.ch	Gesundes Freiamt versteht sich als Weg zu integrierter Versorgung bzw. zu koordinierten Gesundheitsleistungen für Menschen im Oberen Freiamt. 2016 wurde das Projekt in den Regionalplanungsverband Oberes Freiamt integriert. In der „Fachgruppe Alter und Gesundheit“ (Steuerungsorgan) sind Gemeinden, Fachorganisationen sowie Gesundheitsversorger vertreten. Mit der „Drehscheibe Gesundheit“ wurde eine niederschwellige Anlaufstelle für die Bevölkerung geschaffen, aber es soll damit auch eine Abstimmung des Leistungsangebots erzielt werden. Träger und Anbieter dieser Drehscheibe sind Heime und Spitexorganisationen.	Im Rahmen der Fachgruppe Alter und Gesundheit der REPLA werden schrittweise Projekte zur Umsetzung des verabschiedeten Konzepts Integrierte Versorgung Freiamt realisiert. Koordinations- oder Steuerungsmassnahmen sind erst in Ausarbeitung.	Förderung der Nachbarschaftshilfe durch System mit Zeitgutschriften	ev. durch Unterstützung im Rahmen der Beratungsstelle Drehscheibe Gesundheit	Informationen durch die Beratungsstelle Drehscheibe Gesundheit	In der Vision der integrierten Versorgung „mitgedacht“	In der Vision der integrierten Versorgung „mitgedacht“
Réseaux santé Vaud (VD) https://www.reseaux-sante-vaud.ch	Der Kanton Waadt ist in vier Gesundheitsregionen aufgeteilt, in denen regional koordinierte Gesundheitsnetzwerke agieren. Unter der Bezeichnung „Réseau de soins“ sind unterschiedliche stationäre und ambulante Leis-	Kantonaler Auftrag zur Steuerung und Koordination einer breiten Angebotspalette im Bereich der Gesundheitsversorgung. Enge, sektor-	---	Entlastende Angebote für Angehörige sowie für Professionelle – auch im Sinne von Public Health	Durch zentralisierte Informationsstellen gute Kenntnis der gesamten Angebotspalette ermöglicht	Breites, abgestimmtes Dienstleistungsangebot	Gesundheitsnetzwerke richten sich am Patientenpfad aus

Organisation	Hintergrund	Kriterium 1 Koordination + Kooperation verschiedener Akteure und Verwaltungseinheiten	Kriterium 2 Möglichkeit zu Partizipation und Engagement	Kriterium 3 Entlastung pflegender Angehöriger	Kriterium 4 Niederschwellige Information über bestehende Angebote	Kriterium 5 Niederschwellige Versorgung mit Dienstleistungen	Kriterium 6 Sicherstellung Case Management
	tungserbringer zusammengefasst, aber auch weitere Dienstleistungen und Programme im Bereich der Gesundheitsförderung etc. „Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation" (BRIOs): Die Koordination der Leistungserbringer und -bezüger erfolgt durch diese breit aufgestellten regionalen Informationsstellen.	übergreifende Zusammenarbeit mit dem Ziel einer integrierten Versorgung.					
Koordination Gesundheit Höfe (SZ) www.drehscheibe-pflege-höfe.ch www.gesundheit-hoefe.ch	Die „Drehscheibe Pflege Höfe" ist eine erste umgesetzte Massnahme der „Koordination Gesundheit Höfe", die von drei Gemeinden getragen wird. Als Anlaufstelle für Fragen zur Pflege und Betreuung berät sie über die bestehenden Angebote in der Region und vermittelt an Fachstellen. Es wird versucht, Lücken zu identifizieren sowie Schnittstellenprobleme in der Versorgung zu mindern.	Die aus drei Trägergemeinden gebildete „Gesundheitskommission" schafft verschiedene Gefässe der Vernetzung, listet umfangreich und systematisch die zur Verfügung stehenden Angebote auf.	---	Angebote sind verzeichnet, u.a. Dienstleistungen und Unterstützungsmassnahmen für Angehörige	Durch die Beratung und niederschwellige Information wird der Zugang zu Pflegeleistungen verbessert.	Niederschwellige Informationen sind bei der Drehscheibe erhältlich	Fall-/Case Management ist in komplexeren Situationen möglich
GeSo Netzwerk Gesundheit & Soziales Chur (GR) https://www.geso-chur.ch	GeSo ist eine Interessengemeinschaft von Organisationen und Fachpersonen, die im Gesundheits- und Sozialbereich in der Stadt Chur tätig sind. Der Fokus liegt auf der Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Organisationen, Institutionen und Fachpersonen sowie im Betreiben einer Informationsplattform.	Sektorenübergreifender Zusammenschluss (über die Plattform) aller auf dem Gemeindegebiet aktiven Playern.	Eine transparente und umfassende Angebotspalette fördert die Nutzung von Möglichkeiten der Partizipation.	Auflistung von Angeboten für zur Entlastung von pflegenden Angehörigen	Auflistung von Institutionen im Bereich der Beratung, in der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Angehörigenunterstützung	Niederschwellige Versorgung mit Dienstleistungen verbessert durch erleichterten Zugang	--