

Leitbild Integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung

Gemeinde Meilen



Meilen, 4. November 2025

Impressum

Am Leitbild Integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung der Gemeinde Meilen haben die nachfolgend aufgeführten Institutionen und Personen mitgewirkt:

Politik

Dr. Christoph Hiller, Gemeindepräsident
Hanspeter Göldi, Gemeinderat, Ressortvorsteher Soziales (Vorsitz)
Sandra Konrad, Sozialbehörde

Verwaltung

Heinz Kyburz, Leiter Sozialabteilung bis 30. Juni 2025
Sigrid Dänzer-Brandtner, Leiterin Senioren-Info-Zentrale Meilen

Leistungserbringer

Beatrix Frey-Eigenmann, Verwaltungsratspräsidentin Spital Männedorf AG und
Stiftungsratspräsidentin Privatklinik Hohenegg
Lara Réé, Geschäftsleiterin Spitex Zürichsee bis 30. September 2025
Serenella von Schulthess, Geschäftsführerin Platten Meilen

Arbeitsgruppe

Erich Baumann, Präsident Stiftung Platten Meilen ab 1. Juli 2025
Dr. med. Melanie Bühner, Hausärztin
Franziska Feusi, Platten Meilen, Leiterin Pflege und Betreuung
Dr. med. Sophie Ito-Jung, Hausärztin und Heimärztin Platten Meilen
Heike Kirschke, ref. Kirchgemeinde Meilen, Sozialdiakonin
Daniel Mohr, Pflegedirektor Privatklinik Hohenegg
Markus Müller, Geschäftsführer Tertianum
Eduard Mumprecht, Senior, ehem. Präsident SfS Meilen
Dafne Nava, Sozialarbeiterin Spital Männedorf
Ursula Rissi, ref. Kirche Meilen, Kirchenpflegerin
David Ruprecht, Viva Kirche Meilen, Pastor und Ressortverantwortlicher
Matthias Schaufelberger, Inhaber Rothaus Apotheke
Rita Steiger, Leiterin Disposition und Beratung Platten
Werner Wunderli, Senior
Erich Wyss, ref. Kirche Meilen, Pfarrer

Moderation und Beratung

Franziska Auderer, ValeCura AG
Dr. Stefan Knoth, ValeCura AG

4. November 2025

ValeCura AG
Hinterbergstrasse 28
6312 Steinhausen

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
1. Vorwort.....	5
2. Übersicht	6
2.1 Einführung.....	6
2.2 Absicht	6
2.3 Prozess Leitbildentwicklung.....	6
2.4 Prämissen der Gesundheits- und Pflegeversorgung	7
Informelle Angebote	7
Betreuung und Entlastung	8
Spitex.....	8
Hausarztmedizin	9
Altersgerechte Wohnformen	10
Stationäre Pflege	12
Fazit	14
3. Leitbild	15
4. Handlungsfelder mit Massnahmen	15
Übersicht Handlungsfelder	15
Handlungsfeld 1: Steuerung – Bedarf – Monitoring	15
Steuerung	16
Ist-Soll Analysen.....	16
Monitoring.....	16
Rahmenbedingungen.....	17
Handlungsfeld 2: Angebotsportfolio	18
Grundversorgung	18
Bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Dienstleistungen	18
Alterswohnen	19
Intermediäre Angebote	19
Bezahlbarer Wohnraum.....	20
Spezialisierte Angebote.....	20
Handlungsfeld 3: Koordination – Integration.....	21
Koordinationsstelle Alter und Gesundheit	21

Durchlässigkeit und Schnittstellen	22
Netzwerk Alter und Gesundheit.....	22
Arbeitsteilung formell-informell	23
Pflegende und betreuende Angehörige.....	23
Integration Vereine und Zivilgesellschaft	24
Handlungsfeld 4: Innovation	25
Trends	25
Nahraum und soziale Integration	25
Digitalisierung	26
Handlungsfeld 5: Ressourcen	27
Finanzierung.....	27
Leistungsvereinbarungen	27
Zugangskriterien.....	28
Ressourcenmanagement	28
Freiwillige als Ressource	29
Handlungsfeld 6: Gesellschaft	30
Gleichstellung.....	30
Informationen	30
Prävention und Gesundheitsförderung.....	31
Sensibilisierung	31
Partizipation.....	31
Sorgende Gemeinschaft.....	32
5. Schlusswort	33

1. Vorwort

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheits- und Pflegeversorgung stellt sich in Zeiten des demografischen Wandels als eine der grössten Herausforderungen für Gemeinden dar. Die stetig wachsende Zahl älterer Menschen und die damit einhergehenden Anforderungen an die Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur erfordern eine vorausschauende Planung. Besonders im Fokus stehen der Fachkräftemangel im Pflegebereich sowie die adäquate Besetzung von Hausarztpraxen, die zunehmend zu Engpässen führen.

Diese Herausforderungen des Gesundheitssystems betreffen auch direkt das Wohl und die Lebensqualität der Meilemerinnen und Meilemer. Die öffentliche Hand kann bei der Koordination unterstützen, hat selbst jedoch nur beschränkte Einflussmöglichkeiten; insofern ist es unerlässlich, dass alle Beteiligten gemeinsam aktiv nach Lösungen suchen. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich aus Vertretungen der Politik und der Verwaltung sowie der verschiedenen freiwilligen und professionellen Leistungserbringern zusammensetzt. Nur durch diese enge Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren – von den Anlaufstellen über die Hausärztinnen und Hausärzte bis zu den Pflegeeinrichtungen – kann eine Versorgung sichergestellt werden, die den Bedürfnissen und Anforderungen von Meilen gerecht wird.

Das vorliegende Leitbild beleuchtet die Massnahmen und Strategien, die ergriffen werden, um den Herausforderungen entgegenzutreten und eine nachhaltige, zukunftsfähige Gesundheits- und Pflegeversorgung für Meilen zu gewährleisten. Gemäss dem Legislaturziel des Gemeinderats Meilen soll den Menschen vor Ort eine optimale Versorgung geboten werden – heute und in der Zukunft.

Dr. Christoph Hiller, Gemeindepräsident

Hanspeter Göldi, Ressortvorsteher Soziales

2. Übersicht

2.1 Einführung

Die Gemeinde Meilen steht vor zentralen Herausforderungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, die durch demografische Entwicklungen, veränderte Versorgungsbedürfnisse und begrenzte Ressourcen geprägt sind. Die Gemeinde Meilen kann diese anspruchsvollen Aufgaben nicht allein bewältigen. Sie ist angewiesen auf eine koordinierte Zusammenarbeit der kommunalen Leistungserbringer und der regionalen Partner sowie auf eine sorgende Gemeinschaft.

2.2 Absicht

Um eine zukunftsgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, hat der Gemeinderat Meilen die Initiative ergriffen, ein gemeinsames Leitbild für eine integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung zu entwickeln. Dieses Leitbild dient als strategischer Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und legt zentrale Prinzipien sowie Handlungsfelder für eine vernetzte und nachhaltige Gesundheitsversorgung fest.

Als fundierte Basis wurde der Grundlagenbericht «Integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung Gemeinde Meilen» erstellt. Dieser Bericht analysiert die aktuelle Versorgungssituation (Ist-Zustand) und definiert Zielwerte (Soll-Zustand) für eine optimierte Gesundheits- und Pflegeversorgung in Meilen sowie Teilen der Region, insbesondere für spezialisierte Leistungen.

Das Leitbild soll als gemeinsamer Referenzpunkt für alle Akteure im Gesundheits- und Pflegebereich dienen, Synergien fördern und dazu beitragen, eine integrierte, qualitativ hochwertige und nachhaltige Versorgung für die Bevölkerung von Meilen sicherzustellen.

2.3 Prozess Leitbildentwicklung

Zur Entwicklung des Leitbilds «Integrierte Versorgung Meilen» hat der Gemeinderat Meilen eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich aus Vertretungen der Politik, Verwaltung und Leistungserbringern zusammensetzt. Mit Unterstützung eines auf Alters- und Gesundheitsversorgung spezialisierten Beratungsunternehmens wurden die Grundlagen und inhaltlichen Schwerpunkte des Leitbilds erarbeitet.

Um eine breite Abstimmung sicherzustellen, fanden zwei Workshops mit einer Projektgruppe statt. Diese setzte sich aus Akteuren der Alters- und Gesundheitsversorgung in und um Meilen sowie aus Vertreterinnen und Vertretern der Kirchgemeinden und Senioren zusammen.

Im ersten Workshop wurde mittels der Methodik «Who Cares?» ein gemeinsames Zielbild mit möglichen Handlungsfeldern erarbeitet. Darauf aufbauend wurden in einem weiteren Schritt Leitsätze und konkrete Massnahmen entwickelt. Im zweiten Workshop erfolgte die Vorstellung und Validierung der Leitsätze und Massnahmen, gefolgt von einer detaillierten Diskussion zur Klärung und Zuweisung der Verantwortlichkeiten.

2.4 Prämissen der Gesundheits- und Pflegeversorgung

Abgeleitet von den Prämissen und der epidemiologischen Entwicklung wurde das Zielbild innerhalb der Versorgungskette formuliert. Die nachfolgende Abbildung zeigt eine Gesamtübersicht und die Handlungs- bzw. Interventionsebenen auf:

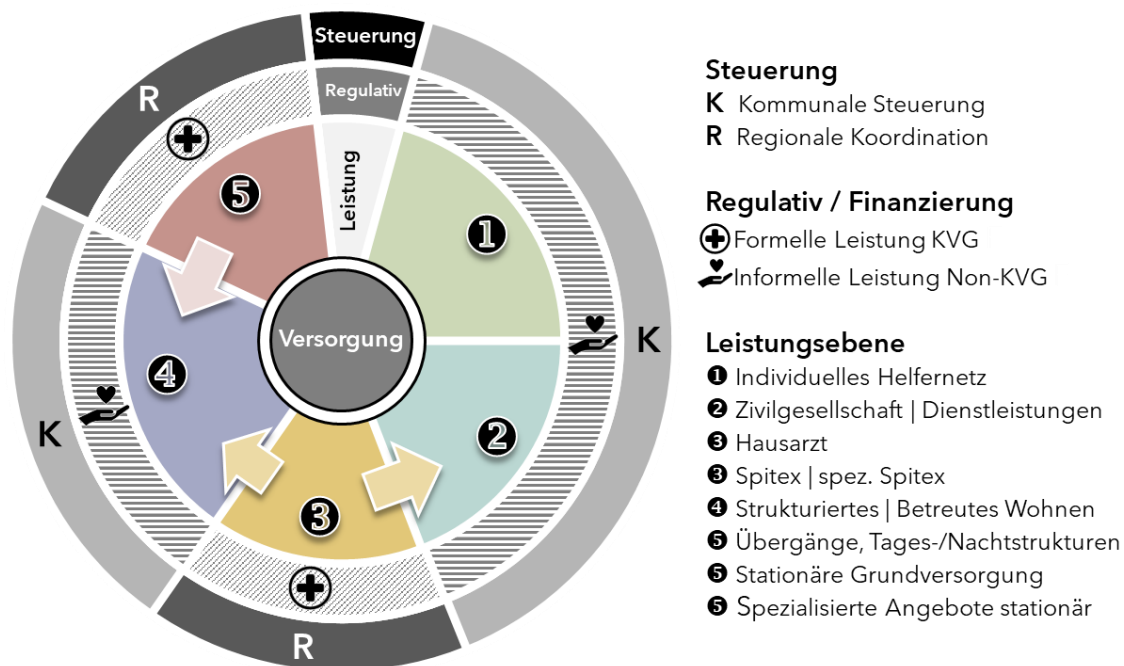


Abbildung 1: Zielbild in der Versorgungskette

Die Versorgungskette enthält drei Ebenen: (1) die Ebene der Steuerung durch die Gemeinde und die daraus resultierende Koordination in der Region, (2) die Ebene der Finanzierung bzw. des Regulativs mit den formellen bzw. KVG-regulierten Leistungen und den informellen Leistungen und (3) die Ebene der Leistungen.

Das prioritäre Ziel besteht in der Entlastung der stationären Strukturen bei gleichzeitiger Stärkung aller vorstationären (formellen und informellen) Angebote. Die konsequente Einbindung aller formellen Leistungserbringer (auch der privatrechtlichen) und der informellen Leistungserbringer ist im Kontext der personellen und finanziellen Ressourcen zwingend notwendig, um die nachhaltige Versorgungssicherheit gewährleisten zu können.

Informelle Angebote

Unter dem Begriff «informelle Angebote» werden alle Leistungen verstanden (Leistungsebenen ① und ② in Abbildung 1), die nicht über die Krankenversicherung finanziert werden, gleichwohl aber in der Altersversorgung relevant sind. Dazu gehören insbesondere alle Leistungen, die aus dem persönlichen «Helfernetz» erbracht werden wie pflegende Angehörige, Nachbarn und Freunde, aber auch zivilgesellschaftliche Angebote von Kirchen, Vereinen oder Freiwilligenorganisationen. Die Alzheimervereinigung schätzt, dass pflegende Angehörige bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen rund 50 Prozent der Betreuungs- und Pflegeleistungen übernehmen.

Neben diesen Leistungen sind eine Vielzahl von Angeboten für die Altersversorgung relevant. Dies geht von Freizeitangeboten über Prävention und Sport bis hin zu konkreten Unterstützungsleistungen wie z.B. Mahlzeiten- oder Fahrdienste.

Die informellen Angebote sind für ein möglichst langes Leben in den eigenen vier Wänden relevant: durch sie bleiben Autonomie und Lebensqualität hoch. Die Voraussetzung dafür ist aber die Bezahlbarkeit der Leistungen, die in der Regel (noch) nicht subventioniert werden durch öffentliche Gelder.

Meilen verfügt mit der Broschüre «60plus in Meilen» (Senioren-Info-Zentrale, 2024) über eine Publikation der vielfältigen Angebote.

Betreuung und Entlastung

Zuhause lebende Menschen mit Zusatzleistungen zur AHV können ab 1.1.2025 Betreuungsleistungen über Krankheits- und Betreuungskosten geltend machen. Die Anpassung der Zusatzleistungsverordnung soll den Verbleib von älteren Menschen in der eigenen Wohnung und die Selbstbestimmung im Alter fördern.

Die Mengenentwicklung ist schwer abschätzbar und abhängig davon, wie viele Personen in Meilen Zusatzleistungen zur AHV beziehen und in Zukunft beziehen werden.

Spitex

Die ambulante Pflege (Leistungsebene ③ in Abbildung 1) wird durch verschiedene Akteure geleistet: die öffentliche Spitex, private Spitexorganisationen und Einzelpersonen.

Wenn über Spitexleistungen gesprochen wird, sind in der Regel geriatrische Pflegeleistungen gemeint. Darüber hinaus können weitere Angebote differenziert werden:

- Kinderspitem
- Demenz
- Psychiatrie (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, Alter)
- Onkologie
- Palliative Care (allgemein und spezialisiert)
- Spezialisierte Angebote (z.B. Rehabilitation, Beatmete)

Diese Leistungen werden teilweise als integrative Angebote «mitgeliefert» (z.B. Demenz, Gerontopsychiatrie) oder von spezialisierten Leistungserbringern mit vertraglich definierten Leistungsvereinbarungen erbracht (z.B. Kinderspitem, Onkologie).

Der Bedarf und das Angebot entwickeln sich in den letzten Jahren stark: Einerseits steigen die Stundenzahlen, andererseits werden die Angebote differenzierter und spezialisierter. Dabei gehen die Angebote immer weiter in den Betreuungs- und Dienstleistungsbereich und die Spezialisierung nimmt laufend zu.

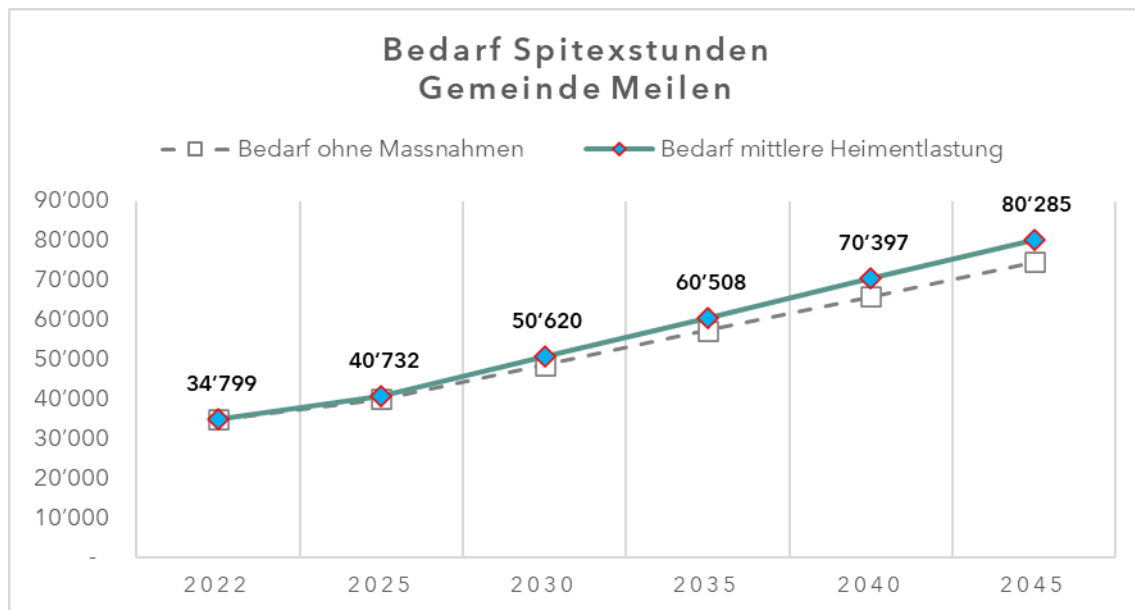


Abbildung 2: Entwicklung Spitexstunden Meilen

Der Bedarf der Spitexstunden ist abhängig von der angestrebten Heimentlastung. In der Abbildung wird von einer mittleren Heimentlastung ausgegangen. Dies bedeutet, dass die Pflegestufen 0-3 so weit als möglich reduziert werden (gemäss (Pellegrini, Dutoit, Pahud, & Dorn, 2022)). Besteht eine Überkapazität in den stationären Angeboten bzw. fehlen strukturierte Wohnangebote, wird der Bedarf an Spitexleistungen tiefer ausfallen. Bei einer mittleren Heimentlastung steigen die Spitexleistungen um den Faktor 2.3, ohne Heimentlastung um Faktor 2.1.

Hausarztmedizin

Die Hausarztmedizin (Leistungsebene ③ in Abbildung 1) bildet für die Grundversorgung und damit auch für die Altersversorgung eine wichtige Kernfunktion. Hausärzte sind Gatekeeper und Nahtstelle. Sie sind für die Bevölkerung wichtige Anlaufstelle in Gesundheitsfragen (Kaufmann, Föhn, & Balthasar, 2021). Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass in der deutsch-sprachigen Schweiz der Hausarzt in für 64 Prozent der Bevölkerung die erste Ansprechperson ist.

G 3.5 Bevorzugter Erstkontakt nach Sprachregion (akute Situation)

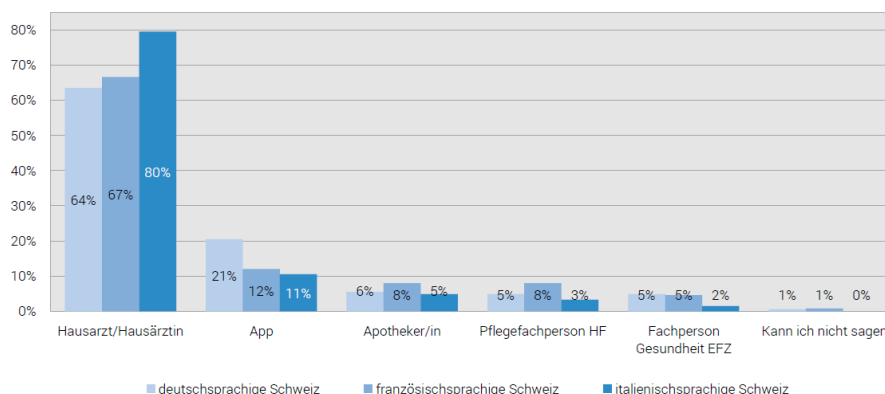


Abbildung 3: Bevorzugter Erstkontakt nach Sprachregion¹

¹ (Kaufmann, Föhn, & Balthasar, 2021)

Die Zahl der Hausärzte wird immer kleiner, Nachfolger für eine Praxis zu finden immer schwieriger. Dies gilt auch für Meilen. Die Sicherung der Hausarztversorgung ist damit eine Herausforderung.

Mit dem in Meilen auf dem Areal «Beugen» geplanten ambulanten Zentrum in Meilen des Spitals Männedorf und der Klinik Hirslanden soll die ambulante Grundversorgung in Meilen und der angrenzenden Region gestärkt werden.

In der Projektbeschreibung des Spitals Männedorf heisst es:

«Das Herzstück des ambulanten Zentrums bildet das Abklärungs- und Operationszentrum mit Bildgebung (MRI, Röntgen, Ultraschall), Labor und Operationssaal für ambulante Eingriffe. [...] Geplant ist auch eine Permanence, welche in Kooperation mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region betrieben werden soll. In den letzten Jahren hat der Druck auf die Hausarztmedizin stark zugenommen und es wird immer schwieriger, Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden. Mit der Permanence will man einer möglichen Versorgungslücke proaktiv entgegenwirken.»²

Altersgerechte Wohnformen

Das erklärte Ziel im Kanton Zürich besteht darin, die tiefen Pflegestufen in stationären Strukturen substantiell zu reduzieren. Unter dem Stichwort «mittlere Heimentlastung» geht es darum, die Pflegestufen 0 bis 3 so stark wie möglich zu dezimieren.

Ein wichtiger Pfeiler zur Entlastung ist die ambulante Pflege, doch dies allein reicht nicht aus. Der Anteil von Menschen, die mit tiefen Pflegestufen in ein Pflegeheim eintreten ist hoch. Dies ist ein Hinweis darauf, dass neben den körperlichen Gründen für einen Pflegeheimeintritt auch die sozialen Motivationen eine wichtige Rolle spielen. Gerade hier bergen Wohnen mit Dienstleistungen bzw. das Betreute Wohnen (Leistungsebene 4 in Abbildung 1) eine zentrale Entlastungsmöglichkeit zwischen dem angestammten Zuhause und Pflegeheim.

Ein Wohnangebot im Alter, das einen zu frühen Einzug in ein Pflegeheim wirksam verhindern soll, benötigt ein wirksames, finanzierbares und von den Nutzern akzeptiertes Angebot. Dabei geht es um verschiedene Bestandteile, die zusammengefügt werden müssen, um ihre Wirksamkeit zu entfalten.

Im Jahr 2018 wurde eine Studie durchgeführt zum Betreuten Wohnen und dessen Einsparpotential in der Ergänzungsleistungsfinanzierung (Bannwart, et al., 2018). In dieser Studie wird ein wertvolles Modell aufgezeigt, das die relevanten Übergänge und Varianten konkretisiert:

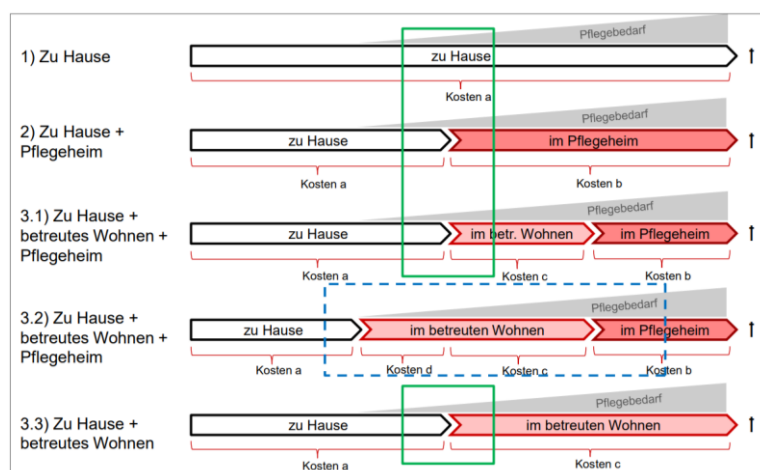


Abbildung 4: Aufenthalte von Betagten im Vergleich (BASS³)

² Quelle: <https://www.spitalmaennedorf.ch/blog/ambulantes-zentrum-in-meilen/>

³ Quelle: (Bannwart, et al., 2018)

In der Abbildung werden die verschiedenen Varianten aufgezeigt, wie der Übergang zwischen eigenständigem Wohnen, Betreutem Wohnen und Pflegeheim stattfinden kann. Der Fokus liegt hier im Modell 3.1 der Abbildung: Wohnformen können dann als wirksam eingestuft werden, wenn sie den Aufenthalt in einem Pflegeheim verkürzen. Dazu müssen sie drei Bedingungen erfüllen:

1. Erfüllung der sozialen Bedürfnisse: Soziale Bedürfnisse wie Alltagsgestaltung und Verhinderung bzw. Minderung sozialer Isolation müssen abgedeckt werden.
2. Abdeckung des Pflegebedarfs: Der Pflegebedarf muss im Rahmen der üblichen Angebote der Spitex abgedeckt werden können.
3. Finanzierbarkeit für den Nutzer (und die Gemeinde): Die Kosten im Betreuten Wohnen dürfen die Kosten des Pflegeheims nicht übersteigen – auch nicht für Bezüger von Ergänzungsleistungen.

Für die Gemeinde müssen die gesetzlich regulierten Restkosten insgesamt tiefer sein als bei einem Aufenthalt im Pflegeheim.

Der Unterstützungsbedarf einer Person steigt, wenn die körperlichen und kognitiven Ressourcen nachlassen oder sich das soziale Umfeld (Wegfall von Hilfestellung) verändert. Lorenz Imhof und Romy Mahrer haben in ihrer Studie «Betreutes Wohnen in der Schweiz» (Imhof, et al., 2018) die Grundlagen für ein Modell gelegt. Das Modell unterscheidet vier Versorgungsstufen A bis D, wobei die Stufe D von einem kleinen Unterstützungsbedarf ausgeht, die Stufe A hingegen von einer ausgeprägten Nutzung an Dienstleistungen.

Die Leistungen können in fünf Gruppen zusammengefasst werden. Ergänzt wird das Angebot durch die zugrundeliegende Koordinationsleistung, die je nach Nutzung verschiedene Ausprägungen haben kann (von Information und Beratung bis Case Management).



Abbildung 5: Angebotsgruppen für die Unterstützung

Der effektive Bedarf an strukturierten Wohneinheiten ist schwer zu schätzen. Im Allgemeinen wird mit einer minimalen «Sättigung» gerechnet, die als initiale Referenzgrösse angesehen werden kann. Diese Sättigung liegt zwischen 6 und 8 % der Altersgruppe 80+. Für Meilen heisst dies, dass im Jahr 2025 ein sicherer Bedarf von rund 80 Einheiten realisierbar ist. Der Bedarf steigt bis 2045 auf rund 115 Einheiten an.

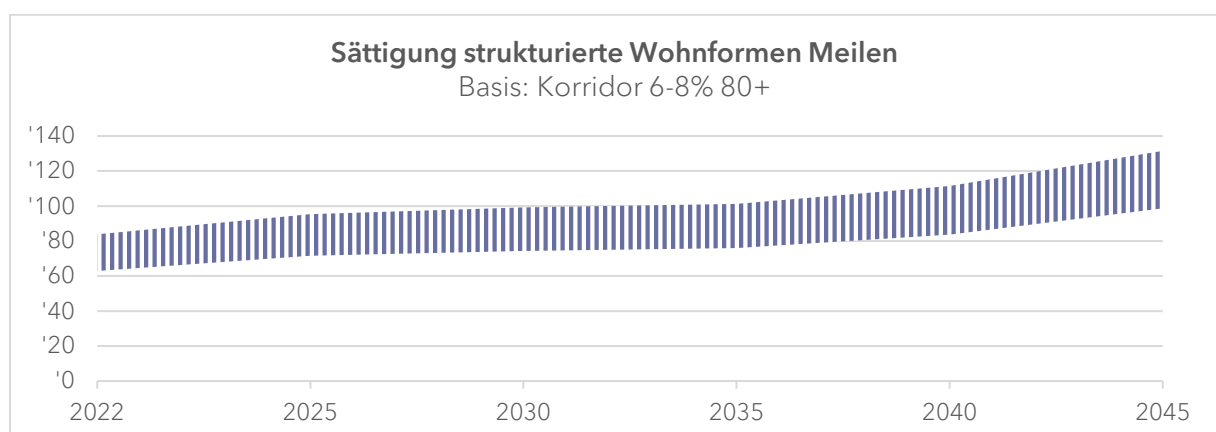


Abbildung 6: Sättigung strukturiertes Wohnen in Wohneinheiten

Die Erfahrung zeigt, dass Studios oder 1.5-Zimmerwohnungen in vielen Regionen der Schweiz wenig Akzeptanz finden. Als Daumenregel gilt: Anzahl Personen plus 1.5 Zimmer. Konkret bedeutet dies: für eine alleinstehende Person eine 2.5-Zimmer Wohnung, für zwei Personen eine 3.5-Zimmerwohnung.

Wohngemeinschaften können funktionieren, oder auch nicht. Insbesondere in urbanen Regionen gibt es Wohngemeinschaften für Senioren, die gut funktionieren. Im ländlichen Bereich ist hier Vorsicht geboten. Der Wunsch nach Privatheit und Rückzugsmöglichkeit muss bei einer Realisierung hoch gewichtet werden.

Die gewählte Wohnungsgrösse hängt ganz entscheidend vom Preis ab. Grundsätzlich empfiehlt es sich, zumindest ein Kontingent von Wohnungen einzuplanen, die das Mietzinsmaximum für Ergänzungsleistungen nicht überschreiten.

Der Mietpreis ist für die Bestimmung des Ergänzungsleistungsanspruches relevant. Die Mietzinsmaxima wurden per 2025 angepasst und sind an Mietzinsregionen gekoppelt. Die Gemeinde Meilen liegt in der Region 2. Damit ist das Mietzinsmaximum für 1-Personen-Haushalte bei CHF 1'525 pro Monat und für 2-Personen-Haushalte bei CHF 1'810 pro Monat.

Die Politik kann sich dafür einsetzen, dass diese Grenzen für ein zu definierendes Kontingent an Mietwohnungen nicht überschritten werden. Dabei kann sie Bauunternehmer und Investoren nicht verpflichten, aber gleichwohl Anreize schaffen.

Stationäre Pflege

Die stationären Leistungserbringer (Leistungsebene 5 in Abbildung 1) sind öffentlich-rechtliche oder privat-rechtliche Organisationen, die alle bewilligungspflichtig sind. Die Gemeinden können Leistungsvereinbarungen abschliessen, um sich die notwendigen Plätze für die eigenen Einwohner zu sichern.

Das Angebotsportfolio hat sich – wie im ambulanten Bereich – in den letzten Jahren stark differenziert:

- Allgemeine Geriatrie
- Demenz (allgemein und spezialisiert)
- Psychiatrie (Gerontopsychiatrie)
- Palliative Care (allgemein und spezialisiert)
- Akut- und Übergangspflege AÜP
- Brückenangebote (Ferienbetten, Geriatriische Rehabilitation)
- Teilstationäre Angebote (Tages- / Nachtstrukturen)
- Spezialisierte Angebote (z.B. u65, Beatmete)

Beim stationären Angebot wird zwischen Grundversorgung (Gebrechlichkeit/Geriatrie und Demenz), spezialisierten Angeboten (z.B. Gerontopsychiatrie, Palliative Care) und komplexen Pflegefällen (z.B. Beatmete oder Personen unter 65 Jahren) unterschieden.

Der zukünftige Platzbedarf orientiert sich am Obsan-Szenario «mittlere Heimentlastung» für die Pflegestufen 0 bis 3 (Pellegrini, Dutoit, Pahud, & Dorn, 2022). Auf der Basis der demographischen Entwicklung in den Altersgruppen werden Quoten der stationären Langzeitversorgung berechnet. Daraus resultiert der Bettenbedarf in den Pflegeheimen und die Entwicklung der KLV-Leistungen in der Spitex.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den zukünftigen Bettenbedarf in der Grundversorgung für die Gemeinde Meilen. Spezialisierte Angebote werden anschliessend für Meilen und für die Versorgungsregion Zürichsee Mitte dargestellt.

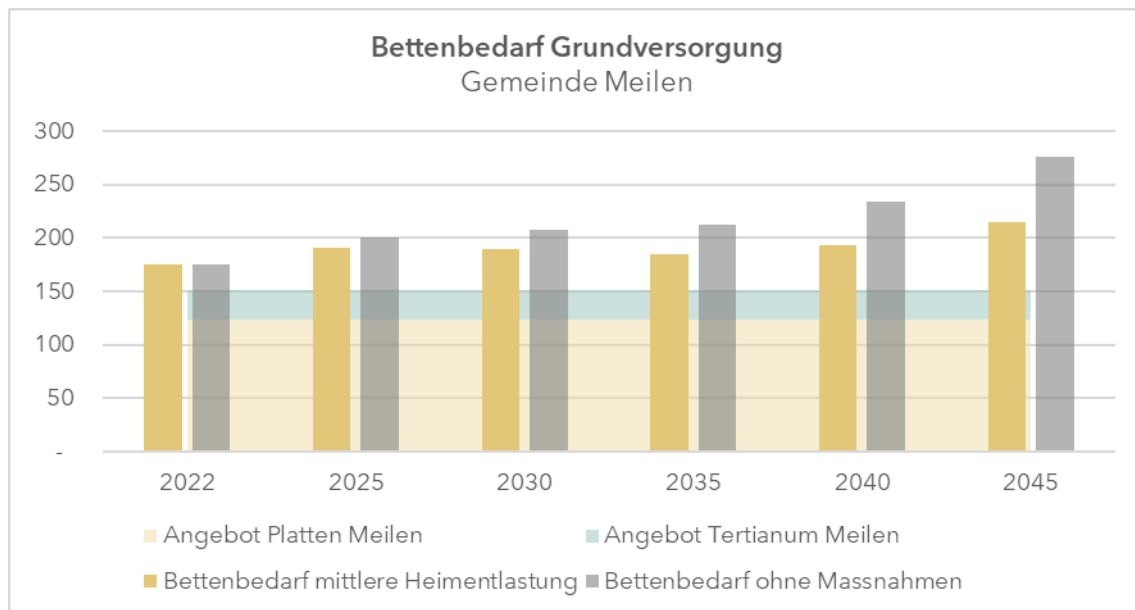


Abbildung 7: Zukünftiger Bettenbedarf stationäre Grundversorgung Meilen

Der Bettenbedarf wird trotz der demographischen Entwicklung bei einer mittleren Heimentlastung eher moderat ansteigen. In den nächsten 20 Jahren muss mit einer Zunahme von rund 15 Prozent gerechnet werden. Ohne die Reduktion der tiefen Pflegestufen 0-3 würde der Bedarf für das Jahr 2045 auf 276 Betten steigen.

Die spezialisierten Angebote für spezialisierte Demenz⁴ und Gerontopsychiatrie nehmen in Meilen in den nächsten Jahren zu. Die Population ist allerdings zu klein, um verlässliche epidemiologische Hochrechnungen zu machen. In der Versorgungsregion muss in den nächsten Jahren geklärt werden, ob ein spezifisches Angebot Gerontopsychiatrie aufgebaut werden soll.

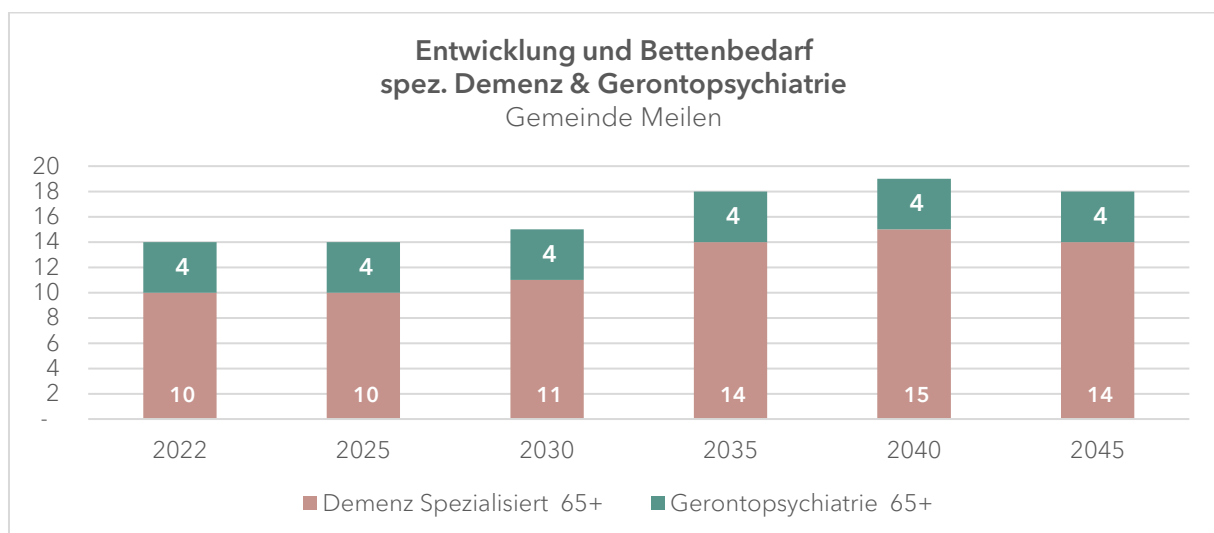


Abbildung 8: Entwicklung spez. Angebote Meilen

⁴ Spezialisierte Demenz fasst alle Demenzformen zusammen, die mit ausgeprägten Verhaltensveränderungen einhergehen wie Aggression, Unruhe, Enthemmung. Eine Form ist die frontotemporale-Demenz.

Für die Versorgungsregion Zürichsee Mitte werden die Zahlen präziser und plausibler. Insgesamt wächst der Bettenbedarf hier bis ins Jahr 2045 auf 46 Betten bis ins Jahr 2045 mit dem entsprechenden fachlichen Ressourcenbedarf.

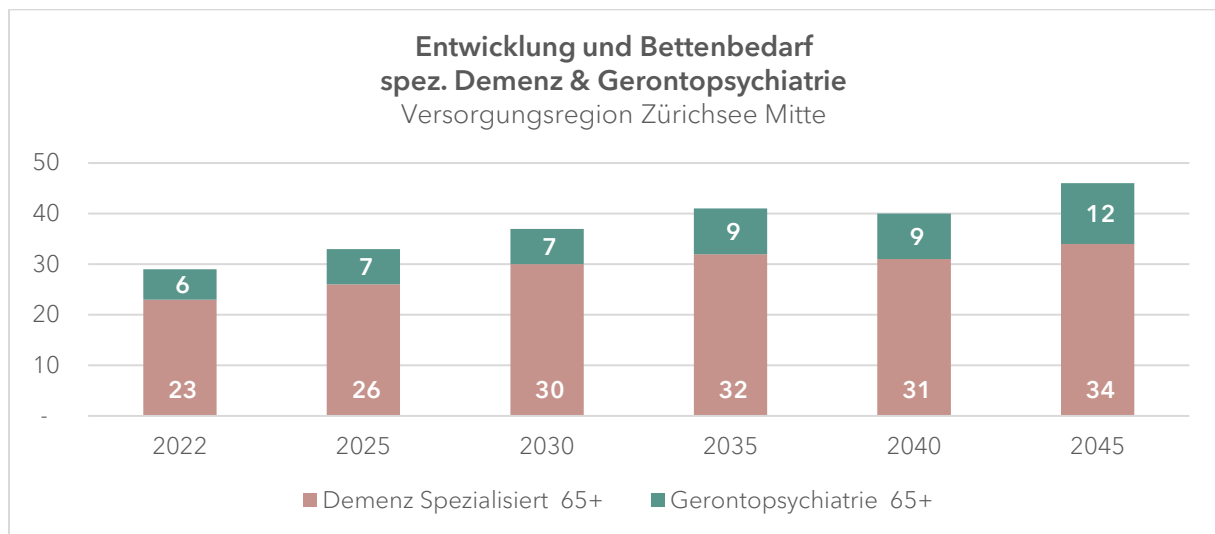


Abbildung 9: Entwicklung spez. Angebote Versorgungsregion Zürichsee Mitte

Fazit

Die Zielsetzung der mittleren Heimentlastung kann nur dadurch erreicht werden, dass die vorstationären Strukturen aufgebaut werden. Dazu gehören die drei Säulen

- Spitex
- strukturierte Wohnformen
- informelle Angebote

Das Problem des Fachkräftemangels führt mittelfristig zur Gefährdung der Versorgungssicherheit. Es muss gelingen, die Arbeitsteilung zwischen Fachkräften und Laien bzw. zwischen Arbeitnehmenden und Freiwilligen neu zu gestalten, um die Zunahme an Leistungen bewältigen zu können.

Die Konsequenz ist eine aktive Alterspolitik. Die Steuerung und operative Umsetzung der Koordinationsaufgaben werden Ressourcen in der Verwaltung der Gemeinde und innerhalb der Versorgungsregion benötigen.

3. Leitbild

Einführung

Das Leitbild Integrierte Versorgung Meilen basiert auf einem gemeinsamen Zielbild. Sechs zentrale Handlungsfelder mit spezifischen Leitsätzen bilden die Basis, um die Entwicklungen in der Gesundheits- und Alterspolitik gezielt voranzubringen.

Zielbild

In Meilen ist eine personenzentrierte, umfassende, zukunftsorientierte und integrierte Gesundheits- und Altersversorgung sichergestellt. Diese beinhaltet die Stärkung bestehender Angebote und der Leistungserbringer sowie das Schliessen von Angebotslücken, das Vermeiden von Doppelspurigkeiten und die Vernetzung aller Akteure – kommunal und regional.

Lebensqualität, Selbstbestimmung- und Verantwortung sowie Mitwirkung am gesellschaftlichen Leben sind zentrale Ziele. Präventionsmassnahmen und Gesundheitsförderung unterstützen die Gesundheit und Autonomie der Meilemer Bevölkerung.

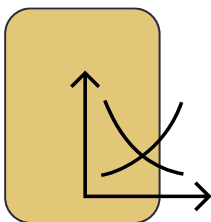
Durch die Förderung von innovativen Lösungen und der Nutzung technologischer Hilfsmittel wird ein nachhaltiges Ressourcenmanagement angestrebt.

4. Handlungsfelder mit Massnahmen

Übersicht Handlungsfelder

Die strategischen Handlungsfelder orientieren sich an den demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Trends, an den Grundsätzen der personenzentrierten Alterspolitik und dem Altersleitbild der Gemeinde. Daraus ergeben sich die folgenden sechs strategischen Felder:

Handlungsfeld 1: Steuerung - Bedarf - Monitoring



Das Zielbild der Integrierten Versorgung dient als Grundlage für das Leitbild «Integrierte Versorgung Meilen». Ein bedarfsge-
rechtes und bedürfnisorientiertes Angebot ist sichergestellt.

Steuerung

Leitsatz 1.1

Eine Steuerungsstruktur wird aufgebaut und Entscheidungsprozesse werden geklärt.

Eine klare Steuerungsstruktur wird aufgebaut. Dabei wird eine Matrix erstellt, die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten übersichtlich darstellt, und Entscheidungsprozesse werden präzise definiert, um transparente Entscheidungswege sicherzustellen.

Massnahmen

Eine Matrix mit Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wird erstellt.

Entscheidungsprozesse werden definiert.

Ist-Soll Analysen

Leitsatz 1.2

Periodische Ist-Soll-Analysen der Gesundheits- und Altersversorgung in und um Meilen bilden die Basis für die Weiterentwicklung von Angeboten.

Durch die kontinuierliche Aktualisierung einer Liste mit Angeboten und Akteuren sowie die Definition von Parametern für die Ist-Analyse wird eine systematische Erfassung und Auswertung relevanter Daten ermöglicht. Die Evaluation geeigneter Methoden und Instrumente und die Festlegung regelmässiger Erhebungsintervalle sichern eine zukunftsorientierte Planung und Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Bedarfe.

Massnahmen

Eine Liste mit den Angeboten und Akteuren wird laufend geführt.

Parameter für die Ist-Analyse werden definiert.

Methoden und Instrumente für die Bedarfsentwicklungsprognose werden evaluiert und bestimmt.

Erhebungsintervalle für die Ist-Soll-Analyse werden definiert.

Monitoring

Leitsatz 1.3

Ein Monitoring dient dazu, die Nutzung der vorhandenen Angebote systematisch zu erfassen und Entwicklungen zu antizipieren.

Ein strukturiertes Monitoring wird aufgebaut und dient dazu, dass die Versorgung bedarfsorientiert, effizient und an aktuelle Entwicklungen angepasst gestaltet werden kann. Die zu erhebenden Daten werden klar definiert und strukturiert, während die Leistungserbringer regelmässig die relevanten Kennzahlen erfassen. Zudem wird die Periodizität der Datenerhebung festgelegt, um eine verlässliche und konsistente Datenbasis sicherzustellen.

Massnahmen

Ein Monitoring wird aufgebaut.

Die zu erfassenden Daten sind strukturiert.

Die Leistungserbringer erfassen periodisch Kennzahlen, die für ihre Leistungen und Organisation relevant sind.

Die Periodizität der Erhebung wird festgelegt.

Rahmenbedingungen

Leitsatz 1.4

Rahmenbedingungen schaffen die Grundlage für die Entwicklung von Angeboten, die den Bedarf und die Bedürfnisse der Bevölkerung in Bezug auf eine konsistente Gesundheits- und Altersversorgung decken.

Die zuständigen politischen Organe schaffen die Voraussetzungen für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote, die den Bedürfnissen der Gesellschaft entsprechen. Sie definieren insbesondere die Zuständigkeiten und die Finanzierung der Angebote. Die Behörden fördern die Vernetzung der Leistungserbringer im funktionalen Raum, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Angebote zu optimieren. Sie fördern den Dialog mit Akteuren zur frühzeitigen Erkennung von Trends und entwickeln nachhaltige Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen. Zudem setzen sie darauf, die Bedürfnisse der Bevölkerung periodisch zu erheben.

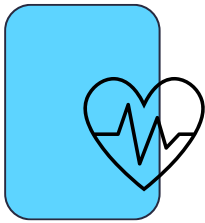
Massnahmen

Die zuständigen politischen Organe schaffen Rahmenbedingungen (insbesondere durch Leistungsvereinbarungen), um neue bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Angebote zu fördern.

Die Behörden und die Verwaltung sind im Dialog mit den Akteuren, um Trends und Veränderungen frühzeitig zu erkennen und nachhaltige Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen zu entwickeln.

Die zuständigen politischen Organe sind bestrebt, die Bedürfnisse der Gesellschaft zum Thema Alter und Gesundheit regelmässig abzuholen.

Handlungsfeld 2: Angebotsportfolio



Die Grundversorgung in Meilen wird durch ein vielseitiges Angebot gewährleistet.

Grundversorgung

Leitsatz 2.1

Eine nachhaltige umfassende Grundversorgung wird im Rahmen der Möglichkeiten sichergestellt.

Die Grundversorgung ist von entscheidender Bedeutung, um die grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung in den Bereichen Medizin, Therapie, Pflege und Betreuung zuverlässig zu decken. Dabei werden gezielt Anreize evaluiert, um die Sicherstellung dieser Grundversorgung langfristig zu fördern.

Massnahmen

Anreize, welche eine umfassende Grundversorgung sicherstellen, werden evaluiert. Neue Berufsgruppen (z.B. Advanced Practice Nurse APN) zur nachhaltigen Sicherung der Grundversorgung werden geprüft und gefördert.

Bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Dienstleistungen

Leitsatz 2.2

Die ambulante Pflege (Spitex) und bezahlbare Dienstleistungen sind bedarfsgerecht und bedürfnisorientiert.

Die ambulante Pflege sowie darüberhinausgehende Dienstleistungen (selbstfinanziert) werden bedarfsgerecht und an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet. Ihre Entwicklung wird durch Leistungsvereinbarungen im Rahmen der Versorgungsplanung gesteuert, um den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld möglichst lange zu ermöglichen. Der Ausbau ambulanter Dienstleistungen wird vorangetrieben und die Erweiterung von Leistungsvereinbarungen wird geprüft, um das Prinzip «ambulant vor stationär» weiterhin zu fördern. Zudem wird die Spitex zusammen mit den Trägergemeinden dazu angehalten, zukünftige Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Angebote zu erarbeiten.

Massnahmen

Die Entwicklung der ambulanten Pflege wird mittels Leistungsvereinbarung auf Basis der Versorgungsplanung gesteuert.

Ambulante Dienstleistungen werden ausgebaut, sodass der Verbleib im angestammten Wohnumfeld möglichst lange aufrechterhalten werden kann. Eine Ausweitung von Leistungsvereinbarungen wird geprüft, um «ambulant vor stationär» weiterhin zu fördern.

Die Spitex wird aufgefordert, zusammen mit den Trägergemeinden, Entwicklungen zu antizipieren und Lösungen zu finden.

Alterswohnen

Leitsatz 2.3

Angebote wie Wohnen mit Service und pflegenahes Wohnen fördern selbstbestimmtes Leben.

Wohnmodelle, die Unterstützung im Alltag und pflegefreundliche Strukturen bieten, tragen dazu bei, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zu fördern. Für die ältere Bevölkerung werden gezielt angepasste Wohnkonzepte mit entsprechenden Dienstleistungen gefördert, um den Bedürfnissen dieser Altersgruppe gerecht zu werden. Zudem werden Projekte, die barrierefreie und finanzierbare Wohnmöglichkeiten schaffen, von der Gemeinde unterstützt, etwa durch die Bereitstellung von Bauland im Baurecht.

Massnahmen

Für die Bevölkerung 80+ werden strukturierte Wohnangebote mit qualifizierten (Dienst-) Leistungen (z.B. Notruf, Betreuungsangebote) gefördert.

Intermediäre Angebote

Leitsatz 2.4

Intermediäre Angebote (Tagesstrukturen, Kurzeintaufenthalte) fördern den Verbleib im angestammten Wohnumfeld.

Intermediäre Angebote wie Tagesstrukturen und Kurzeintaufenthalte unterstützen den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld. Es werden passende Strukturen geprüft, wie etwa Tagesstätten, um den Bedürfnissen gerecht zu werden. Die notwendigen Rahmenbedingungen und Prozesse für Kurzeintaufenthalte werden geschaffen, ebenso wie die Entwicklung von Leistungsvereinbarungen für Entlastungs- und Überbrückungsangebote. Zudem wird ein erweitertes Angebot, das über die Akut- und Übergangspflege hinausgeht, evaluiert, ebenso wie die Finanzierung und Organisation von Vorhalteleistungen und Mehraufwänden bei Kurzeintaufenthalten. Ein weiteres Angebot, das als Austauschplattform dient, wird ebenfalls aufgebaut.

Massnahmen

Der Bedarf und das Angebot intermediärer Strukturen (z.B. Tagesstätte) werden geprüft.

Die Rahmenbedingungen und Prozesse für Kurzeintaufenthalte werden geschaffen.

Leistungsvereinbarungen für Entlastungs- und Überbrückungsangebote werden entwickelt.

Ein Angebot und dessen Finanzierung (z.B. rehabilitative Geriatrie), das über die Akut- und Übergangspflege (> 2 Wochen) hinausgeht, wird geprüft.

Die Übernahme von Vorhalteleistungen für Kurzeintaufenthalte wird geprüft.

Ein Entgelt für den Mehraufwand bei Kurzeintaufenthalten wird geprüft.

Das Angebot "Gipfeltreffen" für Menschen mit Demenz wird als einmal pro Woche stattfindende Tagesstruktur aufgebaut.

Bezahlbarer Wohnraum

Leitsatz 2.5

Es besteht ein Angebot an altersfreundlichem und bezahlbarem (zusatzleistungsfähigem) Wohnraum.

Es wird ein vielfältiges Angebot an altersgerechtem und bezahlbarem Wohnraum angestrebt. Zur Förderung des Baus solcher Wohnungen können gezielte Anreize geschaffen werden. Die Gemeinde unterstützt im Rahmen ihrer Möglichkeiten, dass die Anzahl der verfügbaren Wohnungen den Bedürfnissen entspricht.

Massnahmen

Anreize für den Bau von bezahlbarem Wohnraum werden geschaffen.

Die Gemeinde setzt sich ein für eine bedarfsgerechte Anzahl von zusatzleistungsfähigen Wohnungen (z.B. mit der Vergabe von Land im Baurecht oder als Bedingung bei Gestaltungsplänen).

Spezialisierte Angebote

Leitsatz 2.6

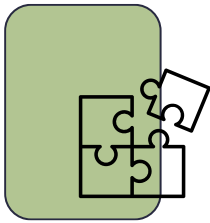
Es besteht ein Angebot an spezialisierten Leistungen, die regional abgestimmt sind.

Palliative Care fördert ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben bis zum Lebensende. Es wird geprüft, Leistungsvereinbarungen für spezialisierte regionale Angebote abzuschliessen. Palliative Care wird sowohl ambulant als auch stationär sichergestellt, wobei die Leistungserbringer auch die Beratung und Unterstützung von Angehörigen gewährleisten.

Massnahmen

Spezialisierte Angebote (u.a. Demenz, Gerontopsychiatrie, Palliative Care) und Angebote für Personen unter 65 Jahren werden innerhalb der Versorgungsregion abgestimmt und mit entsprechenden Leistungsvereinbarungen angeboten.

Handlungsfeld 3: Koordination - Integration



Die Koordination der Akteure und Angebote ermöglicht die integrierte Versorgung.

Koordinationsstelle Alter und Gesundheit

Leitsatz 3.1

Eine Koordinations- und Vermittlungsstelle Alter und Gesundheit wird innerhalb der Gemeindeverwaltung aufgebaut.

Eine Koordinations- und Vermittlungsstelle für Alter und Gesundheit (im Folgenden: «Koordinationsstelle Alter und Gesundheit») wird innerhalb der Gemeindeverwaltung eingerichtet. Diese Stelle übernimmt das Care Management, das die Organisation und Steuerung der Versorgungsangebote umfasst. Ihre Aufgaben, wie z.B. die disziplinenübergreifende Koordination der kommunalen und regionalen Akteure, werden definiert und umgesetzt. Es wird eine klare Aufgabenteilung und Verantwortungszuweisung festgelegt. Zudem wird die Vermittlung von Dienstleistungen gemäss den gesetzlichen Vorgaben sichergestellt.

Massnahmen

Ein Care Management (Versorgungsmanagement) wird von der Koordinationsstelle Alter und Gesundheit aufgebaut. Zudem wird eine zweckmässige und effiziente Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im funktionalen Raum angestrebt.

Die Aufgaben der Koordinationsstelle Alter und Gesundheit werden definiert und umgesetzt. (z.B. disziplinenübergreifende Koordination der Akteure, ZL-Durchführungsstelle, Pflegebeiträge).

Aufgabenteilung und Verantwortlichkeiten werden definiert.
Eine Abgrenzung/Aufgabenteilung von der aktuellen Senioren-Info-Zentrale und der Koordinationsstelle Alter und Gesundheit wird definiert.

Eine Abgrenzung/Aufgabenteilung vom Sozialdienst im Spital und der Koordinationsstelle Alter und Gesundheit wird definiert.

Die Vermittlung von Dienstleistungen wird gemäss gesetzlichem Auftrag aufgebaut.

Durchlässigkeit und Schnittstellen

Leitsatz 3.2

Die Durchlässigkeit von Angeboten bzw. Integration der Versorgungsprozesse der Akteure wird laufend gestärkt.

Die Integration und Koordination der Versorgungsprozesse werden kontinuierlich verbessert. Innerhalb des Care Managements werden klare Prozesse definiert, während die Schnittstellen und die Zugänglichkeit der Angebote sowohl aus der Perspektive der Anbieter als auch der Nutzer regelmässig überprüft werden. Die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren werden aktiv gefördert, um eine reibungslose und effiziente Versorgung sicherzustellen.

Massnahmen

Versorgungsprozesse werden innerhalb des Care Managements definiert.

Die Durchlässigkeit und Schnittstellen der Angebote werden aus Betreiber- und Kundensicht (durch Akteure) überprüft.

Die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Akteuren werden gefördert.

Netzwerk Alter und Gesundheit

Leitsatz 3.3

Ein «Netzwerk Alter und Gesundheit» von Akteuren wird aufgebaut; es tagt periodisch.

Ein Netzwerk von Akteuren (im Folgenden: «Netzwerk Alter und Gesundheit») wird etabliert und trifft sich regelmässig, um den Austausch und die Zusammenarbeit zu fördern. Die Mitglieder des Netzwerks werden definiert, und die Häufigkeit der Treffen wird bestimmt. Die Koordinationsstelle Alter und Gesundheit bereitet die Themen vor und moderiert die Treffen, um einen kontinuierlichen Informationsaustausch und die Diskussion aktueller Entwicklungen zu gewährleisten. Darüber hinaus werden Projekte zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle, die vom Netzwerk angestossen werden, geprüft und, wenn möglich, unterstützt.

Massnahmen

Mitglieder des Netzwerks Alter und Gesundheit werden definiert.

Die Periodizität der Netzwerktreffen wird festgelegt.

Die Koordinationsstelle Alter und Gesundheit bereitet die Themen und Inhalte der Netzwerktreffen vor.

Die Koordinationsstelle Alter und Gesundheit moderiert die Netzwerktreffen. Der Austausch von Informationen und Entwicklungen zwischen den Akteuren wird sichergestellt.

Projekte zur Förderung der integrierten Versorgung, die das Netzwerk Alter und Gesundheit initiiert, werden geprüft und wenn möglich unterstützt.

Arbeitsteilung formell-informell

Leitsatz 3.4

Eine Arbeitsteilung zwischen formellen und informellen Akteuren wird konkretisiert.

Die Arbeitsteilung zwischen formellen und informellen Akteuren wird klar strukturiert. Durch eine systematische Übersicht werden Zuständigkeiten, Angebote und Aufgaben festgelegt. Zudem wird die Möglichkeit geprüft, neue Akteure im Bereich der informellen Pflege in das System zu integrieren.

Massnahmen

Mittels Auslegeordnung werden Zuständigkeiten, Angebote und Aufgaben definiert.

Neue Marktteilnehmer im Bereich der informellen Care werden geprüft und - falls sinnvoll - in das Netzwerk Alter und Gesundheit integriert.

Pflegende und betreuende Angehörige

Leitsatz 3.5

Pflegende und betreuende Angehörige und Freiwillige werden gestärkt durch Anerkennung und Support.

Pflegende Angehörige sind entscheidend für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, doch diese Aufgaben können eine erhebliche Belastung darstellen. Eine umfassende Unterstützung von pflegenden und betreuenden Angehörigen sowie Freiwilligen ist entscheidend, damit sie ihre Verantwortung nachhaltig tragen können und ihre Lebensqualität erhalten bleibt. Eine enge Zusammenarbeit zwischen professionellen Pflegekräften und Angehörigen trägt dazu bei, die Lebensqualität sowohl der pflegenden Personen als auch der Pflegebedürftigen zu erhalten. Kommt es zu einer Anstellung von pflegenden Angehörigen, werden die anerkannten Restkosten von der Gemeinde getragen.

Massnahmen

Pflegende und betreuende Angehörige erhalten niederschwellig Informationen zu Entlastungsangeboten.

Pflegende und betreuende Angehörige werden von ambulanten und öffentlichen Spitex-Dienstleistern angestellt und die anerkannten Restkosten werden von der Gemeinde getragen.

Per Leistungsvereinbarung wird die Spitex mandatiert, pflegende und betreuende Angehörige mit Wissen (z.B. ergonomische Transfers) zu beraten und zu unterstützen.

Integration Vereine und Zivilgesellschaft

Leitsatz 3.6

Informelle Akteure und die Zivilgesellschaft werden aktiv in die Altersversorgung einbezogen.

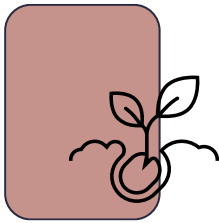
Informelle Akteure und die Zivilgesellschaft spielen eine zentrale Rolle in der Altersversorgung und werden aktiv in den Prozess eingebunden. Neue Modelle und Projekte, die zur Unterstützung der Altersarbeit beitragen, werden geprüft und, wenn sinnvoll, ideell oder finanziell gefördert. Die Bedeutung dieser Akteure wird anerkannt, indem sie als aktive Mitglieder in das Netzwerk der relevanten Akteure integriert werden.

Massnahmen

Neue Modelle/Projekte, die der Altersarbeit dienen, werden geprüft und gegebenenfalls ideell oder monetär unterstützt.

Die Wichtigkeit der informellen Akteure und der Zivilgesellschaft in der Altersarbeit wird gewürdigt, indem sie als aktive Mitglieder in das Netzwerk Alter und Gesundheit aufgenommen werden.

Handlungsfeld 4: Innovation



Der Einsatz neuer Technologien ermöglicht es, moderne, digitale Lösungen zur Verbesserung der Versorgung und des Alltags zu entwickeln. Innovationen unterstützen die Selbständigkeit und optimieren Versorgungsprozesse.

Trends

Leitsatz 4.1

Trends in der Gesundheits- und Altersversorgung werden laufend und aktiv antizipiert.

Trends und Entwicklungen in der Gesundheits- und Altersversorgung erfordern eine fortlaufende Beobachtung und eine Bewertung ihrer Bedeutung für die lokale Umsetzung. Verantwortliche Stellen informieren über diese Entwicklungen und bewerten deren Anwendbarkeit in der jeweiligen Region. Ein Netzwerk dient als Plattform für den Austausch und die Diskussion neuer Trends und Lösungen.

Massnahmen

Die Koordinationsstelle Alter und Gesundheit verfolgt die Trends der Gesundheits- und Altersversorgung aktiv und kommuniziert diese den Gemeindeverantwortlichen kontinuierlich.

Nationale, kantonale und regionale Entwicklungen und Projekte werden auf deren Umsetzbarkeit in der Gemeinde und/oder Versorgungsregion geprüft.

Das Netzwerk Alter und Gesundheit wird als Austauschgefäss für neue Entwicklungen und Trends genutzt.

Nahraum und soziale Integration

Leitsatz 4.2

Projekte und Entwicklungen, die den Nahraum und die soziale Integration fördern, werden überprüft und unterstützt.

Projekte, die die soziale Integration und den Zusammenhalt im lokalen Umfeld fördern, werden geprüft und unterstützt. Dabei werden bestehende zivilgesellschaftliche Strukturen einbezogen oder neue Initiativen angestossen. Generationen- und kulturübergreifende Veranstaltungen sowie Möglichkeiten zur Förderung der Quartierarbeit und soziokultureller Aktivitäten werden berücksichtigt und entwickelt.

Massnahmen

Quartier- und Nahraumprojekte werden unter Beteiligung von bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen einbezogen oder initiiert.

Die Durchführung von generationen- und kulturkreisübergreifenden Veranstaltungen wird unterstützt.

Möglichkeiten von Quartierarbeit bzw. soziokultureller Animation werden geprüft.

Digitalisierung

Leitsatz 4.3

Die Digitalisierung und künstliche Intelligenz (KI) werden in der Entwicklung von Angeboten und Informationen berücksichtigt.

Die Digitalisierung ist ein wesentlicher Treiber für die Weiterentwicklung von Dienstleistungen und die Optimierung von Prozessen. Sie ermöglicht die Einführung innovativer Lösungen in verschiedenen Bereichen, wie Sicherheit, Kommunikation und Vernetzung. Durch den gezielten Einsatz digitaler Technologien können Effizienzsteigerungen erzielt und die Zugänglichkeit von Angeboten für alle Generationen verbessert werden.

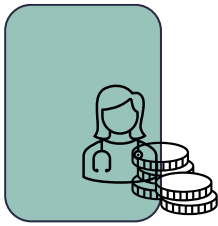
Massnahmen

Innovative Entwicklungen im Bereich der technologischen Wohn- und Lebensunterstützung in den Bereichen Sicherheit, Mobilität, Kommunikation werden geprüft. .

Technische Innovationen, die der Vernetzung der Akteure (inkl. Freiwilligen und Nutzern) und der Reduktion des administrativen Aufwandes dienen, werden auf dessen Implementierung überprüft.

Die Website der Gemeinde wird informativ, übersichtlich und selbsterklärend gestaltet.

Handlungsfeld 5: Ressourcen



Ein effizienter Umgang mit den vorhandenen Ressourcen ist sichergestellt.

Finanzierung

Leitsatz 5.1

Neue Finanzierungsformen zur Stärkung der integrierten Versorgung werden geprüft.

Es wird geprüft, wie neue Finanzierungsformen zur Förderung einer integrierten Versorgung implementiert werden können. Dabei werden Entscheidungsgrundlagen geschaffen, um geeignete Unterstützungsmöglichkeiten – sei es ideell, strukturell oder finanziell – zu identifizieren. Ziel ist es, die Finanzierung von Strukturleistungen zu optimieren und so eine nachhaltige und effiziente Versorgung sicherzustellen.

Massnahmen

Entscheidungsgrundlagen für ideelle, strukturelle oder finanzielle Unterstützung werden geschaffen.

Finanzierungen von Strukturleistungen zur Stärkung der integrierten Versorgung werden überprüft.

Leistungsvereinbarungen

Leitsatz 5.2

Die bestehenden Leistungsvereinbarungen werden überprüft und mit qualitativen und quantitativen Kriterien angepasst.

Aufgrund der Daten der Versorgungsplanung, -entwicklung und dem Monitoring, erfolgt eine regelmässige Überprüfung der bestehenden Leistungsvereinbarungen. Dabei werden Doppelspurigkeiten identifiziert und, wo sinnvoll, abgebaut. Neue Vereinbarungen beinhalten sowohl qualitative Kriterien (Angebot) als auch quantitative (Mengen, Wachstumsziele). Zudem wird die aktive Steuerung spezifischer Leistungsangebote, wie z.B. der Gerontopsychiatrie, durch Leistungsvereinbarungen sichergestellt.

Massnahmen

Alle aktuellen Leistungsvereinbarungen werden evaluiert und gegebenenfalls angepasst.

Doppelspurigkeiten werden, wenn möglich, abgebaut.

Neue Leistungsvereinbarungen enthalten qualitative Kriterien (Angebot) und quantitative (Mengen, Wachstumsziele).

Die aktive Steuerung der Leistungsangebote (z.B. Gerontopsychiatrie) wird, im Rahmen der Möglichkeiten, durch Leistungsvereinbarungen umgesetzt.

Zugangskriterien

Leitsatz 5.3

Die Zugangskriterien zu betreuten Wohnformen und der Rahmen der Kostenübernahme mit öffentlichen Geldern wird definiert.

Der Rahmen für die öffentliche Kostenübernahme wird definiert, unter Berücksichtigung von Kriterien wie Bedürfnissen, Ressourcen und sozialen Faktoren. Ein standardisierter Katalog wird entwickelt, der den Zugang zu unterstützenden Wohnformen regelt. Zudem wird ein transparenter Prüfprozess eingerichtet, um sicherzustellen, dass die festgelegten Zugangsvoraussetzungen erfüllt werden.

Massnahmen

Ein einheitlicher Kriterienkatalog für den Zugang zu betreuten Wohnformen auf Basis von Bedürfnissen und Ressourcen (z. B. Pflegebedarf, finanzielle Situation, soziale Isolation) wird erarbeitet.

Ein transparenter Prüfprozess, der individuell überprüft, ob die Zugangskriterien erfüllt sind (z. B. durch Koordinationsstelle Alter und Gesundheit), wird erstellt.

Ressourcenmanagement

Leitsatz 5.4

Ein aktives Ressourcenmanagement wird betrieben.

Der Fachkräftemangel stellt eine zentrale Herausforderung in der Gesundheits- und Altersversorgung dar, weil er die Qualität und Verfügbarkeit von Dienstleistungen beeinträchtigen kann. Durch gemeinsame Anstrengungen wird der Fachkräftemangel aktiv angegangen, unter anderem durch sektorübergreifende Ausbildungs- und Weiterbildungsinitiativen. Akteure werden dabei unterstützt, den nachhaltigen Umgang mit personellen Ressourcen zu fördern. Zudem werden bewährte Praktiken aus vergleichbaren Gemeinden oder Organisationen geprüft, um deren Anwendbarkeit zu evaluieren.

Massnahmen

Die Akteure werden darin unterstützt, den Umgang mit personellen Ressourcen nachhaltig zu fördern.

Best Practice Beispiele vergleichbarer Gemeinden/Organisationen werden auf deren Anwendbarkeit (z. B. Modelle der Arbeitsteilung) geprüft.

Freiwillige als Ressource

Leitsatz 5.5

Freiwillige werden als wichtige Ressource gesehen und – so weit opportun – durch professionelle Begleitung sowie Aus- und Weiterbildung unterstützt.

Freiwillige werden als wertvolle Ressource anerkannt und erhalten Unterstützung durch professionelle Begleitung sowie gezielte Aus- und Weiterbildung. Massnahmen zur Sensibilisierung, wie die Einbindung jüngerer Generationen und Neuzuzüger in Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit, werden aktiv gefördert. Die Sichtbarkeit und Wertschätzung von Freiwilligenarbeit werden durch öffentliche Anerkennung, wie Publikationen und Veranstaltungen, gesteigert. Zudem wird ein Konzept zur langfristigen Förderung der Freiwilligenarbeit entwickelt, das auch die Möglichkeit zur Ausstellung von Sozialzeitausweisen umfasst.

Massnahmen

Jüngere Generationen und Neuzuzüger werden über Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit sensibilisiert.

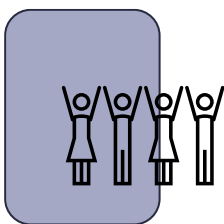
Die Sichtbarkeit von Freiwilligenarbeit wird erhöht z.B. durch Publikationen im Internet sowie im Meilener Anzeiger.

Freiwillige werden aktiv wertgeschätzt, z.B. mit einem jährlichen Dankesanlass.

Ein Konzept zur Förderung der Freiwilligenarbeit wird erarbeitet.

Auf Wunsch werden Sozialzeitausweise von der Gemeinde/Organisation ausgestellt.

Handlungsfeld 6: Gesellschaft



Die Lebensqualität der Bevölkerung ist durch bedürfnisorientierte und hochwertige Angebote sichergestellt.

Gleichstellung

Leitsatz 6.1

Der Zugang zu allen Angeboten ist sichergestellt, unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem Status, Ethnie, Religion, etc.

Um eine Versorgung für alle zu gewährleisten, wird der Zugang zu den angebotenen Leistungen inklusiv gestaltet. Informationen werden gezielt und umfassend bereitgestellt, um sicherzustellen, dass alle relevanten Personengruppen Zugang zu wichtigen Informationen haben.

Massnahmen

Regionale und kantonale Projekte, die Alter und Migration angehen, werden auf deren Umsetzbarkeit geprüft.

Zielgruppenorientierte Informationen (z.B. mit 65 J., 75J. etc.) werden flächendeckend zur Verfügung gestellt.

Ein aufsuchendes Angebot (Beratung zu Hause oder online) wird evaluiert und bei Bedarf sichergestellt oder mittels Leistungsvereinbarungen delegiert.

Informationen

Leitsatz 6.2

Ein niederschwelliger Zugang zu Angeboten und Akteuren ist adressatengerecht sichergestellt (digital und physisch).

Ein niederschwelliger Zugang zu Angeboten und Akteuren wird sowohl digital als auch physisch gewährleistet. Informationen zu verfügbaren Angeboten und Veranstaltungen werden regelmässig erstellt, aktualisiert und über verschiedene Kanäle wie z.B. die Gemeinde-Website und die Informationsbroschüre «60plus in Meilen» bereitgestellt.

Massnahmen

Informationen zu Angeboten und Veranstaltungen werden physisch und digital (z.B. über die Website der Gemeinde) erstellt, bereitgestellt und laufend aktualisiert.

Die Informationsbroschüre «60plus in Meilen» wird jährlich aktualisiert.

Prävention und Gesundheitsförderung

Leitsatz 6.3

Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen den Erhalt der Gesundheit.

Prävention und Gesundheitsförderung spielen eine zentrale Rolle im Erhalt und der Verbesserung der Gesundheit. Sie tragen dazu bei, dass die Bevölkerung aktiv und langfristig ihre Gesundheit erhält und fördert. Die Übernahme und Implementierung nationaler und kantonaler Programme werden geprüft und laufende Projekte werden weitergeführt.

Massnahmen

Nationale und kantonale Gesundheitsförderungs-Programme werden auf ihre Umsetzbarkeit überprüft.

Laufende Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention werden weitergeführt.

Sensibilisierung

Leitsatz 6.4

Die Bevölkerung ist sensibilisiert zu Themen Gesundheit, Alter und Demenz im Alltag.

Die Sensibilisierung der Bevölkerung zu Themen wie Gesundheit, Alter und Demenz im Alltag ist ein wichtiger Bestandteil der Prävention und Förderung eines gesunden Lebensumfelds. Regelmässig durchgeführte Veranstaltungen und Kampagnen, wie Plakate und Social-Media-Beiträge, tragen dazu bei, Wissen zu verbreiten und Themen wie Demenz zu entstigmatisieren.

Massnahmen

Veranstaltungen zu allgemeinen und altersspezifischen Themen (z.B. Altersforum) werden periodisch durchgeführt.

Kampagnen (z.B. Plakate und Social-Media-Beiträge) mit Fakten, die Demenz entstigmatisieren, werden entwickelt.

Partizipation

Leitsatz 6.5

Die Partizipation der Bevölkerung in der Gestaltung der Alterspolitik hat einen hohen Stellenwert.

Die Beteiligung der Bevölkerung an der Entwicklung der Alterspolitik wird als wichtiger Teil einer guten und nachhaltigen Versorgung angesehen. Durch die Schaffung strukturierter Beteiligungsformate, wird der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben, aktiv an Rückkopplungsprozessen und der Gestaltung der Versorgungsplanung mitzuwirken.

Massnahmen

Ein strukturiertes Gefäss (z.B. World Café) für partizipative Prozesse wird aufgebaut.

Die Bevölkerung wird, wo möglich, für Rückkoppelungsprozesse in die Gestaltung der Versorgungsplanung einbezogen.

Sorgende Gemeinschaft

Leitsatz 6.6

Eine sorgende Gemeinschaft trägt zu einer hohen Lebensqualität bei.

Eine gut vernetzte und engagierte Gemeinschaft spielt eine zentrale Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität aller Generationen. Besonders im Alter gewinnen soziale Unterstützung, gegenseitige Hilfe und ein inklusives Umfeld an Bedeutung. Wenn Menschen füreinander da sind – sei es durch nachbarschaftliche Hilfe, freiwilliges Engagement oder professionelle Unterstützung – entsteht ein tragfähiges Netz, das Sicherheit, Teilhabe und Selbstbestimmung fördert. Durch eine sorgende Gemeinschaft wird nicht nur die individuelle Lebensqualität verbessert, sondern auch die gesellschaftliche Verantwortung gestärkt.

Massnahmen

Alter wird als wichtige gesellschaftliche Ressource anerkannt.

Die Bevölkerung übernimmt Verantwortung für sich selbst und dem Umfeld.

5. Schlusswort

Die erfolgreiche Umsetzung des vorliegenden Leitbildes erfordert das gemeinsame Engagement aller relevanten Akteure. Die nachfolgenden Institutionen und Organisationen erkennen die im Leitbild formulierten Ziele, Werte und Handlungsprinzipien an und bekennen sich zu deren Umsetzung in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich. Sie verstehen das Leitbild als verbindliche Grundlage für ihr zukünftiges Handeln im Sinne einer koordinierten, integrierten und bedarfsgerechten Gesundheits- und Pflegeversorgung:

- Gemeinde Meilen
- Platten Meilen
- Tertianum Parkresidenz Meilen
- Spitex Zürichsee
- Spital Männedorf
- Privatklinik Hohenegg Meilen
- reformierte Kirchgemeinde Meilen
- römisch-katholische Kirchgemeinde Meilen
- Viva Kirche Meilen
- Pro Senectute / Senioren-Info-Zentrale Meilen
- Verein Senioren für Senioren Meilen
- Hausärzte
- Apotheken