Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Settings

Bericht mit aktuellen Evidenzen, Handlungsempfehlungen für die Praxis und Forschungsdesideraten

Erstautorinnen: Prof. Dr. Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier, Tabea Schmid

Mitautor:innen (alphabetische Reihenfolge):
Roger Altmann
Patrik Bailer
Dr. Raphael Banz
Dr. Christian Burr
Aline Leibundgut
Holger Litzenburger
Isabel Misteli
Emma Nadol
Dr. Caroline Schneider
Seraina Soldner
Katja Uhlmann

November 2025, V10

Berner Fachhochschule
Swiss Center for Care@home

Impressum

Titel	Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Settings
Erstautorinnen	Prof. Dr. Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier, Tabea Schmid
Mitautor:innen	• Roger Altmann, Netzwerk Gesundheit (Schweiz) AG • Patrik Bailer, Verband Kinder-Spitex Schweiz • Dr. Raphael Banz, Omanda AG • Dr. Christian Burr, Berner Fachhochschule • Aline Leibundgut, Omanda AG • Holger Litzenburger, Swiss Center for Design and Health • Isabel Misteli, Verein hospitales • Emma Nadol, Swiss Center for Design and Health • Dr. Caroline Schneider, Berner Fachhochschule • Seraina Soldner, Verein hospitales • Katja Uhlmann, Berner Fachhochschule
Lektorat	Andrea Weibel, Bern; https://andreaweibel.ch/
Jahr	2025
Auftraggeber / Finanzierung	Swiss Center for Care@home

Copyright	Die Texte dieses Werkes sind lizenziert unter einer «Creative Commons Namensnennung 4.0 International»-Lizenz. Bei Infografiken und Bildern liegt das Urheberrecht bei der in der Bildquelle angegebenen Person/Firma. Eine weitere Veröffentlichung muss direkt mit den Urheber:innen vereinbart werden.

Kontakt	www.bfh.ch/scc scc@bfh.ch Telefon Zentrale +41 31 848 33 00

Vorwort von Ständerätin **Flavia Wasserfallen**, Kanton Bern

Viele von uns kennen die Situation der Betreuung oder Pflege zu Hause, entweder als direkt Betroffene oder als Zugehörige. So unterschiedlich unsere Erfahrungen sind, so verschieden sind die Bedürfnisse und Situationen der Patient:innen und ihres Umfelds. Was sind funktionierende Settings? Was müssen wir verändern? Was braucht es dafür? Diese Fragen treiben mich als Gesundheitspolitikerin um, sie zu beantworten, ist nicht immer einfach.

Der vorliegende Bericht füllt hier eine wichtige Lücke. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit wird eine detaillierte und sorgfältige Bestandesaufnahme von Care@home-Modellen, wie sie im Ausland bereits etabliert sind, vorgenommen. Der Fokus liegt dabei auf der Perspektive von Patient:innen und ihren Zugehörigen. Auch wenn einige Modelle noch in Kinderschuhen stecken oder auch nicht unbedingt einer einheitlichen und vergleichbaren Definition entsprechen, können aus dieser Recherche viele Erkenntnisse für laufende oder zukünftige Projekte und Initiativen im Care@home-Bereich der Schweiz abgeleitet werden. Im Bericht wird das grosse Potenzial von funktionierenden Care@home-Modellen ersichtlich. Wenn sie gut konzipiert und umgesetzt werden, können sie den Patient:innen ermöglichen, in vertrauter Umgebung mit grösster Selbstbestimmung und im Beisein ihrer Zugehörigen behandelt zu werden. Solche Modelle können stationäre Einrichtungen entlasten und Rehospitalisierungen vermeiden.

Was braucht es, damit das funktioniert? Hier können wir dem Bericht praxisnahe und handfeste Handlungsempfehlungen entnehmen: Einer professionellen Begleitung entlang des ganzen Behandlungspfads sowie einer umfassenden Schulung und Partizipation von Patient:innen und ihren Zugehörigen kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Wichtige Begriffe, die in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchen, sind: Vertrauen, auf Augenhöhe, partnerschaftlich, individuell. Zudem ist entscheidend, dass alle involvierten Fachpersonen – von der Ärztin über den Apotheker bis zur Ernährungsberaterin – reibungslos zusammenarbeiten und die Zuständigkeiten geklärt sind. Das entsprechende Fachpersonal ist vorhanden, entscheidend ist aber, dass dessen Zusammenarbeit gestärkt, vorhandene Angebote vernetzt, Fachkompetenzen weiterentwickelt sowie Ressourcen effizient eingesetzt werden.

Es ist unerlässlich, auch über diesen Bericht hinaus die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Care@home-Modellen weiterzuführen, wie die acht Forschungsdesiderate deutlich machen. Besonders wichtig ist mir, zu betonen, dass solche Modelle nicht nur individuell funktionieren sollen, sondern auch einen positiven gesamtgesellschaftlichen Beitrag leisten müssen. Dabei sind Dimensionen der Gleichberechtigung sowie die Anerkennung und der Umgang mit unbezahlter Sorgearbeit zwingend mitzudenken.

Mein Dank gilt der Berner Fachhochschule und allen beteiligten Forscher:innen, die mit diesem Bericht einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung und zur politischen Entscheidungsgrundlage geleistet haben. Ich bedanke mich für die in diesem Bericht aufgeführten To-Dos. Denn damit Medizin, Pflege und Betreuung dort stattfinden, wo die Menschen sie benötigen, müssen wir noch an einigen Stellschrauben drehen.

Flavia Wasserfallen

Flavia Wasserfallen, Ständerätin Kanton Bern

Danksagung

Der vorliegende Bericht wäre ohne die vielfältige Unterstützung und den offenen Austausch mit zahlreichen Partnern in dieser Form nicht möglich gewesen. Wir danken unseren Mitautor:innen vom Netzwerk Gesundheit (Schweiz) AG, von der Kinder-Spitex Schweiz, der Omanda AG, dem Swiss Center for Design and Health, vom Verein hospitales und von der Berner Fachhochschule für ihr wertvolles Feedback, ihre Beiträge, ihr Mitdenken und zuverlässiges Mitwirken im gesamten Entstehungsprozess dieses Berichts.

Ein besonderer Dank gilt den Interviewpartner:innen aus dem Home Treatment der Psychiatrischen Unikliniken Basel, der Spitex Kriens, der Spitex Chur, der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung der Psychiatrie Luzern und der Kinderspitex Bern, die durch ihre Einblicke und Erfahrungen wesentlich zum inhaltlichen Reichtum beigetragen haben. Ebenso möchten wir unseren Kolleginnen des Tværsektorielt Forskningscenter Region Syddanmark in Dänemark herzlich danken, die uns mit ihrem Fachwissen und konstruktiven Hinweisen wichtige Impulse für die Erarbeitung dieses Berichts gegeben haben.

Management Summary

Care@home-Modelle sind **integrierte, interprofessionelle, häufig intersektorale und spitaläquivalente Gesundheitsversorgungsmodelle**, die es Patient:innen aller Altersstufen ermöglichen, zu Hause eine hochstehende, akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu erhalten. Sie verfolgen drei zentrale Ziele: die **Vermeidung von Spitalaufenthalten** *(admission avoidance)*, die **frühzeitige Entlassung aus dem Spital** *(early supported discharge)* sowie die **Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung in peripheren Regionen** *(timely access).* Der vorliegende Bericht widmet sich der Perspektive von Patient:innen und ihren Zugehörigen in diesen Versorgungsmodellen und formuliert auf Basis der aktuellen Evidenz und von Interviews mit Expert:innen konkrete Empfehlungen für die Praxis sowie den zukünftigen Forschungsbedarf.

Die Untersuchung basiert auf einer **umfassenden Literaturrecherche** (2022–2025); ergänzend kommen **Interviews mit in der Schweiz tätigen Fachpersonen** aus der Erwachsenen- und der Kinderspitex sowie aus dem Home Treatment (psychiatrischer Bereich) hinzu. **Ziel war es, die Erfahrungen und Bedarfe der zentralen Akteur:innen zu erfassen und daraus praxisrelevante Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Care@home-Modellen in der Schweiz abzuleiten.**

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Patient:innen **eine Versorgung im häuslichen Umfeld bevorzugen**. Sie berichten von höherer Lebensqualität, mehr Autonomie und einer stärkeren Einbindung in den Behandlungsprozess bei gleichem Sicherheitsempfinden wie im Spital. **Gleichzeitig bestehen Herausforderungen**, etwa bezüglich der Sicherheit in komplexen Versorgungssituationen, der technischen Infrastruktur oder der Verfügbarkeit von Fachpersonal rund um die Uhr. **Die Zustimmung der Patient:innen** zu Care@home hängt wesentlich von ihrem Vertrauen in das Modell und in die beteiligten Fachpersonen ab.

Zugehörige spielen in Care@home-Modellen eine zentrale Rolle. Sie übernehmen eine Vielzahl von pflegerischen Aufgaben, beteiligen sich am Medikationsmanagement, koordinieren und unterstützen emotional. Care@home kann für sie einerseits Vorteile wie eine bessere Vereinbarkeit mit dem Familienleben und eine höhere Zufriedenheit mit sich bringen, andrerseits auch zu erheblichen Belastungen führen. Eine fehlende systematische Schulung, unklare rechtliche Rahmenbedingungen und eine mangelnde finanzielle Absicherung stellen für Zugehörige mögliche Herausforderungen dar.

Im Rahmen des Berichts wurden **sechs thematische Schwerpunkte vertieft untersucht**, die für die Versorgung von Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen besonders relevant sind. Dazu zählen unter anderem das Medikationsmanagement, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Sturzprävention sowie die Information, die Schulung und die finanzielle Vergütung von Zugehörigen. Die Ergebnisse zeigen, dass **das Medikationsmanagement im häuslichen Setting besonders fehleranfällig** ist, insbesondere bei polymedizierten Patient:innen und in Übergangssituationen nach dem Spitalaustritt. Die Einbindung klinischer Apotheker:innen und strukturierte Schulungsangebote für Zugehörige können hier wesentlich zur Patient:innensicherheit beitragen.

Auch **das Ernährungsmanagement ist bislang unzureichend integriert**, obwohl Mangelernährung weit verbreitet ist und mit erheblichen gesundheitlichen und finanziellen Folgen verbunden ist. Die Einbindung von Ernährungsfachpersonen in Care@home-Teams sowie standardisierte Screening-Prozesse gehören zu den zentralen Handlungsempfehlungen. **Bewegungsförderung und Sturzprävention stellen weitere Versorgungsbereiche dar**, die bislang wenig erforscht sind, aber ein grosses Potenzial für die Verbesserung der funktionellen Gesundheit und der Selbstständigkeit der Patient:innen bieten.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass bestehende Angebote wie Spitex und psychiatrisches Home Treatment bereits **wichtige Beiträge zur häuslichen Versorgung leisten**. Fachpersonen betonen die Bedeutung von Vertrauen, einer partizipativen Haltung und digitalen Kompetenzen. Gleichzeitig bestehen strukturelle Herausforderungen, etwa bei der Finanzierung, der Schnittstellenkoordination und der Integration bestehender Dienste. Besonders deutlich wird der Bedarf an spezialisierten Angeboten beispielsweise für vulnerable Gruppen wie Wöchnerinnen mit postpartalen psychischen Erkrankungen.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis sowie zentrale Forschungsdesiderate formuliert, die zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Etablierung von Care@home-Modellen beitragen können.

Handlungsempfehlungen für die Praxis

- **Systematische Information und Schulung von Patient:innen stärken**
  Individuelle Assessments und bedarfsgerechte Schulungsangebote fördern die Selbstwirksamkeit und die Therapietreue.
- **Information, Schulung und Partizipation von Zugehörigen etablieren**
  Zugehörige sollten frühzeitig eingebunden und gezielt unterstützt werden, um Überforderung zu vermeiden.
- **Klare Zuständigkeiten im Medikationsmanagement schaffen**
  Standards, klare Zuständigkeiten und die Einbindung von Apotheker:innen erhöhen die Sicherheit.
- **Das Ernährungsmanagement in Care@home standardisieren**
  Leitlinien inkl. Screeningtools, interprofessionelle Zusammenarbeit und eine gezielte Schulung sind essenziell.
- **Bewegungsmanagement und Sturzprävention gezielt fördern**
  Individuelle Bewegungsprogramme, digitale Tools und eine interprofessionelle Begleitung sind zentral für eine wirksame Bewegungsförderung und Sturzprävention .
- **Klare Definition von Care@home im jeweiligen Modell sicherstellen**
  Eine transparente Modellbeschreibung fördert die Vergleichbarkeit und die Qualitätssicherung.
- **Parallelstrukturen vermeiden und Zusammenarbeit stärken**
  Bestehende Angebote sollten integriert und weiterentwickelt werden, um bei der Entwicklung von Care@home-Modellen Parallelstrukturen zu vermeiden.
- **Sicherstellung der infrastrukturellen und betrieblichen Voraussetzungen**
  Mobilität, eine digitale Infrastruktur und die Logistik müssen gewährleistet sein.

Forschungsdesiderate

- **Beschreibung der Erfahrungen von Patient:innen und Zugehörigen**
  Konzeptionelle Rahmenwerke und empirische Studien zur Perspektive der Patient:innen und der Zugehörigen sowie der Beziehungsgestaltung in Care@home-Modellen fehlen, insbesondere im Schweizer Kontext.
- **Identifikation von Zielgruppen und Gewährleistung der Chancengleichheit**
  Systematische Analysen von Programmverläufen und Zielgruppenverschiebungen ausserhalb kontrollierter Forschungskontexte sowie zum Nutzen für benachteiligte Gruppen fehlen.
- **Beratung, Bildung und Information**
  Inhalte, Formate und Zeitpunkte der Schulung von Patient:innen und Zugehörigen sollen über den gesamten Versorgungsverlauf geklärt werden.
- **Medikationsmanagement**
  Zur Unterstützung und Sicherheit im häuslichen Setting ist die Entwicklung evidenzbasierter Ansätze notwendig.
- **Finanzielle Aspekte und Vergütung**
  Differenzierte Kosten-Nutzen-Analysen unter Einbezug informeller Pflegeleistungen sind notwendig.
- **Ernährungsmanagement, Bewegungsförderung und Sturzprävention**
  Zur Umsetzung, Wirksamkeit und Integration in den Versorgungsalltag ist weitere Forschung erforderlich.
- **Übertragbarkeit bestehender Unterstützungs- und Vergütungsstrukturen für Zugehörige**
  Ob bestehende Strukturen und Angebote auf Care@home-Modelle anwendbar sind, soll geklärt werden.
- **Erhebung und Analyse von Versorgungsbedarfen**
  Zur evidenzbasierten Weiterentwicklung von Care@home-Modellen braucht es systematische Bedarfserhebungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Definition Care@home 11
2 Ausgangslage 12
2.1 Relevanz von Care@home aus gesundheitspolitischer Perspektive 13
2.2 Das Arbeitspaket Patient:innen und Zugehörige 15
2.3 Terminologie 15
2.3.1 Das Zuhause 15
2.3.2 Zugehörige 16
3 Methodik 17
3.1 Teil 1: Literaturrecherche und Recherche zu bestehenden Angeboten 17
3.1.1 Datenbanken und Suchquellen 17
3.1.2 Suchbegriffe 18
3.1.3 Einschränkungen 18
3.2 Teil 2: Interviews mit Expert:innen 19
3.2.1 Auswahl der Expert:innen 19
3.2.2 Durchführung der Interviews 19
3.2.3 Analyse der Interviews 19
4 Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Modellen 20
4.1 Patient:innen in Care@home-Modellen 21
4.1.1 Selektion von geeigneten Patient:innen für Care@home 21
4.1.2 Entscheid der Patient:innen 23
4.1.3 Chancen und Risiken von Care@home für Patient:innen 24
4.1.4 Wahrnehmung und Erfahrungen von Patient:innen 26
4.2 Zugehörige in Care@home-Modellen 26
4.2.1 Belastung, Erholung und Entlastung von Zugehörigen 27
4.2.2 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Zugehörigen 29
4.3 Besonderheiten von Care@home-Modellen im psychiatrischen Setting 29
5 Schwerpunktthemen im Umgang mit Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Settings 32
5.1 Beratung, Bildung und Information von Patient:innen und Zugehörigen über Care@home-Modelle 32
5.1.1 Einbezug der Zugehörigen in die Entscheidungsfindung für oder gegen Care@home 33
5.1.2 Bedarfe von Patient:innen und Zugehörigen während Care@home 33
5.2 Medikationsmanagement in Care@home-Settings 35
5.2.1 Herausforderungen 35
5.2.2 Strategien zur Verbesserung des Medikationsmanagements 36
5.3 Ernährungs- und Bewegungsmanagement in Care@home-Settings 37
5.3.1 Mangelernährung 37
5.3.2 Bedürfnisse von Patient:innen und Zugehörigen 38
5.3.3 Ernährungsmanagement in Care@home-Settings in der Schweiz 38
5.3.4 Bewegungsförderung und -anpassung in Care@home-Modellen 39
5.3.5 Sturzprävention 40
5.4 Finanzielle Vergütung von Zugehörigen 42
5.4.1 Kostenfaktoren in Care@home-Modellen 42
5.4.2 Vergütungsmodelle 43
5.4.3 Implikationen für die Praxis 45
6 Erfahrungen von Fachpersonen in bestehenden Care@home-/ Home-Treatment-Modellen sowie der Spitex in der Schweiz 46
6.1 Potenziale und Herausforderungen im somatischen und psychiatrischen Kontext aus der Perspektive befragter Fachpersonen –Ergebnisse der Einzelinterviews 46
6.1.1 Strukturelle Potenziale bestehender Care@home-Modelle 46
6.1.2 Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von Care@home-Angeboten: Finanzierung, Schnittstellenmanagement und interprofessionelle Kooperation 48
6.1.3 Patient:innen in der häuslichen Versorgung – die Bedeutung individueller Ressourcen, partizipativer Haltungen und digitaler Kompetenzen 49

6.1.4 Rolle von Zugehörigen und deren Einbindung in die häusliche Versorgung 50
6.1.5 Red Flags im Care@home-Kontext 51
6.1.6 Empfehlungen für zukünftige Care@home-Modelle aus der Perspektive der befragten Fachpersonen 52
6.2 Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit Teams des psychiatrischen Home Treatments im Kanton Bern 53
6.2.1 Herausforderungen und Chancen in der Home-Treatment-Betreuung von akutpsychiatrisch erkrankten Wöchnerinnen 54
7 Synthese 56
7.1 Potenziale und Herausforderungen von Care@home-Modellen für Patient:innen 57
7.2 Potenziale und Herausforderungen von Care@home-Modellen für Zugehörige 57
7.3 Fehlende Finanzierung des zeitlich limitierten Co-Workings durch Zugehörige in akuten Situationen 58
7.4 Spezifische Versorgungsdimensionen in Care@home-Modelle 59
7.5 Besonderheiten der psychiatrischen aufsuchenden Versorgung 60
7.6 Bedeutung digitaler Kompetenzen im Care@home-Setting 61
8 Stärken und Limitationen des Berichts 62
9 Handlungsempfehlungen für die Praxis 63
10 Forschungsdesiderate 68
10.1 Forschungsdesiderate aus der internationalen Literatur 68
10.2 Forschungsdesiderate aus Interviews mit relevanten Stakeholdern 70
11 Abkürzungsverzeichnis 72
12 Literaturverzeichnis 73
13 Anhang 92
13.1 Anhang 1: Interviewfragen Expert:inneninterviews 92
13.2 Anhang 2: Care@home-Angebote und Ihre Informationskanäle 93
13.3 Anhang 3: Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von betreuenden Angehörigen 101
14 Versionsverlauf 103

1 Definition Care@home

Care@home-Modelle sind **integrierte, interprofessionelle, häufig intersektorale und spitaläquivalente Gesundheitsversorgungsmodelle**, die es Patient:innen aller Altersstufen ermöglichen, zu Hause eine hochstehende, akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu erhalten.

Das Ziel von Care@home-Modellen ist entweder, einen **Spitalaufenthalt zu vermeiden** *(admission avoidance)*, die Aufenthaltsdauer in einem **Spital zu verkürzen** *(early supported discharge / early transfer)* oder die **rechtzeitige Versorgung** in peripheren Regionen *(timely access)* sicherzustellen.

Care@home umfasst einerseits das **Hospital at Home** bzw. **Home-Treatment-Aktivitäten**, bei denen eine spitaläquivalente somatische resp. psychiatrische Versorgung geboten wird. Andererseits schliesst Care@home Situationen der **Tertiärprävention** mit einem hohen Risiko der Verschlechterung ein. Weiter bietet Care@home Gesundheitsversorgungsmodelle, bei denen **Telemedizin** eingesetzt wird (1).

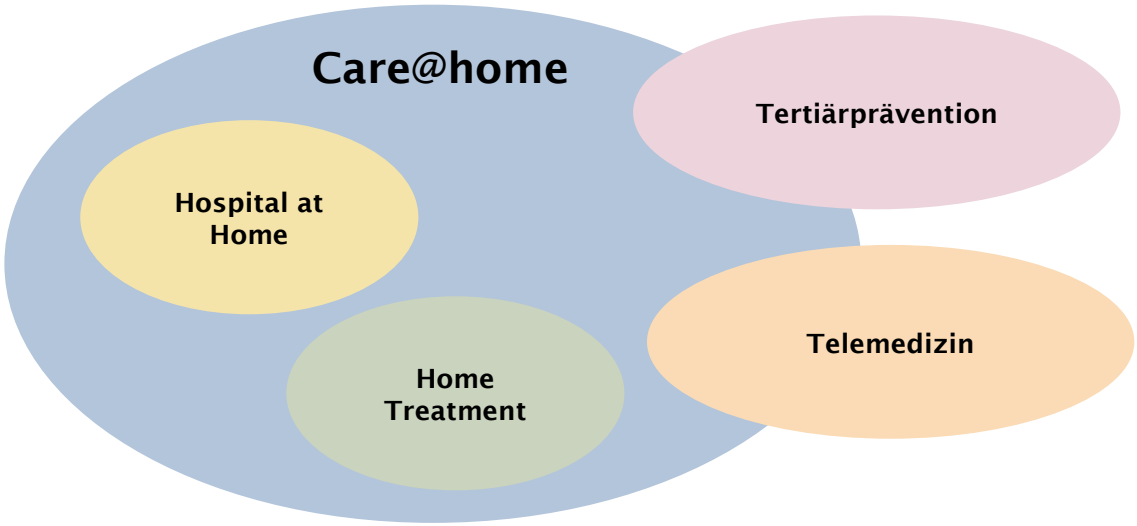

Abbildung 1 Definition Care@home des Swiss Center for Care@home (1)

2 Ausgangslage

«Take-Home-Message» aus Kapitel 2: Care@home-Modelle ermöglichen eine akute, umfassende, wirkungsvolle und effiziente Gesundheitsversorgung im häuslichen Umfeld. Dabei werden drei Versorgungsansätze unterschieden: Frühzeitige Spitalentlassung *(early supported discharge / transfer)*, Vermeidung Spitalaustritt *(admission avoidance)* und rechtzeitige Gesundheitsversorgung in peripheren Regionen *(timely access)*. Die zunehmende Zahl an Care@home-Modellen, kantonalen Pilotprojekten und neuen Netzwerken spiegelt das wachsende Interesse an dieser Versorgungsform wider – einem Ansatz, der international bereits in vielen Ländern erfolgreich umgesetzt wird. Mit ihren integrierten Ansätzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fügen sich Care@home-Modelle gut in die «Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030» ein. Durch das Volks-Ja zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) dürften sie zusätzlich an Aufwind gewinnen.

Am Swiss Center for Care@home (SCC) der Berner Fachhochschule (BFH) werden innovative Versorgungsmodelle gemeinsam mit Partner:innen aus Praxis, Wirtschaft und Wissenschaft, den Verbänden und Krankenkassen entwickelt und erforscht. Das vorliegende Arbeitspaket 4 des SCC fokussiert sich auf sechs Schwerpunktthemen rund um die Patient:innen und ihre Zugehörigen in Care@home-Modellen. Ziel des vorliegenden Berichts ist eine evidenzbasierte Bestandesaufnahme der Situation von Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen, die Formulierung von Handlungsempfehlungen im Hinblick auf die Patient:innen in diesen Modellen und auf ihre Zugehörigen sowie die Identifikation von Forschungsdesideraten.

International sind Gesundheitsversorgungsmodelle wie Hospital at Home, Home Treatment, Virtual Wards, Patient at Home oder Care@home bereits in vielen Ländern implementiert. Auch in der Schweiz steigt sowohl bei Patient:innen als auch bei Leistungserbringenden, Krankenversicherern und politischen Akteur:innen das Interesse an solchen Modellen. Diese gelten als vielversprechende Alternative zu bestehenden spitalbasierten Versorgungsmodellen. In der Schweiz wird dieses Versorgungskonzept im Bereich der Psychiatrie und der medizinischen Rehabilitation zunehmend angewendet. In der somatischen Behandlung von Menschen mit einer akuten Erkrankung bzw. mit einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung oder von Personen, die einen chirurgischen Eingriff hinter sich haben, existieren bislang schweizweit vereinzelte Angebote. In verschiedenen Regionen der Schweiz sind in den vergangenen Jahren neue Versorgungsangebote der aufsuchenden häuslichen Versorgung entstanden, wie etwa das Programm Hospital at Home der Klinik Arlesheim, das Projekt «Visit» des Spitals Zollikerberg oder die Hospital at Home AG in Zürich. Die Schweiz verfügt mit der Spitex bereits heute über eine hervorragende pflegerische Versorgung im häuslichen Setting. Die Rolle der Spitex und ihre Integration in zukünftige Care@home-Modelle stehen im Fokus aktueller Diskussionen.

Die Leistungen der Spitex in der Schweiz unterscheiden sich von jenen der spitaläquivalenten Versorgung zu Hause, wie sie in Care@home-Modellen umgesetzt wird. Spitex-Organisationen erbringen im häuslichen Setting zeitlich begrenzte, intensive Akutversorgungen – meist nach einem stationären Aufenthalt –, leisten die langfristige Grund- und Behandlungspflege für Menschen aller Altersgruppen und unterstützen diese im Alltag. Sie verfügen über hochqualifiziertes Pflegepersonal, das neben der somatischen Grund- und Behandlungspflege auch spezialisierte Leistungen, etwa in den Bereichen Palliative Care, Psychiatrie oder Wundmanagement, bei chronischen, akuten und komplexen Krankheitsverläufen erbringt.
Care@home hingegen bietet eine in der Regel ärztlich geleitete, interprofessionelle und häufig intersektorale Versorgung im häuslichen Setting. Diese umfasst diagnostische Verfahren, komplexe und aufwändige Therapien, ein engmaschiges Monitoring sowie eine spezialisierte Pflege. Zielgruppe sind Patient:innen mit akuten, behandlungsbedürftigen Erkrankungen, beispielsweise Pneumonie, Herzinsuffizienz oder Infektionen; diese Personen müssten andernfalls stationär aufgenommen werden. Charakteristisch sind der zeitlich begrenzte Einsatz, die 24-Stunden-Verfügbarkeit, eine hohe Reaktionsfähigkeit sowie das kontinuierliche Monitoring.
Die Kombination der bestehenden Kompetenzen der Spitex mit der Verlagerung der ärztlich geleiteten Versorgung aus dem stationären in das häusliche Setting eröffnet neue Möglichkeiten für eine integrierte und patientenzentrierte Versorgung. An der Berner Fachhochschule (BFH) ist mit dem Swiss Center for Care@home (SCC) eine dynamische Netzwerkstruktur entstanden, bestehend aus Leadpartner:innen der Praxis, Expert:innen der Forschung und Lehre sowie kantonalen und nationalen Forschungsinstitutionen. Das SCC befasst sich mit Versorgungsmodellen an der Nahtstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Am SCC werden innovative Care@home-Versorgungskonzepte entwickelt, erprobt und evaluiert, mit dem Ziel, sie für die Anwendung in der Regelversorgung nutzbar zu machen.

Über regelmässige Projektförderungen werden die Pilotierung, die Implementierung und die Evaluation von Care@home-Modellen unterstützt. Es werden sowohl Gelingensbedingungen der spitaläquivalenten häuslichen Versorgung aus der Sicht von Gesundheitsfachpersonen, Patient:innen und ihren Zugehörigen untersucht als auch Evidenzen zu Chancen und Risiken dieser Modelle hinsichtlich der intersektoralen und interprofessionellen Pfade der Patient:innen erarbeitet. Weiter bringt sich das SCC aktiv in politische Diskussionen ein, um die regulatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für entsprechende nachhaltige Modelle zu schaffen und deren Kosteneffizienz gegenüber den Kostenträger:innen nachzuweisen.

2.1 Relevanz von Care@home aus gesundheitspolitischer Perspektive

Die «Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030» hat zum Ziel, ein effizientes, qualitativ hochwertiges und nachhaltiges Gesundheitssystem zu fördern und Herausforderungen wie z. B. der Zunahme von nicht übertragbaren Krankheiten zu begegnen (2). Konzepte wie «ambulant vor stationär» zielen darauf ab, kosteneffizientere und patientennähere Versorgungsformen zu priorisieren. Aufgrund finanzieller Fehlanreize im derzeitigen Finanzierungssystem werden in der Schweiz überdurchschnittlich viele Behandlungen stationär durchgeführt, was wiederum zu höheren Kosten zulasten der Kantone und Krankenversicherer führt. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern

zeigt sich, dass die Schweiz in der Priorisierung der ambulanten Versorgung Aufholbedarf hat, beispielsweise bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen in akuten Krisen (3) oder beim Anteil chirurgischer Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden (vgl. Abbildung 2 [4]):

Indem sie die stationäre Versorgung entlasten, leisten Care@home-Angebote einen konkreten Beitrag zur Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» und fördern die angestrebte Verlagerung in den ambulanten Bereich, wie sie im Rahmen der bundesrätlichen Strategie für die Jahre 2020–2030 gefordert wird. Sie adressieren zugleich strukturelle Schwächen des bestehenden Systems, etwa die unzureichende Verzahnung von Versorgungsbereichen oder die fehlende Anreizkompatibilität im heutigen Finanzierungssystem.

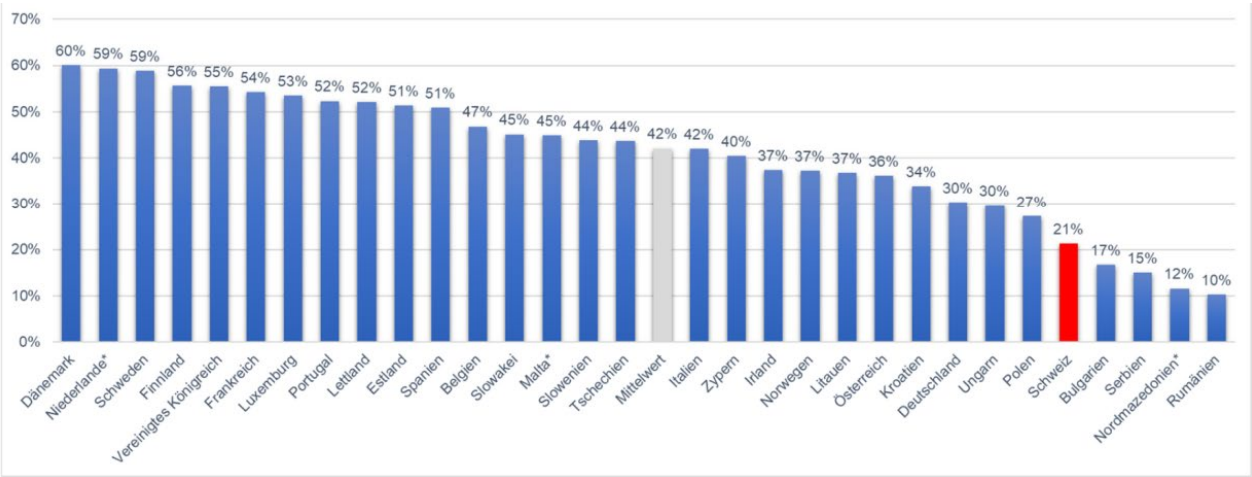

Abbildung 2 Anteil ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe in europäischen Ländern im Jahr 2022 (4, S. 2)

Ziel eines integrierten Versorgungskonzepts ist es, medizinische, pflegerische und soziale Leistungen sektorenübergreifend zu verknüpfen und so die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitssystem nachhaltig zu verbessern. Rückenwind erhalten solche Ansätze durch die im November 2024 angenommene Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, die strukturelle Fehlanreize abbauen und integrierte Versorgungsmodelle stärken könnte (5).
Insbesondere für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bergen spitaläquivalente häusliche Modelle bislang ein ungenutztes Potenzial (6). Diese Gruppe der Patient:innen, die oft als *frequent flyers* bezeichnet werden, wird überdurchschnittlich häufig hospitalisiert – ein Umstand, der mit einer hohen Belastung für die Betroffenen einhergeht. Integrierte Versorgungsmodelle der spitaläquivalenten häuslichen Behandlung könnten Hospitalisierungen reduzieren und die Lebensqualität der Patient:innen sowie die Effizienz des Gesundheitswesens verbessern (7).

Ein weiterer Fokus der «Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030» liegt auf der stärkeren Berücksichtigung psychosozialer Aspekte, der patientenzentrierten Behandlung und der Unterstützung von Zugehörigen. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) besteht mit der Etablierung von spitaläquivalenten häuslichen Behandlungsmodellen das Risiko einer zusätzlichen

Belastung für Zugehörige, insbesondere in instabilen Situationen, was in der Entwicklung solcher Modelle mitberücksichtigt werden muss (8).

2.2 Das Arbeitspaket Patient:innen und Zugehörige

Das Arbeitspaket 4 des SCC beschäftigt sich mit den Patient:innen und ihren Zugehörigen, zwei zentralen Interessensgruppen innerhalb der Care@home-Modelle. Ein wichtiges Einschlusskriterium vieler bereits etablierter Modelle ist die Zustimmung zu diesem Versorgungsmodell, das Vertrauen in dieses sowie die Verfügbarkeit und die Bereitschaft von Zugehörigen, einen Teil der Pflege und Betreuung zu übernehmen (9, 10). Damit Care@home-Modelle nachhaltig erfolgreich sein können, ist es unabdingbar, die Perspektive der Patient:innen und der pflegenden Zugehörigen zu verstehen, um zukünftige Angebote auf deren Bedürfnisse abzustimmen.

Für die Arbeiten im Arbeitspaket 4 «Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Modellen» wurden aufgrund bestehender Quellen und in Gesprächen mit den Mitautor:innen die folgenden sechs thematischen Schwerpunkte definiert:

1. **Beratungs-, Bildungs- und Informationsbedarf** sowohl bei Patient:innen als auch bei Zugehörigen
2. **Nahtstellen und Informationsflüsse** zwischen allen involvierten Akteur:innen und im Behandlungsprozess
3. **Medikationsmanagement**, da in diesem Bereich gemäss internationaler Literatur in Care@home-Modellen viele Fehler passieren (dieser Aspekt wird entsprechend zu den sog. Red Flags gezählt)
4. **Ernährungs- und Bewegungsmanagement**, weil durch Mangelernährung und ein verändertes Bewegungsverhalten viele unerwünschte Ereignisse entstehen (dieser Aspekt gehört ebenfalls zu den Red Flags von Care@home-Modellen)
5. **Erholung / Entlastung** von pflegenden Zugehörigen
6. **Finanzielle Vergütung von Zugehörigen**, da es in der Schweiz zwar Vergütungsmöglichkeiten für pflegende Zugehörige gibt, die Erfahrungen aus der Praxis jedoch zeigen, dass diese nicht auf Zugehörige in Care@home-Modellen zugeschnitten sind (kurzfristiger Einsatz)

Fünf der sechs Schwerpunktthemen werden in den Kapiteln 5.1 bis 5.4 behandelt. Das Thema «Nahtstellen und Informationsflüsse» wird nicht in einem gesonderten Kapitel dargestellt. Dessen Inhalte sind allen Schwerpunktthemen inhärent.

2.3 Terminologie

2.3.1 Das Zuhause

Unter *home* wird das Zuhause der Patient:innen, der Ort, den sie als ihren Lebensmittelpunkt sehen, verstanden. Das kann eine Mietwohnung, ein Eigenheim genauso wie ein Pflegeheim oder ein betreutes Wohnheim sein.

2.3.2 Zugehörige

Als Zugehörige werden An- und Zugehörige, Freund:innen, Familienangehörige, Nachbar:innen, Ehepartner:innen, Partner:innen, Bekannte und andere Beziehungspersonen aus dem sozialen oder familiären Umfeld der Patient:innen verstanden, die zusätzlich zur professionellen Pflege (Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit etc.) einen Teil der Pflege und Betreuung in Care@home-Modellen übernehmen (11).

3 Methodik

Zur Erarbeitung dieses Berichts wurde ein dreistufiges Vorgehen gewählt. Erstens war es das Ziel, eine umfassende Übersicht über die bestehende nationale und internationale Literatur sowie über relevante Angebote in der Schweiz zu erarbeiten. Zweitens sollten die Expertise und die Erfahrungen von Leistungserbringer:innen in der Schweiz im Kontext von Care@home identifiziert werden, um drittens aus der Analyse von Teil 1 und 2 Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu formulieren. Die Perspektiven von Patient:innen und Zugehörigen konnten in diesem Bericht aus Ressourcengründen nicht direkt berücksichtigt werden. Derzeit werden die Erfahrungen von Angehörigen in Care@home-Modellen im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Universität Luzern untersucht (12). Das Vorgehen bei der Erarbeitung dieses Berichts wird in den folgenden Unterkapiteln jeweils kurz beschrieben:

3.1 Teil 1: Literaturrecherche und Recherche zu bestehenden Angeboten

Es erfolgte eine umfassende Literaturrecherche. **Ziel dieser explorativen Literaturrecherche** war die Erarbeitung einer generischen, evidenzbasierten Auslegeordnung zu den Patient:innen und ihren Zugehörigen in Care@home-Modellen (siehe Kapitel 4 und Anhang 2). Die sechs thematischen Schwerpunkte des Arbeitspakets wurden mithilfe spezifischer Literaturrecherchen vertieft untersucht (siehe Kapitel 5).

Forschungslücken im Bereich der Patient:innen und ihren Zugehörigen in der nationalen und internationalen Literatur wurden identifiziert und als Forschungsdesiderate postuliert (siehe Kapitel 10).

3.1.1 Datenbanken und Suchquellen

Die Grundlage dieser Literaturrecherche bildete eine umfassende Sammlung an wissenschaftlicher Literatur, die im Laufe der Jahre 2022–2025 bei der Erarbeitung der Care@home-Thematik entstanden ist. Bereits zu Beginn des Aufbaus des SCC (Winter 2023/2024) führte dessen Leitungsteam eine ausführliche generische Literaturrecherche zu Care@home durch; diese Recherche diente bei der Erarbeitung des Konzepts für das SCC als Basis.

In der Zwischenzeit folgten diverse systematische sowie gezielte, nicht systematische Literaturrecherchen im Rahmen verschiedener Anlässe, Qualifikationsarbeiten und Publikationen (u. a. auf den Datenbanken Pubmed, Cinahl, Cochrane und Ovid Medline wie auch über die wissenschaftliche Suchmaschine Google Scholar), deren Ergebnisse in diesen Bericht miteinbezogen wurden. Ergänzend wurden Publikationen und graue Literatur aufgenommen, die durch Hinweise von Expert:innen, z. B. auf Fachkongressen oder in Workshops, identifiziert wurden.

Zu spezifischen thematischen Schwerpunkten innerhalb dieses Arbeitspakets erfolgten zusätzliche gezielte Suchen, insbesondere nach Übersichtsarbeiten. Dabei wurden die Suchanfragen entsprechend an den jeweiligen thematischen Fokus angepasst, um relevante Publikationen zu identifizieren. Zusätzlich wurden auch hier Literaturhinweise von Expert:innen mitberücksichtigt.

3.1.2 Suchbegriffe

Für die Literaturrecherche wurde eine Vielzahl von Suchbegriffen verwendet; in unterschiedlichen Datenbanken wurden diverse Literatursuchen durchgeführt. Folgende Suchbegriffe waren zentral:

Bei der **Definition des Settings/Kontexts** richteten wir uns nach der in Kapitel 1 vorgestellten Definition von Care@home des SCC. Dazu wurden u. a. Suchbegriffe wie *care at home, patient at home, hospital at home, home hospitalization, hospital in the home, home treatment, admission avoidance and early supported discharge* in unterschiedlichsten Schreibweisen (*care at home, care-at-home, care@home* etc.) eingegeben.

Auf die genaue **Definition der Zugehörigen** wird in Kapitel 2.3.2 eingegangen. Für die Literatursuche wurde u. a. mit folgenden Begrifflichkeiten nach der Population – den Patient:innen und ihren Zugehörigen in Care@home-Modellen – gesucht: *Patients [MeSH]*[1], *patient(s), client(s), child(ren), informal caregiver(s), informal carer(s), informal caregiving, family caregiver(s), family carer(s), family caregiving, parents, relatives.*

Für die themenspezifischen Recherchen wurden zusätzliche Suchbegriffe verwendet.

3.1.3 Einschränkungen

Die vorliegende Literaturrecherche ist eine Auslegeordnung von Literatur, die über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren (Dezember 2022 bis Januar 2025) zusammengetragen wurde und aus verschiedenen systematischen und gezielten Literatursuchen stammt. Angesichts der thematischen Breite des Projekts ist es nicht ausgeschlossen, dass es in einzelnen Bereichen der Thematik inhaltliche Lücken gibt.

Ein Teil der Literatur wurde durch Empfehlungen von Expert:innen und durch graue Literatur ergänzt, was eine selektive Perspektive mit sich bringen könnte. Darüber hinaus unterlag die Auswahl der eingeschlossenen Studien einer gewissen Subjektivität, da keine standardisierten Verfahren zur Bewertung angewendet wurden. Es fand auch keine methodische Bewertung der inkludierten Studien statt, sodass die Qualität der verwendeten Artikel variieren kann.

Um eine gewisse Aktualität der Evidenz zu gewährleisten, wurde der Suchzeitraum in einigen der systematischen Suchen auf die letzten zehn bzw. fünfzehn Jahre eingeschränkt.

Für die Recherche wurde primär deutsch- und englischsprachige Literatur berücksichtigt, wobei Artikel in anderen Sprachen nicht aktiv ausgeschlossen wurden. Aufgrund der deutschen und englischen Suchbegriffe wurden Artikel in anderen Sprachen womöglich nicht identifiziert.

[1] Ein MeSH-Term (Medical Subject Headings) ist ein standardisierter Schlagwortbegriff, der im kontrollierten Vokabular der National Library of Medicine verwendet wird. Er dient dazu, medizinische und gesundheitsbezogene Inhalte in Datenbanken wie PubMed einheitlich zu indexieren und zu durchsuchen.

3.2 Teil 2: Interviews mit Expert:innen

Neben der Literaturrecherche wurden Interviews mit Care@home-Expert:innen aus der Schweiz durchgeführt. Ziel war es, die Ergebnisse aus der Literaturrecherche und deren Übertragbarkeit auf den Schweizer Kontext zu diskutieren. Weiter sollten sowohl die Expertise von Care@home-Anbieter:innen aus der Schweiz als auch deren Erfahrungen eingeholt werden (siehe Kapitel 6).

3.2.1 Auswahl der Expert:innen

Die Auswahl der Expert:innen erfolgte mittels einer gezielten Stichprobenstrategie, wobei auch die Verfügbarkeit der Personen einen Einfluss hatte. Ausgewählt wurden Fachpersonen, die über Erfahrung im Themenfeld Care@home in der Schweiz verfügen. Ziel war es, verschiedene Perspektiven darstellen zu können. Deshalb wurden für die Interviews Vertreter:innen aus unterschiedlichen Settings der Somatik sowie der Psychiatrie und aus der Pädiatrie angefragt.

Schlussendlich stimmten sechs Personen einem Gespräch zu: Eine Pflegeexpertin aus der Kinderspitex, je eine Expertin und ein Experte aus der Erwachsenenspitex sowie eine Pflegefachfrau und zwei Ärzte aus dem psychiatrischen Home Treatment.

3.2.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden im April und Mai 2025 statt und wurden leitfadengestützt durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis der Ergebnisse der Literatursuche sowie der bisherigen Diskussionen mit Expert:innen entwickelt (siehe Anhang 13.1).

Zwei Interviews wurden vor Ort und vier online durchgeführt; die Dauer der Gespräche betrug zwischen 40 und 56 Minuten. Die Interviews wurden von zwei erfahrenen Forscherinnen (Eva Cignacco und Sandra Siegrist-Dreier) geführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anschliessend detailliert zusammengefasst. Die Zusammenfassungen wurden den Teilnehmer:innen auf Wunsch im Rahmen eines Member-Checkings zur Validierung zur Verfügung gestellt.

3.2.3 Analyse der Interviews

Die Daten wurden mittels einer pragmatischen thematischen Analyse nach Braun und Clarke (13) ausgewertet. Ziel war es, durch die Codierung von Textpassagen wiederkehrende Themen und Muster zu identifizieren. Zu diesem Zweck erfolgte eine offene Codierung der Transkripte durch die drei Erstautorinnen, um durch den gemeinsamen Austausch die Verlässlichkeit der Codes zu gewährleisten. Dabei wurden bedeutungsvolle Textsegmente identifiziert und mit Codes versehen. Nach der offenen Codierung erfolgte eine Themensuche mit deduktiven und induktiven Elementen. Basierend auf den generierten Codes wurden thematische Hauptkategorien gebildet, worauf die Codes diesen zugeordnet wurden. Abschliessend wurden die entwickelten Themen überprüft und festgelegt. Diese Überprüfung erfolgte in Bezug auf die Forschungsfrage, um die Übereinstimmung mit den Zielen der qualitativen Datenerhebung zu gewährleisten.

4 Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Modellen

«Take-Home-Message» aus Kapitel 4: Viele Patient:innen wünschen sich eine Gesundheitsversorgung in den eigenen vier Wänden. Die internationale Literatur zeigt, dass Care@home-Modelle eine sichere, komfortable und personenzentrierte Versorgung ausserhalb von Spitalmauern ermöglicht. Patient:innen, die geeignet wären, in einem Care@home-Modell betreut zu werden, durchlaufen bei der Suche nach eine passenden Betreuungsmodell häufig einen komplexen Selektionsprozess. Eine Vielzahl von sozialen und klinischen Faktoren müssen dabei berücksichtigt werden. Patient:innen berichten von diversen körperlichen, psychischen und sozialen Vorteilen, die eine Versorgung in einem Care@home-Modell mit sich bringt.
Zur Ablehnung eines Care@home-Modells führen hingegen folgende Überlegungen: Patient:innen haben Angst davor, ihre Zugehörigen zu belasten, deren Gesundheit zu beeinträchtigen oder ihre Beziehung zu gefährden, oder sie haben ganz allgemeine Sicherheitsbedenken. Allein zu leben war ebenfalls eine Hürde für die Zustimmung zu einer Betreuung in einem Care@home-Modell.
Care@home beeinflusst nicht nur die Patient:innen, sondern insbesondere auch ihre Zugehörigen, die für den Erfolg dieses Gesundheitsversorgungsmodells oftmals eine Schlüsselrolle spielen. Insgesamt ist jedoch noch wenig über den Einfluss dieser Modelle auf die (pflegenden) Zugehörigen bekannt. Care@home-Modelle in der psychiatrischen Versorgung bieten eine vielversprechende Alternative zur stationären Behandlung, indem sie akute Phasen psychischer Erkrankungen im häuslichen Umfeld begleiten und so eine alltagsnahe, personenzentrierte Betreuung ermöglichen.

Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass bei vielen Patient:innen der Wunsch besteht, in den eigenen vier Wänden behandelt zu werden (14, 15). Studien weisen darauf hin, dass Care@home-Modelle eine sichere Alternative zur stationären Behandlung im Spital darstellen können, da sie eine vergleichbare (6, 16) oder sogar eine reduzierte Mortalität (17) aufweisen. Zudem ermöglichen sie eine komfortable und personenzentrierte Versorgung zu Hause (18). Die Behandlungsdauer in Care@home-Modellen scheint etwas länger zu sein als bei stationären Behandlungen (6), während das Risiko für eine Rehospitalisierung (16, 17, 19, 20) und das Risiko, in eine Langzeitpflegeinstitution überwiesen zu werden (6, 15, 19, 21), mit Care@home reduziert werden können.

Eine Behandlung in einem Care@home-Modell hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf die Patient:innen, sondern häufig auch auf ihr soziales Umfeld, das einen Teil der Pflege und Betreuung übernimmt. Das kürzlich von Wang und Kolleg:innen entwickelte konzeptuelle Rahmenmodell (siehe Abbildung 3) gibt Aufschluss darüber, welche Faktoren für Patient:innen und ihre Zugehörigen bei der Wahrnehmung und Bewertung der Qualität von Care@home-Modellen eine Rolle spielen können (22):

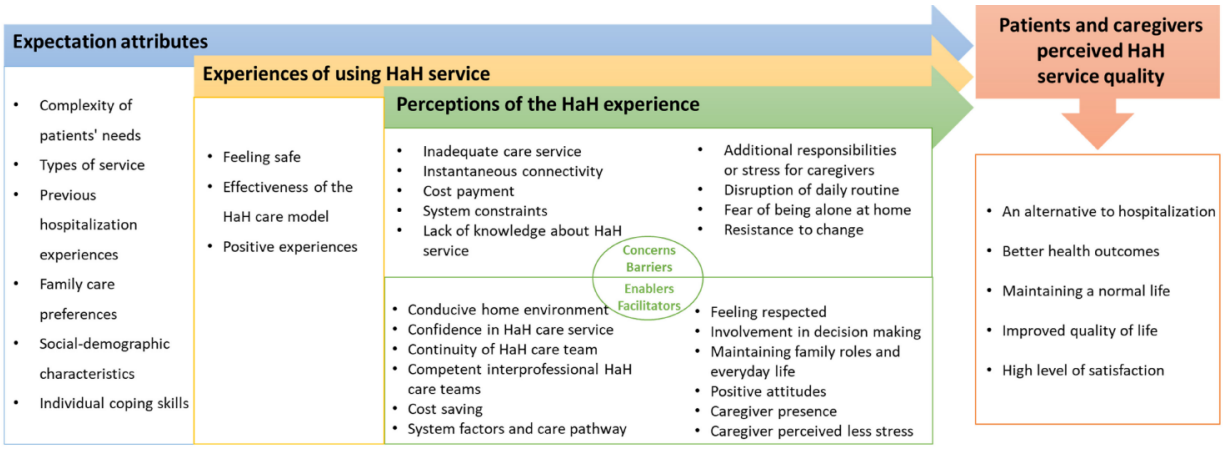

Abbildung 3 Konzeptioneller Rahmen für die Wahrnehmung der Servicequalität von Dienstleistungen des Modells Hospital at Home durch Patient:innen und Zugehörige (22), lizenziert unter CC BY 4.0

Im Folgenden wird ein Überblick darüber gegeben, welche Patient:innen sich für eine Aufnahme in ein Care@home-Modell eignen, welche Faktoren bei der Entscheidungsfindung der Patient:innen relevant sind, welche Vor- und Nachteile für Patient:innen und ihre Zugehörigen in Care@home-Modellen entstehen können, wie Patient:innen und Zugehörige Care@home erleben, welche Rolle Zugehörige in diesen Modellen übernehmen und schliesslich, welche Forschungslücken bekannt sind.

4.1 Patient:innen in Care@home-Modellen

4.1.1 Selektion von geeigneten Patient:innen für Care@home

Die Selektion geeigneter Patient:innen ist häufig komplex und verschiedene soziale und klinische Faktoren müssen berücksichtigt werden (23, 24), denn nicht alle Patient:innen eignen sich für Care@home (7). Klare, konsistente und robuste Kriterien für den Einschluss von Patient:innen in Care@home-Modelle sind wichtig und können auch die Gesundheitsfachpersonen entlasten (25).

Aufgrund welcher Kriterien ein potenzieller Einschluss in ein Care@home-Modell diskutiert wird, unterscheidet sich jedoch zwischen den verschiedenen Modellen. Neben «generischen» Care@home-Modellen, die Patient:innen mit unterschiedlichen Diagnosen zu Hause behandeln, gibt es auch Programme, die auf eine oder wenige Erkrankungen spezialisiert sind. Je nach Krankheitsbild und Patient:in sind unterschiedliche Kriterien erforderlich. Für die Erarbeitung dieser Ein- und Ausschlusskriterien werden z. B. Literaturreviews (21, 26) oder retrospektive Analysen von bisherigen Aufnahmen in Care@home-Angebote durchgeführt (21).

In der nachfolgenden Tabelle sind exemplarisch Ein- und Ausschlusskriterien zusammengestellt, die in der wissenschaftlichen Literatur zu bestehenden Care@home-Modellen beschrieben werden:

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien für Care@home-Modelle

Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Literatur
Klinisch stabil	Klinisch instabil	(27–30)
	Unsichere klinische Einschätzung	(27)

Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Literatur
	Bedarf eines höheren Versorgungsniveaus als eine reguläre stationäre Abteilung	(28)
Patient:in hat eine festgelegte Diagnose und einen Behandlungsplan		(28)
Spezifische Erstdiagnosen (z. B. Infektion, Verschlechterung einer Herzinsuffizienz, COPD-Exazerbation, Asthma-Exazerbation, ICD-10-Hauptdiagnose F2–F6, F8–F9)		(31, 32)
	Neu aufgetretener Sauerstoffbedarf von >3 Litern pro Minute	(28)
	Vorgeschichte von Alkohol- oder Drogenmissbrauch	(27, 33)
	Bestehende Alkohol-, Kokain- oder Opioidabhängigkeit	(32)
Vorhandensein von (zuverlässigen) Zugehörigen zu Hause		(23, 33)
	Fehlende soziale Unterstützung / instabile Wohnsituation	(21, 31)
	Positives Screening auf häusliche Gewalt	(34)
Vorhandensein einer sicheren (Wohn-)Umgebung	Häusliche Umgebung ungeeignet für Hospital at Home Inadäquate Unterstützung zu Hause, bekannter Drogenabusus im Haushalt, fehlen von Elektrizität, Kühlmöglichkeit oder fliessendem Wasser, aktiver Schädlingsbefall	(23) (28) (30)
Geeignete Wohnumgebung		(29)
Vorhandensein eines festen Wohn-sitzes		(32)
Vorhandensein von fliessendem Wasser, einem Dach und von Heizung/Klimaanlage		(35)
Positives Screening auf soziale Stabilität		(36)
Wohnen in einem bestimmten Gebiet, in dem das Care@home-Modell eine schnelle und zuverlässige Versorgung leisten kann		(23, 30, 32)
	Klinische Kriterien wie z. B. Herzfrequenz, Blutdruck oder Sauerstoffsättigung über oder unter einem bestimmten Wert Erforderliche routinemässige Verabreichung intravenöser	(21) (34)

Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Literatur
	Betäubungsmittel oder akute Begleiterkrankung (z. B. Blutung)	
	Delirium oder Demenz ohne angemessene häusliche Unterstützung	(21)
Telefonzugang		(21, 35)
Funktionierender Internetzugang		(35, 36)
	Unfähigkeit, ein Tablet zu bedienen	(28)
Wohnort in einer bestimmten Entfernung/Fahrzeit zu einem Krankenhaus		(21, 28, 33, 34)
Informierte Einwilligung der Patient:innen		(21, 33)
Informierte Einwilligung der Zugehörigen		(33)
Alter		(21, 26, 28, 30, 32, 34)
	Hirnorganische Erkrankung, organische psychiatrische Erkrankungen	(32, 33)
	Schwere psychiatrische oder bipolare Störungen	(33)
	Schweres selbstverletzendes Verhalten	(33)
Aufenthaltsstatus (Staatsangehörigkeit)		(26)
Krankenversicherung bei einer bestimmten Krankenkasse		(37) (30)
	Schwere körperliche Begleiterkrankungen (in einem psychiatrischen Home Treatment)	(33)
	Intelligenzminderung (teilweise definiert als IQ =< 80)	(32, 33)
	Unzureichende Deutschkenntnisse	(32, 33)
Patient:in oder Zugehörige können sich zur Eingangstür bewegen		(28)
	Kann nicht selbstständig einen Nachtstuhl benutzen	(34)
Benötigen nicht mehr als vier geplante Hausbesuche pro Tag		(28)

4.1.2 Entscheid der Patient:innen

Ein zentrales Einschlusskriterium vieler bereits etablierter Care@home-Modelle ist die Einwilligung und das Vertrauen der Patient:innen in dieses Versorgungsmodell (9, 10, 21, 33). In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurden die Gründe untersucht, weshalb sich Patient:innen gegen eine Versorgung in einem Care@home-Modell entscheiden (38). Häufig genannte Ablehnungsgründe waren u. a. Bedenken hinsichtlich der Wirksamkeit, das Vorziehen einer stationären Behandlung, ein ärztlicher Rat gegen das Modell, Sorgen bezüglich der Privatsphäre (fremde Personen in der Wohnung) sowie die Angst, Zugehörige zu überlasten oder die Beziehung zu belasten. Auch das Leben ohne unterstützende Mitbewohner:innen wurde als Hürde genannt (22, 38). Sicherheitsbedenken sind ein weiterer, sehr

häufig genannter Grund, weshalb sich Patient:innen gegen Care@home entscheiden (22, 38). Diese Bedenken werden einerseits mit der fehlenden Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit von qualifiziertem Fachpersonal begründet, das nicht auf Knopfdruck innerhalb von Sekunden bei den Patient:innen sein kann (22), anderseits mit Bedenken hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten im Zuhause wie zum Beispiel einer steilen Treppe oder auch hygienische Bedingungen (38).

Zu den Gründen, weshalb sich Patient:innen für eine Behandlung in einem Care@home-Modell entscheiden, zählen u. a. die Folgenden: Sie fühlen sich zu Hause wohler, haben gerne die Familie in der Nähe, können zu Hause Dinge erledigen, sind nicht von kranken Menschen umgeben, müssen nicht Angst haben, nicht mehr nach Hause zurückzukehren oder haben negative Vorerfahrungen mit Spitalaufenthalten gemacht (30). Diese Vorerfahrungen (z. B. lange Wartezeiten auf der Notfallstation, die Beobachtung des vielbeschäftigten Spitalpersonals und eine Unzufriedenheit mit der Spitalumgebung) scheinen bei der Bewertung von Care@home-Modellen und der Bereitschaft oder dem Wunsch, sich in Care@home behandeln zu lassen, eine wichtige Rolle zu spielen (22).

4.1.3 Chancen und Risiken von Care@home für Patient:innen

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Chancen und Risiken von Care@home-Modellen.

Tabelle 2 Chancen und Risiken von Care@home-Modellen für Patient:innen

Chancen	Risiken/Nachteile	Literatur
Behandlungsqualität		
Weniger Delirien		(39)
Weniger nosokomiale Infektionen		(39, 40)
Weniger Stürze (unklare Evidenz)		(39, 40)
	Mehr Stürze (bei möglicherweise höherer Mobilität als im Spital, unklare Evidenz)	(41)
Bessere klinische Outcomes		(6, 18, 40, 42)
Weniger Diagnostik und Labortests, weniger bildgebende Verfahren bei gleichen oder sogar besseren Outcomes		(43)
Psychosozial		
Höhere Zufriedenheit (obwohl es auch hier Studien gibt, die keinen Unterschied gefunden haben z. B. [6]		(14, 17, 39, 44)
Besseres Wohlbefinden		(6, 22, 39, 44)
Besserer Schlaf		(14,45)
Sich respektiert fühlen		(22)
Mehr Autonomie		(40)
Höhere Lebensqualität		(15)
Weniger Depressionen und Angststörungen		(6,18)
Bessere Orientierung		(45)
Weniger Aggressivität		(45)

Chancen	Risiken/Nachteile	Literatur
Weniger Störungen in der Stillbeziehung bei kranken Neugeborenen		(46)
	Sorgen/Bedenken, in gewissen Situationen alleine zu sein (z. B. bei nächtlicher Atemnot oder bei Blutungen im Rahmen einer Dialyse zu Hause)	(18)
Involviert sein in die Entscheidungsfindung		(22)
Rollen in der Familie und im Alltag aufrechterhalten können		(22)
Kranke Kinder können in Care@home eher die gewohnte Schule weiterbesuchen		(14)
Kontakt zu Gesundheitsfachpersonen		
Zugehörige und Patient:innen sind besser in gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse involviert		(22)
Patientenzentriertere Versorgung		(40, 44)
Kontinuierlichere Betreuung		(6, 18, 39)
Bessere Beziehung zum Behandlungsteam		(6, 18, 39)
Medikation		
Kürzere Sedierungsdauer der Patient:innen		(20)
	Medikationsmanagement zu Hause ist ein grosses Risiko (siehe Kapitel 5.2)	(35)
Weniger häufig Antipsychotika bei Patient:innen mit einer Demenz		(47)
Organisatorisches		
	Zusätzlicher administrativer Aufwand bei der Festlegung des richtigen Versorgungsmodells (Screening, Abklärungen etc.) im Spitalnotfall; dadurch entstehende Mehrbelastung der Notfallstation; diese Zeit könnte besser für die tatsächliche medizinische Versorgung der Patient:innen genutzt werden	(35)

Zu den Kosten, die die Patient:innen selbst übernehmen müssen *(out-of-Pocket-Kosten)*, zur kognitiven Funktion, zum Ernährungsstatus oder zur Morbidität gibt es widersprüchliche Forschungsergebnisse (6). Insgesamt scheint der potenzielle Gewinn an Lebensqualität für bestimmte Gruppen von Patient:innen besonders hoch zu sein, u. a. für ältere und sterbende Personen sowie für Familien mit Kindern (14, 15, 44, 48).

4.1.4 Wahrnehmung und Erfahrungen von Patient:innen

Neben den klinischen Outcomes ist die Art und Weise, wie Patient:innen und ihre Zugehörigen die Versorgung wahrnehmen, ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungsqualität. Auf die Perspektive der Zugehörigen wird in Kapitel 4.2 eingegangen.

Wie positiv die Erfahrungen von Patient:innen in Care@home-Modellen waren, zeigt sich u. a. in ihrer Bereitschaft, die Care@home-Versorgung weiterzuempfehlen (22). Ein kürzlich publiziertes Scoping Review stellt eine grosse Übereinstimmung zwischen der Bedeutung des Gefühls von Sicherheit und der verlässlichen Versorgung von Patient:innen im häuslichen Setting fest (22). Weiter schätzen die Patient:innen die Betreuungskontinuität und die Kompetenz des interprofessionellen Care@home-Teams sowie die Kommunikation mit dem Team.
Eine Klinikeinweisung könnte für psychiatrische Patient:innen stigmatisierend und belastend sein. Es zeigte sich, dass Care@home einen positiven Einfluss auf die Beziehung zwischen Patient:innen, Zugehörigen und Gesundheitsfachpersonen zu haben scheint und dass das Machtgefälle zwischen Patient:innen und dem Care@home-Personal als weniger ausgeprägt erlebt wird (49, 50).

Negativ beeinflusst wird die Erfahrung der Patient:innen u. a. durch technologische Hürden, etwa wenn das Telemonitoring von Vitalzeichen nicht funktionierte (22).

4.2 Zugehörige in Care@home-Modellen

Zugehörige von Patient:innen sind ein integraler Bestandteil der meisten Care@home-Modelle und für deren nachhaltigen Erfolg unverzichtbar. Zugehörige übernehmen eine Vielzahl von Aufgaben, die im Spital vom pflegerischen, therapeutischen, sozialen oder hauswirtschaftlichen Personal übernommen werden (22, 51, 52). Dabei verändern sich einerseits die Rollen der Patient:innen und der Zugehörigen, andrerseits deren Beziehung zueinander (18).

In Care@home-Modellen werden Zugehörige von Gesundheitsfachpersonen häufig als informelle Mitarbeitende *(co-worker)* eingebunden (53). Sie leisten dabei sowohl physische als auch emotionale Unterstützung, die an die häusliche Situation angepasst ist (22). Darüber hinaus übernehmen Zugehörige pflegerische Aufgaben, darunter Tätigkeiten der Grundpflege, die Messung von Vitalzeichen, die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme sowie die Blutzuckermessung (54). Trotz dieser umfassenden Beteiligung ist bislang nur wenig über die spezifische Rolle und die Formen der Involvierung von Zugehörigen in Care@home-Kontexten bekannt (55).

Gemäss der internationalen Literatur bringen Care@home-Modelle den Zugehörigen zahlreiche Vorteile, u. a. die folgenden:

- Kürzere Fahrzeiten und tiefere Transportkosten (48, 56)
- Bessere Vereinbarkeit mit dem Familienleben (46, 48, 57)
- Weniger Fehltage am Arbeitsplatz (57)
- Care@home wird als komfortabel und praktisch empfunden (22)
- Negative Gefühle auf Seiten der Zugehörigen können verringert werden (22)

Gleichzeitig scheint die Zufriedenheit der Zugehörigen in Care@home-Modellen insgesamt sehr hoch zu sein, höher als bei einer klassischen Hospitalisation (15, 17, 22, 52, 58). Weiter berichten Zugehörige, dass sie das Care@home-Modell gegenüber stationären Spitalaufenthalten bevorzugen (52).

Die Auswirkungen dieses Versorgungsmodells auf Zugehörige wurde bisher noch nicht abschliessend geklärt (22, 59–61). Deren Wohlbefinden sollte als Qualitätsmerkmal von Care@home-Modellen berücksichtigt werden (59).

4.2.1 Belastung, Erholung und Entlastung von Zugehörigen

Wie aus Kapitel 4.2 hervorgeht, bringen Care@home-Modelle für Zugehörige sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich. Ein wichtiges Thema ist dabei die Belastung von Zugehörigen, die in Care@home eine Schlüsselrolle einnehmen, wobei das Ausmass der Belastung von verschiedenen Faktoren abhängt.
In der Schweiz ist bislang wenig über die Situation pflegender Zugehöriger in Care@home-Modellen bekannt. Dies liegt unter anderem daran, dass sich viele Care@home-Modelle noch im Aufbau und in der Entwicklung befinden – mit Ausnahme der psychiatrischen Versorgung, in der teilweise bereits jahrelange Erfahrungen vorliegen.

Care@home-Modelle sind typischerweise auf befristete Versorgungssituationen ausgelegt, etwa im Rahmen spitaläquivalenter Leistungen oder im Kontext der Tertiärprävention. Demgegenüber richten sich die aktuellen Strategien und Empfehlungen des BAG primär an pflegende Angehörige in langfristigen häuslichen Pflegesituationen und entsprechen somit eher dem klassischen Langzeitpflegekontext. Was die spezifischen Anforderungen und Herausforderungen in Care@home-Settings betrifft, sind diese Konzepte daher nur bedingt anwendbar. Dennoch sind relevante Erkenntnisse zu langfristigen häuslichen Pflegesituationen in der Schweiz in diesen Bericht eingeflossen. Gleichzeitig zeigt sich jedoch deutlich, dass es in Care@home-Settings notwendig ist, eigene Konzepte und Strategien zu entwickeln – insbesondere in Bezug auf die Belastungen, Schulungsbedarfe, finanziellen Kompensationen und Unterstützungsangebote für pflegende Zugehörige. Auch wenn die Evidenzlage zur Situation in der Schweiz noch sehr dünn ist, finden sich in der internationalen Literatur durchaus Hinweise zur Belastung, Erholung und Entlastung von pflegenden Zugehörigen in Care@home-Modellen.

4.2.1.1 Belastung

Wichtige Prädiktoren für die Belastung von Zugehörigen sind u. a. die Dauer der Pflege, das Ausmass der Abhängigkeit der Patient:innen, Rollenkonflikte, der kognitive Status der Patient:innen und bestimmte Erkrankungen. Fühlen sich Zugehörige durch die Betreuungsarbeit eingeengt, kann das die Belastung verstärken, während soziale Unterstützung die Belastung senkt (62). Ausserdem werden Frauen, die einen grossen Teil der unbezahlten Care-Arbeit leisten, generell überproportional beansprucht (62).

Die ersten Tage in Care@home-Modellen sind für Zugehörige besonders belastend. Häufig machen sie sich Sorgen über mögliche Komplikationen, fürchten rapide gesundheitliche Verschlechterungen und müssen sich in ihre neue Rolle einfinden (55).

Generell berichten Zugehörige, dass ihre Tätigkeiten in Care@home-Modellen oft mit einer erheblichen Belastung einhergehen (51, 56, 59). Aus Kapitel 4.2 geht hervor, dass Belastungen insbesondere dann auftreten, wenn Zugehörige nicht mit den Patient:innen zusammenleben und das Fehlen einer physischen 24/7-Anwesenheit von Gesundheitsfachpersonen als problematisch empfunden wird (18). Ausserdem werden Störungen im Tagesablauf der Zugehörigen, etwa aufgrund von frühmorgendlichen Hausbesuchen des Care@home-Teams an arbeitsfreien Tagen, als Nachteil von Care@home wahrgenommen (22, 59).

Trotz der hohen Belastung scheinen Zugehörige mit Care@home-Modellen zufrieden zu sein (15, 17, 22, 52, 58) und favorisieren dieses Versorgungsmodell gegenüber einer klassischen Hospitalisation (52). Bekannt ist aber auch, dass pflegende Zugehörige häufig einer erheblichen Mehrfachbelastung ausgesetzt sind. Sie müssen die Pflege der nahestehenden Person mit ihrem eigenen Berufs- und Familienalltag vereinbaren. Diese Belastung kann sich sowohl auf die psychische als auch auf die physische Gesundheit der Zugehörigen auswirken.

«Hilfe, um sich selbst erholen zu können», zählt zu den Top 5 der Unterstützungsbedürfnisse von pflegender Angehörigen in der Schweiz, wie aus der Bevölkerungsbefragung hervorgeht, die im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für Angehörige 2017–2020» des BAG durchgeführt wurde (63). Inwieweit dies auch auf Zugehörige in Care@home-Modellen zutrifft, ist jedoch noch unklar.

4.2.1.2 Entlastungangebote für Zugehörige in der Schweiz

Die berechtigten Diskussionen über unbezahlte Care-Arbeit, die daraus resultierenden Belastungen der Betroffenen sowie die Vergütung dieser Leistungen haben mittlerweile auch die Schweizer Politik erreicht (64). Auf die finanzielle Vergütung für Zugehörige wird in Kapitel 5.4 detailliert eingegangen.

Mit dem «Aktionsplan für betreuende und pflegende Angehörige» hat der Bundesrat eine Reihe wichtiger Massnahmen ergriffen, um die Situation von betreuenden und pflegenden Zugehörigen in der Schweiz zu verbessern. Zudem trat das Bundesgesetz zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in Kraft gesetzt. Im Rahmen des oben erwähnten Förderprogramms wurden Entlastungsangebote für betreuende Angehörige umfassend untersucht. Auf Basis dieser Forschungsergebnisse konnten grundlegende Erkenntnisse gewonnen werden, die zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung bestehender Angebote und zur Schaffung neuer, notwendiger Unterstützungsleistungen beigetragen haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen, die in mehreren Berichten dokumentiert sind, bilden eine zentrale Grundlage für die (Weiter-)Entwicklung dieses Themenbereichs.

Nach unserem Kenntnisstand wird jedoch in keinem der vom BAG in Auftrag gegebenen Berichte spezifisch auf die Situation von Zugehörigen in Care@home-Modellen eingegangen. Diese Differenzierung wäre sehr wichtig, da sich aus den Charakteristika von Care@home-Modellen (z. B. akut,

zeitlich limitiert) spezifische Bedürfnisse und Schwierigkeiten von Zugehörigen ergeben. Dennoch handelt es sich bei den vom BAG publizierten Erkenntnissen um wichtige Grundlagen; es gilt zu klären, ob diese auf Care@home-Modelle übertragbar sind.

Den Autor:innen des vorliegenden Berichts sind derzeit keine Entlastungsangebote für Zugehörige von Patient:innen in Care@home-Modellen in der Schweiz bekannt.

4.2.2 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Zugehörigen

Bekannt ist hingegen, dass zur Situation von Zugehörigen in Care@home-Modellen ein hoher Forschungsbedarf besteht (22, 61, 65–67) und dass es Strategien braucht, um die Ermüdung oder die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Burnouts bei pflegenden Zugehörigen zu reduzieren (35). Erst wenn die Belastungen und Bedürfnisse der Zugehörigen bekannt sind, können für diese Personen spezifische Unterstützungsangebote in Care@home-Modellen entwickelt werden (62).

Die Belastung von pflegenden Zugehörigen ist über Care@home hinaus ein wichtiges Thema. Das BAG empfiehlt deshalb, die Entlastung von Zugehörigen als transversales Thema strategisch zu verankern (68). Im Synthesebericht des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» hat das BAG auf Basis der Forschungsergebnisse aus den verschiedenen Berichten sechzehn Empfehlungen für die Verbesserung der Situation von betreuenden Zugehörigen formuliert (siehe Anhang 13.3). Inwiefern diese Empfehlungen auch auf Care@home-Settings übertragen werden können, wurde bisher noch nicht geklärt.

4.3 Besonderheiten von Care@home-Modellen im psychiatrischen Setting

In der Psychiatrie existieren verschiedene Care@home-Modelle. In diesem Kapitel werden zunächst deren Besonderheiten kurz dargestellt, anschliessend wird auf die spezifischen Aspekte hinsichtlich der Rolle und des Umgangs mit Zugehörigen eingegangen. In der folgenden Tabelle sind die gängigsten Modelle in der psychiatrischen Care@home-Versorgung, wie von Hepp und Stulz (79) beschrieben, dargestellt. Gemeinsam ist ihnen, dass sie nicht auf krankheitsspezifische Aspekte fokussieren, sondern allgemein die akute Phase im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen adressieren.

Tabelle 3 Auswahl an Care@home-Modellen in der Psychiatrie

Name / alternative Titel	Charakteristika	Literatur
(Acute) Home Treatment (HT) Stationsäquivalente Behandlung (v. a. in Deutschland); Crisis Resolution Teams (CRT; v. a. in Grossbritannien)	HT als Überbegriff für verschiedene Care@home-Ansätze **Zielgruppe:** Patient:innen, die ansonsten stationär akutpsychiatrisch behandelt werden müssten **Zugang:** rasches Assessment zu Hause, Erreichbarkeit innerhalb einer Stunde **Intensität:** tägliche Kontakte (oder mehrere täglich) für kurze Zeiträume (mehrere Tage bis wenige Wochen; CRT max. 6 Wochen), 24-Stunden-Bereitschaftsdienst **Beteiligte Professionen:** multiprofessionelle Teams inkl. Fachärzt:innen **Zusammenarbeit mit anderen Diensten:** bei einer stationären Hospitalisierung Aufrechterhaltung des Kontaktes zum HT und frühe Entlassung in eben dieses	(69–71)

Name / alternative Titel	Charakteristika	Literatur
	Setting, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten, die bereits in die Behandlung involviert sind **Inhaltliche Ausrichtung**: wenig beschrieben; auf Probleme und Diagnose der Person bezogen **Zielsetzung:** akute psychische Krisen bewältigen, Symptomatik stabilisieren, Lebensqualität erhalten, soziale Integration fördern, stationäre Aufenthalte vermeiden oder verkürzen	
Open Dialogue	**Ergänzend zum HT**: Konsequente Zusammenarbeit in dialogischen Rundtischgesprächen mit dem ganzen Netzwerk (Familie, Arbeit, Schule usw.) **Zielsetzung**: gemeinsame Bedeutung der Krise entwickeln, Selbstbestimmung und -wirksamkeit stärken, nachhaltige Genesungsprozesse fördern	(72)
Assertive community treatment	Teambasierter Ansatz und hohe Intensität; für Langzeitbehandlung und -unterstützung konzipiert; teilweise auch Übernahme der Koordination von bestehenden Angeboten; kein Ersatz für Akutbehandlung **Zielsetzung:** Lebenswelt stabilisieren, Wohnsicherheit fördern, Lebensqualität sowie Behandlungstreue verbessern, Klinikeinweisungen vermeiden und Behandlungskosten senken	(73)
(Intensives) Case Management (ICM oder CM)	Ansatz für Einzelperson und bei ICM auch mit hoher Intensität; nur koordinative Arbeit – keine direkte Behandlung und Unterstützung; kein Ersatz für Akutbehandlung **Zielsetzung:** Behandlungskontinuität verbessern und sichern, Lebensqualität sowie soziale Teilhabe verbessern, stationäre oder akute HT-Behandlung reduzieren oder vorbeugen	(74)
Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	Berufsgruppenspezifisch; Intensität individuell zu vereinbaren; direkte Alltagsunterstützung und Behandlung, auch über längere Zeiträume; kein Ersatz für Akutbehandlung **Zielsetzung:** Krisen frühzeitig erkennen und bewältigen, Lebensqualität verbessern, Selbstständigkeit, Autonomie und Genesungsprozesse fördern, einer stationären oder akuten HT-Behandlung vorbeugen	(75)

Grundsätzlich scheint sich die psychiatrische Versorgung von der somatischen darin zu unterscheiden, dass die Behandlung von psychischen Erkrankungen selbst in akuten Phasen im Sinne des biopsychosozialen Modells stets soziale Faktoren berücksichtigt (76). Auch in der akuten Phase liegt der klare Fokus hier weniger stark auf dem isolierten Krankheitsgeschehen als in der Somatik, wo etwa ein Bruch, eine OP-Nachbehandlung oder eine Lungenentzündung im Zentrum stehen. Die biopsychosoziale Perspektive wird auch in den meisten Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (77) postuliert (z. B. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen). Dementsprechend zielen Care@home-Ansätze häufig darauf ab, das Umfeld nicht nur als unterstützenden Faktor und somit als

Teil der Versorgung in die Behandlung einzubeziehen, sondern es als integralen Bestandteil des zu «behandelnden» Systems» zu verstehen. Dabei gilt es, die Bedürfnisse der Zugehörigen systematisch zu erfassen und entsprechende Unterstützungsangebote bereitzustellen.
In der untersuchten Literatur finden sich hinsichtlich der Zugehörigen folgende Aspekte (78–80):

- Zugehörige berichteten über eine Entlastung, da die Behandlung im häuslichen Umfeld stattfindet und stationäre Aufenthalte vermieden werden konnten.
- Einige Zugehörige fühlen sich emotional belastet, wenn sie zu stark in die Rolle von Co-Therapeut:innen gedrängt werden oder wenn die professionelle Unterstützung nicht ausreichend erscheint.
- Es wurde der Wunsch nach einer besseren Schulung und mehr Unterstützung geäussert, um mit Krisensituationen besser umgehen zu können.
- Die Zufriedenheit mit der Behandlung ist höher, wenn Zugehörige aktiv einbezogen werden und sich ernst genommen fühlen.

Bei Open Dialogue handelt es sich um einen netzwerkbasierten Ansatz, bei dem der offene, transparente Dialog zwischen den Patient:innen, ihren Familien und Zugehörigen sowie den Gesundheitsfachpersonen im Zentrum steht. Dabei werden die Belastungen und Herausforderungen aller Beteiligten identifiziert. Daraufhin wird in einem partizipativen und dialogischen Prozess nach Lösungen gesucht, zu denen möglichst alle etwas beitragen können.

5 Schwerpunktthemen im Umgang mit Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Settings

«Take-Home-Message» aus Kapitel 5: In allen Care@home-Modellen können Zugehörige entlastet, aber auch belastet werden, insbesondere wenn Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten nicht oder nur ungenügend geklärt wurden. Um eine erfolgreiche Versorgung zu gewährleisten, braucht es eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung aller Beteiligten sowie eine klare Rollenverteilung. Die Akzeptanz und Wirksamkeit solcher Modelle hängen wesentlich davon ab, ob Patient:innen und Zugehörige frühzeitig und bedarfsgerecht in Entscheidungsprozesse, die Informationsvermittlung und Unterstützungsangebote eingebunden werden. In den Bereichen Medikationsmanagement, Ernährung, Bewegung und Sturzprävention bestehen spezifische Herausforderungen, die eine strukturierte Zusammenarbeit im Team und mit dem Umfeld erfordern. Finanzielle Belastungen sowie fehlende Klarheit, wenn es um die Vergütung und die rechtliche Verantwortung von Zugehörigen geht, werfen zusätzliche Fragen auf; diese sind bislang nur unzureichend erforscht und geregelt. Um Care@home-Modelle sicher und nachhaltig zu gestalten, müssen die Bedürfnisse und Perspektiven aller Beteiligten systematisch berücksichtigt werden, in der Praxis, in der Forschung, aber auch auf politischer Ebene.

5.1 Beratung, Bildung und Information von Patient:innen und Zugehörigen über Care@home-Modelle

Ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Informationsvermittlung im Kontext von Care@home ist die Anpassung dieser Information an die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Zugehörigen (55). Da die Versorgung in der natürlichen Wohnumgebung der Patient:innen stattfindet, können medizinische Ratschläge patientenzentrierter (81) und passgenauer auf ihren Alltag ausgerichtet werden (18). Fühlen sich Patient:innen und ihre Zugehörigen sicher und haben sie Vertrauen in das Care@home-Modell sowie in die beteiligten Gesundheitsfachpersonen, steigt die Bereitschaft, dieses Behandlungsmodell zu akzeptieren (22).

Die Art und Weise, wie Patient:innen und pflegende Zugehörige die Care@home-Behandlung beurteilen, wird stark von ihrer Interaktion mit dem medizinischen Personal beeinflusst; insbesondere dessen Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten fördern eine personenzentrierte Begleitung (22, 50). Fachwissen, Fertigkeiten und eine relevante Expertise des Personals sind entscheidend, um die Bedürfnisse der Patient:innen zu erfüllen. Eine klare Kommunikation über Behandlungspläne sowie die Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams sind für eine erfolgreiche Kooperation zwischen Patient:innen, Zugehörigen und dem Care@home-Team essenziell (22). Es braucht zudem Strukturen, die die Personenzentrierung, das Prinzip einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, eine gute Beziehungsqualität sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Patient:innen und Zugehörige unterstützen und ermöglichen (50).

Um zu eruieren, auf welche Weise potenzielle oder bestehende Patient:innen und Zugehörige über Care@home-Modelle informiert werden, wurde nach Informationen gesucht, die sich explizit an

Patient:innen in bestehenden Care@home-Angeboten in den Bereichen Somatik und Psychiatrie sowie an die Zugehörigen dieser Personen richtet. Dabei wurde nach Angeboten in der Deutschschweiz, im deutsch- und im englischsprachigen Raum sowie in Dänemark gesucht. Zusätzlich fand eine Suche nach Care@home-Angeboten in Spanien (Barcelona) statt, da diese in der Literatur verschiedentlich erwähnt wurden. Aufgrund der hohen Anzahl von Care@home-Angeboten in englischsprachigen Ländern wurden stichprobenartig einige Angebote aus Grossbritannien, den USA und Australien ausgewählt (siehe dazu Anhang 13.2).
Die grundlegenden Informationen für Patient:innen und ihre Zugehörigen werden in erster Linie auf den Websites der verfügbaren Angebote aufgeführt. Teilweise werden diese mit Videos oder Blogs ergänzt, u. a. auch mit Erfahrungsberichten von Patient:innen. Auf den Websites wird meist zuerst kurz erläutert, was unter dem Care@home-Angebot zu verstehen ist, für welche Patient:innen es in Frage kommt und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Ausserdem wird aufgeführt, wie die Aufnahme in das Versorgungsmodell erfolgt (meist über den Notfall, teilweise direkt durch die einweisenden Ärzt:innen). Vereinzelt finden sich Flyer oder PDFs, die die wichtigsten Informationen über das spezifische Angebot enthalten. Auf Notfallstationen in Spitälern kann die Information über Bildschirme an wartende Patient:innen und Zugehörige vermittelt werden; auch Printmedien berichten über diese Modelle und erreichen damit eine breite Öffentlichkeit.
Generell richten sich die Informationen vornehmlich an die Patient:innen und weniger an die Zugehörigen.

5.1.1 Einbezug der Zugehörigen in die Entscheidungsfindung für oder gegen Care@home

In die Entscheidung für oder gegen eine Versorgung in Care@home sollten nicht nur die Patient:innen, sondern auch deren Zugehörige einbezogen werden. Um die Einbindung der Letztgenannten zu ermöglichen, benötigen diese spezifische Informationen zu den Fragen, welche Auswirkungen Care@home auf ihren Alltag haben könnte und welche Erwartungen bezüglich Verantwortlichkeiten, Pflegebeteiligung und andere Aspekte an sie gestellt werden (81).

Eine Untersuchung aus Norwegen zeigt, dass Zugehörige in den Entscheidungsprozess für oder gegen Care@home oftmals nicht einbezogen werden (55). Obwohl sie grundsätzlich Verständnis für den Wunsch der Patient:innen haben, sich für Care@home zu entscheiden, werden sie bei der Entscheidungsfindung häufig übergangen. Die Zugehörigen berichten von einer Ambivalenz im Hinblick auf den Beginn von Care@home: Einerseits freuen sie sich, als Familie zusammenbleiben zu können, andererseits empfinden sie auch Angst vor den Herausforderungen, die auf sie zukommen, und fühlen sich häufig überfordert (55). Diese Unsicherheit und das Fehlen einer aktiven Einbindung in den Entscheidungsprozess können das Vertrauen der Zugehörigen in das Care@home-Modell beeinträchtigen.

5.1.2 Bedarfe von Patient:innen und Zugehörigen während Care@home

Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Modellen sollten durch das multidisziplinäre Care@home-Team spezifische Beratung, Informationen und ein Training erhalten, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen (82). Es ist von entscheidender Bedeutung, dass nicht nur die Patient:innen, sondern auch die Zugehörigen in die Informationsvermittlung und die Anleitungen für Care@home eingebunden werden, da dies essenziell für die erfolgreiche Unterstützung der Patient:innen ist. Eine aktive

Beteiligung der Zugehörigen ermöglicht es ihnen, ihre Aufgaben in der Versorgung zu verstehen und die Patient:innen im häuslichen Umfeld optimal zu unterstützen (55).

Im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für Angehörige 2017–2020» des BAG wurde eine Bevölkerungsbefragung zu den Unterstützungsbedürfnissen von pflegenden Zugehörigen durchgeführt. Die Top 5 der Unterstützungsbedürfnisse sind gemäss dieser Befragung Gespräche mit Gesundheitsfachpersonen, Rat in Geld- und Versicherungsangelegenheiten, Notfallhilfe, Fahrdienste und Erholung (63). Diese Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung einer umfassenden Aufklärung und Beratung für (pflegende) Zugehörige. Es gilt jedoch zu klären, inwiefern diese Erkenntnisse auf Care@home-Modelle anwendbar sind, da diese einen kurzfristigen Charakter haben und Zugehörige nicht im gleichen Masse belasten wie Personen, die Patient:innen mit Langzeiterkrankungen betreuen.

In Care@home-Settings haben Zugehörige spezifische Wissensbedürfnisse, die ihre Erwartungen in Bezug auf die Erkrankung der Patient:innen, das Symptommanagement, organisatorische Fragen sowie Pflegeanforderungen umfassen. Darüber hinaus benötigen Zugehörige Unterstützung, wenn es um die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen geht, ferner zu finanziellen, rechtlichen und arbeitsrechtlichen Fragestellungen sowie im Umgang mit emotionalen Belastungen, Sorgen und spirituellen Anliegen. Auch praktische Hilfestellungen spielen im häuslichen Umfeld eine wichtige Rolle. Obwohl die Erwartungen und Bedürfnisse von Zugehörigen in Care@home-Settings gut dokumentiert sind, liegen bislang nur begrenzt gesicherte Erkenntnisse über ihren konkreten Bedarf an Beratung, Schulung und Information vor. Dabei stellt gerade dieser Bereich eine zentrale Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen in Care@home-Modellen dar und ist somit ein entscheidender Faktor für eine sichere und effektive Versorgung zu Hause (81, 83).
Ein besonderer Bedarf besteht in der Aufklärung über juristische Fragestellungen, die Zugehörige beschäftigen. Eine häufig gestellte Sorge betrifft die Frage, ob sie im Fall von Problemen in der häuslichen Versorgung rechtlich haftbar gemacht werden können. Dieses Thema griff auch Abraham Licht, Arzt und Gründer eines der ersten Hospital-at-Home-Programme in der Schweiz, in seinem Vortrag auf dem Swiss Hospital at Home Kongress am 8. November 2024 in Zollikerberg auf.

Wichtig für den Erfolg von Care@home-Modellen ist auch das Medikationsmanagement (siehe Kapitel 5.2), das spezifische Schulung und Unterstützung erfordert, um sicherzustellen, dass die Patient:innen die richtige Medikation zum richtigen Zeitpunkt erhalten und mögliche Risiken minimiert werden (35).

Zusammenfassend ist es entscheidend, Patient:innen und ihre Zugehörigen umfassend über das Care@home-Modell zu informieren, damit sie eine fundierte Entscheidungsgrundlage haben (22). Darüber hinaus besteht ein Bedarf an gezielten Informationen zu den finanziellen Aspekten von Care@home (22, 59). Wie bereits eingangs erwähnt, liegen jedoch nur begrenzte Erkenntnisse über den tatsächlichen Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfs von Patient:innen und ihren Zugehörigen in Care@home-Modellen vor.

5.2 Medikationsmanagement in Care@home-Settings

Care@home-Modelle scheinen besonders anfällig für Fehler im Medikationsmanagement zu sein (35, 54, 84). Bei der Implementierung von neuen Care@home-Modellen gibt es eine Vielzahl von Aspekten, die hinsichtlich des Medikationsmanagements beachtet werden sollten (85). Insgesamt wird Letzteres in den verschiedenen Programmen sehr unterschiedlich angewendet (86).

5.2.1 Herausforderungen

In vielen Programmen werden Zugehörige ins Medikationsmanagement einbezogen (Verabreichungszeit und -art, Dosierung). Allerdings ist es entscheidend, dass sie im Vorfeld adäquat geschult werden, um die Adhärenz und die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten (25). Dennoch scheint dies allein nicht auszureichen: Trotz Schulungen zur Verabreichung und Administration von Medikamenten treten immer wieder Medikationsfehler auf. Diese resultieren häufig daraus, dass die Zugehörigen mit der Bezeichnung und Dosierung der Medikamente nicht ausreichend vertraut sind oder sich bei der Anwendung unsicher fühlen. Für sie stellt es zudem eine erhebliche Herausforderung dar, den Überblick über die verschiedenen Medikamente und ihre jeweiligen Indikationen zu behalten (35, 84).

Besonders anspruchsvoll scheint das Medikationsmanagement bei polymedizierten Patient:innen sowie in Übergangssituationen zu sein (z. B. bei einem Wechsel in der Zuständigkeit einer Fachperson im Übergang vom Spitalaustritt zum mobilen Care@home-Team (87–89). In der Kommunikation, Zusammenarbeit und Koordination zwischen den involvierten Gesundheitsfachpersonen, Zugehörigen und Patient:innen kommt es bezüglich des Medikationsmanagements häufig zu Schwierigkeiten (89), beispielsweise zu Missverständnissen bezüglich der Dosierung und des Zeitpunkts der Medikamenteneinnahme, zu mangelnder Unterstützung und Schulung von Zugehörigen oder zu unklaren Zuständigkeiten.

Im häuslichen Setting ist zwingend zu klären, wie verschreibungspflichtige Medikamente zu den Patient:innen gelangen und wer diese verabreicht. Diese Problematik wird in den bestehenden Modellen unterschiedlich gehandhabt, je nachdem, ob beispielsweise mit einer lokalen Apotheke zusammengearbeitet wird und welche Dienstleistungen diese anbieten (z. B. 24/7-Abdeckung) (35, 85). Auch Apparate – wie z. B. Infusionspumpen für die Verabreichung von intravenösen Medikamenten – müssen im häuslichen Setting andere Anforderungen erfüllen als im Spital (85).

Untersuchungen legen nahe, dass auch eine enterale/parenterale Ernährung im Rahmen einer Care@home-Behandlung sicher und effektiv möglich ist, um Patient:innen zu unterstützen, die ihren Nährstoffbedarf durch die orale Nahrungsaufnahme nicht vollständig decken können (90–92). Sowohl die enterale als auch die parenterale Ernährung erfordert ein sorgfältiges Management, um das Risiko für Komplikationen (z. B. im Zusammenhang mit der Sonde) möglichst zu minimieren und eine sichere, effiziente Behandlung zu ermöglichen (91, 93). Ausserdem müssen bei der häuslichen enteralen Ernährung zusätzliche Kriterien berücksichtigt werden, etwa die hygienischen Bedingungen im Zuhause der Patient:innen (93). Es braucht zwingend regelmässige Schulungen für das multidisziplinäre Behandlungsteam, aber auch für die Patient:innen und ihre Zugehörigen, ferner ein regelmässiges

Follow-up, standardisierte Protokolle und auch die Sicherstellung der psychosozialen Unterstützung für die Betroffenen (93, 94).

Pereira und ihre Mitautor:innen (89) identifizierten verschiedene Stressoren und Strategien beim Medikationsmanagement bei älteren Patient:innen, die nach dem Spitalaustritt eine Mehrfachmedikation benötigen (89):

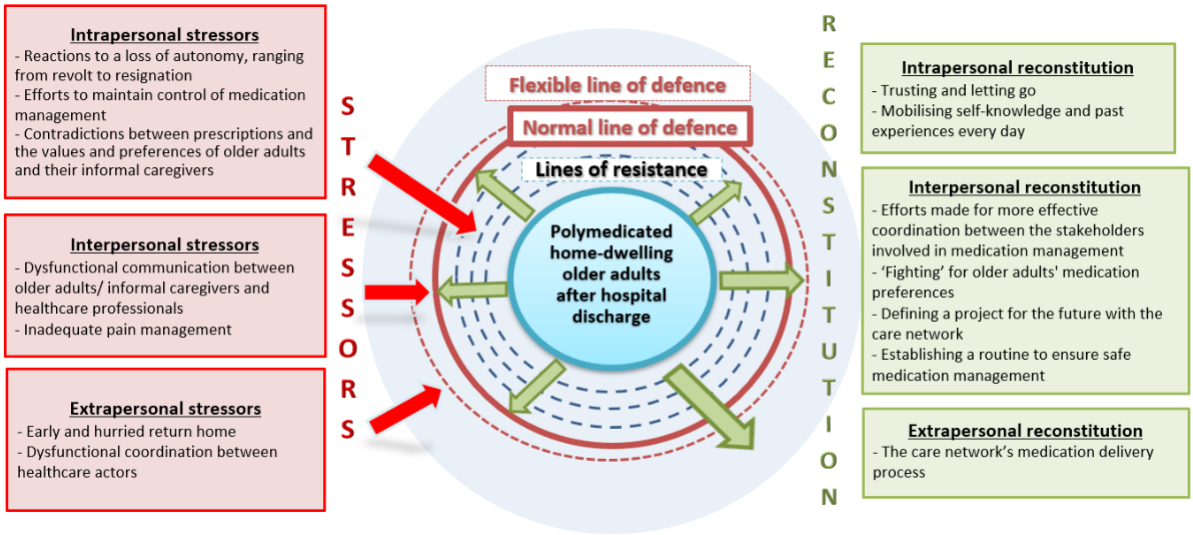

Abbildung 4 Stressoren und Strategien beim Medikationsmanagement nach einem Spitalaustritt (89), lizenziert unter CC BY 4.0

5.2.2 Strategien zur Verbesserung des Medikationsmanagements

Es wird empfohlen, die Medikation zu Beginn einer Care@home-Behandlung zusammen mit den Patient:innen und ihren Zugehörigen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (84). Der Medikationsabgleich am Küchentisch *(medication reconciliation at the kitchen table)* gilt dabei als Goldstandard (84).

In einigen Care@home-Modellen ist speziell in komplexen Situationen mit komorbiden Patient:innen eine Zusammenarbeit mit klinischen Apotheker:innen vorgesehen. Diese überprüfen die Medikationslisten der Patient:innen auf Unstimmigkeiten und unnötige Verordnungen, stellen sicher, dass Patient:innen über alle notwendigen Medikamente verfügen und kümmern sich teilweise auch um das langfristige Medikationsmanagement (21, 95, 96). Die Apotheker:innen werden zu verschiedenen Zeitpunkten beigezogen, teilweise schon im Spital vor einem Austritt der Patient:innen, aber auch bei diesen zu Hause oder über Videocalls (95, 96). Erste Ergebnisse aus den USA legen nahe, dass damit die Sicherheit der Patient:innen erhöht und Kosten gesenkt werden können (95).
In einigen Care@home-Modellen unterstützt das Pflegepersonal Patient:innen und ihre Zugehörigen bei der Einnahme oder Verabreichung von Medikamenten per Videocall, insbesondere wenn die Patient:innen Hochrisikomedikamente wie Insulin oder Opioide benötigen (85).

Potenzielle unerwünschte Arzneimittelereignisse müssen frühzeitig identifiziert werden, um deren Auftreten zu verhindern und die Medikamentensicherheit in Care@home-Modellen zu erhöhen. Zusätzlich sollten Care@home-Modelle Probleme und Fehler in der Medikation monitorisieren. Dazu gibt es verschiedene Tools, die genutzt werden können, beispielsweise das Coleman Medication

Discrepancy Tool (84). Care@home-Modelle sollten ausserdem spezifische Richtlinien und Verfahren bereithalten, um Patient:innen und Zugehörige im Medikationsmanagement, insbesondere bei der Medikamentenverabreichung, gezielt zu unterstützen (84).

5.3 Ernährungs- und Bewegungsmanagement in Care@home-Settings

5.3.1 Mangelernährung

Mangelernährung wird als eine Veränderung der Körperzusammensetzung definiert, die durch eine Reduktion der fettfreien Masse (Muskelmasse) infolge einer unzureichenden Nährstoffaufnahme oder -resorption gekennzeichnet ist (97). Mangelernährung kann unabhängig vom Ausgangsgewicht entstehen und somit auch übergewichtige oder adipöse Personen betreffen. Faktoren, die einen Einfluss auf den Ernährungsstatus haben, sind akute und chronische Erkrankungen, ein höheres Alter sowie soziale Rahmenbedingungen (97). Erhebungen aus der Schweiz zeigen, dass 40–50 % der Patient:innen, die ambulante Pflegeleistungen zu Hause in Anspruch nehmen, ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung aufweisen (98, 99). Bei hospitalisierten Patient:innen liegt die Prävalenz zwischen 20 % und 60 % (100–102). Während für die Settings Hospital at Home oder Care@home für die Schweiz keine spezifischen Daten vorliegen, ergab eine spanische Studie eine Prävalenzrate von 37,5 % (103). Mangelernährung ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität und einem schlechteren funktionellen Status sowie einer verminderten Lebensqualität assoziiert (97). Gemäss einer Studie des BAG aus dem Jahr 2006 verursacht Mangelernährung in der Schweiz jährlich Kosten von rund 526 Millionen Schweizer Franken (104). Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen und die damit verbundenen Kosten verdeutlichen die Bedeutung von gezielten Präventionsstrategien gegen bzw. Behandlungsstrategien bei Mangelernährung.

Im stationären Bereich existieren Leitlinien der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung, beispielsweise die «ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics» (105) oder die «ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients» (106). Zudem ist das Management der Mangelernährung als Kriterium im Qualitätsvertrag des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung als Qualitätsverbesserungsmassnahme unter dem Aspekt Patientensicherheit für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie aufgeführt (107).

Ein routinemässiges Screening zur Beurteilung des Mangelernährungsrisikos zeitnah nach dem Spitaleintritt (innerhalb von 48 Stunden) wird empfohlen (106, 107). In der Schweiz ist das Nutritional Risk Screening 2002 bei hospitalisierten Patient:innen etabliert und Bestandteil der ICD-10-Diagnose Energie-Proteinmangelernährung. Dieses Screening berücksichtigt für die Einschätzung des Mangelernährungsrisikos den Ernährungszustand, die Krankheitsschwere sowie das Alter und ist daher für die Akutsomatik geeignet und validiert (108). Je nach Setting und Zielgruppe können jedoch andere Screening-Tools sinnvoll sein. So ist beispielsweise das Instrument Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) für ältere Personen im ambulanten Bereich validiert, während der Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS) für Kinder geeignet ist (109, 110).

Bei einem vorhandenen Mangelernährungsrisiko sollte eine Ernährungsfachperson ein Assessment durchführen, um die Diagnose der Mangelernährung zu stellen und die individuelle Ernährungstherapie zu planen (105). Ein detailliertes Assessment ermöglicht es, die Gründe der Mangelernährung zu identifizieren und gezielte individuelle ernährungstherapeutische Massnahmen einzuleiten. Die Diagnose Mangelernährung, die Ernährungstherapie sowie Empfehlungen zur weiterführenden Therapie sollten im Austrittsbericht verankert werden (107).
Verschiedene Studien zeigen, dass die Organisation von Schnittstellen, das Fehlen standardisierter Handlungsanweisungen sowie eine ungenügende Sensibilisierung für das Thema Mangelernährung zentrale Herausforderungen in der häuslichen Gesundheitsversorgung darstellen – insbesondere im Kontext von Übergangssituationen nach einem Spitalaufenthalt und in der Langzeitbetreuung zu Hause (111–114). Die Implementierung eines neuen Prozesses bezüglich des Mangelernährungsmanagements und die Integration einer Ernährungsfachperson in das interprofessionelle Behandlungsteam eines Care@home-Modells führten zu einer signifikanten Steigerung der Überweisungsrate von Patient:innen an Ernährungsfachpersonen (von 1,3 % auf 30 %) sowie zu einer Verkürzung der Wartezeiten für einen Beratungstermin (von 4–8 Wochen auf 72 Stunden) (115).
Die Ernährungsfachperson ist idealerweise eingebunden in das interprofessionelle Behandlungsteam, um die Umsetzung der ernährungstherapeutischen Massnahmen bestmöglich in den Behandlungsplan der Patient:innen zu integrieren und bekannte Barrieren für das Mangelernährungsmanagement in der häuslichen Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

5.3.2 Bedürfnisse von Patient:innen und Zugehörigen

Das Erleben und die Bedürfnisse von Patient:innen und ihren Zugehörigen im Zusammenhang mit der Ernährung in Care@home-Modellen sind bisher wenig erforscht. Eine Befragung von Patient:innen mit einer COPD-Exazerbation, die in Care@home-Modellen behandelt wurden, zeigte unterschiedliche Wahrnehmungen der Ernährungssituation (116): Während einige Befragte ein Care@home-Setting bevorzugt6en, gaben andere an, im Krankenhaus mehr zu essen als zu Hause. Umgebungsfaktoren können mögliche Gründe für die unterschiedliche Wahrnehmung sein. So berichteten Patient:innen von weniger Störfaktoren zu Hause und werteten das Essen in Ruhe als fördernd für ihre Genesung (117). Ein negativer Einflussfaktor auf den Appetit ist die Einsamkeit: Die Patient:innen beschreiben, in Gesellschaft mehr zu essen (118). Weiter wurden in einer Befragung von zu Hause betreuten Patient:innen mit Herzinsuffizienz berichtet, dass die finanzielle Situation die Lebensmittelauswahl einschränkt (119). Zugehörige gaben als Verbesserungsmöglichkeiten eines Home-Health-Care-Programms explizit an, für die Zubereitung von ausgewogenen Mahlzeiten von Gesundheitsfachpersonen eine entsprechende Anleitung erhalten zu haben (120).

5.3.3 Ernährungsmanagement in Care@home-Settings in der Schweiz

Das Projekt «Ernährungsmanagement in Care@home-Settings» untersucht den aktuellen Stand des Ernährungsmanagements in Care@home-Settings sowie die Bedürfnisse von Fachpersonen, Institutionen und Betroffenen (121). Ziel des Projekts ist es, eine fundierte Grundlage für die evidenzbasierte Entwicklung innovativer Massnahmen zur Verbesserung des Ernährungsmanagements in diesem Versorgungssetting zu schaffen.

Das Projekt verfolgt einen Mixed-Methods-Ansatz und umfasst eine quantitative Befragung von Fachpersonen, qualitative Interviews mit Betroffenen sowie eine anschliessende Synthese der gewonnenen Erkenntnisse aus beiden Erhebungen. Das Projekt läuft bis Ende 2025; erste Ergebnisse aus der quantitativen Befragung der Fachpersonen liegen bereits vor.

Insgesamt nahmen 144 Fachpersonen an der Erhebung teil. Die Mehrheit gehört den Berufsgruppen der Pflegefachpersonen (57,6 %, *n* = 83) sowie der Ernährungsberatung (29,2 %, *n* = 42) an. 92,4 % (*n* = 133) der Befragten gaben an, in Care@home-Settings regelmässig Kontakt zu Patient:innen zu haben. Der überwiegende Teil der Teilnehmenden war bei der Spitex tätig (65,5 %, *n* = 73), gefolgt von Homecare-Dienstleistern (23,2 %, *n* = 26). Das Ernährungsmanagement wurde insgesamt als ein wichtiger Bestandteil der häuslichen Gesundheitsversorgung bewertet (Median: 96 %, Skala 0–100 %). Als besonders relevante Ernährungsprobleme (Mehrfachnennungen möglich) nannten die Befragten Mangelernährung (96,3 %, *n* = 131), Dehydratation (75,7 %, *n* = 103), Diabetes (64,0 %, *n* = 87), Übergewicht und Adipositas (47,1 %, *n* = 64) sowie Essstörungen (31,6 %, *n* = 43). Die Bedeutung der Erfassung des Mangelernährungsrisikos wurde ebenfalls sehr hoch eingeschätzt (Median: 98 %, Skala 0–100 %). Gleichwohl berichtete weniger als die Hälfte der Pflegefachpersonen, ein Screening-Tool zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos einzusetzen (38,5 %, *n* = 30) oder Patient:innen mit einem bestehenden Risiko an die Ernährungsberatung zu überweisen (48,1 %, *n* = 37). Zudem gaben nur 40,7 % (*n* = 50) der Befragten an, dass das derzeitige Ernährungsmanagement den Bedürfnissen der Patient:innen entspreche.

Bei den teilnehmenden Fachpersonen zeigte sich eine grundsätzliche Sensibilisierung für das Ernährungsmanagement sowie für das Risiko einer Mangelernährung. Gleichzeitig wurden jedoch verschiedene Barrieren deutlich, die sich mit bereits in der Literatur beschriebenen Herausforderungen decken (111–114). Dazu zählen insbesondere Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit und Vernetzung, unklare Verantwortlichkeiten sowie das Fehlen von Handlungsanweisungen im Bereich des Ernährungsmanagements. Hervorgehoben wurde zudem die Notwendigkeit, die Betroffenen selbst stärker für die Themen Ernährung und Mangelernährung zu sensibilisieren sowie Hausärzt:innen verstärkt in diesen Prozess einzubeziehen. Basierend auf diesen Ergebnissen wird ein Massnahmenkatalog erarbeitet und mit Fachpersonen diskutiert, mit dem Ziel, das Ernährungsmanagement zu stärken.

5.3.4 Bewegungsförderung und -anpassung in Care@home-Modellen

Neben der Ernährung spielt auch das Bewegungsverhalten eine wichtige Rolle in Care@home-Modellen. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem fortschreitenden Verlust an Muskelmasse und -kraft, auch Sarkopenie genannt, was zu einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit führen kann (122, 123). Akute Erkrankungen, Verletzungen, Mangelernährung sowie Bettruhe bzw. Immobilität können diesen altersbedingten Verlust an Muskelmasse beschleunigen und sich negativ auf funktionellen Fähigkeiten wie das Gehen auswirken (124). 30 % bis 56 % der älteren Patient:innen sind während der Hospitalisation von funktionellen Einschränkungen bzw. Dekonditionierung betroffen (125). Gerade für diese gebrechlichen Menschen schaffen Care@home-Modelle vorteilhafte Rahmenbedingungen, da sie eine koordinierte Gesundheitsversorgung in einer weniger restriktiven häuslichen Umgebung ermöglichen, sodass Patient:innen weiterhin ihren Alltagsaktivitäten nachgehen können (65).

Zur Vorbeugung von Sarkopenie und funktionellen Verlusten werden individuell angepasste, mehrkomponentige Bewegungsprogramme empfohlen, die auf Kraft, Ausdauer und das Gleichgewicht abzielen sowie funktionelle Übungen und ein Gangtraining umfassen (126). Betreute häusliche Bewegungsprogramme können sich positiv auf die funktionelle Leistungsfähigkeit, die Muskelkraft und die Muskelmasse auswirken (127–129). Vor dem Hintergrund positiver Effekte von Bewegungsprogrammen im häuslichen Setting erscheint es sinnvoll, die Bewegungsförderung gezielt auch in Care@home-Modellen zu prüfen und gegebenenfalls zu implementieren.

Derzeit liegt nur eine begrenzte Evidenz zur körperlichen Aktivität und Bewegungsförderung in Care@home-Settings vor (130, 131). So zeigte eine randomisierte kontrollierte Studie, dass Patient:innen in der häuslichen Versorgung deutlich weniger Zeit im Sitzen oder Liegen verbringen als Patient:innen im Spitalsetting (20). Zwar bestanden in beiden untersuchten Gruppen nach der Akutphase funktionelle Einschränkungen, doch fielen diese Verluste in Care@home-Settings tendenziell geringer aus (20). Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse kommt zu dem Schluss, dass das Hospital@home-Modell den funktionellen und kognitiven Status älterer Patient:innen während einer akuten Erkrankung potenziell besser erhält als eine stationären Versorgung (130). Gleichzeitig betont die Autorenschaft, dass das Potenzial der Bewegungsförderung des spitaläquivalenten, häuslichen Versorgungssettings bislang kaum erforscht ist. Sie identifizierte lediglich eine einzige Studie, die positive Effekte auf das Gleichgewicht, den Gang, die Kraft und die Beweglichkeit nachwies. Die Aussagekraft dieser Analyse ist jedoch aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe begrenzt. Darüber hinaus entwickelten Barker und seine Mitautor:innen (132) im Co-Design ein individualisiertes Heimtrainingsprogramm für COPD-Patient:innen in Care@home-Modellen (132). Als zentrale Gelingensfaktoren wurden die Individualisierung des Bewegungstrainings, die flexible Integration in den Alltag unter fachlicher Aufsicht, die professionelle Supervision durch Gesundheitsfachpersonen, die Kontinuität in der Versorgung sowie ein verlässlicher und regelmässiger Kommunikationsaustausch zwischen allen Beteiligten identifiziert (132).

Insgesamt besteht weiterer Forschungsbedarf im Bereich der Umsetzung und Wirksamkeit von Interventionen zur Bewegungsförderung in Care@home-Settings; dies betrifft insbesondere die Integration der Bewegungsförderung in den Versorgungsalltag, ihre individuelle Anpassbarkeit sowie ihre Effekte auf die funktionelle Gesundheit und die Selbstständigkeit.

5.3.5 Sturzprävention

In der Schweiz stürzen rund 25 % der über 65-Jährigen in Privathaushalten mindestens einmal pro Jahr, bei den über 85-Jährigen lag der Anteil bei rund 31 % (133, 134). Ein erhöhtes Risiko für Stürze und Frakturen besteht besonders bei älteren Menschen mit Sarkopenie und reduzierter Muskelkraft (135, 136). Auch altersbedingte Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Frailty, Parkinson, Depressionen sowie eine bestehende Sturzhistorie erhöhen die Sturzgefahr im Alter (137). Stürze im Alter gehen zudem mit einer höheren Hospitalisationsrate, längeren Spitalaufenthalten (138), einer erhöhten Mortalität (139) und hohen Kosten einher (140). Die sturzbedingten Kosten in der Schweiz bei den über 65-Jährigen belaufen sich auf rund zwei Milliarden Franken, wovon 1,7 Milliarden auf Haus- und Freizeitunfälle entfallen (141).

Angesichts der erwähnten Folgen ist es naheliegend, entsprechende Sturzpräventionsmassnahmen auch im Rahmen von Care@home-Modellen zu berücksichtigen – insbesondere um vermeidbare (Re-)Hospitalisationen zu verhindern. Zu den grundlegenden Massnahmen der Sturzprävention gehören umgebungsbezogene Anpassungen wie das Beseitigen von Stolperfallen wie Teppichen, das Anbringen von Haltegriffen im Badezimmer, eine gute Raumbeleuchtung, geeignetes Schuhwerk sowie der Einsatz technischer Assistenzsysteme (z. B. Sturzsensoren oder Nachtlichter). Entscheidend ist dabei, dass die Massnahmen individuell auf die betroffene Person und ihr häusliches Umfeld abgestimmt sind. Ein multidisziplinäres Sturzmanagement in Care@home-Settings sollte nebst der Beurteilung und Anpassung des häuslichen Umfelds sowie der Überprüfung der Medikation via Telemedizin auch häusliche Interventionen wie Ernährungsberatung und Physiotherapie umfassen (142). Dabei sollte aus ernährungsfachlicher Sicht der Ernährungszustand beurteilt werden, wobei insbesondere auf eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Proteinen geachtet werden sollte (143, 144). Eine Substitution mit Vitamin D kann das Sturzrisiko signifikant senken (145). Eine Kombination aus proteinreicher Ernährung und Bewegungsinterventionen kann sich positiv auf die Muskelmasse und -kraft älterer Menschen auswirken; wenn nur auf Bewegung gesetzt wird, ist der Effekt geringer (146, 147).

Ein zentraler Aspekt der Sturzprävention ist die Förderung der körperlichen Aktivität: Physiotherapeutisch begleitete Bewegungsprogramme im häuslichen Umfeld, die auf Kraft und Gleichgewicht abzielen, können nach einem bereits erfolgten Sturz das Risiko für weitere Stürze um bis zu 36 % senken (148). Darüber hinaus verbessern häusliche Bewegungsprogramme auch die Gehgeschwindigkeit, Kraft und Gleichgewicht sowie die Aktivitäten des täglichen Lebens (149). Digitale Lösungen wie Telemedizin in Care@home-Settings können dabei eine sinnvolle Unterstützung darstellen und für ein Monitoring genutzt werden (150, 151); insbesondere in Kombination mit gezielten Trainingsprogrammen im häuslichen Umfeld können sie das Sturzrisiko signifikant senken (152). Die bewegungsbasierte Telerehabilitation unter physiotherapeutischer Anleitung erwies sich als ebenso wirksam wie die Präsenztherapie (153).

Die Chancen der häuslichen Bewegungsinterventionen liegen in der zeitlichen Flexibilität der Patient:innen, in der Förderung ihrer Autonomie sowie in den geringeren Kosten (149). Hinzu kommt die Möglichkeit, Bewegungsinterventionen individuell an die Bedürfnisse der jeweiligen Person anzupassen (149). Telemedizinische Bewegungsprogramme können zudem eine ortsunabhängige Durchführung sowie eine einfachere Integration in den Alltag ermöglichen, sodass die Adhärenz weiter gefördert werden kann (154). Dadurch werden häusliche Bewegungsinterventionen zur Sturzprävention in Care@home-Settings besonders attraktiv. Potenzielle Herausforderungen ergeben sich durch den Einsatz digitaler Technologien bei häuslichen Bewegungsinterventionen, etwa durch technische Probleme, geringe digitale Erfahrung und technologische Unsicherheit von älteren Menschen (154, 155). Technische Einschränkungen können die Individualisierung und Intensität der Übungen beeinträchtigen (154). Eine weitere Barriere besteht darin, dass sich eine direkte fehlende Betreuung bzw. Begleitung der häuslichen Bewegungsintervention negativ auf die Motivation und Adhärenz auswirken kann (156). Auch eine mangelnde Eigenmotivation älterer Menschen (149) sowie das Verleugnen des eigenen Sturzrisikos (157) können die langfristige Umsetzung zusätzlich erschweren. Im Hinblick auf diese

Barrieren kommt der Begleitung und Kontinuität eine besondere Bedeutung zu, da sich nachhaltige Trainingseffekte erst langfristig zeigen. Deshalb können häusliche Bewegungsinterventionen eher in einem Rehabilitationssetting zu Hause, auch Reha-at-Home genannt, als im Rahmen des zeitlich begrenzten Care@home-Settings umgesetzt werden.

5.4 Finanzielle Vergütung von Zugehörigen

Das Gesundheitswesen der Schweiz ist auf pflegende und betreuende Zugehörige angewiesen. Bereits heute entlasten sie die öffentliche Hand mit ihrer Arbeit jährlich um schätzungsweise 3,7 Milliarden Franken (64). Mit der Etablierung von Care@home-Modellen wird eine zusätzliche Umverteilung von professioneller, bezahlter Pflege zu familiärer, informeller Pflege befürchtet (35, 59, 158, 159).

5.4.1 Kostenfaktoren in Care@home-Modellen

Die Pflege von Zugehörigen in Care@home-Modellen und darüber hinaus kann erhebliche finanzielle Folgen für die informell Pflegenden mit sich ziehen. Dazu gehören u. a.:

- Entgangene Löhne (160) durch Erwerbsausfall oder die Reduktion der Erwerbstätigkeit (161)
- damit verbunden auch fehlende Beiträge für die Altersversorgung (161);
- (versteckte) direkte Kosten, die von den Patient:innen und/oder ihren Zugehörigen selbst getragen werden *(out-of-Pocket-Kosten)*, z. B. für medizinische Hilfsmittel, Transporte und andere pflegebezogene Ausgaben (59);
- unbezahlte Care-Arbeit resp. die dafür aufgewendete Zeit (160), speziell für koordinative Aufgaben;
- zusätzlich beeinflussen auch die anfallenden Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote sowie die Gesundheitskosten für die Pflege und medizinische Versorgung der unterstützungsbedürftigen Person die finanzielle Situation von Zugehörigen, insbesondere wenn diese im selben Haushalt leben (161).

Diese Kostenfaktoren variieren je nach Dauer und Intensität der Pflege, des Krankheitsbildes und des Verlaufs der Erkrankung, so sind z. B. die Kosten der informellen Pflege am Ende einer Palliativbetreuung am höchsten (160).
In vielen Studien zum Kosten-Nutzen-Verhältnis werden die ökonomischen Auswirkungen der informellen Pflege nicht mitberücksichtigt (162), obwohl dies von internationalen Guidelines für ökonomische Evaluationsstudien empfohlen wird (158). Denn werden diese Kosten in Kostenevaluationen inkludiert, können diese einen signifikanten Einfluss auf die Kosteneffektivität haben (162).

Ein kürzlich erschienenes systematisches Review, das die Kosteneffektivität von Hospital-at-Home-Modellen mit konventionellen Hospitalisationen verglich, inkludierte fünf Studien, wobei nur eine einzige die Kosten für informell Pflegende und die Familien mitberücksichtigte (163). Auch Goossen, dessen Mitautorin und Mitautor (178) betonen, wie wichtig es sei, die Kosten der informellen Pflege in Kostenevaluationen zu berücksichtigen, da es sonst zu einer Überschätzung der Kosteneinsparungen durch Care@home-Modelle kommen könne (158). U. a. soll dafür die von den Zugehörigen aufgewendete Zeit für die Care-Arbeit monetarisiert werden (158). Die Quantifizierung der finanziellen

Kosten für die informelle Pflege kann nicht nur beim Diskurs über die (finanzielle) Belastung von Zugehörigen in Care@home-Modellen unterstützten, sondern auch bei Entwicklung von Richtlinien und Gesetzen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung für informell Pflegende (59, 160).

5.4.2 Vergütungsmodelle

Wie in den vorangehenden Kapiteln ausführlich aufgezeigt wurde, übernehmen Zugehörige in Care@home-Settings eine Vielzahl von betreuerischen und pflegerischen Aufgaben. Bei der Vergütung der Leistungen durch Zugehörige muss zwischen Betreuungs- und Pflegeleistungen unterschieden werden, da in der schweizerischen Gesetzgebung ein solcher Unterschied besteht (164). Im Alltag sind diese Übergänge jedoch fliessend und eine Begriffsöffnung wäre aus Sicht der betreuenden und pflegenden Zugehörigen wünschenswert (161).

Das BAG hält in seinem Porträt des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» Folgendes fest: «Eine juristische Definition der Betreuung gibt es nicht». Stattdessen wird vorgeschlagen, dass im «Zusammenhang mit den Betreuungsgutschriften nach Art. 29 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), die für die Betreuung hilfloser Verwandter angerechnet wird, könnten zur Definition von ‹Betreuung› die Kriterien der Hilflosigkeit herangezogen werden. Im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wird Hilflosigkeit in Art. 9 wie folgt definiert: ‹Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.› In einem Bundesgerichtsentscheid wurde festgehalten, welche Aktivitäten darunterfallen. Betreuende Angehörige übernehmen jedoch noch eine Vielzahl weiterer Aufgaben, wie beispielsweise Koordinieren/Planen, Finanzen/Administration, Da-Sein und Beobachten/Aufpassen» (161, S. 5).

Pflegerische Aufgaben entsprechen den Definitionen von Pflegeleistungen gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Das BAG schreibt dazu: «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) unterscheidet zwischen Grundpflege (z.B. Körperpflege, An-/Auskleiden, Essen und Trinken) sowie Behandlungspflege (z.B. Medikamente richten und verabreichen, Verbandswechsel und Wundbehandlung, Blutdruck, Puls und Blutzucker messen). Die Leistungen setzen eine Bedarfserfassung voraus und müssen ärztlich verordnet werden» (161, S. 5). Ausserdem gibt es keine juristische Definition für pflegende An- oder Zugehörige. Folglich muss bei jeder Leistung separat eruiert werden, ob das jeweils bestehende Verhältnis zur Person, die es zu pflegen gilt, zu Leistungen berechtigt oder nicht (161).

Für die Vergütung von betreuerischen oder pflegerischen Leistungen, die durch Zugehörige geleistet werden, gibt es verschiedene subjektfinanzierte Leistungen:

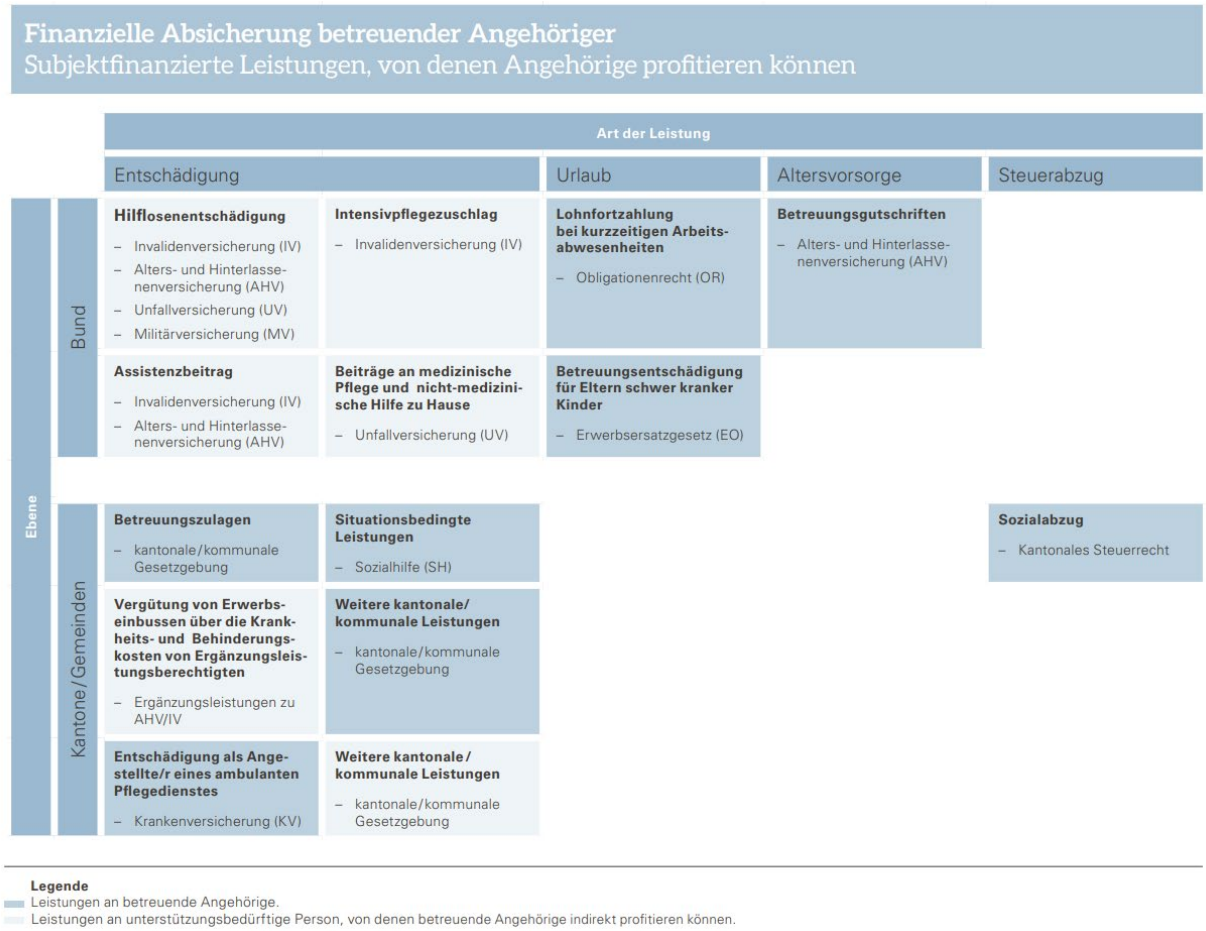

Abbildung 5 Übersicht über die finanzielle Absicherung betreuender Angehöriger (161, S. 7)

Im Jahr 2021 trat das Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in Kraft (165-167). Es regelt die folgenden Punkte:

- **Betreuungsentschädigung für ein schwer krankes oder verunfalltes Kind**: Erwerbstätigen Eltern gewährt das neue Gesetz einen vierzehnwöchigen Urlaub für die Betreuung eines schwer kranken oder verunfallten Kindes. Der über die Erwerbsersatzordnung (EO) finanzierte Urlaub (Entschädigung in der Höhe von 80 % ihres für die AHV massgebenden Einkommens) kann innerhalb von achtzehn Monaten tageweise oder am Stück bezogen werden (165-167).
- **Betreuungsgutschriften der AHV**: «Der Anspruch auf Betreuungsgutschriften in der AHV wird ausgeweitet, damit mehr pflegebedürftige Personen selbstständig bei sich zuhause leben können. Mit dem neuen Gesetz erhalten betreuende Angehörige diese Gutschrift auch, wenn die pflegebedürftige Person eine Hilflosenentschädigung leichten Grades bezieht. Auch Lebenspartnerinnen und Lebenspartner haben Anspruch, wenn das Paar seit mindestens fünf Jahren im gleichen Haushalt lebt» (166).
- **Lohnfortzahlung bei kurzen Abwesenheiten**: «Im Obligationenrecht wird ein bezahlter Urlaub eingeführt, damit Arbeitnehmende kranke oder verunfallte Familienmitglieder oder Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner betreuen können. Der Urlaub beträgt höchstens drei Tage pro Fall und nicht mehr als zehn Tage pro Jahr» (166).

Pflegende Zugehörige haben ausserdem die Möglichkeit, sich bei einer Spitexorganisation anstellen zu lassen und so für einen Teil der geleisteten pflegerischen – nicht aber betreuerischen – Tätigkeiten entlöhnt zu werden. Bisher war dazu der Besuch eines Pflegehilfekurses Voraussetzung, seit einem Bundesgerichtsurteil im Jahr 2019 laufen jedoch Verhandlungen und Abklärungen, inwiefern eine Anstellung auch ohne Ausbildung oder mit vergleichbarer Qualifikation möglich ist (168). Aktuell steht dieses Anstellungsmodell im Zentrum einer politischen Diskussion, da unklar ist, ob die von Zugehörigen erbrachten Leistungen als gleichwertig zu jenen von ausgebildetem Pflegepersonal gelten können. Zudem wird kritisiert, dass die Regelung zu erheblichen Kostensteigerungen geführt hat und einzelne, eigens dafür gegründete Organisationen von den Abgeltungen finanziell profitieren (169). Damit rücken Fragen zur Qualitätssicherung, zur Kostenkontrolle und zur Vermeidung von Fehlanreizen zunehmend in den politischen Fokus (170, 171). Der Bundesrat hat in seinem jüngsten Bericht zwar den Handlungsbedarf erkannt, jedoch keine klaren Vorgaben formuliert und die Klärung zentraler Fragen weitgehend offen gelassen, etwa jene zur Gleichwertigkeit der Leistungen und zur Finanzierung (172).

Bei all diesen Vergütungsmodellen bleibt zu klären, inwiefern sie auf Care@home-Modelle anwendbar sind. Gerade an Nahtstellen und bei Übergängen nehmen Zugehörige häufig eine wichtige Rolle ein. Sie kümmern sich um finanzielle, organisatorische und koordinatorische Aufgaben innerhalb eines Betreuungs- oder Pflegesettings. Die Finanzierung von Koordinationsleistungen und die Unterstützung von Zugehörigen in diesem Bereich ist lückenhaft, nicht nur in Care@home-Modellen. Das BAG hat zur Frage, wie Zugehörige bedarfsgerecht unterstützt werden können, Empfehlungen formuliert. Für eine zugehörigenfreundliche Versorgungskoordination schlägt es u. a. Folgendes vor (68):

- Die Koordinationsbedarfe genauer zu untersuchen
- Dialoggefässe für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die koordinierte Versorgung anzubieten und auch zu finanzieren
- Die Expertise und Autonomie der Zugehörigen anzuerkennen und wertzuschätzen
- Verwaltungsprozesse zugehörigenfreundlich zu gestalten

5.4.3 Implikationen für die Praxis

Es bleibt zu klären, inwiefern bestehende Vergütungsmodelle für Zugehörige in Care@home-Modellen geeignet sind, insbesondere da sie überwiegend auf eine langfristige Pflege durch nahe Familienangehörige wie Eltern, Kinder oder langjährige Lebenspartner:innen ausgerichtet sind, die im selben Haushalt leben. Spezifische Vergütungsmodelle für kurzzeitige Einsätze, die nicht an eine enge Familienangehörigkeit oder einen Beziehungsstatus gebunden sind, gibt es nach dem Wissensstand der Autor:innen des vorliegenden Berichts bisher nicht.

6 Erfahrungen von Fachpersonen in bestehenden Care@home-/ Home-Treatment-Modellen sowie der Spitex in der Schweiz

«Take-Home-Message» aus Kapitel 6: Care@home-Modelle in der Schweiz bieten sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich bereits vielfältige häusliche Versorgungsmöglichkeiten, aber weisen auch noch Entwicklungspotenzial auf. Fachpersonen betonen insbesondere die Notwendigkeit, bestehende Strukturen wie die Spitex gezielt weiterzuentwickeln, anstatt parallele Systeme aufzubauen. Zentrale Herausforderungen bestehen in der Finanzierung, im Schnittstellenmanagement sowie in der interprofessionellen Kooperation, was eine koordinierte Kommunikation und klare Verantwortlichkeiten erfordert. Patient:innen profitieren von einer individualisierten Betreuung im vertrauten Umfeld, was ihre Autonomie stärkt und zu hoher Zufriedenheit führt. Erforderlich ist dabei eine partizipative Haltung der Fachpersonen sowie ein hohes Mass an Selbstverantwortung der Patient:innen. Auch digitale Kompetenzen gewinnen zunehmend an Bedeutung, ebenso der Einbezug von Zugehörigen, um die Kontinuität und die Qualität der Versorgung zu sichern. Risiken wie Medikationsfehler oder psychosoziale Belastungen müssen frühzeitig erkannt und adressiert werden. Besonders im Bereich der postpartalen psychischen Erkrankungen zeigen sich Versorgungslücken, weshalb ein spezialisiertes, koordiniertes und interprofessionell abgestimmtes Home-Treatment-Angebot für Wöchnerinnen dringend notwendig erscheint.

Um die Erfahrungen von Fachpersonen in bestehenden Care@home- bzw. Home Treatment-Modellen sowie deren Empfehlungen für die Praxis zu eruieren, wurden in der vorliegenden Studie zwei Pfade verfolgt. Zum einen konnten zwischen März und Mai 2025 sechs Interviews mit Expert:innen aus dem psychiatrischen Home Treatment sowie der Kinder- und der Erwachsenenspitex geführt werden. Dabei wurden vier Pflegefachpersonen und zwei Ärzte befragt (Frageleitfaden siehe Anhang 13.1). Zum anderen konnte hier auf die Ergebnisse einer im Jahr 2025 abgeschlossenen Masterthesis mit Fachpersonen aus dem psychiatrischen Home-Treatment-Setting im Kanton Bern zurückgegriffen werden (173). Diese Masterthesis entstand im Kontext des ersten «Calls for Proposals» des SCC im Jahr 2024 und umfasst eine Teilstudie der vom SCC geförderten Gesamtstudie «Enhancing Timely Access to Acute Psychiatric Care@home for Women Experiencing Perinatal Mental Disorders» (ETAP-PP). Dabei handelt es sich um eine Studie, die die hochvulnerable Patientinnengruppe akutpsychiatrisch erkrankter Wöchnerinnen untersucht. Im Fokus stand die Frage, ob mit einem Care@home-Angebot die Belastungssituation dieser Wöchnerinnen frühzeitig erkannt und aufgefangen werden kann, um eine psychiatrische Hospitalisierung *(admission avoidance)* zu vermeiden (174).

6.1 Potenziale und Herausforderungen im somatischen und psychiatrischen Kontext aus der Perspektive befragter Fachpersonen –Ergebnisse der Einzelinterviews

6.1.1 Strukturelle Potenziale bestehender Care@home-Modelle

Sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Versorgungsbereich existiert in der Schweiz bereits eine Vielzahl von Angeboten, die unter dem übergeordneten Begriff Care@home subsumiert werden

können. Es gilt zu beachten, dass viele dieser Leistungen, die international unter dem Begriff Hospital at Home zusammengefasst werden, hierzulande bereits durch bestehende Spitex-Strukturen erbracht werden. Dennoch zeigt sich aus Sicht der befragten Fachpersonen ein erhebliches Potenzial für den weiteren Ausbau der häuslichen Versorgung.

Die Einschätzungen der befragten Expert:innen deuten darauf hin, dass die Schweizer Bevölkerung grundsätzlich offen ist für eine intensivere häusliche Versorgung, selbst in akuten oder potenziell bedrohlichen Situationen. Voraussetzung ist jedoch stets eine sorgfältige individuelle Indikationsstellung. Denn obschon viele Patient:innen die häusliche Umgebung präferieren, besteht auch ein berechtigtes Bedürfnis nach Sicherheit, was eine stationäre Aufnahme erforderlich machen kann.

Gerade bei komplexeren oder invasiveren Behandlungssituationen wird Care@home als vielversprechendes Modell eingeschätzt. Die Befragten betonten, dass es nicht ausreiche, bestehende stationäre Leistungen eins zu eins in den häuslichen Bereich zu übertragen. Vielmehr sei es notwendig, einen erkennbaren zusätzlichen Nutzen durch eine aufsuchende, spitaläquivalente Versorgung zu schaffen. Die befragten Fachpersonen stehen innovativen Versorgungsmodellen grundsätzlich positiv gegenüber, warnen jedoch vor dem Aufbau paralleler Strukturen zu bestehenden Angeboten wie der Spitex. Angesichts knapper Ressourcen und eines bestehenden Fachkräftemangels sei es zielführender, bestehende Versorgungsstrukturen gezielt weiterzuentwickeln, diese zu adaptieren und Modelle zu favorisieren, die Bestehendes integrieren.

Im Bereich der **psychiatrischen Versorgung** ermöglichen bestehende Home-Treatment-Angebote bereits heute, Patient:innen im häuslichen Umfeld zu betreuen, die ansonsten stationär behandelt werden müssten. Für bestimmte Gruppen von Patient:innen, die im stationären Setting bisher keinen nachhaltigen Behandlungserfolg erzielen konnten, eröffnet diese Form der Versorgung neue therapeutische Perspektiven. Zudem wirken diese Modelle, die an eine stationäre Behandlung anschliessen, Tendenzen einer künftigen Rehospitalisierung entgegen, da frühzeitig auf sich abzeichnende gesundheitliche Krisen reagiert werden kann. Im psychiatrischen Home Treatment übernehmen betreuende Fachpersonen teilweise auch somatische Aufgaben, etwa die Kontrolle von Vitalzeichen, EKG-Aufzeichnungen oder die Bestimmung von Blutwerten wie Cholesterin oder Glukose. Dies ist insbesondere bei Patient:innen relevant, die aus unterschiedlichen Gründen keinen Kontakt zu Hausärzt:innen pflegen.

Ein weiteres Beispiel für den Nutzen der häuslichen Versorgung zeigt sich in der **Kinderspitex:** Hier kann der Verbleib des Kindes im familiären Umfeld gewährleistet werden, während die Eltern in ihrer pflegerischen Kompetenz gezielt gestärkt werden.

Insgesamt wird deutlich, dass Care@home als Modell in der Schweiz bereits vielfältig implementiert ist, jedoch noch ein signifikantes Entwicklungspotenzial aufweist. Eine gezielte Weiterentwicklung bestehender Angebote unter Berücksichtigung qualitativer, personeller und struktureller Aspekte könnte einen wichtigen Beitrag zur zukunftsfähigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems leisten.

6.1.2 Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von Care@home-Angeboten: Finanzierung, Schnittstellenmanagement und interprofessionelle Kooperation

Als zentrale Herausforderung für die nachhaltige Entwicklung und Etablierung neuer Care@home-Modelle nannten die Fachpersonen **die Finanzierung**. Derzeit gelten in der Schweiz unterschiedliche Tarifsysteme für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen. Diese Fragmentierung erschwert eine flexible und bedarfsgerechte Versorgung im häuslichen Umfeld. Hinzu kommt, dass viele bestehende Care@home-Angebote im Rahmen zeitlich begrenzter Pilotprojekte implementiert wurden, deren langfristige finanzielle Absicherung nicht gewährleistet ist. Auch die Vergütung von Wegzeiten variiert je nach Versorgungsmodell, was insbesondere für mobile Dienste ein relevantes Hemmnis darstellt. So wird die Wegzeit bei Spitex-Angeboten von den Krankenkassen entgolten, während dies beim psychiatrischen Home Treatment im Kanton Basel-Stadt nicht der Fall ist und diese Leistungen ungedeckt bleiben.

Neben der Finanzierung stellt das **Schnittstellenmanagement** eine weitere zentrale Herausforderung dar. Diese betrifft sowohl die Koordination zwischen verschiedenen Versorgungssettings (z. B. stationär, ambulant, häuslich) als auch die Kommunikation zwischen etablierten und neu entstehenden Angeboten. Nach Einschätzung der Befragten gelingt die erfolgreiche Umsetzung neuer Versorgungsmodelle nur dann, wenn zwischen allen beteiligten Akteur:innen ein tragfähiges Vertrauensverhältnis besteht. Dieses Vertrauen kann gezielt aufgebaut werden, indem bereits in der Konzeptions- und Planungsphase ein interprofessionelles Stakeholder-Netzwerk etabliert wird, das aktiv in die Entwicklung und Implementierung eingebunden ist. Auf diese Weise kann vorhandenes Wissen effektiv genutzt, potenziellen Widerständen vorgebeugt und die interinstitutionelle Zusammenarbeit gefördert werden.

Auch im laufenden Betrieb erweist sich eine enge, settingübergreifende Kooperation als zentraler Erfolgsfaktor. In den bestehenden Versorgungsstrukturen, insbesondere in der Spitex und im psychiatrischen Home Treatment, ist in den Bereichen der häuslichen Versorgung und des Umgangs mit komplexen Kommunikationsprozessen bereits eine fundierte Expertise vorhanden. Diese Kompetenzen sollten gezielt genutzt und weiterentwickelt werden.

Eine besondere Schwierigkeit im **Schnittstellenmanagement** liegt in der häufig unidirektionalen Kommunikation. So werden beispielsweise bei der Entlassung aus stationären Einrichtungen medizinische Berichte und Verordnungen an verschiedene Leistungserbringende versandt, ohne dass klar geregelt ist, wer im weiteren Verlauf welche Aufgaben übernimmt oder wie die Erreichbarkeit der jeweiligen Fachpersonen sichergestellt ist. Die Einführung interoperabler, datenschutzkonformer Dokumentationssysteme könnte hier zu einer deutlichen Verbesserung beitragen. Allerdings stellen solche Systeme hohe Anforderungen an den Datenschutz sowie an die technische und organisatorische Infrastruktur.

Ein zusätzlicher Aspekt, der **die Koordination** erschwert, ist die notwendige Entbindung von der Schweigepflicht durch die Patient:innen. Diese ist sowohl in der Spitex als auch im psychiatrischen Home Treatment erforderlich, um eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit rechtlich abzusichern. Die Fachpersonen in den bestehenden Care@home-Strukturen sind sich dieser Hürden bewusst und

verfügen über umfangreiche Erfahrung im Umgang mit diesen Herausforderungen, die es bei der Entwicklung von neuen Care@home-Modellen in Zukunft zu berücksichtigen gilt.

6.1.3 Patient:innen in der häuslichen Versorgung – die Bedeutung individueller Ressourcen, partizipativer Haltungen und digitaler Kompetenzen

Angesichts des demografischen Wandels und des gesellschaftlichen Trends zu Einzelpersonenhaushalten gewinnt gemäss den Befragten die häusliche Versorgung zunehmend an Bedeutung. Care@home-Angebote stellen dabei spezifische Anforderungen an alle Beteiligten. Im Unterschied zur stationären Versorgung erfordert die Behandlung im häuslichen Umfeld von Patient:innen ein höheres Mass an Eigenverantwortung und Selbstorganisation. Diese Verschiebung der Rollenverteilung bedingt zugleich, dass Fachpersonen bereit sind, Verantwortung zu teilen und den Patient:innen Vertrauen in deren Selbstwirksamkeit entgegenzubringen.

Zentrale Voraussetzung für diesen Perspektivwechsel ist eine partizipative Haltung im Umgang mit Patient:innen. Eine solche zeichnet sich durch Augenhöhe, Transparenz und die Einbindung der Betroffenen in Entscheidungsprozesse aus. Fachpersonen in bestehenden Care@home Strukturen, wie Spitex oder Home Treatment, verfügen in der Regel über fundierte Erfahrungen mit dieser kooperativen Beziehungsgestaltung und bringen die notwendigen kommunikativen Kompetenzen mit, um Patient:innen in ihrer Selbstverantwortung zu stärken.
Im Kontext neuer Care@home-Modelle wird auch der Umgang mit digitalen Technologien zunehmend diskutiert. In der derzeitigen Praxis stellen digitale Kompetenzen der Patient:innen oder ihrer Zugehörigen keine zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme von häuslicher Versorgung dar. Dennoch berichten Fachpersonen, dass im Einzelfall Empfehlungen für unterstützende digitale Anwendungen ausgesprochen würden, etwa zur Strukturierung des Alltags, zur Medikamenteneinnahme oder zur Kommunikation mit dem Behandlungsteam.
Mit Blick auf zukünftige Entwicklungen könnte der Stellenwert digitaler Kompetenzen jedoch steigen. Je nachdem, welche Kommunikations- und Interaktionsformen in neuen Versorgungsmodellen vorgesehen sind – beispielsweise Telemonitoring, Video-Konsultationen oder App-gestützte Verlaufsdokumentationen –, wird es zunehmend bedeutsam, dass Patient:innen über entsprechende Fähigkeiten verfügen. Dies erfordert nicht nur eine entsprechende technische Infrastruktur, sondern auch die Bereitschaft, digitale Gesundheitskompetenz systematisch zu fördern, um die Teilhabe aller Gruppen von Patient:innen sicherzustellen.

Alle befragten Fachpersonen unterstrichen die hohe Relevanz und den Nutzen einer Versorgung von Patient:innen im häuslichen Umfeld. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass diese Versorgungsform mit einer hohen Zufriedenheit der Patient:innen einhergehe. Patient:innen schätzen insbesondere die vertraute Umgebung, in der die Behandlung stattfindet, sowie die damit verbundene Autonomie und Flexibilität.

Ein zentrales Element, das sowohl in psychiatrischen als auch in somatischen Care@home-Angeboten zur Zufriedenheit beiträgt, ist die partnerschaftliche, weniger hierarchisch geprägte Beziehungsgestaltung zwischen Fachpersonen, Patient:innen und deren Zugehörigen. Diese

Beziehungsqualität unterscheidet sich deutlich von der häufig standardisierten Interaktion im stationären Setting und ermöglicht eine individualisierte, bedürfnisorientierte Versorgung.
Ein weiterer zentraler Faktor für die hohe Akzeptanz der häuslichen Versorgung ist die Förderung der Autonomie der Patient:innen. Letztere sind im häuslichen Umfeld weniger stark an starre institutionelle Abläufe gebunden, wodurch die Behandlung stärker an ihre individuelle Lebenswelt angepasst werden kann. Diese Lebensweltorientierung schafft nicht nur mehr Handlungsspielräume für die Patient:innen, sondern fördert auch ihre aktive Mitwirkung am Behandlungsprozess.
Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche häusliche Versorgung ist nach Einschätzung der Befragten eine tragfähige Vertrauensbasis zwischen Patient:innen und Fachpersonen. Nur wenn dieses Vertrauen gegeben ist, sind Patientinnen bereit, die Fachpersonen in ihrem privaten Umfeld zu empfangen und sich auf die Behandlung einzulassen. Die befragten Fachpersonen betonten, dass ihre Mitarbeitenden über hohe soziale und kommunikative Kompetenzen verfügen würden, was es ihnen ermögliche, rasch stabile und tragfähige Beziehungen aufzubauen.

Zudem leisten die bestehenden Care@home-Strukturen einen wichtigen Beitrag zur Betreuungskontinuität. Durch den fortdauernden Kontakt mit einem konstanten Behandlungsteam kann nicht nur eine höhere Beziehungsqualität, sondern auch eine konsistentere therapeutische Begleitung sichergestellt werden – ein Aspekt, der sowohl im somatischen wie auch im psychiatrischen Bereich als wesentlich für den Behandlungserfolg gilt.

6.1.4 Rolle von Zugehörigen und deren Einbindung in die häusliche Versorgung

In den bestehenden Care@home-Angeboten ist das Vorhandensein von Zugehörigen, die mit den Patient:innen zusammenleben oder in engem Kontakt stehen, keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Versorgung. Dies gilt sowohl für Angebote im psychiatrischen als auch für solche im somatischen Bereich. Sofern Zugehörige vorhanden und verfügbar sind, kommt ihnen eine zentrale Rolle zu. Ihr Einbezug kann einen wesentlichen Beitrag zur Qualität, Kontinuität und Nachhaltigkeit der häuslichen Versorgung leisten.

Im Kontext der **Spitex-Dienste** werden Zugehörige als zentrale Kooperationspartner:innen verstanden. Sie übernehmen vielfältige Aufgaben im Alltag der Patient:innen, machen wichtige Beobachtungen, bringen wertvolles Kontextwissen ein und tragen damit wesentlich zur Stabilisierung der Versorgungssituation bei. Gleichzeitig sind sie selbst auf Unterstützung angewiesen, etwa indem sie gezielt angeleitet werden, Informationen über Unterstützungsangebote erhalten oder in belastenden Pflegesituationen psychosozial begleitet werden. Die Mitarbeitenden der Spitex sind in der Regel darin geschult, Zugehörige sowohl als Ressource wahrzunehmen als auch ihre Belastungsgrenzen zu erkennen. Eine besondere Stärke der Spitex liegt in der Fähigkeit, Zugehörige individuell zu unterstützen und mit ihnen kooperativ zusammenzuarbeiten. Dabei ist es zentral, die Resilienz und Belastbarkeit der Zugehörigen realistisch einzuschätzen und gemeinsam mit ihnen mögliche Chancen, aber auch Risiken und Grenzen der häuslichen Versorgung zu reflektieren.

Im Bereich des **psychiatrischen Home Treatment** sind die Zugehörigen bislang eher marginal an den Entscheidungs- und Aufnahmeprozessen beteiligt. Dennoch zeigen Erfahrungen aus der Praxis, dass

Zugehörige diesen Angeboten gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen sind. Sie schätzen insbesondere die Anerkennung und Unterstützung, die von den multiprofessionellen Home-Treatment-Teams erfahren. Die systematische Einbindung der Zugehörigen stellt hier ein Entwicklungsfeld dar, das zukünftig stärker berücksichtigt werden sollte, insbesondere mit Blick auf die Förderung der Beziehungskontinuität und auf die Bereiche Krisenbewältigung und Rückfallprävention.
Insgesamt zeigt sich, dass die Arbeit mit Zugehörigen ein integraler Bestandteil gelingender Care@home-Modelle sein kann, vorausgesetzt, ihre Rolle wird nicht nur als ergänzend, sondern als gleichwertig unterstützungsbedürftig anerkannt.

6.1.5 Red Flags im Care@home-Kontext

Die in der internationalen Literatur beschriebenen Red Flags, insbesondere in den Bereichen Medikationsmanagement sowie Ernährungs- und Bewegungsmanagement, werden in der Praxis bzw. in bestehenden Care@home-Angebote in der Schweiz weitgehend bestätigt. Die Befragten beschrieben risikobehaftete Situationen, die eine besondere Aufmerksamkeit der Fachpersonen erforderlich machen.

Medikationsmanagement
Als besonders vulnerabel wurde das Medikationsmanagement in der **Spitex** dargestellt, vor allem im Kontext von Übertritten aus stationären Einrichtungen. Übergabeprozesse zwischen Leistungserbringern sind potenzielle Fehlerquellen, beispielsweise im Zusammenhang mit unvollständigen Medikationslisten, Doppelverordnungen oder unklaren Zuständigkeiten. Solche Fehler können gravierende Auswirkungen auf die Sicherheit der Patient:innen haben und erfordern deshalb eine sorgfältige interprofessionelle Abstimmung. Eine besondere Situation stellt sich in der **Kinderspitex** dar: Hier liegt die Verantwortung für die Medikamentengabe häufig bei den Eltern. Fachpersonen berichten, dass es bei der Medikamentenabgabe regelmässig zu Anwendungsfehlern komme, was eine kontinuierliche Schulung und engmaschige Begleitung erforderlich macht. Wichtig sei es, die ohnehin belasteten Eltern, die sich fehlerhaft verhalten haben, nicht weiter zu belasten. Vielmehr gehe es darum, eine gute Anleitung zum Medikationsmanagement zu gewährleisten. Im psychiatrischen **Home Treatment** scheint das Risiko im Medikamentenbereich geringer zu sein, insbesondere dann, wenn das Fachpersonal die Medikamente direkt abgibt oder wenn die Verantwortung dafür an externe Stellen delegiert wird.

Ernährungsmanagement
Das Ernährungsmanagement wird in allen befragten Settings als vernachlässigter Bereich beschrieben. Fachpersonen verwiesen auf fehlendes Wissen, mangelndes Bewusstsein oder zeitliche Ressourcen, die eine adäquate Auseinandersetzung mit ernährungsbezogenen Fragestellungen erschweren. Dies betrifft sowohl die Erkennung von Mangelernährung oder Dehydration als auch die Berücksichtigung individueller Ernährungsbedarfe im häuslichen Kontext.

Bewegungsmanagement und Sturzrisiko
Bewegung und Mobilität stellen ein weiteres Risikofeld dar, insbesondere im Hinblick auf Sturzereignisse. Im Unterschied zu stationären Einrichtungen, in denen bauliche und organisatorische

Massnahmen zur Sturzprophylaxe implementiert sind, ist das häusliche Umfeld deutlich heterogener und schwerer zu kontrollieren. Zwar können Fachpersonen im Rahmen der häuslichen Versorgung Empfehlungen zur Reduktion von Sturzrisiken aussprechen, die Entscheidung über deren Umsetzung liegt jedoch letztlich bei den Patient:innen. Im psychiatrischen **Home Treatment** erwähnten die Befragten Stürze insbesondere in Verbindung mit Substanzkonsum, Depressionen oder im gerontopsychiatrischen Kontext als relevantes Risiko.

Psychosoziale Risiken und Gefährdungseinschätzungen

Im Bereich der **Kinderspitex** wurde zudem die hohe psychische Belastung der Eltern als wiederkehrende Red Flag identifiziert – ebenso wie ungünstige Wohnverhältnisse, die eine sichere Versorgung erschweren können. Im psychiatrischen **Home Treatment** stellen die erhöhte Zugänglichkeit potenziell gefährlicher Substanzen im häuslichen Umfeld sowie die Einschätzung von Suizidalität und Selbst- oder Fremdgefährdung zentrale Herausforderungen dar. Hier sind besonders differenzierte Risikoeinschätzungen sowie geeignete Schutzkonzepte erforderlich, um akute Krisen frühzeitig zu erkennen und adäquat zu intervenieren.

6.1.6 Empfehlungen für zukünftige Care@home-Modelle aus der Perspektive der befragten Fachpersonen

Die drei zentralen Zielsetzungen der Care@home-Definition des SCC sind die Vermeidung des Spitaleintritts *(admission avoidance)*, die Begleitung des frühzeitigen Spitalaustritts *(early supported discharge)* und der sofortige Zugang zur Gesundheitsversorgung *(timely access)*; diese finden bereits heute in verschiedenen Kontexten Anwendung, wenngleich häufig fragmentiert und modellabhängig. So tragen einzelne Care@home-Programme zur Vermeidung von Hospitalisationen bei, insbesondere bei gut planbaren Behandlungen oder in stabilen klinischen Situationen. Auch in der Kinderspitex wird *admission avoidance* erfolgreich umgesetzt, indem komplex pflegebedürftige Kinder kontinuierlich zu Hause versorgt werden.

Darüber hinaus berichten Fachpersonen der **Spitex** von Fällen, in denen Patient:innen trotz eindeutiger medizinischer Indikation für eine stationäre Aufnahme auf eigenen Wunsch weiterhin zu Hause betreut wurden. In manchen Care@home-Modellen bildet die frühzeitige Spitalaustrittsbegleitung oder die gezielte Verlegung in ein häusliches Setting sogar das Hauptmotiv der Programmgestaltung. Die sofortige Gesundheitsversorgung wurde insbesondere in peripheren Regionen eindrucksvoll realisiert, etwa wenn Kinder während schwerer Schneefälle – weder die Ambulanz noch die Luftrettung waren einsatzfähig – von der **Kinderspitex** versorgt wurden.

Die Expert:innen formulierten folgende Empfehlungen für die Praxis:

- **Frühe und kontinuierliche Einbindung relevanter Akteur:innen:** Der Aufbau eines tragfähigen, interprofessionellen und interinstitutionellen Stakeholder-Netzwerks ist bereits in der Planungsphase essenziell. Es sollte nicht nur den Aufbau, sondern auch die Implementierung und den Betrieb kontinuierlich begleiten. Vertrauen und eine gemeinsame Vision bilden die Grundlage einer erfolgreichen Zusammenarbeit.

- **Gezielte Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Fachkompetenzen:** Die häusliche Versorgung erfordert spezifisches Wissen, das in etablierten Versorgungsstrukturen wie der Spitex, spezialisierten ambulanten Diensten oder pädiatrischen Pflegeeinrichtungen bereits vorhanden ist. Diese Fachpersonen stellen zentrale Ressourcen dar und sollten systematisch identifiziert, integriert und bedarfsgerecht weiterqualifiziert werden.

- **Implementierung integrierter Kommunikationssysteme:** Die Schnittstellenproblematik zwischen stationären und ambulanten Sektoren erfordert leistungsfähige, multidirektionale Kommunikationslösungen. Diese sollten eine sektorenübergreifende Nachverfolgung von Krankheitsverläufen ermöglichen sowie den interdisziplinären Austausch bei diagnostischen oder therapeutischen Unsicherheiten fördern.

- **Klare Zuweisung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten:** Eine koordinierte Aufgabenverteilung zwischen dem ärztlichen Dienst im Spital, den Care@home-Teams und den behandelnden Hausärzt:innen ist unabdingbar. Ergänzend ist sicherzustellen, dass mobile diagnostische Verfahren (inkl. Labor- und Bildgebung) vor Ort verfügbar sind, um klinisch fundierte Entscheidungen im häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

- **Sicherstellung geeigneter Transportmittel:** Für eine zeitnahe und flexible Versorgung ist eine adäquate Mobilitätsinfrastruktur erforderlich. Diese umfasst sowohl motorisierte Fahrzeuge als auch Fahrräder, insbesondere in urbanen Gebieten. Mitarbeitende müssen im Umgang mit diesen Verkehrsmitteln entsprechend geschult sein.

- **Berücksichtigung haushaltsbezogener Risiken (z. B. Haustiere):** Haustiere können bei Hausbesuchen zu potenziellen Risiken führen, etwa durch allergische Reaktionen oder aggressives Verhalten. Diese Aspekte sollten im Vorfeld durch geeignete Abklärungen berücksichtigt werden, um eine sichere Durchführung der Einsätze zu gewährleisten.

- **Auf Patient:innen fokussierte Terminplanung:** Die Organisation von Behandlungsterminen sollte sich an den individuellen Tagesstrukturen und Bedürfnissen der Patient:innen orientieren. Dies erhöht nicht nur die Akzeptanz, sondern erleichtert auch die Integration der Versorgung in den Alltag.

- **Systematischer Einbezug von Ernährungsberatung:** Ernährung spielt eine zentrale Rolle im Krankheitsverlauf, wird in vielen Versorgungssituationen jedoch vernachlässigt. Der strukturierte Einbezug von Ernährungsberater:innen sollte daher ein fester Bestandteil zukünftiger Care@home-Modelle sein.

6.2 Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit Teams des psychiatrischen Home Treatments im Kanton Bern

Die Studie von Soldati befasste sich mit der Frage, wie sich die heutige häusliche, aufsuchende psychiatrische Versorgung von Wöchnerinnen mit einer akuten Erkrankung darstellt (173). In dieser Studie wurden Fachpersonen aus drei bestehenden psychiatrischen Home-Treatment-Angeboten im

Kanton Bern befragt. Es handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe von achtzehn Fachpersonen der drei bestehenden Angebote im Kanton Bern: WohnAutonom, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) in Bern, Mobile Akutbehandlung (MoAB) in Thun sowie MoAB in Langenthal.
Im Rahmen von drei Fokusgruppeninterviews, die allesamt im Herbst 2024 stattfanden, waren unterschiedliche Professionen (Mediziner:innen, psychiatrisches Pflegepersonal, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen) vertreten. Die Interviews wurden mittels einer explorativen, semistrukturierten Gesprächstechnik anhand eines Interviewleitfadens geführt.

Ziel war es, die Perspektiven der Fachpersonen zur aktuellen Versorgungssituation der aufsuchenden, spitaläquivalenten Versorgungssituation zu beschreiben, den Wissensstand zum Thema der perinatalen psychischen Erkrankungen dieser Fachpersonen zu eruieren, die Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Leistungserbringer:innen zu diskutieren und ihre Einschätzung zur Adäquatheit des bestehenden Versorgungsmodells abzuholen.

6.2.1 Herausforderungen und Chancen in der Home-Treatment-Betreuung von akutpsychiatrisch erkrankten Wöchnerinnen

Die genannten Home-Treatment-Angebote zeichneten sich durch interprofessionelle Teams aus, die zwar Erfahrung in der Betreuung von postpartalen Frauen aufweisen, aber weder über ein dafür spezialisiertes Wissen verfügten noch eine spezifische Versorgung anboten. Eine zentrale Herausforderung erkannten die Fachpersonen in den strukturellen Rahmenbedingungen der defizitären psychiatrischer Versorgung für Mütter mit akutpsychiatrischen Erkrankungen: Lange Wartezeiten auf stationäre Behandlungsangebote, praktische Hürden im Alltag und fehlende Informationen über alternative Versorgungsformen erschwerten den Zugang zur nötigen Hilfe. Dies führte nicht selten dazu, dass betroffene Frauen erst spät oder gar nicht adäquate Unterstützung erhielten. Besonders belastend war für Fachpersonen die Tatsache, dass viele Mütter aufgrund der Versorgung ihres Neugeborenen grosse Schwierigkeiten haben, stationäre Akutangebote wahrzunehmen, denn sie erlebten den stationären Aufenthalt auf einer psychiatrischen Akutstation mit einem Neugeborenen als erhebliche Belastung. Der mangelnde Zugang zu spezialisierten ambulanten Angeboten wie Home Treatment verschärfte diese Problematik, nicht zuletzt, weil sowohl Betroffene als auch zuweisende Stellen oft nicht ausreichend über diese Betreuungsmöglichkeit informiert sind. Die Fachpersonen betonten den dringenden Bedarf eines spezialisierten Home-Treatment-Angebots für Wöchnerinnen, denn die Arbeit mit einem fragilen Familiensystem in der postpartalen Zeit wurde als sehr anspruchsvoll beschrieben. Die psychischen Krisen der betroffenen Mütter destabilisierten das Familiengefüge. Besonders die Kombination aus Schlafmangel, unter dem die betroffenen Frauen litten, der neuen Fremdbestimmung durch das Neugeborene und der hormonellen Veränderungen zeigte sich als problematische Konstellation, mit der Fachpersonen im Home Treatment häufig nicht ausreichend vertraut waren. Die Betreuungssituation mit einem Neugeborenen erwies sich als anspruchsvoll. Besonders die Stillproblematik wurde als zusätzliche Hürde wahrgenommen, da viele stillende Mütter die Einnahme von Medikamenten nur schwer akzeptierten. Nach der Praxiserfahrung der Befragten beeinflussten psychische Erkrankungen bei Müttern häufig die Mutter-Kind-Interaktion und es konnten bereits früh Bindungsstörungen beobachtet werden. Eine weitere Herausforderung ergab sich aufgrund der mangelnden Koordination zwischen verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Hebammen,

psychotherapeutische Teams und medizinische Fachkräfte), was eine kontinuierliche und nahtlose Versorgung erschwerte. Verzögerungen und Brüche im Betreuungsverlauf waren die Folge. Die befragten Fachpersonen forderten aus diesem Grund eine intensivere Zusammenarbeit und eine bessere Vernetzung aller beteiligten Akteur:innen, um die Versorgungslage für betroffene Mütter und ihre Kinder substanziell zu verbessern. Dies traf insbesondere auf spezialisierte Dienste wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu.

Dennoch zeichneten sich die Home-Treatment-Angebote dadurch aus, dass sie dieser vulnerablen und gefährdeten Gruppe von Patientinnen zahlreiche Chance bieten:

a) Betroffene Frauen können sich direkt ohne formelle Zuweisung anmelden. Durch diese Niederschwelligkeit und die flexible Betreuung profitieren sie rasch von einer unkomplizierten Versorgung.
b) Fachpersonen sind durchgehend erreichbar – unterstützt vom 24-Stunden-Pikettdienst –, sodass die Betreuung durch ein konstantes, vertrautes Team von Fachpersonen gewährleistet ist. Diese Konstanz fördert das Vertrauen der betroffenen Frauen und verbessert ihren psychischen Zustand deutlich,
c) Betroffene Frauen fühlen sich in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sicher und gut betreut, ohne eine Stigmatisierung durch eine stationäre Einweisung in ein psychiatrisches Setting zu erfahren. Dies begünstigt einen positiven Krankheitsverlauf.

Schliesslich äusserten die befragten Fachpersonen den Bedarf an einem spezialisierten Home-Treatment-Angebot für Wöchnerinnen mit einer postpartalen psychischen Erkrankung. Die Einbindung von Hebammen wurde als relevant eingeschätzt, da Home-Treatment-Teams oft nicht über das notwendige geburtshilfliche Wissen verfügen. Die Befragten wünschen sich ein Versorgungsmodell, das über die klassische häusliche Betreuung hinausgeht und zusätzliche Leistungen wie die Einbindung von Hebammen sowie Entlastungsdienste im Bereich der Kinderbetreuung umfasst. Insbesondere in akuten Krisensituationen wurde ein integratives Versorgungskonzept im häuslichen Umfeld der Familien postuliert, um den besonderen Bedürfnissen von Wöchnerinnen gerecht zu werden.

7 Synthese

Ziel dieses Berichts war es, die Evidenz zur Situation von Patient:innen und ihren Zugehörigen in Care@home-Settings sowohl aus der internationalen Literatur als auch aus Interviews mit in der Schweiz tätigen Expert:innen systematisch zusammenzutragen und aufzubereiten. Auf Grundlage dieser Bestandsaufnahme sollen internationale Erkenntnisse für Care@home-Modelle in der Somatik und Psychiatrie auf die Schweizer Versorgung übertragen und daraus praxisrelevante Handlungsempfehlungen sowie Forschungsdesiderate abgeleitet werden.
Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Care@home-Modelle international bereits breite Anwendung finden. Die Erfahrungen im Ausland belegen, dass spitaläquivalente häusliche Versorgungsangebote wie Hospital at Home eine qualitativ hochwertige Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglichen, stationäre Aufenthalte verkürzen oder vermeiden und die Rehospitalisierungsrate reduzieren können. Auch in der Schweiz gewinnen diese Modelle zunehmend an Bedeutung. Das Interesse daran wächst sowohl bei den Patient:innen und den Fachpersonen als auch bei Versicherern und politischen Entscheidungsträger:innen. Während in der psychiatrischen und rehabilitativen Versorgung Modelle bereits erfolgreich umgesetzt wurden, befinden sich entsprechende Angebote in der somatischen Akutversorgung noch in Pilotphasen. Bestehende Strukturen wie die Spitex bilden eine solide und hochqualifizierte Basis für die aufsuchende häusliche Versorgung, deren zukünftige Rolle und Einbindung in Care@home-Modelle derzeit intensiv diskutiert wird. Letztere tragen aus gesundheitspolitischer Perspektive zur Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» bei, die in der Schweiz seit Jahren postuliert wird. Diese haben das Potenzial, die stationäre Versorgung zu entlasten und strukturelle Schwächen wie eine mangelnde Vernetzung der Versorgungssektoren sowie Fehlanreize im Finanzierungssystem zu adressieren. Gleichzeitig hängt die erfolgreiche Implementierung solcher Modelle von einer Vielzahl von Faktoren ab, die sowohl die Perspektive der Patient:innen als auch jene der Zugehörigen und der Fachpersonen sowie die strukturellen Rahmenbedingungen betreffen.

Integrierte Versorgungskonzepte, wie sie das SCC in seiner Definition berücksichtigt, verbinden medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Leistungen sektorenübergreifend und verbessern die Zusammenarbeit im Gesundheitssystem. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wurde im November 2024 in der Schweiz eine Gesundheitsreform angenommen, die Anfang 2028 in Kraft tritt und einen einheitlichen Finanzierungsschlüssel für den stationären und ambulanten Bereich vorsieht. Dabei werden die Krankenkassen 73,1 % und die Kantone mindestens 26,9 % tragen. Mit dieser Gesundheitsreform werden Care@home-Modelle begünstigt, da Fehlanreize reduziert und integrierte Versorgungsformen gestärkt werden. Besonders chronisch kranken Patient:innen, z. B. Menschen mit Herzinsuffizienz oder COPD, eröffnen integrierte Versorgungskonzepte mit spitaläquivalenten häuslichen Angeboten die Möglichkeit, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen.
Der vorliegende Bericht stellt die Perspektiven von Patient:innen und ihren Zugehörigen ins Zentrum. Ziel ist es, Care@home-Angebote konsequent an deren Bedürfnissen auszurichten und nachhaltig tragfähig zu gestalten. Dabei werden Ansätze aus der somatischen wie der psychiatrischen spitaläquivalenten Versorgung beschrieben

7.1 Potenziale und Herausforderungen von Care@home-Modellen für Patient:innen

Studien zeigen, dass viele Patient:innen eine Behandlung im häuslichen Umfeld bevorzugen. Die Evidenz legt nahe, dass Care@home-Modelle insbesondere für chronisch erkrankte, ältere und terminal erkrankte Patientinnen, aber auch für Familien und ihre kranken Kinder eine sichere und auf die Patient:innen fokussierte Alternative zur stationären Versorgung darstellt. Zentrale Motivationen der Patient:innen, die diese Versorgungsform wählen, sind der Wunsch nach einer Behandlung in der vertrauten Umgebung, die Möglichkeit, ihre Autonomie zu wahren sowie die Nähe zur Familie und zum Alltag. Studien zeigen zudem, dass Patient:innen in Care@home-Settings vergleichbare klinische Outcomes und teilweise geringere Rehospitalisierungsraten aufweisen. Darüber hinaus berichten viele von einer gesteigerten Lebensqualität, von Sicherheit, Verlässlichkeit, Betreuungskontinuität und einer kompetenten interprofessionellen Begleitung. In der Psychiatrie tragen Care@home-Modelle (in der Schweiz unter dem Begriff Home Treatment bekannt) zusätzlich dazu bei, eine Stigmatisierung durch Hospitalisationen zu vermeiden, die Nachsorge nach einem verkürzten Klinikaufenthalt im häuslichen Setting sicherzustellen und die Beziehung zwischen Patient:innen, Zugehörigen und Fachpersonen zu stärken. Dabei gelten das Vertrauen in die Fachpersonen und die Einwilligung der Patient:innen als zentrale Voraussetzungen für den Erfolg aller Care@home-Modelle. Eine weitere zentrale Voraussetzung ist ein Assessment der Bedürfnisse von Zugehörigen.

7.2 Potenziale und Herausforderungen von Care@home-Modellen für Zugehörige

Zugehörige übernehmen in Care@home-Settings zentrale Aufgaben, die im stationären Bereich typischerweise Fachpersonen vorbehalten sind, wie die Grundpflege, die Vitalzeichenkontrolle oder die Medikamentengabe. Sie sind damit ein integraler Bestandteil der Versorgung und fungieren als Co-Worker im häuslichen Umfeld. Diese intensive Einbindung verändert sowohl die Beziehung zwischen Patient:innen und Zugehörigen als auch deren Alltag und stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor für die Implementierung und Nachhaltigkeit des Modells dar. Internationale Studien belegen, dass Care@home für Zugehörige zahlreiche Vorteile mit sich bringt, beispielsweise den Wegfall der Reisezeit für einen Spitalbesuch, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie (dies gilt insbesondere für Eltern kranker Kinder), weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz sowie eine insgesamt höhere Zufriedenheit im Vergleich zu stationären Aufenthalten. Demzufolge empfinden Zugehörige die Versorgung im häuslichen Umfeld als praktisch und vorteilhaft und ziehen sie stationären Lösungen häufig vor.
Gleichzeitig entstehen jedoch erhebliche Belastungen, insbesondere wenn Zugehörige nicht im gleichen Haushalt leben, wenn ihnen eine kontinuierliche fachliche Unterstützung fehlt oder die Tagesstruktur durch Einsätze des Care@home-Teams stark beeinflusst wird. Unsicherheiten im Umgang mit medizinischen Aufgaben, Ängste in der Anfangsphase sowie psychosoziale Beanspruchungen sind ebenso häufig vorkommende Phänomene. Auffällig ist zudem, dass Frauen überproportional von diesem Co-Working in Care@home-Modellen betroffen sind (siehe Kapitel 7.3).

Auch im **psychiatrischen Care@home-Setting** sind Zugehörige ein integraler Bestandteil des Behandlungssystems. Modelle wie Open Dialogue fördern die netzwerkbasierte, partizipative Betreuung und ermöglichen eine transparente Kommunikation von Belastungen. Zugehörige berichten von Entlastung durch vermiedene stationäre Aufenthalte, zugleich kann die Rolle als Co-Therapeut:in

belastend sein. Schulungs- und Beratungsangebote erhöhen die Zufriedenheit und Sicherheit der Zugehörigen, indem sie den Umgang mit Krisensituationen ermöglichen. Beratung, Bildung und Information sind für die Zugehörigen zentrale Erfolgsfaktoren, die die Akzeptanz und Sicherheit von Care@home erhöhen.

Sowohl für den somatischen wie für den psychiatrischen Bereich gilt, dass eine auf die **Patient:innen und die Zugehörigen fokussierte Vermittlung medizinischer Inhalte** die Integration in den Alltag und die tägliche Anwendung erleichtert. Die fachliche Kompetenz der involvierten Fachpersonen, deren Kommunikationsfähigkeit sowie klare Absprachen im interprofessionellen Team fördern das Vertrauen und die Kooperation sowohl bei den Patient:innen wie bei Zugehörigen. Dennoch wird beschrieben, dass Zugehörige häufig unzureichend in Entscheidungen im Rahmen einer Care@home-Situation einbezogen werden. Bekannt ist, dass der Informationsbedarf von Zugehörigen Krankheitsverläufe, das Symptommanagement, rechtliche Fragen, die Medikationssicherheit sowie psychosoziale, finanzielle und arbeitsrechtliche Aspekte umfasst. Allerdings richten sich bestehende Informationsangebote überwiegend an Patient:innen, während systematische Schulungs- und Beratungsangebote für Zugehörige fehlen.

7.3 Fehlende Finanzierung des zeitlich limitierten Co-Workings durch Zugehörige in akuten Situationen

Die Frage der Finanzierung dieses Co-Workings von Zugehörigen ist eng mit den beschriebenen Chancen und Belastungen verknüpft und stellt für die nachhaltige Implementierung von Care@home-Modellen eine zentrale Weichenstellung dar. Zugehörige tragen bereits heute erheblich zur Entlastung des Schweizer Gesundheitssystems bei, was jedoch mit beträchtlichen finanziellen und sozialen Belastungen verbunden ist. Diese Kosten werden bislang in ökonomischen Evaluationen nur unzureichend berücksichtigt. In der Schweiz bestehen bislang kaum systematische Unterstützungsangebote für Zugehörige **in kurzfristigen Care@home-Settings.** Bestehende Strukturen zur finanziellen Abgeltung der Leistungen von Angehörigen konzentrieren sich primär auf die Langzeitpflege. Daraus ergibt sich ein erheblicher Entwicklungs- und Forschungsbedarf im Hinblick auf Beratung und Schulung, die psychosoziale Unterstützung sowie die finanzielle Absicherung in zeitlich befristeten Care@home-Settings. Eine stärkere Integration von Zugehörigen in Entscheidungsprozesse und die gezielte Erforschung ihrer Bedürfnisse sind entscheidend, um Care@home-Modelle sowohl sicher als auch effektiv und langfristig tragfähig umzusetzen. Schliesslich kann festgehalten werden, dass in der Schweiz bislang nur begrenzte Daten und Unterstützungsstrukturen für pflegende Zugehörige vorhanden sind. Es besteht ein hoher Entwicklungs- und Forschungsbedarf, insbesondere betreffend Schulung sowie hinsichtlich der finanziellen Kompensation und der benötigten Unterstützungsstrukturen der Zugehörigen.

Schliesslich haben Care@home-Modelle nicht nur organisatorische und finanzielle, sondern auch gesellschaftliche Implikationen. Sie werfen Fragen nach der Verteilung von Sorgearbeit, der Persistenz von Geschlechterrollen und den Grenzen der Privatisierung von Pflege auf. Wenn vor allem Frauen die Hauptlast tragen, werden tradierte Muster fortgeschrieben, eine Tatsache, die eine gesellschaftliche Auseinandersetzung erfordert. Im Zentrum sollte daher nicht allein die Effizienz solcher Modelle stehen,

sondern auch die Frage, wie sie zur Gleichstellung, Anerkennung und nachhaltigen Unterstützung beitragen können.

7.4 Spezifische Versorgungsdimensionen in Care@home-Modelle

Bei der Erarbeitung des vorliegenden Berichts wurden einige thematische Schwerpunkte identifiziert, die zentrale Versorgungssituationen in Care@home-Modellen abbilden. Diese umfassen beispielsweise den Informations- und Beratungsbedarf von Patient:innen und Zugehörigen, das Medikationsmanagement sowie das Ernährungs- und Bewegungsmanagement.
Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die **Informationsvermittlung** an Patient:innen und deren Zugehörige ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Akzeptanz und Wirksamkeit von Care@home ist. Von zentraler Bedeutung ist die Anpassung von Beratung, Schulung und Information an die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Zugehörigen. Vertrauen in das Modell und die beteiligten Fachpersonen wirkt sich positiv auf die Bereitschaft auf, diese Versorgungsform zu nutzen. Bisherige Informationskanäle – überwiegend Websites, ergänzt durch Videos, Blogs, Flyer oder Printmedien – richten sich jedoch primär an Patient:innen. Wie oben bereits beschrieben, werden Zugehörige oftmals nicht systematisch einbezogen.
Das **Medikationsmanagement** stellt in Care@home-Modellen einen besonders fehleranfälligen Bereich dar. Fehlende Standards, unklare Zuständigkeiten und mangelnde Koordination zwischen Versorgungssektoren erhöhen das Risiko von Medikationsfehlern, insbesondere bei komplexen Therapien und Polymedikation. Herausforderungen ergeben sich vor allem durch die Einbindung von Zugehörigen, die trotz Schulungen häufig mit Unsicherheiten in Bezug auf Dosierungen, Indikationen und Verabreichungsformen konfrontiert sind. Die Problematik wird verstärkt durch eine unklare Kommunikation zwischen Fachpersonen, Patient:innen und Zugehörigen, aber auch, wenn nicht geklärt ist, wer wofür zuständig ist oder wenn die Koordination fehlt.
Im häuslichen Setting bestehen zudem praktische Fragen, etwa jene nach der Sicherstellung der Medikamentenversorgung über Apotheken, nach der Nutzung geeigneter Applikationsgeräte oder nach den Anforderungen an Hygiene und Sicherheit. Sowohl eine enterale und als auch eine parenterale Ernährung können wirksam umgesetzt werden, erfordern jedoch standardisierte Protokolle, regelmässige Schulungen, ein engmaschiges Follow-up sowie psychosoziale Unterstützung durch die Fachpersonen. Als zentrale Massnahme gilt der Medikationsabgleich zu Beginn einer Care@home-Behandlung *(medication reconciliation at the kitchen table).* Ergänzend zeigen sich positive Effekte durch die Einbindung klinischer Apotheker:innen, die Medikationslisten überprüfen, Patient:innen beraten und Fehlerquellen reduzieren können. Digitale Ansätze wie Videocalls mit Pflegefachpersonen oder Monitoringtools unterstützen zusätzlich die Patient:innensicherheit. Insgesamt wird verdeutlicht, dass die Sicherstellung eines strukturierten, interprofessionell abgestimmten Medikationsmanagements eine zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche und sichere Umsetzung von Care@home-Modellen ist.

Zentrale Themen sind ferner **Ernährung, Bewegung und Sturzprävention**: Hohe Prävalenzen von Mangelernährung und Sarkopenie im häuslichen Setting verdeutlichen die Notwendigkeit systematischer Screenings, frühzeitiger Interventionen und einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit.

Das **Ernährungs- und Bewegungsmanagement** stellt in Care@home-Settings zentrale Herausforderungen und Chancen dar. Mangelernährung ist weit verbreitet, betrifft auch übergewichtige Personen und ist mit erhöhter Morbidität, Mortalität und hohen Kosten verbunden. Obwohl Leitlinien und Screening-Instrumente existieren, fehlen im häuslichen Bereich oft standardisierte Prozesse, um diese einzusetzen und entsprechend weiterführende Massnahmen einzuleiten. Die Einbindung von Ernährungsfachpersonen in interprofessionelle Teams kann die Versorgung deutlich verbessern.
Patient:innen und Zugehörige haben heterogene Bedürfnisse hinsichtlich Ernährung, die von Appetitverlust durch Einsamkeit bis zu finanziellen Einschränkungen reichen. Zugehörige wünschen sich gezielte Anleitungen bei der Zubereitung ausgewogener Mahlzeiten; ihre Rolle im Ernährungsmanagement ist bislang jedoch unzureichend erforscht.
Auch **Bewegungsförderung** ist ein wesentlicher Bestandteil von Care@home-Modellen. Sarkopenie und funktionelle Verluste im Alter können durch multimodale Bewegungsprogramme im häuslichen Setting wirksam reduziert werden. Erfolgsfaktoren sind individuelle Anpassung, fachliche Supervision, Kontinuität und eine gute Kommunikation. Die **Sturzprävention** gewinnt angesichts der hohen Prävalenz, gravierender Folgen und erheblicher Kosten besondere Bedeutung. Wirksame Massnahmen umfassen neben umgebungsbezogenen Anpassungen insbesondere Bewegungsprogramme, Ernährungsinterventionen (Protein, Vitamin D) sowie digitale Unterstützung durch Telemedizin.
Insgesamt verdeutlicht das Kapitel, dass ein integriertes Ernährungs- und Bewegungsmanagement in Care@home-Settings nicht nur die Patient:innensicherheit erhöht, sondern auch die funktionelle Selbstständigkeit fördert und Kosten senken kann. Für eine nachhaltige Umsetzung sind standardisierte Prozesse, eine interprofessionelle Zusammenarbeit und weitere Forschung erforderlich.

7.5 Besonderheiten der psychiatrischen aufsuchenden Versorgung

Im Bereich der **psychiatrischen Versorgung** zeigen bestehende Home-Treatment-Angebote in der deutschsprachigen Schweiz, dass eine effektive und bedarfsgerechte Behandlung von Patient:innen im häuslichen Umfeld möglich und sehr effektiv ist. Durch frühzeitige Interventionen tragen solche Modelle zu einer vorzeitigen Klinikentlassung und durch eine entsprechende Nachsorge im häuslichen Bereich zur Prävention von Rehospitalisierungen bei. Eine Herausforderung stellt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit dar (z. B. mit Hausärzt:innen und/oder Sozialdiensten), die eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Patient:innen voraussetzt. Diese organisatorischen und rechtlichen Hürden sollten bei der Weiterentwicklung neuer Care@home-Modelle im psychiatrischen Bereich berücksichtigt werden. Zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche häusliche Versorgung ist eine partizipative Haltung, die durch Transparenz, eine Beziehung auf Augenhöhe und die Einbindung der Patient:innen in Entscheidungsprozesse geprägt ist. Psychiatrische Fachpersonen in Care@home-Strukturen verfügen über ausgeprägte kommunikative Kompetenzen und Erfahrung in der Förderung von Selbstverantwortung. Eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zwischen Fachpersonen, Patient:innen und deren Zugehörigen trägt entscheidend zur Zufriedenheit und Behandlungsqualität bei.
Die Einbindung von Zugehörigen ist im psychiatrischen Home Treatment bislang begrenzt, wird jedoch als wichtiges Entwicklungsfeld identifiziert. Erste Praxiserfahrungen zeigen, dass Zugehörige grundsätzlich offen für diese Versorgungsform sind und die Unterstützung durch das aufsuchende

Team schätzen. Eine systematische Integration der Zugehörigen könnte die Beziehungskontinuität stärken und zur Krisenbewältigung wie auch zur Rückfallprävention beitragen.
Sicherheitsaspekte betreffen insbesondere den Umgang mit Medikamenten, Sturzrisiken und Substanzkonsum sowie die Einschätzung von Suizidalität und Selbstgefährdung. Differenzierte Risikoeinschätzungen und Schutzkonzepte sind daher essenziell. Ein besonderes Versorgungsdefizit wurde bei Müttern mit postpartalen psychischen Erkrankungen festgestellt. Lange Wartezeiten, unzureichende Informationen und fehlende spezialisierte ambulante Angebote erschweren den Zugang zur notwendigen Unterstützung. Diese Betreuungssituationen sind durch komplexe familiäre Dynamiken, Schlafmangel, hormonelle Veränderungen und Stillproblematiken besonders herausfordernd. Fachpersonen fordern daher spezialisierte Home-Treatment-Modelle für Wöchnerinnen, die das fragile Familiensystem und die Mutter-Kind-Interaktion gezielt berücksichtigen.

7.6 Bedeutung digitaler Kompetenzen im Care@home-Setting

In der aktuellen Praxis stellen die digitalen Kompetenzen der Patient:innen oder ihrer Zugehörigen bislang keine zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme häuslicher Versorgung dar. Dennoch werden digitale Anwendungen empfohlen, beispielsweise zur Alltagsstrukturierung, zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme oder um mit dem interprofessionellen Behandlungsteam zu kommunizieren.
Mit Blick auf zukünftige Entwicklungen wird erwartet, dass der Stellenwert digitaler Kompetenzen deutlich steigen wird. Innovative Versorgungsformen wie Telemonitoring, Video-Konsultationen oder App-gestützte Verlaufsdokumentationen setzen zunehmend voraus, dass Patient:innen und ihre Zugehörigen über grundlegende technische Fertigkeiten verfügen. Dies erfordert nicht nur den Zugang zu einer geeigneten digitalen Infrastruktur, sondern auch eine gezielte Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. Digitale Kompetenzen sind im Care@home-Setting von zentraler Bedeutung, da sie die Kommunikation, die Koordination und die Selbstwirksamkeit der Patient:innen massgeblich unterstützen. Sie ermöglichen eine kontinuierliche Begleitung im häuslichen Umfeld, erleichtern die frühzeitige Erkennung von Veränderungen des Gesundheitszustands und tragen zur Qualitätssicherung sowie zur Ressourceneffizienz bei. Gleichzeitig darf die digitale Transformation nicht zu einer Exklusion bestimmter Bevölkerungsgruppen führen. Daher sollten Care@home-Modelle so gestaltet werden, dass digitale Anwendungen niedrigschwellig, benutzerfreundlich und an individuelle Fähigkeiten angepasst sind.
Langfristig ist die Förderung digitaler Kompetenzen sowohl bei Patient:innen als auch bei Fachpersonen ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung integrierter und partizipativer Versorgungsmodelle im häuslichen Umfeld.

8 Stärken und Limitationen des Berichts

Der vorliegende Bericht weist mehrere bedeutende Stärken auf. Er bietet erstmals in der Schweiz eine umfassende und strukturierte Auslegeordnung der verfügbaren Evidenz zu Care@home-Modellen, sowohl in der Akutsomatik als auch in der Psychiatrie, und berücksichtigt dabei Patient:innen aller Altersgruppen. Besonders hervorzuheben ist, dass neben der wissenschaftlichen Evidenz auch die Perspektiven von Fachpersonen einbezogen wurden, die bereits in Care@home-Modellen tätig sind. Durch diese Kombination von Evidenzanalyse und Praxisbezug entsteht ein facettenreiches und praxisrelevantes Bild der aktuellen Situation. Zudem formuliert der Bericht konkrete Handlungsempfehlungen und identifiziert Forschungsdesiderate, die als Grundlage für die Weiterentwicklung von Care@home in der Schweiz dienen können.

Trotz der gewonnenen Erkenntnisse muss die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung mehrerer Limitationen erfolgen. Ein zentrales Problem ist der potenzielle Selektionsbias, der die Generalisierbarkeit der Befunde einschränken kann. Ein Selektionsbias kann dadurch entstanden sein, dass die Literaturrecherche zwar strukturiert, jedoch nicht systematisch durchgeführt wurde. Dies bedeutet, dass bestimmte relevante Studien möglicherweise übersehen wurden, während andere bevorzugt aufgenommen wurden, beispielsweise aufgrund ihrer Zugänglichkeit oder Bekanntheit. Dadurch kann die Auswahl der eingeschlossenen Studien nicht vollständig repräsentativ für das gesamte Forschungsfeld sein, was die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieses Berichts einschränkt.

Schliesslich bestehen in verschiedenen Studien Unklarheiten und eine mangelnde Präzision in der Definition der verschiedenen Modelle: Nicht überall, wo «Care@home» oder «Hospital@home» als Konzept genannt wird, spiegeln die angewendeten Interventionen tatsächlich das zugrundeliegende Modell wider, und umgekehrt bedeutet das Vorhandensein von Care@home-Elementen nicht automatisch, dass das gesamte Modell implementiert wurde. Diese Faktoren erschweren eine klare Vergleichbarkeit der Studien, was bei der Interpretation der Evidenz berücksichtigt werden sollte. Darüber hinaus haben zahlreiche evaluierte Modelle vorwiegend Pilotcharakter, wodurch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine mögliche Regelversorgung begrenzt ist.

9 Handlungsempfehlungen für die Praxis

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen für die Care@home-Praxis in der Schweiz ableiten. Die folgenden Empfehlungen zeigen auf, wie Angebote so gestaltet werden können, dass sie die Lebensqualität von Patient:innen und Zugehörigen verbessern, Fachpersonen entlasten, die Behandlungsqualität sichern und die Versorgungseffizienz steigern. Sie bieten eine Orientierung für Akteur:innen aus dem Gesundheitswesen, der Politik und der Forschung, die Care@home-Modelle in der Schweiz weiterentwickeln oder implementieren möchten.

1. Systematische Information und Schulung von Patient:innen stärken

Patient:innen werden häufig unzureichend über Abläufe, Verantwortlichkeiten sowie mögliche Chancen und Risiken in Care@home-Settings informiert. Dadurch wird das Potenzial zur aktiven Mitentscheidung, ob ein Care@home-Modell für sie geeignet ist, nicht immer optimal genutzt.

Eine wirksame Beteiligung der Patient:innen setzt ein strukturiertes Assessment voraus, das den individuellen Informations- und Schulungsbedarf bereits vor Beginn der häuslichen Versorgung erfasst. Dieses Assessment sollte sowohl medizinische wie auch pflegerische und psychosoziale Aspekte berücksichtigen und im Verlauf der Versorgung regelmässig aktualisiert werden. Auf dieser Grundlage können individuell angepasste, interprofessionell abgestimmte Schulungsangebote bereitgestellt werden, die das Verständnis der Patient:innen für Behandlungsabläufe, Selbstmanagement und Sicherheitsaspekte fördern. Anschauliche Informationsmaterialien – digitale und analoge – können die Selbstwirksamkeit und Therapietreue zusätzlich stärken.

2. Information, Schulung und Partizipation von Zugehörigen etablieren

Zugehörige übernehmen in Care@home-Settings zentrale Aufgaben, werden jedoch häufig ohne ausreichende Vorbereitung oder kontinuierliche fachliche Unterstützung in die Versorgung eingebunden.

Um ihre Rolle nachhaltig zu stärken, sollten spezifische Assessments eingeführt werden, die den Schulungs-, Informations- und Unterstützungsbedarf der Zugehörigen systematisch erfassen. Bereits zu Beginn der Versorgung ist zu klären, ob die Zugehörigen einem Eintritt der Patient:innen in Care@home-Modelle zustimmen, welche Erwartungen und Ressourcen sie dabei haben und wo ihre Belastungsgrenze liegt. Diese frühe Einbindung fördert Transparenz und Vertrauen und ermöglicht eine gemeinsame, informierte Entscheidungsfindung.

Die Ergebnisse der Assessments der Zugehörigen bilden die Grundlage für individuell angepasste Schulungs- und Beratungsangebote, die Themen wie Medikamentengabe, Beobachtung von

Symptomen, Kommunikation, Krisenmanagement und Selbstfürsorge abdecken. Die Angebote müssen an die jeweilige Lebenssituation, die Belastbarkeit und die fachliche Vorerfahrung der Zugehörigen angepasst werden. Ebenso sollten sie Möglichkeiten der Mitsprache im Behandlungsverlauf vorsehen, um die Partizipation der Zugehörigen zu stärken. Zugehörige sollten dabei nicht nur als unterstützende Personen, sondern auch als Expert:innen in eigener Sache verstanden werden. Ihre Erfahrungen und ihr Wissen über die Patient:innen stellen eine wertvolle Ressource dar, auf die gezielt zurückgegriffen werden sollte.

Regelmässige Überprüfungen der Bedarfe im Verlauf der Versorgung sind notwendig, um Überforderung zu vermeiden, die Sicherheit zu gewährleisten und die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen, Patient:innen und Zugehörigen kontinuierlich zu verbessern.

3. Klare Zuständigkeiten im Medikationsmanagement schaffen

Das Medikationsmanagement im häuslichen Umfeld ist besonders fehleranfällig, da zwischen den beteiligten Fachpersonen häufig unklare Zuständigkeiten und Kommunikationslücken bestehen, zudem fehlen entsprechende Standards. Risiken entstehen vor allem bei komplexen Therapien, Polymedikation und in Übergangssituationen, etwa nach Spitalaustritten. Eine fehlende Koordination kann hier zu Dosierungsfehlern, Wechselwirkungen oder Therapieunterbrüchen führen.

Zur Erhöhung der Sicherheit der Patient:innen sind verbindliche, interprofessionell abgestimmte Standards erforderlich, welche die Verantwortlichkeiten regeln und die Schnittstellen zwischen Spital, Hausärzt:innen, Spitex und Apotheker:innen definieren. Ein strukturierter Medikationsabgleich zu Beginn der Care@home-Behandlung *(medication reconciliation at the kitchen table)* sollte verpflichtend durchgeführt und regelmässig aktualisiert werden. Die Einbindung klinischer Apotheker:innen kann wesentlich zur Überprüfung von Medikationslisten, zur Beratung der Patient:innen und zur Reduktion von Fehlerquellen beitragen.

Darüber hinaus sollten digitale Hilfsmittel wie Telemonitoring, elektronische Medikationspläne oder Videocalls mit dem Pflegepersonal gezielt genutzt werden, um den Informationsfluss zu verbessern und Sicherheit zu gewährleisten. Auch Zugehörige, die häufig in die Medikamentengabe eingebunden sind, benötigen eine gezielte Schulung und Unterstützung, um Unsicherheiten im Umgang mit Dosierungen, Applikationsformen und dem Thema Hygiene zu vermeiden.
Ein strukturiertes, interprofessionell abgestimmtes Medikationsmanagement ist damit eine zentrale Voraussetzung für die sichere, qualitativ hochwertige und vertrauensvolle Umsetzung von Care@home-Modellen.

4. Das Ernährungsmanagement in Care@home standardisieren

Mangelernährung ist im häuslichen Setting weit verbreitet, wird oft zu spät erkannt und bleibt trotz bestehender Leitlinien häufig unbehandelt.

Um die Ernährungssituation von Patient:innen nachhaltig zu verbessern, sollten Leitlinien spezifisch zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung in Care@home-Modellen entwickelt und eingeführt werden. Diese Leitlinien sollen den Einsatz von validierten Screeningtools sowohl bei Eintritt als auch im weiteren Verlauf der Versorgung definieren und die Weiterweisung an eine Ernährungsfachperson regeln. Ernährungsfachpersonen sollten fest in interprofessionelle Teams integriert sein, um einen niederschwelligen und raschen Zugang zu einer individuellen Ernährungstherapie zu gewährleisten. Zusätzlich können Ernährungsfachpersonen Zugehörige anleiten und bei komplexen Therapien – etwa einer enteralen oder parenteralen Ernährung – fachliche Unterstützung bieten. Ergänzend sind gezielte Schulungen für Patient:innen und Zugehörige erforderlich, um Ernährungsrisiken frühzeitig zu erkennen und ihnen im Alltag wirksam entgegenzuwirken. Ein strukturiertes Ernährungsmanagement trägt wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Reduktion von Komplikationen bei.

5. Bewegungsmanagement und Sturzprävention in Care@home gezielt fördern

Bewegungsmangel und Sturzrisiken stellen in Care@home-Settings zentrale Herausforderungen dar, die häufig unterschätzt werden und erhebliche gesundheitliche wie finanzielle Folgen mit sich bringen. Es sollten verbindliche Assessments und Programme zur Bewegungsförderung und Sturzprävention implementiert werden, die individuell auf die körperlichen Ressourcen, das Alter und die Motivation der Patient:innen abgestimmt sind. Regelmässige körperliche Aktivitäten unter Anleitung von Fachpersonen fördern die funktionelle Selbstständigkeit und beugen Komplikationen wie Sarkopenie oder Immobilität vor. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit, kontinuierliche Supervision und der Einbezug digitaler Tools (z. B. Teletraining, Monitoring) können die Nachhaltigkeit dieser Programme sichern. Eine gezielte Schulung der Zugehörigen unterstützt zusätzlich die Umsetzung im Alltag und trägt zur Sicherheit der Patient:innen bei.

6. Klare Definition von Care@home im jeweiligen Modell sicherstellen

Die Verwendung des Begriffs Care@home ist in der Praxis uneinheitlich. Leistungserbringende weisen nicht immer klar aus, welche Dimensionen sie im jeweiligen Modell tatsächlich abdecken. Dadurch entstehen Unklarheiten für Patient:innen, Zugehörige, Fachpersonen und Kostenträger. Jedes

Care@home-Modell sollte eine klare Definition enthalten, die seine inhaltlichen, strukturellen und funktionalen Dimensionen transparent beschreibt. Die im Bericht verwendete Definition kann dabei als Ausgangspunkt dienen und auf die jeweiligen lokalen Gegebenheiten übertragen werden. Eine solche Definition muss dokumentiert, kommuniziert und regelmässig überprüft werden, um die Vergleichbarkeit, die Nachvollziehbarkeit und die Qualitätssicherung zu gewährleisten.

7. Parallelstrukturen vermeiden und Zusammenarbeit stärken

Mit dem Ausbau von Care@home-Angeboten besteht die Gefahr, dass neue Parallelstrukturen entstehen und bestehende Dienste sich konkurrieren, anstatt zusammenzuarbeiten. Dies kann Ressourcen binden und die Kontinuität der Versorgung beeinträchtigen. Die Erfahrungen bestehender Home-Treatment-Teams aus dem Fachbereich Psychiatrie in der Schweiz zeigen, dass eine enge Kooperation zwischen verschiedenen Diensten – insbesondere Spitälern, Spitex, Hausärzt:innen und spezialisierten mobilen Teams – entscheidend ist für eine effiziente und kohärente Versorgung.

Um dies zu gewährleisten, ist es zentral, Akteur:innen früh und kontinuierlich in neue Care@home-Modelle einzubinden. Der Aufbau eines tragfähigen, interprofessionellen und interinstitutionellen Stakeholder-Netzwerks sollte bereits in der Planungsphase beginnen und die Implementierung sowie den Betrieb kontinuierlich begleiten. Vertrauen, Verlässlichkeit und eine gemeinsame Vision bilden die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und fördern die Akzeptanz neuer Versorgungsmodelle.

Darüber hinaus ist eine gezielte Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Fachkompetenzen erforderlich. Die häusliche Versorgung erfordert spezifisches Wissen, das in etablierten Strukturen wie der Spitex, spezialisierten ambulanten Diensten oder pädiatrischen Pflegeeinrichtungen bereits vorhanden ist. Diese Personen stellen Ressourcen dar und sollten systematisch identifiziert, in Care@home-Modelle integriert und bei Bedarf gezielt weiterqualifiziert werden.

Neue Care@home-Modelle sollten somit auf Integration statt auf Abgrenzung setzen, klare Schnittstellen definieren und Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Akteur:innen verbindlich festlegen. So kann verhindert werden, dass parallele Strukturen entstehen, und gleichzeitig wird eine effiziente, koordinierte und auf die Patient:innen zentrierte Versorgung sichergestellt.

8. Sicherstellung der infrastrukturellen und betrieblichen Voraussetzungen für Care@home

Im Rahmen der Entwicklung eines Care@home-Modells kommt der Analyse der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit sowie dem Aufbau eines tragfähigen lokalen Netzwerks eine zentrale Bedeutung zu.

Eine qualitativ hochwertige und flexible häusliche Versorgung setzt verlässliche infrastrukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen voraus. Fehlende Ressourcen – etwa in den Bereichen Mobilität, technische Ausstattung oder Logistik – können die Einsatzfähigkeit der Teams und die Versorgungsqualität erheblich beeinträchtigen.

Für eine effiziente, auf die Patient:innen zugeschnittene und sichere Versorgung müssen geeignete Transport- und Kommunikationsmittel vorhanden sein. Dazu gehören motorisierte Fahrzeuge und Fahrräder sowie Personal, das im Umgang damit kompetent ist. Ebenso erforderlich sind geeignete Lager- und Logistiklösungen für medizinisches Material, eine stabile digitale Infrastruktur mit einem gesicherten Datenzugang und klare Regelungen zur Erreichbarkeit und Einsatzplanung.
Nur mit entsprechenden infrastrukturellen, technischen und organisatorischen Grundlagen kann Care@home sein Potenzial voll entfalten.

10 Forschungsdesiderate

10.1 Forschungsdesiderate aus der internationalen Literatur

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Care@home-Modellen hat in den vergangenen Jahren an Dynamik gewonnen. Trotz dieser Entwicklung weist die internationale Literatur weiterhin verschiedene Forschungslücken auf, insbesondere im Hinblick auf die Patient:innen und die Zugehörigen. Im Folgenden werden zentrale Forschungsdesiderate aufgezeigt, die sich aus der bestehenden Evidenz ableiten lassen und als Orientierung für zukünftige Forschungsaktivitäten dienen können.

1. **Beschreibung der Erfahrungen von Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen**
Trotz zunehmender Evidenz zu Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen gibt es weiterhin relevante Forschungslücken (22, 59–61, 175, 176). Ein konzeptionelles Rahmenwerk für die Erfahrung von Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen könnte die Grundlage für eine bedürfnisgerechtere und personenzentrierte Versorgung bilden (176). Ein Beispiel dafür wäre die Entwicklung eines partizipativen Modells, das sowohl qualitative Erfahrungsberichte als auch quantitative Assessments von Patient:innen und Zugehörigen einbezieht, um daraus evidenzbasierte Schulungs- und Unterstützungsstrategien abzuleiten. Obwohl Zugehörige häufig eine zentrale Rolle in Care@home-Modellen spielen, ist ihre Perspektive in der bestehenden Forschung bislang unterrepräsentiert. Zukünftige Forschung sollte die Involvierung und die Rollen von Zugehörigen in Care@home-Modellen untersuchen (175, 176). Weiter mangelt es an detaillierten Untersuchungen zu ihren Erfahrungen und potenziellen Belastungen sowie zu den sozialen und finanziellen Auswirkungen einer häuslichen Versorgung (59–61, 67). Ausserhalb von Pilotstudien und des jeweiligen Forschungssettings gibt es dazu kaum Erkenntnisse. Über die Erfahrungen von Patient:innen und Zugehörigen im Schweizer Kontext existiert bisher, nach dem besten Wissen der Autor:innen, keine wissenschaftliche Evidenz; eine Masterarbeit zu den Erfahrungen von erwachsenen Zugehörigen in Hospital at home-Modellen in der Deutschschweiz ist derzeit in Erarbeitung (12). Auch die Auswirkungen einer Care@home-Versorgung auf die Beziehung zwischen Patient:innen und ihren Zugehörigen wurde bislang zu wenig untersucht (176).

2. **Identifikation von Zielgruppen für Care@home-Modelle und Gewährleistung der Chancengleichheit**
• Es benötigt eine systematische Analyse zu den Fragen, wie sich der Verlauf dieser Programme ausserhalb kontrollierter Forschungskontexte gestaltet und aus welchen Gründen es dabei zu Veränderungen hinsichtlich der adressierten Gruppe von Patient:innen sowie der angestrebten Zielsetzungen kommt (61).

- Benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollten verstärkt in den Blick genommen werden, da bislang wenig darüber bekannt ist, wie sich eine Care@home-Versorgung auf sie auswirkt (60).
- Zukünftige Forschung sollte sich ausserdem mit der Identifikation von Patient:innen befassen, die aufgrund ihrer Familiensituation oder diagnostischer Muster speziell von einer häuslichen Versorgung profitieren (177).

3. Beratung, Bildung und Information von Patient:innen und Zugehörigen in Care@home-Modellen

Der konkrete Bedarf von Patient:innen und Zugehörigen – etwa im Hinblick auf die Bereiche Anleitung, Coaching oder Training – wurde bislang nur ansatzweise erhoben (81, 83, 176). Insbesondere fehlen fundierte Erkenntnisse darüber, welche Inhalte, Formen und Zeitpunkte der Schulung über die gesamte Versorgung hinweg sinnvoll sind (81). Dazu braucht es auch eine Klärung der Rollen und Zuständigkeiten von Zugehörigen in Care@home-Modellen (176). Auch klare Strukturen und Prozesse zur Aufklärung der Patient:innen und Patienten werden benötigt (81).

4. Medikationsmanagement in Care@home-Modellen

Im Bereich des Medikationsmanagements ist die Evidenzlage zur Umsetzung im häuslichen Setting unzureichend. Es fehlt an wissenschaftlich fundierten Ansätzen zur Unterstützung des Medikationsprozesses sowie zur Erhöhung der Patient:innensicherheit im Care@home-Kontext (86, 176). Auch beim Medikationsmanagement ist eine Klärung der Verantwortlichkeiten aller Involvierten essenziell (89).

5. Finanzielle Aspekte und Vergütung

Ein bedeutendes Forschungsdesiderat betrifft die finanzielle Dimension von Care@home, sowohl aus Sicht des Gesundheitssystems als auch aus der Perspektive der Patient:innen und Zugehörigen. Notwendig sind differenzierte Kosten-Nutzen-Analysen, die direkte und indirekte Kosten sowie informelle Pflegeleistungen mitberücksichtigen (67, 162, 163).

6. Ernährungsmanagement, Bewegungsförderung und Sturzprävention
Die Rolle, die Zugehörige im Ernährungsmanagement von Personen in Care@home-Settings haben, bedarf weiterer Forschung. Dies betrifft hauptsächlich die Aspekte Prävention und Behandlung von Mangelernährung. Eine differenzierte Analyse der Bedürfnisse von Patient:innen und Zugehörigen ist essenziell, um gezielte Unterstützungsmassnahmen zu entwickeln. Insgesamt besteht ein weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Umsetzung und Wirksamkeit von Interventionen zur Bewegungsförderung in Care@home-Settings, insbesondere was deren Integration in den Versorgungsalltag, deren individuelle Anpassbarkeit sowie deren Effekte auf die funktionelle Gesundheit und die Selbstständigkeit betrifft. Auch die Evidenz zur Sturzprävention in Care@home-Settings ist bisher begrenzt. Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass insbesondere in Bezug auf die Implementierung und das Management sturzpräventiver Massnahmen Forschungsbedarf besteht; dies gilt auch im Hinblick auf häusliche Bewegungsinterventionen (in Kombination mit digitalen Lösungen) sowie deren Akzeptanz und Umsetzbarkeit sowie deren gesundheitsökonomische Auswirkungen .

10.2 Forschungsdesiderate aus Interviews mit relevanten Stakeholdern

Aus den Interviews mit Expert:innen (siehe Kapitel 6) und im laufenden Diskurs mit relevanten Stakeholdern aus dem Bereich Care@home zeigten sich weitere Forschungslücken, die es zukünftig zu adressieren gilt.

7. Übertragbarkeit bestehender Unterstützungs- und Vergütungsstrukturen auf Care@home
Mit dem Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» hat das BAG wichtige Grundlagen in Bezug auf die Unterstützung und Entlastung von Angehörigen geschaffen. Es bleibt zu klären, inwiefern sich die Erkenntnisse aus diesen Grundlagendokumenten auf den Kontext Care@home anwenden lassen. Aufgrund der spezifischen Merkmale von Care@home-Modellen bleibt beispielsweise unklar, ob und unter welchen Voraussetzungen Zugehörige in diesen Modellen von bestehenden Vergütungsmechanismen für pflegende Angehörige profitieren können. Neben der Frage der Übertragbarkeit bestehender Unterstützungs- und Vergütungsmechanismen auf Care@home-Modelle ist auch zu prüfen, ob diese Angebote dem spezifischen Bedarf der Zugehörigen in diesen Settings entsprechen.

8. Erhebung und Analyse von Versorgungsbedarfen zur (Weiter-)Entwicklung von Care@home-Modellen
Die (Weiter-)Entwicklung von Care@home-Modellen sollte sich konsequent am tatsächlichen Bedarf der Patient:innen, Zugehörigen und Fachpersonen orientieren, um einer potenziellen Überversorgung sowie der Entstehung von Parallelstrukturen entgegenzuwirken. Es besteht eine Forschungslücke hinsichtlich der Frage, in welchen Situationen bei den Patient:innen ein konkreter Bedarf besteht, wie bestehende Angebotslücken gezielt und bedarfsgerecht geschlossen und inwiefern dabei bestehende Strukturen berücksichtigt und sinnvoll eingebunden werden können. Eine systematische Bedarfserhebung bildet hierfür die Grundlage und kann zur evidenzbasierten, ressourcenorientierten Weiterentwicklung von Care@home beitragen.

11 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
HaH	Hospital at Home
HT	(Acute) Home Treatment
ICM/CM	(Intensives) Case Management
SCC	Swiss Center for Care@home

12 Literaturverzeichnis

1. Swiss Center for Care@home. Definition Care@home [Internet]. 2025 [zitiert 24. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/de/forschung-dienstleistungen/forschungsbereiche/swiss-center-for-care-at-home/
2. Bundesamt für Gesundheit. Die Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern; 2019 [zitiert 1. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf
3. Mötteli S, Jäger M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, et al. Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most? Community Ment Health J. 2021;57(5):828–35.
4. Bundesamt für Gesundheit. Verlagerung von stationär zu ambulant - Faktenblatt [Internet]. Bern; 2024 [zitiert 16. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/tZkl5OZdzbPj/abstimmung-einheitliche-finanzierung-faktenblatt-1.pdf
5. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) [Internet]. Einheitliche Finanzierung. n.d. [zitiert 9. September 2025]. Verfügbar unter: https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/finanzierung/einheitliche-finanzierung
6. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 20210601. 2021;4(6):e2111568.
7. Girerd N, Mewton N, Tartiere JM, Guijarro D, Jourdain P, Damy T, et al. Practical outpatient management of worsening chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2022;24(5):750–61.
8. von Greyerz S. Bundessicht auf Hospital at Home. Vortrag gehalten auf der: Swiss Hospital at Home Kongress am 8. November 2024; Zollikerberg.
9. Casanovas-Guitart C, Hernandez C, Villegas-Bruguera E, Aloy Punzano J, Ricart Conesa A, Guarga Rojay A. Organisational model for Hospital at Home in Catalonia. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020. Retrieved from: https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9073

10. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Alternatives to hospital care (NICE guideline NG 82). 2017. Retrieved from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/12.alternatives-to-hospital-care-pdf-172397464599

11. Bauernschmidt D, Dorschner S. Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. Pflege. 2018;31(6):301–9.

12. Schmid T. Exploring the Experiences of Informal Caregivers in Hospital at Home in Switzerland: A Phenomenological Study [Masterthesis in Arbeit, noch unveröffentlicht]. Luzern; Universität Luzern; 2026.

13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.

14. Bryant PA, Katz NT. Inpatient versus outpatient parenteral antibiotic therapy at home for acute infections in children: a systematic review. Lancet Infect Dis. 20170816. 2018;18(2):e45–54.

15. Casteli CPM, Mbemba GIC, Dumont S, Dallaire C, Juneau L, Martin E, et al. Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of reviews. Syst Rev. 2020;9(1):172.

16. Gonzalez-Colom R, Carot-Sans G, Vela E, Espallargues M, Hernandez C, Jimenez FX, et al. Five years of Hospital at Home adoption in Catalonia: impact and challenges. 2023;10.1101/2023.01.25.23284997

17. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of “hospital in the home”. Med J Aust. 2012;197(9):512–9.

18. Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. J Gen Intern Med. 20210806. 2022;37(3):637–50.

19. Klug G, Gallunder M, Hermann G, Singer M, Schulter G. Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. BMC Psychiatry. 2019;19(1):382.

20. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. Ann Intern Med. 20191217. 2020;172(2):77–85.

21. Helberg J, Bensimhon D, Katsadouros V, Schmerge M, Smith H, Peck K, et al. Heart failure management at home: a non-randomised prospective case-controlled trial (HeMan at Home). Open Heart. 2023;10(2):07.

22. Wang X, Stewart C, Lee G. Patients' and caregivers' perceptions of the quality of hospital-at-home service: A scoping review. J Clin Nurs. 2024;33(3):817–38.

23. Haywood HB, Fonarow GC, Khan MS, Van Spall HGC, Morris AA, Nassif ME, et al. Hospital at Home as a Treatment Strategy for Worsening Heart Failure. Circ Heart Fail. 2023;16(10):e010456.

24. Voudris KV, Silver MA. Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. Healthcare. 2018;6(2):31.

25. Wong SY, Teo YN, Wo YJ, Lim CW, Lai YF. Distilling lessons from home hospital implementation: a narrative scoping review. Singapore Med J. 2024;16:16.

26. Ko SQ, Goh J, Tay YK, Nashi N, Hooi BMY, Luo N, et al. Treating acutely ill patients at home: Data from Singapore. Ann Acad Med Singapore. 2022;51(7):392–9.

27. Garcia-Carretero R, Vazquez-Gomez O, Luna-Heredia E, Vargas-Rojo B, Fernandez-Cotarelo MJ, Naranjo-Mansilla G. Management of COPD in a Hospital-at-Home Setting at a Peripheral Spanish Hospital: 8-Year Experience. Home Health Care Manag Pract. 2022;34(4):246–51.

28. Kastengren M, Frisk L, Winterfeldt L, Wahlstrom G, Dalen M. Implementation of Sweden's first digi-physical hospital-at-home care model for high-acuity patients. J Telemed Telecare. 2024;1357633X241232176.

29. Maniaci MJ, Maita K, Torres-Guzman RA, Avila FR, Garcia JP, Eldaly A, et al. Provider Evaluation of a Novel Virtual Hybrid Hospital at Home Model. Int J Gen Med. 2022;15:1909–18.

30. Saenger P, Federman AD, DeCherrie LV, Lubetsky S, Catalan E, Leff B, et al. Choosing Inpatient vs Home Treatment: Why Patients Accept or Decline Hospital at Home. J Am Geriatr Soc. 2020;68(7):1579–83.

31. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Diamond K, Licurse A, Pu CT, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018;33(5):729-736.

32. Wyder L, Fawcett C, Hepp U, Holtforth M grosse, Stulz N. Wie gelingt Home Treatment in der Praxis? Eine qualitative Studie unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden. Psychiatr Prax. 2018;45(8):405–11.

33. Herpertz-Dahlmann B, Borzikowsky C, Altdorf S, Heider K, Dempfle A, Dahmen B. 'Therapists in action'-Home treatment in adolescent anorexia nervosa: a stepped care approach to shorten inpatient treatment. Eur Eat Disord Rev. 2021;29(3):427-442.

34. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Diamond K, Licurse A, Pu CT, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018;33(5):729-736.

35. Kanagala SG, Gupta V, Kumawat S, Anamika F, McGillen B, Jain R. Hospital at home: emergence of a high-value model of care delivery. Egypt J Intern Med. 2023;35(1):21.

36. Maniaci MJ, Torres-Guzman RA, Garcia JP, Avila FR, Maita KC, Forte AJ, et al. Overall patient experience with a virtual hybrid hospital at home program. SAGE Open Med. 2022;10:20503121221092589.

37. Muller H, Haag I, Jessen F, Kim EH, Klaus J, Konkol C, et al. [Cognitive Behavioral Therapy and Assertive Community Treatment Reduces Days in Hospital and Delays Hospital Admission in Severe Psychotic Disorders]. 2016;1(2):76–82.

38. Gomez-Cabello CA, Borna S, Pressman SM, Haider SA, Forte AJ, Cowart JB, et al. Barriers to hospital-at-home acceptance: a systematic review of reasons for patient refusal. mHealth. 2024;10:34–34.

39. Zolot J. At-Home Hospital Care Reduces Readmissions and Length of Stay, Enhances Patient Satisfaction. AJN Am J Nurs. 2018;118(10).

40. Denecke K, May R, Borycki EM, Kushniruk AW. Digital health as an enabler for hospital@home: A rising trend or just a vision? Front Public Health. 2023;11. Retrieved from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1137798

41. Maniaci M. Beyond Readmission and Mortality: Secondary Outcomes from a Hospital-at-Home Randomized Clinical Trial [Internet]. Oral Presentation at the World Hospital at Home Congress; 2025 March 29; Vienna. Retrieved from: https://whahc.kenes.com/wp-content/uploads/sites/86/2025/03/WHAHC25-Accepted-Abstracts.pdf

42. Gorbenko K, Baim-Lance A, Franzosa E, Wurtz H, Schiller G, Masse S, et al. A national qualitative study of Hospital-at-Home implementation under the CMS Acute Hospital Care at Home waiver. J Am Geriatr Soc. 2023;71(1):245–58.

43. Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, Leff B. Costs for «hospital at home» patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. Health Aff Proj Hope. 2012;31(6):1237–43.

44. Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, et al. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 20180410. 2018;126:145–53.

45. Shepperd S, Goncalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 20210316. März 2021;3(3):CD009231.

46. Chang PW, Waite WM. Evaluation of Home Phototherapy for Neonatal Hyperbilirubinemia. J Pediatr. Mai 2020;220:80–5.

47. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2016; Retrieved from: https://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007491.pub2

48. Lippert M, Semmens S, Tacey L, Rent T, Defoe K, Bucsis M, et al. The Hospital at Home program: no place like home. Curr Oncol. 20170227. 2017;24(1):23–7.

49. Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, et al. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2018;18(1):55.

50. Giménez-Díez D, Maldonado Alía R, Rodríguez Jiménez S, Granel N, Torrent Solà L, Bernabeu-Tamayo MD. Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. J Psychiatr Ment Health Nurs John Wiley Sons Inc. 2020;27(3):246–57.

51. Rossinot H, Marquestaut O, De Stampa M. The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):470.

52. Utens CMA, van Schayck OCP, Goossens LMA, Rutten-van Mölken MPHM, DeMunck DRAJ, Seezink W, et al. Informal caregiver strain, preference and satisfaction in hospital-at-home and

usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2014;51(8):1093–102.

53. Vaartio-Rajalin H, Fagerström L, Santamäki-Fischer R. They Know Me and My Situation-Patients' and Spouses' Perceptions of Person-Centered Care in Hospital-at-Home Care. Holist Nurs Pr. November 2021;35(6):332–43.

54. de Sousa Vale J, Franco AI, Oliveira CV, Araújo I, Sousa D. Hospital at Home: An Overview of Literature. Home Health Care Manag Pract. 2020;32(2):118–23.

55. Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: the patients' and family caregivers' perspective - a Norwegian qualitative study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):499.

56. Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of Stakeholders Toward «Hospital at Home» Program in Singapore: A Descriptive Qualitative Study. J Patient Saf. 2022;18(3):e606–12.

57. Polinski JM, Kowal MK, Gagnon M, Brennan TA, Shrank WH. Home infusion: Safe, clinically effective, patient preferred, and cost saving. Healthcare. 2017;5(1):68–80.

58. Spina S, Haddadi R, Mukai K, Riddle M, Bourke B, Thompson L, et al. Patients' and family caregivers' experiences with a newly implemented hospital at home program in British Columbia, Canada: Preliminary results. Patient Exp J. 2023;10(1):93–106.

59. Kadakia KT, Balatbat CA, Siu AL, Cohen IG, Wilkins CH, Dzau VJ, et al. Hospital-at-Home: Multistakeholder Considerations for Program Dissemination and Scale. Milbank Q. 2022;100(3):673–701.

60. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2024. Retrieved from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub3/full

61. Goncalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 20170626. 2017;6(6):CD000356.

62. Lindt N, Van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. BMC Geriatr. 2020;20(1):304.

63. Otto U, Leu A, Bischofberger I, Gerlich R, Riguzzi M, Jans C, u. a. Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung (Forschungsmandat G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020»). Zürich: Careum Hochschule Gesundheit im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit; 2019.

64. Bundesamt für Gesundheit. Betreuende und pflegende Angehörige [Internet]. 2024 [zitiert 23. März 2024]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/betreuende-pflegende-angehoerige.html

65. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2024. Retrieved from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub3/full

66. Leff B, DeCherrie LV, Montalto M, Levine DM. A research agenda for hospital at home. J Am Geriatr Soc. 2022;70(4):1060–9.

67. Norman G, Bennett P, Vardy ERLC. Virtual wards: a rapid evidence synthesis and implications for the care of older people. Age Ageing. 2023;52(1):1–12.

68. Brügger S, Rime S, Sottas B. Angehörigenfreundliche Versorgungskoordination - Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit; 2019. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/betreuende-pflegende-angehoerige/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html

69. Bergamaschi V, Baumann F, Warnke I, Corbisiero S, Ludwig F, Riedel A, et al. Who Benefits from Acute Psychiatric Home Treatment? A Systematic Review. Community Ment Health J. Oktober 2024;60(7):1408–21.

70. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(1):54–8.

71. Weinmann S, Spiegel J, Baumgardt J, Bühling-Schindowski F, Pfeiffer J, Kleinschmidt M, u. a. Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. Psychiatr Prax. 2022;49(08):405–10.

72. Freeman AM, Tribe RH, Stott JCH, Pilling S. Open Dialogue: A Review of the Evidence. Psychiatr Serv. 2019;70(1):46–59.

73. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Assertive Community Treatment [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2008. Retrieved from: https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma08-4344-theevidence.pdf

74. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Schizophrenia Group. Cochrane Database Syst Rev. 2017(1). Retrieved from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007906.pub3

75. Leach MJ, Jones M, Bressington D, Jones A, Nolan F, Muyambi K, et al. The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a systematic review. Syst Rev. 2020;9(1):35.

76. Butler J. Understanding the Nature of Mental States: Psychiatry, the Mind-Body Problem, and the Biopsychosocial Model of Medicine. In: Tekin S, Bluhm R, (Editors). The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry. 2019.

77. DGBS, DGPPN. Epidemiologie, Ätiopathogenese, Prognose und Prävention. In: Bauer M, Pfennig A, Schäfer M, Falkai P, (Herausgeber). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. 2. Auflage [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020 [zitiert 24. Juni 2025]. Verfügbar unter: http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-61153-1_2

78. Bechdolf A, Buhling-Schindowski F, Nikolaidis K, Kleinschmidt M, Weinmann S, Baumgardt J. [Evidence on the effects of crisis resolution teams, home treatment and assertive outreach for people with mental disorders in Germany, Austria and Switzerland - a systematic review]. Nervenarzt. 2022;93(5):488–98.

79. Hepp U, Stulz N. „Home treatment“ für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen. Nervenarzt. September 2017;88(9):983–8.

80. McManus H. Assessing the Impact of Crisis Resolution and Home Treatment Teams: A Review of Research | Office of Justice Programs [Internet]. Cincinnati: University of Cincinnati; 2021 [zitiert 24. Juni 2025]. Retrieved from: https://www.ojp.gov/library/publications/assessing-impact-crisis-resolution-and-home-treatment-teams-review-research

81. Vaartio-Rajalin H, Nyholm L, Fagerström L. Patient education in the hospital-at-home care context. Patient Exp J. 2020;7(1):65–74.

82. Patel HY, West DJ Jr. Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. Glob J Qual Saf Healthc. 2021;4(4):141–6.

83. Ewing G, Austin L, Diffin J, Grande G. Developing a person-centred approach to carer assessment and support. Br J Community Nurs. 2015;20(12):580–4.

84. Mann E, Zepeda O, Soones T, Federman A, Leff B, Siu A, et al. Adverse drug events and medication problems in "Hospital at Home" patients. Home Health Care Serv Q. 2018;37(3):177–86.

85. Niehoff KM, Muscarella J, Knostman M, Sullivan M, Gani A, Lim H, et al. Hospital at home: Development of pharmacy services. Am J Health Syst Pharm. 2022;79(22):1981–7.

86. McGlen S, Crowley C, Lasserson D, Qamariat ZAL, Lim RHM. Hospital at home: A systematic review of how medication management is conceptualised, described and implemented in practice—A study protocol. PLOS ONE. 2023;18(1):e0268846.

87. Daliri S, Bekker CL, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, Van Den Bemt BJF, Karapinar-Çarkit F. Medication management during transitions from hospital to home: a focus group study with hospital and primary healthcare providers in the Netherlands. Int J Clin Pharm. 2021;43(3):698–707.

88. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. Scand J Caring Sci. 2018;32(1):222–32.

89. Pereira F, Bieri M, Martins MM, del Río Carral M, Verloo H. Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives. Nurs Rep. 2022;12(2):403–23.

90. Gavazzi C, Colatruglio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: A multicentre randomised clinical trial. Eur J Cancer. 2016;64:107–12.

91. Kopczynska M, Teubner A, Abraham A, Taylor M, Bond A, Clamp A, et al. Home Parenteral Nutrition in Patients with Advanced Cancer: Quality Outcomes from a Centralized Model of Care Delivery. Nutrients. 2022;14(16):3379.

92. Zhang C, Yanala U, Addula M, Adams S, Ocken L, Skiendziel P, et al. Safety and Efficacy of Initiating Parenteral Nutrition at Home, Home Start PN, in Advanced Peritoneal Metastasis. Cancers. 2024;16(24):4272.

93. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022;41(2):468–88.

94. Lim ML, Yong BYP, Mar MQM, Ang SY, Chan MM, Lam M, et al. Caring for patients on home enteral nutrition: Reported complications by home carers and perspectives of community nurses. J Clin Nurs. 2018;27(13–14):2825–35.

95. Emonds EE, Pietruszka BL, Hawley CE, Triantafylidis LK, Roefaro J, Driver JA. There's no place like home—Integrating a pharmacist into the hospital-in-home model. J Am Pharm Assoc. 2021;61(3):e143–51.

96. Moreno-Martinez ME, Riba M, García-Cadenas I, Esquirol A, Yusta M, Redondo S, et al. Optimization of a home hospitalization program for hematopoietic stem cell transplantation with ehealth integration and clinical pharmacist involvement. Front Immunol. 2024. Retrieved from: https://www.frontiersin.org/journals/immunology/articles/10.3389/fimmu.2024.1397115/full

97. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49–64.

98. Bourquin L, Reynaud Senes H, Germanier A, Kehtari R. Dépistage de la dénutrition communautaire par les services de soins à domicile à Neuchâtel. Rev Med Suisse. 2008;179(41):2458–62.

99. Busnel C, Ludwig C. Dépister la dénutrition chez la personne âgée bénéficiant de soins à domicile : une évaluation de la précision diagnostique des indicateurs issus du Resident Assessment Instrument - Home Care adapté pour la Suisse: Rech Soins Infirm. 2018;132(1):54–63.

100. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Stäubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. Clin Nutr. 2010;29(1):38–41.

101. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. Clin Nutr. 2016;35(6):1340–6.

102. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. The Lancet. 2019;393(10188):2312–21.

103. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Jimenez M, Hernandez M, Grupo de Nutrición de la Federación Española de Hospitalización a Domicilio. [Malnutrition of home-based hospital patients]. Nutr Hosp. 2006;21(1):22–5.

104. Frei A. Mangelernährung im Spital - medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung [Internet]. Pratteln: Bundesamt für Gesundheit; 2006 [zitiert 15. April 2025]. Verfügbar unter: https://clinicalnutrition.science/cms/upload/dateien/NutriBib/6_Challenges_Perspectives/2007_BAG.pdf

105. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022;41(4):958–89.

106. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, et al. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. Clin Nutr. 2023;42(9):1545–68.

107. hplus. Qualitätsverbesserungsmassnahme: Management der Mangelernährung [Internet]. 2023 [zitiert 15. April 2025]. Verfügbar unter: https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Neu/Management_der_Mangelernaehrung.pdf

108. Kondrup J. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321–36.

109. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782–8.

110. Klanjsek P, Pajnkihar M, Marcun Varda N, Povalej Brzan P. Screening and assessment tools for early detection of malnutrition in hospitalised children: a systematic review of validation studies. BMJ Open. 2019;9(5):e025444.

111. Green SM, James EP, Latter S, Sutcliffe M, Fader MJ. Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study. J Hum Nutr Diet. 2014;27(1):88–95.

112. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: a qualitative study. BMC Geriatr. 2019;19(1):317.

113. Uhlmann K, Hahn S, Haas K. Spitex - ein Berufsfeld für Ernährungsberater*innen mit Potential! [Internet]. Bern: Drei Ländertagung VFWG am 6. Mai 2022. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/de/aktuell/fachveranstaltungen/drei-laender-tagung-des-vfwg/abstracts-und-poster/

114. Verwijs MH, Puijk-Hekman S, Van Der Heijden E, Vasse E, De Groot LCPGM, De Van Der Schueren MAE. Interdisciplinary communication and collaboration as key to improved nutritional care of malnourished older adults across health-care settings – A qualitative study. Health Expect. 2020;23(5):1096–107.

115. Fraser MA. Dietetics in Hospital at Home – Impact and benefit. Clin Nutr ESPEN. 2024;61:486.

116. Dismore LL, Echevarria C, Van Wersch A, Gibson J, Bourke S. What are the positive drivers and potential barriers to implementation of hospital at home selected by low-risk DECAF score in the UK: a qualitative study embedded within a randomised controlled trial. BMJ Open. 2019;9(4):e026609.

117. Bove DG, Christensen PE, Gjersøe P, Lavesen M. Patients' experiences of being treated for acute illness at home as an alternative to hospital admission: a qualitative study in Denmark. BMJ Open. 2022;12(5):e060490.

118. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older patients' and their family caregivers' perceptions of food, meals and nutritional care in the transition between hospital and home care: a qualitative study. BMC Nutr. 2020;6(1):11.

119. Carter J, Donelan K, Thorndike AN. Patient Perspectives on Home-Based Care and Remote Monitoring in Heart Failure: A Qualitative Study. J Prim Care Community Health. 2022;13:21501319221133672.

120. Zhou R, Cheng J, Wang S, Yao N. A qualitative study of home health care experiences among Chinese homebound adults. BMC Geriatr. 2021;21(1):309.

121. Uhlmann K, Reichenpfader D, Kaufmann B, Lehmann U. Ernährungsmanagement im care@Home [präliminäre, noch nicht publizierte Daten]. Bern; 2025.

122. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16–31.

123. Kirk B, Cawthon PM, Arai H, Ávila-Funes JA, Barazzoni R, Bhasin S, et al. The Conceptual Definition of Sarcopenia: Delphi Consensus from the Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). Age Ageing. 2024;53(3):afae052.

124. Landi F, Camprubi-Robles M, Bear DE, Cederholm T, Malafarina V, Welch AA, et al. Muscle loss: The new malnutrition challenge in clinical practice. Clin Nutr. 2019;38(5):2113–20.

125. Scott J, Abaraogu UO, Ellis G, Giné-Garriga M, Skelton DA. A systematic review of the physical activity levels of acutely ill older adults in Hospital At Home settings: an under-researched field. Eur Geriatr Med. 2021;12(2):227–38.

126. Izquierdo M, De Souto Barreto P, Arai H, Bischoff-Ferrari HA, Cadore EL, Cesari M, et al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). J Nutr Health Aging. 2025;29(1):100401.

127. Nelson ME, Layne JE, Bernstein MJ, Nuernberger A, Castaneda C, Kaliton D, et al. The Effects of Multidimensional Home-Based Exercise on Functional Performance in Elderly People. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(2):M154–60.

128. Vikberg S, Björk S, Nordström A, Nordström P, Hult A. Feasibility of an Online Delivered, Home-Based Resistance Training Program for Older Adults – A Mixed Methods Approach. Front Psychol. 2022;13:869573.

129. Hong J, Kim J, Kim SW, Kong HJ. Effects of home-based tele-exercise on sarcopenia among community-dwelling elderly adults: Body composition and functional fitness. Exp Gerontol. 2017;87:33–9.

130. Etayo-Urtasun P, Sáez De Asteasu ML, Izquierdo M. Comparison of hospitalisation settings and exercise interventions in acute care: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2025;54(2):afaf035.

131. Scott J, Abaraogu UO, Ellis G, Gine-Garriga M, Skelton DA. A systematic review of the physical activity levels of acutely ill older adults in Hospital At Home settings: an under-researched field. Eur Geriatr Med. 20201015. 2021;12(2):227–38.

132. Barker RE, Brighton LJ, Maddocks M, Nolan CM, Patel S, Walsh JA, et al. Integrating Home-Based Exercise Training with a Hospital at Home Service for Patients Hospitalised with Acute Exacerbations of COPD: Developing the Model Using Accelerated Experience-Based Co-Design. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021;16:1035–49.

133. Bundesamt für Statistik. Gesundheit im Alter [Internet]. 2022 [zitiert 28. April 2025]. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch/content/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html

134. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Häufigkeit von Stürzen bei älteren Personen [Internet]. 2022 [zitiert 28. April 2025]. Verfügbar unter: https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/stuerze

135. Moreland JD, Richardson JA, Goldsmith CH, Clase CM. Muscle Weakness and Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. 2004;52(7):1121–9.

136. Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CGM, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019;10(3):485–500.

137. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:902599.

138. Pfortmueller CA, Kunz M, Lindner G, Zisakis A, Puig S, Exadaktylos AK. Fall-Related Emergency Department Admission: Fall Environment and Settings and Related Injury Patterns in 6357 Patients with Special Emphasis on the Elderly. Sci World J. 2014;2014:1–6.

139. Hamilton MP, Bellolio F, Jeffery MM, Bower SM, Palmer AK, Tung EE, et al. Risk of falls is associated with 30-day mortality among older adults in the emergency department. Am J Emerg Med. 2024;79:122–6.

140. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Cost of falls in old age: a systematic review. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2010;21(6):891–902.

141. Niemann S, Achermann Stürmer Y, Ellenberger L, Meier D. Status 2024: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz [Internet]. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung; 2024 [zitiert 28. April 2025]; Verfügbar unter: https://www.bfu.ch/de/die-bfu/doi-desk/10-13100-bfu-2-533-01-2024

142. Ouchi K, Liu S, Tonellato D, Keschner YG, Kennedy M, Levine DM. Home hospital as a disposition for older adults from the emergency department: Benefits and opportunities. JACEP Open. 2021;2(4):e12517.

143. Artaza-Artabe I, Sáez-López P, Sánchez-Hernández N, Fernández-Gutierrez N, Malafarina V. The relationship between nutrition and frailty: Effects of protein intake, nutritional supplementation, vitamin D and exercise on muscle metabolism in the elderly. A systematic review. Maturitas. 2016;93:89–99.

144. Montero-Odasso M, Van Der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.

145. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, et al. Effect of Vitamin D on Falls: A Meta-analysis. JAMA. 2004;291(16):1999.

146. Hou L, Lei Y, Li X, Huo C, Jia X, Yang J, et al. Effect of Protein Supplementation Combined With Resistance Training on Muscle Mass, Strength and Function in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Nutr Health Aging. 2019;23(5):451–8.

147. Van Den Helder J, Mehra S, Van Dronkelaar C, Ter Riet G, Tieland M, Visser B, et al. Blended home-based exercise and dietary protein in community-dwelling older adults: a cluster randomized controlled trial. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2020;11(6):1590–602.

148. Liu-Ambrose T, Davis JC, Best JR, Dian L, Madden K, Cook W, et al. Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;321(21):2092.

149. Shafizadeh M, Parvinpour S, Ali K. Effect of home-based exercise on falls in community-dwelling older adults: an umbrella review. Sport Sci Health. 2023;19(3):743–56.

150. Lacroix A, Hortobágyi T, Beurskens R, Granacher U. Effects of Supervised vs. Unsupervised Training Programs on Balance and Muscle Strength in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Med Auckl NZ. 2017;47(11):2341–61.

151. Cyarto EV, Brown WJ, Marshall AL, Trost SG. Comparative Effects of Home- and Group-Based Exercise on Balance Confidence and Balance Ability in Older Adults: Cluster Randomized Trial. Gerontology. 2008;54(5):272–80.

152. Chan JKY, Klainin-Yobas P, Chi Y, Gan JKE, Chow G, Wu XV. The effectiveness of e-interventions on fall, neuromuscular functions and quality of life in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021;113:103784.

153. Wicks M, Dennett AM, Peiris CL. Physiotherapist-led, exercise-based telerehabilitation for older adults improves patient and health service outcomes: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2023;52(11):afad207.

154. Dawson R, Oliveira JS, Kwok WS, Bratland M, Rajendran IM, Srinivasan A, et al. Exercise Interventions Delivered Through Telehealth to Improve Physical Functioning for Older Adults with Frailty, Cognitive, or Mobility Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. Telemed E-Health. 2024;30(4):940–50.

155. Jansons P, Fyfe J, Via JD, Daly RM, Gvozdenko E, Scott D. Barriers and enablers for older adults participating in a home-based pragmatic exercise program delivered and monitored by Amazon Alexa: a qualitative study. BMC Geriatr. 2022;22(1):248.

156. Costa-Menén MÀ, Gimeno-Pi I, Martin-Servet G, García-Martínez E, Porté-Llotge M, Blanco-Blanco J. Facilitators and barriers in the implementation of a fall prevention program based on physical activity for elderly people living in the community: A qualitative study. Public Health Nurs. 2024;41(6):1425–35.

157. Tzeng HM, Okpalauwaekwe U, Lyons EJ. Barriers and Facilitators to Older Adults Participating in Fall-Prevention Strategies After Transitioning Home from Acute Hospitalization: A Scoping Review. Clin Interv Aging. 2020;Volume 15:971–89.

158. Goossens LMA, Vemer P, Rutten-van Mölken MPMH. The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review. Int J Nurs Stud. 2020;109:103652.

159. Sachin H. J. Curing Ourselves of Toxic Positivity for Hospital-at-Home. JACC Heart Fail. Juli 2024;12(7):1300–1.

160. Coumoundouros C, Ould Brahim L, Lambert SD, McCusker J. The direct and indirect financial costs of informal cancer care: A scoping review. Health Soc Care Community. 2019;hsc.12808.

161. Bundesamt für Gesundheit. Finanzielle Absicherung betreuender Angehöriger - Subjektfinanzierte Leistungen auf Ebene Bund, Kantone und Gemeinden. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2020. Verfügbar unter: https://www.zhaw.ch/storage/sml/institute-zentren/iur/DE_BAG_1.pdf

162. Krol M, Papenburg J, van Exel J. Does Including Informal Care in Economic Evaluations Matter? A Systematic Review of Inclusion and Impact of Informal Care in Cost-Effectiveness Studies. PharmacoEconomics. 2015;33(2):123–35.

163. Melo MI, Prata AP, Reis Santos M. Hospitalização domiciliária vs. Hospitalização clássica, o modelo custo-efetivo: revisão sistemática da literatura. Millenium - J Educ. 2023;Technologies:e31118 Páginas.

164. Meier F, Gabriel R. Pro Senectute Altersmonitor: Bezug und Betreuungs- und Pflegeleistungen im Alter. Teilbericht 3. Zürich: Pro Senectute Schweiz; 2023.

165. Bundesamt für Sozialversicherungen. Verordnung über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung [Internet]. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; 2024 [zitiert 19. Dezember 2024]. Verfügbar unter: https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/63125.pdf

166. Bundesamt für Sozialversicherungen. Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen. 2020 [zitiert 19. Dezember 2024]. Verfügbar unter: https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-80596.html

167. Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung. 2019 [zitiert 19. Dezember 2024]. Verfügbar unter: https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/themenuebergreifend/gesetze/gesetzese

ntwurf_betreuende_angehoerige.pdf.download.pdf/Bundesgesetz_Angeh%C3%B6rigenbetreuung.pdf

168. Nonnenmacher L, Pelzelmayer K, Bischofberger I. Manual: «Pflegende Angehörige bei der Spitex anstellen» [Internet]. Zürich: Careum Hochschule Gesundheit; 2023 [zitiert 19. Dezember 2024]. Verfügbar unter: https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2018/059/2022_Age_688_2018_059.pdf

169. Chatelain C. «Die Angehörigenpflege darf nicht zu einem Geschäftsmodell werden». Medinside [Internet]. 20. Oktober 2025 [zitiert 28. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.medinside.ch/de/«die-angehoerigenpflege-darf-nicht-zu-einem-geschaeftsmodell-werden»-20251018

170. Chatelain C. Verrichten Angehörige und Spitex-Profis die gleiche Arbeit? Medinside [Internet]. 17. Oktober 2025 [zitiert 28. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.medinside.ch/de/verrichten-angehoerige-und-spitex-profis-die-gleiche-arbeit-20251017

171. Eidgenössisches Departement des Innern. Entschädigung pflegender Angehöriger: Bundesrat will Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherstellen (Medienmitteilung) [Internet]. 2025 [zitiert 28. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.edi.admin.ch/de/newnsb/9CM49D78uIXXF-7lUFs5D

172. Bundesrat. Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Bericht des Bundesrates [Internet]. Bern; 2025 Okt [zitiert 28. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/TODPM1JGU4lH/Bericht%20BR%2020251015%20Pflegende%20Angeh%C3%B6rige.pdf

173. Soldati J. Häusliche akutpsychiatrische Versorgung von Wöchnerinnen - eine Bedarfsanalyse im Kanton Bern [unveröffentlichte Masterthesis]. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Fachbereich Geburtshilfe; 2025.

174. Berner Fachhochschule. Forschungsprojekte Berner Fachhochschule. Häusliche Nachsorge von Frauen mit psychischen Belastungen nach der Geburt [zitiert 22. Juli 2025]. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2024-059-867-696/

175. Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: the patients' and family caregivers' perspective - a Norwegian qualitative study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):499–499.

176. Leff B, Decherrie LV, Montalto M, Levine DM. A research agenda for hospital at home. J Am Geriatr Soc. 2022;70(4):1060–9.

177. Graf D, Sigrist C, Boege I, Cavelti M, Koenig J, Kaess M. Effectiveness of home treatment in children and adolescents with psychiatric disorders-systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2024;22(1):241.

178. Bundesamt für Gesundheit. Synthesebericht Entlastungsangebote pflegende Angehörige [Internet]. 2020 [zitiert 19. Dezember 2024]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegende_angehoerige/synthesebericht_fp_ba.pdf.download.pdf/de_BAG_Entlastungsangebote_Synthesebericht_def_web_low.pdf

13 Anhang

13.1 Anhang 1: Interviewfragen Expert:inneninterviews

Gespräche mit Fachpersonen zu Bedürfnissen der Patient:innen und Zugehörigen in bisherigen Care@home-Projekten

Fragen, zu besprechende Themen
1. Einstiegsfragen • **Für Personen mit Care@home-Erfahrung:** «Welche Erfahrungen konnten Sie bisher mit Care@home/Hospital@home-Projekten machen?» • **Für Personen ohne Care@home-Erfahrung:** «Was ist für Sie attraktiv in der aufsuchenden häuslichen Pflege?»
2. Generelle Chancen und Herausforderungen • «Welche Chancen bieten Ihrer Ansicht nach Care@home-Projekte? Für Patient:innen? Für Zugehörige? Für Fachpersonen?» • «Wo liegen für Sie die Herausforderungen bei diesen Projekten?»
3. Fachpersonen • «Über welche Kompetenzen/Skills müssen Fachpersonen verfügen, um die Patient:innen und Zugehörigen in diesem Setting adäquat zu begleiten?» • «Welche Voraussetzungen müssen die Patient:innen erfüllen, um aufgenommen zu werden?»
4. Patient:innen und Zugehörige • «Welche Informationen erhalten Patient:innen und Zugehörige über Spitexangebote oder Care@home? Wird abgeklärt und festgehalten, ob sie genügend informiert sind?» • «Wie gestaltet sich das Mitsprachespracherecht der Patient:innen und der Zugehörigen beim Entscheid, ob sie in Care@home-Projekte aufgenommen werden sollen oder nicht?» • «Wo sehen die Patient:innen die Chancen dieser Projekte (Care@home oder Spitex), wo die Herausforderungen? Wo liegt aus Ihrer Sicht die Präferenzen, bei einem Klinikaufenthalt oder bei der Betreuung zuhause?» • «Wird evaluiert, ob die Patient:innen noch im Care@home-Setting/Spitex bleiben können oder allenfalls hospitalisiert (oder entlassen) werden sollen?»
5. Zusammenarbeit mit anderen Diensten • «Wie erleben Sie die Zusammenarbeit zwischen Care@home-Projekten und der häuslichen Versorgung (klassisches Spitex-Angebot)? Welche Chancen ergeben sich in der Zusammenarbeit? Wo liegen die Herausforderungen?»
6. Red flags aus der Literatur • «In der Literatur werden bestimmte Themen beschrieben, die erfahrungsgemäss in Care@home-Projekten problematisch sind. Dazu gehören das Medikamentenmanagement, das Ernährungsmanagement und Stürze. Welche Erfahrungen haben Sie diesbezüglich gemacht? • «Gibt es andere/weitere Bereiche, die Sie als problematisch betrachten? Müssen die Patient:innen oder ihre Zugehörigen Erfahrungen mit Smartphones, Computer o.ä. haben, um in Care@home-Projekte aufgenommen zu werden?»
7. Empfehlungen für zukünftige Care@home-Projekte «Worauf sollte bei künftigen Care@home-Projekten besonders geachtet werden? Gibt es, aus denen gelernt werden kann?
8. Schlussfrage «Haben wir alle relevanten Themen angesprochen oder gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?»

13.2 Anhang 2: Care@home-Angebote und Ihre Informationskanäle

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
Angebote Akutversorgung			
Visit - Spital Zollikerberg Zuhause®	Website	Ausführliche Informationen für Patient:innen (Pat.) und Zugehörige über das Angebot (Konzept etc.) und unter welchen Voraussetzungen es genutzt werden kann (geeigneter Gesundheitszustand, max. 15 Min. Weg zum Spital). Aufnahme ins Angebot via Notfallstation.	Visit – Spital Zollikerberg Zuhause® | Spital Zollikerberg
	Blog	Interview mit Projektleiter und Pflegeexpertin des Angebots über die Chancen und Herausforderungen	Hospital at Home Kongress | Spital Zollikerberg
	Blog	Interview mit Pflegeexpertin und Pflegefachfrau des Angebots zu den Erfahrungen und zum Unterschied zwischen hospital at home und ambulanter Pflege.	Warum die Arbeit in der Pflege bei «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause®» einzigartig ist
Universimed - Medizin im Fokus	**Website (Journal?)**	Ausführliche Informationen über das Projekt Visit des Spitals Zollikerberg und allgemein darüber, was Hospital@home ist. Eher für Fachpersonen als für Nutzende.	Hospital@Home: Spitalpflege einmal anders – nämlich zu Hause - Allgemeine Innere Medizin - Universimed - Knowledge that matters

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
hospital @ home	**Website**	Informationen für Pat. und Zugehörige über das Angebot (Konzept etc.) und wann es genutzt werden kann. Partnerorganisationen werden aufgeführt, Kontaktangaben vorhanden. Region Zürich.	https://hospitalathome.ch/
	Div. Medien	Diverse Links zu Berichterstattung über das Angebot in Form von Podcasts, Zeitungsartikel, Fernsehberichte etc.	Title — Hospital at Home AG
we4you medcare AG	**Website**	Informationen für Pat- und Zugehörige über die Möglichkeit, zuhause statt im Spital gepflegt zu werden. Dies ist eines der Angebote der Organisation (neben Walk-in-Praxis und ambulanter Pflege). Klar strukturierte Informationen, für wen das Angebot in Frage kommt und wie es aussieht.	spital@home | we4You medcare AG
Hospital at Home Klinik Arlesheim	**Website**	Informationen über das Angebot und Informationen dazu, für wen es geeignet ist. Vorteile und Pat.erfahrungsberichte werden aufgelistet.	Medizin - Hospital at Home

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
«Patient@Home» des Spitalzentrums Biel	**Artikel**	Bericht über das Projekt «Patient@Home» des Spitalzentrums Biel, eher allgemein informierend und nicht direkt an potentielle Pat. gerichtet.	Spitex Magazin - Für frühere Spitalentlassungen eng kooperieren
Angebot Rehabilitation			
reha@home Klinik Bad Zurzach	**Website**	Vorstellung des Angebots anhand des Beispiels eines Tagesablaufs eines Patienten.	reha@home
Angebote Psychiatrie			
AT_Home UPD	**Website**	Modellversuch für stationsäquivalente aufsuchende Psychiatrie für Kinder und Jugendliche in der Schweiz. Eher allgemein gehaltene Informationen zum Angebot.	AT_HOME – UPD Bern
Gemeindeintegrierte Akutbehandlung Psychiatrie Luzern	**Website**	Eher knapp gehaltene Informationen für Pat. über das Angebot.	GiA - Luzerner Psychiatrie AG
Home treatment Psychiatrische Dienste beider Basel	**Website**	Eher knapp gehaltene Informationen für Pat. über das Angebot. Auch Langzeitbehandlung bis zu 3 Monaten möglich.	Home Treatment - UPK Basel
Home treatment Psychiatrische Dienste Aargau	**Website**	Umfangreiche, klare Informationen für Pat. und Zugehörige über das Angebot und die Voraussetzungen, welche erfüllt sein müssen, damit	Home Treatment – Psychiatrische Akutbehandlung bei Ihnen zu Hause- Psychiatrische Dienste Aargau AG

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
		eine Nutzung möglich ist.	
	Flyer	Umfangreiche, aber übersichtliche Informationen zum Angebot in Form eines Faltflyers.	221206_pdag_flyer_home_treat-ment_rz.indd
Home treatment Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	**Website**	Informationen, die sich nicht direkt an die Pat. oder Zugehörigen richten, welche aber das Angebot und die Voraussetzungen klar beschreiben.	Home Treatment - Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)
	PDF	Gleiche Informationen wie auf der Website als PDF verfügbar.	Home Treatment
Home treatment Psychiatrischer Dienste der Spitalregion Oberaargau	**Website**	Ausführliche Informationen über die neue Behandlungsmethode der psychiatrischen Akutbehandlung, die zu Hause statt stationär in der Klinik stattfindet.	«Home Treatment» – wenn der Psychiater zu Hause klingelt - SRO
Mobile Akutbehandlung Thun Mobile Akutbehandlung	**Website**	Knappe Information zum Angebot.	Mobile Akutbehandlung Thun MoAB: neues Angebot der Psychiatrischen Dienste Thun
	Medienmitteilung	Das Angebot wird detailliert beschrieben, inkl. Kontaktmöglichkeiten etc.	180508_MM_Spital_STS_AG_neues_Angebot_PDT.pdf
Home treatment Psychiatrie Baselland	**Website**	Informationen über das Angebot inkl. Kontakt-möglichkeiten etc.	Home Treatment – Akutbehandlung zuhause - Psychiatrie Baselland
Angebote im Ausland			
Dänemark			

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
Nordsjællands Hospital Dänemark	**Video**	Informationsvideo für potentielle Pat. über das hospital@home Projekt der Region Nordseeland (Kopenhagen und Umgebung). Es befindet sich auf der Informationsseite über das Forschungsprojekt.	Forskningsprojektet Influenzer
Spitaleinheit Mitjütland (Aarhus/Viborg/ Skive etc.)	**Website/Video**	Generelle Informationen für Betroffene zum Angebot inkl. Kontaktmöglichkeiten. Angebot ist nur für Pat. 65+. Auch für Pat., die in einem Pflegeheim wohnen. Video, in dem ein ehemaliger Pat. von seinen Erfahrungen erzählt.	Hospitalsbehandling i eget hjem - Hospitalsenhed Midt
Grossbritannien			
University Hospitals Birmingham	**Website**		QEHB@Home
Evelina London Children's healthcare	**Broschüre**	2 Broschüren, 1 allgemein über das Angebot hospital @ home, zum Team, den Leistungen etc. Angebot nur für Kinder und Jugendliche (6 Seiten)/ 1 Broschüre zur Pflege von Kanülen durch Zugehörige	Hospital @home patient information leaflets | Evelina London
Hospital at Hertfordshire	**Broschüre**	Einseitige Broschüre zum Angebot mit den wichtigsten Infos kurz zusammengefasst.	Hospital at Home patient information leaflet 21 March 2023

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
Royal Devon University Healthcare	**Broschüre**	2-seitige Broschüre mit den wichtigsten Infos, Telefonnummern etc. inkl. kurzer Verordnung.	patient-information-leaflet-acute-hospital-at-home-ahah-rde-20-078-002.pdf
NHS England	**Website**	Generelle Informationen dazu, was hospital@home/virtual wards sind.	NHS England » Virtual wards
	Video	Video dazu	How a virtual ward team is supporting people at home in North Tees and Hartlepool - YouTube
Hospital at Home in Greater Manchester	**Website**	Informative Website für Pat./Zugehörige zum Angebot, inkl. Erfahrungsberichte etc.	GM Hospital at Home - Health Innovation Manchester
		Informatives Video zum Angebot	Hospital at Home in Greater Manchester
Oxford Health NHS Foundation Trust	**Website**	Alle nötigen Informationen für Pat., eher knapp gehalten.	Hospital at Home - Oxford Health NHS Foundation Trust
	Broschüre	Die wichtigsten Informationen inkl. Kontaktnummer für Patient:innen als Broschüre.	OP-088.15-Hospital-at-Home.pdf
Queen Elizabeth Hospital Birmingham (QEHB)	**Website**	Queen Elizabeth Hospital Birmingham (QEHB) bietet einen @home-Service für Pat. an, die früher aus dem Spital entlassen werden. Website richtet sich nicht direkt an die Betroffenen.	QEHB@Home
USA			
hospital @ home usa	**Website**	Ausführliche Informationen für Pat. über private Firma, welche hospital@home anbietet.	Hospital in Your Home US | Hospital at Home

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
Boston Medical Center	**Bildschirm Warteräume NF**	Informationen zum Hospital@home-Programm auf den Bildschirmen in den Warteräumen des Notfalls etc. (Beschrieben in einem Interview mit einem der leitenden Ärzte, David M. Levine)	Fremtidens hospitalsbehandling er i hjemmet - Patientsikkerhed
	Website	Ausführliche Informationen für Pat. über das Angebot, Aufnahmemöglichkeiten, Eignung etc. inkl. Sektion mit häufigen Fragen.	BMC Hospital at Home | Boston Medical Center
Australien			
New South Wales Informationsseite der Regierung	**Website**	Beschrieben, was Hospital@home-Angebote sind und welche Vorteile sie beinhalten. Positive Rückmeldungen von Pat. aufgeführt. Konkrete Aufforderung auf der Website an die Betroffenen, diese Angebote zu nutzen, anstatt sich in ein Spital einweisen zu lassen.	Hospital in the Home (HITH)
Spanien			

Institution	Art der Information	Inhalt der Information	Link
Clinic Barcelona	**Website**	Sehr ausführliche Informationen zum Angebot und der konkreten Durchführung auf Spanisch, Katalanisch und Englisch. Hier werden die Zugehörigen als Voraussetzung erwähnt, um das Angebot in Anspruch nehmen zu können (sehr unabhängige, alleinstehende Pat. können nach individueller Rücksprache ev. berücksichtigt werden). Pat. und Zugehörige erhalten einen konkreten Behandlungsplan und eine Telefonnummer, bei der sie sich jederzeit melden können. Für Test, die nicht zuhause durchgeführt werden können, werden Pat. mit Ambulanz ins Spital transportiert. Seite enthält detaillierte Infos für Fachpersonen über Organisation, Ausbildung etc. Masterausbildung in Hospital@home wird erwähnt.	Hospital at Home | Hospital Clínic Barcelona

13.3 Anhang 3: Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von betreuenden Angehörigen

Was sind die Empfehlungen zur Verbesserungen der Situation von betreuenden Angehörigen?

Aufgrund der Forschungsergebnisse hat das BAG eine Liste von 16 Empfehlungen erarbeitet:

1	**Bewusstsein für die Rolle und die Situation betreuender Angehöriger auf allen Ebenen schaffen** Um die Angehörigen zu unterstützen, ist es wichtig, dass Bund, Kantone, Gemeinden, Unternehmen und Organisationen dafür sorgen, dass die Angehörigenbetreuung in der Gesellschaft besser anerkannt wird. Es braucht ein klareres Bewusstsein für die Rolle und die Situation betreuender Angehöriger.
2	**Entlastungsbedarf regelmässig erfassen** Betreuende Angehörige wünschen sich Unterstützung und Entlastung. Es ist deshalb wichtig, dass Fachpersonen der Gesundheit und der Sozialen Arbeit den Entlastungsbedarf frühzeitig und systematisch erfassen. Damit lässt sich verhindern, dass eine Betreuungs- und Pflegesituation zu Hause kollabiert.
3	**Kantonale/regionale Anlauf- oder Informationsstelle für Angehörige bezeichnen** Die Forschungsergebnisse zeigen, dass betreuende Angehörige den Zugang zu passenden Entlastungsangeboten oft nicht finden. Ein Grund dafür könnte sein, dass die lokal vorhandenen Angebote zu wenig bekannt sind und daher auch nicht genutzt werden. Deshalb ist es wichtig, dass Kantone und Gemeinden eine zentrale Anlaufstelle bezeichnen oder schaffen, die eine Übersicht über alle Angebote bietet.
4	**Caring Communities fördern und Angehörige in ihrer Lebenswelt ansprechen** Es ist wichtig, dass betreuende Angehörige sich selbst als solche erkennen und ihre Lage richtig einschätzen, um rechtzeitig die passenden Informationen zu finden. Eine Möglichkeit dazu ist die Förderung von Caring Communities, indem Menschen in Alltagssituationen auf das Thema Angehörigenbetreuung angesprochen und auf niederschwellige Beratungsangebote hingewiesen werden.
5	**Zugang zu Beratung für vulnerable Gruppen sicherstellen** Damit auch vulnerable betreuende Angehörige Informationen über Entlastungsangebote erhalten, ist es wichtig, dass Beratungsangebote für alle Menschen zugänglich sind und Informationen auch für vulnerable Gruppen und in leichter Sprache aufbereitet werden.
6	**Besonderheiten spezifischer Betreuungssituationen anpassen** Die Betreuung von Menschen am Lebensende, von Menschen mit Demenz oder von Menschen nach einem Suizidversuch stellen besondere Anforderungen an die Angehörigen. Dazu braucht es Arbeitsinstrumente, die den Entlastungsbedarf spezifisch erfassen (siehe auch Empfehlung 2). Angehörige benötigen für ihre Betreuungssituation relevante Informationen.
7	**Unterstützung in Notfallsituationen verbessern und gesundheitliche Vorausplanung besser im Gesundheitswesen verankern** Angehörige brauchen einerseits sofortige Hilfe bei Notfällen und sollten andererseits auf zukünftige Notfallsituationen vorbereitet werden. Im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung können sie lernen, damit umzugehen und Massnahmen vorausschauend besprechen und angehen.

8	**Zugang zu Palliative Care verbessern** Die Mehrheit der Sterbenden in der Schweiz durchlebt eine mehr oder weniger lange Krankheitsphase. Allerdings steht für die Sterbephase längst nicht immer eine kontinuierliche professionelle Begleitung bereit. Der Zugang zu Angeboten der Palliative Care soll verbessert werden.
9	**Thema «Betreuende Angehörige» in die Aus- und Weiterbildung aufnehmen** In den Aus- und Weiterbildungen sollten die Fachpersonen auf die verschiedenen Zusammenarbeitsformen mit betreuenden Angehörigen vorbereitet werden.
10	**Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und betreuenden Angehörigen etablieren** Organisationen der Leistungserbringenden und Fachverbände sind aufgefordert, Leitfäden o. ä. zur Zusammenarbeit mit den betreuenden Angehörigen zu entwickeln und in der Praxis zu implementieren.
11	**Kompetenzen von betreuenden Angehörigen formal anerkennen** Im Sinne einer Stärkung der Angehörigen sollten Möglichkeiten geprüft werden, wie Angehörige, die über längere Zeit Aufgaben der Grund- und Behandlungspflege übernehmen (gemäss Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung), eine anerkannte Qualifikation erwerben können. Damit würde die Voraussetzungen für eine finanzielle Abgeltung geschaffen.
12	**Know-how in den Unternehmen aufbauen und Modelle guter Praxis verbreiten** Unternehmen sollen Know-how aufbauen, damit sie betreuende Angehörige bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Betreuungsaufgaben besser unterstützen können (z. B. Entwicklung von Orientierungshilfen, Richtlinien). Arbeitgebendenverbände und weitere Akteurinnen und Akteure können dabei helfen, indem sie Modelle guter Praxis aufzeigen und einen Austausch unter den Firmen ermöglichen.
13	**Koordinierte regionale Versorgungsstrukturen schaffen** Für komplexere Betreuungs- und Pflegesituationen ist es wichtig, koordinierte, vernetzte und interprofessionelle Versorgungsstrukturen aufzubauen, die Tages- und Nachtstrukturen mit einem Angebot für Notfallsituationen und Kurzaufenthalten kombinieren können.
14	**Angehörige zu finanziellen und rechtlichen Fragen beraten** Betreuende Angehörige benötigen Beratungsangebote, die auch Fragen zu Auswirkungen auf die finanzielle Situation des Haushalts oder zu rechtlichen Fragen beantworten können.
15	**Tarife für Betreuungs- und Entlastungsangebote einkommensabhängig festlegen** Um den Zugang zu Betreuungs- und Entlastungsangeboten zu vereinfachen, sollen Kantone und Gemeinden prüfen, wie einkommensabhängige Tarife für die externe Betreuung umgesetzt werden können.
16	**Regelmässige Berichterstattung zu betreuenden Angehörigen und Entlastungangeboten etablieren** Für die strategische Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen im Bereich Betreuung und Pflege (zu Hause wie extern), braucht es entsprechende Daten. Gute und regelmässig erhobene Daten sind die Grundlage für eine fundierte Planung.

Quelle: Synthesebericht Entlastungsangebote pflegende Angehörige des BAG (178)

14 Versionsverlauf

Version	Datum	Beschreibung	Autor:in
Erstentwurf	Oktober 2024	Inhaltsverzeichnis erstellt, diskutiert mit Mit-Autor:innen	Eva Cignacco, Tabea Schmid
Version 1	Dezember 2024	Ausarbeitung Phase I	Tabea Schmid
Version 2	Januar 2025	Überarbeitung von V1 nach Feedback von Eva Cignacco, Ausarbeitung Phase II	Tabea Schmid, Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier
Version 3	Februar 2025	Überarbeitung V2	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier
Version 4	Mai 2025	Überarbeitung von V3 nach Feedbackrunde mit Mitautor:innen, Ergänzung von zusätzlichen Kapiteln	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier, Tabea Schmid, Katja Uhlmann, Raphael Banz, Christian Burr
Version 5	Juni 2025	Überarbeitung von V4 basierend auf Feedback durch Mitautor:innen, Ergänzung von Kapitel 5	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier und Tabea Schmid
Version 6	Juli 2025	Bereinigte Version 5, die den Mitautor:innen zur Prüfung zur Verfügung gestellt wurde	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier und Tabea Schmid
Version 7	Oktober 2025	Integration des Feedbacks der Mitautor:innen zur Version 6, Ergänzung Kapitel 7, 8, 9 und 10, kleinere Anpassungen an den Kapiteln 3.3 und 4.3, Vereinheitlichung Formulierungen und Layout	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier, Tabea Schmid, Christian Burr, Katja Uhlmann und Aline Leibundgut
Version 8	Oktober 2025	Bereinigte Version 7, die allen Mitautor:innen zur finalen Prüfung zugestellt wurde	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier und Tabea Schmid
Version 9	18. November 2025	Für das Lektorat bereinigte Version 9, hinzugefügt: Management Summary, Vorwort	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier und Tabea Schmid
Version 10	28. November 2025	Überarbeitete und bereinigte finale Version nach dem Lektorat	Eva Cignacco, Sandra Siegrist-Dreier und Tabea Schmid