



# Professionsentwicklung in Care@home-Settings – Zwischenbericht

Stand der Literatur und Forschungsdesiderate

**Erstautorinnen:** Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo, Pascale Zürcher, Iris Lipp

**Mitautorinnen** (alphabetische Reihenfolge):

Stefanie Brefin

Selina Keller

Tabea Schmid

Dr. Franziska Schmidt

Katja Uhlmann

Januar 2026

## Impressum

**Titel** Professionsentwicklung in Care@home-Settings – Zwischenbericht

**Jahr** 2026

**Erstautorinnen** Prof. Dr. Friederike Thilo, Pascale Zürcher, Iris Lipp

**Mitautorinnen** Stefanie Brefin  
Selina Keller  
Tabea Schmid  
Dr. Franziska Schmidt  
Katja Uhlmann

**Lektorat** Andrea Weibel, Bern; <https://andreaweibel.ch/>

**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](http://www.bfh.ch/scc)  
[scc@bfh.ch](mailto:scc@bfh.ch)  
Telefon Zentrale +41 31 848 33 00

## Danksagung

Wir danken allen Personen, die an der Erarbeitung dieses Berichts mitgewirkt und durch ihre Expertise massgeblich zur erfolgreichen Umsetzung dieses Arbeitspakets beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt den Mitgliedern des Advisory Boards und des Sounding Boards, die uns mit wertvollen Impulsen, konstruktiven Rückmeldungen und strategischer Beratung unterstützt haben.

Unser ausdrücklicher Dank richtet sich an die Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Organisationen:

- Berner Fachhochschule
- FresuCare AG
- Haslibrunnen AG
- Inselspital Bern
- Omanda AG
- Réseau de l'Arc
- Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc
- Spitex Aare-Gürbetal
- Spitex AemmePlus
- Spitex Bachtel Zürich
- Spitex Bern
- Spitex ReBeNo
- Spitex Region Thun
- Spitex Verband Kanton Bern
- Swiss Center for Design and Health

Ihre Beiträge haben wesentlich dazu beigetragen, die Qualität und Relevanz unserer Arbeit sicherzustellen. Nicht zuletzt bedanken wir uns herzlich bei unserer Kollegin Tanja Häusermann für die Unterstützung bei der Finalisierung dieses Berichts.

## Management Summary

Die Versorgung im häuslichen Umfeld gewinnt in der Schweiz angesichts des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen und des Bedarfs an einer sektorenübergreifenden, personenzentrierten Versorgung zunehmend an Bedeutung. **Care@home-Modelle bieten spital-äquivalente medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen zu Hause** und verfolgen drei Hauptziele: die Vermeidung von Spitaleinweisungen (*admission avoidance*), die Verkürzung stationärer Aufenthalte (*early supported discharge/ early transfer*) und die Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung in peripheren Regionen (*timely access*). Internationale Evidenz zeigt, dass **Care@home-Modelle vergleichbare oder bessere klinische Ergebnisse erzielen können als die stationäre Versorgung** und von Patient:innen sowie Fachpersonen positiv bewertet werden. Die Entwicklung, Pilotierung und Implementierung von Care@home-Modellen in der Schweiz soll auf einer **wissenschaftlich fundierten Grundlage** erfolgen. Dadurch können **vorhandenes Wissen, bestehende Erfahrungen sowie bekannte Herausforderungen und Stolpersteine** gezielt berücksichtigt werden. Zugleich werden spezifisches Wissen und kontextuelle Erfahrungen für die Schweiz von Beginn an integriert und tragen so zur kontinuierlichen Generierung von schweizerischem Wissen und praktischer Expertise bei.

Der vorliegende Zwischenbericht aus dem Arbeitspaket 1 «Professionsentwicklung» des Swiss Center for Care@home **untersucht drei zentrale Fragestellungen:**

- Welche Rollenprofile und Kompetenzen sind in Care@home-Modellen erforderlich?
- Wie funktioniert eine effiziente intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit über die Versorgungssektoren hinweg?
- Welche Aus- und Weiterbildungsangebote bestehen und wo besteht zusätzlicher Bedarf?

**Ziel war es**, auf Basis einer systematischen Recherche und Analyse der wissenschaftlichen Literatur **die Rollenprofile, die Kooperationsformen in Care@home-Teams und die Anforderungen an diese zu klären sowie den Aus- und Weiterbildungsbedarf sowie die entsprechenden Angebote zu identifizieren**. Davon wurde der Forschungsbedarf für die Schweiz abgeleitet. So kann in der nächsten Phase der Erarbeitung dieses Arbeitspakets die empirische Evidenz der Schweiz gezielt erhoben und die Care@home-Modelle wissenschaftlich fundiert weiterentwickelt, pilotiert, evaluiert und implementiert werden.

Die **Ergebnisse** zeigen, dass **Care@home-Teams interprofessionell zusammengesetzt** sind und sich hinsichtlich ihrer Struktur und Rollen stark unterscheiden. Das **Kernteam** besteht typischerweise aus Ärzt:innen und Pflegefachpersonen, ergänzt durch **weitere Berufsgruppen** wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit und Pharmazie. Zugehörige werden in vielen Modellen aktiv einbezogen. Pflegefachpersonen übernehmen zentrale Aufgaben entlang des gesamten Patientenpfades, von der Triage und der klinischen Einschätzung über die Koordination, das Monitoring und die Visiten bis hin zu pflegerischen und medizinischen Interventionen. Ihre Qualifikationen reichen von einem Abschluss auf der Assistenzstufe bis zu Master- und Promotionsabschlüssen; Advanced Practice Nurses haben erweiterte Verantwortlichkeiten,

etwa für die Medikamentenverschreibung und virtuelle Visiten. Eine **Schlüsselrolle nimmt der/die Koordinator:in** ein: Diese Person verbindet sektorenübergreifende Prozesse. Diese Rolle kann von unterschiedlichen Professionen übernommen werden kann.

Die Zusammensetzung der Teams spiegelt die Versorgungsstruktur wider: stationäre, ambulante und intersektorale Modelle sind verbreitet, wobei die Mehrheit der Angebote von Akutspitalern geschaffen wurde. **Die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern ist essenziell, aber herausfordernd**, insbesondere in Bezug auf die Kommunikation, Zuständigkeiten und die Finanzierung. Fehlende Vergütungsmodelle im ambulanten Bereich, uneinheitliche gesetzliche Rahmenbedingungen und fehlende gemeinsame Dokumentationssysteme für den Informationsfluss hemmen die Skalierung und nachhaltige Implementierung. Mischfinanzierungen oder Fundraising sind häufig notwendig.

**Care@home-Modelle adressieren ein breites Spektrum von Patient:innen:** Dieses reicht von Personen mit akuten Infektionen und chronischen Erkrankungen über Menschen mit chirurgischen und onkologischen Indikationen bis zu Personen, die eine palliative und/oder psychiatrische Versorgung benötigen. **Einschlusskriterien** umfassen beispielsweise die medizinische Stabilität, geeignete häusliche Rahmenbedingungen oder die Verfügbarkeit von Angehörigen. Mögliche **Ausschlusskriterien** sind instabile Gesundheitssituationen und Suchterkrankungen. Neben medizinischen und pflegerischen Aufgaben übernehmen die Teams auch die psychosoziale Betreuung und die Anleitung von Angehörigen. **Eine funktionierende digitale Infrastruktur** ist eine zentrale Voraussetzung für effiziente, sichere Prozesse. Ergänzend sind technische Ausstattungen wie das Vitalzeichen-Monitoring, Infusionssysteme und die mobile Diagnostik erforderlich.

**Zugangsvoraussetzungen für die Arbeit in Care@home-Modellen** umfassen teilweise Zusatzqualifikationen im Bereich klinische Fertigkeiten oder erweiterte Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Auswertung der **Literatur zur Aus- und Weiterbildung** zeigt, dass bestehende Angebote primär Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und Pharmazeut:innen adressieren. Die **Lerninhalte decken ein breites Spektrum ab:** klinische Fertigkeiten (Medikationsmanagement, Infusionstechniken, EKG, Katheterisierung), patientenspezifisches Wissen, psychosoziale Betreuung, Kommunikation, Strategien zum Empowerment von Patient:innen, interkulturelle Kompetenzen sowie die digitale Dokumentation gehören dazu. **Effektive Programme** kombinieren verpflichtende Initialschulungen, interprofessionelle Trainings, Simulationen, On-the-job-Training, Supervision und digitale Formate. Die **kontinuierliche Begleitung und der kollegiale Austausch werden als besonders wertvoll** hervorgehoben. **Weiterbildungsbedarfe** bestehen insbesondere in der personenzentrierten Kommunikation, der Rollenklärung, der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie im Umgang mit digitalen Tools und medizinisch-technischen Geräten. Zudem wird die **Entwicklung praxisnaher Konzepte** zur Vermittlung von Notfallkompetenzen und telemedizinischen Fähigkeiten als notwendig erachtet.

Die **zusammengefasste Evidenz** (vgl. Kapitel 5) verdeutlicht, dass Care@home-Modelle eine komplexe, interprofessionelle Versorgungsform darstellen, die klare Rollenprofile, eine digitale Infrastruktur, abgestimmte Prozesse und eine gezielte Weiterbildung erfordert, um eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. **Auf Basis der dargestellten Evidenz zur Professionsentwicklung in Care@home-Settings wurden zentrale Forschungsdesiderate abgeleitet**, die für die Weiterentwicklung und die nachhaltige Implementierung dieser Versorgungsmodelle in der Schweiz entscheidend sind.

## **Forschungsdesiderate**

Im Folgenden werden die identifizierten Forschungslücken dargestellt (vgl. Kapitel 6). In Kapitel 6 sind die konkreten Empfehlungen zu diesen nächsten Schritten skizziert.

### **1. Übersicht Care@home-Modelle Schweiz**

Obwohl international vielfältige Care@home-Modelle beschrieben und erfolgreich implementiert wurden, fehlt es im Schweizer Kontext bislang an einer praxisbasierten und systematisch erarbeiteten Auslegeordnung bestehender und geplanter Care@home-Modelle. Eine solche Übersicht ist essenziell, um die konzeptionelle Vielfalt, die strukturellen Voraussetzungen und die professionsübergreifenden Anforderungen differenziert zu erfassen und für die Weiterentwicklung nutzbar zu machen.

### **2. Rollenprofile in Care@home-Modellen**

Es fehlt bislang an praxisbasierten, systematisch erarbeiteten und professionspezifisch differenzierten Rollenprofilen und an der Klärung von neuen Berufsrollen (das Richtige tun, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort etc.) für die Umsetzung von Care@home-Modellen in der Schweiz (basierend auf den Modellen aus Forschungsdesiderat 1). Gemeinsam mit Fachpersonen aus Praxis und Ausbildung gilt es die erforderlichen Qualifikationen, Berufserfahrungen und Kompetenzen zu definieren und die Verantwortungsbereiche sowie Aufgaben der beteiligten Gesundheitsfachpersonen festzulegen.

### **3. Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:innen**

Obwohl Gruppen von geeigneten Patient:innen für internationale Care@home-Modelle bereits beschrieben sind, fehlt es bislang an systematisch und mit der Praxis entwickelten und evaluierten Ein- und Ausschlusskriterien, die festlegen, welche Patient:innen in Schweizer Care@home-Modellen behandelt werden können (oder nicht). Diese Aufarbeitung unterstützt ein umfassendes Verständnis der Frage, durch welche Faktoren – wie Akutheit, Komplexität oder weitere Merkmale – sich Patientensituationen auszeichnen, die in Care@home-Modellen interprofessionell und intersektoral qualitativ hochstehend, wirksam, sicher und effizient versorgt werden können.

### **4. Versorgungslücken**

Es fehlt an einer Übersicht über die derzeitigen Versorgungslücken (und die damit verbundenen Herausforderungen) im Care@home-Setting in der Schweiz, beispielsweise im Ernährungsmanagement, die mit einer integrierten, interprofessionellen Versorgung behoben werden könnten. Über den Status quo der wissenschaftlichen Literatur hinaus soll frühzeitig geklärt werden, wie diese Versorgungslücken aus der Perspektive aller Gesundheitsprofessionen gezielt adressiert werden können, um Care@home-Modelle wirksam, sicher und qualitativ hochwertig umzusetzen.

## **5. Wirkungsindikatoren für Care@home-Modelle**

Obwohl Care@home-Modelle bereits beschrieben sind, fehlt es bislang an systematisch und mit der Praxis entwickelten Wirkungsindikatoren, die den Erfolg solcher Modelle auf mehreren Ebenen – z. B. jenen des Individuums, des Teams, der Institution, des Versorgungsmodells – messbar machen. Insbesondere im Schweizer Kontext besteht der Bedarf an validen, professionsübergreifend anschlussfähigen Indikatoren zur Bewertung der Versorgungsqualität, der Patientensicherheit, der Rehospitalisierung, der Kosten und der Ressourceneffizienz, der Rollenprofile sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit.

## **6. Digitale Werkzeuge und deren Nutzen**

Im Kontext von Care@home-Modellen «Made in Switzerland» ist bislang unklar, welche digitalen Werkzeuge entlang des Patientenpfades wirkungsvoll und nutzenstiftend für Gesundheitsfachpersonen, Patient:innen und Zugehörige eingesetzt werden sollen. Es fehlt an einer systematischen, praxisbasierten Analyse der eingesetzten und benötigten digitalen Werkzeuge (Hard- und Software und Methoden) – aus der Sicht von Fachpersonen, interprofessionellen Teams, Patient:innen und Zugehörigen – und von deren Kostenstruktur und Finanzierung.

## **7. - 9. Kompetenzprofile, Schulungsbedarf und Wirksamkeit von Schulungen**

Es besteht Forschungsbedarf zur Definition der erforderlichen Wissens- und Kompetenzprofile für Gesundheitsfachpersonen in verschiedenen Care@home-Modellen sowie zur Entwicklung geeigneter didaktischer Formate und Inhalte, insbesondere im Hinblick auf digitale Kompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit. Zudem fehlen belastbare Wirkungsanalysen und Langzeitstudien zu Schulungsformaten hinsichtlich Lernwirksamkeit, Praxistransfer und Nachhaltigkeit für die Versorgungsqualität.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	10
1.1	Arbeitspaket 1 zur Professionsentwicklung	12
1.2	Zielsetzung	13
1.3	Fragestellungen	13
<b>2</b>	<b>Methode</b>	14
<b>3</b>	<b>Ergebnisse zum Themenbereich Profession und Good Practices</b>	20
3.1	Berufsgruppen, Rollen und Qualifikationsstufen in Care@home-Teams	21
3.2	Zusammensetzung (Intersektoralität) von Care@home-Teams und ihre Finanzierung	24
3.3	Patientengruppen, die von Care@home-Teams versorgt werden	25
3.4	Aufgaben und Interventionen von Care@home-Teams	28
3.5	Strukturen, die Care@home-Teams benötigen	30
3.6	Aufgaben von Care@home-Teams im Umgang mit Zugehörigen	32
<b>4</b>	<b>Ergebnisse zum Themenbereich Aus- und Weiterbildung</b>	33
4.1	Angebote für Care@home-Teams	33
4.2	Bedürfnisse von Care@home-Teams	35
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung der Evidenz</b>	37
<b>6</b>	<b>Forschungsdiesiderate</b>	41
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	45

## 1 Einleitung

Angesichts des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen und des wachsenden Bedarfs an einer personenzentrierten, sektorenübergreifenden Versorgung rückt die Versorgung im häuslichen Umfeld in der Schweiz zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer und versorgungspraktischer Diskussionen. Unter dem Begriff Care@home werden Versorgungsmodelle verstanden, die es Patient:innen aller Altersgruppen ermöglichen, eine integrierte, interprofessionelle, häufig intersektorale, hochstehende, akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu Hause zu erhalten (1). Care@home umfasst einerseits Hospital-at-Home- und Home-Treatment-Aktivitäten, die eine spitaläquivalente somatische und psychiatrische Versorgung bieten. Andererseits zählen auch Situationen der Tertiärprävention mit einem hohen Risiko der Verschlechterung zu Care@home. Weiter bietet Care@home Gesundheitsversorgungsmodelle, die Telemedizin einsetzen (1).

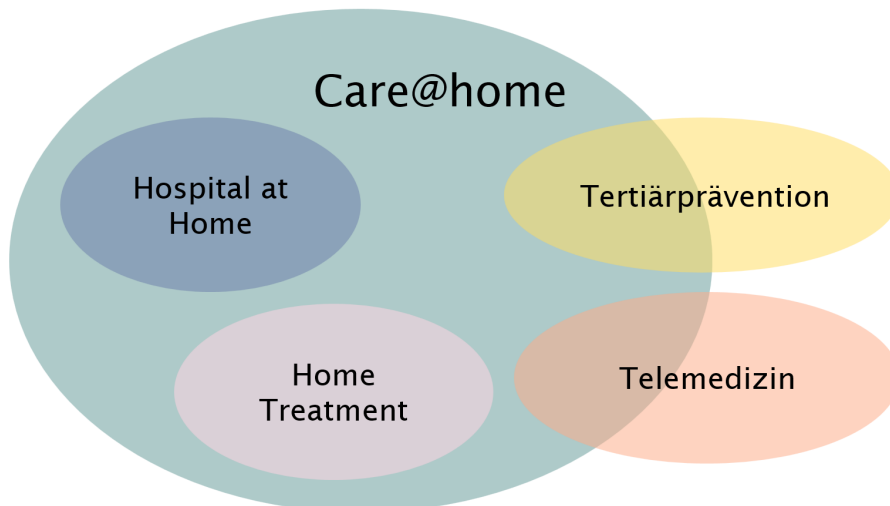


Abbildung 1: Definition von Care@home des Swiss Center for Care@home (1)

Care@home-Modelle sollen einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung stationärer Einrichtungen leisten und gleichzeitig die Lebensqualität der Patient:innen verbessern. Ziel ist es, in entsprechenden Situationen mithilfe interprofessioneller Teams und technologischer Unterstützung eine effiziente und wirksame Versorgung sicherzustellen, die vergleichbare oder bessere Behandlungsergebnisse als im Spital erzielt (2). Care@home verfolgt dabei drei Ansätze:

1. Vermeidung einer Spitaleinweisung (*admission avoidance*)
2. Verkürzung des stationären Aufenthalts (*early supported discharge / early transfer*)
3. Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung in peripheren Regionen (*timely access*)

Mit Care@home-Modellen soll nicht nur die Versorgungsqualität verbessert, sondern auch die Belastung stationärer Einrichtungen reduziert werden – bei gleichzeitiger Förderung der Lebensqualität und Selbstbestimmung der Patient:innen (2). Internationale Studien zeigen, dass Spitalaufenthalte vermieden werden können und frühzeitige Spitalentlassungen möglich sind; ausserdem machen Patient:innen und medizinisches Fachpersonal mehrheitlich positive Erfahrungen

mit Care@home-Modellen (3). Die Vertrautheit der häuslichen Umgebung, die zu einer schnelleren Genesung beiträgt, die personenzentriertere Versorgung, die gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Einbindung und Unterstützung durch Zugehörige zählen zu den Stärken von Care@home-Modellen (4). Patient:innen und Zugehörige nehmen Care@home als sicher und effektiv wahr und äussern insgesamt einen hohen Grad an Zufriedenheit (4). «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» (5, S. 16).

Vergleichende Analysen legen nahe, dass Care@home-Modelle zu ähnlichen oder besseren klinischen Ergebnissen führen als die stationäre Behandlung, wobei der Ansatz *admission avoidance* hinsichtlich Kosten und klinischer Ergebnisse möglicherweise dem Ansatz *early transfer* überlegen ist (6). Gleichzeitig bestehen erhebliche Herausforderungen bezüglich der Umsetzung solcher Modelle (3). Dazu gehört die Sicherstellung einer rund um die Uhr erreichbaren und schnell reagierenden Versorgung, die durch Koordinationszentren, dedizierte Kommunikationskanäle und klare Notfallprozesse unterstützt werden muss. Ebenso zentral ist eine effiziente Kommunikation und Datenintegration zwischen verschiedenen Versorgungssektoren, um Informationsverluste und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Weitere kritische Punkte betreffen die Sicherheit des virtuellen Monitorings und die Benutzerfreundlichkeit der eingesetzten Technologien, insbesondere was gewisse Zielpopulationen wie ältere Menschen betrifft (3). Um das Ziel einer effektiven und personenzentrierteren Versorgung zu erreichen, braucht es Rahmenwerke für die interprofessionelle Zusammenarbeit und den Kompetenzaufbau der Fachpersonen in Care@home-Modellen (7). In der internationalen Literatur bleibt bislang unklar, welche Gruppe von Patient:innen besonders von Care@home-Modellen profitieren, und entsprechend fehlen eindeutige Kriterien für deren gezielten Einschluss sowie für die darauf abgestimmte Prozessplanung und Evaluation (7). Der Kompetenzrahmen für Fachkräfte in Care@home-Modellen ist oft breit gefächert und reicht von klinischer Erfahrung über Kooperationsfähigkeit bis hin zu Anforderungen, die mit höheren Bildungsabschlüssen wie einem Master erfüllt werden können. Einen Konsens über klinische und wirtschaftliche Outcomes von Care@home-Modellen im Vergleich zur stationären Versorgung gibt es derzeit noch nicht (7).

Aktuelle Entwicklungen von Versorgungsmodellen zeigen eine Verschiebung von multidisziplinären hin zu inter- und transdisziplinären Teamansätzen (8). Dennoch steht weiterhin noch oft der Einsatz einzelner Berufsgruppen im Fokus, wobei ein geeigneter Kooperationsrahmen fehlt, was zu Rollenunklarheiten führen, und die professionelle Identität beeinträchtigen kann (8).

Obwohl das Spital nach wie vor für zahlreiche Erkrankungen ein optimaler Behandlungsort ist, zeigen internationale Erfahrungen, dass das Versorgungsmodell Care@home eine sinnvolle Ergänzung zur stationären Versorgung darstellt und gleichzeitig die ambulanten Strukturen entlas-

ten kann (6, 9, 10). In der Schweiz finden Care@home-Modelle bereits Anwendung in der psychiatrischen Versorgung (11, 12) sowie in der medizinischen Rehabilitation. In der somatischen Akutversorgung oder nach chirurgischen Eingriffen gibt es ebenfalls zunehmend mehr Angebote (13–15). Auch im Bereich der palliativen Versorgung, in der beispielsweise das Spital, die Hausärztin oder der Hausarzt und die spitalexterne Pflege (Spitex) eng zusammenarbeiten, setzen sich zunehmend Care@home-Modelle durch. Ein Beispiel ist das mobile Palliative Care-Team des GZO Spital Wetzikon: Es besteht aus spezialisierten Pflegefachpersonen und Ärzt:innen, die Patient:innen in Palliativsituationen in enger Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Hausarztmedizin, Pflegeheimen, der Spitex, der Psychoonkologie, der Physiotherapie und der Seelsorge zu Hause betreuen (16, 17).

Die erfolgreiche Implementierung wirkungsvoller Care@home-Modelle in der Schweiz erfordert Anpassungen bestehender Versorgungsstrukturen sowie innovative Ansätze in der Aus- und Weiterbildung, um die Rollenprofile der beteiligten Fachpersonen zu stärken (5). Dabei gilt es, die Stärke der Schweiz mitzudenken, die über ein differenziert ausgebautes spitalexternes Versorgungssystem verfügt (18). Insbesondere die Spitex gewährleistet schon heute im häuslichen Setting eine qualitativ hochstehende Versorgung unterschiedlicher Gruppen von Patient:innen. Das Leistungsspektrum reicht von der Unterstützung bei kleineren gesundheitsrelevanten Anliegen über wichtige Unterstützungsmassnahmen im Alltag bis hin zur Versorgung in komplexen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Situationen (18).

Bislang fehlt jedoch für die Schweiz eine systematische Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz zu den Rollenprofilen und Praktiken, zu Zusammenarbeitsformen von Fachpersonen in Care@home-Modellen sowie zu deren Aus- und Weiterbildungsbedarf. Es braucht diesen ersten Schritt der sorgfältigen Erarbeitung der aktuellen Evidenz, um die Entwicklung von Care@home-Modellen, deren Pilotierung und Implementierung wissenschaftlich fundiert vorantreiben zu können.

### **1.1 Arbeitspaket 1 zur Professionsentwicklung**

Erste Initiativen und Projekte pilotieren die Umsetzung von Care@home-Versorgungsmodellen in der Schweiz (19). International ist dieses spitalersetzende Versorgungsmodell bereits implementiert: Untersuchungen dazu liefern der Schweiz wichtige empirische und anekdotische Erkenntnisse. Kennzeichnend für Care@home-Modelle ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Zentrum stehen dabei die Professionen Pflege und Medizin. Die Schweiz weist hier eine Besonderheit auf: Es gibt nicht nur im klinischen Setting hoch kompetente Pflegefachpersonen und Ärzt:innen, sondern auch im ambulanten Setting. Spitex und Hausärzt:innen versorgen die Patient:innen zusammen mit weiteren Leistungserbringer:innen aus der Physiotherapie, der Ernährungsberatung oder der Psychologie sowie mit Hebammen auf einem qualitativ hohen Niveau. Um Care@home-Modelle in der Schweiz wirksam, effizient und zweckmässig implementieren zu können, ist es wichtig zu klären, welche Rollenprofile beispielsweise Advanced Practice Nurses, Advanced Practice Midwives oder im Case Management tätige Personen benötigen, wie die Zusammenarbeit

über die Settings Akutspital, Spitex, Rehabilitation und Langzeitsetting hinweg funktionieren sollte und welcher Aus- und Weiterbildungsbedarf besteht.

## 1.2 Zielsetzung

Deshalb besteht das Ziel darin, literaturbasiert die folgenden Aspekte zu verstehen:

- Welche **Rollenprofile** in Care@home-Modellen benötigt werden, sowohl disziplinar als auch interdisziplinär, über verschiedene Settings hinweg; inwiefern es sich um neue Rollen handelt und wo es sich um Rollen mit erweiterten Kompetenzen sowie um weitere Berufsgruppen (z. B. Technologiesupport) handelt;
- welche **Praktiken** (Handlungsweisen) und **Zusammenarbeitsmodi**, inklusive Informationsaustausch, diese Teams kennzeichnen;
- welches **Angebot** und welcher **Bedarf** bestehen an Aus- und Weiterbildungen;
- welche **Karrieremöglichkeiten** sich für Fachpersonen abzeichnen, die in Care@home-Modellen tätig sind.

## 1.3 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

1. Für welche Care@home-Modelle braucht es welche **Rollenprofile**?
2. Wie funktioniert eine effiziente und wirksame **intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit** über die Sektoren (Institutionen) hinweg?
3. Welche **Aus- und Weiterbildungsangebote** bestehen bereits und welcher zusätzliche **Bedarf** an Aus- und Weiterbildungen besteht?

Aufgeteilt wurden die Fragestellungen in zwei Themenbereiche: *Profession und Good Practices* (Fragestellungen 1 und 2) und *Aus- und Weiterbildung* (Fragestellung 3).

## 2 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde pro Themenbereich (*Profession und Good Practices* sowie *Aus- und Weiterbildung*) eine Literaturübersicht in Anlehnung an eine systematische Mapping Review (20) erarbeitet. Eine systematische Mapping Review sammelt, beschreibt und katalogisiert die verfügbare Evidenz zu einem bestimmten Thema. Die einbezogenen Studien können dazu verwendet werden, ein besseres Verständnis von Modellen zu entwickeln sowie Wissenslücken und -cluster zu identifizieren (20).

### 2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die jeweiligen Themenbereiche wurden die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien verwendet (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die zu untersuchenden Themenbereiche

Themenbereich Profession and Good Practices	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Studien, die über ... - Gesundheitsfachpersonen und ihre Aufgaben in Care@home-Teams berichten; - ein Care@home-Modell mit den dazugehörigen Strukturen, Prozessen und Praktiken berichten; - Patient:innen informieren, die von Care@home-Teams versorgt werden; - die Zusammenarbeit zwischen Zugehörigen und Care@home-Teams berichten.	- Meinungen von Expert:innen, Konferenz-Abstracts, Studienprotokolle und -registrierungen; - Studien, die über ambulante Pflegedienstleistungen berichten.
Themenbereich Aus- und Weiterbildung	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
- Studien, die über Aus- und Weiterbildungsangebote für Personen in Care@home-Modellen berichten.	- Meinungen von Expert:innen, Konferenz-Abstracts, Studienprotokolle und -registrierungen; - Studien, die über Aus- und Weiterbildungen im Rahmen ambulanter Pflegedienstleistungen berichten.

### 2.2 Suchstrategie

Für die beiden Themenbereiche entwickelten die Zweit- und die Letztautorin jeweils eine separate Suchstrategie. Zur Operationalisierung der beiden Suchstrategien wurden zuerst die drei Hauptfragestellungen thematisch verfeinert und in acht Subfragestellungen festgehalten:

1. Welche **Berufsgruppen** (Interprofessionalität, Interdisziplinarität), **Qualifikationsstufen** (Grades) und **Rollen** (z.B. Advanced Practice) finden sich in Care@home-Teams?
2. Wie spiegelt sich die **Intersektoralität** (stationäre Akutversorgung, stationäre Langzeitversorgung, ambulante Versorgung) in der Zusammensetzung der Care@home-Teams wider?
3. Welche **Gruppen von Patient:innen** werden von Care@home-Teams versorgt?

4. Welche **Berufsgruppe** des Care@home-Teams übt welche **Aufgaben/ Massnahmen/ Interventionen (Kompetenzen und Verantwortungen)** in der Diagnostik und Behandlung entlang des Patientenpfades aus?
5. Welche **Strukturen** (Patientendossier, digitale Werkzeuge [Smartphone, Tablet, Applikation, online Plattform] etc.), **Prozesse** (Triage, Monitoring, Visiten, Bereitstellung von Medikamenten/Geräten/Hilfsmitteln für Diagnostik und Behandlung etc.) und **Praktiken** kennzeichnen effizient arbeitende Care@home-Teams? Als Praktiken werden hier unter anderem Vorgehensweisen, theoretische Modelle, Einstellungen, eine vorhandene Kultur oder Denkweise, einen Finanzierungsmodus oder Arbeitsmodelle verstanden, die sich nicht den Strukturen oder Prozessen zuordnen lassen.
6. Welche in Care@home-Teams vorhandenen Berufsgruppen und Rollen übernehmen welche Aufgaben, wenn es um die Instruktion und Betreuung der **Zugehörigen** geht?
7. Welche **Aus- und Weiterbildungsangebote** gibt es für Fachpersonen in Care@home-Teams und wie ist der Zugang zu diesen ausgestaltet (hinsichtlich der vorausgesetzten Qualifikation, Dauer, Inhalt, Einbettung in den Arbeitsalltag oder Trennung von diesem, synchroner oder asynchroner Durchführung)?
8. Welche **Aus- und Weiterbildungsbedürfnisse** von Fachpersonen in Care@home-Teams sind beschrieben?

Anschliessend wurde von Dezember 2024 bis Januar 2025 eine Suchstrategie angewendet, die alle identifizierten Schlagworte umfasste, um so veröffentlichte Studien zu identifizieren. Dazu wurde eine systematische Suche in den Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL Ultimate via EBSCOhost und Embase via Elsevier durchgeführt. Eingeschlossen wurden ab 2015 in englischer und deutscher Sprache veröffentlichte Artikel. Akzeptiert wurden sämtliche Schreibweisen von Care@home (mit Abstand, Bindestrich und @-Zeichen). Exemplarisch sind die Suchstrategien aus der Datenbank MEDLINE für die beiden Themenbereiche Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Suchstrategie in der Datenbank MEDLINE via PubMed

Themenbereich Profession und Good Practices	
Datenbanken	Schlag- und Textworte
MEDLINE via PubMed	(((((((home care services, hospital-based[MeSH Terms])) OR ("hospital-at-home"[Title/Abstract])) OR (hospital@home[Title/Abstract])) OR ("hospital in the home"[Title/Abstract])) OR ("acute hospital care at home"[Title/Abstract])) OR ("home hospitalization"[Title/Abstract])) OR ("home hospital"[Title/Abstract])) AND (((((((health personnel[MeSH Terms]) OR (interprofessional relations[MeSH Terms])) OR ("health professional"[Title/Abstract])) OR ("healthcare staff"[Title/Abstract])) OR (interprofessional[Title/Abstract])) OR (grademix[Title/Abstract])) OR ("grade mix"[Title/Abstract])) Filters: English, German From 2015-2025
Themenbereich Aus- und Weiterbildung	
Datenbanken	Schlag- und Textworte
MEDLINE via PubMed	(((((((home care services, hospital-based[MeSH Terms]) OR ("hospital-at-home"[Title/Abstract])) OR (hospital@home[Title/Abstract])) OR ("hospital in the home"[Title/Abstract])) OR ("acute hospital care at home"[Title/Abstract])) OR ("home hospitalization"[Title/Abstract])) OR ("home hospital"[Title/Abstract])) AND (((((education[MeSH Terms]) OR (teaching[MeSH Terms])) OR (training[Title/Abstract])) OR ("education and training"[Title/Abstract])) Filters: English, German, from 2015 - 2025

### 2.3 Auswahl der Artikel

Im Anschluss an die Suche wurden alle identifizierten Artikel in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote Version 20 exportiert; die Zweitautorin entfernte sodann die Duplikate. Im Anschluss daran erfolgte durch drei Prüferinnen pro Themenbereich das Titel-, Abstract- und Volltextscreening. Die Beurteilung erfolgte aufgrund der Einschlusskriterien. Das Vorgehen sah wie folgt aus: In einem ersten Schritt wurden die ersten fünfzig Treffer pro Themenbereich von den drei Prüferinnen unabhängig voneinander beurteilt und anschliessend gemeinsam diskutiert. Im zweiten Schritt teilten die Prüferinnen die verbleibenden Treffer untereinander auf und beurteilten sie einzeln. Sie diskutierten allfällige Unklarheiten bezüglich des Einschlusses einzelner Artikel und konnten diese damit beseitigen. Im Rahmen des Auswahlprozesses wurden im Rahmen der getroffenen Auswahl folgende Synonyme von Care@home berücksichtigt: *home hospitalization, hospital at home, advanced care at home, advanced home care, home treatment, specialist home care* und *early supported discharge/timely access*.

### 2.4 Einschluss der Studien

Für den Themenbereich *Profession und Good Practices* wurden in den drei Datenbanken insgesamt 545 Artikel identifiziert. Es wurden 42 Duplikate entfernt und 503 Studien in das Titel- und Abstract-Screening einbezogen, mit dem Ergebnis, dass weitere 316 Artikel ausgeschlossen wurden. Anschliessend wurden 187 Studien auf ihre Eignung gemäss Ein- und Ausschlusskriterien hin überprüft.

Zusätzlich wurden in den drei Datenbanken im Themenbereich *Aus- und Weiterbildung* 279 Artikel identifiziert; 28 waren Duplikate, die entfernt wurden, und 251 Studien konnten in das Titel-

und Abstract-Screening einbezogen werden. Anschliessend wurden 60 Studien auf ihre Eignung hin überprüft.

Eingeschlossen in das Literaturreview für die Datenextraktion wurden 67 Studien im Themenbereich *Profession und Good Practices* und 15 Studien im Themenbereich *Aus- und Weiterbildung*. Der Auswahlprozess ist in zwei PRISMA-Flussdiagrammen (vgl. Abbildungen 2 und 3) dargelegt.

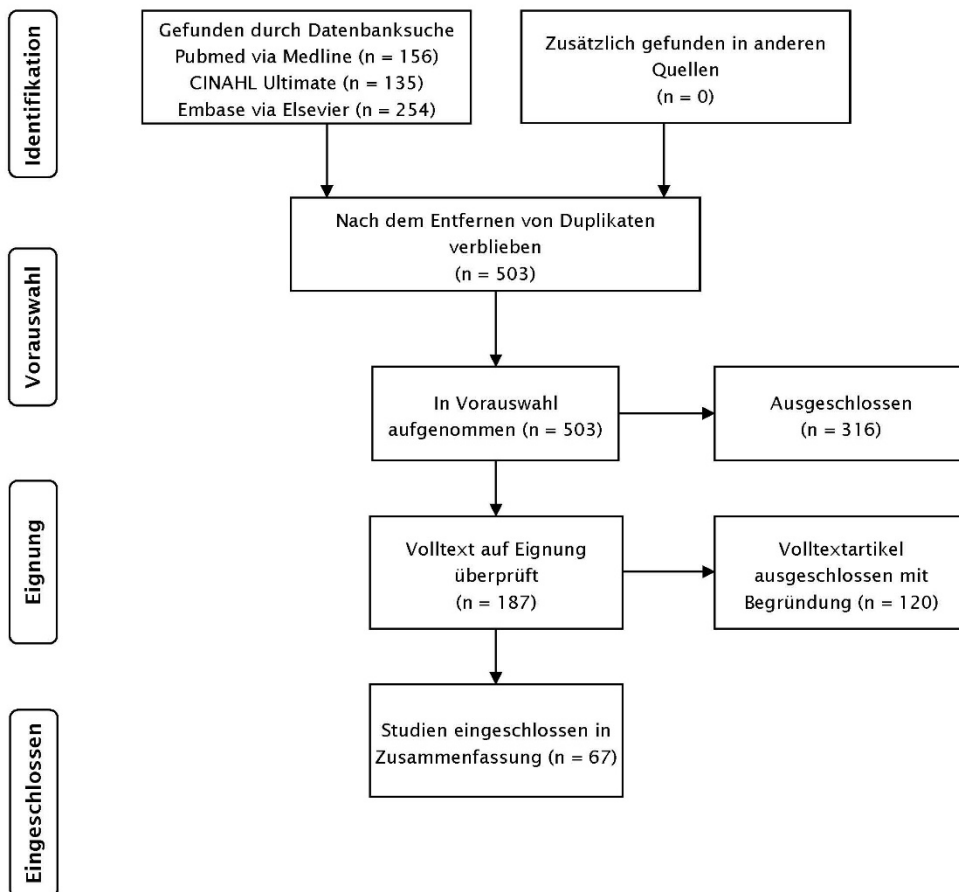


Abbildung 2: PRISMA-Flussdiagramm zum Themenbereich *Profession und Good Practices* (eigene Darstellung)

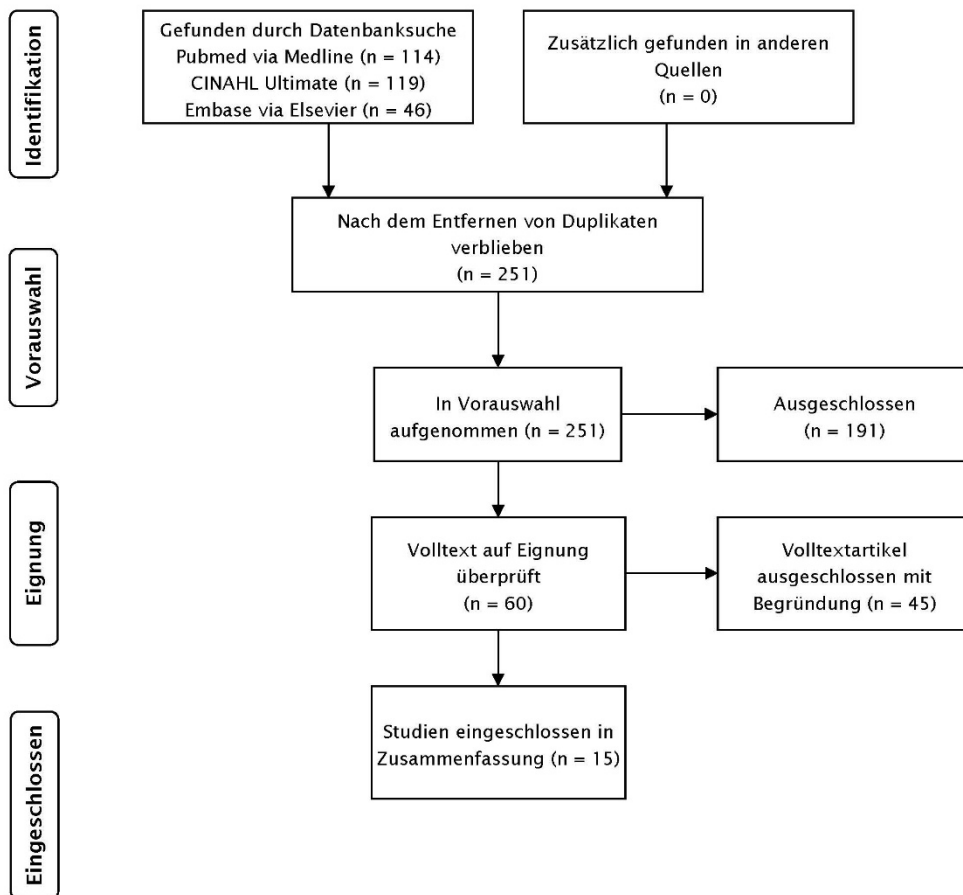


Abbildung 3: PRISMA-Flussdiagramm zum Themenbereich Aus- und Weiterbildung (eigene Darstellung)

## 2.5 Datenextraktion

Für die Datenextraktion, die von vier unabhängigen Prüferinnen durchgeführt wurde, wurden zwei von den Autorinnen erstellte Datenextraktionsformulare (pro Themenbereich ein Formular) verwendet. Die extrahierten Daten umfassten für beide Themenbereiche die folgenden Details: Die Studienidentifikation, die Autorenschaft, das Publikationsjahr, die Zielsetzung der Studie, das Studiendesign, die Stichprobengröße und ein Feld für Bemerkungen. Für den Themenbereich *Profession und Good Practices* wurden zusätzlich die folgenden spezifischen Details erfasst: 1.) Informationen zu Berufsgruppen, Qualifikationen und Rollen innerhalb von Care@home-Teams; 2.) die Zusammensetzung von Care@home-Teams (Intersektoralität); 3.) Patientengruppen, die durch Care@home-Teams versorgt werden; 4.) Aufgaben und Massnahmen, die entlang der Behandlungspfade von Care@home-Teams durchgeführt werden; 5.) Strukturen, Prozesse und Praktiken von Care@home-Teams und 6.) Aufgaben, die von Care@home-Teams in Zusammenarbeit mit Zugehörigen übernommen werden. Im Themenbereich *Aus- und Weiterbildung* wurden zusätzlich 1.) die bestehenden Aus- und Weiterbildungsangebote für Mitglieder von Care@home-Teams sowie 2.) die Weiterbildungsbedürfnisse der Mitglieder dieser Teams extrahiert. Allfällige Fragen und Unklarheiten bezüglich der zu extrahierenden Daten legten die vier Prüferinnen diskursiv bei.

## 2.6 Synthese

Im August 2025 wurden im Rahmen eines halbtägigen Workshops die extrahierten Daten im Projektteam sortiert und thematisch geclustert. Zu diesem Zweck diskutierte das Projektteam zuerst die extrahierten spezifischen Details pro Themenbereich, ordnete sie anschliessend und teilte sie zum Schluss einem übergeordneten Cluster zu. Die Subfragestellungen waren im Rahmen dieses Prozesses leitend. So wurden beispielsweise die extrahierten Details zur ersten Subfragestellung des Themenbereichs *Profession und Good Practices*: «*Welche Berufsgruppen, Qualifikationsstufen und Rollen finden sich Care@home-Teams?*» den zwei übergeordneten Clustern *Care@home-Kernteam* und *weitere Berufsgruppen - erweitertes Care@home-Team* zugeordnet. Im Anschluss daran wurden die Analyseergebnisse narrativ, tabellarisch und grafisch zusammengefasst.

### 3 Ergebnisse zum Themenbereich Profession und Good Practices

67 Studien wurden in die Analyse zum Thema Profession und Good Practices in Care@home-Modellen eingeschlossen. Die Forschungsdesigns der inkludierten Studien variieren: Während 37 Studien (55 %) (7, 9, 21–55) ein qualitatives Paradigma wählten, konnten 27 Studien (40 %) (56–82) dem quantitativen Paradigma zugeordnet werden, während drei Studien (4 %) (83–85) einem Mixed-Methods-Design folgten. Die Studien wurden in achtzehn Ländern durchgeführt (vgl. Abbildung 4): USA (n = 11; 16 %) (24, 43, 46, 53, 55, 64, 74, 75, 78, 80, 81), Australien (n = 7; 10 %) (22, 23, 25, 34, 61, 66, 69), Kanada (n = 4; 6 %) (48, 49, 58, 85), Singapur (n = 3, 4%) (9, 39, 71), Israel (n = 2, 3 %) (70, 76), Taiwan (n = 1, 1 %) (63), Neuseeland (n = 1, 1 %) (69) und folgende europäische Länder: Norwegen (n = 7, 10 %) (21, 26–29, 38, 52), Spanien (n = 7, 10 %) (32, 56, 59, 62, 68, 73, 82), Vereinigtes Königreich (n = 6, 9 %) (30, 31, 33, 41, 65, 83), Schweden (n = 5, 7 %) (35, 37, 40, 45, 54), Frankreich (n = 4, 6 %) (44, 47, 50, 67), die Niederlande (n = 2; 3 %) (60, 72), Finnland (n = 2; 3 %) (7, 51), Belgien (n = 2; 3 %) (36, 84), Italien (n = 1; 1 %) (42), Dänemark (n = 1; 1 %) (77) und Schweiz (n = 1; 1 %) (57).

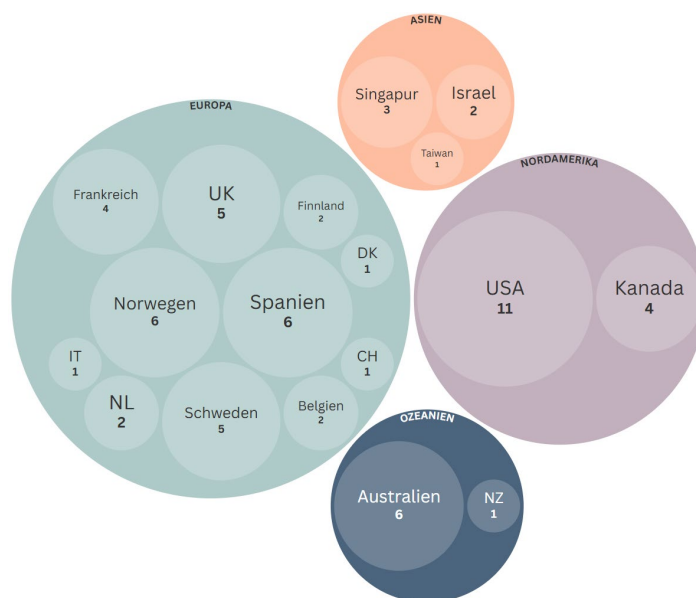


Abbildung 4: Herkunftslander der inkludierten Studien (eigene Darstellung, generiert mit [flourish](#))

Insgesamt analysierten die 67 Studien Daten von 153'080 Personen. Die Stichprobengrösse pro Studie variiert zwischen einer Person (46) und 124'253 Teilnehmenden (71); der Medianwert liegt bei 54 Personen. Care@home-Modelle wurden für Gruppen von Patient:innen entlang der ganzen Lebensspanne – vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen am Lebensende – entwickelt und untersucht. Manche Modelle sind ausschliesslich auf die pädiatrische Versorgung ausgerichtet (28, 35, 84), andere fokussieren spezifisch Erwachsene über sechzig Jahre (30, 34, 39, 41, 42, 45, 46, 49, 54, 55, 59, 62–66, 68, 70–82, 85).

### 3.1 Berufsgruppen, Rollen und Qualifikationsstufen in Care@home-Teams

#### *Care@home-Kernteam*

Die analysierte Literatur stellt klar, dass sich in Care@home-Teams unterschiedliche Berufsgruppen, Qualifikationsstufen und Rollen finden (7, 9, 23–26, 28–30, 32–49, 51, 54–59, 61–70, 72, 75, 77–85). Eine Vielzahl der beschriebenen Teams (7, 9, 21–23, 25, 26, 28–30, 33–36, 38–40, 42, 43, 46, 48–55, 57, 58, 60–62, 64, 67–69, 72–75, 77, 78, 80, 82–84) ist interprofessionell aufgestellt. Das Kernteam besteht in der Regel aus Ärzt:innen und diplomierten Pflegefachpersonen (9, 21–23, 25, 26, 28–31, 33–40, 42–46, 48–53, 55–58, 60, 63–69, 72–75, 77–80, 82–84, 86).

#### *Ärztenschaft*

Die medizinische Leitung liegt grundsätzlich bei der Ärzteschaft, die entweder aus dem hausärztlichen (7, 22, 60) oder dem klinischen Bereich (7, 25, 38, 43, 46, 50, 52, 55, 60, 65) stammt und über Erfahrung sowie eine Spezialisierung im jeweils erforderlichen Fachgebiet verfügt. Genannt wurden u. a. die Fachgebiete Psychiatrie (23, 66, 73), Pädiatrie (21, 26, 28, 29, 35) Palliativmedizin (36, 48) und Geriatrie (34).

#### *Pflegefachpersonen*

Es gibt auch pflegegeleitete Care@home-Modelle (7, 45); eine Studie beschreibt ein Care@home-Modell, das von einer Apothekerin geleitet wird (81). Mehrere Studien bleiben unklar betreffend der Frage, welcher Berufsgruppe die Leitung des untersuchten Care@home-Modells obliegt (24, 32, 41, 54, 59, 63, 69). Auffallend ist, dass Pflegefachpersonen, die in Care@home-Modellen tätig sind, häufig Berufserfahrung mitbringen. Diese ist oft kombiniert mit einer fachlichen Spezialisierung, bspw. in den Bereichen Kardiologie oder Stammzellentransplantation (21, 22, 35, 45, 52, 58, 60, 62, 66, 67, 72, 72, 82). Manche Care@home-Modelle (21, 33, 39, 63) nutzen diese Erfahrungsheterogenität gezielt und setzen ihre Teams entsprechend zusammen (z. B. arbeiten Fachpersonen aus dem Akutsetting mit solchen aus der häuslichen Versorgung zusammen).

In Care@home-Modellen tätige Fachpersonen weisen unterschiedliche Qualifikationsniveaus auf: Das Spektrum umfasst Personen mit einem Abschluss auf der Assistenzstufe (28, 29, 34, 37, 49, 65, 78, 79, 83), diplomierte Pflegefachpersonen, die oft über eine Zusatzqualifikation verfügen (7, 21, 22, 25, 28, 32, 43, 48, 55, 58, 60, 62, 72, 82), Pflegefachpersonen mit einem akademischen Masterabschluss – diese Personen bilden die Mehrheit – (7, 25, 30, 33, 46, 49, 51, 57, 62, 64, 72, 75, 79, 80, 82, 83, 85) und promovierte Pflegefachpersonen (62, 82). Die analysierte Literatur verdeutlicht, dass in Care@home-Modellen mehrheitlich Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss und Berufserfahrung arbeiten (21, 29, 32, 35, 36, 45, 48, 51, 52, 60, 69, 72). Eine Studie weist darauf hin, dass Pflegefachpersonen mit mehr als fünfzehnjähriger Berufserfahrung vor dem Start ihrer Tätigkeit in einem Care@home-Modell mindestens drei Monate auf einer Intensiv- und Notfallstation arbeiten mussten, um zugelassen zu werden (82). Einige Studien untersuchen Pflegefachpersonen, die in einer Advanced Practice Nurse-Rolle tätig sind (7, 30, 57,

82, 83). Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflegefachpersonen sind die Triage, die Beurteilung akuter Gesundheitsverschlechterungen, das Wahrnehmen einer koordinierenden Funktion, das Eintrittsassessment, (virtuelle) Visiten oder die Medikamentenverschreibung (7, 30, 57, 82, 83).

#### *Weitere Berufsgruppen - erweitertes Care@home-Team*

Es gibt weitere Berufsgruppen, die in Care@home-Modellen vertreten sind; die Zusammensetzung von erweiterten Teams variiert jedoch und ist abhängig vom gewählten Modell, von der regionalen Ausrichtung und dem jeweiligen Versorgungsbedarf. Entsprechend ist die Datenlage heterogen (7, 9, 22–26, 31, 33, 34, 37, 39–41, 44–47, 49–51, 53–55, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 71, 73–75, 78, 79, 81, 83–85). Je nach Modell gehören zum erweiterten Care@home-Team Therapeut:innen aus den Bereichen Physiotherapie (7, 22, 24, 25, 31, 34, 37, 45, 46, 51, 58, 61, 64, 71, 79, 83, 85), Ergotherapie (22, 24, 25, 31, 34, 37, 45, 46, 49, 51, 57, 58, 71, 79, 83, 85), Logopädie (22, 34, 45, 85), Ernährungsberatung (22, 34, 37, 44, 49, 54), Sozialarbeit (22, 23, 31, 34, 37, 44, 49, 54, 55, 57, 58, 64, 75, 83–85) und Pharmazie (22, 23, 25, 31, 33, 34, 49, 50, 53, 55, 57, 66, 81, 83, 83). Je nachdem werden auch Zugehörige als Teammitglied betrachtet (7, 9, 26, 31, 34, 37, 41, 47, 50, 57, 60, 63, 73, 74, 78). Zu deren Qualifikation finden sich in den analysierten Studien kaum Hinweise, ausser vereinzelt, dass Physiotherapeut:innen einen Masterabschluss vorweisen und in Advanced-Practice-Rollen tätig sind (31, 33, 85). Für Notfallsituationen sind in manchen Care@home-Modellen Sanitäter:innen oder Fachpersonen aus dem Akutspital tätig (25, 33, 46, 55).

Zusätzlich werden Haushaltshilfen (39, 40, 55, 83) eingebunden, insbesondere dann, wenn Zugehörige diese Aufgaben nicht übernehmen können oder wollen. Die Mitglieder des erweiterten Teams werden bedarfsorientiert eingebunden; jedoch bleibt in den analysierten Studien die Art und Weise der Integration in das Versorgungsgeschehen unklar (7, 9, 22–26, 31, 33, 34, 37, 39–41, 44–47, 49–51, 53–55, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 71, 73–75, 78, 79, 81, 83–85), etwa bezüglich der Einsatzhäufigkeit oder der Kommunikationsweisen der beigezogenen Personen.

#### *Person mit Koordinationsfunktion*

Der sogenannten Koordinatorin, die das Care@h-Team verbindet, kommt innerhalb des Care@home-Modells gemäss mehreren Studien eine Schlüsselrolle zu (25, 29, 30, 34, 43, 46, 53) (vgl. Abbildung 5). Diese Rolle verbindet das ärztlich-pflegerische Kernteam mit dem erweiterten Team und stellt sicher, dass die Versorgung professions- und sektorenübergreifend geplant und abgestimmt verläuft. Diese Rolle kann grundsätzlich von einer Person aus jeder Berufsgruppe übernommen werden. Erwähnt werden Pflegefachpersonen (25, 25, 43), Physiotherapeut:innen (34) oder und Ergotherapeut:innen (34), die in einem hohen Pensum in ein Care@home-Modell eingebunden sind. Oft bleibt unklar, welcher Berufsgruppe die Person angehört, die diese Rolle innehatte (13,17,57). Die Qualifikation der koordinierenden Person bleibt in den analysierten Studien unklar.

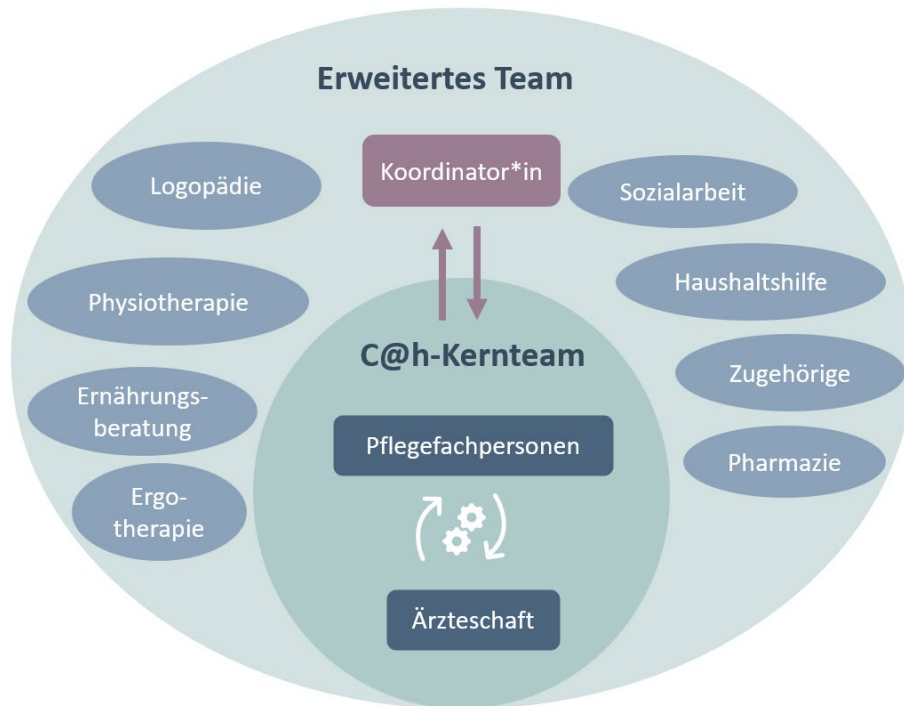


Abbildung 5: Zusammensetzung von Care@home-Teams (eigene Darstellung)

#### *Kommunikationsfluss zwischen Kernteam und erweitertem Team*

Grundsätzlich betonen die analysierten Studien wiederholt, dass die untersuchten Care@home-Modelle einen holistischen (30, 33, 36, 40, 85) bzw. einen personenzentrierten (9, 25, 31, 33, 34, 45, 51, 55, 83–85) Ansatz verfolgen würden. Nicht allein die Krankheit oder die Diagnostik steht im Mittelpunkt, sondern das Lebensumfeld der Patient:innen wird berücksichtigt, also psychosoziale, funktionale und alltagsbezogene Aspekte. Besonders in der häuslichen Versorgung gehören auch soziale oder organisatorische Herausforderungen zu einer funktionierenden und erfolgreichen Versorgung.

Ein funktionierender Informationsfluss zwischen den Fachpersonen in Care@home-Modellen ist für eine wirksame und effiziente Versorgung zentral. Dieser wird von Fachpersonen jedoch in der Literatur wiederkehrend kritisiert (7, 9, 27, 36, 41, 44, 51, 52, 61): Befragte äusserten ihre Unzufriedenheit mit den eingesetzten Kommunikationsmitteln oder mit der Verfügbarkeit digitaler Plattformen, was zu Informationsbrüchen mit Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Effizienz der Zusammenarbeit führt.

### 3.2 Zusammensetzung (Intersektoralität) von Care@home-Teams und ihre Finanzierung

#### Versorgungsstrukturen

Grundsätzlich kann die Versorgungsstruktur von Care@home-Modellen in drei Formen unterteilt werden (21–23, 25, 27, 28, 30, 33–39, 42–52, 54–56, 58, 60, 63, 65–67, 69, 70, 72–75, 77–81, 83–85):

- **Stationär:** Diese Versorgungsform umfasst Spitäler (Akutversorgung), Rehabilitationseinrichtungen, Langzeitpflegeinstitutionen und Hospize (21–23, 30, 39, 46, 50, 52, 54–56, 60, 66, 67, 72–74, 78, 81).
- **Ambulant:** Die Spitem, freiberuflich tätige Fachpersonen der Pflege, Gemeinde- oder Community-Pflegefachpersonen, Hausarzt-/Gemeinschaftspraxen und weitere ambulante Fachpersonen – z. B. aus der Ernährungsberatung, der Physiotherapie oder der Sozialarbeit – gehören zu dieser Versorgungsform (22, 36, 47, 48, 63, 69),
- **Ambulant und stationär:** Hier arbeiten Fachpersonen aus dem Spital mit ambulant vertreteten Fachpersonen zusammen (22, 25, 27, 28, 33–35, 37, 38, 42–45, 49, 51, 56, 58, 65, 70, 75, 77, 79, 80, 83–85).

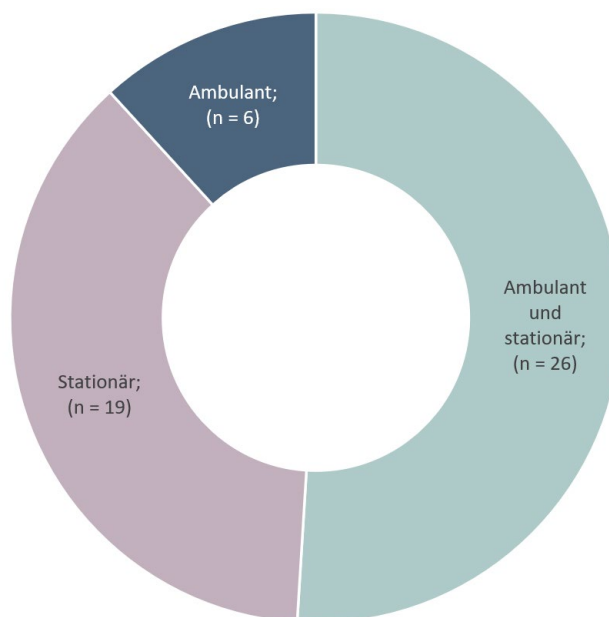


Abbildung 6: Anzahl Studien pro Setting (eigene Darstellung)

Die analysierten Studien zeigen (vgl. Abbildung 6), dass die Mehrheit der analysierten Care@home-Modelle der gemischten Versorgungsform entspricht; am zweithäufigsten sind Modelle, die zur stationären Versorgungsform gezählt werden, während die dem ambulanten Versorgungssektor zugeordneten Modelle deutlich weniger häufig vorkommen. Die Zusammenarbeit zwischen Spital und Fachpersonen aus dem ambulanten Bereich gestaltet sich typischerweise so, dass die medizinische Verantwortung beim einweisenden Spital verbleibt, während die pflegerische Versorgung entweder von Pflegefachpersonen des Spitals oder von Pflegefachpersonen im ambulanten Set-

ting (*community nurses oder home care nurses*) übernommen wird, wobei auch eine enge Kooperation zwischen den beiden Gruppen vorkommt. Zusätzlich werden bei Bedarf weitere Berufsgruppen aus dem ambulanten Bereich einbezogen. Die Zusammenarbeit von Care@home-Teams aus dem stationären und dem ambulanten Sektor erfolgt sowohl gleichzeitig als auch zeitlich versetzt. Die Zusammensetzung und Koordination dieser Dienste ist jedoch sehr heterogen und unterscheidet sich stark zwischen den Modellen.

Auffallend ist, dass Leistungserbringer des stationären Langzeitsettings typischerweise Care@home-Modelle in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des stationären Akutsettings anbieten; jedoch wurden im stationären Langzeitsetting bis anhin nur wenige Studien durchgeführt (9, 25, 33).

### *Finanzierung*

Die Analyse existierender Finanzierungsmodelle ist nicht Teil dieses Arbeitspakets, obschon die Finanzierung durchaus eine Wirkung auf die Professionsentwicklung hat. Beeinflussende Faktoren wurden identifiziert, in die Studienanalyse integriert und die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst.

Wie in der Literatur wiederholt beschrieben, beeinträchtigt eine fehlende, klare und adäquate Vergütung im ambulanten Sektor die Tätigkeit von Gesundheitsfachpersonen und wirkt sich zudem hinderlich auf eine flächendeckende Etablierung von Care@home-Modellen aus (38). Dies ist gemäss der analysierten Studienlage in mindestens dreizehn Ländern der Fall (25). Uneinheitliche gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungslogiken von stationären und ambulanten Leistungserbringern wirken mit Blick auf eine sektorübergreifende Zusammenarbeit in Care@home-Modellen kontraproduktiv (27). Hinzu kommt, dass dadurch eine fehlende Klarheit bezüglich der Kompetenzen und Zuständigkeiten der Leistungserbringer entsteht (27). Bei fehlender staatlicher Unterstützung werden Care@home-Modelle zu Fundraising genötigt, besonders um Infrastrukturkosten oder Löhne von Fachpersonen decken zu können. Beispielsweise werden Palliativmediziner:innen auf Honorarbasis in ein Team einbezogen (48, 84). Ein Blick in die USA zeigt, dass traditionelle Kostenerstattungen nach dem Modell *Fee for Service* im Rahmen von Medicare nur ausgewählte Leistungen abdecken, wie beispielsweise ärztliche Hausbesuche oder Blutentnahmen. Wesentliche Bestandteile von Care@home-Modellen – darunter das Screening potenzieller Patient:innen, Fahrtzeiten, Pflegeleistungen oder Transportkosten – werden nicht erstattet (64). Dies nötigt Institutionen dazu, eine Mischfinanzierung anzustrengen, unter anderem, in dem sie sich koordinierten Versorgungsnetzwerken anschliessen und ihre Leistungen über verschiedene Krankenversicherungen abrechnen (64).

### **3.3 Patientengruppen, die von Care@home-Teams versorgt werden**

Unterschiedlichste Gruppen von Patient:innen werden im Rahmen der analysierten Care@home-Modelle versorgt. Die analysierten Studien beschreiben Ein- und Ausschlusskriterien, von medizinischen Diagnosen bis hin zu häuslichen Rahmenbedingungen. Diese werden in Abbildung 7 deskriptiv zusammengefasst und im Folgenden ausgeführt.

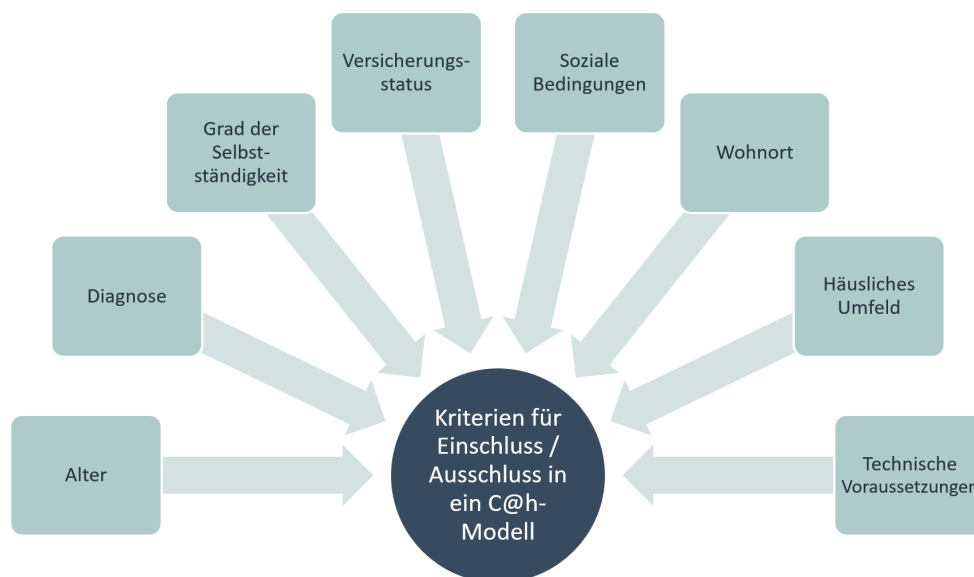


Abbildung 7: Kriterien für den Ein- oder Ausschluss in ein Care@home-Modell (eigene Darstellung)

### *Altersgruppen*

Care@home-Modelle wurden für verschiedene Gruppen von Patient:innen – entlang ihres Lebenswegs vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen am Lebensende – entwickelt und untersucht. Manche Modelle fokussieren sich ausschliesslich auf ältere und multimorbide Patient:innen und definieren beispielsweise das Alter als Aufnahmekriterium, etwa ein Mindestalter von 55 oder 65 Jahren (30, 34, 37, 40, 41, 49, 68, 77, 79, 83, 85). Andere Modelle richten sich gezielt an Neugeborene, Kinder und/oder Jugendliche (14, 21, 25–27, 27–29, 35, 44, 61, 84).

### *Diagnosen, Fachgebiete und Krankheitsphasen*

Die analysierten Studien (vgl. Tabelle 3) schliessen in den untersuchten Care@home-Modelle Patient:innen mit unterschiedlichen Diagnosen ein, nämlich Menschen ...

- mit einer Infektionskrankheit oder mit einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, die beispielsweise eine intravenöse Antibiotikatherapie benötigen (21, 25, 26, 38, 41–43, 46, 53, 57, 60, 64, 68, 70–72, 74, 75, 77, 78, 81–83, 87);
- die chirurgische und orthopädische Behandlungen brauchen (9, 47, 57, 79, 82);
- mit spezifischen Diagnosen oder Behandlungsbedarfen, etwa Covid-19-Infektionen (42, 60);
- in einer onkologischen Therapie (35, 36, 50, 67);
- mit Diabetes Typ 1 (Pädiatrie) (44);
- die einen Schlaganfall erlitten haben (45, 85);
- die eine Stammzellentransplantation erhalten haben (52),
- die eine mechanische Langzeitbeatmung benötigen (76),
- die palliativ versorgt werden müssen (sowohl Erwachsene als auch Kinder) (7, 32, 36, 37, 48, 56, 58, 84),
- mit psychischen Erkrankungen (63, 66, 73).

Tabelle 3: Eingeschlossene Diagnosen und Behandlungsindikationen in Care@home-Modellen

Diagnosen	Anzahl Studien	Studien
Karzinome	14	(9, 21, 25–28, 35, 36, 46, 47, 50, 57, 58, 67)
Infekte allgemein, nicht näher beschrieben	12	(21, 23, 25–28, 38, 53, 74, 77, 78, 82)
Pneumonie	11	(21, 22, 25, 39, 46, 57, 64, 70, 71, 75, 81)
COPD	10	(9, 22, 23, 25, 41, 57, 58, 64, 74, 75)
Herzinsuffizienz	8	(23, 57, 58, 64, 72, 74, 75, 78)
Covid-19	5	(22, 42, 57, 60, 75)
Harnwegsinfekt	5	(39, 53, 64, 68, 71)
Zellulitis	5	(22, 39, 41, 64, 75)
Chronische Erkrankungen allgemein, nicht näher beschrieben	4	(7, 21, 47, 82)
Schlaganfall	4	(24, 25, 45, 85)
Asthma	3	(53, 64, 74)
Atemwegsinfekt	3	(57, 68, 71)
Bipolare Störungen	3	(57, 63, 73)
Delir	3	(22, 41)
Diabetes, Typ 1	3	(27, 28, 44)
Frakturen	3	(47, 57, 79)
Psychische Erkrankungen allgemein, nicht näher beschrieben	3	(9, 23, 66)
Depressionen	2	(63, 73)
Diabetes mit Komplikationen	2	(22, 71)
Gastroenteritis	2	(39, 57)
Lungenembolie	2	(22, 46)
Neuromuskuläre Erkrankungen	2	(24, 57)
Schizophrenie	2	(57, 63)
Tiefe Beinvenenthrombose	2	(22, 64)
AIDS	1	(56)
Appendizitis	1	(21)
Bakteriämie	1	(46)
Bluthochdruck	1	(88)
Demenz	1	(23)
Entzündliche Darmerkrankungen	1	(57)
Gicht	1	(39)
Hyperhydratation	1	(39)
Intra-abdominale Infekte	1	(68)
Nierenerkrankungen	1	(9)
Organtransplantation	1	(81)
Rhabdomyolyse	1	(39)
Sepsis	1	(75)
Sturz	1	(41)

Weitere Kategorien von Patient:innen, die in Care@home-Modelle **eingeschlossen** wurden, waren:

- Patient:innen mit akuten Erkrankungen und akuten Verschlechterungen chronischer Erkrankungen (21, 25, 26, 38, 41–43, 46, 53, 57, 60, 64, 68, 70–72, 74, 75, 77, 78, 81–83, 87);
- bettlägerige Patient:innen mit körperlicher Schwäche, Kurzatmigkeit oder Pneumonieverdacht, für die ein Transport zur Diagnostik riskant wäre (70);
- Patient:innen mit Rehabilitationsbedarf (25, 45, 79, 85), beispielsweise nach einem Schlaganfall (25, 45, 85) oder einer Fraktur (79);

- Patient:innen, die eine stationäre Versorgung benötigen (25, 27, 45, 69, 72, 74, 75, 77, 83) oder
- Patient:innen in stabilem Zustand (26, 34, 65, 75, 83).

Als **Ausschlusskriterien** wurden beschrieben:

- eine instabile Gesundheitssituation (25, 34, 46, 75, 78, 82), beispielsweise eine Vitalzeichenentgleisung, das Vorliegen einer Intensivpflichtigkeit oder ein hohes Risiko für eine Verschlechterung, und
- eine Suchterkrankung (25, 51, 73).

### *Rahmenbedingungen*

Neben medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Indikationen spielen auch organisatorische und soziale Faktoren eine Rolle, wenn es um die Aufnahme in ein Care@home-Modell geht:

- Der **Wohnort** befindet sich innerhalb eines definierten Einzugsgebiets des Care@home-Modells (z. B. Erreichbarkeit innerhalb von 30–60 Minuten) (26, 27, 33, 34, 43, 75, 82).
- Eine gewisse **Selbständigkeit** in den (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens ist vorhanden (34, 78, 83).
- **Die Anwesenheit von Zugehörigen** oder von Pflegepersonal ausserhalb des Care@home-Modells ist gewährleistet, falls die Selbständigkeit des/der Patient:in nicht in ausreichendem Masse vorhanden (46, 60, 73, 82, 83).
- Eine **informierte Zustimmung** sowohl des/der Patient:in als auch der Zugehörigen liegt vor (83).
- Manche Care@home-Modelle verlangten einen bestimmten **Versicherungsstatus** (43, 75, 83).
- Was das **häusliche Umfeld** betrifft, wurden in einigen Care@home-Modellen Anforderungen an die häusliche Infrastruktur (Vorhandensein von Wasser, Elektrizität, Heizung, eines Kühlschranks und eines Badezimmers) (46, 53, 53, 75) oder an eine sichere Umgebung gestellt, die frei von potenziellen Gefahren für Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen ist (83).
- Gemäss den **technischen Voraussetzungen** muss ein Telefonanschluss (25, 34, 82) oder die Fähigkeit zum Umgang mit digitalen Geräten (z. B. Tablet) gegeben sein (53).

### **3.4 Aufgaben und Interventionen von Care@home-Teams**

Care@home-Teams übernehmen ein breites Spektrum an Aufgaben entlang des gesamten Patientenpfades. Es umfasst die Koordination und Organisation, das Assessment, die Diagnostik und das Monitoring sowie pflegerische, medizinische und therapeutische Massnahmen.

#### *Koordination und Organisation*

Die Einschätzung der Eignung und Überweisung von Patient:innen in Care@home-Modelle erfolgt häufig durch ärztliche Fachpersonen (7, 26, 29, 34, 42, 43, 50, 51, 65, 82). Die Koordination der

Behandlung und des Care@home-Teams ist in einigen Studien klar der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen zugewiesen (45, 49, 50, 69, 79). Im Zusammenhang mit der Austrittscoordination sind in einigen Studien neben Ärzt:innen und Fachpersonen der Pflege (82) auch weitere Berufsgruppen wie die Physiotherapie involviert (24).

#### *Assessment, Diagnostik und Monitoring*

In Care@home-Modellen kommen vielfältige Massnahmen und Interventionen zum Einsatz (vgl. Abbildung 8). Das Assessment und das regelmässige Monitoring des Gesundheitszustands stellt innerhalb der Care@home-Modelle eine zentrale Aufgabe dar (30, 38, 39, 50, 52, 53, 57, 60, 63, 69, 72, 74, 78, 82). Hierzu zählt insbesondere die Überwachung von Vitalzeichen, die in vielen Studien überwiegend von Pflegefachpersonen durchgeführt wird (30, 38, 50, 52, 63, 74, 82). Visiten finden sowohl im häuslichen Setting (34, 36, 38, 40, 42, 46, 53, 56, 57, 65, 69, 79, 79–81, 83) als auch über Telefon- oder Videocall statt (25, 36, 38, 42, 46, 57, 81). Die Anzahl der Visiten und genaue Angaben zu den Professionen, die diese durchführen, fehlen in vielen Studien. Einige Studien geben jedoch Hinweise auf die grosse Variation in der Ausgestaltung der Visite: Beispielsweise finden in einem Care@home-Modell im Bereich der Rehabilitation monatlich eine Visite bis sechs Visiten statt (85), während es in anderen Modellen im Bereich der palliativen Versorgung (36) eine Visite bis acht Visiten pro Tag sind (53, 65, 69, 77–79). Eine hohe Visitenfrequenz zeigt sich nicht nur bei Patient:innen mit einer spitaläquivalenten Versorgung (65, 69, 77, 78), sondern auch im Bereich Rehabilitation (79). In einigen Care@home-Modellen findet eine 24-Stunden-Überwachung durch die Notrufzentrale statt, die entsprechende Sofortmassnahmen koordiniert (38). In anderen Modellen steht Patient:innen eine Hotline für Notfälle zur Verfügung, um eine 24-Stunden-Unterstützung sicherzustellen (33, 83). Häufig handelt es sich bei der Hotline um eine Anlaufstelle im Notfall oder in einer Abteilung eines Spitals (22, 29, 83), oder aber um einen medizinischen und pflegerischen Bereitschaftsdienst des Care@home-Anbieters (34). Weitere diagnostische Massnahmen, die in den untersuchten Studien beschrieben sind, sind Blutuntersuchungen (51, 52, 57, 72), das Erstellen von Röntgenbildern (70) oder funktionelle Tests, die von Physiotherapeut:innen durchgeführt werden (24).



Abbildung: 8 Massnahmen, Interventionen und Therapien in Care@home-Modellen (eigene Darstellung)

### *Therapie*

Eine medikamentöse Behandlung gehört für Patient:innen eines Care@home-Modelles sozusagen dazu (23, 26, 28, 29, 38, 40, 50-53, 57, 61, 63, 65, 68, 74, 78, 80, 82, 89). Die Verschreibung sowie Anpassung der Medikation erfolgt durch die Ärzteschaft (40, 82) oder den/die Apotheker:in (23, 33). Die Verabreichung der Medikamente übernehmen grundsätzlich Pflegefachpersonen (28, 29, 38, 50, 65, 74). Besonders häufig wird die intravenöse Verabreichung von Medikamenten erwähnt (26, 28, 29, 38, 50, 51, 53, 61, 65, 74, 78, 80, 82). Darüber hinaus werden die Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (40) sowie eine parenterale (28, 29, 51) oder enterale (26, 28, 29) Ernährung beschrieben. Weitere therapeutische Aufgaben umfassen die Versorgung von Wunden (26, 29, 51, 61, 63, 80, 82), die Stoma-/Fistelpflege (51), die Durchführung der Heimdialyse (51) und die Sauerstofftherapie (60).

Verschiedene Gesundheitsberufe sind in die Durchführung von Therapien in Care@home-Modellen involviert, insbesondere wenn die Modelle im Bereich Rehabilitation angesiedelt sind (79). Dazu gehören die Physiotherapie (22, 45, 61, 85), die Ergotherapie (22, 45, 85), die Ernährungsberatung (22), die Logopädie (22, 45, 85) und die Sozialberatung (22, 85).

### **3.5 Strukturen, die Care@home-Teams benötigen**

#### *Digitale Infrastruktur*

Eine digitale Infrastruktur wird als essenziell für eine erfolgreiche Zusammenarbeit innerhalb des Care@home-Teams beschrieben; das bedeutet, dass ein elektronisches Patient:innen-/Dokumentationssystem genutzt wird (37, 83). Die Daten und Informationen zur Medikation und Diagnostik, zum Behandlungsverlauf und zum Monitoring sind dabei besonders relevant, sei es vor Ort oder bei einer Teledienstleistung (9, 25, 43, 46, 57, 70, 72, 73, 79, 81-85).

### *Kommunikation und Koordination*

Telefon- und Videoanrufe sind häufige Kommunikationsformen von Care@home-Teams; sie werden insbesondere im Kontakt zwischen den Teammitgliedern und mit den Patient:innen genutzt (57, 81, 82). Telefon- und Videoanrufe dienen der täglichen Erfassung des Behandlungsverlaufs, der Durchführung von Assessments, virtuellen Visiten oder der therapeutischen Konsultation, beispielsweise mit einer Pneumologin oder einem Infektiologen; ausserdem können auch Patient:innen oder Zugehörige Unterstützung erbeten (22, 28, 30, 36, 38, 42, 52, 53, 71, 74, 76, 77, 77). Konsultationsanfragen sind digital möglich (75).

Vereinzelt kommen virtuell-hybride Care@home-Modelle zum Einsatz, die die digitale Fernbetreuung und eine Präsenz vor Ort im häuslichen Umfeld kombinieren. Ein Beispiel zeigt, wie die Versorgung durch eine Ärztin primär virtuell erfolgt und die Pflegefachperson vor Ort präsent ist (80). Zudem werden in diesem Versorgungsbeispiel weitere Leistungserbringer zeitnah durch eine Software unterstützt integriert, nämlich weitere Fachpersonen oder ergänzende Dienste wie der Mahlzeitendienst.

Ein anderes Beispiel kombiniert digital das Patientendossier mit Lerninhalten und mit tragbaren Geräten, etwa dem Blutdruckmessgerät, der Gewichtsskala, dem Pulsoxymeter, sowie mit Brustpatches (72). Die kontinuierlich erfassbaren Vitalzeichen werden automatisch und zeitnah übermittelt. Ausserdem werden über einen sogenannten eCoach Lernmaterialien bereitgestellt, beispielsweise zu den Themen Herzinsuffizienz oder Blutdruckmessung oder zur Frage, was es heisst, sich in einem Care@home-Modell behandeln zu lassen. Hinzukommen Reminderfunktionen für Patient:innen, damit diese ihre Symptome und ihr Wohlergehen selbstständig erfassen und auswerten können. Lerninhalte mit Rehabilitationsübungen sind ein weiteres Beispiel für audiovisuelles Material, das den Patient\*innen und ihren Zugehörigen zur Verfügung gestellt wird (57).

### *Ausstattung im häuslichen Setting*

Eine Versorgung in einem Care@home-Modell benötigt abgesehen von einer WLAN-Funkverbindung (81, 82) je nach Bedarf unterschiedliche medizinisch-technische Ausstattungen. Benötigt werden Geräte zur Erfassung von Vitalparametern, für EKG-Messungen und Laboruntersuchungen, Sauerstofftherapiegeräte (Überwachung und Abgabe), Infusionspumpen, Geräte für das Blutdruckmonitoring oder Hautpflaster zur kontinuierlichen Überwachung der Atmung oder der Herzaktivität (25, 38, 53, 57, 60, 71, 72, 81, 82). Eingesetzt werden auch Röntgengeräte (70).

Das Medikamentenmanagement, beispielsweise die Bestellung, Ausgabe oder Anpassung von Medikamenten, wird in manchen Care@home-Modellen digital unterstützt (81).

### *Unterstützung zur Triage in Care@home-Modelle*

Der Einschluss von Patient:innen in Care@home-Modelle und die Koordination der Patient:innen können digital unterstützt werden, wie einige Studien zeigen; zur Identifikation geeigneter Patient:innen kommen Vorhersagemodelle zur Risikobewertung zum Einsatz (9, 43, 62, 75, 82).

### **3.6 Aufgaben von Care@home-Teams im Umgang mit Zugehörigen**

Zugehörige können in Care@home-Modellen eine tragende Rolle einnehmen. Sie sind für die Patient:innen unterstützende Bezugspersonen und werden teilweise zum erweiterten Versorgungsteam gezählt (7, 9, 9, 26, 31, 34, 37, 41, 47, 50, 57, 60, 63, 73, 74, 78). Das Versorgungsteam zeichnet sich für folgende Aufgaben in der Zusammenarbeit mit Zugehörigen verantwortlich: Informationsmanagement, Schulung und Anleitung sowie emotionale Begleitung (24, 28, 29, 36, 58, 83, 85). Zugehörige werden angeleitet, wie sie bestimmte Ereignisse beobachten können – beispielsweise anhand von Checklisten – oder wie Monitoringdaten übermittelt werden; entsprechend dienen Zugehörige bei der klinischen Beurteilung als Informationsquelle (29, 50, 73). Medizinische Informationen obliegen vorrangig Ärzt:innen, ebenso die Aufgabe, über die Diagnostik, Therapieverläufe und Prognosen aufzuklären und die Zugehörigen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen, wobei in den analysierten Studien auch erwähnt wurde, dass Pflegefachpersonen diese Aufgaben übernehmen (36, 37, 46, 63).

Pflegefachpersonen sind besonders für die praktische Einübung des Medikamentenmanagements, in der Wundversorgung, in der Nutzung von Hilfsmitteln und technischen Geräten (z. B. für die Telemedizin) verantwortlich und können so die Selbstwirksamkeit und die Emotionen der Zugehörigen unterstützen (26, 63, 74, 83).

Häufig sind Pflegefachpersonen in der Verantwortung gegenüber Zugehörigen, aber auch andere therapeutische Berufsgruppen können diese Aufgabe übernehmen, wobei die analysierten Studien diesbezüglich wenig Detailinformationen liefern (28, 29, 29, 37, 58). Erwähnt werden diesbezüglich Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und Pharmazeut:innen; diese sind mit Aufgaben im Bereich der therapeutischen Aufklärung und in der Befähigung im Krankheitsmanagement von Zugehörigen betraut (24, 31, 33, 83). Pharmazeut:innen beispielsweise beraten bei der richtigen Medikamenteneinnahme, im Umgang mit komplexen Therapieschemata (z. B. bei oralen Chemotherapien, subkutanen Injektionen oder intravenöse Infusionstherapie) und in der Frage, wie medikamentöse Interaktionen vermieden werden (33, 83).

## 4 Ergebnisse zum Themenbereich Aus- und Weiterbildung

Fünfzehn Studien konnten zur Beantwortung der dritten Fragestellung einbezogen werden (7, 50, 55, 86, 87, 89–98). In acht Studien wurde mit einem qualitativen Forschungsdesign gearbeitet (53 %) (7, 55, 86, 90, 92, 93, 97), in drei Studien mit einem quantitativen Ansatz (20 %) (89, 94, 95) und in vier Studien (27 %) (50, 87, 91, 98) wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Die Studien stammen aus folgenden sechs Ländern: Australien (n = 5; 36 %) (86, 91–93, 98), USA (n = 4; 29 %) (55, 87, 90, 94), Singapur (n = 2; 14 %) (89, 96) sowie Frankreich (n = 1; 7%) (50), Finnland (n = 1; 7%) (7) und Kanada (n = 1; 7%) (97). In den eingeschlossenen Studien wurden insgesamt 125'245 Personen erfasst. Die Stichprobengrösse variierte zwischen 13 Personen (87) und 124'253 (89) Teilnehmenden. Der Median lag bei 54 Personen, der Mittelwert bei 11'385.91 ( $\pm 37'433.91$ ).

### 4.1 Angebote für Care@home-Teams

Folgende Aus- und Weiterbildungsangebote für Mitglieder von Care@home-Teams sind in der Literatur zu den Themenbereichen «Zugang und Qualifikation», «Lerninhalte», «Didaktik», und «Methoden» beschrieben.

#### *Zugang und Qualifikation*

Aus- und Weiterbildungsangebote richten sich primär an Gesundheitsfachpersonen, die in Care@home-Teams (50, 92, 94, 96, 97) tätig sind, insbesondere an Pflegefachpersonen (69, 91, 93, 98), Pharmazeut:innen (90) und an das ärztliche Fachpersonal (89, 95).

Vereinzelt wurden in den Studien Zugangsvoraussetzungen genannt, nämlich spezifische Zusatzqualifikationen wie absolvierte Module in fortgeschrittenen klinischen Untersuchungsfähigkeiten (7), Kurse für nichtärztliche Verordnungen (Pflegefachpersonen) (7), eine interprofessionelle Ausbildung (nicht weiter definiert) (97), sowie ein bestimmtes Vorwissen in angrenzenden Fachbereichen, beispielsweise in der Kardiologie oder in der ambulanten Versorgung (91).

#### *Lerninhalte*

Inhaltlich deckt das Schulungsangebot ein breites Spektrum von Kompetenzen in verschiedenen Bereichen ab:

- Klinische Kompetenzen, wie ...
  - o Das Medikationsmanagement (50, 90, 96, 98),
  - o das Erkennen und Management unerwünschter Arzneimittelwirkungen (50, 90, 96, 98),
  - o das Entsorgen von Medikamenten (90),
  - o das Erkennen von klinischer Verschlechterung und Risiken, sogenannten Red Flags (90, 92, 93, 95, 98),
  - o Infusionstechniken (92, 95),
  - o die Durchführung eines EKGs (90, 95)
  - o das Katheterisieren (90, 95)
  - o der Einsatz von Frühwarn-Scores (93),

- der Einsatz von standardisierten Kommunikations- und Planungsformaten, z. B. ISBAR oder Advanced Care Planning) (90);
- spezifisches Wissen zu häufigen Krankheitsbildern oder zu den Patientengruppen, die in den jeweiligen Care@home-Modellen behandelt werden (z. B. Menschen mit Herzinsuffizienz, einer Sepsis oder einer Krebsimmuntherapie) (93, 95, 96, 98);
- Schulungen ...
  - im Bereich der psychosozialen Betreuung und Kommunikation (90, 91, 96),
  - zur personenzentrierten Versorgung (91),
  - in motivierender Gesprächsführung (90, 91),
  - zu Strategien, die das Empowerment von Patient:innen (90) und das Selbstmanagement (91) fördern,
  - in interkultureller Kompetenz mit Fokus auf gesundheitlichen Ungleichheiten (90);
- Sicherheitstraining von Care@home-Teams (90);
- das praktische Üben des Verschreibens von Medikamenten in der häuslichen Versorgung (95);
- die Schulung und Nutzung von Geräten oder Hilfsmitteln, beispielsweise ...
  - der Umgang mit digitalen Tools und intern verwendeten Prozessen und Formularen (50, 90, 93, 98),
  - die Dokumentation in elektronischen Gesundheitsakten (90),
  - der Einsatz und die Handhabung von iPads (90) oder
  - die standardisierte Dokumentation oder Protokollführung (90, 93).

### *Didaktik und Methoden*

Einige analysierten Studien machen Aussagen zu eingesetzten didaktischen Schulungsformaten (90, 93, 95, 98), nämlich zu ...

- einer verpflichtenden, mehrtägigen Initialschulung vor Beginn einer Tätigkeit in einem Care@home-Modell, in physischer Präsenz und in ganztägigen Formaten (93);
- interprofessionellen Schulungen, in denen unterschiedliche Fachpersonen (90, 91, 93, 95) zu Wort kommen, wie
  - klinische Psycholog:innen,
  - Ärzt:innen,
  - Apotheker:innen,
  - Pflegefachpersonen mit Masterabschluss oder breitem Erfahrungswissen (93, 95),
  - Hochschuldozent:innen oder
  - Simulationstrainer:innen;
- On-the-job-Training ist in den untersuchten Programmen häufig, teilweise ergänzt durch Supervision, Peer-Mentoring oder Reflexionssitzungen (90, 93, 94, 98);

- Programme mit strukturierten und verpflichtenden Schulungsphasen sowie regelmässigen Weiterbildungen (90, 91, 93, 95);
- andere Programme mit optionalen Fortbildungen, beispielsweise wenn neue Geräte eingesetzt werden sollen (93);
- interaktive Formate wie Rollenspiele, die praktische Fallarbeit, Simulationsszenarien oder Live-Feedback (90, 93, 95);
- für die Wissensvermittlung und -prüfung kommen rein digitale Formate zum Einsatz (90).

Die analysierten Studien weisen darauf hin, dass die Initialschulung mit kontinuierlicher Begleitung, bedarfsorientierten Fortbildungen sowie der Möglichkeit zum kollegialen Austausch von Gesundheitsfachpersonen, die in Care@home-Modellen tätig sind, besonders geschätzt werden (93).

#### **4.2 Bedürfnisse von Care@home-Teams**

In der untersuchten Literatur werden Aus- und Weiterbildungsbedürfnisse von Care@home-Teams in den folgenden Themengebieten beschrieben: «Kommunikationstechniken», «Rollenverständnis und interprofessionelle Zusammenarbeit» und «Digitale, technische und klinische Fähigkeiten».

##### *Kommunikationstechniken*

Es besteht ein Bedarf an ...

- Schulungen zu einer die Patient:innen fokussierenden Kommunikation und zu einer motivierenden Gesprächsführung, die besonders für das häusliche Setting und die telefonische Nachsorge als sinnvoll erachtet werden (7, 55, 90, 91, 96);
- einer vertieften Schulung in kognitiver Verhaltenstherapie (91), insbesondere für Fachpersonen, die in beratender oder unterstützender Funktion tätig sind;
- Rollenspielen mit freiwilligen Patient:innen, um die Gesprächsführungskompetenz und Selbstsicherheit zu stärken (65).

##### *Rollenverständnis und interprofessionelle Zusammenarbeit*

Ein weiteres Themengebiet betrifft das Rollenverständnis. Der Übergang von ursprünglichen Tätigkeiten wie beispielsweise als Apotheker:in in der Apotheke, zur erweiterten Rolle als Community Health Worker (CHW) wurde als herausfordernd erlebt (90). Hier besteht Bedarf an Workshops, die die neue Rolle klären (90, 93), Erwartungen definieren und die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team fördern. Mentoring sowie eine laufende Supervision durch erfahrene Kolleg:innen (91, 93) werden als zentrale Elemente genannt, um Unsicherheiten zu begegnen und eine kontinuierliche berufliche Entwicklung zu ermöglichen. Die analysierte Literatur betont, dass interprofessionelle Ausbildungsmodul die Zusammenarbeit, die Patientenzentrierung, die klinische Entscheidungsfindung, die Kommunikationsfähigkeit und das kritische Denken stärken können (7).

### *Digitale, technische und klinische Fähigkeiten*

Weiterbildungsbedarfe stellen sich im Umgang mit digitalen Tools und betreffend der Nutzung von Dokumentationssystemen. Gesundheitsfachpersonen geben Schulungsbedarf in folgenden Themengebieten an:

- Nutzung von iPads, elektronischen Gesundheitsakten und diversen Softwares (55, 90);
- Nutzung von standardisierten Protokollen (90);
- Nutzung und Bedienung von medizinisch-diagnostischem Equipment wie Blasenscans, Infusionssystemen oder EKG-Geräten in der häuslichen Umgebung (55, 84, 93, 95);
- klinische Kenntnisse (55, 69, 87, 95, 98), beispielsweise in folgenden Bereichen:
  - o Subakutpflege;
  - o Erkennen von Red Flags und klinischer Verschlechterung (69);
  - o Versorgung von Notfallsituationen (55);
  - o Grundlagen der Pharmakologie;
  - o praktischer Umgang mit Patient:innen mit spezifischen Krankheitsbildern (98);
  - o Verschreibung von Medikamenten (95);
  - o Durchführung von EKGs (95);
  - o sicheres Legen intravenöser Zugänge (55, 95);
  - o gemeinsames praktisches Training für Ärzt:innen und Pflegefachpersonen zur Vertrauensbildung, was die klinischen Fertigkeiten und ein gemeinsames Verständnis für Prozesse betrifft (z. B. körperliche Untersuchung, besonders für den Kontext Telemedizin) (87).

## 5 Zusammenfassung der Evidenz

Dieses Kapitel fasst relevante Erkenntnisse der vorliegenden systematischen Literaturlarbeit zusammen. Diese setzen wichtige Impulse für die Entwicklung, Pilotierung und Implementierung von Care@home-Modellen in der Schweiz. So kann und soll an die vorhandene wissenschaftliche Evidenz und den spezifischen Kontext angeknüpft werden. Zudem wird ein tieferes Verständnis für die Bedingungen ermöglicht, unter denen Care@home-Modelle zukünftig in der Schweiz erfolgreich in die Regelversorgung integriert werden können.

### *Profession und Good Practices*

#### 1. Vielfalt der Care@home-Modelle

Care@home-Modelle unterscheiden sich international und lassen sich in drei Versorgungsbe-  
reiche (Sektoren) einteilen: stationär, ambulant und beide Sektoren übergreifend. Die Mehrzahl  
der Modelle wurde in Akutspitälern entwickelt, während Langzeitpflegeinstitutionen bislang  
selten beteiligt sind.

#### 2. Intersektorale Zusammenarbeit

Intersektorale Modelle, die die Kooperationen zwischen stationären und ambulanten Leistungs-  
erbringern vorsehen, sind verbreitet, ihre praktische Umsetzung ist jedoch herausfordernd.  
Probleme treten insbesondere bei Zuständigkeiten, der Kommunikation, der Koordination und  
dem Informationsfluss auf.

#### 3. Teamstruktur und Rollenverteilung

Care@home-Modelle sind interprofessionell aufgebaut. Ärzt:innen und Pflegefachpersonen bil-  
den das Kernteam, während das erweiterte Team je nach Modell therapeutische, sozialarbeit-  
rische, pharmazeutische und haushaltsnahe Berufsgruppen sowie Zugehörige einschliesst.

#### 4. Schlüsselfunktion Koordinator:in

Koordinator:innen stellen eine Schlüsselfunktion dar, indem sie professions- und sektorenüber-  
greifende Prozesse verbinden; Pflegefachpersonen werden in dieser Rolle immer wieder ge-  
nannt, wobei in der Literatur die Berufszugehörigkeit und die Qualifikationsanforderungen die-  
ser Rolle häufig unklar bleiben.

## 5. Qualifikationen und Verantwortlichkeiten

Die Qualifikationsprofile von Fachpersonen in der Pflege sind heterogen, sie reichen von der Assistenzstufe bis zu Pflegefachpersonen, die auf der Tertiärstufe ausgebildet sind (bis zu Promotionsabschlüssen), wobei Bachelorabschlüsse kombiniert mit Berufserfahrung am häufigsten vertreten sind. Pflegefachpersonen übernehmen zentrale Aufgaben, von der Betreuung der Patient:innen über die Koordination bis zur Gesamtleitung. Advanced Practice Nurses tragen erweiterte Verantwortlichkeiten, etwa in der Triage, im klinischen Assessment, in der Koordination und der Medikamentenverschreibung.

## 6. Finanzierung und Ressourcen

Die Finanzierung zeigt sich als ein limitierender Faktor, insbesondere im ambulanten Sektor. Uneinheitliche Finanzierungslogiken und eine fehlende adäquate Vergütung hemmen die interprofessionelle Kooperation, die intersektorale nationale Skalierung und hemmen die nachhaltige Implementierung von Care@home-Modellen.

## 7. Digitale Infrastruktur

Elektronische Patient:innen- und Dokumentationssysteme, Telemonitoring, tragbare Messgeräte und Lernplattformen sind zentrale Voraussetzungen für eine effektive Dokumentation, für das Monitoring, die Koordination und die Kommunikation im Care@home-Team.

## 8. Hybride Versorgungsmodelle

Die Kombination aus virtueller (telemedizinischer) ärztlicher Betreuung und der Präsenz von Pflegefachpersonen im häuslichen Umfeld erhöht die Flexibilität, die Reaktionsfähigkeit und die Sicherheit. Digitale Tools unterstützen evidenzbasierte Entscheidungen und stärken das Selbstmanagement der Patient:innen.

## 9. Einbindung von Zugehörigen

Zugehörige übernehmen wichtige Aufgaben in der Beobachtung, Informationsweitergabe und Alltagsunterstützung. Sie tragen wesentlich zur Versorgungsqualität bei, werden dabei aktiv vom Care@home-Team geschult und begleitet.

## 10. Spektrum von Patient:innen und Einschlusskriterien

Care@home-Modelle adressieren Patient:innen aller Altersgruppen und Erkrankungen – von akuten Infektionen, internistischen und chirurgischen Indikationen über onkologische und transplantationsbezogene Therapien bis hin zu palliativen, psychiatrischen und komplex chronischen Erkrankungen. Eingeschlossen werden genügend stabile Patient:innen, während instabile oder intensivpflichtige Zustände sowie Suchterkrankungen häufig ausgeschlossen sind.

## 11. Aufgaben entlang des Patientenpfades

Care@home-Teams übernehmen umfassende Aufgaben, von der Einschätzung und der Koordination über das Assessment, die Diagnostik, das Monitoring bis zu pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Interventionen. Pflegefachpersonen (vgl. oben bzgl. Skillsgrade) spielen dabei eine zentrale Rolle bei der Durchführung und der kontinuierlichen Überwachung.

### *Aus- und Weiterbildungen*

#### 1. Zielgruppen und Zugangsvoraussetzungen

Aus- und Weiterbildungsangebote für Mitglieder von Care@home-Teams richten sich primär an Pflegefachpersonen, Pharmazeut:innen und ärztliches Personal. Zugangsvoraussetzungen beinhalten teilweise Zusatzqualifikationen im Bereich der klinischen Fähigkeiten, in der nichtärztlichen Verordnung oder der interprofessionellen Ausbildung, oder aber fachspezifisches Vorwissen (z. B. Kardiologie), um eine fachlich fundierte Teilnahme zu gewährleisten.

#### 2. Umfang und Inhalte der Schulungen

Die Lerninhalte decken ein breites Spektrum ab, einschliesslich klinischer Fertigkeiten (Medikationsmanagement, Infusionstechniken, EKG, Katheterisierung, Frühwarnsysteme, standardisierte Kommunikationsformate), patientenspezifischem Wissen zu Krankheitsbildern, Fertigkeiten im Bereich der psychosozialen Betreuung, der Kommunikation und des Empowerments von Patient:innen, interkultureller Kompetenzen, eines Sicherheitstrainings und Fertigkeiten im Bereich der digitalen Dokumentation.

#### 3. Didaktische Konzepte und Lernmethoden

Effektive Programme kombinieren verpflichtende Initialschulungen, interprofessionelle Trainings, das On-the-Job-Training, die Supervision, das Peer-Mentoring, Reflexionssitzungen, Rol-

lenspiele, die praktische Fallarbeit, Simulationen und digitale Wissensvermittlung. Eine kontinuierliche Begleitung und ein kollegialer Austausch fördern nachhaltiges Lernen und den Kompetenzaufbau.

#### **4. Interprofessionelle Rollenentwicklung**

Care@home-Teams benötigen Schulungen zur Klärung neuer Rollen und Verantwortlichkeiten, insbesondere was den beim Übergang von traditionellen Funktionen zu erweiterten Aufgaben im häuslichen Setting (z. B. Apotheker:in, der/die als Community Health Worker tätig ist) betrifft. Mentoring, eine strukturierte Supervision und Workshops unterstützen die Teamkoordination und die Entwicklung einer professionellen Rollenidentität.

#### **5. Digitale, technische und klinische Kompetenzen**

Schulungen fokussieren auf die sichere Anwendung digitaler Tools (Tablets, elektronische Gesundheitsakten, standardisierte Protokolle) und medizinisch-technischer Geräte (Blasenscans, Infusionssysteme, EKG) sowie auf klinische Notfallfertigkeiten (Subakutpflege, Erkennen von Red Flags, Pharmakologie, Medikamentenverordnung, EKG-Schreiben, intravenöse Zugänge). Die Integration dieser Kompetenzen in die Praxis ermöglicht eine patientenzentrierte, evidenzbasierte und sichere Versorgung im häuslichen Kontext.

## 6 Forschungsdesiderate

Dieser Zwischenbericht legt die systematische, erarbeitete wissenschaftliche Evidenz zu den Professionen in Care@home-Modellen aus unterschiedlichen Perspektiven dar, z. B. mit Blick auf die involvierten Professionen, die Aufgaben, die Qualifikationen, die Versorgungsstrukturen oder den Informationsfluss. Darauf basierend lassen sich für die Schweiz die nachfolgend dargelegten Forschungsdesiderate ableiten. Sie fokussieren auf die Generierung einer empirischen schweizerischen Evidenz, die Operationalisierung (Messgrössen) der für die Schweiz relevanten Konzepte (Care@home-Modelle, Rollenprofile, Wirkungsindikatoren oder Interprofessionalität), deren Konkretisierung, Pilotierung und Evaluation. Mit diesem Wissen und diesen Erfahrungen können wirksame und effiziente Care@home-Modelle schweizweit in die Regelversorgung implementiert werden.

1. Obwohl international vielfältige Care@home-Modelle beschrieben und erfolgreich implementiert wurden, fehlt es im Schweizer Kontext bislang an einer praxisbasierten und systematisch erarbeiteten **Auslegeordnung** bestehender und geplanter **Care@home-Modelle**. Eine solche Übersicht ist essenziell, um die konzeptionelle Vielfalt, die strukturellen Voraussetzungen und die professionsübergreifenden Anforderungen differenziert zu erfassen und für die Weiterentwicklung nutzbar zu machen.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Die Entwicklung eines strukturierenden Bezugsrahmens, der Care@home-Modelle in der Schweiz entlang folgender Dimensionen (nicht abschliessend) systematisch erfasst und vergleichbar macht:

- a. **Versorgungszielsetzung:** *admission avoidance, early transfer (early supported discharge), timely access*
- b. **Modelltypologie:** generalistisch, spezialisiert, Mischformen
- c. **Professionen:** beteiligte Berufsgruppen, deren Rollen
- d. **Settings:** häusliche Umgebung, mobile Dienste, telemedizinische Komponenten
- e. **Institutionen:** Spitäler, Spitex, Hausarztpraxen, Apotheken, Rehabilitationsdienste
- f. **Intersektoralität:** Schnittstellen zwischen stationärer, ambulanter und sozialer Versorgung
- g. **Strukturen:** rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen
- h. **Patientenpfade:** Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozesse
- i. **Kommunikationsmittel:** digitale Tools, Dokumentationssysteme, interprofessionelle Kommunikationsformate

2. Es fehlt bislang an praxisbasierten, systematisch erarbeiteten und professionsspezifisch differenzierten **Rollenprofilen** und an der Klärung von neuen Berufsrollen (das Richtige tun, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, etc.) für die Umsetzung von Care@home-Modellen in

der Schweiz (basierend auf den Modellen aus Forschungsdesiderat 1. Gemeinsam mit Fachpersonen aus Praxis und Ausbildung gilt es die erforderlichen Qualifikationen, Berufserfahrungen und Kompetenzen zu definieren und die Verantwortungsbereiche sowie Aufgaben der beteiligten Gesundheitsfachpersonen festzulegen.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Klärung dieser Forschungslücke für das Kernteam, d. h. für Pflegefachpersonen mit besonderem Fokus auf den verschiedenen Qualifikationsabschlüssen (Pfleger:innen, Pflegefachperson, Advanced Practice Nurse), für Ärzt:innen sowie den/die Koordinator:in, gefolgt von Physiotherapeut:innen, Ernährungsberater:innen, Hebammen und weiteren involvierten Gesundheitsfachpersonen in Care@home-Modellen.

3. Obwohl Gruppen von geeigneten Patient:innen für internationale Care@home-Modelle bereits beschrieben sind, fehlt es bislang an systematisch und mit der Praxis entwickelten und evaluierten **Ein- und Ausschlusskriterien, die festlegen, welche Patient:innen in Schweizer Care@home-Modellen behandelt werden können (oder nicht)**. Diese Aufarbeitung unterstützt ein umfassendes Verständnis der Frage, durch welche Faktoren – wie Akutheit, Komplexität oder weitere Merkmale – sich Patientensituationen auszeichnen, die in Care@home-Modellen interprofessionell und intersektoral qualitativ hochstehend, wirksam, sicher und effizient versorgt werden können.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Systematische pro- und retrospektive Klärung, Prüfung und Anpassung dieser Ein- und Ausschlusskriterien von Patient:innen für jedes in der Schweiz entwickelte Care@home-Modell.

4. Es fehlt an einer Übersicht über die derzeitigen Versorgungslücken (und die damit verbundenen Herausforderungen) im Care@home-Setting in der Schweiz, beispielsweise im Ernährungsmanagement, die mit einer integrierten, interprofessionellen Versorgung behoben werden könnten. Über den Status quo der wissenschaftlichen Literatur hinaus soll frühzeitig geklärt werden, wie diese Versorgungslücken aus der Perspektive aller Gesundheitsprofessionen gezielt adressiert werden können, um Care@home-Modelle wirksam, sicher und qualitativ hochwertig umzusetzen.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Versorgungslücken aufzeigen, Erfahrungen der Care@home-Projekte integrieren sowie kantonale Best-Practice-Beispiele sammeln, um Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die über die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege hinausgehen.

5. Obwohl Care@home-Modelle bereits beschrieben sind, fehlt es bislang an systematisch und mit der Praxis entwickelten **Wirkungsindikatoren**, die den Erfolg solcher Modelle auf mehreren Ebenen – z. B. jenen des Individuums, des Teams, der Institution, des Versorgungsmodells – messbar machen. Insbesondere im Schweizer Kontext besteht der Bedarf an validen, professionsübergreifend anschlussfähigen Indikatoren zur Bewertung der Versorgungsqualität, der Patientensicherheit, der Rehospitalisierung, der Kosten und der Ressourceneffizienz, der Rollenprofile sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Klärung dieser Forschungslücke für das Kernteam, d. h. für Pflegefachpersonen, Ärzt:innen sowie den/die Koordinator:in, gefolgt von weiteren Gesundheitsfachpersonen in Care@home-Modellen.

6. Im Kontext von Care@home-Modellen «Made in Switzerland» ist bislang unklar, welche **digitalen Werkzeuge** entlang des Patientenpfades wirkungsvoll und nutzenstiftend für Gesundheitsfachpersonen, Patient:innen und Zugehörige eingesetzt werden sollen. Es fehlt an einer systematischen, praxisbasierten Analyse der eingesetzten und benötigten digitalen Werkzeuge (Hard- und Software und Methoden) – aus der Sicht von Fachpersonen, interprofessionellen Teams, Patient:innen und Zugehörigen – und von deren Kostenstruktur und Finanzierung.

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Gemeinsam mit der Praxis, den Zugehörigen und den Krankenkassen klären, welche digitalen Werkzeuge entlang des Patientenpfades in Care@home-Modellen einen nachweisbaren Nutzen, Wirksamkeit und Effizienz bieten, welche Ressourcen dafür erforderlich sind und wie ihre Einführung und Nutzung in unterschiedlichen Patientensituationen gefördert werden kann.

## 7. Klärungsbedarf I: Wissens- und Fertigungsprofile

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Die Untersuchung und Klärung folgender Fragen:

- a. Welche generalistischen und spezialisierten Wissens- und Anwendungsfertigkeiten benötigen Gesundheitsfachpersonen im Kontext unterschiedlicher Care@home-Modelltypen (z. B. akutmedizinisch, rehabilitativ, palliativ, generalistisch, spezialisiert)?
- b. Welche Inhalte sind bereits Bestandteil bestehender Aus- und Weiterbildungsangebote (EBA, EFZ, HF, BSc, MSc, Promotion, Weiterbildung) und in welchen Bereichen bestehen konzeptionelle oder curriculare Lücken?
- c. Welche neuen Inhalte sind zu entwickeln, insbesondere bezüglich digitaler Kompetenzen, der interprofessionellen Zusammenarbeit, der klinischen Entscheidungsfindung und der patientenzentrierten Kommunikation in der interprofessionellen Zusammenarbeit?

- d. Welche didaktischen Formate (z. B. Präsenz, digital, hybrid, Simulation, On the Job) eignen sich zur Vermittlung dieser Inhalte?
- e. Wie können Weiterbildungsformate praxisübergreifend – d. h. institutions- und settingübergreifend – konzipiert und implementiert werden, sofern dies zur Versorgungsqualität beiträgt?

## 8. Klärungsbedarf II: **Wirkungsanalysen von Schulungsformaten**

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Die Durchführung von belastbaren Wirkungsanalysen zu eingesetzten Schulungsformaten, insbesondere hinsichtlich ...

- a. Formatvergleiche: Präsenz vs. digital, synchron vs. asynchron,
- b. Simulation vs. On-the-job-Training und
- c. Lernwirksamkeit und Praxistransfer: Welche Formate fördern nachhaltig den Kompetenzerwerb und die Anwendung im klinischen Alltag?

## 9. Klärungsbedarf III: **Langzeitwirkung und Nachhaltigkeit**

**Empfehlung für die weitere Forschung:** Durchführung von Untersuchungen zur Langzeitwirkung und Nachhaltigkeit von Schulungseffekten auf ...

- a. die klinische Praxis,
- b. die interprofessionelle Zusammenarbeit und
- c. die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit.

## 7 Literaturverzeichnis

1. Swiss Center for Care@home. Leistungsangebot [Internet]. 2025 [zitiert 11. Dezember 2025]. Verfügbar unter: <https://www.bfh.ch/de/forschung-dienstleistungen/forschungsbereiche/swiss-center-for-care-at-home/leistungsangebot/>
2. Bilger J, Cignacco E, Dégallier S, Fischer C, Karadeniz S, Kim SI, et al. Konzept Kompetenzzentrum Care@home [unveröffentlichter interner Bericht]. Bern: Berner Fachhochschule BFH; 2023.
3. Wong A, Cooper C, Evans CJ, Rawle MJ, Walters K, Conroy SP, et al. Supporting older people through Hospital at Home care: a systematic review of patient, carer and healthcare professionals' perspectives. *Age Ageing*. 2025;54(2):afaf033.
4. 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.
5. Cignacco E, Siegrist-Dreier S, Schmid T. Patient:innen und Zugehörige in Care@home-Settings - Bericht mit aktuellen Evidenzen, Handlungsempfehlungen für die Praxis und Forschungsdesideraten. Bern: Swiss Center for Care@home; 2025.
6. Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2021;11(1):e043285
7. Vaartio-Rajalin H, Fagerström L. Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionality and effectivity? A scoping review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):e270–88.
8. Falch LA, Haastrup L. The professionals' voice matters: a cultural-theoretical and discourse-analytical exploration of the relationship between the organization of home care in interdisciplinary teams and the roles of professionals, professionalism, professional identity, and collaboration. *Praxeologi*. 2024;6:e4092.
9. Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. *J Gen Intern Med*. 2022;37(3):637–50.
10. Sultani K, Smeulers M, De Vries R, Zonderhuis BM, Nanayakkara PWB. Transforming acute care: a scoping review on the effectiveness, safety and implementation challenges of Hospital-at-Home models. *BMJ Open*. 2025;15(8):e098411.
11. Universitäre Psychiatrische Dienste Basel. Home Treatment [Internet]. O. J. [zitiert 21. Oktober 2025]. Home Treatment. Verfügbar unter: <https://www.upk.ch/ueber-uns/kliniken-zentren-und-abteilungen/klinik-fuer-erwachsene/home-treatment>
12. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. AT\_HOME [Internet]. O. J. [zitiert 6. November 2025]. Verfügbar unter: [https://www.upd.ch/de/angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulantes-angebot/at\\_home.php](https://www.upd.ch/de/angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulantes-angebot/at_home.php)
13. Morf K. Für frühere Spitalentlassungen eng kooperieren. *Spitex Mag* [Internet]. 2024 [zitiert 21. Oktober 2025];(2). Verfügbar unter: <https://spitexmagazin.ch/artikel/fur-fruhere-spitalentlassungen-eng-kooperieren/>
14. Klinik Arlesheim. Hospital at Home [Internet]. O. J. [zitiert 21. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.klinik-arlesheim.ch/unser-angebot/medizin/701-hospital-at-home>
15. Schneider C, Pöchtrager S, Lammers T, Bürkle T, Eberhardt C, Busche P, et al. Das Behandlungsmodell Hospital at Home in der Schweiz – Ergebnisse einer Pionierklinik. *Praxis*. 2025;114(6):217–21.
16. GZO Spital Wetzikon. Palliative Care [Internet]. O. J. [zitiert 16. Dezember 2025]. Verfügbar unter: <https://www.gzo.ch/kliniken-zentren/departement-medin/palliative-care/>

17. GZO Spital Wetzikon, Andreas Weber Stiftung. Ein mobiles Team im Einsatz für Menschen mit unheilbarer Krankheit [Internet]. O. J. [zitiert 16. Dezember 2025]. Verfügbar unter: [https://www.andreasweberstiftung.ch/cm\\_document/05\\_GZO-PallCare-Flyer\\_2019.pdf](https://www.andreasweberstiftung.ch/cm_document/05_GZO-PallCare-Flyer_2019.pdf)
18. Martins T, Möckli N, Zúñiga F, Meyer-Massetti C, Fischer R, Pihet S, et al. SPOTnat –Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie. Nationaler Bericht. Basel: Universität Basel; 2023. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>
19. Swiss Center for Care@home. Care@home-Initiativen in der Schweiz [unveröffentlichtes, internes Dokument]. Berner Fachhochschule; 2025.
20. James KL, Randall NP, Haddaway NR. A methodology for systematic mapping in environmental sciences. *Environ Evid.* 2016;5(1):7.
21. Beisland EG, Drageset J, Blindheim MG, Jorem GT, Moi AL. Children’s and parents’ experiences of home care provided by hospital staff: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2024;33(8):3018–32.
22. Bransgrove NJ, Porter JE, Peck B, Bishop J. Mapping Hospital in the Home Models of Care: A Systematic Review. *J Adv Nurs.* 2025;81(5):2345–53.
23. Farag M, Chalmers L, Hoti K, Hughes J. The role of the clinical pharmacist in mental health hospital-in-the-home: A scoping review. *Res Soc Adm Pharm.* 2022;18(10):3724–35.
24. Harris C, Ignatowicz A, Lasserson DS. What are physiotherapists and occupational therapists doing in services that replace acute hospital admission? A systematic review. *Int J Clin Pract.* 2020;74(6):e13462.
25. Wallis JA, Shepperd S, Makela P, Han JX, Tripp EM, Gearon E, et al. Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;3:CD014765.
26. Aasen L, Ponton IG, Johannessen AKM. Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents’ perceptions of hospital-at-home. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):102–10.
27. Aasen L, Werner A, Ruud Knutsen I, Johannessen AK. Collaboration between professionals in primary and secondary healthcare services about hospital-at-home for children: A focus group study from the perspectives of stakeholders. *J Interprof Care.* 2025;39(6):1–9.
28. Aasen L, Johannessen A, Ruud Knutsen I, Werner A. Negotiating safety and responsibility in caregiving to children receiving hospital-at-home: A Norwegian study of parents and homecare nurses’ experiences. *Health Soc Care Community.* 2022;30(6):e5326–35.
29. Aasen L, Johannessen AK, Ruud Knutsen I, Werner A. The work of nurses to provide good and safe services to children receiving hospital-at-home: A qualitative interview study from the perspectives of hospital nurses and physicians. *J Clin Nurs.* 2022;31(17–18):2495–506.
30. Anwar MM, Shamaz H, Li N, Crosbie H, Mcgeachy C, Harding A, et al. The future of hospital at home: a qualitative interview study of healthcare staff. *Eur Geriatr Med.* 2024;15(4):1001–5.
31. Barrett RV, Hebron C. Working as a physiotherapist in a rapid response team: ‘An emotional rollercoaster’. *Physiother Theory Pract.* 2024;40(7):1551–67.
32. Barrué P, Sánchez-Gómez M. La experiencia emocional de enfermeras de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en cuidados paliativos: un estudio cualitativo exploratorio. *Enferm Clínica.* 2021;31(4):211–21.

33. Chen H, Ignatowicz A, Lasserson DS. The Essentials for Implementing and Operating Hospital at Home: Lessons Learned from UK Health Care Professionals. *J Am Med Dir Assoc.* 2024;25(2):279–81.
34. Cox R, Kyle G, Suzuki A, Wishart L, McCusker M, McConnell A, et al. Patient and multidisciplinary health professional perceptions of an Australian geriatric evaluation and management and rehabilitation hospital in the home service. *J Health Serv Res Policy.* 2024;29(1):31–41.
35. de Flon M, Glaffey G, Jarl L, Sellbrant K, Nilsson S. The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12):6241.
36. Dhollander N, Smets T, De Vleminck A, Van Belle S, Deliens L, Pardon K. Phase 0–1 early palliative home care cancer treatment intervention study. *BMJ Support Palliat Care.* 2022;12(e1):e103–11.
37. Gustafsson LK, Anbacken EM, Östlund G, Bondesson A, Pettersson T, Zander V. Implementation of a New Integrated Healthcare Model; Quality Aspects to Support the Complex Home Care of Older Adults with Multiple Needs. *J Multidiscip Healthc.* 2024;17:2879–90.
38. Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Reflections of nurses and primary healthcare managers on integrating hospital at home into public primary healthcare services: a Norwegian focus group study. *Scand J Prim Health Care.* 2024;42(4):633–42.
39. Ko SQ, Chua CMS, Koh SH, Lim YW, Shorey S. Experiences of Patients and Their Caregivers Admitted to a Hospital-at-Home Program in Singapore: a Descriptive Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2023;38(3):691–8.
40. Larsen A, Broberger E, Petersson P. Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(2):342–50.
41. Mäkelä P, Stott D, Godfrey M, Ellis G, Schiff R, Shepperd S. The work of older people and their informal caregivers in managing an acute health event in a hospital at home or hospital inpatient setting. *Age Ageing.* 2020;49(5):856–64.
42. Manea S, Pinato M, Salmaso L, Vittorii S, Biasio M, Rigoni M, et al. Home care models dedicated to COVID-19 patients: the experience of a Local Health District of Veneto Region (Italy). *Ann Ig Med Prev E Comunita.* 2024;36(4):405–13.
43. Mashaw A, Byelyakova H, Desrochers D. Implementing Systemwide Physician Change Management in an Integrated Health Care Setting: Improving Physician Participation in an Advanced Care at Home Model. *Perm J.* 2023;28(1):22–32.
44. Moulin J, Castets S, Galon-Faure N, Jego M, Reynaud R. Hospital-based home care for young children newly diagnosed with type 1 diabetes: Assessing expectations and obstacles in families and general practitioners. *Arch Pédiatrie.* 2019;26(6):324–9.
45. Nordin Å, Sunnerhagen KS, Axelsson ÅB. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol.* 2015;15:235.
46. Paulson MR, Torres-Guzman RA, Avila FR, Maita KC, Forte AJ, Butera JE, et al. Telemedicine allows for effective communication between a medically complex cancer patient and his virtual hospital medical team. *Clin Case Rep.* 2022;10(10):e6456.
47. 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;19:470.

48. Seow H, Bainbridge D. The development of specialized palliative care in the community: A qualitative study of the evolution of 15 teams. *Palliat Med*. 2018;32(7):1255-66.
49. Smith-Carrier T, Sinha SK, Nowaczynski M, Akhtar S, Seddon G, Pham TN (Tia). It 'makes you feel more like a person than a patient': patients' experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2017;25(2):723-33.
50. Toffart AC, Feyeux A, Pérol M, Girard N, El Bouanani A, Vignon A, et al. Proposal for a general framework for the administration of anticancer immunotherapy in a hospital-at-home care. *Bull Cancer (Paris)*. 2022;109(1):98-105.
51. Vaartio-Rajalin H, Ngoni K, Fagerström L. Balancing between extremes—Work in hospital-at-home. *Nurs Open*. 2019;7(1):398-410.
52. Wergeland D, Harsten K, Klarare A, Steindal SA. Hospital nurses' experiences of assessing health status changes in stem-cell transplanted patients in home care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2022;31(21-22):3190-9.
53. Zawada SK, Sweat J, Paulson MR, Maniaci MJ. Staff Successes and Challenges with Telecommunications-Facilitated Patient Care in Hybrid Hospital-at-Home during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*. 2023;11(9):1223.
54. Nilsson G, Hansson K, Tiberg I, Hallström I. How dislocation and professional anxiety influence readiness for change during the implementation of hospital-based home care for children newly diagnosed with diabetes – an ethnographic analysis of the logic of workplace change. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):61.
55. Brody AA, Arbaje AI, DeCherrie LV, Federman AD, Leff B, Siu AL. Starting Up a Hospital at Home Program: Facilitators and Barriers to Implementation. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(3):588-95.
56. Cordero-Guevara JA, Parraza-Díez N, Vrotsou K, Machón M, Orruño E, Onaindia-Ecenarro MJ, et al. Factors associated with the workload of health professionals in hospital at home: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:704.
57. 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;11:1137798.
58. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021(3):CD009231.
59. Arias-de la Torre J, Zioga EAM, Macorigh L, Muñoz L, Estrada O, Mias M, et al. Differences in Results and Related Factors between Hospital-At-Home Modalities in Catalonia: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 2020;9(5):1461.
60. Boeijen JA, van de Pol AC, van Uum RT, Smit K, Ahmad A, van Rijswijk E, et al. Home-based initiatives for acute management of COVID-19 patients needing oxygen: differences across The Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1257.
61. Bryant PA. Ethical dilemmas in providing acute medical care at home for children: a survey of health professionals. *BMJ Paediatr Open*. 2020;4(1):e000590.
62. Calvo M, González R, Seijas N, Vela E, Hernández C, Batiste G, et al. Health Outcomes from Home Hospitalization: Multisource Predictive Modeling. *J Med Internet Res*. 2020;22(10):e21367.
63. Cheng JF, Huang XY, Lin MJ, Wang YH, Yeh TP. The influence of a mental health home visit service partnership intervention on the caregivers' home visit service satisfaction and care burden. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e668-77.

64. DeCherrie LV, Wardlow L, Ornstein KA, Crowley C, Lubetsky S, Stuck AR, et al. Hospital at Home services: An inventory of fee-for-service payments to inform Medicare reimbursement. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(7):1982–92.
65. Hockley J, Essenhigh C. Implementing a hospital-at-home service to improve patient outcomes. *Br J Nurs.* 2021;30(20):1206–7.
66. Farag M, Hoti K, Hughes J, Chalmers L. Impact of a clinical pharmacist on medication safety in mental health Hospital-in-the-Home: a retrospective analysis. *Int J Clin Pharm.* 2022;44(4):947–55.
67. Gobbi E, Toffart AC, Boisserie Lacroix L, Pinsolle J, Schoutteten L, Federspiel I, et al. Immune checkpoint inhibitors and hospitalization at home in France. *Bull Cancer (Paris).* 2022;109(1):89–97.
68. González-Ramallo VJ, Mirón-Rubio M, Mujal A, Estrada O, Forné C, Aragón B, et al. Costs of out-patient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *Int J Antimicrob Agents.* 2017;50(1):114–8.
69. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the Home nurses' recognition and response to clinical deterioration. *J Clin Nurs.* 2018;27(9–10):2152–60.
70. Grossbard E, Marziano Y, Sharabi A, Abutbul E, Berman A, Kassif-Lerner R, et al. Consensus Between Radiologists, Specialists in Internal Medicine, and AI Software on Chest X-Rays in a Hospital-at-Home Service: Prospective Observational Study. *JMIR Form Res.* 2024;8:e55916.
71. Ko SQ, Wang Z, Goh SLE, Soong JTY. Proportion of medical admissions that may be hospitalised at home and their service utilisation patterns: a single-centre, descriptive retrospective cohort study in Singapore. *BMJ Open.* 2023;13(10):e073692.
72. Leenen JPL, Scherrenberg M, Bruins W, Boyne J, Vranken J, Brunner la Rocca HP, et al. Usability of a digital health platform to support home hospitalization in heart failure patients: a multicentre feasibility study among healthcare professionals. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2024;23(2):188–96.
73. León-Caballero J, Sabaté A, Roldan M, González-Fresnedo AM, Samos P, Jerónimo MÁ, et al. Burden and satisfaction experienced in relatives and patients during home hospitalisation in psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr.* 2022;50(5):226–32.
74. Levine DM, Paz M, Burke K, Beaumont R, Boxer RB, Morris CA, et al. Remote vs In-home Physician Visits for Hospital-Level Care at Home. *JAMA Netw Open.* 2022;5(8):e2229067.
75. Maniaci MJ, Torres-Guzman RA, Avila FR, Maita K, Garcia JP, Forte AJ, et al. Development and evaluation of best practice advisory alert for patient eligibility in a hospital-at-home program: A multicenter retrospective study. *J Hosp Med.* 2024;19(3):165–74.
76. Marcus EL, Jacobs JM, Stessman J. Prolonged mechanical ventilation and caregiver strain: Home vs. long-term care facility. *Palliat Support Care.* 2023;21(3):429–37.
77. Mogensen CB, Ankersen ES, Lindberg MJ, Hansen SL, Solgaard J, Therkildsen P, et al. Admission rates in a general practitioner-based versus a hospital specialist based, hospital-at-home model: ACCESS, an open-labelled randomised clinical trial of effectiveness. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018;26:26.
78. Moss CT, Schnipper JL, Levine DM. Caregiver burden in a home hospital versus traditional hospital: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(1):286–9.
79. Parsons M, Parsons J, Pillai A, Rouse P, Mathieson S, Bregmen R, et al. Post-Acute Care for Older People Following Injury: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(3):404–409.e1.

80. Shadbolt E, Paulson M, Divine LT, Ellis J, Myers L, Mucks K, et al. Increasing Hospital at Home Enrollment Through Decentralization With Agile Science. *J Healthc Qual.* 2024;46(1):40–50.
81. Webster LW, Gernhard C, Peinovich M, Wachter C, Derleth B. The vital role of clinical pharmacy services within the hospital at home interdisciplinary team. *Am J Health Syst Pharm.* 2024;81(17):e478–88.
82. Hernández C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *Int J Integr Care.* 2018;18(0):12.
83. Chen H, Ignatowicz A, Skrybant M, Lasserson D. An integrated understanding of the impact of hospital at home: a mixed-methods study to articulate and test a programme theory. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:163.
84. Friedel M, Brichard B, Fonteyne C, Renard M, Misson JP, Vandecruys E, et al. Building Bridges, Paediatric Palliative Care in Belgium: A secondary data analysis of annual paediatric liaison team reports from 2010 to 2014. *BMC Palliat Care.* 2018;17:77.
85. Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fisher K, Fleck R, Ploeg J, et al. An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A feasibility study. *J Comorbidity.* 2020;10:2235042X19900451.
86. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemp Nurse.* 2018;54(6):603–16.
87. Desai MP, Ross JB, Blitzer S, Como N, Horton DJ, Ostergar J, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults in Rural Settings: Proof of Concept. *Home Healthc Now.* 2024;42(1):21.
88. Lioret S, Touvier M, Lafay L, Volatier JL, Maire B. Dietary and Physical Activity Patterns in French Children Are Related to Overweight and Socioeconomic Status. *J Nutr.* Januar 2008;138(1):101–7.
89. Choe R, Ang IYH, Cheng HS, Jacob JE, Ko SQ. Knowledge, attitudes, and perceptions of residents towards Hospital-at-Home (HaH) and its role in residency training. *BMC Med Educ.* 2024;24:953.
90. Bailey JE, Surbhi S, Bell PC, Jones AM, Rashed S, Ugwueke MO. SafeMed: Using pharmacy technicians in a novel role as community health workers to improve transitions of care. *J Am Pharm Assoc.* 2016;56(1):73–81.
91. Frohmader TJ, Lin F, Chaboyer WP. Structures, processes and outcomes of the Aussie Heart Guide Program: A nurse mentor supported, home based cardiac rehabilitation program for rural patients with acute coronary syndrome. *Aust Crit Care.* 2018;31(2):93–100.
92. Juaton M, Cusack L, Schultz T. Healthcare workers' experiences of transitioning natalizumab infusions from hospital services to an in-home setting: a qualitative study. *Aust J Adv Nurs.* 2022;39(1).
93. O'Neill BJ, Dwyer T, Parkinson L, Reid-Searl K, Jeffrey D. Identifying the core components of a nursing home hospital avoidance programme. *Int J Older People Nurs.* 2023;18(1):e12493.
94. Terry DL, Gordon BH, Steadman-Wood P, Karel MJ. A Peer Mentorship Program for Mental Health Professionals in Veterans Health Administration Home-Based Primary Care. *Clin Gerontol.* 2017;40(2):97–105.
95. Watson G, Paveley A, Chin K, Lindsay-Perez A, Schiff R. Hospital at home – developing a simulation induction programme for junior doctors. *Clin Med.* 2024;24(6):100259.
96. 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.

97. Bookey-Bassett S, Espin S, Northwood M, Jeffs L, Veerasuntharam A. Exploring the Role of Inter-professional Education in Ontario Hospital to Home Integrated Care Programs. *Int J Integr Care*. 2022;22(S3):419.
98. Jones C, Fraser J, Randall S. An evaluation of training to prepare nurses in a home-based service to care for children and families. *J Child Health Care*. 2020;24(4):589-602.