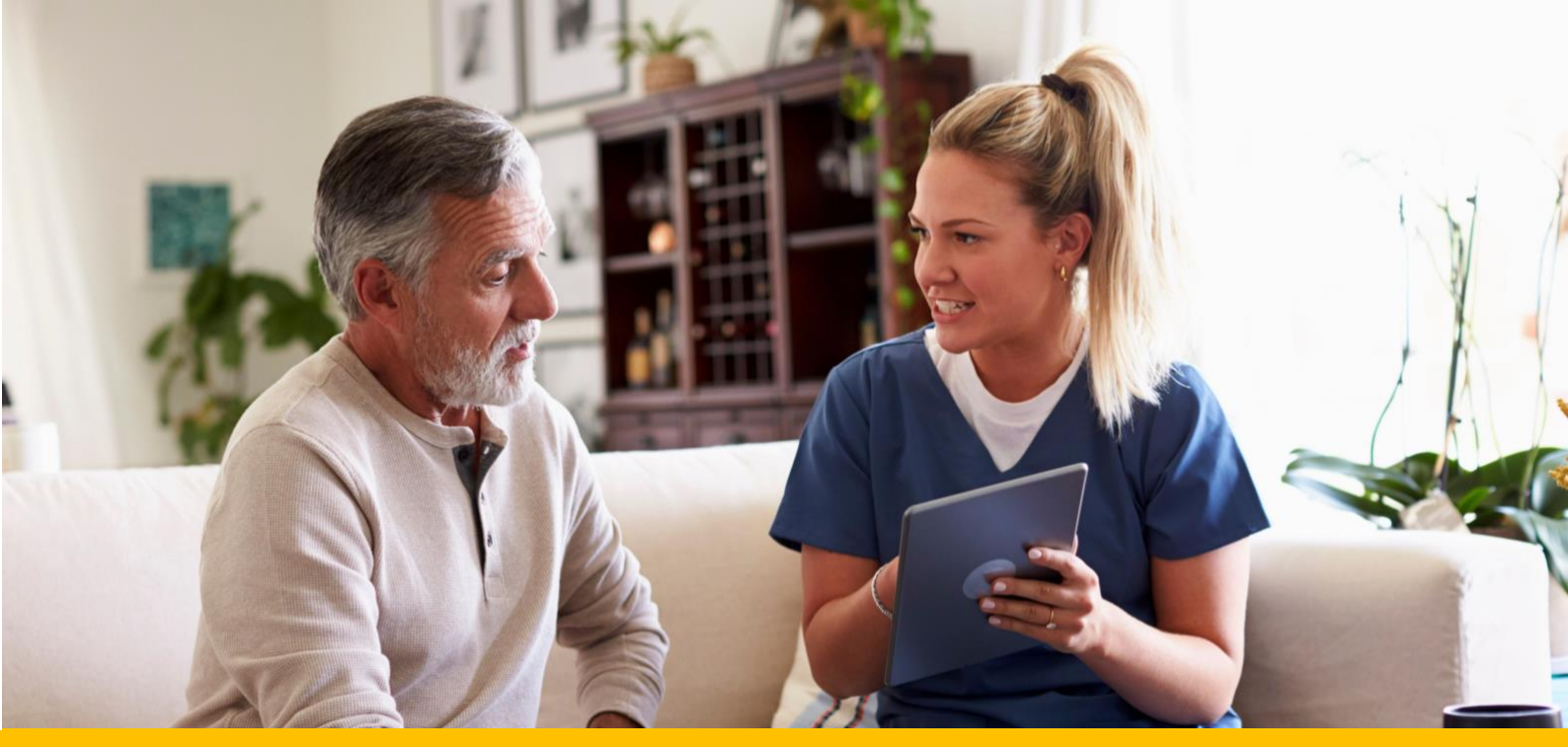


Jahresbericht Swiss Center for Care@home

2024

Autor*innen (alphabetische Reihenfolge)
Prof. Dr. Thomas Bürkle
Prof. Dr. Eva Cignacco
Sulayla Karadeniz
Prof. Dr. Sang-Il Kim
Simone Kunz
Tabea Schmid
Prof. Dr. Friederike Thilo

Februar 2025

Kontakt: scc@bfh.ch

Berner Fachhochschule

Rektorat

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	3
2	Rückblick und Einblick	4
3	Anschubfinanzierte Projekte	13
4	Ausblick	28

1 Vorwort

Gemeinsam für Care@home in der Schweiz

Ich freue mich sehr, Ihnen den ersten Jahresbericht der Initiative Care@home präsentieren zu dürfen. Mit Stolz blicken wir auf die Meilensteine zurück, die wir gemeinsam mit unseren geschätzten Leadpartner*innen, den Mitarbeitenden der BFH und den Vertreter*innen des Kantons erreicht haben.

Im Jahr 2024 hat sich das Netzwerk um Care@home zu einer aktiven Community mit rund 60 Leadpartner*innen entwickelt. Dieses beeindruckende Wachstum verdeutlicht nicht nur die Dringlichkeit, innovative Versorgungsmodelle für das Schweizer Gesundheitswesen wie die Care@home-Ansätze zu entwickeln, sondern auch das grosse Interesse und die Bedeutung dieser kantonalen Initiative mit nationaler Strahlkraft. In den Vernetzungsworkshops zu den Calls for Proposals wurden gemeinsam zukunftsweisende Projektideen erarbeitet, beim Kick-Off die Perspektiven von Care@home intensiv diskutiert und die Umsetzung der Arbeitspakete mit grossem Engagement vorangetrieben. Dafür sprechen wir allen Beteiligten unseren herzlichen Dank aus.

Unsere Vision einer wirksamen und effizienten Diagnostik und Behandlung im Zuhause der Patient*innen hat uns im vergangenen Jahr geleitet – und wird es auch weiterhin tun. Denn die Herausforderungen, vor denen das Schweizer Gesundheitswesen steht, bleiben gross.

Aufgrund der positiven Resonanz aus der Praxis und der Unterstützung durch die Berner Regierung wurde aus der Initiative Care@home ab 1. Januar 2025 das Swiss Center for Care@home (SCC) unter der Co-Leitung von Prof. Dr. Friederike Thilo und Prof. Dr. Sang-Il Kim. Das ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg, die Vision von *Care@home in der Schweiz* langfristig zu verwirklichen. Für diesen Weg bleibt die enge Zusammenarbeit mit unseren Leadpartner*innen, Mitarbeitenden der BFH sowie relevanten Akteuren des Gesundheitswesens entscheidend.

Ich danke allen Beteiligten für ihr unermüdliches Engagement und lade Sie ein, sich in den folgenden Kapiteln ein Bild von unseren Aktivitäten, Erfolgen und zukünftigen Vorhaben zu machen.

Herzlichst,

Sebastian Wörwag

Prof. Dr. Sebastian Wörwag
Rektor Berner Fachhochschule

2 Rückblick und Einblick

2.1 Übersicht

In der Entwicklung des Swiss Centers for Care@home (SCC) blicken wir auf eine Reihe von wichtigen Meilensteinen, die nicht nur die Grundlage für unseren heutigen Erfolg bilden, sondern auch den Weg in die Zukunft weisen. Die folgende Übersicht zeigt die zentralen Tätigkeiten der vergangenen drei Jahre und gibt einen Ausblick auf die geplanten Vorhaben des SCC bis 2030.

2.2 Rückblick 2023

Nach der Lancierung des Vorhabens Care@home und Bestätigung der vorgeschlagenen Stossrichtung durch die Task Force Medizin an der Sitzung vom 13. März 2023 hat die BFH ein Vorprojekt zur Klärung diverser Erfolgsvoraussetzungen initiiert. Ab März 2023 hat ein BFH-internes Projektkernteam das Vorprojekt, unter Einbezug von Vertreter*innen der BKD, WEU und GSI sowie Expert*innen vorangetrieben. Das Projektkernteam hat im Rahmen des Vorprojekts Care@home ein Konzept zur Entwicklung eines Kompetenzzentrums Care@home ausgearbeitet. Zusätzlich wurde bereits mit der Bildung eines Netzwerks begonnen und erste Letters of Intent von Leadpartner*innen eingeholt.

Konzept Swiss Center for Care@home zum Download

2.3 Rückblick 2024

2.3.1 Projektkernteam

Das Projektkernteam setzt sich aus Vertreter*innen der Departemente Gesundheit und Technik & Informatik und des Rektorats der Berner Fachhochschule zusammen.

Prof. Dr. Thomas Bürkle
Co-Projektleiter

Prof. Dr. Eva Cignacco
Co-Projektleiterin

Sulayla Karadeniz
Projektsupport

Prof. Dr. Sang-Il Kim
Co-Projektleiter

Simone Kunz
Projektkoordinatorin

Tabea Schmid
Projektsupport

Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo
Co-Projektleiterin

2.3.2 BFH Strategische Themenfelder

Prof. Dr. Sarah Dégallier Rochat (Humane Digitale Transformation) und Dr. Carolin Fischer (Caring Society) brachten ihre Expertise punktuell in das Vorprojekt Care@home ein.

Prof. Dr. Sarah Dégallier Rochat
Leiterin strategisches Themenfeld
Humane Digitale Transformation

Dr. Carolin Fischer
Leiterin strategisches Themenfeld
Caring Society

2.3.3 Leadpartner*innen

Für den Aufbau und die Etablierung des Swiss Centers for Care@home arbeitet die BFH mit zahlreichen Leadpartner*innen zusammen, d. h. mit Spitälern, Spitex-Organisationen, Institutionen für Rehabilitation oder für das Alter, Verbänden, Krankenversicherungen sowie Unternehmen aus der Pflege, Medizin- und Medizinalbereich. Seit 2023 haben rund 60 Leadpartner*innen mit einem Letter of Intent den Bedarf an einem solchen Kompetenzzentrum sowie ihr Interesse an einer Zusammenarbeit zugesichert:

Institution
Adullam-Stiftung, Basel
ARTISET Föderation der Branchenverbände CURAVIVA, INSOS, YOUFITA
Berner Reha Zentrum
BESAQSys
CSS
DASTI AG, Gesundheitsdienst
dedica
Domicil
Domohealth
Evoleen
fmc Forum für Integrierte Versorgung
fmi Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
FresuCare
Gesund i.E. (Gesundheitsversorgung für das Emmental)
Haslibrunnen Langenthal
hospitales

Institution
IMPACT HUB Bern
Innocare Projekt
Inselspital (Notfallmedizin)
Inselspital (Pflege)
Inselspital (Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie)
Inselspital (Zentrum für Palliative Care)
Inselspital (Zentrum für Rehabilitation & Sportmedizin)
Inselspital Zentrum für Palliative Care
Klinik Arlesheim
LerNetz AG
Lindenhofspital
medi24
Netzwerk Gesundheit Schweiz GmbH
Omanda AG
Post
Post Sanela

Institution
Réseau de l'Arc SA, Moutier und St-Imier
restful
Roche Diagnostics
Schweizer Berufsverband für Pflegepersonal SBK
Schweizerischer Hebammenversand
Sitem Start Up Club (SSC)
sitem-insel AG
Spital Emmental AG
Spital STS AG
Spitalzentrum Biel
Spitex AemmePlus
Spitex Bern
Spitex Region Bern Nord (ReBeNo)

Institution
Spitex Region Thun
Spitex Schweiz
Südland Health AG
SWICA
Swiss Center for Design and Health SCDH
Swiss Hospital at home Society SHaHS
Switzerland Innovation Park Biel-Bienne SIPBB
Universitäre psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Verband Kinder-Spitex Schweiz
Verband Spitex Kt. Bern
Visana
Xundheitszentrum Grindelwald
Xundheitszentrum Wengen

2.3.4 Veranstaltungen

Vernetzungsworkshop 11. Januar 2024

Am Vernetzungsworkshop anlässlich der Lancierung des 1. Call for Proposals (CfP) «Care@home-Projekte 2024» durften wir 58 Teilnehmende begrüssen.

Kick-Off Kompetenzzentrum Care@home 29. Mai 2024

An der Kick-Off Veranstaltung des Kompetenzzentrums haben 55 Personen aus dem Kreis der Leadpartner*innen teilgenommen. Unter anderem wurden die sechs anschubfinanzierten Projekte aus dem 1. CfP vorgestellt.

Vernetzungsworkshop 5. September 2024

Im Hinblick auf den 2. CfP «Care@home Projekte 2025» fand der zweite Vernetzungsanlass des Jahres statt. 70 Teilnehmende (von Leadpartner*innen und BFH) entwickelten in Workshops gemeinsam Projektideen.

Konsultationsverfahren Strategie SCC November 2024

An zwei Online-Veranstaltungen wurde die Strategie des SCC vorgestellt und diskutiert. Anschliessend hatten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, schriftlich Stellung zur Strategie zu nehmen.

2.4 Einblick: Arbeitspakete

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen und fokussierten Erarbeitung der für die Schweiz relevanten fachlichen Inhalte wurden im Rahmen des Aufbaus des SCC vier Arbeitspakete (AP) definiert. In diesen AP beschäftigen sich Mitglieder*innen des SCC gemeinsam mit interessierten Forschenden der BFH sowie Vertretenden der Leadpartnerorganisationen mit zentralen Fragestellungen rund um Care@home. Wir bedanken uns herzlich bei allen Leadpartner*innen, die aktiv in den Arbeitspaketen mitgearbeitet und wesentlich zum Fortschritt der inhaltlichen Arbeit beigetragen haben.

AP 1: Professionsentwicklung

Leitung: Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo, Departement Gesundheit, BFH

Kurzbeschrieb

Um Care@home-Versorgungsmodelle wirksam, effizient und praxisnah umzusetzen, müssen folgende Punkte geklärt werden: erforderliche Rollenprofile, Gestaltung der interinstitutionellen Zusammenarbeit, relevante Good-Practices für die Schweiz sowie Aus- und Weiterbildungsbedarfe. Das Kernteam koordiniert und treibt die inhaltliche Bearbeitung voran. Quartalsweise treffen sich BFH-Mitarbeitende zu einem internen Soundingboard sowie gemeinsam mit Leadpartner*innen zu einem Advisory Board. Ergänzt werden diese Treffen durch weitere Instrumente wie Roundtables. Ziel ist es, die Inhalte proaktiv zu reflektieren, kritisch zu diskutieren und richtungsweisende Entscheidungen zu treffen.

Ziele

- Schaffung einer fundierten Grundlage für den Kanton Bern, die Schweiz, die Leadpartner*innen und für alle interessierten Stakeholder hinsichtlich der Evidenz zur Professionsentwicklung im Kontext Care@home, inklusive Bericht.
- Stakeholderanalyse zur Erfassung der bestehenden empirischen Grundlagen in der Schweiz und der aus Sicht der Beteiligten erforderlichen Entwicklungen.
- Entwicklung von Forschungsdesideraten und Handlungsempfehlungen zur Professionsentwicklung im Kontext Care@home, um eine wirksame und effiziente interinstitutionelle Zusammenarbeit von damit Gesundheitsfachpersonen entlang der Patient*innenpfade zu ermöglichen.

Aktueller Stand der Arbeiten

Alle vier Professionen des Departements Gesundheit sind aktiv involviert. Kick-off-Veranstaltungen fanden mit BFH-Mitarbeitenden und Leadpartner*innen statt. Es laufen regelmässige Treffen und Workshops zur weiteren Vertiefung der Inhalte und seit November 2024 eine systematische Literaturrecherche.

Ausblick 2025

- Abschluss der Evidenzgrundlagen und Literaturreviews.
- Durchführung einer empirischen Analyse der Stakeholder in der Schweiz.
- Erweiterung der quartalsweisen Treffen um proaktive Diskussion aktueller Entwicklungen.

AP 2: Finanzierungsmodelle

Leitung: Prof. Dr. Thomas Bürkle, Departement Technik und Informatik BFH & Prof. Dr. Friederike Thilo (bis 25.11.2024), Departement Gesundheit BFH

Kurzbeschrieb

Dieses Arbeitspaket fokussiert sich auf die Entwicklung von realitätsnahen, attraktiven und praktikablen Finanzierungsmodellen, denn bislang fehlen spezifische Tarifstrukturen, die eine Abrechnung der Leistungen im Care@home-Modell ermöglichen. Im Care@home-Setting werden Patient*innen aller Altersstufen in ihrer gewohnten Wohnumgebung (zu Hause) versorgt.

Dabei wird zwischen drei Versorgungsansätzen unterschieden: Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer (Early Supported Discharge, ESD), Vermeidung von Spitaleinweisungen (Admission Avoidance, AA) und Sicherstellung einer engmaschigen Gesundheitsversorgung in peripheren Regionen (Timely Access, TA).

Ziele

- Aktuelle Tarifmodelle und die zugrundeliegenden Arbeitsteilungen in der Schweiz und international zu beschreiben
- Die Stärken, Schwächen sowie den Kostendeckungsgrad zu verstehen
- Den Bedarf für spezielle Care@home Tarifmodelle in der Schweiz zu identifizieren
- Zum jeweils angewendeten Care@home-Modell das passende mögliche künftige Finanzierungsmodell zu erarbeiten
- Die Umsetzungsbedingungen zu beschreiben und Empfehlungen abzuleiten.

Aktueller Stand der Arbeiten

- Durchführung zweier Workshops mit Vertreter*innen der am Thema interessierten Leadpartner*innen
- Sammlung und Kategorisierung relevanter nationaler und internationaler Literatur.
- Erstellung eines Prototyps für einen Kostensimulator.
- Beauftragung des Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik der BFH mit einer Recherche zur Finanzierung von laufenden Care@home Modellen in der Schweiz.

Ausblick 2025

- Stakeholderbefragungen und Analyse aktueller Finanzierungsstrukturen.
- Beschreibung notwendiger Tarifmodelle und Anreizsysteme.

AP 3: Digitalisierung & Technologie

Leitung: Prof. Dr. Sang-Il Kim, Institut für Medizininformatik (I4MI) BFH

Kurzbeschrieb

Der Fokus dieses Arbeitspaketes liegt auf der Verbesserung der Informationsflüsse, Interoperabilität digitaler Systeme und Integration mobiler Technologien im Kontext von Care@home. Die partizipative Erarbeitung erfolgt gemeinsam mit Expert*innen unterschiedlicher Fachrichtungen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Standardisierung, insbesondere mittels HL7 FHIR sowie weiteren relevanten IT-Standards. Ziel ist zudem, Endanwender*innen und Technologieanbietende in praxisnahen Anwendungsfällen zusammenzuführen.

Ziele

- Verbesserung der Informationsflüsse und Interoperabilität in Care@home-Projekten durch die Erarbeitung von Empfehlungen und Schnittstellenspezifikationen.
- Erstellung praxisorientierter Empfehlungen für Datenschutz und Datensicherheit.
- Entwicklung einer digitalen Börse für neue Technologien und IT-Systeme

Aktueller Stand der Arbeiten

- Durchführung von Interviews und Workshops zur Prozessmodellierung.
- Entwicklung eines Interoperabilitäts-Whitepapers mit Schwerpunkt HL7 FHIR.

Ausblick 2025

- Erweiterung der Arbeitsgruppe und Wissensbasis durch Stakeholder-Interviews und Workshops.
- Erarbeitung von Empfehlungen für die Praxis, basierend auf dem Whitepaper.

AP 4: Patient*innen und Zugehörige

Leitung: Prof. Dr. Eva Cignacco, Departement Gesundheit Berner Fachhochschule

Kurzbeschrieb

Dieses Arbeitspaket konzentriert sich auf die Bedürfnisse und Unterstützungsangebote für Patient*innen und deren Zugehörige[1] im Care@home-Kontext. Dabei stehen die Bereiche pflegerische Versorgung, psychosoziale Unterstützung, finanzielle und rechtliche Beratung sowie die Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Mittelpunkt. Um eine sichere, effektive und zufriedenstellende Versorgung zu gewährleisten, ist es wesentlich, dass Patient*innen und Zugehörige über die notwendigen Kompetenzen und spezifisches Wissen verfügen.

Zudem werden die Herausforderungen der spitaläquivalenten häuslichen Pflege analysiert, mit dem Ziel, die Patient*innensicherheit zu gewährleisten und die nachhaltige Beteiligung pflegender Zugehöriger zu fördern. Das Arbeitspaket umfasst drei zentrale Themenbereiche:

- Beschreibung der Erfahrungen und Bedürfnisse in Care@home-Modellen.
- Entwicklung und Beschreibung von Entlastungs- und Schulungsangeboten für Zugehörige.
- Analyse der Erfahrungen aus der aktuellen Praxis, einschliesslich Spitex und bestehender Care@home-Pilotmodelle.

Ziele

- Erstellung eines Berichts, der zukünftigen Care@Home-Versorgungsmodellen als Orientierung dient, welche Informations- und Beratungsbedarfe von Patient*innen und Zugehörigen abgedeckt werden müssen, um sie im häuslichen Umfeld zu befähigen, ihre Situation selbstwirksam zu bewältigen.
- Identifikation und Formulierung von Forschungsdesideraten zu zentralen Themen der spitaläquivalenten häuslichen Pflege mit Fokus auf Patient*innen und Zugehörige.

Aktueller Stand der Arbeiten

- Durchführung mehrerer digitaler Arbeitsgruppensitzungen für die fachliche Validierung und Abstimmung der Inhalte mit Leadpartner*innen.
- Sammlung und Auswertung nationaler und internationaler Evidenzen.
- Kontaktaufnahme mit Personen, die im internationalen Raum an Hospital@Home Modellen arbeiten

Ausblick 2025

- Erfassung und Analyse der aktuellen Praxis, einschliesslich Spitex und bestehender Care@Home Pilotmodellen.
- Weitere Bearbeitung der Evidenzlage, Synthese und Finalisierung des Berichts.
- Formulierung von Empfehlungen zu Patient*innen und Zugehörige für die Schweiz.

[1] Der Begriff «Zugehörige» umfasst sowohl Familienangehörige als auch Freund*innen, Bekannte und Nachbar*innen – also all jene Personen, die von der Patientin oder dem Patienten als wichtige Bezugspersonen angesehen werden.

3 Anschubfinanzierte Projekte

Der Kanton Bern schafft mit einer befristeten Massnahme von Anschubfinanzierungen Forschungsanreize im Themenbereich Care@home. Die Ausschreibungen erfolgen im Lead der Berner Fachhochschule. Die Durchführung der Projektcalls erfolgt durch das Vizerektorat Forschung der BFH, die zudem das unabhängige Evaluationspanel koordinieren.
Im Jahr 2024 wurden zwei Calls for Proposals lanciert, bei denen insgesamt 14 Projektanträge gefördert wurden.

3.1 Aus dem 1. Call for Proposals

Der erste Call for Proposals wurde im Januar 2024 lanciert und die finanzierten Projekte wurden im April 2024 kommuniziert. Sechs Projekte erhielten eine Anschubfinanzierung mit einer Höhe von max. 50'000 CHF und einer Projektdauer bis einschliesslich Dezember 2024. Es freut uns, ihnen diese im Folgenden vorzustellen:

Enhancing Timely Access to acute Psychiatric care@home for Women Experiencing Mental Health Disorders during the Postpartum Period (ETAP-PP)

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Prof. Dr. Kristina Adorjan, Direktorin und Ordinaria, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern
- Lena Sutter, MSc, Leitende Hebammenexpertin, Frauenklinik Bern

Projektbeteiligte

- Prof. Dr. Eva Cignacco, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Fachbereich Geburtshilfe
- Prof. Dr. Anna Hegedüs, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Fachbereich Pflege
- PD Dr. Franziska Schlensog Schuster, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Nora Ambord, MSc, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Fachbereich Pflege
- Anja, Schlenker MSc, Alumna Berner Fachhochschule
- Jessica Soldati, Hebammenexpertin, Frauenklinik Bern
- Rahel Inauen, Swiss Center for Design and Health
- Holger Litzenburger Swiss Center for Design and Health
- Susanne Scherz, Lernetz.ch
- Bernhard Probst, Lernetz.ch

Kurzbeschrieb Projekt
Perinatale psychische Erkrankungen (PPE) stellen ein bedeutendes globales Gesundheitsproblem dar. Die Prävalenz in westlichen Industrieländern liegt bei 20 %, wobei in der Schweiz etwa 17 % der Mütter betroffen sind. Rechtzeitige Interventionen sind entscheidend, um negative Folgen zu minimieren. Leitlinien empfehlen, Mutter-Kind-Trennungen zu vermeiden, wenn eine Behandlung notwendig ist, und befürworten gezielte Massnahmen zur Stärkung der Mutter-Kind-Bindung. Die begrenzte Verfügbarkeit von psychiatrischen Kliniken mit Mutter-Kind-Diensten in der Schweiz schafft Zugangshindernisse wie lange Wartezeiten und fehlende Kinderbetreuung. Häusliche Betreuung hat das Potenzial, Barrieren zu verringern und den Familienzusammenhalt zu fördern. Das Projekt zielt

darauf ab, einen interprofessionellen Care@home-Service für die postnatale Phase zu entwickeln und umzusetzen, um den rechtzeitigen Zugang zu verbessern.

Aktueller Stand der Arbeiten
Von März bis Dezember 2024 hat das Forschungskonsortium an der Ausarbeitung eines kompetitiven Forschungsproposals gearbeitet, das als Grundlage für die Forschungsförderung durch Drittparteien dient. Die entwickelte Studie enthält drei Teile:

1. Erfahrungen und Bedürfnisse von Fachpersonen im Umgang mit Wöchnerinnen in der heutigen aufsuchenden Pflege (qualitative Studie mit Fokusgruppeninterviews)
2. Erfahrungen und Bedürfnisse von betroffenen Frauen und Partner*innen (qualitative Studie mit Einzelinterviews)
3. Aus den Ergebnissen von Teil 1 und 2: Entwicklung, Pilotierung und Evaluation eines neuen Care@home Versorgungsmodells für Frauen mit akutpsychiatrischen Belastungen unmittelbar nach der Geburt (Praxisentwicklung nach der Methode des Design Thinking Approachs)

Im Jahr 2024 wurde Teil 1 als studentische Masterthese durch Jessica Soldati (Hebammenexpertin und MSc Hebammenstudentin) erarbeitet. Ergebnisse werden bis im Juni 2025 vorliegen. Zudem wurde für Teil 2 ein Pilotinterview mit einer ehemals Betroffenen durchgeführt, das wichtige Hinweise liefert für die Entwicklung eines Gesprächsleitfadens für die definitive Studie. Die definitive Studie (Teil 2) zur Betroffenenperspektive wird für studentische Arbeiten im Frühjahrssemester 2025 ausgeschrieben. Mit Ergebnissen hierzu ist bis im Juni 2026 zu rechnen. Aufgrund der Ergebnisse aus den Teilen 1 und 2 wird in einem dritten Teil im Rahmen eines Design Thinking Approachs ein neues Versorgungsmodell entwickelt, pilotiert und evaluiert.

Ausblick
Sofern die Studie eine weitere Forschungsförderung erhält, kann ab Sommer 2025 mit den Vorbereitungsarbeiten für die Entwicklung des neuen Versorgungsmodells begonnen werden. Dabei werden die Ergebnisse aus Studienteil 1 (Perspektive Fachpersonen in der heutigen aufsuchenden Pflege) und allenfalls Teilergebnisse der Teilstudie 2 (Perspektive von Betroffenen) für die Vorbereitungen berücksichtigt. Das Modell soll im Rahmen verschiedener Workshops mit Fachpersonen, mit Betroffenen und mit Vertreter*innen des Forschungskonsortiums iterativ entwickelt, implementiert und evaluiert werden.
Ergebnisse zur Evaluation des Pilotmodells werden bis zum Jahr 2027/2028 erwartet.

Hospital at Home Versorgungsmodelle – Evaluation und Qualitätssicherung

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Dr. Caroline Schneider, BFH, Departement Gesundheit, aF& E Pflege

Projektbeteiligte

- Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo, BFH, Departement Gesundheit, aF& E Pflege
- Jana Franziska Bilger, BFH, Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- Prof. Dr. Katharina Blankart, BFH, Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- Prof. Dr. Tobias Benjamin Müller, BFH, Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- Prof. Dr. Thomas Bürkle, BFH, Departement Technik und Informatik, Institut für Medizininformatik I4MI
- Sulayla Karadeniz, BFH, Departement Technik und Informatik, Institut für Medizininformatik I4MI

Partner

- Klinik Arlesheim (Dr. med. Severin Pöchtrager)
- Spital Zollikerberg (Gwen Gehrecke, Dr. Regula Adams)
- Hospital at Home AG (Dr. med. Kilian Brändle, Fabienne Bloch)
- Swiss Hospital at Home Society (Dr. med. Severin Pöchtrager, Gwen Gehrecke, Prof. Dr. Werner Vach)

Kurzbeschrieb Projekt

Das interdisziplinäre Team der BFH, bestehend aus dem Departement Gesundheit und dem Departement Technik und Informatik, arbeitet mit der Swiss Hospital at Home Society (SHaHS) zusammen. Die im November 2023 gegründete Society hat zum Ziel, die Hospital at Home (HaH)-Versorgungsform im Schweizer Gesundheitswesen zu etablieren und agiert als Austauschpartner sowie Bindeglied zu den Schweizer HaH-Anbietern und Vertreter*innen der Spitex. Anhand von Workshops und durch einen engen Austausch zwischen der BFH, der SHaHS und drei aktiven HaH-Anbietern (Klinik Arlesheim, Spital Zollikerberg, Hospital@Home-AG) sollen Konzepte zur Generierung von vergleichbaren Daten entwickelt werden. Basierend auf einer Ist-Zustands-Analyse soll in einem ersten Schritt ein Konzept zur Implementierung eines Minimal Data Sets (MDS) bei den HaH-Anbietern und darauf aufbauend ein Entwurf für ein gemeinsames Qualitätsnetzwerk entwickelt werden. Ein weiteres Ziel ist die Konzepterstellung für eine einheitliche Erhebung des Kostengerüsts bei den HaH-Anbietern und die Messung von Kosten- und Nutzenaspekten. Weiterhin soll ein Konzept zur Darstellung der Zufriedenheit von Patient*innen und Angehörigen entworfen und der Optimierungsbedarf zum Einsatz von Technologien in der Patientenversorgung und zum interprofessionellen Informationsfluss identifiziert werden.

Aktueller Stand der Arbeiten

Basierend auf einem Minimal Data Set, welches von der SHAHS entwickelt wurde, wurde in einem ersten Schritt eine Erhebung des Ist-Zustands zur Datendokumentation bei den HaH-Praxispartnern durchgeführt. Das Minimal Data Set (MDS) beinhaltet Charakteristika zum Gesundheitszustand von Patient*innen (z.B. Dekubitus) sowie Angaben zu in Anspruch genommenen Pflegeleistungen und Aspekten der Sicherheit und des Pflegebedarfs. Darüber hinaus schliesst das MDS Variablen ein, die sich auf Informationen bei Austritt beziehen und inkludiert Follow-up Daten. Anschliessend an die Ist-Zustands-Erhebung fand im September ein gemeinsamer Workshop statt, wobei die folgenden Themen behandelt wurden:

- Vorstellung der Ergebnisse der Ist-Zustands-Analyse (Gemeinsamkeiten und Unterschiede)
- Austausch hinsichtlich der Priorisierung der Projektinhalte und der Erwartungshaltung seitens der HaH-Anbietern, der SHAHS und der BFH
- Inhaltliche Präzisierung von Projektideen für Folgeanträge

- Brainstorming zu möglichen Förderinstitutionen

Der gemeinsame Workshop machte deutlich, dass zeitnahe Aussagen zu den mit HaH verbundenen Kosten und eine Kosten-Nutzen-Evaluation hoch priorisiert werden, wobei eine Analyse der Vollkosten (betrieblichen Kosten) besonders fokussiert wurde.

In Bezug auf die MDS-basierte gemeinsame Datendokumentation zeigte sich, dass aktuell nur einige wenige Variablen einheitlich bei den HaH-Anbietern dokumentiert werden (z.B. Zuweisungsart, Anzahl interdisziplinärer/pflegerischer Visiten, Hospitalisationen und Todesfälle während HaH-Aufenthalt). Die unterschiedlich dokumentierten Variablen lassen sich einteilen in:

1. Variablen, die bei allen Anbietern dokumentiert werden, wobei jedoch unklar ist welche Definition verwendet wird und zu welchem Zeitpunkt dokumentiert wird (z.B. Örtlichkeit bei Austritt, Aufnahmediagnosen, Dekubitus, Zufriedenheit der Patient*innen)
2. Variablen, die nicht bei allen drei Anbietern dokumentiert werden (Kognitive Einschränkungen, Schmerz, extern durchgeführte Diagnostik, Notfallvisiten, Follow-up-Daten)

Die Ergebnisse der Ist-Zustands-Analyse zeigten, dass der Aufbau eines Qualitätsnetzwerkes basierend auf dem MDS ein interdisziplinäres Projektteam erfordert, um dessen inhaltliche als auch technische Umsetzung/Implementation zu erarbeiten und das Commitment der HaH-Anbieter hinsichtlich einer systematischen Datensammlung essenziell ist.

Ausblick

Ein Antrag bei der Age-Stiftung wird zum 7. Juli 2025 eingereicht mit dem Ziel die Funktionsweise der derzeitigen HaH-Programme zu beschreiben und Schwierigkeiten/Hürden zu identifizieren z.B. in Bezug auf Regelstrukturen/Rahmenbedingungen/Digitalisierung. Zudem soll die Perspektive der Angehörigen untersucht werden, um zeitnah aktuelle Fragen seitens der Politik zu adressieren.

Eine Kosten-Nutzen Evaluation erfordert die einheitliche Kostenaufarbeitung bei den HaH-Anbietern und wird derzeit überprüft. Wenn vergleichbare Kostendaten zur Verfügung gestellt werden können, soll eine Offerte erstellt werden für die Durchführung einer Kosten-Nutzen Evaluation unter Hinzunahme einer Vergleichsgruppe aus stationären Patient*innen. Weiterhin soll analysiert werden, was HaH derzeit kostet und wie zukünftige Finanzierungsmodelle gestaltet werden sollten, damit HaH- Programme kostendeckend arbeiten können.

Der Aufbau eines Qualitätsnetzwerkes erfordert ein interdisziplinäres Team (bestehend aus der BFH und HaH-Anbietern), das die inhaltliche Weiterentwicklung des MDS und dessen technische Umsetzung vorantreibt. Die Abklärung von Projektteams findet aktuell statt. Sofern sich ein geeignetes Projektteam findet, ist ein Antrag bei der Eidgenössischen Qualitätskommission realistisch.

RehaBot – künstliche Intelligenz als Schnittstelle zwischen Patient: innen und Fachpersonen zur Optimierung zukünftiger Reha@Home Versorgungsmodelle

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Dr.Thimo Marcin, Berner Reha Zentrum, Zentrum für Rehabilitation und Sport Medizin, Insel Gruppe

Projektbeteiligte

- Prof. Dr. med. Matthias Wilhelm, Inselspital, Zentrum für Rehabilitation und Sportmedizin
- Fabrizio Mognetti, Berner Reha Zentrum, Zentrum für Rehabilitation und Sport Medizin, Insel Gruppe
- Raphael Auer, Medizinische Fakultät, Universität Bern
- Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt, Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH – Insel Gruppe
- Rachel Strahm, Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH – Insel Gruppe
- Dr. Karin Haas – Institut Alter, Berner Fachhochschule
- Prof. Dr. Undine Lehmann, Fachbereich Ernährung und Diätetik, Berner Fachhochschule
- Prof. Dr. Barbara Solenthaler, Computer Graphics Laboratory, ETH Zürich
- Dr. Rafael Wampfler, Computer Graphics Laboratory, ETH Zürich
- Pascal Bucher, Computer Graphics Laboratory, ETH Zürich
- Di Zhuang, Computer Graphics Laboratory, ETH Zürich

Kurzbeschrieb Projekt

Bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen steht in der stationären Rehabilitation die Verbesserung der Aktivität und Partizipation im Vordergrund. Einmal aus der Rehabilitation ausgetreten, verlieren Ziele zur Lebensstiländerung leicht die Priorität.
Dieses Projekt soll 1. den Bedarf eines Reha@home-Modells nach stationärer Reha untersuchen, 2. exemplarisch aufzeigen, wie Sprachmodelle integriert werden könnten und 3. eruieren, welche Grenzen der Implementierung aktuell gesetzt sind.

Aktueller Stand der Arbeiten

Patientenpfad und Bedarfsanalyse

- 5 Interviews mit Patient*innen nach Austritt aus der Rehabilitation wurden durchgeführt
- Querschnittsbefragung von 31 Patient*innen während der Rehabilitation

Entwicklung RehaBOT

- Digitaler Avatar (Arzt/Ärztin) und iOS-Applikation (iOS) entwickelt.
- Prompt Engineering zur Optimierung der Gesprächsführung durch den Chatbot.
- Datenbank für Gesundheitsdaten und Schnittstelle zum RehaBOT programmiert.
- Usability Tests am Berner Reha Zentrum mit 3 Patient*innen durchgeführt.

Proof-of-Concept Heimanwendung des RehaBot inklusiv telefonische Beratung durch Fachperson, nach 2 und 4 Wochen

- Nichtzuständigkeits-Erklärung durch die Kantonale Ethikkommission eingeholt.
- 28 Patient*innen für die Machbarkeitsstudie angefragt.
- 3 Patient*innen erfolgreich rekrutiert, 3 Drop-Outs (2x wegen gesundheitlicher Verschlechterung, 1x wegen mangelndem Interesse).

Ausblick

Aufgrund der fehlenden Bereitschaft den RehaBOT auszuprobieren soll die Zielgruppe besser definiert werden. Eine niederschwellige Weiterführung des Proof-of-Concepts im Setting der ambulanten Telerehabilitation des Inselspitals wird derzeit geprüft. Ein Drittmittelantrag an die Hasler Stiftung zur technischen Weiterentwicklung des RehaBOTs auf Basis der Bedarfsanalyse wird zeitnah eingereicht und soll so eine Weiterführung des Projektes ermöglichen. Zusätzlich wird ein InnoSuisse BRIDGE-Discovery Antrag (Eingabefrist März 2025) vorbereitet.

Remote Care in der Grundversorgung im Emmental

Projektleitung:

- André Leuenberger, Post CH Kommunikation AG

Projektbeteiligte

- PD Dr. med. Robert Escher, Spital Emmental AG
- Prof. Dr. Thomas Bürkle, Berner Fachhochschule, Institut für Medizininformatik (im Projekt ersetzt durch Prof. Dr. Sang-Il Kim und Prof. Dr. Gert Krummrey)
- Wilhelm Theodor, Post-Sanela Health AG und Sanela Stammgemeinschaften
- Michael Flynn, Roche Diagnostics AG

Kurzbeschrieb Projekt

Die medizinische Grundversorgung in ländlichen Regionen wie dem Emmental steht vor wachsenden Herausforderungen durch den zunehmenden Fachkräftemangel, insbesondere in der Hausarztmedizin. Dies erschwert den zeitgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung. In den Alters- und Pflegeheimen des Emmentals gibt es verschiedene Organisationsformen der ärztlichen Versorgung - von angestellten Heimärzt*innen bis zur Versorgung durch mehrere Hausarztpraxen. Die Personalknappheit in allen Versorgungsbereichen verstärkt den Bedarf nach einer besseren Unterstützung der Pflegenden vor Ort und einer effizienteren intersektoralen und interprofessionellen Zusammenarbeit, um eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung direkt im gewohnten Umfeld der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.
Das Projekt «Care@Home: RemoteCare Emmental» zielt darauf ab, die medizinische Grundversorgung in ländlichen Regionen wie dem Emmental durch innovative telemedizinische Technologien und mobile Labordiagnostikgeräte zu verbessern. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf einer zeitnahen hausärztlichen Versorgung der Bewohner*innen in einem Pflegeheim durch das Spital Emmental. Eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation soll Herausforderungen und Potenziale identifizieren, um dem Hausärztemangel entgegenzuwirken und durch die direkte ambulante Grundversorgung durch Spitalärzt*innen unnötige Spitaleintritte zu verhindern. Ein Proof-of-Concept für neue mobile und dezentrale Diagnostikmöglichkeiten (Remote Monitoring und Labordiagnostik) sowie die Entwicklung technischer Standards zur IT-Integration der verschiedenen Primärsysteme werden angestrebt. Das erarbeitete Umsetzungskonzept dient der Beantragung für ein regionales Folgeprojekt, welches die möglichen Effizienzsteigerungen in der Grundversorgung evaluiert und die Mehrwerte für die Patient*innen und Gesundheitsfachpersonen untersucht.

Aktueller Stand der Arbeiten

Nach einer Projekteinleitungsphase mit Literaturrecherche zu telemedizinischer Unterstützung der Grundversorgung national/international und Nutzung mobiler Labordiagnostik wurden diverse Workshops und Interviews mit allen beteiligten Gesundheitsorganisationen durchgeführt.
Die Perspektive der ärztlichen Versorgung durch die Heimärztin aus dem Spital Emmental, als auch die notärztliche Versorgung durch das Spital Emmental zu Randzeiten wurde beleuchtet und aktuelle Schwachstellen und Herausforderungen im heutigen Prozess identifiziert.
Die pflegerische Seite im Zentrum Schlossmatt (Langzeitpflege) wurde im Detail ebenfalls analysiert. Mittels einer strukturierten Prozessanalyse mit allen involvierten Fachpersonen, inklusive ärztlicher Seite, kamen verschiedentliche Informationslücken bzw. Verzögerungen (insbesondere Labordiagnostik betreffend) zu tage. Die identifizierten Problemzonen entlang des Patientenpfades wurden kategorisiert bezüglich Komplexität und priorisiert bezüglich Mehrwert für die Akteure. Am Ende dieser IST-Analyse ist ein detailliertes Prozess-Modell in der BPMN Notation (Business Process Model Notation) entstanden, welches für die spätere Soll-Prozess-Definition als Visualisierung-Unterstützung genutzt wurde.

Die Soll-Prozesse wurden ebenfalls in einem interprofessionellen Workshop erarbeitet und hinterher verfeinert. Zu den einzelnen erkannten Schwachstellen im Prozess wurden Lösungsvorschläge erarbeitet und definiert, welche zum Teil in das finale Umsetzungskonzept eingeflossen sind.
Ein erster Proof-of-Concept mit Einsatz eines Cartsystems mit Tele-Konsultations-Technologie und mobile Vitaldaten-Diagnostik konnte durchgeführt werden. Die ersten Erkenntnisse waren vielversprechend hinsichtlich Benutzbarkeit des Cartsystems bei Pflege-Visiten mit remote-Unterstützung durch Spitalärztinnen und -Ärzte. Aber es wurden auch Limitationen und Unzulänglichkeiten der Technologie identifiziert. Die Integration von Vitalparameterdaten aus dem Cartsystem in bestehende IT-Systeme, einschliesslich des Elektronischen Patientendossiers (EPD) wurden untersucht. Systemanbieter wie CareCoach und VitoData wurden kontaktiert, um langfristige Anbindungen zu prüfen, denn die durchgängige Informationsübermittlung ohne Medienbrüche und Doppeleingaben ist eines der grössten Problemfelder heute. Parallel dazu wurden mobile Labordiagnostik Szenarien erarbeitet, die das Potential haben, durch schnellere vor Ort Laborergebnisse neue Versorgungsprozesse zu ermöglichen. Die Nutzung eines IT technisch gut integrierten Cartsystems in Kombination mit mobiler Labordiagnostik hat das Potential unnötige Spitaleinweisungen zu vermeiden. Dieses soll in einem grösseren Umsetzungsprojekt über einen längeren Zeitraum umgesetzt und evaluiert werden.

Ausblick
Die ursprüngliche Zielsetzung der Konzeption eines grösseren Umsetzungsprojektes wurde erreicht. Die Ergebnisse des Projekts bildeten die Grundlage für einen eingereichten Förderantrag im Rahmen des Programms „Effizienz in der medizinischen Grundversorgung“ (EmGv). Bei einem Zuschlag durch das BAG wird über 2.5 Jahre in zwei Pflegeheimen im Emmental (Burgdorf und Sumiswald) die ärztliche Grundversorgung zu Randzeiten durch telemedizinische Technologie und mobile Labordiagnostik unterstützt werden. Die Pflegekräfte vor Ort erhalten durch Task-Shifting mehr Kompetenzen und Aufgaben. Die erhofften Verbesserungen der Diagnostik in akuten Situationen sollen am Ende vor allem den Patient*innen in Form von weniger Spitaleinweisungen und schnelleren Therapieempfehlungen zugute kommen. Das beantragte Drittmittelvolumen beläuft sich auf 500.000 Franken bei einem Gesamtprojektvolumen von 1 Million Franken. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wird zeigen, ob solche neuen Versorgungsmodelle in Zukunft in der Langzeitpflege die erhoffte Entlastung für die Fachpersonen und Patient*innen bringen werden oder welche Hindernisse im Wege stehen.

Remote monitoring in the heart failure management – a study to assess the feasibility and potential for reducing hospitalization

Projektleitung

- Prof. Dr. med. Maria Wertli, Kantonsspital Baden – Baden (PI)
- Dr. méd. Marco Fernandes, Réseau de l'Arc – Moutier (Co-PI)

Projektbeteiligte

- Aurore Maggiotto, Réseau de l'Arc – Saint-Imier
- Muriel Maeder, Réseau de l'Arc – Moutier

Kurzbeschrieb Projekt

This trial aims to demonstrate the effectiveness of remote monitoring for Acute Heart Failure (AHF) patients using artificial intelligence (AI) in a home care setting. The study is being conducted in the peripheral hospitals of Moutier and Saint-Imier, which possess the necessary multidisciplinary expertise to manage complex diseases and serve approximately 50,000 individuals.
The primary objective is to assess the feasibility of remote monitoring and treatment of AHF patients at home through digital health-supported home hospitalization. The study will also evaluate the satisfaction of both patients and healthcare professionals regarding remote monitoring and home care services.
The overarching goal is to reduce rehospitalization rates among heart failure patients, ultimately improving long-term patient outcomes. This initiative will provide critical evidence to support the viability of remote care and serve as the foundation for securing additional funding for a larger-scale trial. By leveraging AI and digital health technologies, the project seeks to enhance patient care pathways and contribute to more efficient healthcare delivery systems.

Aktueller Stand der Arbeiten

The feasibility study was launched in September 2024. However, the recruitment process has proven challenging. Many of the patients typically seen at "Réseau de l'Arc" hospitals are elderly or experience cognitive impairments, which disqualifies them from meeting the study's eligibility criteria. Additionally, a significant number of patients who do meet the inclusion criteria are awaiting admission to cardiovascular rehabilitation centers or residential homes, making them ineligible for participation since they don't go home. The medical department also faces organizational challenges related to staff rotations. Assistant physicians rotate every six months, while head physicians frequently work across multiple departments. To address these obstacles, the study was expanded to include the Saint-Imier Hospital site, increasing the potential pool of eligible patients.
This strategic decision aimed to enhance recruitment efforts by leveraging additional resources and expanding the geographical reach of the study. Despite this adjustment, the feasibility study revealed certain weaknesses in the robustness of the overall system, further complicating recruitment efforts and highlighting areas that required strengthening, particularly in IT infrastructure and patient tracking systems.
In response, measures were implemented to fortify the system and streamline operations. Nevertheless, recognizing the ongoing challenges, patient recruitment remains ongoing and is expected to continue until the end of April 2025. This extension reflects a commitment to ensuring sufficient data collection and achieving a representative patient sample, which is essential for the study's success. The continued efforts underscore the importance of this initiative in advancing healthcare solutions and refining patient care pathways.

Ausblick

The results of this feasibility study will lay the groundwork for strengthening the project and securing additional funding for a larger-scale trial. By demonstrating the benefits of remote monitoring and home-based care, the study aims to extend its reach and impact a broader patient population. Beyond clinical outcomes, the study will assess cost reductions linked to fewer rehospitalizations and the prevention of hospital stays. Notably, this economic evaluation will underscore potential savings for healthcare systems, emphasizing the value of digital health solutions in improving care efficiency. Ultimately, the findings will not only facilitate further trials but also support efforts to enhance patient care while ensuring better resource allocation within the healthcare sector. The project aspires to drive innovation in patient management and contribute to more sustainable healthcare practices.

Service Design für Care at Home: Förderung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen, Angehörigen und Fachpersonal

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung
- Dr. Minou Afzali, Swiss Center for Design and Health AG

Projektbeteiligte
- Emma Nadol, Swiss Center for Design and Health AG
- Seraina Soldner, Hospitales – wir ermöglichen Hospital at Home Verein
- Bernhard Probst, Lernetz AG
- Prof. Dr Sang-Il Kim, Berner Fachhochschule
- Sulayla Karadeniz, Berner Fachhochschule

Kurzbeschrieb Projekt
Viele Gesundheitsorganisationen in der Schweiz entwickeln derzeit eigene Hospital at Home (HaH)-Konzepte, die spitaläquivalente Behandlungen im häuslichen Umfeld, im Pflegeheim oder heilpädagogischen Einrichtungen der Patient*innen ermöglichen. Trotz dieses innovativen Ansatzes fehlt es an einem übergreifenden Wissenskorpus und standardisierten Best-Practices, da Erfahrungen und Erkenntnisse bislang überwiegend organisationsintern geteilt werden.

Im Projekt Service Design für Care at Home wurde ein Service Blueprint für Schweizer HaH Initiativen entwickelt. Dieser Blueprint dient als Ist-Analyse und visualisiert das Zusammenspiel zentraler Servicekomponenten wie involvierte Personen, Tools und Prozesse. Dadurch werden Informationsbedarfe, Kompetenzlücken und Potenziale zur Optimierung aufgedeckt. Die Grundlage für den Service Blueprint bildeten Interviews mit Fachkräften von spitaläquivalenten HaH-Programmen, sowie Patient*innen und deren An- und Zugehörigen.

Das Projekt hatte zum Ziel Interventionspotenziale zu identifizieren, um beispielsweise zur Steigerung des Vertrauens in HaH-Programme, zur Verbesserung der Weiterbildung von Fachpersonal oder zur Minimierung von Unsicherheiten bei Patient*innen beizutragen.

Diese Ergebnisse bilden die Basis für ein anschliessendes Folgeprojekt, das gezielt auf die identifizierten Bedarfe und Anforderungen der Stakeholder eingehen wird.
Langfristig soll das Projekt nicht nur zur Professionalisierung und Standardisierung von HaH-Programmen beitragen, sondern auch einen nachhaltigen Wissens- und Kompetenzaufbau fördern, um das Modell in der Schweiz zukunftsweisend weiterzuentwickeln.

Aktueller Stand der Arbeiten
Das Projekt nähert sich nun dem Abschluss der Anschubsfinanzierungsphase. Es wurden alle geplanten Interviews durchgeführt, darunter Gespräche mit vier führenden HaH-Initiativen, vier Patient*innen, sowie vier Angehörigen. Diese qualitativen Daten bilden zusammen mit einer initialen Literaturrecherche die Grundlage für die Analyse und das Folgeprojekt.

Erkenntnisse
1. Aufklärung und Kommunikation
Die Ergebnisse zeigen, dass die initiale Aufklärung und Gesundheitskompetenz der Patient*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen eine Herausforderung darstellt, vor allem bei der Abgrenzung zu Spitex-Angeboten. Missverständnisse traten teils auf, etwa aufgrund einer verringerten Aufnahmefähigkeit der Betroffenen im Notfall oder nicht verstandener Informationen. Gleichzeitig kompensiert das hohe Vertrauen in das Betreuungspersonal und die Empfehlungen der Hausärzt*innen unzureichende Aufklärung bzw. die mangelnde Aufnahmefähigkeit von insbesondere

geriatrischen Patient*innen, was die Bedeutung von kompetentem Fachpersonal bei der Einführung von HaH unterstreicht.

2. Bekanntheitsgrad und Akzeptanz
Trotz positiver Erfahrungen ist das Konzept von HaH bei vielen Patient*innen und deren Umfeld noch weitgehend unbekannt. Die Interviews deuten darauf hin, dass das Vertrauen in die Institution und deren Personal eine zentrale Rolle bei der Akzeptanz des Modells spielt. Einige Patient*innen berichteten, dass ihre Freunde und Bekannten neugierig auf das Angebot reagierten, was das Potenzial einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung des Konzepts unterstreicht.

3. Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal
Die Interviews mit den HaH-Anbietern zeigen, dass das Arbeitsumfeld in diesem Setting von vielen Mitarbeitenden als besonders attraktiv wahrgenommen wird. Allerdings erfordert die Arbeit im häuslichen Umfeld der Patient*innen spezifische Fähigkeiten, die nicht bei allen Mitarbeitenden gleichermassen ausgeprägt sind. Besonders wichtig sind fundierte Praxiserfahrung, hohe Eigenverantwortung und Selbstsicherheit im Umgang mit Patient*innen sowie bei der Entscheidungsfindung. Zudem sind technische Kompetenzen, insbesondere im Umgang mit digitaler Infrastruktur, unerlässlich. Ein zentraler Bedarf besteht daher in der Entwicklung standardisierter Weiterbildungsprogramme, insbesondere in Bezug auf technische und akutmedizinische Fähigkeiten, die gezielt auf die Anforderungen des HaH-Bereichs ausgerichtet sind.

Ausblick
Als Folgeprojekt ergeben sich daher zwei Ansätze, die weiterverfolgt werden sollen:

Hauptprojekt «CaHAP» (Arbeitstitel «Care at Home Aggregator Portal»): Eine zentrale Aggregationsplattform für CaH könnte verschiedene Dienstleistungen und Kommunikationskanäle für Patient*innen, An- und Zugehörige und Fachkräfte bündeln. Durch eine strukturierte Aufteilung nach Nutzergruppen und Bereichen könnten aktuelle Ergebnisse und Best Practices verschiedener CaH-Projekte zusammengeführt werden, um eine umfassende Unterstützung, Kompetenzbildung und Information zu gewährleisten.

Sub-Projekt «Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung»: Zur Steigerung des Bekanntheitsgrads von HaH (Grad 1: spitaläquivalent) soll ein zielgruppenspezifisches Informations- und Aufklärungskonzept entwickelt werden. Dieses kann die Erstellung von Materialien in verschiedenen Formaten (analog, digital oder hybrid) und deren gezielte Verbreitung, um das Verständnis und Vertrauen in das Modell zu fördern, beinhalten.

Für die inhaltliche Weiterentwicklung beider Projekte wird eine Kooperation mit dem Swiss Center for Care at Home (Hauptprojekt) sowie der Swiss Hospital at Home Society (Subprojekt) überprüft. Eine Recherche zu geeigneten Fördermöglichkeiten zur Finanzierung beider Projekte ist derzeit in Bearbeitung.

3.2 Aus dem 2. Call for Proposals

Der zweite Call for Proposals wurde im September 2024 lanciert und im Dezember 2024 die finanzierten Projekte kommuniziert. Acht Projekte erhielten eine Anschubfinanzierung mit einer Höhe von max. 50'000 CHF. Der Projektstart war Januar 2025, mit maximaler Projektdauer von einem Jahr.Es freut uns diese Ihnen im Folgenden vorzustellen:

Angehörigen-App zur flexiblen Unterstützung von Angehörigen palliativer Krebspatient*innen

Projektleitung

- Prof. Dr. Alexander Wünsch, Leitung Psychoonkologie, Inselspital Bern

Projektbeteiligte

- Dr. Monica Fliedner (Inselspital)
- Georgette Jenelten (Spitex Bern)
- Ursula Dolder (Spitex Bern)
- Luca Willi (AvanzaTec)

Kurzbeschrieb

Die Krebsprävalenz in der Schweiz steigt, und Angehörige übernehmen oft zentrale Betreuungsaufgaben, sind jedoch stark belastet. Dies führt zu erhöhtem Stress und psychischen Erkrankungen, ins-besondere bei Angehörigen von Patiente*innen im Palliativstadium. Zugangsbarrieren wie ein niedriger sozioökonomischer Status oder das Leben in ländlichen Regionen erschweren den Zugang zu unterstützenden Angeboten. Das Projekt zielt darauf ab, eine digitale E-Health-Anwendung zu entwickeln, die Angehörige psychosozial unterstützt, Überlastung reduziert und niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten ermöglicht. Durch eine optimierte Betreuung können unnötige Spitaleintritte verhindert und eine engmaschige Gesundheitsversorgung sowohl in städtischen als auch peripheren Regionen sichergestellt werden.

Palliative care@home: Trust und Telemedizin

Projektleitung

- Maud Maessen, Postdoc Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern & Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), Universität Bern
-

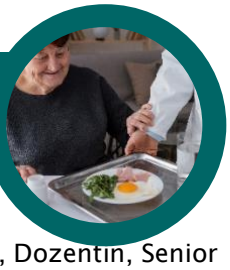
Projektbeteiligte

- Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller (Inselspital)
- Dr. Monica Fliedner (Inselspital)
- Dr. phil. Julia Rehsmann (BFH)
- Sabrina Gröble (BFH)

Kurzbeschrieb

Die demografische Entwicklung stellt Hausärzt*innen vor grosse Herausforderungen: Der wachsende Bedarf an dezentraler Betreuung kann oft kaum gedeckt werden. In der Palliativversorgung spielt der Verbleib im eigenen Zuhause eine wichtige Rolle – dieser ist jedoch häufig auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Akute Verschlechterungen des Gesundheitszustands führen oft zu Unsicherheit und unnötigen Spitaleinweisungen. Diese könnten durch schnellen Kontakt zu Fachpersonen und proaktive Notfallplanung vermieden werden. Vertrauen und Sicherheit sind entscheidende Faktoren für eine gelungene Palliative Care im häuslichen Umfeld. Unser Projekt setzt daher auf den Einsatz von Videokonsultationen in der ambulanten Spezialisierten Palliative Care (SPC). Videokonsultationen reduzieren nicht nur Reisezeiten, sondern bieten auch Patient*innen mit eingeschränkter Mobilität gezielte Unterstützung. Angehörige und Patient*innen werden bereits im klinischen Setting in der Nutzung eines digitalen Kommunikationstools geschult, das anschliessend zu Hause verwendet werden kann.

Ernährungsmanagement in Care@home Settings: Barrieren identifizieren, Lösungen entwickeln



Projektleitung

- Prof. Dr. Undine Lehmann, Studiengangsleiterin MSc Ernährung und Diätetik, Dozentin, Senior Scientist, Fachbereich Ernährung und Diätetik, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule

Projektbeteiligte

- Katja Uhlmann (BFH)
- Sara Maria Hegi (FresuCare AG)
- Daniel Reichenpfader (BFH)
- Raphael Banz (Omanda)

Kurzbeschrieb

Eine der grössten Herausforderungen im Care@home-Setting ist das Ernährungsmanagement (EM). Unzureichendes EM kann Mangelernährung begünstigen, die zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wie erhöhten Komplikationsraten, längeren Spitalaufenthalten und häufigeren Wiedereinweisungen führt. Gleichzeitig stellt es eine Belastung für Patient*innen und Angehörige dar und mindert die Lebensqualität. Barrieren wie Zeitmangel, fehlende Handlungsanweisungen, mangelhafte Kommunikation und unzureichende Sensibilisierung erschweren ein interprofessionelles EM im ambulanten Bereich. Ziel dieses Projekts ist es, solche Barrieren zu identifizieren und innovative, praxisnahe Lösungen zu entwickeln. Es werden Bedarfe erfasst, der aktuelle Stand des EM analysiert und digitale sowie interprofessionelle Unterstützungsmöglichkeiten in einem Workshop diskutiert.

Häusliche Gelingensfaktoren für ein erfolgreiches Care@home

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Franziska Scheidegger-Balmer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut Alter und aF&E Ernährung & Diätetik, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule

Projektbeteiligte

- Prof. Dr. Regula Blaser (BFH)
- Prof. Dr. Eva Soom Ammann (BFH)
- Tanny Helfer (BFH)
- Simon Schrämli (Spitex ReBoNo)
- Georgette Jenelten (Spitex Bern)
- Marion Burgener (Spitex Region Thun AG)
- Sabine Molls (Inselspital)

Kurzbeschrieb

Es fehlt an evidenzbasiertem Wissen über soziale und räumliche Faktoren, die eine erfolgreiche Care@home-Versorgung beeinflussen, sowie an Tools zur Bewertung häuslicher Umfelder. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist oft unkoordiniert, was Versorgungslücken und Doppelspurigkeit verursacht. Patient*innen und Angehörige tragen meist die komplexe Koordination, oft ohne ausreichenden Überblick über verfügbare Angebote. Nach frühen Spitalentlassungen entstehen häufig Nachsorgeprobleme, die Wiedereintritte begünstigen und im Care@home-Setting verstärkt werden können. Ziel des Projekts ist die partizipative Entwicklung eines Tools, welches erlaubt Care@home frühzeitig und personenzentriert aufzugleisen, wobei soziale, räumliche und professionelle Anforderungen berücksichtigt und Versorgungslücken bestmöglich vermieden werden.

Ko-Care: Koordination von Pflege und Betreuung in der häuslichen Demenzversorgung

➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Dr. Minou Afzali, Leitung Forschung, Swiss Center for Design and Health GmbH

Projektbeteiligte

- Dr. rer. Pol. Heinz Locher (Care at Home Schweiz GmbH)
- Dr. Kosta Shatrov (Spitex Schweiz)
- Esther Bättig (Spitex Schweiz)
- Prof. Dr. Sang-Il Kim (BFH)

Kurzbeschrieb

Die Schweiz steht vor der Herausforderung einer alternden Bevölkerung und der steigenden Nachfrage nach häuslicher Pflege, insbesondere für Menschen mit Demenz. Mit jährlich rund 30'400 neuen Fällen, davon 5'000 im Kanton Bern, wächst der Bedarf an innovativen Versorgungsmodellen. Ziel des Projekts ist es, durch die Analyse von Koordinationsproblemen und Kommunikationslücken sowie die Entwicklung eines Prototyps für integrierte Demenzversorgung die Betreuung zu verbessern. Dies entlastet Angehörige und unterstützt Fachkräfte. Eine verbesserte professionsübergreifende Servicekoordination schliesst Wissenslücken und ermöglicht Care@home Bern, eine Vorreiterrolle in der sektorübergreifenden Versorgung einzunehmen und die Betreuung zu optimieren.

Nutzung von digitalen Gesundheitsinterventionen in der Versorgung von Long-Covid Betroffenen

Projektleitung

- Prof. Dr. Mirjam Körner, Leitung Kompetenzzentrum Interprofessionalität, Co-Studiengangsleitung MSc Healthcare Leadership, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule

Projektbeteiligte

- Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha (BFH)
- Prof. Dr. Kerstin Denecke (BFH)
- Chantal Britt (BFH)
- Prof. Dr. Karin Van Holten (BFH)
- Kimet Rashiti (Spitex Thun)
- Dr. ing. Dominic Gorecky (SIPBB)
- Wolfgang Rieder (SIPBB)

Kurzbeschrieb

Etwa vier Prozent der Bevölkerung sind von Long Covid betroffen. Die Gesundheitsversorgung ist bislang unzureichend vorbereitet und vernetzt, um Betroffene und Angehörige optimal zu unterstützen. Studien zeigen, dass zusätzliche Strukturen und Angebote notwendig sind, um eine adäquate, personenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Digitale Gesundheitsinterventionen wie Apps, Telemedizin und Therapieplattformen könnten Zugang und Vernetzung verbessern sowie Fachpersonen entlasten. Allerdings fehlen Daten zur Nutzung dieser Angebote durch Betroffene und Fachkräfte. Das Projekt untersucht Zugänglichkeit, Akzeptanz, Sicherheit, Wirksamkeit und Bedienbarkeit digitaler Interventionen sowie Förderfaktoren und Barrieren. Ziel ist es, Empfehlungen für zukünftige Entwicklungen zu formulieren und die Versorgung zu optimieren.

Rehabio: Prävention & Rehabilitation von Fall-Fracture/ Sturzfrakturverletzungen in der alternden Schweizer Bevölkerung

Projektleitung

- Prof. Dr. Johannes D. Bastian, Chefarzt, Leiter Orthogeriatrie, Co-Leiter Hüfte und Becken, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Inselspital

Projektbeteiligte

- Dr. med. Silviya Ivanova (Inselspital)
- Prof. Dr. Heiner Baur (BFH)
- Prof. Dr. Dr. Slavko Rogan (BFH)
- Chris Gugl (Evoleen AG)
- Marcel Wüthrich (Evoleen AG)
- Sophia Mardin (Evoleen AG)

Kurzbeschrieb

Das Projekt Rehabio zielt darauf ab, die Lebensqualität und Mobilität älterer Menschen durch eine digitale Begleitanwendung zu verbessern. Diese kombiniert Telemedizin und Telephysiotherapie, um personalisierte Betreuung und Überwachung zu ermöglichen sowie die Kommunikation zwischen Patient*innen, Fachkräften und Pflegeeinrichtungen zu fördern. Angesichts steigender Sturzverletzungen (+38 % bis 2034) und unzureichender Präventionsmethoden adressiert Rehabio die Folgen wiederkehrender Stürze und die Überlastung des medizinischen Personals. Das Projekt stärkt die Prävention nach Rehabilitation, indem es ältere Menschen befähigt, aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung teilzunehmen.

Vergütung und Finanzierung von Care@home-Modellen entlang der Patient Journey ➔ Zur Projektwebsite

Projektleitung

- Dr. oec. publ. Katharina Blankart, Leiterin Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule

Projektbeteiligte

- Dr. Kosta Shatrov (Spitex Schweiz)
- Esther Bättig (Spitex Schweiz)
- Dr. med. Univ. Severin Pöchtrager (Swiss Hospital at Home Society)
- Prof. Dr. med. Eva Blozik (SWICA)

Kurzbeschrieb

Das Projekt untersucht die Finanzierung und Vergütung von Care@home-Modellen in der Schweiz, um nachhaltige Strukturen für qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Derzeit werden C@h-Modelle, die stationäre und ambulante Versorgung während akuter Krankheitsphasen verbinden, meist nur durch Pilotprojekte finanziert. Es fehlt an einer einheitlichen Definition von Care@home-Leistungen, klaren Vergütungsmodellen und einer Integration ins Gesundheitssystem. Das Projekt analysiert bestehende Modelle, Kostenstrukturen und internationale Ansätze. Ziel ist es, Handlungsempfehlungen für die langfristige Finanzierung und Integration von Care@home in Bern zu erarbeiten, um die Patient*innenversorgung zu verbessern und das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten.

4 Ausblick

Neben den Arbeiten in den anschubfinanzierten Projekten und dem Beginn der Umsetzung der Arbeitspakete wurden 2024 weitere wichtige Grundsteine für die Zukunft der Initiative Care@home gelegt. Das Team hat intensiv an der Strategieentwicklung für das Swiss Center for Care@home gearbeitet. Diese Strategie wurde im November bei zwei Veranstaltungen allen interessierten Leadpartner*innen sowie Mitarbeitenden der BFH vorgestellt. Für die zahlreichen konstruktiven Rückmeldungen im Rahmen des Konsultationsverfahrens zur Strategie des SCC möchten wir noch einmal allen Beteiligten danken. Inzwischen ist die Strategie verabschiedet und hier publiziert Swiss Center for Care@home: Porträt | BFH

Am 1. Januar 2025 ging das SCC unter der Leitung von Prof. Dr. Friederike Thilo und Prof. Dr. Sang-Il Kim in Betrieb. Das Leitungsduo wird weiterhin vom bestehenden Leitungsteam unterstützt. Die Mission des SCC ist es, die intersektorale und interprofessionelle Gesundheitsversorgung durch wirkungsvolle und effiziente Massnahmen zu fördern. Dem Netzwerk aus Leadpartner*innen, Kantonsvertretenden und Forschenden kommt dabei ebenfalls weiterhin eine zentrale Rolle zu, denn sie sind zugleich Grundvoraussetzung als auch Erfolgsfaktor für die Erreichung der Ziele des SCC.

Im Jahr 2025 soll diese Zusammenarbeit weiterhin gestärkt werden. Dazu sind unter anderem Veranstaltungen geplant. In den Arbeitspaketen geht die gemeinsame intensive inhaltliche Erarbeitung weiter und im Sommer 2025 wird der dritte Call for Proposals lanciert.

Eins ist sicher: So schwungvoll wie 2024 geendet hat, wird es auch im neuen Jahr weitergehen. Die Mitglieder des Projektkernteams bedanken sich herzlich bei allen Involvierten für ihr Interesse und ihr Engagement in den vergangenen zwei Jahren und freuen sich darauf, die Vision von Care@home auch in den kommenden Jahren gemeinsam mit ihnen zu verfolgen.