Jahresbericht Swiss Center for Care@home

2025

Redaktion (alphabetische Reihenfolge)
Prof. Dr. Thomas Bürkle
Prof. Dr. Sang-Il Kim
Silja Leandra Lögler
Prof. Dr. Sabina Misoch
Monique Sturny

Juni 2026

Kontakt: scc@bfh.ch

Berner Fachhochschule

Rektorat

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	3
2	Resultate	4
	2.1 Leadpartner*innen	4
	2.2 Events	5
	2.3 Arbeitspakete	7
3	Anschubfinanzierte Projekte	9
	3.1. Aus dem 2. Call for Proposals	9
	3.2. Aus dem 3. Call for Proposals (2025 > Finanzierung ab 2026)	13
4	Ausblick	16

1 Vorwort

Nach Abschluss der Pilot- und Aufbauphase: Wechsel in der Leitung und im Team SCC

Unter der Leitung von Prof. Dr. Sang-Il Kim und Prof. Dr. Friederike Thilo konnte das SCC im vergangenen Jahr in die Betriebsphase überführt und wesentlich weiterentwickelt werden. Es ist Friederike Thilo und Sang-Il Kim gelungen, sowohl die zentralen Arbeitspakete des SCC weiterzutreiben als auch Veranstaltungen und Workshops für Leadpartner und Interessierte erfolgreich zu planen und durchzuführen. Als weitere Meilensteine wurden zwei Berichte aus den Arbeitspaketen veröffentlicht: «Patient*innen und Zugehörige in Care@home-Settings» unter der Leitung von Prof. Dr. Eva Cignacco und «Professionsentwicklung in Care@home-Settings - Zwischenbericht» unter der Leitung von Prof. Dr. Friederike Thilo. Darüber hinaus ist es gelungen, im Jahr 2025 die Anzahl Leadpartner nochmals deutlich auf rund 80 zu steigern. Für ihr grosses Engagement im Aufbau und in der Konsolidierung des SCC danke ich ihnen ganz herzlich.

Seit 1. Januar 2026 leitet **Prof. Dr. Sabina Misoch** das SCC. Sabina Misoch ist eine (inter-)national tätige Altersforscherin an unserem Institut Alter. Vor ihrer aktuellen Tätigkeit baute sie an der Ostschweizer Fachhochschule (OST; vormals FHS St. Gallen) erfolgreich das Institut für Altersforschung auf, nachdem sie zuvor an der Universität Mannheim als Juniorprofessorin und der Universität Luzern tätig gewesen war. Sie ist promovierte Soziologin und ihre Forschungsschwerpunkte sind Alter(n), Digitalisierung, Technikakzeptanz, ICT, Soziale Robotik, Identitätsarbeit, Longevity & qualitative Forschungsmethoden. Sie ist eine internationale Expertin für ICT, Ageing und qualitative Forschungsmethoden und ist in mehreren Stiftungs- und Verwaltungsräten aktiv.

Das **Team** konnte mit weiteren Fachpersonen ergänzt werden: Silja Leandra Lögler unterstützt als Wissenschaftliche Assistentin und im SCC-Office, Monique Sturny verantwortet die Kommunikation. 2026 wird das Leitungsteam um zwei weitere Fachpersonen aus dem Departement Gesundheit ergänzt: Prof. Dr. Sabine Hahn, übernimmt die Leitung im Arbeitspaket «Professionsentwicklung» und Gina-Maria Tscherrig im Arbeitspaket «Patient*innen und Zugehörige». Sabine Hahn ist seit 2012 Leiterin des Fachbereichs Pflege an der Berner Fachhochschule. Sie promovierte an der Universität Maastricht (NL) in Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Ihr Schwerpunkt liegt auf den Kompetenzen, die Gesundheitsfachpersonen benötigen, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Gina-Maria Tscherrig berät als Forschungskoordinatorin an der BFH Forschende insbesondere zu Fragen der Ethik, Finanzen und Vertragsgestaltung. Ihr Hintergrund liegt in den Gesundheitswissenschaften, der klinischen Forschung sowie in der Weiterentwicklung eines Netzwerks für Führungspersonen im Gesundheitswesen. Herzlich willkommen beim SCC – ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit!

Mit frischem Wind, zwei weiteren Berichten aus den Arbeitspaketen «Finanzierungsmodelle» und «Digitalisierung und Technologie», Fachtagungen und einer Fokussierung der bisher geförderten Projekte in Form von neuen Calls starten wir 2026 zu weiteren Meilensteinen für die Vision von Care@home in der Schweiz. Die enge Zusammenarbeit mit unseren Leadpartner*innen, Mitarbeitenden der BFH sowie relevanten Akteur*innen des Gesundheitswesens bleibt 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,

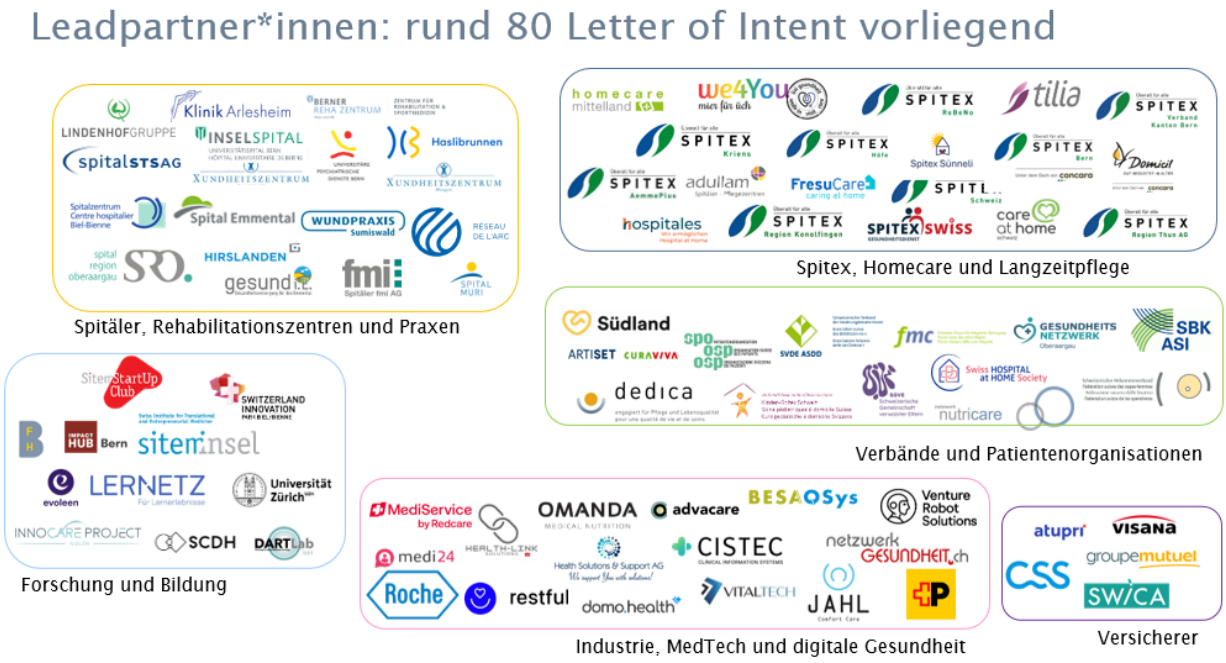
Prof. Dr. Sebastian Wörwag
Rektor Berner Fachhochschule

2 Resultate

2.1 Leadpartner*innen

Im SCC verbinden wir aktuell eine breite Allianz von rund 80 Leadpartner*innen, darunter Spitäler, Spitex-Organisationen, Hausarztpraxen, Krankenkassen, Alters- und Pflegeheime, ambulante Gesundheitsanbieter und weitere Institutionen des Gesundheitswesens. Diese Leadpartner*innen haben ihr Mitwirken und ihr Interesse an der Zusammenarbeit durch einen «Letter of Intent» bekräftigt:

Leadpartner*innen (nach Branchen geordnet)



Mit Links zu den Partner*innen: [Swiss Center for Care@home: Leadpartner*innen | BFH]

2.2 Events

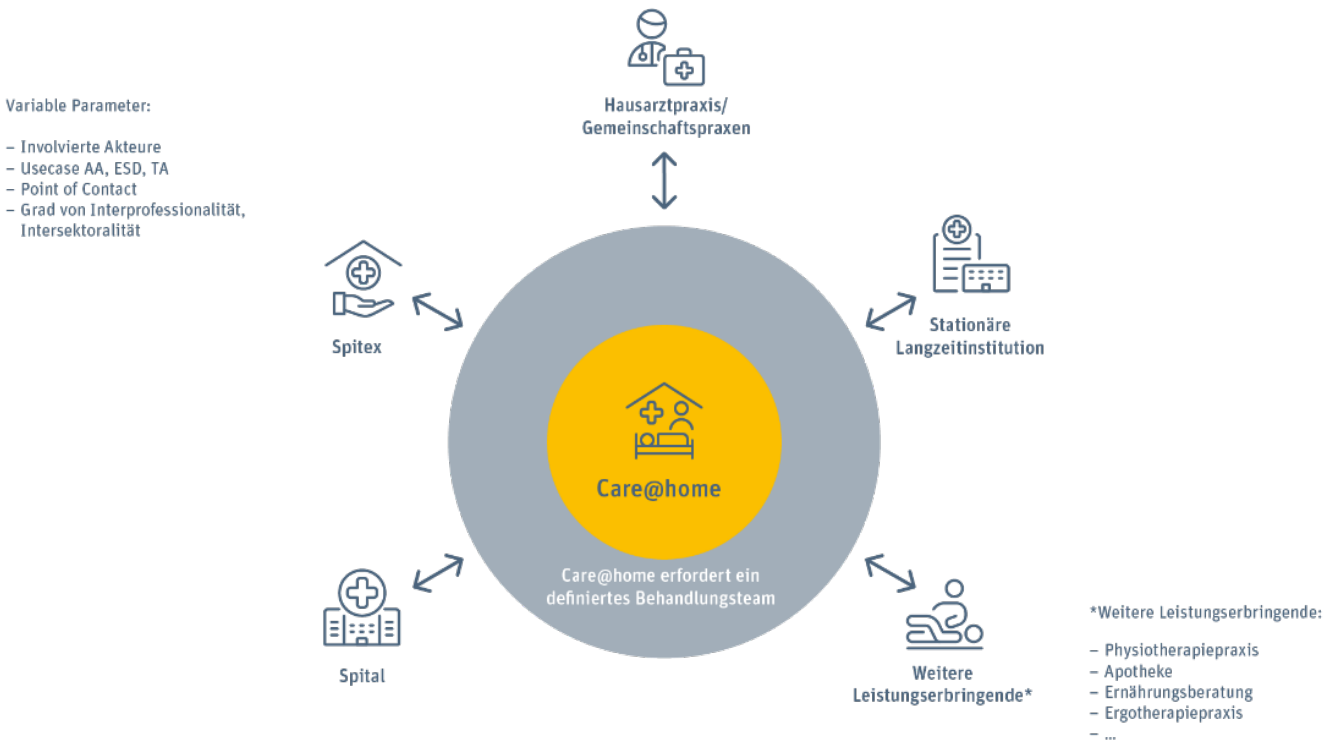
18. Juni 2025
SCC-Workshop zu Care@home Versorgungsmodellen
Drei Keynotes, SCC-Definition 2.0 von Care@home, Workshops zu Versorgungsmodellen, 40 Teilnehmende.

SCC-Definition 2.0 von Care@home
Care@home-Modelle sind integrierte, interprofessionelle, häufig intersektorale und spitaläquivalente Gesundheitsversorgungsmodelle, die Patient*innen aller Altersstufen ermöglichen, eine hochstehende akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu Hause zu erhalten.

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

Care@home umfasst einerseits Hospital at Home Aktivitäten, bei denen eine spitaläquivalente somatische und psychiatrische Versorgung geboten wird. Andererseits umfasst Care@home Situationen der Tertiärprävention mit hohem Risiko der Verschlechterung. Weiter bietet Care@home Gesundheitsversorgungs-modelle, bei denen Telemedizin eingesetzt wird.

Grundmodell Care@home



26. August 2025
Vernetzungsworkshop

Pitches anschubfinanzierte Projekte 1. und 2. Call, Modalitäten 3. Call, Workshops und Ergebnispräsentation, 60 Teilnehmende.

Beim **Vernetzungsworkshop** vom 26. August wurden spannende Einblicke in die laufenden anschubfinanzierten Projekte (2. Call for Proposal CfP) und in die Ergebnisse sowie gelernten Lektionen der bereits abgeschlossenen Projekte aus dem 1. CfP gewährt. Weiter wurden die Modalitäten des 3. CfP vorgestellt. Im Workshopformat wurden die aktuellen Herausforderungen und Projektideen diskutiert und gemeinsam weiterentwickelt. Themen: Digitalisierung, Technologienutzung, Professionsentwicklung, Patient*innenpfad, betreuende Angehörige und Evaluation.

4. November 2025
SCC-Workshop zu Care@home Arbeitspaketen

Praxis-Keynote, Vorstellung Ergebnisse Arbeitspakete, Workshops, Pitches anschubfinanzierte Projekte 1. und 2. Call, 60 Teilnehmende.

Beim SCC-Event vom 4. November wurden die **Ergebnisse der Arbeitspakete** vorgestellt. Anschliessend wurden die Forschungsdesiderate und Handlungsempfehlungen in Workshops mit einer engagierten Gruppe von Teilnehmenden intensiv diskutiert und priorisiert.

2.3 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 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 mitarbeiten und wesentlich zum Fortschritt der inhaltlichen Arbeit beitragen. **Zwei der vier Berichte (AP1 und AP4) wurden bis Ende 2025 fertiggestellt. Zwei weitere Berichte zu den Arbeitspaketen «Finanzierungsmodelle» und «Digitalisierung und Technologie» sind in Arbeit und folgen im Frühjahr/Sommer 2026. Sie werden im nächsten Jahresbericht vorgestellt.**

AP 1: Professionsentwicklung

Leitung bis 2025: Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo, Departement Gesundheit, BFH
Leitung ab 2026: Prof. Dr. Sabine Hahn, Departement Gesundheit BFH

Kurzbeschrieb

- Aufgrund des demografischen Wandels, chronischer Erkrankungen und dem Bedarf an sektorenübergreifender Versorgung gewinnt die Behandlung zu Hause zunehmend an Bedeutung.
- Care@home-Modelle ermöglichen spitaläquivalente Versorgung im häuslichen Umfeld.
- Hauptziele: Spitaleinweisungen vermeiden, Spitalaufenthalte verkürzen, Zeitnahe Versorgung in peripheren Regionen sichern.
- Internationale Evidenz zeigt vergleichbare oder bessere Ergebnisse als stationäre Versorgung und hohe Zufriedenheit bei Patient*innen und Fachpersonen.

Der Zwischenbericht aus dem Arbeitspaket 1 «Professionsentwicklung» des SCC untersucht **drei zentrale Fragestellungen:**

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

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.

Der vollständige Bericht: Professionsentwicklung in Care@home-Settings - Zwischenbericht

AP 4: Patient*innen und Zugehörige

Leitung bis 2025: Prof. Dr. Eva Cignacco, Departement Gesundheit BFH
Leitung ab 2026: Gina-Maria Tscherrig, Departement Gesundheit BFH

Kurzbeschrieb

Care@home-Modelle ermöglichen Patient*innen aller Altersgruppen eine akute, spitaläquivalente medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung im eigenen Zuhause. Die Modelle verfolgen **drei Hauptziele:**

1. Spitalaufenthalte vermeiden (admission avoidance)
2. Frühzeitige Entlassung aus dem Spital unterstützen (early supported discharge)
3. Eine zeitnahe Versorgung in peripheren Regionen sicherstellen (timely access)

Der Bericht beleuchtet insbesondere die Perspektive von Patient*innen und Zugehörigen und leitet daraus praxisorientierte Empfehlungen sowie Forschungslücken ab. Grundlage bilden eine umfassende Literaturrecherche (2022–2025) und Interviews mit Fachpersonen aus Spitex, Kinderspitex und Home Treatment.

Zentrale Erkenntnisse

- Patient:innen bevorzugen häufig die Versorgung zuhause. Sie erleben mehr Lebensqualität, Autonomie und Mitgestaltungsmöglichkeiten – bei vergleichbarem Sicherheitsempfinden wie im Spital.
- Herausforderungen bestehen u. a. bei komplexen Versorgungssituationen, technischer Infrastruktur und der 24/7-Verfügbarkeit von Fachpersonen.
- Die Zustimmung der Patient*innen hängt stark vom Vertrauen in das Modell und die Fachpersonen ab.

Vertiefte Themenbereiche

Sechs besonders relevante Versorgungsthemen wurden analysiert, darunter:

- Medikationsmanagement: besonders fehleranfällig, v. a. bei Polymedikation und Übergängen nach Spitalaustritt. → Empfehlung: Einbindung klinischer Apotheker*innen, strukturierte Schulungen für Zugehörige.
- Ernährungsmanagement: bisher zu wenig integriert, trotz hoher Prävalenz von Mangelernährung. → Empfehlung: Ernährungsfachpersonen einbinden, standardisierte Screenings.
- Bewegungsförderung & Sturzprävention: noch wenig erforscht, aber hohes Potenzial für funktionelle Gesundheit und Selbstständigkeit.

Der vollständige Bericht: Patient*innen und Zugehörige in Care@home-Settings

3 Anschubfinanzierte Projekte

Der Kanton Bern schafft mit einer befristeten Massnahme in Form von Anschubfinanzierungen Forschungsanreize im Themenbereich Care@home. Die Ausschreibungen erfolgen im Lead der Berner Fachhochschule. Die Durchführung der Projektcalls erfolgte durch das Vizerektorat Forschung der BFH, die zudem das unabhängige Evaluationspanel koordinieren.
Im Jahr 2025 wurden zwei Call for Proposals lanciert, bei denen insgesamt 13 Projektanträge gefördert wurden.

3.1. Aus dem 2. Call for Proposals

2. Call 2025
Die folgenden acht Projekte erhalten eine Anschubfinanzierung von maximal 50'000 Franken aus dem zweiten Call for Proposals.

+ Angehörigen-App zur flexiblen Unterstützung von Angehörigen palliativer Krebspatient*innen
+ Palliative care@home: Trust und Telemedizin
+ Ernährungsmanagement in Care@home Settings: Barrieren identifizieren, Lösungen entwickeln
+ Häusliche Gelingensfaktoren für ein erfolgreiches Care@home
+ Ko-Care: Koordination von Pflege und Betreuung in der häuslichen Demenzversorgung
+ Nutzung von digitalen Gesundheitsinterventionen in der Versorgung von Long-Covid Betroffenen
+ Rehabio: Prävention & Rehabilitation von Fall-Fracture/Sturzfrakturverletzungen in der alternden Schweizer Bevölkerung
+ Vergütung und Finanzierung von Care@home Modellen entlang der Patient Journey

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

Abstract
Die Krebsprävalenz in der Schweiz steigt, und Angehörige übernehmen oft zentrale Betreuungsaufgaben, sind jedoch stark belastet. Dies führt zu erhöhtem Stress und psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Angehörigen von Patienten 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.

Projektleiter*in
Prof. Dr. Alexander Wünsch, Leitung Psychoonkologie, Inselspital Bern

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

➲ Palliative care@home: Trust und Telemedizin

Abstract
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.

Projektleiter*in
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)

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

Abstract
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.

Projektleiter*in
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 Hägi (FresuCare AG), Daniel Reichenpfader (BFH), Raphael Banz (Omanda)

➲ Häusliche Gelingensfaktoren für ein erfolgreiches Care@home

Abstract
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 Doppelspurigkeiten 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.

Projektleiter*in
Franziska Scheidegger-Balmer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut Alter und angewandte Forschung und Entwicklung Ernährung & Diätetik, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule

Projektbeteiligte
Regula Blaser (BFH), Eva Soom Ammann (BFH), Tanny Helfer (BFH), Simon Schrämli (Spitex ReBeNo), Georgette Jenelten (Spitex Bern), Marion Burgener (Spitex Region Thun AG), Sabine Molls (Inselspital)

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

Abstract
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.

Projektleiter*in
Dr. Minou Afzali, Leitung Forschung, Swiss Center for Design and Health GmbH

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

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

Abstract
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.

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

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

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

Abstract
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.

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

Projektbeteiligte
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)

➲ Vergütung und Finanzierung von Care@home Modellen entlang der Patient Journey

Abstract
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 C@h-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 C@h in Bern zu erarbeiten, um die Patient*innenversorgung zu verbessern und das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten.

Projektleiter*in
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), Severin Pöchtrager (Swiss Hospital at Home Society), Eva Blozik (SWICA)

3.2. Aus dem 3. Call for Proposals (2025 > Finanzierung ab 2026)

3. Call 2026
Die folgenden fünf Projekte erhalten eine Anschubfinanzierung von maximal 55'000 Franken aus dem dritten Call for Proposals.

+ Value@home: Ökonomische Bewertung spezialisierter Palliative Care in unterschiedlichen Versorgungssettings

+ COALA (Coordination & Assistance for Living at Home)

+ Blended Nutrition Care@home: Pilotprojekt einer neuartigen Ernährungstherapie für Patient*innen mit Mangelernährung im häuslichen Setting

+ Care@home: Wohnumfeld bis zum Wohnraum ermöglichen

+ Digitale Peer-Vernetzung für Betroffene und Angehörige in der psychiatrischen Spitex (CoPEER)

➲ Value@home: Ökonomische Bewertung spezialisierter Palliative Care in unterschiedlichen Versorgungssettings

Abstract
Das Projekt Value@home verfolgt das Ziel, eine integrierte Kostenübersicht als Grundlage für koordinierte und nachhaltige Palliativversorgung zu schaffen. Dazu verknüpft es als Pilotbegleitstudie zum «Palliativverbund Bern» Kostendaten aus Akutstation, Langzeitpflege, Hospiz und Spitex/Homecare und identifiziert Datendefizite. Hintergrund ist der wachsende Bedarf an Pflege: Der Anteil der über 65-Jährigen steigt bis 2050 von 19 % auf über 26 %. Viele Betroffene wünschen sich, bis zuletzt zu Hause zu bleiben, doch spezialisierte Palliative Care erfolgt oft spät und vorwiegend im Spital, was Versorgungslücken, Hospitalisationen und hohe Kosten begünstigt. Die 2024 angenommene EFAS-Vorlage soll zudem Fehlanreize abbauen.

Projektleiter*in
Dr. Monika Hagemann, Scientific Researcher in End of Life Care, Center for Palliative Care, University Hospital, Insel Gruppe AG and University of Bern

Projektbeteiligte
Steffen Eychmüller (Inselspital), Maud Maessen (Inselspital), Georgette Jenelten (Spitex Bern), Ursula Hafed (Wohn- und Pflegeheim St. Niklaus Koppigen), Sibylle Jean-Petit-Matile (Stiftung Hospiz Zentralschweiz), Matthias Schwenkglenks (Universität Basel), Manuela Weichelt (Palliative.ch)

➲ COALA (Coordination & Assistance for Living at Home)

Abstract
COALA untersucht, wie digitale Orchestrierung Versorgungslücken schliessen und regionale Angebote sichtbarer machen kann. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und steigende Gesundheitskosten belasten die Versorgung, während das fragmentierte System aus medizinischen, pflegerischen und sozialen Angeboten für Betroffene schwer durchschaubar bleibt. Forschungsdaten zur Wirksamkeit digitaler Informationsplattformen fehlen, bestehende Lösungen fokussieren meist auf medizinische Versorgung oder isolierte Tools. COALA entwickelt daher ein Plattformkonzept und testet es mit zwei regionalen Gesundheitsnetzwerken, um Akzeptanz, Nutzerfreundlichkeit und Effizienzpotenzial

zu prüfen. Auf Basis des Caro1 Care-Organizers entsteht so eine sektorenübergreifende Plattform zur Weiterentwicklung von Care@home.

Projektleiter*in
Wolfgang Rieder, Projektleiter / Entwicklungsingenieur Switzerland Innovation Park Biel-Bienne

Projektbeteiligte
Emma Nadol (SCDH), Michaël Laurac (BFH), Peter Bodziak (Gesundheitsnetzwerk Oberaargau), Martin Jörg-Gygax (Gesundheitsnetzwerk Emmental), Stefan Steiner (Verein smarthöfe), Claudia Monstein (Healthinal AG)

➲ Blended Nutrition Care@home: Pilotprojekt einer neuartigen Ernährungstherapie für Patient*innen mit Mangelernährung im häuslichen Setting

Abstract
Dieses Projekt legt die Grundlagen für eine neuartige Blended Nutrition Therapie, die persönliche und digitale Ernährungsberatung für mangelernährte Patient*innen nach Spitalentlassung kombiniert und damit auf innovative Art eine Versorgungslücke schliesst. Mangelernährung betrifft rund 40 % der hospitalisierten Personen und führt zu Gewichtsverlust, Muskelabbau, Gebrechlichkeit, Sturzgefahr und erhöhtem Hospitalisationsrisiko. Obwohl Ernährungstherapie Rehospitalisierungen reduziert und die Lebensqualität verbessert, erfolgt die gezielte ernährungstherapeutische Nachbetreuung im häuslichen Umfeld in der Schweiz nur selten. Das Pilotprojekt optimiert die Versorgung durch praktische Umsetzung sowie Interviews und Workshops mit beteiligten Institutionen und identifiziert technologische, logistische und ökonomische Hürden. Ein Folgeprojekt soll die duale Therapie implementieren und national ausrollen.

Projektleiter*in
Dr. Raphael Banz, Co-Founder, Chief Scientific Officer, Omanda AG

Projektbeteiligte
Dr. Undine Lehmann (BFH), Dr. Marvin Grossmann (Inselspital), Dr. Mathias Schlögl (Klinik Barmelweid), Dr. Katharina Blankert (BFH), Eveline Zbären (Omanda AG)

➲ Care@home: Wohnumfeld bis zum Wohnraum ermöglichen

Abstract
Im ersten Teil des Projekts wird ausgearbeitet, was im Lebensumfeld berücksichtigt werden muss, um C@h-Patient*innen wirksam zu unterstützen – und schliesst damit eine zentrale Lücke der heutigen Austrittsplanung, die meist nur die direkte Wohnsituation beachtet. Entscheidend ist jedoch auch das Wohnumfeld, um Unterstützungsbedarf früh zu erkennen und Rehospitalisierungen zu vermeiden. Ein weiteres Grundproblem betrifft die Ernährung: Protein-Energie-Mangelernährung ist bei Menschen über 65 weit verbreitet und erhöht insbesondere bei chronisch Kranken oder nach viszeralchirurgischen Eingriffen das Risiko erneuter Spitaleintritte. Der zweite Teil untersucht deshalb, wie Ernährungsprobleme durch Fachpersonen besser erkannt und adressiert werden können.

Projektleiter*in
Tannys Helfer, Research Associate, Applied Research and Development in Nursing, (Innovation Field Psychosocial Health), BFH

Projektbeteiligte
Heiner Baur (BFH), Áron Korózs (BFH), William Fuhrer (BFH), Jerylee Wilkes-Allemann (BFH), Christine Wenger (SVDE ASDD), Ruth Hagen (Spitex Schweiz), Nadine Habegger (Spitex AemmePlus AG), Emma Nadol (SCDH)

➲ Digitale Peer-Vernetzung für Betroffene und Angehörige in der psychiatrischen Spitex (CoPEER)

Abstract
Das Projekt CoPEER ergänzt das bestehende Care@home-Angebot der psychiatrischen Spitex um eine niedrigschwellige Peer-to-Peer-Unterstützung für Klient*innen und deren Angehörige. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten chronischen Leiden, und viele Betroffene erleben trotz professioneller Pflege Einsamkeit, reduzierte soziale Aktivitäten und alltägliche Belastungen. Auch Angehörige berichten häufig von Erschöpfung und psychischer Belastung. Studien zeigen, dass Peer-Support Hoffnung und Selbstwirksamkeit stärken und Einsamkeit sowie Krankheitssymptome reduzieren kann. CoPEER vernetzt deshalb Klient*innen und Angehörige über eine digitale Plattform mit anderen Betroffenen und schafft damit eine Brücke zwischen professioneller Pflege und Selbstmanagement sowie einen zeitnahen Zugang zu Unterstützung.

Projektleiter*in
Dr. Anna Hegedüs, Co-Head of the Innovation field «Mental Health and Psychiatric Care», BFH

Projektbeteiligte
Nora Ambord (BFH), Chantal Kuske (Restful), Raphael Reber (Restful), Sonja Forster (Spitex Kriens)

4 Ausblick

Das Jahr 2025 brachte mit 13 neu anschubfinanzierten Projekten, drei Fachtagungen, zwei Berichten aus den Arbeitspaketen «Professionsentwicklung» und «Patient*innen und Zugehörige» und rund 80 Leadpartner*innen wichtige Fortschritte. Darauf baut das SCC im Jahr 2026 gezielt auf und setzt die Weiterentwicklung fort.

Am 01. Januar 2026 gab es einen Leitungswechsel und ich freue mich sehr, das SCC als neue Leiterin zusammen mit einem engagierten Team weiter gestalten zu dürfen. Die Mission des SCC bleibt unverändert: die intersektorale und interprofessionelle Gesundheitsversorgung durch wirksame und effiziente Massnahmen im Bereich Care@home zu stärken, Stakeholder zu verbinden und das Netzwerk aus Leadpartner*innen, Kantonsvertretenden und Forschenden zusammenzubringen. Anschubfinanzierungen für wichtige Pilotprojekte im Bereich Care@home werden auch zukünftig gefördert, sind diese doch das Kernstück unseres Engagements für eine sozial akzeptierte, bedarfsgerechte und ökonomisch sinnvolle Gesundheitsversorgung der Zukunft.

Für 2026 haben wir vom SCC einiges geplant: Einerseits werden zwei weitere Berichte aus den Arbeitspaketen «Finanzierungsmodelle» sowie «Digitalisierung und Technologie» erwartet. Andererseits sind zwei SCC-Events im Juni und September sowie eine stärkere thematische Fokussierung im Bereich der Projektförderung vorgesehen. Ziel ist es, die Wirkung des SCC auszubauen, die Vision von Care@home in der Schweiz weiter zu schärfen, verstärkt relevante Akteur*innen im Bereich Care@home im SCC zusammenzubringen und eine Vernetzungsplattform zu bieten. Zudem sollen konkrete Umsetzungsschritte für die Implementierung von Care@home in der Schweiz beschleunigt werden – ganz im Sinne von: Fokus schafft Zukunft.

Unsere Zusammenarbeit mit allen Akteur*innen bleibt somit zentral für die Weiterentwicklung des SCC. Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Beteiligten für ihr Engagement und freuen uns, die nächsten Schritte und die Weiterentwicklung des SCC gemeinsam anzugehen!

Herzlich,

Prof. Dr. Sabina Misoch
Leiterin Swiss Center for Care@home