

Swiss Learning
Health System

Vom Pilotprojekt zur Regelversorgung: Finanzierung und Vergütung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung in der Schweiz

Katharina Blankart, Jana Bilger, Maryna Ivets

Policy Brief **#31**

Schlüsselwörter

Hospital at Home; Bundled Payment; Ambulantisierung; Quadruple Aim; sektorenübergreifende Vergütung

Autor/in

Blankart, Katharina, Prof. Dr., Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Jana Bilger, MSc, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Maryna Ivets, Dr., Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Korrespondenzadresse

Murtenstrasse 10
3008 Bern
E-Mail: katharina.blankart@bfh.ch

Vorgeschlagene Zitierung

Der Text dieses Policy Briefs darf frei zitiert und gedruckt werden, sofern er entsprechend gekennzeichnet wird.

Blankart, K., Bilger J., Ivets M. (2026). Vom Pilotprojekt zur Regelversorgung: Finanzierung und Vergütung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung in der Schweiz. Swiss Learning Health System.

Inhaltsverzeichnis

Liste der Abkürzungen.....	4
Policy Briefs und Stakeholder-Dialoge des Swiss Learning Health Systems	6
Kernaussagen	7
Hintergrund und Kontext	9
Spitalersetzende akutsomatische Versorgung in der Schweiz.....	9
Der Schweizer Kontext: Rechtliche Einordnung und politische Entwicklung.....	10
Methodisches Vorgehen.....	10
Die Herausforderung.....	12
Das zentrale Problem: Fehlende Vergütungsstrukturen	12
Bewertungsrahmen: Von WZW zu Quadruple Aim	12
Empfehlungen für die Einführung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung in der Schweiz	14
Empfehlung 1: Nationale Definition und Indikationskatalog für spitalersetzende akutsomatische Versorgung etablieren	14
Empfehlung 2: Episodentarif für spitalersetzende akutsomatische Versorgung mit integrierter Koordinationsvergütung.....	16
Empfehlung 3: Identifikation spitalersetzender Episoden in bestehender Dateninfrastruktur und Governance-Strukturen.....	18
Empfehlung 4: Implementierungspfad, KVG-Integration und Equity-Sicherung	19
Umsetzungsüberlegungen	20
Danksagung	24
Referenzen	25
Anhang I.....	28

Liste der Abkürzungen

AHCAH	Acute Hospital Care at Home
APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen)
EFAS	Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HAD	Hospitalisation à Domicile (Hospitalisierung zu Hause)
HaH	Hospital at Home (Spitalversorgung zu Hause)
HITH	Hospital-in-the-Home (Spitalversorgung zu Hause)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Swiss-DRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Schweizerische Diagnosebezogene Fallgruppen)
TARMED	Tarif Médical (Ärztlicher Einzelleistungstarif, bis 2025)
TARDOC	Einzelleistungstarifstruktur (Ambulanter Arzttarif, ab 2026)

WZW Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Policy Briefs und Stakeholder-Dialoge des Swiss Learning Health Systems

Das Swiss Learning Health System (SLHS) wurde 2017 als schweizweites Projekt gegründet. Eines seiner wichtigsten Ziele ist es, eine Brücke zwischen Forschung, Politik und Praxis zu schlagen. Dazu wird eine Infrastruktur bereitgestellt, um Lernzyklen zu unterstützen.

Lernzyklen ermöglichen die laufende Integration von Evidenz in Politik und Praxis durch:

- die kontinuierliche Identifizierung von Problemen und Fragestellungen, die für das Gesundheitssystem relevant sind,
- die Zusammenfassung und Bereitstellung relevanter Evidenz aus der Forschung, und
- das Aufzeigen potenzieller Lösungsvorschläge und Vorgehensweisen.

Die Schlüsselemente der Lernzyklen im SLHS beinhalten die Entwicklung von **Policy Briefs**, die als Grundlage für **Stakeholder Dialoge** dienen. Probleme oder Fragestellungen, die weiterverfolgt werden sollen, werden im Hinblick auf eine mögliche Umsetzung beobachtet und schliesslich evaluiert, um kontinuierliches Lernen innerhalb des Systems zu unterstützen.

Ein **Policy Brief** beschreibt das jeweilige Problem oder die jeweilige Fragestellung, indem er die relevanten Kontextfaktoren erläutert und eine Reihe von (Evidenz-informierten) Lösungsansätzen oder Empfehlungen beschreibt. Für jeden möglichen Lösungsansatz oder jede Empfehlung beschreibt der Policy Brief relevante Aspekte und potenzielle Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Umsetzung.

Während eines **Stakeholder Dialogs** diskutiert eine Gruppe von Stakeholdern das Problem oder die Fragestellung, die vorgeschlagenen Empfehlungen und mögliche Barrieren und Erfolgsfaktoren, die im Policy Brief vorgestellt wurden. Ziel ist es, dass alle Stakeholder ein gemeinsames Verständnis für das Problem entwickeln und gemeinsam mögliche Vorgehensweisen zur Lösung des Problems diskutieren und erarbeiten.

Kernaussagen

Hintergrund und Kontext

Die Schweiz steht vor einer doppelten Herausforderung: Demografische Alterung – der Anteil der über 80-Jährigen wird sich bis 2050 verdoppeln – trifft auf angespannte Spitalfinanzen (EBITDA-Margen 1–2%) bei gleichzeitig hohen Gesundheitsausgaben (11,7% des BIP). Entsprechend gewinnt spitalsubstituierende akutsomatische Versorgung an Bedeutung, welche Behandlungen akuter Erkrankungen zu Hause anstelle eines Spitalaufenthalts ermöglicht. Seit 2021 etablierten sich etwa 14 Versorgungsmodelle in 10 Kantonen; im Kanton Zürich wurden bereits über 750 Patient:innen zu Hause versorgt. Internationale Übersichten zeigen zu spitalsubstituierenden akutsomatischen Versorgungsmodellen häufig kürzere Verweildauern, reduzierte Rehospitalisierungen und hohe Patientenzufriedenheit. Im internationalen Vergleich weisen Länder wie Frankreich und Singapur eine vergleichsweise starke institutionelle Verankerung spitalersetzender akutsomatischer Modelle auf – insbesondere durch klarere nationale Definitionen bzw. regulatorische Verankerung und routinisierte Vergütungswege. Die Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär (EFAS, ab 1. Januar 2028) schafft ein politisches Fenster, um sektorenübergreifende Vergütungs- und Zuständigkeitslogiken für spitalsubstituierende Episoden in der OKP zu verankern.

Die Herausforderung

Alle Pilotprojekte stossen an die Grenzen des bestehenden Tarifsystems:

- **Sektorale Fragmentierung:** Die Schweiz vergütet getrennt (SwissDRG für Spital, TAR-MED/TARDOC für ambulant-ärztliche Leistungen, KLV für Spitex). Spitalsubstituierende Episoden kombinieren jedoch alle drei Sektoren, wofür keine Vergütungsstruktur existiert.
- **Nicht-skalierbare Finanzierung:** Pilotprojekte finanzieren sich über Stiftungsmittel, Sonderpauschalen oder kantonale Projektfinanzierungen, welche nicht übertragbar und langfristig nicht tragfähig sind.
- **Fehlendes gemeinsames Verständnis:** Ohne nationale Definition bleiben Modellversuche fragmentiert, Finanzierungsverhandlungen inkonsistent, und eine Abbildung im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung unwahrscheinlich.

Handlungsempfehlungen

1. Nationale Definition und Indikationskatalog etablieren

Eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte nationale Arbeitsgruppe mit Versicherern, Kantonen, Spitex, Spitälern, der Swiss Hospital at Home Society (SHAHS) als Vertreterin von Leistungserbringern spitalsubstituierender Versorgung sowie Patientenorganisationen entwickelt eine verbindliche Definition spitalsubstituierender akutsomatischer Versorgung mit einem klar abgegrenzten Indikationskatalog als ambulante KVG-Leistung, abgestimmt auf EFAS 2028. Dies schafft die Grundlage für vergleichbare Episoden zur Preiskalibrierung und Qualitätsevaluation.

2. Episodentarif mit integrierter Koordinationsvergütung

Eine gebündelte Zahlung pro Episode vergütet den gesamten Behandlungspfad während der Akutepisode (ärztliche und pflegerische Versorgung, Koordination, Logistik, 24/7-Bereitschaft,

Diagnostik, Medikamente und Material). Die anbieterneutrale Vergütung liegt zwischen ambulanten und stationärem Korridor. Koordinationsaufgaben werden explizit vergütet. Ein federführender Leistungserbringer rechnet ab und Sub-Kontrahierung zwischen Leistungserbringern ist zulässig.

3. Episoden in bestehender Dateninfrastruktur identifizierbar machen

Spitalsubstituierende Episoden werden durch Episoden-Kennzeichnung in bestehenden Abrechnungsdaten (TARDOC/ambulante Pauschalen, KLV) identifizierbar gemacht ohne separate Datenerfassung. Eine Verknüpfung mit einer Hauptdiagnose nach ICD-10 ermöglicht die Identifikation in Routinedaten und einen Vergleich mit Hospitalisierungen.

4. KVG-Integration und Equity-Sicherung

Ein Leitfaden für OKP-Leistungsanträge wird erstellt; der Prozess zur Einordnung und Verankerung spitalsubstituierender akutsomatischer Versorgung als ambulante KVG-Leistung wird unter Berücksichtigung von EFAS 2028 definiert. Ein Equity-Monitoring soll unbeabsichtigte finanzielle Barrieren vermeiden und Unterschiede in Kostenbeteiligung, zugrunde liegender Kostenstruktur, Inanspruchnahme und Outcomes nach Region, Versicherer und demografischen Merkmalen frühzeitig erkennen.

Überlegungen zur Implementierung

Zu den Hindernissen bei der Umsetzung gehören:

- Komplexität von Tarifverhandlungen zwischen multiplen Akteuren (Versicherer, Kantone, Tarifpartner).
- Risiko zu enger Definition, die Innovation bremst oder regionale Varianz ignoriert.
- Fehlende systematische Kostendaten aus Pilotprojekten für präzise Tarifkalibrierung.
- Kantonale Autonomie ohne interkantonal abgestimmte Leitplanken.

Die Umsetzung wird unter anderem durch folgende Faktoren erleichtert:

- EFAS 2028 bietet ein Fenster für sektorenübergreifende Episodenvergütungen.
- Pilotprojekte liefern praktische Erfahrungen und erste Evidenz.
- Der Ländervergleich zeigt: Skalierung gelingt eher, wenn Definition/Rollen, ein routinierbarer episodenfähiger Vergütungsweg und Episoden-Transparenz in Routinedaten/Monitoring zusammenspielen.
- Breite Übereinstimmung über zentrale Gestaltungsprinzipien (Anbieterneutralität, Koordinationsvergütung, Equity-Schutz).
- Substanzielles Verlagerungspotenzial (z. B., 6'272–12'545 vermeidbare Hospitalisierungen für fünf Akutdiagnosen im Jahr 2023 (Erwachsene ≥ 20 Jahre) (bei angenommener Verlagerungsrate von 10–20%)) reflektiert Potenzial für Effizienzgewinne und patientenzentriertere Versorgung.

Hintergrund und Kontext

Spitalersetzende akutsomatische Versorgung in der Schweiz

Die Schweiz steht in der Gesundheitsversorgung vor zwei wesentlichen Herausforderungen. Der Anteil der über 65-Jährigen stieg zwischen 1980 und 2013 von 13,8% auf 17,7% [1]. Im OECD-Raum wird sich der Anteil der über 80-Jährigen bis 2050 voraussichtlich verdoppeln [2]. Die daraus zu erwartende steigende Anzahl an Hospitalisierungen trifft auf eine zunehmend angespannte finanzielle Lage der Spitallandschaft. Trotz Umsatzsteigerungen verzeichnen Grundversorger besonders tiefe EBITDA-Margen von 1-2% [3], obwohl die Schweiz mit 11,7% des BIP einen der höchsten Anteile weltweit für Gesundheitsausgaben aufwendet [4].

In diesem Kontext gewinnt **spitalersetzende akutsomatische Versorgung** – international unter anderem als Hospital at Home (HaH), Hospitalisation à Domicile (HAD) oder Hospital-in-the-Home (HITH) bekannt – an Bedeutung. Diese Versorgungsmodelle ermöglichen die Behandlung akutsomatischer Patient:innen-Episoden, die einen Spitalaufenthalt substituieren, mit kontinuierlicher Überwachung, interprofessionellen Teams und komplexen medizinischen Interventionen im häuslichen Umfeld der Patient:innen [5, 6]. In der Schweiz haben sich seit 2021 zahlreiche Pilotprojekte etabliert: Allein im Kanton Zürich wurden seit 2021 über 750 Patient:innen während akuter Krankheitsepisoden zu Hause versorgt [7]. Im Januar 2026 waren dem Projektteam 14 Versorgungsmodelle aus 10 Kantonen bekannt.

Was ist spitalersetzende akutsomatische Versorgung?

Spitalersetzende akutsomatische Versorgung – international als **Hospital at Home (HaH)**, **Hospitalisation à Domicile (HAD)** oder **Hospital-in-the-Home (HITH)** bekannt – ermöglicht die Behandlung von akuten Erkrankungen im häuslichen Umfeld der Patient:innen, die andernfalls eine stationäre Spitalbehandlung erfordern würden. Die Versorgung ist **medizinisch gleichwertig zur Spitalbehandlung** in Bezug auf Behandlungsintensität, Qualität und Sicherheit und umfasst [8]:

- **Kontinuierliche medizinische und pflegerische Überwachung** (24/7-Erreichbarkeit)
- **Interprofessionelle Teams** (Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, weitere Gesundheitsberufe)
- **Komplexe medizinische Interventionen** (z. B. intravenöse Antibiotika, Infusionen, Diagnostik)
- **Akutsomatische Episoden bei Erwachsenen** (z. B. Pneumonie, exazerbierte COPD, Weichteilinfekte)

Bei einer spitalersetzenden Versorgung wird die Hospitalisierung entweder vollständig vermieden (admission avoidance) oder vorzeitig in das häusliche Umfeld verlagert (early supported discharge, early transfer).

Abgrenzung: Spitalersetzende Versorgung unterscheidet sich von klassischer Spitex-Pflege durch die Akutbehandlung hospitalisierungspflichtiger Erkrankungen und von post-akuter Pflege (z. B. nach Spitalentlassung) durch den Ersatz eines Spitalaufenthalts, nicht die Ergänzung.

Internationale Übersichten berichten für geeignete Patient:innen überwiegend sichere spitalersetzende Modelle mit oft kürzerer stationärer Verweildauer, hoher Patientenzufriedenheit und häufig niedrigeren Behandlungskosten (variabel nach Indikation/Design) [6]; mehrere Länder haben entsprechende Modelle institutionell verankert und/oder breit umgesetzt (u.a. Frankreich

und Singapur; England mit nationaler Rahmung bei lokaler Umsetzung; Australien und Spanien mit teils heterogener regionaler Ausgestaltung; USA insbesondere seit AHCAH), wobei klare Definitionen, Vergütungswege und Monitoring als zentrale Routinisierungsfaktoren erscheinen.

Der Schweizer Kontext: Rechtliche Einordnung und politische Entwicklung

Die rechtliche und finanzielle Verankerung spitalersetzender Versorgung ist in der Schweiz Gegenstand einer dynamischen politischen Entwicklung. Drei Bundesratsantworten zwischen Juni 2024 und Februar 2025 zeigen eine klare Linie:

- **Juni 2024:** Der Bundesrat stellte klar, dass akutsomatische Spitalbehandlungen – solange medizinisch indiziert – grundsätzlich im Spital zu erbringen sind und einen kantonalen Leistungsauftrag sowie geeignete Infrastruktur erfordern. Gleichzeitig präzisierte er, dass spitalersetzende Versorgung **rechtlich als ambulante Leistung** einzuordnen ist und nicht dem KVG widerspricht. SwissDRG-Tarife gelten im häuslichen Umfeld nicht [9].
- **Februar 2025:** Der Bundesrat ordnete die **Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär (EFAS)**, beschlossen am 24. November 2024 und in Kraft ab 1. Januar 2028, als Chance für ein kohärentes Finanzierungsumfeld ein, das den ambulanten Shift einschliesslich spitalersetzender Versorgung beschleunigt. Die Weiterentwicklung solcher Konzepte liegt bei den Institutionen und Kantonen [10].
- Die Entwicklung von der Rechtsklarstellung (2024) hin zu einer offenen, entwicklungsorientierten Haltung (2025) **schafft ein politisches Fenster** für die nachhaltige Integration spitalersetzender Modelle. EFAS 2028 vereinheitlicht die Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone nach demselben Verteilschlüssel, was bestehende Fehlanreize abbauen und den Wechsel zu kostengünstigeren ambulanten Leistungen beschleunigen soll [11].

Methodisches Vorgehen

Die in diesem Policy Brief präsentierten Handlungsempfehlungen basieren auf drei komplementären Datenquellen und einem Mixed-Methods-Ansatz:

(1) Internationaler Ländervergleich (n=7 Länder): Eine Policy-Mapping-Analyse untersuchte Vergütungs- und Finanzierungsmodelle spitalsubstituierender Versorgung in den USA, Australien, Kanada, England, Frankreich, Spanien und Singapur. Der Fokus lag auf Vergütungswegen und -mechanismen sowie auf berichteten Implementierungserfahrungen und Implikationen für Routinisierung, Nachhaltigkeit und Skalierung. Ergänzend wurden zentrale regulatorische und operative Rahmenbedingungen erfasst (u.a. rechtliche Verankerung, Governance/Rollen, Daten/Kodierung/Reporting und Qualitätssicherung).

(2) Stakeholder-Einbindung: Ein strukturierter Workshop mit Stakeholdern aus Versicherungen, Kantonen, Spitex und Spitälern sowie vertiefende qualitative Interviews erfassten das aktuelle Finanzierungs- und Leistungsgeschehen, identifizierten Barrieren und Erleichterungen auf vier Systemebenen (Patient:innen, Leistungserbringer, Organisation, System), und ermöglichten eine ko-kreative Entwicklung von Grundsätzen.

(3) Quantitative Datenanalyse: Eine Analyse der Schweizerischen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (2021-2023) [12] untersuchte fünf ausgewählte akutsomatische Diagnosen –

Pneumonie, exazerbierte COPD, Weichteilinfekte, Divertikulitis, Harnwegsinfekte. Diese Diagnosen werden international in spitalsubstituierenden Programmen erfolgreich behandelt und machten gemeinsam 2023 schweizweit 62'720 Hospitalisierungen aus (Erwachsene ≥ 20 Jahre). Unter verschiedenen Implementierungsstrategien (10% bzw. 20% der Hospitalisierungen oder Bettentage) wurde das Verlagerungspotenzial in den ausgewählten Diagnosen zwischen 6'272 und 12'545 Hospitalisierungen im Jahr 2023 insgesamt ermittelt. Für Pneumonie allein entspricht dies einem Verlagerungspotenzial von 22'634 Bettentagen, wenn 10% der Hospitalisierungen vollständig im häuslichen Umfeld stattfinden.

Die Herausforderung

Fehlende Vergütungsstrukturen als zentrales Problem

Trotz der politischen Öffnung stossen alle Pilotprojekte an die **Grenzen des bestehenden Tarifsystems**. Die Schweiz vergütet Gesundheitsleistungen sektoral getrennt: Spitalleistungen über SwissDRG-Fallpauschalen, ambulant-ärztliche Leistungen über TARMED-Einzelleistungstarife (ab 2026 TARDOC mit ambulanten Pauschalen), und Spitex-Pflege über die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) mit Patientenbeteiligung und kantonaler/kommunaler Restfinanzierung. Spitalersetzende Episoden kombinieren Leistungen aus allen drei Sektoren – kontinuierliche pflegerische Überwachung, ärztliche Visiten, medizinische Interventionen, Koordination zwischen Akteuren – in einer integrierten Versorgungskette. **Für diese sektorenübergreifende Komplexität existiert keine Vergütungsstruktur.**

Pilotprojekte finanzieren sich daher über Stiftungsmittel, verhandelte Sonderpauschalen mit einzelnen Krankenkassen, oder kantonale Restfinanzierungen. Die Lösungen sind nicht auf andere Regionen übertragbar und langfristig nicht tragfähig. Stakeholder identifizierten im Rahmen dieses Projekts **das «fehlende gemeinsame Verständnis» als zentrale Barriere** für Skalierung: Ohne nationale Definition von spitalersetzender akutsomatischer Versorgung bleiben Modellversuche fragmentiert, Finanzierungsverhandlungen inkonsistent, und eine Aufnahme ins KVG-Leistungsspektrum blockiert.

Bewertungsrahmen: Von WZW zu Quadruple Aim

Das Projekt berücksichtigte vorrangig die Abbildung von spitalersetzenden Versorgungsmodellen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung und durch die öffentliche Finanzierung der Kantone. Das schweizerische Gesundheitssystem bewertet Leistungen traditionell nach den **WZW-Kriterien** (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, Art. 32 KVG). Dabei werden jeweils Einzelleistungen berücksichtigt. Für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle wie spitalersetzende akutsomatische Versorgung ist dieser Rahmen jedoch nicht hinreichend: WZW bewertet Spitalleistungen (DRG), Spitex (KLV) und ambulant-ärztliche Leistungen (TARMED/TARDOC) separat, während spitalersetzende Modelle als integriertes Angebot durch dieses Raster fallen. Zudem berücksichtigt WZW weder Patientenpräferenzen noch systemische Langzeiteffekte (vermiedene Rehospitalisierungen, reduzierte nosokomiale Infektionen oder Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals). Diese können jedoch für die Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit auf gesellschaftlicher und Ebene des Gesundheitssystems relevant sein.

Dieses Projekt ergänzt die WZW-Perspektive durch das **Quadruple Aim-Framework**, das Versorgungsmodelle entlang vier Dimensionen bewertet: (1) Verbesserung der individuellen Patientenerfahrung, (2) Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, (3) Reduktion der Pro-Kopf-Kosten, und (4) Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Gesundheitspersonal [13]. Diese erweiterte Perspektive ist besonders relevant für spitalersetzende Versorgung, da internationale Studien zeigen, dass diese Modelle in allen vier Dimensionen Potenzial aufweisen: höhere Patientenzufriedenheit, reduzierte Rehospitalisierungen, variable Kosteneffekte je nach Vergütungsmodell, und verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit [14].

Eine zentrale Annahme dieses Projekts in Bezug auf die Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen für spitalersetzende akutsomatische Versorgung war, dass diese Modelle in allen vier Quadruple Aim-Dimensionen mindestens gleichwertig oder besser abschneiden als konventionelle Spitalversorgung.

Empfehlungen für die Einführung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung in der Schweiz

Empfehlung 1: Nationale Definition und Indikationskatalog für spitalersetzende akutsomatische Versorgung etablieren

Es wird eine verbindliche Definition von spitalersetzender akutsomatischer Versorgung entwickelt und als offizieller «Indikations-Anhang» publiziert. Das BAG führt eine nationale Arbeitsgruppe mit Akteuren wie Versicherern, Kantonen, Spitex, Spitälern, Hausärzt:innen /Pflegevertretungen, der Swiss Hospital at Home Society (SHAHS) und Patientenorganisationen ein. Der Geltungsbereich ist zum Start ein klar abgegrenzter Diagnose-Katalog zum Beispiel definiert für akutsomatische Episoden bei Erwachsenen. Die spitalersetzende akutsomatische Versorgung wird im Rundschreiben als ambulante Leistung unter KVG festgelegt (SwissDRG-Tarife gelten im häuslichen Umfeld nicht). Die Definition wird im Hinblick auf die Einheitliche Finanzierung von Ambulanten und Stationären Leistungen (EFAS) 2028 abgeglichen. International zeigen Frankreich, Singapur und Spanien, dass eine national gerahmte Definition bzw. regulatorische Verankerung -- einschliesslich Mindestanforderungen -- sowie routinisierte Aktivitätsdokumentation und Reporting wichtige Voraussetzungen dafür sind, dass spitalersetzende Modelle in die Regelversorgung überführt und breiter skaliert werden können [15–19].

Tabelle 1: Bewertung der Handlungsempfehlung: Nationale Definition und Indikationskatalog für spitalersetzende akutsomatische Versorgung etablieren

Bewertungskategorie	Erläuterung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Behebt zentrale Barriere: «Fehlendes gemeinsames Verständnis» war die wichtigste Barriere. Ohne gemeinsame Definition bleiben Modellversuche fragmentiert, Finanzierungsverhandlungen inkonsistent. • Ermöglicht Skalierung: Vergleichbare Episoden ermöglichen Preiskalibrierung, Qualitätsevaluation und Vertrauen der Kostenträger. • EFAS-Kompatibilität ab 2028.
Schaden/Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Zu enge Definition: Risiko, innovative Modelle zu bremsen oder regionale Varianz nicht zu berücksichtigen. Mitigation: Revision-Klausel nach 12 Monaten; «learning by doing»-Ansatz mit datenbasierter Anpassung.
Kosten und Kostenwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Kosten: Kosten für Arbeitsgruppe und Publikation (ca. CHF 50'000 bis 100'000 für Koordination, Konsensverfahren). • Investition in Definition spart später Evaluations- und Verhandlungskosten.
Grad der Ungewissheit	<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Unsicherheit: Konsens-Prozesse sind politisch sensibel; Zeitrahmen schwierig zu prognostizieren.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Evidenzlücke: Schweizer Daten zu spitalersetzend-fähigen oder sensitiven Episoden fehlen weitgehend. Daten aus bestehenden Modellversuchen nutzen zur initialen Kalibrierung. |
|--|---|

Empfehlung 2: Episodentarif für spitalersetzende akutsomatische Versorgung mit integrierter Koordinationsvergütung

Es wird eine gebündelte Zahlung pro akutsomatischer Episode im häuslichen Umfeld eingeführt, die den Behandlungspfad während der Akutepisode abdeckt (ärztliche und pflegerische Versorgung, Koordination, Logistik, 24/7-Bereitschaft, Diagnostik, Medikamente und Material). Die Vergütung ist anbieterneutral und wird über einen standardisierten Vergütungsweg im OKP-Rahmen (Tarifposition und/oder Standardvertrag) so ausgestaltet, dass sie an stationären Vergleichskosten kalibriert werden kann. Der Einführungspreis soll innerhalb eines definierten Korridors festgelegt und nach 6 bzw. 12 Monaten anhand vorab definierter Qualitäts-, Nutzungs- und Kostendaten überprüft werden. Koordinationsaufgaben werden explizit berücksichtigt; Zeitaufwände für Koordination, Logistik und Rufbereitschaft werden rollenbasiert erfasst und in der Pauschale abgebildet. Doppelfinanzierung wird ausgeschlossen: Leistungen, die im Bundle enthalten sind, sind nicht zusätzlich als Einzelleistungen abrechnungsfähig. Die Abrechnung erfolgt über einen federführenden Leistungserbringer, ohne die Fallführung auf einen bestimmten Anbietertyp festzulegen. Sub-Kontrahierung zwischen mehreren Leistungserbringern – etwa Spitälern, Spitex-Organisationen, Hausärzt:innen oder Pflegeheimen – ist zulässig. In US-Evaluationen werden je nach Modell Kostenvorteile berichtet (z. B. bei Presbyterian rund 19% niedrigere Kosten; bei Mount Sinai in einem Modell mit Einbezug einer 30-tägigen postakuten Phase rund 22–26% niedrigere Episodenkosten), wobei die Ergebnisse kontext- und modellabhängig sind [20, 21]. Zudem werden in den USA episodensbasierte Zahlungsmodelle wie HaH-Plus mit Einbezug eines postakuten Zeitraums als möglicher Mechanismus diskutiert, um integrierte Versorgungspfade zu unterstützen [22–24].

Tabelle 2: Bewertung der Handlungsempfehlung: Episodentarif für spitalersetzende akutsomatische Versorgung mit integrierter Koordinationsvergütung

Kategorie	Erläuterung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit erfordert Tarif für gesamten Pfad. • Fördert Koordination zwischen Akteuren statt Silodenken. • Fixe Episodenvergütung ermöglicht Investitionen in Infrastruktur. • Anbieterneutralität verhindert Parallelsysteme. • Kosteneinsparungen 19-26% vs. stationär (USA) [20, 21].
Schaden/Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlkalibrierung: Falscher Preis gefährdet Adoption. Mitigation: Risikokorridor, Reviews nach 6 & 12 Monaten. • Mengenausweitungen: Mitigation durch nationale Kriterien (Empfehlung 1) und Qualitätsindikatoren.
Kosten und Kostenwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Tarifentwicklung: Arbeitsgruppe und Koordination. • Preiskorridor: Zwischen ambulanten Tarifen und stationärem Äquivalent. • Versicherer und Kantone profitieren von niedrigeren Episodenkosten.

Grad der Un-
gewissheit

- Mittlere bis hohe Unsicherheit bei Preis-Kalibrierung.
- Pilotdaten und internationale Benchmarks ermöglichen Startschätzung; 6/12-Monats-Reviews reduzieren Risiko.
- Schweizer Kostendaten unvollständig; systematische Erfassung ist von Beginn an essenziell.

Empfehlung 3: Identifikation spitalersetzender Episoden in bestehender Dateninfrastruktur und Governance-Strukturen

Spitalersetzende akutsomatische Episoden sollten innerhalb der bestehenden Abrechnungs- und Routinedaten identifizierbar gemacht werden, die bereits an Krankenversicherer übermittelt werden. Statt einer neuen separaten Datenerhebung empfiehlt sich die Nutzung vorhandener Strukturen mit einer standardisierten Episodenkennzeichnung (z. B. eigene Tarifposition/Marker im ambulanten Tarifsystem) und einer Verknüpfung zur Hauptdiagnose (ICD-10), um Vergleiche mit stationären Hospitalisierungen in der Medizinischen Statistik zu ermöglichen. Ergänzend sind Mindestanforderungen an Reporting/Monitoring sowie die relevanten Rollen und Verantwortlichkeiten (z. B. ärztliche Abdeckung, APN, häusliche Pflege) für die klinische Steuerung zu definieren; interkantonal abgestimmte Planung kann die Bedarfsabschätzung auf Basis aggregierter Versicherungsdaten erleichtern. International greifen mehrere Länder auf bestehende Routinedaten zurück und ergänzen diese durch Kodierungs- und Reportingpflichten (z. B. Spanien über ein Aktivitätsregister; Frankreich über PMSI-HAD-basierte Routinedokumentation; Australien über admitted-activity-Datensätze; die USA unter AHCAH durch CMS-Monitoring) [17, 19, 22–24].

Tabelle 3: Bewertung der Handlungsempfehlung: Identifikation spitalersetzender Episoden in bestehender Dateninfrastruktur und Governance-Strukturen

Kategorie	Erläuterung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Pragmatisch und sofort umsetzbar: Keine neuen Dateninfrastrukturen oder Reporting-Pflichten. • Niedrige Implementierungskosten: Anpassung von Tarifpositionen. • Ermöglicht Monitoring von Volumen, Kosten, Wiederaufnahmeraten für Preiskalibrierung. • EFAS-kompatibel: Automatische Erfassung ab 2028.
Schaden/Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenzte klinische Detailtiefe: Für Start ausreichend; erweiterte Qualitätsdaten später in Registern. • Risiko unvollständiger Episoden-Attribution: Mitigation durch federführenden Leistungserbringer.
Kosten und Kostenwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Minimale Kosten: Anpassung von Tarifpositionen. • Sehr hohe Kostenwirksamkeit.
Grad der Ungewissheit	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrige technische Unsicherheit. • Moderate politische Unsicherheit: Tarifpartner-Konsens erforderlich. • Welche Diagnosen sind spitalsubstituierend? Modellversuche nutzen für initiale Liste.

Empfehlung 4: Implementierungspfad, KVG-Integration und Equity-Sicherung

Ein Leitfaden für OKP-Leistungsanträge wird erstellt [25]. Der Prozess zur Einordnung und Verankerung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung im KVG/OKP-Rahmen wird unter Berücksichtigung von EFAS 2028 definiert. Ein Equity-Monitoring soll sicherstellen, dass spitalersetzende Versorgung keine unbeabsichtigten finanziellen Barrieren schafft. Es dient dazu, Unterschiede in Selbstbeteiligung sowie Inanspruchnahme und Ergebnisindikatoren nach Region, Versicherer und demografischen Merkmalen frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Internationale Erfahrungen aus Singapur und den USA zeigen, dass spitalersetzende Versorgung zu Hause bewusst so ausgestaltet wird, dass für Patient:innen keine zusätzlichen Kosten im Vergleich zu einer stationären Behandlung entstehen [26–29]. Stattdessen gelten in der Regel die gleichen versicherungsbedingten Eigenbeteiligungen wie im Spital. Diese Kostenparität ist jedoch nicht automatisch gewährleistet und unterstreicht die Notwendigkeit eines frühzeitigen Monitorings, um potenzielle Unterschiede in Kostenbeteiligung und Zugang rechtzeitig zu erkennen und unbeabsichtigte finanzielle Barrieren gegenüber der stationären Versorgung zu vermeiden.

Tabelle 4: Bewertung der Handlungsempfehlung: Implementierungspfad, KVG-Integration und Equity-Sicherung

Bewertungskategorie	Erläuterung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none">• Equity-Schutz früh verankert: Verhindert Kostenverlagerung auf Patient:innen.• Monitoring zeigt Fairness gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen.
Schaden/Risiken	<ul style="list-style-type: none">• KVG-Aufnahme kann langwierig sein. Mitigation: Modellversuche (Art. 33a KVG) als «Fast Track».• Ohne Monitoring Risiko von Benachteiligung bestimmter Gruppen.
Kosten und Kostenwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none">• Administrative Kosten: Equity-Monitoring ca. CHF 100'000/Jahr; Leitfaden CHF 50'000.
Grad der Ungewissheit	<ul style="list-style-type: none">• Niedrige technische Unsicherheit.• Moderate politische Unsicherheit: Abhängig von Bundesratsagenda und EFAS.• Schweizer Daten zu Equity-Gaps fehlen; Baseline-Erfassung ist von Beginn an essenziell.

Umsetzungsüberlegungen

Die vier Handlungsempfehlungen unterscheiden sich in ihrem erwarteten Impact auf die nachhaltige Etablierung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung und in ihrer Umsetzbarkeit. **Empfehlung 1 (Nationale Definition)** ist fundamental für alle weiteren Schritte und weist sowohl hohen Impact als auch mittlere bis hohe Machbarkeit auf, was sie zum logischen Startpunkt macht. **Empfehlung 2 (Episodentarif)** ist entscheidend für die Skalierung und hat ebenfalls hohen Impact, jedoch mittlere Machbarkeit aufgrund der Komplexität von Tarifverhandlungen und der Abhängigkeit von konsensbasierten Preisfindungsmechanismen. **Empfehlung 3 (Identifikation in bestehender Dateninfrastruktur)** bietet eine pragmatische Lösung mit hoher Machbarkeit und mittlerem Impact und kann parallel zu anderen Empfehlungen umgesetzt werden. **Empfehlung 4 (Equity-Sicherung)** hat hohen Impact, da Patient:innen letztlich über die Inanspruchnahme entscheiden, und weist mittlere bis hohe Machbarkeit auf. Die erfolgreiche Implementierung erfordert eine koordinierte Vorgehensweise, die sowohl die Interdependenzen zwischen den Empfehlungen berücksichtigt als auch unterschiedliche Zeithorizonte und Akteurskonstellationen beachtet. Die folgenden Tabellen zeigen die konkreten Barrieren und Erleichterungen auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems.

Tabelle 5: Barrieren für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen für die Einführung akutsomatischer spitalsubstituierender Versorgungsmodelle

Ebene	Empfehlung 1 (Definition)	Empfehlung 2 (Episodentarif)	Empfehlung 3 (Daten)	Empfehlung 4 (Equity)
Patient:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit über Eignung für häusliche Behandlung • Angst vor unzureichender Überwachung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge über Selbstbeteiligung und zusätzliche Kosten im häuslichen Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Unklarheit über Datenschutz bei Diagnose-Erfassung im ambulanten Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Kosten im häuslichen Setting (Angehörige, Material) • Ländliche Regionen: Risiko vor Unterversorgung
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche klinische Bewertungen von «spitalersetzend» • Sorge um Haftung bei häuslicher Akutversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsleistung bisher schlecht vergütet • Unsicherheit über Sub-Kontrahierungs-Modelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Unklarheit über korrekte Codierung/Episoden-ID • Kleine Anbieter (Spitex): Unsicherheit über Tarifpositionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Erfahrung mit Angehörigen-Einbezug
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogene Organisationsmodelle (spitalzentriert vs. ambulant) • Investitionsrisiko vor Tarifklarheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Spitäler: Furcht vor Einnahmeverlust durch Verlagerung • Spitex: Kapazitätsengpässe für Akutversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantone: Kapazitätsplanung erfordert Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantone: Unklarheit über Finanzierungsverantwortung bis EFAS • Versicherer: Risiko von Case-mix Verschiebung
System	<ul style="list-style-type: none"> • 26 Kantone mit unterschiedlichen Prioritäten • Fehlende rechtliche Verankerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarifpartner-Verhandlungen langwierig • Risiko von 26 kantonalen Sonderlösungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen nicht definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • KVG-Leistungsaufnahme: langwieriger politischer Prozess • EFAS-Verzögerungen beeinflussen Zeitplan

Tabelle 6: Erleichterungen für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen für die Einführung akutsomatischer spitalsubstituierender Versorgungsmodelle

Ebene	Empfehlung 1 (Definition)	Empfehlung 2 (Episodentarif)	Empfehlung 3 (Daten)	Empfehlung 4 (Equity)
Patient:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Präferenz für Behandlung im vertrauten Umfeld • Klare Patienteninformation zu Ein-/Ausschlusskriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine höhere Selbstbeteiligung als stationär (siehe Empfehlung 4) • Transparente Kosteninformation 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnungsdaten bereits übermittelt (keine Änderung) • KVG-Datenschutzregeln gelten unverändert 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstkosten-Parität zu Spital • Mehrsprachige Patienteninformation
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Klare nationale Leitlinie reduziert Interpretationsspielraum • Einbindung aller Berufsgruppen in Definitionsprozess 	<ul style="list-style-type: none"> • Explizite Vergütung von Koordination/Bereitschaft • Steuerungs- & Subkontrakt-Vorlagen publiziert • Klare Abgrenzung inkludierter vs. Pass-Through-Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine zusätzliche Dokumentation - nur Abrechnung wie üblich • Klare Codier-Anleitung mit Beispielen • Bestehende Abrechnungsoftware funktioniert weiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Klärung der Verantwortlichkeiten (federführender Leistungserbringer)
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • BAG-geleitete Arbeitsgruppe schafft Legitimation • Indikations-Anhang als Grundlage für Leistungsaufträge 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieterneutrale Vergütung: alle Modelle profitieren • Einführungspreis reduziert Anlaufisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung aggregierter Daten schützen Einzelfall-Transparenz • GDK als etablierte Koordinationsplattform 	<ul style="list-style-type: none"> • EFAS 2028: Finanzierung klärt Verantwortlichkeiten • Modellversuche als Übergangsfinanzierung
System	<ul style="list-style-type: none"> • Politisches Fenster durch EFAS 2028 	<ul style="list-style-type: none"> • EFAS 2028 schafft einheitlichen Finanzierungsrahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarifpartner zeigen Interesse an Transparenz • Anpassung bestehender Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Politisches Momentum durch Bundesrats-Offenheit

	<ul style="list-style-type: none">• Bundesratslinie unterstützt ambulante Integration	<ul style="list-style-type: none">• BAG-moderierte Tarifverhandlungen• Tarifpartner zeigen Interesse an Transparenz		<ul style="list-style-type: none">• GDK als Koordinationsplattform
--	---	--	--	--

Danksagung

Dieses Forschungsprojekt wurde finanziell von der 2. Anschubfinanzierung des Swiss Center for Care at Home 2025 finanziert. Für die Durchführung und Erstellung des Berichtes danken wir für Zusammenarbeit und Unterstützung vieler engagierter Personen und Organisationen. Unser Dank gilt den Praxispartnern Spitex Schweiz, SWICA, Hospital at Home AG und der Swiss Hospital at Home Society (SHAHS), die das Projekt nicht nur fachlich begleitet, sondern auch mit ihrer Expertise bereichert haben. Den zahlreichen Expert:innen aus Spitälern, Spitex-Organisationen, Krankenversicherungen und kantonalen Gesundheitsdirektionen danken wir für ihre Zeit, Offenheit und wertvollen Einschätzungen in Interviews und Workshop. Besonders danken wir den Verantwortlichen der Pilotprojekte für die Einblicke in ihre Pionierarbeit. Dem Bundesamt für Statistik danken wir für die Bereitstellung der Datengrundlagen. Unser Dank gilt auch Daniel Ammann, Caroline Schneider und Maya Zumstein-Shaha (alle BFH). Die Verantwortung für Inhalt und verbleibende Fehler liegt bei den Autorinnen.

Referenzen

- [1] De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, et al. Switzerland - Health System Review. *Health Syst Transit*; 17.
- [2] OECD. The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care. *OECD Health Policy Stud.* Epub ahead of print 7 October 2025. DOI: 10.1787/0f7bc62b-en.
- [3] Die Finanzlage und aktuelle Herausforderungen von Schweizer Spitälern und Kliniken. *KPMG*, <https://kpmg.com/ch/de/branchen/gesundheitswesen/spital-klinik-markt-ausblick.html> (accessed 24 August 2025).
- [4] OECD. *Health at a Glance 2025*. Paris: OECD, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en> (2025).
- [5] Shepperd S, Illiffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2.
- [6] Brecher A-L, Urbanski-Rini D, Amelung V. *Hospital@Home – Ein innovatives Versorgungskonzept für die Gesundheitsversorgung der Zukunft*. Röhn Stiftung, https://www.rhoen-stiftung.de/wp-content/uploads/2025/11/RSt_Hospital@Home.pdf (November 2025, accessed 21 November 2025).
- [7] Spital Zollikerberg, Hospital at Home AG. MEDIENMITTEILUNG Spital-ersetzende Versorgung zu Hause bewährt sich: 750 Patient:innen im Kanton Zürich behandelt, https://freight.cargo.site/m/C2643623222806567133800891371621/MM-Hospital-at-Home_04.11.2025.pdf (2025, accessed 28 January 2026).
- [8] Pöchtrager S. Hospital at Home. *Inf Rzt*; 14. Epub ahead of print Dezember 2024. DOI: <https://doi.org/10.23785/ARZT.2024.12.005>.
- [9] Hospital at home : un concept problématique ?, <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20247460> (2024, accessed 29 August 2025).
- [10] Hat der Bundesrat die Risiken und Folgen des Konzepts ‘Hospital at Home’ abgeschätzt?, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20243750> (2024, accessed 29 August 2025).
- [11] Homemonitoring und Hospital at Home, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20244339> (2024, accessed 27 August 2025).
- [12] Bundesamt für Statistik. Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2020, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ms.assetdetail.12167417.html> (2020, accessed 5 January 2026).
- [13] Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 608–610.
- [14] Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med* 2014; 12: 573–576.
- [15] Ministry of Health, Singapore. *MOH Circular 19/2024: Proposed Licence Conditions on Referral of Patients to Receive Mobile Inpatient Care at Home (MIC@Home)*. 19/2024, Singapore:

Ministry of Health (Singapore), <https://isomer-user-content.by.gov.sg/7/5f5e29a8-b28e-4b36-ac21-65b9b0727409/moh-cir-19-2024-proposed-lcs-on-referral-of-patients-to-receive-mobile-inpatient-care-at-home-ahs.pdf> (2024, accessed 7 October 2025).

[16] BOE-A-2006-16212 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización., <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212> (accessed 23 January 2026).

[17] BOE-A-2015-1235 Royal Decree 69/2015, of 6 February, which regulates the Register of Specialized Health Care Activity., <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1235> (accessed 23 January 2026).

[18] Service Public (France). Hospitalisation à domicile (HAD). *service-public.gouv.fr*, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732> (accessed 20 June 2025).

[19] Ministère des affaires sociales et de la santé (France). Direction générale de l'offre de soins (DGOS). *CIRCULAIRE N DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)*. DGOS/R4/2013/398, 2013.

[20] Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, et al. Costs For 'Hospital At Home' Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31: 1237–1243.

[21] Saenger PM, Ornstein KA, Garrido MM, et al. Cost of home hospitalization versus inpatient hospitalization inclusive of a 30-day post-acute period. *J Am Geriatr Soc* 2022; 70: 1374–1383.

[22] United States Department of Health and Human Services. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). *Report on the Study of the Acute Hospital Care at Home Initiative*. A Report Required by Consolidated Appropriations Act, 2023, Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

[23] *Hospitalisation a domicile. Évolutions récentes*. Communication (à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – Assemblée nationale), Cour des comptes, <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf> (2015, accessed 18 July 2025).

[24] Department of Health (Victoria). *Hospital in the Home guidelines*. 1107023, Melbourne: State of Victoria, Department of Health, https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/1/110702_doh-hith-guidelines-web---pdf.pdf (November 2011, accessed 29 April 2025).

[25] Krankenversicherung: Leistungserbringer, <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-leistungserbringer> (accessed 23 January 2026).

[26] Why Choose NUHS@Home | National University Health System. *NUHS*, <https://www.nuhs.edu.sg/patient-care/nuhs-at-home/how-does-nuhs-home-work/why-choose-nuhs-home> (accessed 14 October 2025).

[27] Subsidised hospital care in the comfort of home from April 1; new hospital in Tengah by early 2030s. *The Straits Times*, 6 March 2024, <https://www.straitstimes.com/singapore/politics/subsidised-hospital-care-in-the-comfort-of-home-from-april-1-new-hospital-in-tengah-by-early-2030s> (6 March 2024, accessed 13 August 2025).

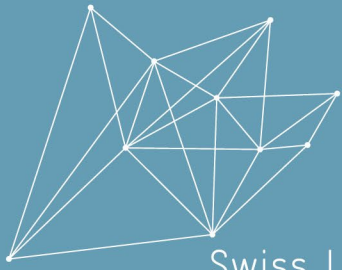
[28] Home Hospital | Mass General Brigham, <https://www.massgeneralbrigham.org/en/patient-care/services-and-specialties/healthcare-at-home/home-hospital#accordion-5bd1bb9907-item-085fb260d2> (accessed 28 January 2026).

[29] Mount Sinai Health System. Hospitalization at Home, <https://www.mountsinai.org/files/MSHealth/Assets/HS/Care/Geriatrics/Mt%20Sinai%20-%20trifold%20F.pdf> (accessed 28 January 2026).

Anhang

Der Projektbericht sowie die Länderprofile des Ländervergleichs sind verfügbar unter:

<https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2025-741-167-260/>



Swiss Learning
Health System