



## Stakeholder-Dialog zum Thema APN in der Hausarztpraxis

29. Januar 2020

Wir freuen uns sehr, dass Sie unsere Einladung angenommen haben, am Stakeholder Dialog teilzunehmen. Der Dialog bietet Ihnen die Gelegenheit, Ihre eigenen Ansichten und Erfahrungen einzubringen sowie von bestehender Evidenz und den Ansichten und Erfahrungen anderer zu lernen.

In Vorbereitung auf die Veranstaltung, erhalten Sie anbei den Policy Brief.

Wir bitten Sie, sich vor dem Dialog Zeit zu nehmen den Policy Brief anzusehen. Sollten Sie:

- **10 Minuten** Zeit haben, lesen Sie bitte die „Kernaussagen“ und die „Executive Summary“ (Kapitel 1 & 2)
- **30 Minuten** Zeit haben, fahren Sie bitte mit dem Text im Abschnitt “Handlungsempfehlungen“ (Kapitel 5) fort.
- **60 Minuten** Zeit haben, sollten Sie in der Lage sein, den Brief komplett durchzulesen.

*Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Policy Brief um eine vorläufige Version handelt. Dementsprechend bitten wir Sie das Dokument vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.*

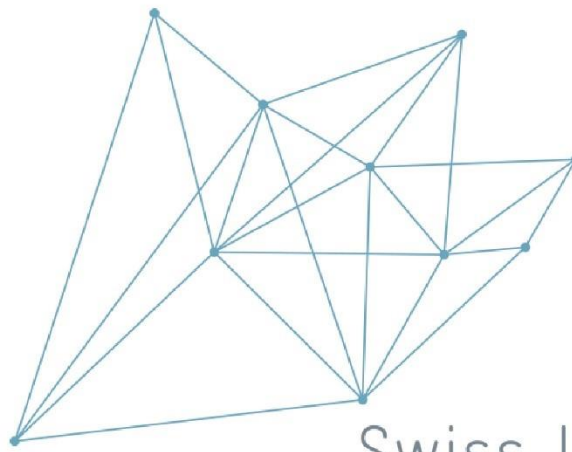
Zur weiteren Bearbeitung des Dokuments nehmen wir gerne Ihre Kommentare und Wünsche auf. Sollten Sie sich dementsprechend Notizen machen, dann zögern Sie bitte nicht uns diese zu schicken bzw. uns beim Dialog direkt anzusprechen.

Wir freuen uns auf einen engagierten Austausch am 29. Januar 2020 an der Universität Luzern.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Renata Josi, Stefan Gysin & Stefan Essig



Swiss Learning  
Health System

# Wie kann der Einsatz von Pflegeexpertinnen APN in neuen Modellen der medizinischen Grundversorgung gefördert werden?

Renata Josi, Stefan Gysin, Stefan Essig

SLHS Policy Brief

## **Dank**

Die Autoren danken Prof. Iren Bischofberger von der Careum Hochschule Gesundheit sowie Prof. Romy Mahrer-Imhof und der gesamten Arbeitsgruppe SwissANP für die inhaltliche Überarbeitung dieses Policy Briefs und für ihre wertvollen Rückmeldungen.

Weiter danken die Autoren Sarah Mantwill und Tanya Kasper der Universität Luzern (SLHS) für ihre wertvolle Mitarbeit an diesem Policy Brief.

# Inhaltsverzeichnis

1.	<i>Kernaussagen</i> .....	3
2.	<i>Executive Summary</i> .....	5
3.	<i>Hintergrund und Kontext</i> .....	10
3.1	Zunahme chronischer Krankheiten in der Schweiz.....	10
3.2	Steigende Nachfrage nach medizinischer (Primär)Versorgung .....	11
3.3	Voraussichtlicher Mangel an Fachpersonal in der medizinischen Grundversorgung und ungleiche regionale Verteilung von Ärzten.....	12
3.4	Wachsende Erwartungen der Patienten an die medizinische Grundversorgung.....	13
3.5	Einführung neuer Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung .....	13
3.5.1	Entwicklung von Gruppenpraxen in der Schweiz.....	14
3.5.2	Neue Rollenbilder für Pflegeexpertinnen APN und MPA in der medizinischen Grundversorgung .....	15
4.	<i>Das Problem</i> .....	18
4.1	Nicht standardisierte Abschlusskompetenzen für Pflegeexpertinnen APN und fehlende Mindestanforderungen an die Ausbildung von MPA, die im hausärztlichen CCM tätig sind.....	19
4.1.1	Ausbildungen zur APN .....	19
4.1.2	Ausbildungen von MPA, die im hausärztlichen CCM tätig sind .....	20
4.2	Fehlende einheitliche Rollendefinitionen für APN und MPA mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung in der Hausarztpraxis .....	21
4.2.1	Aufgaben von APNs und MPA im CCM .....	21
4.2.2	Erfahrungen mit Pflegeexpertinnen APN und MPA im hausärztlichen CCM .....	23
4.2.3	Herausforderungen und Potential fehlender einheitlicher Rollendefinitionen .....	24
4.3	Fehlende gesetzliche Grundlagen für die selbstständige Leistungserbringung durch APN sowie für die Abrechnung der von APN und MPA erbrachten klinischen Tätigkeiten .....	24
4.3.1	Die Situation der APNs .....	25
4.3.2	Die Situation der MPAs.....	25
5.	<i>Handlungsempfehlungen</i> .....	26
5.1	Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversorgung .....	26
5.1.1	Erwarteter Nutzen .....	28
5.1.2	Risiken .....	29
5.2	Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APNs .....	29
5.2.1	Erwarteter Nutzen .....	30

5.2.2	Risiken .....	31
6.	<i>Überlegungen zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen</i> .....	31
7.	<i>Referenzen</i> .....	35

## 1. Kernaussagen

Das Potential von neuen Versorgungsmodellen, die auf Advanced Practice Nurses (APNs) und medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) mit erweiterten Kompetenzen basieren, wird heute in Schweizer Hausarztpraxen noch wenig genutzt.

Gründe dafür sind:

- Nicht standardisierte Abschlusskompetenzen für Pflegeexpertinnen APN und fehlende Mindestanforderungen an die Ausbildung von MPA, die im hausärztlichen Chronic Care Management (CCM) tätig sind
- Fehlende einheitliche Rollendefinitionen für APNs und MPAs mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung in Hausarztpraxen
- Fehlende gesetzliche Grundlagen für die selbstständige Leistungserbringung durch APNs sowie für die Abrechnung der von APNs und MPAs erbrachten klinischen Leistungen

Im Gegensatz zu den MPAs, welche heute im Rahmen von Weiterbildungen erweiterte Kompetenzen erwerben können, ist das Berufsbild APN in der Schweiz neuartig. In Hausarztpraxen übernehmen APNs bereits heute hausärztliche Tätigkeiten (bspw. körperliche Untersuchungen, Hausbesuche) in Eigenverantwortung. Diese Tätigkeiten üben sie aufgrund der unklaren Rahmenbedingungen jedoch oft in einer «Grauzone» aus, welche mit vielen Unsicherheiten verbunden ist. Ausgehend davon, fokussieren die folgenden Handlungsempfehlungen ausschliesslich auf die Situation der APNs. Ziel ist es, diese «Grauzone» zu verlassen und die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen mit APNs in Schweizer Hausarztpraxen zu fördern.

### *Handlungsempfehlungen*

1. Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversorgung durch:
  - Bekanntmachen der Rollenprofile von APNs durch Veröffentlichung von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsfeldern / Aufgaben einer APN in einer Hausarztpraxis für interessierte Praxen und Hausärzte
  - Schärfung des Rollenprofils durch weitere Forschungsprojekte und wissenschaftliche Begleitevaluationen bestehender und neuer Pilotprojekte
  - Dissemination von Erfahrungen aus bisherigen Pilotprojekten und Aufzeigen guter Praxisbeispiele mit APNs in Hausarztpraxen

2. Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APNs durch:
  - Aufzeigen der rechtlichen Grundlagen für die selbstständigen Tätigkeiten von APNs und Abrechnungsoptionen für erbrachte APN-Leistungen
  - Verankern eines minimalen Ausbildungsstandards für APNs
  - Anbieten strukturierter Ausbildungsinhalte für APNs in der Grundversorgung

### *Umsetzungsüberlegungen*

#### Mögliche Barrieren in der Umsetzung

- Zu wenige ausgebildete APNs verfügbar
- Fehlende Motivation und Offenheit von Hausarztpraxen und Hausärzten, neue Versorgungsmodelle mit APNs zu implementieren
- Ungeklärte Finanzierung der durch APNs erbrachten Leistungen

#### Mögliche Chancen in der Umsetzung

- Strukturen der APN-Ausbildung auf Masterstufe bestehen
- Laufende Pilotprojekte mit APNs in Hausarztpraxen liefern erste Daten und Erfahrungen aus der Praxis
- Internationale Erfahrungen aus anderen Ländern (USA, Kanada, Schweden, Holland), in denen neue Versorgungsmodelle mit APNs in Hausarztpraxen umgesetzt wurden, können für die Implementierung in der Schweiz genutzt werden

## 2. Executive Summary

### *Das Problem*

Aufgrund der Zunahme chronisch kranker Patienten und dem damit verbundenen steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen wurden in den letzten Jahren in einzelnen Schweizer Hausarztpraxen neue Versorgungsmodelle eingeführt. Diese basieren auf interprofessionellen Teams bestehend aus Pflegeexpertinnen APN und Medizinischen Praxisassistentinnen (MPAs) mit erweiterten Kompetenzen im Chronic Care Management (CCM). Die Einführung von interprofessionellen Teams in Hausarztpraxen birgt ein grosses Potential für eine optimale Versorgung von chronisch kranken Patienten. Erfahrungen aus den Niederlanden, England oder Kanada zeigen, dass APNs in den Hausarztpraxen eine qualitativ gleich hochstehende Versorgung bieten können wie Ärzte.

Im Schweizer Kontext wird jedoch bis heute die Implementierung solcher neuen Versorgungsmodelle durch die nachfolgend beschriebenen Faktoren erschwert:

1. Für APNs und MPAs mit erweiterten Kompetenzen, die in Hausarztpraxen arbeiten, gibt es bis heute keine schweizweite Standardisierung der Abschlusskompetenzen. Die APNs, die bisher in Hausarztpraxen in der Schweiz arbeiten verfügen über einen Masterabschluss und meist über weitergehende klinische Ausbildungen. Die Abschlusskompetenzen für den Master in Pflegewissenschaften wurden durch die Fachkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Projekt «Reglementierung APN CH»<sup>1</sup> des SBK definiert und im Herbst 2018 dem Bundesamt für Gesundheit übergeben. Die Formulierungen dieser Masterkompetenzen dient als Grundlage für die Ergänzung der klinischen Ausbildungsstandards für APNs. MPAs, die in Hausarztpraxen Tätigkeiten im CCM übernehmen sind bis heute sehr unterschiedlich weitergebildet. Die Mindestanforderungen an die Ausbildungen der MPAs, die im hausärztlichen CCM tätig sind, sind nicht einheitlich geregelt. Dies führt dazu, dass jede Praxis individuell entscheiden kann, welche Anforderungen sie an ihre MPA stellt.
2. Neue Rollen für APNs und auch MPAs sind erst wenig verbreitet und daher erst teilweise bekannt oder definiert. In der Schweiz sind vielen praktizierenden Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen entsprechende Rollenbilder bisher nur wenig bekannt. Eine erste Massnahme, die versucht dem entgegenzuwirken, ist die 2019 durch das Projekt «Reglementierung APN CH» vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) in enger Kooperation mit anderen Schweizer Organisationen veröffentlichte Definition des Rollenprofils von APN sowie die Definition der Masterkompetenzen von APNs.

---

<sup>1</sup> Bestehend aus der Fachkonferenz Gesundheit (FKG) der Fachhochschulen, dem Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel, dem Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS) der Université de Lausanne, dem Schweizerischen Verein für Pflegewissenschaft (VFP), der Swiss ANP (Interessengruppe ANP), sowie den Swiss Nurse Leaders



3. Fehlende gesetzliche Grundlagen für die selbstständige Leistungserbringung und die Abrechnung der von APNs und MPAs erbrachten klinischen Leistungen erschweren die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen in den Hausarztpraxen. APNs, die heute in Hausarztpraxen arbeiten, übernehmen gewisse Tätigkeiten, die bisher in den ärztlichen Verantwortungsbereich fielen (z.B. Medikamentenverordnungen) mit grosser Eigenverantwortung. Jedoch dürfen laut des heutigen Krankenversicherungsgesetzes und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ärztliche Leistungen sowie Pflegeleistungen (z.B. Bedarfsabklärung oder Pflege zu Hause) nur über die Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn diese auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Aufgrund dessen können APNs ihre Leistungen heute nicht selbstständig abrechnen. In der Praxis heisst das, dass APNs zwar selbstständig und mit hoher Eigenverantwortung Leistungen erbringen, diese aber dann nur über den zuständigen Arzt abrechnen können. Auch MPAs können ihre Leistungen nicht selbstständig abrechnen, da sie immer in Delegation des Arztes arbeiten.

Die oben genannten Faktoren sind dafür verantwortlich, dass vor allem APNs ihre Tätigkeit in Hausarztpraxen heute in einer «Grauzone» ausführen, die mit vielen Unsicherheiten verbunden ist. Ziel der folgenden Handlungsempfehlungen ist es, die Voraussetzungen zu schaffen, damit APNs diese «Grauzone» verlassen können und die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen mit APNs in Schweizer Hausarztpraxen zu fördern.

### *Handlungsempfehlungen*

#### Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN Rolle in der Grundversorgung

Um die Einführung von APNs in Hausarztpraxen zu fördern, sollten verstärkt Rollenprofile von APNs in Hausarztpraxen bekannt gemacht werden sowie positive Praxisbeispiele und das Potential von neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt werden. Mit der wachsenden Bekanntheit von Tätigkeitsfeldern von APNs und dazugehöriger Rollenprofile in Hausarztpraxen, liessen sich auch mehr APNs, die heute noch vorwiegend in Spitälern arbeiten, für eine Tätigkeit in der Hausarztpraxis motivieren. Weiterhin könnte damit auch die nötige Offenheit zwischen Hausärzten und APNs geschaffen werden, damit APNs in den Praxen erweiterte (ärztliche) Tätigkeiten übernehmen können und so Hausärzte entlasten können.

Um die Kompetenzen von APNs in Schweizer Hausarztpraxen zu definieren bräuchte es mehr Forschung und wissenschaftliche Begleitforschung, die die Tätigkeiten von APNs in Hausarztpraxen untersucht und Erkenntnisse zu deren Effizienz in der Praxis aufzeigt. Durch fundierte wissenschaftliche Evidenz kann auch

das Potential von neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt und öffentlich publiziert werden, sowie deren Implementierung in die Praxis unterstützt werden. Damit diese Evaluationen in Zukunft durchgeführt werden können, werden mehr gezielte finanzielle Mittel benötigt.

## Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APNs

APNs führen bereits heute einige klinische Tätigkeiten in grosser Eigenverantwortung aus, die bisher in den Verantwortungsbereich der Ärzte fielen. Dazu gehören beispielsweise die Verordnung von Spitexleistungen oder Medikamentenanpassungen. Um eine geregelte Berufsausübung von APNs zu ermöglichen, müssten Kompetenzen und minimale Ausbildungsanforderungen von APNs in der Schweiz gesetzlich geregelt und verankert werden. Minimale einheitliche Standards für die Ausbildung von APNs sind in Arbeit (siehe 4.1.1).

Durch klare Rahmenbedingungen könnten Ärzte und APNs entlastet werden und effizientere Prozesse in der Koordination von verschiedenen Leistungserbringern implementiert werden. Weiter würden klare rechtliche Rahmenbedingungen für die Ärzte eine Absicherung bedeuten hinsichtlich der Verantwortlichkeit bei Leistungen, die durch APNs erbracht werden.

### *Überlegungen zur Umsetzung*

Die Umsetzung der beiden Handlungsempfehlungen ist abhängig von zwei Faktoren. Einerseits hängt die Umsetzung davon ab, wie viele Pflegefachpersonen sich tatsächlich zur APN ausbilden lassen und danach anstatt im Spital in einer Hausarztpraxis arbeiten wollen, andererseits davon, ob Praxen und Hausärzte dazu motiviert werden können neue Versorgungsmodelle mit APNs (und/oder MPAs) mit erweiterten Kompetenzen einzuführen.

Aufgrund des Mangels an Pflegefachpersonal in der Schweiz ist es fraglich, ob in Zukunft genügend diplomierte Pflegefachpersonen eine Masterausbildung zur APN absolvieren und ob damit der Bedarf an APNs in Hausarztpraxen gedeckt werden kann. Solange die rechtliche Situation nicht geklärt ist und Rollen nicht definiert und gesetzlich verankert sind, bewegen sich APNs in Hausarztpraxen in einer «Grauzone», die für zukünftige APNs nicht sehr attraktiv ist.

Schlussendlich hängt die Implementierung von interprofessionellen Teams in Hausarztpraxen auch von der Finanzierung der durch Gesundheitsfachpersonen erbrachten Leistungen ab.

**Tabelle 1:** Abkürzungen und Definitionen der in diesem Policy Brief verwendeten Begriffe

Chronic Care Management (CCM)	Modell zur Langzeitbetreuung von chronisch kranken Patienten. Zentrale Elemente des CCM sind Selbstmanagement, Richtlinien zur Entscheidungsfindung, klinische Informationssysteme und strukturierte Arbeitsabläufe
Medizinische Praxisassistentin (MPA) <sup>2</sup>	Gesundheitsfachperson, die auf Sekundärstufe 2 ausgebildet ist und in Hausarztpraxen tätig ist. Ihr Aufgabenbereich umfasst vor allem administrative Aufgaben, aber auch klinische Aufgaben wie Blutentnahmen und Laboranalysen. MPA können seit 2015 eine eidgenössische Berufsprüfung zum/r «PraxiskoordinatorIn» (MPK) absolvieren und sich damit im Chronic Care Management weiterbilden.
Pflegeexpertin <sup>3</sup> APN <sup>4</sup> / Advanced Practice Nurse (APN)	Registrierte Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Kernkompetenzen einer APN sind: direkte klinische Praxis, Experten-Coaching, Beratung, ethische Entscheidungsfindung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, klinisches und fachspezifisches Leadership und Forschungskompetenz.

<sup>2</sup> Für die bessere Lesbarkeit wird die weibliche Form benutzt. Medizinische Praxisassistenten sind mitgemeint.

<sup>3</sup> Für die bessere Lesbarkeit wird die weibliche Form benutzt. Pflegeexperten APN sind mitgemeint.

<sup>4</sup> Advanced practice nurse

### 3. Hintergrund und Kontext

Die Zunahme der Anzahl chronisch kranker Patienten sowie die Folgen des medizinischen Fortschritts, durch welche Patienten - auch mit Gesundheitsbeeinträchtigung - immer länger leben, stellen die bestehenden Versorgungsmodelle weltweit in Frage. Die heutigen Versorgungsmodelle fokussieren traditionell auf die stationäre Akutversorgung, auf Einzelpraxen mit Ärzten und Praxisassistentinnen (MPA) und auf eine grosse Gruppe von pflegenden Angehörigen.

In der Schweiz wird gemäss Berechnungen vor allem der Anteil der über 65-Jährigen von heute 16% bis zum Jahr 2050 auf 28% steigen, und auch der Anteil der über 80-Jährigen wird von 5% auf 12% steigen [1]. Bis heute bleibt unklar, wie die medizinische Grundversorgung in der Schweiz mit dieser prognostizierten Bevölkerungsentwicklung umgehen kann, um den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen auch in Zukunft decken zu können.

Im Bericht zu neuen Versorgungsmodellen hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) 2012 fünf Faktoren als grösste Herausforderungen für die Schweizer Grundversorgung der Zukunft genannt: [2]

1. demographische Alterung und Zunahme der Prävalenz chronischer Krankheiten,
2. steigende Nachfrage nach medizinischer (Primär-)Versorgung,
3. steigende Erwartungen der Patienten an die sofortige Verfügbarkeit medizinischer Dienstleistungen und erhöhte Inanspruchnahme von Dienstleistungen,
4. voraussichtlicher Mangel an Hausärzten und
5. ungleiche regionale Verteilung der Ärzte.

Ein wirksamer Lösungsansatz in diesem Kontext ist die Implementierung neuer Versorgungsmodelle, die auf dem Einsatz von Pflegeexpertinnen APN sowie MPAs mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung beruhen. Vor diesem Hintergrund beschreibt dieser Policy Brief, wie diese beiden Berufsgruppen in der Schweizer medizinischen Grundversorgung in neuen Versorgungsmodellen zukünftig eingesetzt werden können, unter besonderer Berücksichtigung der Rahmenbedingungen.

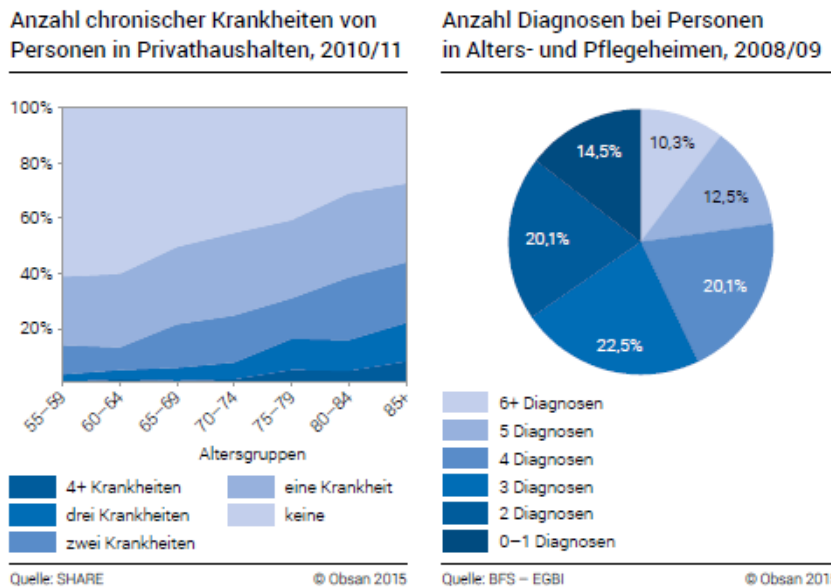
Im Folgenden wird auf einige der obengenannten Herausforderungen eingegangen.

#### 3.1 Zunahme chronischer Krankheiten in der Schweiz

Heute leben bereits sehr viele Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit in der Schweiz. 2010/11 gaben knapp 50% der Schweizer Bevölkerung über 50 Jahren an, dass sie an mindestens einer chronischen Krankheit leiden. Weiter gaben 22% dieser Personen an, von mehr als einer Krankheit betroffen zu sein [3]. In Alters- und Pflegeheimen ist die Multimorbidität noch ausgeprägter. 85.5% der Bewohner und Bewohnerinnen leiden an mindestens zwei Krankheiten und fast ein Viertel von ihnen hat fünf oder mehr Diagnosen

[3]. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der dazugehörigen Zunahme von älteren Personen ist davon auszugehen, dass die Anzahl Personen mit chronischen Krankheiten weiter drastisch ansteigen wird.

**Abbildung 1:** Anzahl chronischer Krankheiten in der Schweiz 2010/11



Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. 2015 [3]

Durch integrierte Versorgung, die auf der verbesserten Koordination der Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen sowie der Einführung von partizipativen Betreuungsmodellen beruht, sollen Patienten in Zukunft besser mit chronischen Krankheiten umgehen können und die Versorgungsqualität gesteigert werden [2]. Dies bedeutet jedoch, dass damit auch der Bedarf an Gesundheitsleistungen, inklusive neuer Versorgungsmodelle, in der Zukunft weiter deutlich ansteigen wird.

### 3.2 Steigende Nachfrage nach medizinischer (Primär)Versorgung

Die Alterung der Bevölkerung und die damit steigende Anzahl Patienten mit chronischen Krankheiten, sowie der Wunsch von Patienten zuhause betreut zu werden (Aging in place) führen zu einem höheren Bedarf an hausärztlichen und pflegerischen Leistungen. Zusätzlich haben auch die generell kürzere Aufenthaltsdauer im Spital sowie der Trend «ambulant vor stationär» (vom Bund verabschiedete «ambulant vor stationär» Liste mit Eingriffen, die nur noch ambulant durchgeführt werden sollen [4]) einen Einfluss auf den Bedarf an ambulanten Leistungen [2].

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) prognostizierte in einem Prognosemodell, welches auf Daten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Geschlecht und Alter aus dem Jahr 2004 und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung basiert, dass die Anzahl Konsultationen in der medizinischen Grundversorgung bis 2030 um circa 13% höher sein wird als 2008, also um 3 Millionen Konsultationen ansteigen wird. Um diese steigende Nachfrage zu bewältigen, müsste die Anzahl ärztlicher Grundversorger bis 2030 um bis zu 40% gegenüber dem Niveau von 2004 steigen [5].

### 3.3 Voraussichtlicher Mangel an Fachpersonal in der medizinischen Grundversorgung und ungleiche regionale Verteilung von Ärzten

Das Durchschnittsalter der Schweizer Hausärzte steigt kontinuierlich. 2017 lag es bei 54.8 Jahren [6], und war damit durchschnittlich 2 Jahre höher als noch 2008. Im Jahr 2015 wurde prognostiziert, dass fast die Hälfte der im Jahr 2015 praktizierenden Hausärzte in der Schweiz bis 2022 das Rentenalter erreicht haben wird [3]. Aufgrund dieser Prognose scheint ein Mangel an Hausärzten in der Schweiz in naher Zukunft absehbar.

Gemäss dem Bericht des Bundesrates zur Strategie gegen Ärztemangel und Förderung der Hausarztmedizin [1] herrscht heute in der Schweiz noch kein genereller Ärztemangel, da in keiner der 106 vom Bundesamt für Statistik definierten Versorgungsregionen ein systematischer Mangel herrscht. Es gibt jedoch Hinweise auf eine fachliche und geografische Fehlverteilung von Ärzten [7]. Allgemein bestehen laut einem neueren Bericht des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO [8] heute vor allem bei hochqualifizierten Gesundheitsberufen (Ärzten) starke Anzeichen für einen Fachkräftemangel. Diese Aussage bezieht sich jedoch allgemein auf den Arztberuf und nicht spezifisch auf Hausärzte.

Ferner ist die Schweiz stark abhängig von der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitsfachpersonal und steht diesbezüglich in der Kritik, da eine übermässige Emigration in den betroffenen Ländern zu Versorgungsengpässen führen kann [7]. Um die Abhängigkeit von ausländischem medizinischem Personal zu reduzieren, muss die Anzahl der Ausbildungsabschlüsse für Ärzte laut dem Bundesrat von heute 800-900 auf 1200-1300 pro Jahr steigen und die Attraktivität der Weiterbildung in der ärztlichen Grundversorgung gesteigert werden. Damit dies gelingt, braucht es geeignete Finanzierungsmodelle für die ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen [9]. Wenn es gelingt, die Anzahl der Hausärzte zu steigern, wird die Schweiz auch weniger abhängig von ausländischem medizinischem Personal sein.

Neben der Altersstruktur der Ärzte, ist auch die ungleiche regionale Verteilung niedergelassener Ärzte in der Schweiz ein Problem. In den Zentren und einkommensstarken Gemeinden ist die Ärztedichte deutlich höher als in anderen Gemeindetypen, womit eine regionale Fehlverteilung vorliegt. So gibt es in den Zentren und einkommensstarken Gemeinden über 100 Hausärzte pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen,

während in einigen ländlichen Gemeinden nur 34 Hausärzte auf dieselbe Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner kommen [7].

### 3.4 Wachsende Erwartungen der Patienten an die medizinische Grundversorgung

Neben der zunehmenden Alterung der Hausärzte und der fehlenden Nachfolge dieser, sind auch die sich verändernden Erwartungen von Patienten an das Gesundheitssystem und insbesondere an die medizinische Grundversorgung eine wachsende Herausforderung. Durch die Digitalisierung, inklusive neuer Kommunikationskanäle und wachsender Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, sind Patienten heute immer besser über ihren Gesundheitszustand informiert. Partizipative Modelle, in denen der Arzt und der Patient auf Augenhöhe kommunizieren und Therapiemöglichkeiten gemeinsam besprechen und entscheiden, werden in der Praxis immer häufiger gelebt [10].

Auch die Anforderungen, die Patienten an die zeitliche und räumliche Verfügbarkeit der Grundversorger stellen, sind heute hoch. So möchten die meisten Patienten auch bei nicht akuten gesundheitlichen Beschwerden innerhalb von 3 Tagen bis maximal 2 Wochen eine Konsultation beim Arzt in Anspruch nehmen können. Ältere Patienten erwarten dabei noch kürzere Wartezeiten. Bei akuten gesundheitlichen Beschwerden möchten 50% der Patienten am gleichen Tag eine Konsultation erhalten und weitere 30% innerhalb der nächsten 1-2 Tage [11]. Diese Zahlen aus einer Genfer Befragung aus dem Jahr 2011 zeigen, dass Patienten heute nicht mehr bereit sind, auf eine Konsultation länger zu warten, auch wenn sie kein akutes gesundheitliches Problem haben.

Die steigenden Erwartungen der Patienten stellen die Grundversorger vor zunehmend grössere Herausforderungen, da sie die hohen Erwartungen der Patienten kaum mehr erfüllen können. Dies verdeutlichen auch Ergebnisse des *International Health Policy Survey* des *Commonwealth Fund*, der im Jahr 2017 zeigte, dass effektiv nur 46.5% der über 65-jährigen Patienten in der Schweiz am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt erhalten, wenn sie diesen benötigen. Dieser Prozentsatz war im Jahr 2014 noch deutlich höher mit 63.9% [12]. Diese Zahlen zeigen, dass Patienten zwar länger auf eine Konsultation beim Hausarzt warten müssen, gleichzeitig aber ihre Erwartungen an die sofortige Verfügbarkeit einer Konsultation in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind.

### 3.5 Einführung neuer Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung

Um den steigenden Erwartungen der Patienten gerecht zu werden und trotz des Mangels an medizinischem Fachpersonal eine hochstehende medizinische Grundversorgung zu leisten, wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern neue integrierte Versorgungsmodelle entwickelt mit dem Ziel, die Koordination zu verbessern und damit die Qualität der Betreuung zu erhöhen und diese effizienter gestalten zu können [13].



Neue integrierte Versorgungsmodelle sollten sich primär am Patientennutzen und an der angestrebten höchst möglichen Versorgungsqualität orientieren und zeichnen sich durch einige Leitideen aus [2]:

- Prävention und Empowerment sollen gefördert werden, indem Patienten gezielt im Selbstmanagement und der Selbstversorgung geschult werden
- Der Zugang zur Versorgung soll durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien wie Telemedizin und elektronische Patientendossiers sowie bessere Versorgung an Schnittstellen wie der Spitex optimiert werden
- Bessere Integration und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer soll die Patientenversorgung verbessern

Durch solche Versorgungsmodelle können auch die Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal optimiert werden, indem beispielsweise Teilzeitarbeit ermöglicht wird [14]. Die Einführung neuer Versorgungsmodelle, die auf integrierter Versorgung durch interprofessionelle Teams basieren ist nicht einfach umzusetzen und bedingt meist einen Strukturwechsel von der Einzel- zur Gruppenpraxis.

### 3.5.1 Entwicklung von Gruppenpraxen in der Schweiz

In der Schweiz haben bereits vor knapp 30 Jahren erste HMO Modelle integrierter Versorgung und Ärztenetzwerke Einzug gehalten. HMO Praxen zeichnen sich dadurch aus, dass Finanzierungsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen werden, die Kostenziele für bestimmte Patientengruppen beinhalten. Weiter wird ein Gatekeeping-System umgesetzt, in welchem sich der Patient verpflichtet, zuerst die HMO-Praxis oder das Ärztenetzwerk zu konsultieren, bevor er allenfalls zu einem Spezialisten verwiesen wird. Dadurch soll die Kosteneffizienz gesteigert und die Koordination der Versorgung verbessert werden [15]. In den letzten Jahren haben sich einige Hausärzte zusätzlich dazu entschieden, Gruppenpraxen zu bilden. Diese Praxisorganisation ermöglicht es Ärzten, die Infrastruktur sowie die Administration zu teilen. Die Koordination der medizinischen Grundversorgung sollte durch eine solche Praxisorganisation verbessert werden, da Wege kürzer sind und verschiedene Gesundheitsfachpersonen in Praxisteams integriert werden können. Die Anzahl solcher Gruppenpraxen ist zwischen 2011 und 2014 um 19% gestiegen [14]. Gruppenpraxen bestehen heute oft aus interprofessionellen Teams bestehend aus verschiedenen Gesundheitsfachpersonen (Physiotherapeut/innen, Ernährungsberater/innen und teilweise auch Pflegefachpersonen) und Hausärzten sowie Spezialisten. In einigen Hausarztpraxen arbeiten bereits heute Pflegefachpersonen mit einer Spezialisierung in Diabetesfachberatung [16].

### 3.5.2 Neue Rollenbilder für Pflegeexpertinnen APN und MPA in der medizinischen Grundversorgung

Der Einsatz von Pflegeexpertinnen APN hat in der Schweiz 2003 mit den ersten Masterabsolventinnen Pflege in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken begonnen [17]. Aufgrund von tariflichen und betrieblichen Fragen setzte sich die Entwicklung neuer Rollenprofile nur verzögert in Hausarztpraxen fort. Die meisten APNs arbeiten heute in Spitälern auf spezialisierten Abteilungen. Erst in den letzten Jahren haben einzelne Hausarztpraxen Pilotprojekte umgesetzt und erste Erfahrungen mit APNs in der Hausarztpraxis gemacht. Box 1 beschreibt zwei APN Pilotprojekte in der Schweiz. Die Rolle dieser klinischen Pflegeexpertinnen APN orientiert sich am amerikanischen und kanadischen Schirmkonzept der Advanced Practice Nurse. Die internationale Literatur zeigt, dass Pflegeexpertinnen APN auch in der medizinischen Grundversorgung eine gleich hohe Versorgungsqualität bieten können wie Hausärzte [18–21]. Zu ihren Kompetenzbereichen gehören unter anderem klinische Aufgaben, wie z.B. ein Polypharmazie Check oder eine vollständige Körperuntersuchung mittels Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion, die bislang dem Berufsbild der Ärzteschaft entsprochen hat. Diese Reichweite der Berufsausübung wird im angelsächsischen Raum als "Advanced Nursing Practice (ANP)" bezeichnet und wird seit den 1960er Jahren in den USA, später auch in Australien, Irland, Grossbritannien, den Niederlanden erfolgreich in der medizinischen Grundversorgung eingesetzt [22]. Box 2 zeigt am Beispiel der Niederlande wie sich die Rolle der APN dort in der medizinischen Grundversorgung etabliert und durchgesetzt hat.

In Schweizer Hausarztpraxen arbeiten MPAs seit vielen Jahren mit Hausärzten zusammen und sind für die Praxen unentbehrlich. Sie haben vielseitige Aufgabenbereiche vor allem in der Administration der Praxis und im Praxislabor. Seit 2015 können MPA eine eidgenössische Berufsprüfung zum/r «Praxiskoordinator/in» absolvieren und sich damit entweder auf die administrative Praxisleitung oder auf die klinische Betreuung und Beratung von Patienten und Patientinnen mit einigen ausgewählten chronischen Krankheiten (Diabetes, koronare Herzkrankheiten, COPD) spezialisieren [23]. MPA mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung kommen heute in Schweizer Hausarztpraxen im CCM zum Einsatz, wo sie in Delegation des Arztes Beratungen von chronisch kranken Patienten (beispielsweise Diabetikern) in stabilen Situationen übernehmen können. Heute gibt es knapp 100 ausgebildete medizinische Praxiskoordinatorinnen in klinischer Richtung. Jedoch werden MPAs mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung in der Schweiz bis heute weiterhin in nur wenigen Hausarztpraxen eingesetzt [24]. Häufig arbeiten MPA trotz ihrer Weiterbildung und ihren damit erweiterten Kompetenzen in der Hausarztpraxis weiterhin als «normale» MPA. Damit bleibt unklar, wie viele der ausgebildeten MPA tatsächlich ihre Kompetenzen und Fähigkeiten im Praxisalltag auch einsetzen können.

## Box 1: Zwei APN Pilot Projekte in der Schweiz

### *Kanton Uri*

Als Reaktion auf eine drohende Unterversorgung der Bevölkerung durch einen Hausärztemangel im Kanton Uri, startete im August 2017 das Pilotprojekt «Advanced Nursing Practice Uri» (kurz: ANP Uri) in einer hausärztlichen Doppelpraxis in Bürglen. Das Projekt wurde von der lokalen Regierung initiiert und teilfinanziert («top-down Implementation») und wurde durch das Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern (kurz: IHAM&CC) geleitet. Weitere involvierte Projektpartner kamen aus der Forschung (sottas formative works), Bildung (Careum Hochschule Gesundheit) und dem Versicherungswesen (CSS Versicherung).

Die Pflegeexpertin APN arbeitete in einem 50%-Pensum und absolvierte gleichzeitig eine berufliche Weiterbildung mit klinischem Mentorat, welches durch die beiden Hausärzte in der Praxis sichergestellt wurde. Die Idee des Pilotversuches war es, die Hausärzte bei der Betreuung älterer, multimorbider Patienten in der Praxis und zu Hause zu unterstützen und zu entlasten. Das Projekt wurde durch das IHAM&CC und sotta formative works wissenschaftlich begleitet und evaluiert mit dem Ziel, die Rolle der APN umfassend zu erforschen und zu bestimmen. Der Fokus lag insbesondere auf den Aufgabenbereichen, Tätigkeiten und Selbstständigkeit der APN, der interprofessionellen Zusammenarbeit im Team und der Patientenzufriedenheit. Es wurden aber auch rechtliche und finanzielle Aspekte berücksichtigt. Methodisch wurden mehrere Interviews mit dem Praxisteam (MPA/K, APN, Hausarzt), Patienten und Angehörigen sowie Beobachtungen in der Praxis durchgeführt. Des Weiteren wurden Konsultations- und Abrechnungsdaten analysiert.

### *Zürcher Oberland*

Die beiden Hausärzte der Praxisgemeinschaft Bauma stellten im Frühling 2016 eine Pflegeexpertin mit abgeschlossener Weiterbildung in einem 50%-Pensum auf eigene Initiative hin ein («bottom-up Implementation»), nachdem diese bereits während ihrer Ausbildung ein Praktikum in dieser Praxis absolviert hatte. Zwei Jahre nach Beginn, wurde das Projekt wiederum durch das Tandem IHAM&CC und sotta formative works wissenschaftlich evaluiert, finanziert durch die Ebnet-Stiftung und mit dem Ziel, die Rolle einer erfahrenen Pflegeexpertin in einer grösseren und interprofessionellen Gruppenpraxis zu bestimmen. Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurden die gleichen Methoden und Erhebungsinstrumente wie im Urner Projekt angewendet.

Ausgewählte Ergebnisse der beiden Pilotprojekte sind in Box 3 dargestellt.

## Box 2: Einführung von Advanced Practice Rollen für Pflegefachpersonen in den Niederlanden

In den Niederlanden arbeiten Hausärzte eng mit Pflegefachpersonen sowie Praxisassistenten und Praxisassistentinnen in der medizinischen Grundversorgung zusammen. Die meisten Hausärzte arbeiten in Einzelpraxen oder Zweierpraxen. Um der Bevölkerung eine Primärversorgung mit erweiterten Öffnungszeiten zu ermöglichen und die Belastung von Ärzten durch Öffnung der Praxis auch am Abend oder in der Nacht zu reduzieren, wurden im Jahr 2000 rund 120 Hausarztzentren (Huisartsenpost) gegründet. In diesen Hausarztzentren betreuen 40-120 Hausärzte eine Bevölkerung von 50'000 bis 500'000 Einwohnern. Hausärzte arbeiten mit Pflegefachpersonen zusammen, die für die telefonische Triage speziell ausgebildet sind. Die Hausarztzentren befinden sich in der Regel in der Nähe von Spitälern oder arbeiten eng mit stationären Diensten zusammen. [25,26]. Die Rolle der Praxisassistentinnen und Assistenten ist vergleichbar mit dem Schweizer Profil der MPA [27]. Neben den Praxisassistentinnen und Assistenten sind Pflegefachpersonen in der Rolle der sogenannten Physician Assistants (PA) in Hausarztpraxen etabliert. Sie haben normalerweise eine Ausbildung im Pflegebereich und sind spezialisiert auf die Pflege von chronisch kranken Menschen [28]. Ihre Rolle ist vergleichbar mit der der APN in Schweizer Hausarztpraxen.

Treiber für die Einführung von PAs in den Niederlanden waren einerseits der Hausärztemangel [29,30] sowie die Notwendigkeit die Koordination und Kontinuität zwischen Patienten und Gesundheitsfachpersonen zu erhöhen, als auch das Fehlen von Karrierechancen für Pflegefachpersonen [31].

Eine Studie hat die Motivation von niederländischen Hausärzten untersucht, Pflegefachpersonen zu PA's auszubilden und anzustellen. Es wurde festgestellt, dass einer der wichtigsten Gründe die Entlastung des Hausarztes ist, da PAs teilweise ärztliche Aufgaben übernehmen können. Weiter erwarteten die Hausärzte, dass durch die Anstellung einer PA die Qualität der Grundversorgung gesteigert und zusätzliche medizinische Leistungen angeboten werden können. Die Entscheidung eine PA auszubilden oder anzustellen hing von verschiedenen Faktoren ab. Einerseits hatten organisatorische Faktoren wie die finanzielle Tragbarkeit und auch die Grösse der Praxis einen Einfluss. Andererseits wollten einige Hausärzte ihre langjährigen Mitarbeiterinnen nicht verlieren, wenn sich diese zur PA weiterbilden wollten. Des Weiteren hatten positive Erfahrungen von anderen bekannten Hausärzten und Neugier einen Einfluss auf die Entscheidung eine PA anzustellen [32].

## 4. Das Problem

Knapp zwei Drittel (60.5%) der über 65-jährigen Patienten in einer Schweizer Hausarztpraxis können sich heute vorstellen, von einer nicht ärztlichen Gesundheitsfachperson als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung betreut zu werden. Jedoch sind in der Schweiz heute effektiv nur 8.3% der Patienten mit einer chronischen Krankheit, neben der ärztlichen Konsultation, in Kontakt mit einer Gesundheitsfachperson zur Betreuung oder Beratung. Dieser Prozentsatz ist der tiefste im internationalen Vergleich. In den USA beispielsweise beträgt er 29.1% [12]. Dies verdeutlicht, dass das Potential von Gesundheitsfachpersonen in Hausarztpraxen in der Schweiz noch wenig genutzt wird. Ein Grund dafür ist, dass die Rollenprofile der Pflegeexpertinnen APN und MPAs, die in der klinischen Beratung tätig sind, in der medizinischen Grundversorgung bis heute nicht klar definiert oder etabliert sind [2], obwohl Pflegefachpersonen in der Spitex bereits heute zur medizinischen Grundversorgung beitragen. Weiterhin führt die fehlende rechtliche Grundlage für die selbstständige Leistungserbringung durch APNs sowie für die Abrechnung der von APNs und MPA erbrachten klinischen Leistungen auch dazu, dass diese Fachpersonen ihre Leistungen nicht eigenständig abrechnen können.<sup>5</sup>

Im Folgenden werden zuerst die zentralen Faktoren, die einen Einfluss auf die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen haben, erörtert. Anschliessend werden evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abgegeben, um den Einsatz von Pflegeexpertinnen APN und MPAs mit erweiterten Rollen in der Hausarztpraxis in der Schweiz in Zukunft zu fördern. Dieser Policy Brief beschränkt sich bei der Problembeschreibung spezifisch auf diese beiden Berufsgruppen, da diese Berufsgruppen neben Physiotherapeuten, Ernährungsberatern und Ergotherapeuten die einzigen sind, die bereits heute teilweise in Hausarztpraxen neben den Ärzten im Bereich des CCM arbeiten.

Um die Implementierung neuer Versorgungsmodelle in der hausärztlichen Praxis zu ermöglichen, müssen die folgenden heute im Schweizer Kontext vorhandenen Probleme diskutiert und gelöst werden.

- 1) Nicht standardisierte Abschlusskompetenzen für Pflegeexpertinnen APN und fehlende Mindestanforderungen an die Ausbildung von MPAs, die im hausärztlichen CCM tätig sind
- 2) Fehlende einheitliche Rollendefinitionen für APNs und MPAs mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung in der Hausarztpraxis
- 3) Fehlende gesetzliche Grundlagen für die selbstständige Leistungserbringung durch APNs sowie für die Abrechnung der von APNs und MPAs erbrachten klinischen Leistungen

---

<sup>5</sup> Die komplexe Thematik der Finanzierung solcher neuen Rollen ist nicht im Fokus dieses Policy Briefs, sie wird jedoch im Abschnitt Handlungsempfehlungen tangiert werden.

## 4.1 Nicht standardisierte Abschlusskompetenzen für Pflegeexpertinnen APN und fehlende Mindestanforderungen an die Ausbildung von MPA, die im hausärztlichen CCM tätig sind

Die Abschlusskompetenzen von Pflegefachpersonen, die als APNs arbeiten und die Mindestanforderungen an die Ausbildung von MPAs, die im hausärztlichen CCM tätig sind, sind noch nicht schweizweit standardisiert oder festgelegt. Die Abschlusskompetenzen von APNs wurden erst im Herbst 2018 durch die Fachkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz in Zusammenarbeit mit dem SBK definiert und dem Bundesamt für Gesundheit vorgelegt. Die Ausbildungscurricula und die jeweiligen Kompetenzen werden heute von den einzelnen Ausbildungsstätten festgelegt, jeweils in Kooperation oder enger Zusammenarbeit mit ausländischen Hochschulen, die langjährige Erfahrungen haben. Dies führt dazu, dass APNs und MPAs mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen in Hausarztpraxen tätig sind.

### 4.1.1 Ausbildungen zur APN

Studiengänge für Pflegefachpersonen, die erweiterte Rollen übernehmen wollen haben in der Schweiz bereits eine lange Tradition. Bereits seit den frühen 1980er Jahren konnten Pflegefachfrauen an der Kaderschule des Schweizerischen Roten Kreuzes die Höhere Fachausbildung Stufe 1 (HöFa1) und 2 (HöFa 2) absolvieren. Treiber dafür waren Pflegewissenschaftler und Pflegewissenschaftlerinnen, die in England oder den USA promovierten und ihr Know-how in die Schweiz brachten. Diese Ausbildung befähigte sie, erweiterte Rollen als Pflegeexpertinnen zu übernehmen. Von 1996 bis 2006 konnten HöFa 2 Absolventen und Absolventinnen einen Kooperationsmasterstudiengang zwischen der Kaderschule für Krankenpflege und der Universität Maastricht durchlaufen. Aus dem Studiengang gingen rund 85 Absolventen und Absolventinnen hervor, die für den späteren Aufbau von Masterstudiengängen im Bereich Pflege an der Universität Basel als auch an den Fachhochschulen wertvolle Dienste leisteten.

Für Pflegefachpersonen, die sich Richtung APN vertiefen möchten, existiert seit dem Jahr 2000 ein Masterstudiengang in Pflegewissenschaft an der Universität Basel, seit 2009 auch an der Universität Lausanne und der Careum Hochschule Gesundheit, sowie seit 2010 an weiteren Fachhochschulen mit schweizweit 8 Studiengängen. Allerdings haben nicht alle diese Studiengänge einen Fokus auf der klinischen Ausbildung. Diese Entwicklung begann erst im Jahr 2013, als an der Universität Basel, und im Jahr 2010 respektive 2015 an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) und der Careum Hochschule Gesundheit neue klinische Schwerpunkte mit klinischem Mentorat starteten. Seit 2013 gibt es das Diploma of Advanced Studies ANP+ an der Universität Basel, das Masterabsolventinnen und Absolventen speziell auf die klinischen Aufgaben als APN vorbereitet.

Die Ausbildungsinhalte und Anforderungen sind an den verschiedenen Hochschulen sehr unterschiedlich. So werden an den Universitäten 120 ECTS verlangt, während an Fachhochschulen ein Masterabschluss mit

90 ECTS erreicht werden kann. Die Ausbildungen fokussieren daher je nach Ausbildungsstätte entweder vermehrt auf Forschung oder die klinische Vertiefung. Beide Ausbildungen bereiten Pflegefachpersonen aber auf eine Tätigkeit als APN vor.

Die APNs, die heute in Hausarztpraxen in der Deutschschweiz tätig sind, haben fast alle einen Masterabschluss der Universität Basel und haben grösstenteils auch das DAS ANP+ absolviert. Es gibt nur vereinzelt ANPs, die ihren Masterabschluss an einer Fachhochschule erlangt haben.

Im Rahmen des Projektes «Reglementierung APN CH» vom SBK wurden zwischen 2017 und 2019 die Hauptelemente für eine Registrierung als Pflegeexpertin APN festgelegt und kürzlich publiziert. Diese beinhalten unter anderem: [25]:

- Bildung auf Master of Science - Level mit APN Fokus im Umfang von mindestens 90 ECTS
- Nachweis erweiterter klinischer Praxis von mindestens 40%
- Nachweis von supervidierter klinischer Praxis während eines Jahres

#### 4.1.2 Ausbildungen von MPA, die im hausärztlichen CCM tätig sind

MPA, die in Hausarztpraxen Beratungsfunktionen im CCM übernehmen sind heute sehr unterschiedlich weitergebildet. Der Berufsverband der MPA bietet seit langer Zeit ein spezielles Diabetesmodul von einer Woche Dauer an. Zusätzlich wird ein Ernährungsmodul angeboten, in dem die Grundlagen der Ernährungslehre gelehrt werden.

Seit 2015 steht MPA die Berufsprüfung zur medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) offen. Es kann zwischen klinischer und praxisleitender Richtung gewählt werden. Der Berufsabschluss in klinischer Richtung umfasst zwei Chronic Care Module und ein Diabetesmodul. Zusätzlich werden weitere Wahlmodule abgeschlossen, die auf andere chronische Krankheiten fokussieren. Insgesamt umfasst diese Weiterbildung 5 Module à 90 Lernstunden.

Die Rollen und Kompetenzen von MPAs mit erweiterten Kompetenzen im hausärztlichen CCM wurden bisher nur im Rahmen der Abschlusskompetenzen des Diabetesmoduls oder der CCM Module definiert. Diese Abschlusskompetenzen sind jedoch nicht allen Ärzten bekannt, auch wenn diese z.B. öffentlich im Internet zugänglich sind. Auch die Mindestanforderungen an die Ausbildungen der MPAs, die im hausärztlichen CCM tätig sind, sind nicht einheitlich geregelt. Dies führt dazu, dass jede Praxis individuell entscheidet, welche Anforderungen sie an ihre MPA stellt. Heute gibt es viele MPA, die das Diabetesmodul und eventuell das Ernährungsmodul abgeschlossen haben und chronisch kranke Patienten beraten, jedoch gibt es erst wenige MPA, die die Berufsprüfung als medizinische Praxiskoordinatorin in klinischer Richtung abgeschlossen haben.

## 4.2 Fehlende einheitliche Rollendefinitionen für APN und MPA mit einer Spezialisierung in klinischer Beratung in der Hausarztpraxis

Bis heute gibt es in der Deutschschweiz nur wenige Hausarztpraxen, in denen mindestens eine Pflegeexpertin APN mit Hausärzten und MPAs mit erweiterten Kompetenzen zusammenarbeitet. Zusätzlich gibt es einige Praxen, die nur eine MPA mit erweiterten Kompetenzen im CCM angestellt haben. Die Rollen und Aufgaben dieser verschiedenen Gesundheitsfachpersonen sind nicht offiziell geregelt und müssen deshalb in jeder Praxis neu zwischen den Ärzten und den Gesundheitsfachpersonen ausgehandelt werden. Dies ist zwar eine Herausforderung für APNs oder MPAs und das jeweilige Praxisteam, es kann jedoch auch Freiheit zum Experimentieren geben.

Im Jahr 2017 wurde das Projekt «Reglementierung APN CH» vom SBK in enger Kooperation mit anderen Schweizer Organisationen gestartet. Ziel des Projektes ist es, Rollen und Kompetenzen von APNs zu definieren, eine reglementierende Organisation zu schaffen, die beispielsweise die Ausbildung der APNs reglementiert und laufend Stakeholder in diesen Prozess miteinzubeziehen. Die Masterkompetenzen sowie das Rollenprofil der APNs wurden kürzlich formuliert und der Fachkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit im ersten Halbjahr 2019 vorgelegt.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick darüber, wie die heutigen Rollen und Aufgaben von Pflegeexpertinnen und MPA in der Schweiz aussehen und welche Erfahrungen in der Hausarztpraxis mit ihnen gemacht wurden. Ein grosser Teil dieser Ausführungen basiert auf einer Ethnografie, die das Ziel hatte Rollen und Aufgaben von APNs und MPA in zehn Hausarztpraxen in der Schweiz zu untersuchen<sup>6</sup>.

### 4.2.1 Aufgaben von APNs und MPA im CCM

Pflegeexpertinnen APN arbeiten weitgehend selbständig und mit grosser Eigenverantwortung. Ihr Aufgabenbereich umfasst unter anderem:

- selbstständige Hausbesuche oder Besuche in Alters- und Pflegeheimen anstelle des Hausarztes
- Koordination der Versorgung sowie Beratung und Betreuung in komplexen Patientensituationen (beispielsweise Multimorbidität sowie sozial oder psychisch schwierige Situationen)
- Durchführung körperlicher und psychischer Assessments, Verordnung von Blutentnahmen, Anpassung von Medikamenten
- selbstständige Konsultationen von Patienten in medizinisch stabilen Situationen in der Praxis.

---

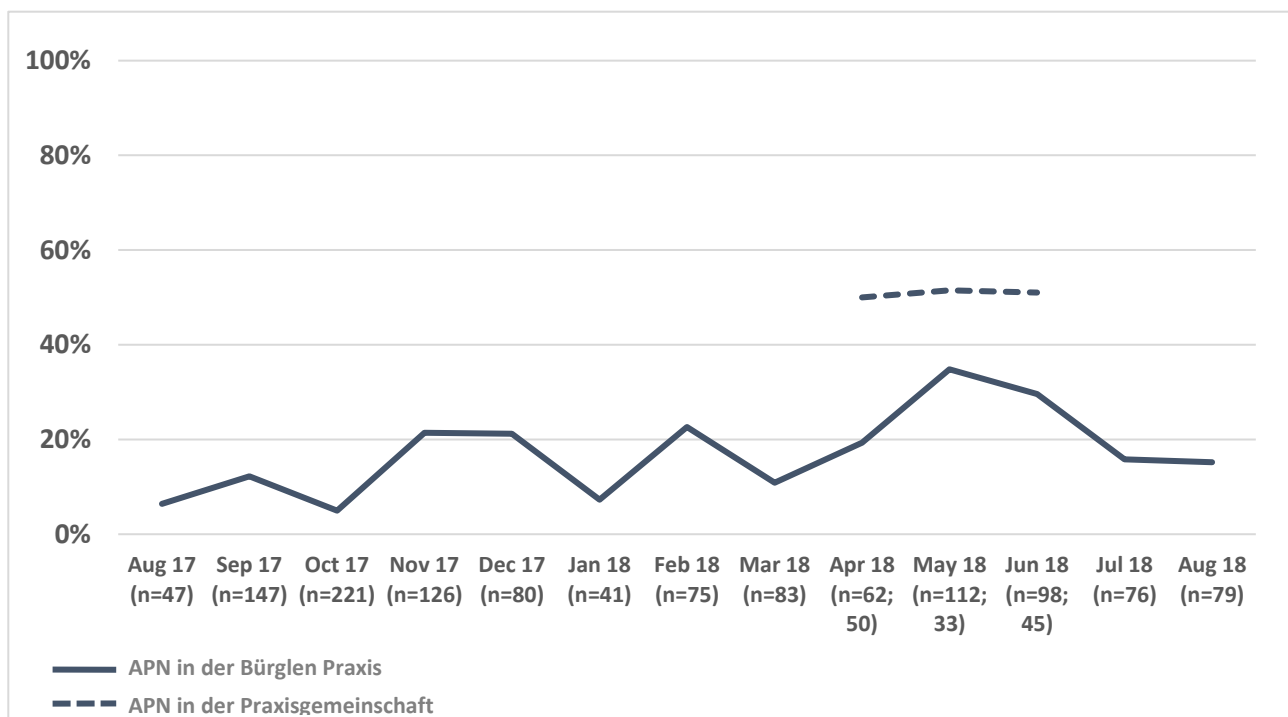
<sup>6</sup> Josi & Bianchi 2019 [26]: Methode: Ethnografie basierend auf qualitativen Interviews und klinischen Observationen  
StudienteilnehmerInnen: 4 APN, 6 MPA, 2 Pflegefachfrauen ohne APN Ausbildung und 4 Hausärzte. Die 4 APN, 4 MPA und eine Pflegefachperson erklärten sich bereit, in der Praxis beobachtet zu werden.



### Box 3: Ausgewählte Evaluationsergebnisse aus den APN Pilotprojekten in Uri und Zürcher Oberland

Im Urner Projekt wurde die APN in den ersten Monaten des Projekts engmaschig durch die beiden Hausärzte supervidiert und konnte durch dieses Mentoring ihre Selbstständigkeit im Verlauf deutlich steigern. In den meisten Fällen blieb sie jedoch in engem Austausch mit den Hausärzten. In Bauma war die Pflegeexpertin in ca. dreiviertel ihrer Konsultationen selbstständig und berichtete, wenn nötig über ihre Patienten während des täglichen Morgenrapports im Team. Beide Pflegeexpertinnen wurden primär für die kontinuierliche Betreuung älterer, multimorbider Patienten in psychosozial komplexen Situationen in der Praxis, zu Hause oder in Alters-/Pflegeheimen eingesetzt. In Uri waren durchschnittlich fast ein Fünftel der APN Konsultationen Hausbesuche oder Alters-/Pflegeheimvisiten, in Bauma sogar die Hälfte. Eine Übersicht zu den Häufigkeiten von Konsultationen ausserhalb der Praxis ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Anteil der APN Konsultationen ausserhalb der Praxis (gemessen an allen APN Konsultationen)



Die Aufgaben, die von MPA im CCM übernommen werden, können wie folgt zusammengefasst werden, unterliegen je nach Praxis jedoch grossen Schwankungen:

- Coaching von Diabetikern bezüglich ihrer Erkrankung, Ernährung, Bewegung und Lifestyle
- Instruktion der Blutzuckermessung und Medikamentenverabreichung
- klinische Untersuchungen wie Blutdruck, Gewicht, Fussuntersuchung und Blutzuckerkontrolle.

MPA arbeiten grundsätzlich in Delegation des Arztes und haben keinerlei Verordnungs- oder Verschreibungskompetenzen.

#### 4.2.2 Erfahrungen mit Pflegeexpertinnen APN und MPA im hausärztlichen CCM

Dort wo Ärzte sich darauf eingelassen haben, neue Versorgungsmodelle auszuprobieren und gewisse Aufgabenbereiche im CCM an andere Gesundheitsfachpersonen abzugeben, wurden durchweg positive Erfahrungen gemacht. In den beiden APN Pilotprojekten in Uri und im Zürcher Oberland zeigte sich, dass sowohl die Akzeptanz als auch die Zufriedenheit mit der Pflegeexpertin bei den Patienten und Angehörigen sehr hoch ist. Ärzte, die mit Gesundheitsfachpersonen zusammenarbeiten sehen diese als grosse Entlastung ihres Arbeitsalltages. Während MPAs Patienten im Umgang mit ihrer chronischen Krankheit coachen, übernehmen Pflegeexpertinnen APN selbstständig einige der hausärztlichen Tätigkeiten wie beispielsweise Hausbesuche und ergänzen die ärztliche Betreuung durch ihre Pflegeexpertise. Beides entlastet den Hausarzt im Arbeitsalltag merklich, da er sich intensiver auf komplexe Patientensituationen und deren Betreuung konzentrieren kann. Eine qualitative Studie mit neun Hausärzten in der Stadt Zürich hat gezeigt, dass sich Hausärzte grundsätzlich eine Zusammenarbeit mit APNs vorstellen können, solange die Versorgungsqualität erhalten bleibt [27]. Auch zeigen Erfahrungen aus den Niederlanden, England oder Kanada, dass APNs in der Grundversorgung eine qualitativ vergleichbare Leistung mit Ärzten erbringen. Die klinischen Outcomes sind vergleichbar ohne Mehrkosten zu verursachen [21].

Sanacare, die 13 Gruppenpraxen in der ganzen Deutschschweiz und im Tessin besitzt, hat 2013 ein Chronic Care Management Programm implementiert, das eine gemeinschaftliche Betreuung von chronisch kranken Patienten durch den Hausarzt und eine speziell ausgebildete MPA vorsieht. Dieses Programm wurde evaluiert und zeigte, dass Patienten, die im CCM Programm betreut wurden, ihr Gewicht, den Blutdruck und den Blutzucker senken konnten. Auch die körperliche Aktivität der Patienten wurde gesteigert [28,29].

#### 4.2.3 Herausforderungen und Potential fehlender einheitlicher Rollendefinitionen

Da es bisher nur sehr wenige Pflegeexpertinnen APN gibt, die in Hausarztpraxen tätig sind, sind die Kompetenzen, die möglichen Einsatzbereiche sowie die klinischen Rollenprofile von APNs in der Hausarztpraxis vielen Ärzten wenig bekannt. Deshalb werden Pflegeexpertinnen APN bisher nur selten gesucht, rekrutiert und in Hausarztpraxen angestellt. MPAs hingegen sind oft schon langjährige Mitarbeiterinnen der Praxis und haben somit einen einfacheren Zugang zu den Ärzten, die ihnen mit entsprechender Ausbildung mehr Aufgabenbereiche im CCM übertragen. Doch auch ihre Kompetenzen und Rolle ist nicht geklärt, weshalb sie ihre Aufgabenbereiche mit den jeweiligen Ärzten in jeder Praxis individuell klären müssen.

Neben den oben beschriebenen Schwierigkeiten, bietet dieses Aushandeln und definieren der einzelnen Rollen jedoch auch Potential für das Experimentieren mit neuen Versorgungsmodellen. Dadurch können wertvolle Erfahrungen gesammelt werden für eine spätere gesetzliche Regulierung der Berufsausübung von Pflegeexpertinnen APN und MPAs, die in der klinischen Beratung tätig sind.

#### 4.3 Fehlende gesetzliche Grundlagen für die selbstständige Leistungserbringung durch APN sowie für die Abrechnung der von APN und MPA erbrachten klinischen Tätigkeiten

Neben den Bundesgesetzen über die Medizinalberufe<sup>7</sup>, dem Gesundheitsberufegesetz<sup>8</sup> und dem Krankenversicherungsgesetz<sup>9</sup> hat jeder Schweizer Kanton ein eigenes kantonales Gesundheitsgesetz, das als rechtliche Grundlage für die Gesundheitsversorgung und die Regelung bewilligungspflichtiger Gesundheitsberufe im jeweiligen Kanton dient. Die rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit sind auf Bundesebene im Medizinalberufegesetz festgehalten, während das Gesundheitsberufegesetz sechs Gesundheitsberufe auf Bachelorstufe und einen auf Masterstufe regelt. Pflegefachpersonen sind zwar im Gesundheitsberufegesetz geregelt, jedoch nur auf Bachelorstufe. Zusätzlich ist die Berufsausübung der Pflege auf HF Niveau geregelt. Somit sind APNs, die ein Masterstudium abgeschlossen haben, in keinem der Gesetze zu finden.

Die Berufsausübung von MPAs, die weder zu den Medizinalberufen noch zu den Gesundheitsberufen zählen, sind im Berufsbildungsgesetz geregelt, das auch die Berufsprüfungen regelt. Für sie gelten die Bildungsverordnung für MPA mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ)<sup>10</sup> sowie Prüfungsordnungen und Wegleitungen für MPA mit Weiterbildung zur Praxiskoordinatorin<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html>

<sup>8</sup> <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/7599.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>

<sup>10</sup> [https://www.sva.ch/fileadmin/user\\_upload/PDF/Bildungsplan\\_MPA\\_dt\\_15-03-2018.pdf](https://www.sva.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Bildungsplan_MPA_dt_15-03-2018.pdf)

<sup>11</sup> [http://www.odamed.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente\\_d\\_/Reglemente/WegleitungPOMPK5\\_7\\_2018.pdf](http://www.odamed.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente_d_/Reglemente/WegleitungPOMPK5_7_2018.pdf)

#### 4.3.1 Die Situation der APNs

APNs, die heute in Hausarztpraxen arbeiten übernehmen gewisse Tätigkeiten, die bisher in den ärztlichen Verantwortungsbereich fielen (z.B. Medikamentenanpassungen) mit grosser Eigenverantwortung. Die Ärzte delegieren basierend auf den kantonalen Gesundheitsgesetzen die Tätigkeiten an APNs, für die sie ausgebildet und somit kompetent sind. Laut dem heutigen Krankenversicherungsgesetz und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sind ärztliche Leistungen sowie Pflegeleistungen (z.B. Bedarfsabklärung oder Pflege zu Hause), die von Pflegefachpersonen ausgeführt werden nur über die Krankenversicherung abrechenbar, wenn diese auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden [28]. Da APNs im Gesundheitsberufegesetz nicht reguliert sind, sind auch im TARMED-Tarif keine von APN erbrachten Leistungen abrechenbar.

Der Kanton Waadt ist der erste Kanton, der APNs und deren Tätigkeiten Ende 2017 in das kantonale Gesundheitsgesetz aufgenommen hat. Aktuell läuft die Ausarbeitung der Verordnungen zu dieser Gesetzesänderung [29].

#### 4.3.2 Die Situation der MPAs

Der Kanton Zug hat im Jahr 2015 die MPA in das kantonale Gesundheitsgesetz aufgenommen und regelt unter Artikel 11a die Berufsausübung der MPA. Laut diesem Gesetz ist es dem Arzt erlaubt, Tätigkeiten an MPA zu delegieren, sofern diese über ergänzende Sachkundenachweise verfügt [30]. In allen anderen Kantonen jedoch sind die Tätigkeiten der MPAs nicht im Gesetz verankert. MPAs sind Angestellte der Praxis und arbeiten immer unter der Verantwortung des zuständigen Arztes. Wenn sie im CCM tätig sind und zusätzliche Aufgaben übernehmen, tun sie dies basierend auf einem Artikel im Gesundheitsgesetz, der es Ärzten in vielen Kantonen erlaubt, gewisse ärztliche Tätigkeiten an andere Gesundheitsfachpersonen zu delegieren.

MPAs können bisher ihre Tätigkeiten, die sie im Rahmen des CCM verrichten nicht selbst abrechnen. Sie sind in der Praxis angestellt und arbeiten auf Rechnung des Arztes. Die Tarifstruktur TARMED wird aktuell revidiert und wurde dem Bundesrat in neuer Form Mitte 2019 zur Genehmigung vorgelegt. Der revidierte Tarif TARDOC soll nichtärztliche Leistungen im CCM durch MPA mit Zusatzqualifikationen (medizinische Praxiskoordinatorin) abrechenbar machen [31].

## 5. Handlungsempfehlungen

Die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen mit APNs und MPAs mit erweiterten Kompetenzen in Hausarztpraxen wird bis heute durch die in Kapitel vier beschriebenen Faktoren erschwert. Beide Berufsgruppen sehen sich mit ähnlichen Hindernissen im Berufsalltag konfrontiert, jedoch sind die Hindernisse bei der Einführung von APNs aufgrund ihrer eigenständigen Rolle und der Übernahme hausärztlicher Tätigkeiten komplexer und grösser. Zudem ist das Berufsbild der APN noch ein neues, welches es bisher in der Schweiz nicht gegeben hat. Wie oben beschrieben, sind APNs in Schweizer Hausarztpraxen noch nicht weit verbreitet und ihre genaue Rolle ist erst teilweise geklärt. Des Weiteren erschweren die rechtlich unklare Situation sowie nicht standardisierte Ausbildungsanforderungen ihre Berufsausübung in der Praxis. Dies führt dazu, dass APNs in Hausarztpraxen ihren Beruf heute gewissermassen in einer «Grauzone» ausüben.

Im Folgenden werden zwei Handlungsempfehlungen beschrieben, deren Ziel es ist, dass APNs diese «Grauzone» verlassen können und damit die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen mit APNs in Schweizer Hausarztpraxen gefördert wird:

*Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversorgung*

*Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APNs*

### 5.1 Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversorgung

- Veröffentlichung von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsfeldern / Aufgaben einer APN für interessierte Praxen und Hausärzte
- Schärfung des Rollenprofils durch weitere Forschungsprojekte und wissenschaftliche Begleitevaluationen bestehender Pilotprojekte
- Dissemination von Erfahrungen aus bisherigen Pilotprojekten und Aufzeigen guter Praxisbeispiele mit APNs in Hausarztpraxen

Für die Einführung von neuen Versorgungsmodellen, die auf interprofessionellen Teams mit APNs basieren gibt es verschiedene Motivationen. Einerseits gibt es innovative Praxen und Hausärzte, die neue Versorgungsmodelle ausprobieren wollen und sich damit als Pilotprojekte exponieren. Andererseits gibt es heute vor allem in ländlichen Gebieten oft einen akuten Mangel an Hausärzten und der Entscheid, interprofessionelle Teams in Hausarztpraxen einzuführen ist geleitet von einem drohenden Versorgungsengpass. Vorreiter war hier der Kanton Uri, welcher das erste vom kantonalen Gesundheitsdepartement gestützte Pilotprojekt im Jahr 2017 realisierte (siehe Box 1). Inspiriert durch dieses Vorgehen, folgte ein Jahr später der Kanton

Glarus. Beide Kantone erkannten, dass die Versorgung von abgelegenen Gebieten in Zukunft nur noch schwer sichergestellt werden könnte und ergriffen die Initiative, APNs in zwei Hausarztpraxen einzuführen.

Damit APNs in Zukunft vermehrt in Hausarztpraxen eingesetzt werden können, sollten neue Rollenprofile von APNs in der Hausarztpraxis und gute Praxisbeispiele sowie das Potential von neuen Versorgungsformen bei APNs selbst aber auch bei Ärzten bekannt gemacht werden. Dies könnte durch das Veröffentlichen von Beschreibungen der Tätigkeiten einer APN in der Hausarztpraxis sowie von konkreten Stellenbeschreibungen erreicht werden. Mehrere Studien aus Kanada konnten zeigen, dass klare Rollen- und Stellenbeschreibungen für APNs die Implementierung in die Praxis vereinfachen [32,33].

Durch mehr Forschung und wissenschaftliche Evaluationen, die die Tätigkeit von APNs in Hausarztpraxen untersuchen und Erkenntnisse zu deren Effizienz in der Praxis aufzeigen könnte das Rollenprofil von APNs geschärft und die Kompetenzen besser definiert werden. In anderen Europäischen Ländern, die APNs in der Hausarztpraxis eingeführt haben (Niederlande, Schweden, Irland), wurden diese neuen Versorgungsmodelle evaluiert, um die Rolle der APN weiterzuentwickeln. Im Speziellen für Länder wie die Schweiz, die sich am Anfang einer solchen Entwicklung befinden ist es wichtig, durch Evaluationen von Pilotprojekten früh eventuelle Probleme festzustellen, um die Rolle der APN weiterentwickeln zu können [34].

Durch fundierte wissenschaftliche Evidenz kann auch das Potential von neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt und öffentlich publiziert werden. Damit diese Evaluationen in Zukunft durchgeführt werden können, braucht es jedoch mehr gezielte finanzielle Mittel. Weiter könnte durch das Veröffentlichen von Praxisbeispielen das Potential von neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt und andere Praxen dazu motiviert werden, neue Modelle der Versorgung auszuprobieren. Sie könnten von Pionier-Praxen beispielsweise lernen, wie der Praxisbetrieb geregelt wurde, welche organisatorischen Herausforderungen es gab und welche Abmachungen getroffen werden mussten, um die Zusammenarbeit mit einer APN zu ermöglichen.

Eine erfolgreiche Implementierung von interprofessionellen Teams in Hausarztpraxen ist natürlich auch abhängig von neuen Finanzierungsmechanismen. Bevor jedoch Fragen zur Finanzierung geklärt werden können, muss die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen in Pilotprojekten gefördert werden, damit anhand von Praxisbeispielen auch eine Kosten-Nutzen-Analyse gemacht werden kann. Finanzierungsmechanismen sind nicht Thema dieses Policy Briefs und sollten an anderer Stelle behandelt werden.

### 5.1.1 Erwarteter Nutzen

Die Einführung von interprofessionellen Teams bestehend aus Hausärzten, MPAs, APNs birgt grosses Potential für eine effiziente Versorgung chronisch kranker Menschen. Internationale Reviews zeigen, dass Pflegefachpersonen in der medizinischen Grundversorgung eine qualitativ hochstehende Versorgung bieten können und die Patientenzufriedenheit dabei steigt [19,35]. Erfahrungen aus verschiedenen Ländern, in denen Hausarztpraxen aus interprofessionellen Teams bestehen zeigen, dass für eine erfolgreiche Implementierung solcher Versorgungsmodelle einerseits die Einstellung der Gesundheitsfachpersonen und Ärzte ausschlaggebend ist und andererseits die klare Definition der verschiedenen Rollen unabdingbar ist [36,37]. Studien aus Kanada haben gezeigt, dass klare Rollendefinitionen und Stellenbeschreibungen die Implementierung von neuen Rollen für APNs in der medizinischen Grundversorgung vereinfachen. Durch klare Rollenbeschreibungen konnten interprofessionelle Teams effizienter zusammenarbeiten, neue Rollen in interprofessionellen Teams eingeführt werden und damit die Versorgung der Patienten verbessert werden [32,33,38].

In der Deutschschweiz gibt es nach unserem Wissensstand bisher zwei bekannte Hausarztpraxen, die ein Versorgungsmodell basierend auf einem interprofessionellen Team bestehend aus MPA mit Spezialisierung auf klinische Beratung *und* APNs mit Erfolg eingeführt haben. Andere Hausarztpraxen haben entweder

Um die Versorgung chronisch kranker Patienten trotz Hausärztemangel in der Schweiz zu sichern, braucht es eine gute Koordination der Versorgung durch interprofessionelle Teams in Hausarztpraxen. Chronisch kranke Menschen sind oft auf Beratung und medizinische Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer angewiesen, da chronische Krankheiten oft in höherem Alter auftreten und Komorbiditäten vorhanden sein können. Beispielsweise kann ein älterer Diabetiker mit zusätzlicher koronarer Herzkrankheit sowohl auf einen Spezialisten und den Hausarzt, sowie auch auf pflegerische Versorgung und Beratung angewiesen sein. Einige Gruppenpraxen arbeiten bereits heute mit interprofessionellen Teams bestehend aus Hausärzten, Spezialisten sowie MPA, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatern und Pflegefachpersonen (beispielsweise Medbase oder Medix). Am häufigsten sind neben MPA Physiotherapeuten in Hausarztpraxenteams vertreten [39]. Diese arbeiten innerhalb der Praxis selbstständig und sind nicht ins CCM involviert, da ihr Fokus in Hausarztpraxen meist auf muskuloskelettalen Erkrankungen liegt. Pflegefachpersonen arbeiten erst sehr vereinzelt in Schweizer Hausarztpraxen [39].

APNs *oder* MPA mit erweiterten Kompetenzen in ihre Teams integriert. Eine erste ethnographische Studie zu Rollen und Aufgaben von APN und MPA in Hausarztpraxen in der Schweiz [26] hat gezeigt, dass die Definition der Rolle der APN oder MPA sehr wichtig ist für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Durch klare Rollendefinitionen konnten Prozesse effizienter gestaltet werden, da jede Fachperson wusste, was ihre Aufgabe ist.

### 5.1.2 Risiken

Erfahrungen aus Schweden und Australien zeigen, dass gegenseitiges Vertrauen zwischen APNs und Hausärzten sehr wichtig ist, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Wenn Hausärzte APNs vertrauen, sind sie auch bereit, gewisse Aufgabengebiete an diese abzugeben [36,37]. Ähnliche Aussagen wurden auch in der unter Punkt 4.2.2 beschriebenen qualitativen Studie [27] gemacht. Einigen Hausärzten fällt es nicht leicht, gewisse Aufgabengebiete im CCM an andere Gesundheitsfachpersonen abzugeben. Die Implementierung von interprofessionellen Teams birgt damit das Risiko, dass Ärzte Aufgabenbereiche nicht abgeben wollen und die Gesundheitsfachpersonen somit in der Praxis nicht ihre volle Kompetenz nutzen können. Um diesem Phänomen entgegenzuwirken wurde die ärztliche Ausbildung in den letzten Jahren u.a. an der Universität Lausanne in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital sowie an der Universität Genf interdisziplinärer gestaltet, so dass bereits junge Ärzte mit anderen Gesundheitsfachpersonen in Kontakt kommen und beide Seiten die Zusammenarbeit gemeinsam erlernen [40]. Für Gesundheitsfachpersonen besteht die Herausforderung darin, sich als kompetente Teammitglieder zu etablieren und damit das ärztliche Vertrauen in ihre Kompetenz aufzubauen. Gelingt dies nicht, könnten sie weiterhin als Hilfspersonen angesehen werden und damit ihre erlernten Kompetenzen in der Praxis nicht nutzen.

Bezüglich der Definition der APN-Rolle in der Hausarztpraxis besteht die Gefahr, dass solche Rollenbeschreibungen nur auf wenigen Praxisbeispielen beruhen und daher nicht auf alle APNs anwendbar sein werden. Weiter ist nicht sicher, ob Beispiele erfolgreicher Implementierung von APNs in Hausarztpraxen (Pioniere) und damit in einem regulierten Setting, auch auf andere Praxen anwendbar sein werden.

## 5.2 Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APNs

- Erarbeitung der rechtlichen Grundlagen für die Ausübung selbstständiger Tätigkeiten von APNs und Abrechnungsoptionen für erbrachte APN-Leistungen
- Verankerung eines minimalen Ausbildungsstandards für APNs
- Angebot strukturierter Ausbildungsinhalte für APNs in der Grundversorgung

Um die Einführung von APNs in Schweizer Hausarztpraxen zu unterstützen, müssten die rechtlichen Grundlagen für selbstständige Tätigkeiten, die heute von Ärzten ausgeführt werden, aufgezeigt werden. Dazu gehört die Verschreibung von medizinischen Hilfsmitteln und Medikamenten, sowie die Verordnung von Spitztextleistungen.



Um Pilotprojekte und die weitere Implementierung zu fördern, sollten mögliche Abrechnungsmethoden innerhalb der aktuellen, rechtlichen Möglichkeiten legitimiert werden. Ein sogenannter Experimentierartikel würde eine Legitimierung ermöglichen. Dieser ist in der aktuellen Revision des KVG im Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgesehen. Der Experimentierartikel soll es Kantonen und Tarifpartnern erlauben, innovative und kostendämpfende Pilotprojekte durchzuführen [41]. Die Umsetzung von Pilotprojekten ist zwar heute bereits auf kantonaler Ebene möglich, der Experimentierartikel könnte aber die breite Umsetzung vereinfachen.

Die erweiterten Kompetenzen und die Ausbildungsanforderungen für APNs in Hausarztpraxen sollten festgelegt werden, um eine geregelte Berufsausübung zu ermöglichen. Minimale einheitliche Standards für die Ausbildung von APNs sind in Arbeit (siehe 4.1.1). Als Inhalt der Ausbildung sollte die Grundversorgung stärker gewichtet werden. Hierfür braucht es vermehrt eine Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Praxen. Ein adäquates hausärztliches Mentoring und frühe Kontakte zum ambulanten Praxissetting wären dabei wertvolle Inhalte.

Ende 2017 kam die vom SBK lancierte «Pflegethema» zustande. Sie fordert unter anderem, dass gewisse Leistungen in der Spitex zukünftig von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Verordnung zu Lasten der Sozialversicherungen erbracht werden können. Die Initiative fordert somit, dass diese Leistungen von Pflegefachpersonen in Eigenverantwortung übernommen werden können und auch abgerechnet werden können. Die Gesundheitskommission des Nationalrats hat einen direkten Gegenvorschlag ausgearbeitet, der im Mai 2019 in die Vernehmlassung gegangen ist.

### 5.2.1 Erwarteter Nutzen

Eine vergleichende Analyse von 12 europäischen Ländern, die APNs eingeführt haben, hat gezeigt, dass eine erfolgreiche Implementierung dieser neuen Berufsgruppe Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern. Durch klare gesetzliche Rahmenbedingungen konnten in diesen Ländern Unklarheiten beseitigt werden, beispielsweise bezüglich der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von APNs und dem Recht zum Verschreiben von Medikamenten [42]. Des Weiteren zeigten zwei Studien aus den USA, dass je besser die rechtlichen Grundlagen der Tätigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der APNs sowie die Abrechnungsmöglichkeiten ihrer Leistungen reguliert sind, desto mehr APNs arbeiten in der hausärztlichen Grundversorgung [43,44].

Die bis heute in der Schweiz bestehenden rechtlichen Unklarheiten bedeuten für viele Ärzte einen Mehraufwand und führen häufig dazu, dass keine APNs angestellt werden, obwohl ein Bedarf bestehen würde. Durch klarere Rahmenbedingungen könnten Ärzte entlastet werden und effizientere Prozesse in der Koordination von verschiedenen Versorgern implementiert werden. Weiterhin würden klare rechtliche Rahmenbedingungen für Ärzte eine Absicherung bedeuten hinsichtlich der Verantwortlichkeit bei Leistungen, die

durch APNs erbracht werden. Durch die Erweiterung der Berufsausübung von APNs auf weitere Bereiche (beispielsweise der Verordnung von Spitexleistungen) könnte ihr Potential besser ausgeschöpft werden und Ärzte in mehr Bereichen entlastet werden als dies heute der Fall ist.

### 5.2.2 Risiken

Es könnte einigen Ärzten schwerfallen, Aufgabenbereiche abzugeben, insbesondere da die Kompetenzen verschiedener Gesundheitsfachpersonen nicht geklärt sind und Ärzten das Vertrauen in die Kompetenzen dieser Fachpersonen fehlt. Diese Ängste könnten möglicherweise durch die gesetzliche Verankerung der Ausbildungsanforderungen und Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen mit erweiterten Rollen gemindert werden.

Von Gegnern der «Pflegeinitiative»<sup>12</sup> und von Kritikern der Erweiterung der Befugnisse von Gesundheitsfachpersonen wird befürchtet, dass eine Erweiterung der Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen zu einer sogenannten «Mengenausweitung» führen könnte. Es wird befürchtet, dass durch mehr Gesundheitsfachpersonen, die Aufgabengebiete in Eigenverantwortung übernehmen mehr Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen verrechnet werden und somit die Kosten steigen könnten.

Voreilige und übertriebene gesetzliche Reglementierungen könnten das sich laufend weiterentwickelnde Berufsbild der APNs einschränken oder bei Kritikern eine Ablehnung hervorrufen.

## 6. Überlegungen zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen

Die Klärung der APN-Rolle sowie die Klärung der Ausbildung und rechtlichen Grundlagen des Einsatzes von APNs wurden als Handlungsempfehlungen abgegeben, um die Implementierung von neuen Versorgungsmodellen in Schweizer Hausarztpraxen zu fördern und es APNs zu ermöglichen, die heutige «Grauzone» in ihrer Berufsausübung zu verlassen. Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen hängt insgesamt von folgenden drei Faktoren ab:

1. **Manpower:** Anzahl Pflegefachpersonen, die sich zur APN ausbilden lassen und danach in der Grundversorgung arbeiten möchten
2. **Transition von Pionierphase zu Verstetigung:** Motivation und Offenheit von Hausarztpraxen und Hausärzten, APNs und/oder MPAs mit erweiterten Kompetenzen anzustellen und neue Versorgungsmodelle zu implementieren

---

<sup>12</sup> <http://www.pflegeinitiative.ch/>

### 3. Finanzielle Mittel: Vergütung der von nicht-ärztlichen Fachpersonen erbrachten Leistungen und Förderung weiterer Pilotprojekte mit Begleitforschung

Heute herrscht in der Schweiz sowohl in Spitälern wie auch im ambulanten Bereich ein Mangel an Pflegefachpersonal. Ein Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zeigte 2016, dass aktuell gerade mal 56% des benötigten Personals ausgebildet wird. Die aktuelle «Pflegeinitiative» fordert, dass zukünftig Ausbildungen für Pflegefachpersonal staatlich unterstützt werden und so die Anzahl Ausbildungsabschlüsse erhöht wird.

Die Unsicherheit welches Berufsbild mit der Pflegeausbildung übernommen werden kann und die fehlende Finanzierung der Pflegeleistungen sind heute Gründe, warum der Pflegeberuf weniger gewählt wird. Auch wenn sich die Ausbildung zur APN heute grösseren Interesses durch Pflegefachpersonen erfreut, ist es fraglich, ob es in Zukunft gelingen kann, genügend APNs auszubilden, um neben dem Bedarf an APNs in Spitälern auch APNs in Hausarztpraxen integrieren zu können.

Die heutige rechtlich ungeklärte Situation der Berufsausübung von APNs in Hausarztpraxen und das teilweise noch unbekannte Rollenbild der APN führen dazu, dass bisher nur wenige Hausarztpraxen neue Versorgungsmodelle mit APNs in ihren Praxen implementiert haben. Die Implementierung solcher Versorgungsmodelle hängt auch von der Motivation der jeweiligen Ärzte ab. Schlussendlich hängt die Implementierung von interprofessionellen Teams in Hausarztpraxen auch von der Finanzierung der Leistungen der durch Gesundheitsfachpersonen erbrachten Leistungen ab.

Basierend auf einer Kategorisierung in Makro-, Meso- und Mikroebene, werden im Folgenden mögliche Barrieren (Tabelle 2) und Chancen (Tabelle 3) in der Umsetzung der oben beschriebenen zwei Handlungsempfehlungen für betroffene Stakeholdergruppen aufgezeigt:

**Tabelle 2.1:** Mögliche Barrieren in der Umsetzung aus Sicht verschiedener Levels

	<b>Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversorgung</b>	<b>Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APN</b>
Input	<p>Schärfung des Rollenprofils durch weitere Forschungsprojekte und wissenschaftliche Begleitevaluationen bestehender Pilotprojekte</p> <p>Veröffentlichung von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsfeldern / Aufgaben einer APN für interessierte Praxen und Hausärzte</p>	<p>Erarbeitung der rechtlichen Grundlagen für die Ausübung selbstständiger Tätigkeiten von APNs und Abrechnungsoptionen für erbrachte APN Leistungen</p> <p>Verankerung eines minimalen Ausbildungsstandards für APNs</p>
Makro (BAG <sup>23</sup> , Versicherer, Politiker)	<p>Wenige gemeinsame Kommunikationskanäle über welche APNs und Ärzte erreicht werden können</p> <p>Fehlende Mittel, um weitere Pilotprojekte und Evaluationen zu finanzieren</p>	<p>Voreilige gesetzliche Reglementierungen könnten sich negativ auf das sich entwickelnde Berufsbild der APNs auswirken</p> <p>Befürchtetes Kostenwachstum durch Erweiterung der Befugnisse von APNs</p>
Meso (Hausarztpraxen, Gruppenpraxen)	<p>Mangelndes Interesse an neuen Rollen / neuen Gesundheitsfachpersonen in der Praxis</p> <p>Zurückhaltung beim Teilen von positiven Erfahrungen aufgrund von Konkurrenzgedanken (andere Praxen mit gleichem Modell)</p>	<p>Fehlende Zusammenarbeit von Hochschulen und Praxis bei der Ausbildung von APNs (Stichwort Praktika, Mentoring)</p> <p>Unsicherheiten bezüglich Verantwortung und Abrechnungsmöglichkeiten der APN-Leistungen</p>
Mikro (Hausärzte, APNs)	<p>Aufwand, Rollenprofile oder Beschreibungen der Praxistätigkeit zu erstellen und zu publizieren</p> <p>Fehlendes Vertrauen von Ärzten in APNs und deren Fähigkeiten/Kompetenzen</p>	<p>Fehlendes Wissen der Hausärzte über die APN Ausbildung und die rechtliche Situation</p>

**Tabelle 2.2:** Mögliche Chancen in der Umsetzung aus Sicht verschiedener Levels

	<b>Empfehlung 1: Klärung und Förderung der APN-Rolle in der Grundversor- gung</b>	<b>Empfehlung 2: Klärung der Ausbildung und rechtlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APN</b>
Input	<p>Schärfung des Rollenprofils durch weitere Forschungsprojekte und wissenschaftliche Begleitevaluationen bestehender Pilotprojekte</p> <p>Veröffentlichung von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsfeldern / Aufgaben einer APN für interessierte Praxen und Hausärzte</p>	<p>Erarbeitung der rechtlichen Grundlagen für die Ausübung selbstständiger Tätigkeiten von APNs und Abrechnungsoptionen für erbrachte APN Leistungen</p> <p>Verankerung eines minimalen Ausbildungsstandards für APNs</p>
Makro (BAG, Versicherer, Politiker, Bildungsinstitutionen)	<p>Früher Miteinbezug aller wichtiger Stakeholder unterstützt die gemeinsame Rollendefinition</p> <p>APN und Interprofessionalität sind sowohl in der Ausbildung als auch in der Politik aktuelle und wichtige Themen</p>	<p>Die Strukturen der APN-Ausbildung auf Masterstufe sind vorhanden und entwickeln sich laufend weiter</p> <p>Kantonale Politik und einzelne Krankenkassen sind in Pilotprojekten involviert</p> <p>Durch den Experimentierartikel werden weitere Pilotprojekte ermöglicht</p>
Meso (Hausarztpraxen, Gruppenpraxen)	<p>Laufende Pilotprojekte liefern erste Resultate und Erfahrungen aus der Praxis</p>	<p>Hausarztpraxen zeigen in Pilotprojekten auf, was bezüglich Abrechnung in der Praxis machbar ist</p>
Mikro (Hausärzte, APN)	<p>APN-Pionierinnen fungieren als Vorbilder für die weitere Implementierung von APNs in Hausarztpraxen</p>	<p>Pioniere (APNs und Hausärzte) zeigen, was in der Praxis möglich ist</p> <p>Erfahrungen aus der Praxis zeigen, wo in der Ausbildung ggf. noch Lücken bestehen</p>

<sup>13</sup> Bundesamt für Gesundheit

## 7. Referenzen

- <sup>1</sup> Schweizerische Eidgenossenschaft. Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin - Bericht des Bundesrates. 2011; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/strategie-gegen-aerztemangel.html>
- <sup>2</sup> Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. 2012; Im Internet: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt\\_versmod\\_pub\\_20120402\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt_versmod_pub_20120402_d.pdf)
- <sup>3</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. 2015; Im Internet: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/publ.Document.195686.pdf>
- <sup>4</sup> Bundesamt für Gesundheit. Ambulant vor stationär. 2018; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-20-02-2018.html>
- <sup>5</sup> Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - projections à l'horizon 2030. Neuchâtel, 2008
- <sup>6</sup> Hostettler S, Kraft E. FMH Ärztstatistik 2017. 2018; Im Internet: <https://www.fmh.ch/files/pdf20/SAEZ-06573.pdf>
- <sup>7</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten -Positionspapier. Schweiz Ärztztg 2016; 97 Im Internet: <https://doi.emh.ch/saez.2016.05168>
- <sup>8</sup> Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. Fachkräftemangel in der Schweiz Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage. 2016; Im Internet: <https://www.fachkraefte-schweiz.ch/perch/resources/dokumente/wbfse-cofachkrftemangelinderschweiz-indikatorensystemzurbeurteilungderfachkrftenachfrage.pdf>
- <sup>9</sup> Tandjung R, Ritter C, Haller DM, Tschudi P, Schaufelberger M, Bischoff T, Herzig L, Rosemann T, Sommer J. Primary care at Swiss universities - current state and perspective. BMC Res Notes 2014; 7 Im Internet: <https://bmcre-snotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-308>
- <sup>10</sup> Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen - Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. 2012; Im Internet: <http://clinicum.ch/images/getFile?t=digital&f=dokument&id=402>
- <sup>11</sup> Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC Health Serv Res 2015; 15 Im Internet: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0985-y>
- <sup>12</sup> Merçay C. OBSAN Dossier 60 - Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. 2017; Im Internet: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/experience-de-la-population-agee-de-65-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante>
- <sup>13</sup> Djalali S, Rosemann T. Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. 2015; Im Internet: [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_dossier\\_45\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_45_0.pdf)
- <sup>14</sup> Limberger T, Mumenthaler C, Weber A. Gesundheitswesen: Wachstumsmarkt unter Kostendruck. 2017; Im Internet: [https://www.arztspitalpflege.ch/wp-content/uploads/2017/03/Monitor\\_2017.pdf](https://www.arztspitalpflege.ch/wp-content/uploads/2017/03/Monitor_2017.pdf)
- <sup>15</sup> Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care organizations in Switzerland. Int J Integr Care 2011; 11: e010
- <sup>16</sup> Koch R, Mahrer-Imhof R, Huber C, Schmid-Mohler G, Fierz K, Zúñiga F, Ullmann-Bremi AB, Bally C, Wiesli U, Zumstein-Shaha M, Eicher M. Comment on: Chmiel C, et al. Four-year long-term follow-up of diabetes patients after implementation of the Chronic Care Model in primary care. Swiss Med Wkly 2019; 2
- <sup>17</sup> Ullmann P, Schwendimann R, Keinath E, Eder K, Henry M, Thissen K, Schönthaler A, Mauthner O, Freyer S, Fierz K. Visionen und Realitäten in der Entwicklung von APN & ANP. Adv Pract Nurses Mag 2015; 8–23

- <sup>18</sup> Dierick-van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2009; 65: 391–401
- <sup>19</sup> Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. In: *The Cochrane Collaboration* (Hrsg.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2005. Im Internet: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
- <sup>20</sup> Lovink MH, Persoon A, Koopmans RTCM, Van Vught AJAH, Schoonhoven L, Laurant MGH. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs* 2017; 73: 2084–2102
- <sup>21</sup> Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2015; 27: 396–404
- <sup>22</sup> Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *Int J Nurs Sci* 2017; 4: 196–204
- <sup>23</sup> Odamed. Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin. 2018; Im Internet: <http://www.odamed.ch/home.html>
- <sup>24</sup> Chmiel C, Giewer I, Frei A, Rosemann T. Four-year long-term follow-up of diabetes patients after implementation of the Chronic Care Model in primary care: a cross-sectional study. *Swiss Med Wkly* 2017; 147. Im Internet: <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2017.14522/>
- <sup>25</sup> Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). Factsheet Reglementierung der Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN. 2019; Im Internet: [https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/APN/2019\\_06\\_14\\_Factsheet\\_APN-CH\\_dt.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/APN/2019_06_14_Factsheet_APN-CH_dt.pdf)
- <sup>26</sup> Josi R, Bianchi M. Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: a focused ethnography of their professional roles. Press 2019;
- <sup>27</sup> Steinbrüchel-Boesch C, Rosemann T, Spirig R. Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten – eine qualitativ-explorative Studie. *Praxis* 2017; 106: 459–464
- <sup>28</sup> Eidgenössisches Departement des Innern. Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). 2019; Im Internet: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>
- <sup>29</sup> ASI Vaud. Asi-Vaud 2018; Im Internet: <http://webmasterasi.wixsite.com/asi-vaud/single-post/2017/11/14/Le-Grand-Conseil-vaudois-valide-la-pratique-avanc%C3%A9e-infirmi%C3%A8re->
- <sup>30</sup> Verordnung über das Gesundheitswesen im Kanton Zug. 2019; Im Internet: [https://bgs.zg.ch/app/de/texts\\_of\\_law/821.11/versions/1867](https://bgs.zg.ch/app/de/texts_of_law/821.11/versions/1867)
- <sup>31</sup> Arzttarif Schweiz. 2019; Im Internet: <https://leistungsstruktur-ambulant.ats-tms.ch/#/tools/BrowserTool2017>
- <sup>32</sup> DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J, Bourgeault I, Kilpatrick K, Carter N, Harbman SK and P. Factors Enabling Advanced Practice Nursing Role Integration in Canada. *Nurs Leadersh* 2010; Im Internet: <https://www.longwoods.com/content/22279/nursing-leadership/factors-enabling-advanced-practice-nursing-role-integration-in-canada>
- <sup>33</sup> Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, DiCenso A. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *J Adv Nurs* 2011; 67: 1178–1190
- <sup>34</sup> Maier C, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. 2017. Im Internet: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care\\_a8756593-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en)

- <sup>35</sup> Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, Rosemann T. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 214
- <sup>36</sup> Lindblad E, Hallman E-B, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care-A qualitative study. *Int J Nurs Pract* 2010; 16: 69–74
- <sup>37</sup> Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract* 2016; 17. Im Internet: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0503-2>
- <sup>38</sup> Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Burge F. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nurs* 2013; 12: 1
- <sup>39</sup> Josi R, De Pietro C. Skill mix in Swiss primary care group practices - a nationwide online survey. *BMC Fam Pract* 2019; 20. Im Internet: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0926-7>
- <sup>40</sup> Bundesamt für Gesundheit. Bericht der Themengruppe „Interprofessionalität“. 2016; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>
- <sup>41</sup> Bundesamt für Gesundheit. Erläuternder Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1. 2018; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>
- <sup>42</sup> Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. 2010. Im Internet: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en)
- <sup>43</sup> Barnes H, Maier CB, Altares Sarik D, Germack HD, Aiken LH, McHugh MD. Effects of Regulation and Payment Policies on Nurse Practitioners' Clinical Practices. *Med Care Res Rev* 2017; 74: 431–451
- <sup>44</sup> Traczynski J, Udalova V. Nurse practitioner independence, health care utilization, and health outcomes. *J Health Econ* 2018; 58: 90–109