

Forum

Pflegeexpertin/-e APN in der Schweiz

Rechtliche Grundlagen und Schwierigkeiten bei der Abrechnung



Maya Zumstein-Shaha, Prof. Dr., dipl. Pflegefachperson FAAN, stv. Studiengangleiterin Master of Science in Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Master of Science in Pflege, und PD an der Universität Witten/Herdecke, Deutschland, Fakultät für Gesundheit, Department Pflegewissenschaft

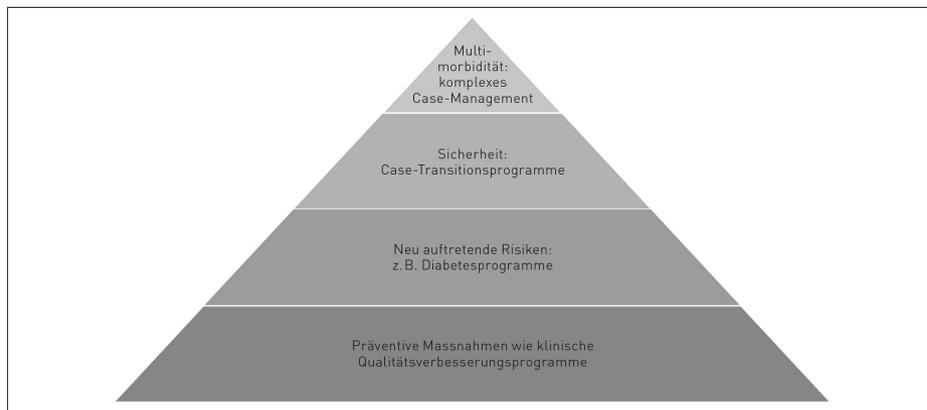
I. Advanced Practice Nurses (APN)

Wie in anderen Teilen der Welt ist das Schweizer Gesundheitswesen herausgefordert. Demografische Veränderungen umfassen wachsende Zahlen an Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen,¹ die ihren Alltag zu Hause wohnend oder in Langzeitinstitutionen meistern müssen.² Die Prävalenz von Mehrfacherkrankungen ab 65 Jahren bewegt sich zwischen 55 und 98%, und sie verursachen über 70% der Todesfälle in der Schweiz. Mehrfacherkrankung wird definiert als gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehreren chronischen Erkrankungen in einer betroffenen Person. Dabei wirkt sich die Kombination der Erkrankungen grundsätzlich stärker auf die betroffene Person aus. Chronische Erkrankungen umfassen Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) sowie Asthma, Arthritis, Krebs, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen.³

Diese Erkrankungen verlaufen in chronischen Phasen mit akuten Ereignissen, sind oft alltagsbestimmend und bleiben bis zum Lebensende.⁴ Sie führen unter anderem zu reduzierter Lebensqualität, psychologischem Stress, abnehmender Funktionalität, längeren Spitalaufenthalten und postoperativen Komplikationen. Bei Mehrfacherkrankungen wird manchmal nur ein Teil der Gesundheitsprobleme behandelt. Weniger vorrangige Probleme gehen oft vergessen.⁵ Mehrfacherkrankungen sind also komplexe Situationen und müssen als Ganzes und über den gesamten Behandlungsweg betrachtet werden. Dadurch sind oft viele verschiedene Fachpersonen in die Behandlung und Betreuung von betroffenen Personen involviert. Daher sind Kommunikation und Koordination essenziell, die zugunsten der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen zu verbessern ist, gemäss der nationalen Strategie zu den nicht übertragbaren Erkrankungen. Dafür müssen die Fachpersonen gut ausgebildet sein.⁶

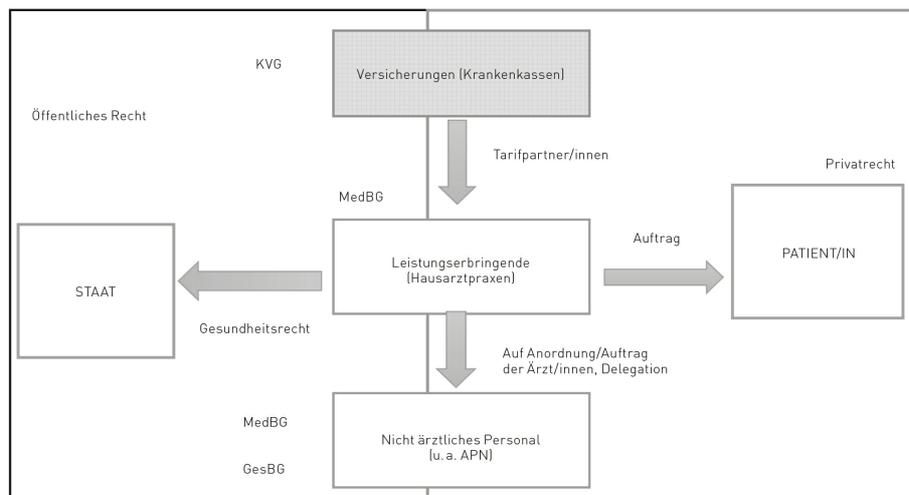
Die Behandlung von Mehrfacherkrankungen hat zum Ziel, mittels regelmässiger Kontrollen die Gesundheitsprobleme zu stabilisieren, die Risikofaktoren zu reduzieren sowie den Umgang mit der Erkrankung im Alltag zu unterstützen. Dazu ist medizinisches Wissen in Kombination mit Prävention und Gesundheitsförderung nötig,⁷ in Form von Information, Anleitung und Schulung. Dazu gehören die korrekte Einnahme von Medikamenten, die adäquate Anwendung der vorgeschriebenen Behandlung, aber auch regelmässige körperliche Betätigung⁸ und der Einbezug der Angehörigen.⁹

Abbildung 1: Kaiser-Permanente-Pyramide



Legende: Die Kaiser-Permanente-Pyramide – übersetzt und adaptiert¹⁰ – zeigt die verschiedenen Behandlungs- und Betreuungszwecke pro auftretende Gesundheitsrisiken. In der Spitze finden sich die Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen, die einen Grossteil der Gesundheitskosten verursachen.¹¹

Abbildung 2: Übersicht über die rechtlich relevanten Grundlagen



Legende: MedBG: Medizinberufegesetz, GesBG¹²: Gesundheitsberufegesetz, KVG¹³: Krankenversicherungsgesetz, APN: Advanced Practice Nurses.

Jedoch werden die Aufenthaltszeiten in akuten Versorgungseinrichtungen kürzer. Auch mangelt es an gut ausgebildetem Fachpersonal im Gesundheitswesen.¹⁴ Ebenso stösst die hausärztliche Versorgung an ihre Grenzen.¹⁵ Die Patientinnen und Patienten nehmen die bestehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen wahr und fürchten, dass zukünftig die hausärztliche Versorgung nicht mehr allen zur Verfügung steht.¹⁶ Eine mögliche Antwort auf diese Herausforderungen sind «Advanced Practice Nurses» (APN). Dieses Fachpersonen verfügen über einen Master of Science in Pflege und haben im Laufe ihrer Berufstätigkeit Expertise in der

Das Dokument "Pflegeexpertin/-e APN in der Schweiz" wurde von Kinderspitex Verein Joel Mühlemann Schweiz, Aarau am 26.08.2022 auf der Website pflegerecht.recht.ch erstellt. | © Staempfli Verlag AG, Bern - 2022

Betreuung einer Patientengruppe entwickelt. Sie verfügen über erweitertes und vertieftes Pflegewissen in Kombination mit grundlegenden medizinischen Fähigkeiten sowie über Expertenwissen in Coaching, Beratung, ethischer Entscheidungsfindung, interdisziplinärer Zusammenarbeit, fachspezifischem Leadership und evidenz-basierter Praxis.¹⁷ Diese Fachpersonen betreuen ihre Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige eigenständig, stehen aber in engem Austausch mit ärztlichen Fachpersonen. So können APN eine vollständige ärztliche und pflegerische Anamnese erheben, inklusive körperlicher Untersuchungen, und daraus eine Diagnose und einen Behandlungsplan ableiten.¹⁸ Mit APN können ungeplante Notfall-, Spitalaufenthalte und Spitalliegezeiten reduziert werden, und es resultiert eine bessere Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten. Informationsweitergabe und Kontinuität sind weniger fehleranfällig und insgesamt verbessert. Entsprechend sind Patientinnen, Patienten und Angehörige im Sinne der personenzentrierten Pflege besser unterstützt.¹⁹

Box 1: Geltende schweizerische APN-Definition

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine registrierte Pflegefachperson, die sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Pflegeexpertinnen APN sind fähig, in unterschiedlichsten Settings vertiefte und erweiterte Rollen zu übernehmen und diese in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team auszufüllen. Die Kernkompetenzen einer Pflegeexpertin APN sind: direkte klinische Praxis, Expertencoaching, Beratung, ethische Entscheidungsfindung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, klinisches und fachspezifisches Leadership und Forschungskompetenz (<http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle.html>).

Die Rolle der APN ist in der Schweiz neu, insbesondere in der hausärztlichen Grundversorgung.²⁰ Dadurch ergeben sich verschiedene Herausforderungen. Im Folgenden sollen die rechtlichen Grundlagen und die damit verbundenen Gegebenheiten in der Abrechnung aufgezeigt werden.

II. Rechtliche Grundlagen

In der Schweiz bestehen verschiedene rechtliche Grundlagen, die für das Gesundheitswesen relevant sind. Dafür ist die Zusammenstellung in Abbildung 2 hilfreich.

Grundsätzlich sind für die Gesundheitsversorgung öffentlich-rechtliche sowie privatrechtliche Aspekte zu betrachten. Für die Erörterung der rechtlichen Grundlagen für den Einsatz von APN in der hausärztlichen Versorgung sind das GesBG,²¹ das KVG²² und die damit verbundenen Verordnungen sowie gegebenenfalls kantonale Gesundheitsrechte ausschlaggebend. Weniger bestimmend für den Einsatz von APN sind das MedBG²³ und das Auftragsrecht.²⁴ Auch 2016 sind bezüglich des Einsatzes von APN im Schweizer Gesundheitswesen das GesBG sowie das KVG mit den entsprechenden Verordnungen diskutiert worden.²⁵ Das erwähnte GesBG ist seit dem 1. Januar 2020 in Kraft. Damit werden geregelt:

die Abschlusskompetenzen von nicht ärztlichen, nicht universitären Fachpersonen in Gesundheitsberufen, die Anerkennung der entsprechenden Studiengänge sowie ausländischen Bildungsabschlüsse, die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und die Etablierung eines Gesundheitsberuferegisters.²⁶ Zu den im GesBG geregelten Berufsgruppen gehören: Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammenwesen, Ernährungsberatung/Diätetik, Optometrie sowie Osteopathie. Für die Pflege wird die Berufsbefähigungsstufe durch die Ausbildung an einer Höheren Fachschule (HF) oder an der Fachhochschule (FH), d.h. die Bachelorstufe,

geregelt. Allein für die Osteopathie wird der Masterabschluss anerkannt. Somit wird die Masterstufe in der Pflege im GesBG nicht explizit erwähnt. Entsprechend stellt sich die Frage, ob damit APN im schweizerischen Gesundheitswesen zugelassen sind.

In GesBG, Art. 1, Buchstabe b,²⁷ wird spezifiziert, dass die «Ausübung der Gesundheitsberufe nach Buchstabe a in eigener fachlicher Verantwortung» erfolgen soll. Gemäss Kieser²⁸ lässt sich darunter einerseits verstehen, dass die Gesundheitsberufe je über einen spezifischen fachlichen Bereich verfügen, der sich vom ärztlichen Bereich unterscheidet. Von ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen nach GesBG²⁹ wird also erwartet, dass sie kompetent und mit hochstehender Qualität arbeiten. Entsprechend übernehmen Gesundheitsfachpersonen in ihrem eigenen Bereich Verantwortung. Eine Gesundheitsfachperson muss also die Anforderungen des GesBG erfüllen, um zur Tätigkeit zugelassen zu sein. Zudem verschiebt sich die Verantwortlichkeit, wenn die Gesundheitsfachperson auf Anordnung oder Auftrag einer ärztlichen Fachperson tätig wird. Dazu halten Burgat und Pilloud³⁰ fest, dass bei eigener Ausübung der Berufstätigkeit – also unabhängig – die Gesundheitsfachperson haftbar gemacht werden kann. Wird die Tätigkeit auf Anordnung oder Auftrag von ärztlichen Fachpersonen ausgeführt, wird die Verantwortung spezifisch in Bezug auf den eigenen Fachbereich der Gesundheitsfachperson geprüft. Entsprechend gestalten sich die möglichen Konsequenzen für die Gesundheitsfachpersonen. Es gilt jedoch zu bedenken, dass sowohl Burgat und Pilloud³¹ als auch Kieser³² ihre Gutachten vor Inkraftsetzung des GesBG verfasst haben.

Im Schweizer Gesundheitswesen werden APN in verschiedenen Kontexten eingesetzt. Auch wenn APN grundsätzlich eine Berufsausbildung zur Pflegefachperson gemäss GesBG besitzen, verfügen sie über erweiterte Kompetenzen in der Pflege selbst in Kombination mit spezifischen grundlegenden medizinischen Kompetenzen. Entsprechend kann argumentiert werden, dass der Bereich der eigenen fachlichen Verantwortung der APN umfassender zu verstehen ist als jener einer Pflegefachperson nach berufsbefähigender Ausbildung HF und FH. In diesem Bereich der eigenen fachlichen Verantwortung sollen und wollen APN ihre Tätigkeit auch unabhängig – insbesondere von ärztlichen Fachpersonen – ausüben.³³ Diese Kombination ist mit dem GesBG nicht abgedeckt. Insofern müsste hier die Zulassung von APN in einer neuen Form und aufbauend auf das GesBG geregelt werden. Ein Weg könnte die Integration der Masterstufe für Pflegefachpersonen ins GesBG darstellen. Ein anderer Weg ist bereits von einigen Kantonen vorgezeichnet. Der Kanton Waadt hat 2017 eine Gesetzesänderung des Art. 124 erwirkt, in der APN spezifisch im kantonalen Gesundheitsrecht erwähnt werden. Die Regelung in Art. 124b nimmt einerseits die Masterstufe als Ausbildung für APN auf. Andererseits wird darin festgehalten, dass APN «a. prescrire et interpréter des tests diagnostiques, b. effectuer des actes médicaux, [und] c. prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements» (S. 52) können.³⁴ Die Kantone Genf, Glarus und Uri sind ebenfalls auf einen ähnlichen Weg eingeschwenkt. Dabei hat der Kanton Glarus eine Leistungsvereinbarung für eine bestimmte Region getroffen. Der Kanton Uri hat ein Projekt lanciert zur Prüfung der ergänzenden hausärztlichen Versorgung durch APN.³⁵

Zur Klärung der Zulassung zur Leistungserbringung im Schweizer Gesundheitswesen müssen das KVG³⁶ zusammen mit der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)³⁷ sowie die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Kranken-

pflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)³⁸ konsultiert werden. Das KVG, Art. 3, regelt die Krankenversicherung und umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie die freiwillige Taggeldversicherung. Dieses Gesetz gilt im Fall von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft hauptsächlich für alle Bewohnenden in der Schweiz und ist obligatorisch.³⁹

Im KVG, Art. 25, werden Leistungen definiert, die Personen aufgrund von Krankheit benötigen können. Diese

Leistungen können von ärztlichen Fachpersonen sowie von «Personen, die auf Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin»⁴⁰ (S. 13) erbracht werden. Analog zu den Ausführungen von Weder⁴¹ kann diesem Wortlaut entnommen werden, dass Leistungen gemäss KVG auch durch APN erbracht werden können. Jedoch muss dafür eine klare Anordnung der ärztlichen Fachperson bestehen. Implizit scheint damit eine schriftliche Form der Anordnung oder des Auftrags gemeint.⁴² Dazu wird gemäss Bundesgerichtsentscheid von 1981⁴³ gefordert, dass die nachbehandelnde Fachperson die nötigen Qualifikationen aufweisen muss. Entsprechend müssen bei ärztlichen Anordnungen oder Aufträgen die ausführenden Fachpersonen die entsprechenden Qualifikationen aufweisen und die überweisende ärztliche Fachperson muss diese kennen. Im Fall von APN kann eine teilweise Qualifikation mit dem GesBG begründet werden. Die erweiterten Pflegekompetenzen in Kombination mit ärztlichen Fähigkeiten können aktuell nur mit entsprechenden persönlichen Erfahrungen und Beurteilungen durch pflegerische und ärztliche Fachpersonen begründet werden. Jedoch kann hier die seit 2019 in Kraft getretene Reglementierung von APN⁴⁴ in der Schweiz unterstützend sein. Diese Organisation wird getragen vom Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK-ASI), von den Swiss Nurse Leaders (dem Schweizerischen Verband der Pflegedirektorinnen und -direktoren), dem Verein für Pflegewissenschaft (VfP), der IG Swiss ANP sowie der Stiftung Lindenhof. Zweck von APN-CH ist die Reglementierung der Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten APN, das Festlegen der Anforderungen für die Registrierung und deren Erhalt, die Weiterentwicklung von APN-Rollenprofilen sowie die internationale Vernetzung mit beruflichen Organisationen mit Fokus APN. Die Grundlagen der Schweizer Registrierung von APN sind international anerkannte Definitionen und umgesetzte Rahmenprofile.⁴⁵

Zur Präzisierung der Zulassung von Pflegefachpersonen als Leistungserbringende im Schweizer Gesundheitswesen dient auch die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV),⁴⁶ Art. 49. Dabei gilt, dass Pflegefachpersonen über eine kantonale Zulassung benötigen, mit entsprechenden Personen zusammenarbeiten oder in einer entsprechenden Organisation arbeiten müssen. Dazu gehören gemäss KVV, Art. 49, mindestens zwei Jahre Berufstätigkeit, um «selbstständig zu arbeiten und auf eigene Rechnung» (S. 36). Ebenso müssen selbstständig arbeitende Pflegefachpersonen nachweislich qualifiziert für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit sein, über ein eigenes Qualitätsmanagementsystem verfügen sowie über ein eigenes Berichts- und Lernsystem. Sie müssen sich zudem an nationalen Datenbanken zu unerwünschten Ereignissen und an Qualitätsmessungen beteiligen.⁴⁷

Weiter unter KVG, Art. 25, Buchstabe a, werden die Art der Leistungen bestimmt. Dabei sind Leistungen verstanden, die zur Diagnose, Behandlung sowie der weiteren Nachsorge im Fall einer Erkrankung dienen. Diese Leistungen können neben Ärztinnen und Ärzten auch von anderen Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden, sofern eine ärztliche Anordnung oder ein Auftrag besteht (S. 13). Unter dem nachfolgenden Art. 25a (S. 14)⁴⁸ werden Pflegeleistungen im Falle einer Krankheit aufgeführt sowie deren erwartete Qualität. Dabei wird darauf verwiesen, dass diese Pflegeleistungen in verschiedenen Kontexten – ambulant wie stationär – erbracht werden können. Diese Pflegeleistungen können nur vergütet werden, wenn deren Bedarf ausgewiesen ist. Die dafür verwendeten «Mittel und Gegenstände» werden unter Art. 52 weiter detailliert. Es fällt auf, dass Art. 25a sehr eng mit Hinweisen auf Tarife definiert ist. Weiter wird unter Art. 25a, Ziffer 4,⁴⁹ festgehalten, dass die Leistungen in der «notwendigen Qualität»

erfolgen müssen sowie effizient und kostengünstig. Von APN wird wiederum erwartet, dass sie ihre Leistungen auf die Bedürfnisse der Personen mit Gesundheitsproblemen anpassen. Dabei sollen sie die entsprechende Evidenz einbeziehen, die Präferenzen der jeweiligen Personen mit Gesundheitsproblemen berücksichtigen sowie die lokalen Gegebenheiten und die eigene klinische Expertise.⁵⁰ Insofern scheinen hier kleinere Widersprüchlichkeiten sichtbar. Damit APN heute und in Zukunft ihren Beitrag zum Schweizer

Gesundheitswesen leisten können, ist nicht nur die Zulassung von Nöten, sondern auch die Berücksichtigung der damit verbundenen qualitativ hochstehenden Versorgung.

Art. 32 und 33 des KVG fokussieren auf die Qualität von getätigten Leistungen. Mit Art. 32 wird festgelegt, dass Leistungen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein sollen (S. 16). Eine kurze Ausführung der drei Begriffe findet sich unter KVV,⁵¹ Art. 35a, zur Komplementärmedizin. Darin werden drei Kriterien aufgeführt. Zunächst sollten die Leistungen der «Anwendungs- und Forschungstradition» der jeweiligen Wissenschaftsdisziplin entsprechen. Weiter sollte die Wirksamkeit auf wissenschaftlich fundierter Evidenz basieren und unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung eingesetzt werden. Letztlich benötigen die Fachpersonen, allen voran Ärztinnen und Ärzte, genügend Ausbildung und Wissen, um die Leistung anzuwenden. Dazu gehört auch das Absolvieren einer entsprechenden Weiterbildung.

Um die in KVG, Art. 32, propagierte hohe Qualität der Leistungen zu erreichen, müssen die Leistungserbringenden die in KVG, Art. 35 und 36, festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Hier findet sich auch noch einmal die Gruppe der Fachpersonen, insbesondere auch in Institutionen, die auf Anordnung oder Auftrag der ärztlichen Fachpersonen eine Leistung durchführen (S. 18). Es ist nötig, dass eine ärztliche Verordnung dokumentiert vorliegt. Gemäss KVG, Art. 25, gilt dieser Grundsatz für alle Leistungen, die von anderen Fachpersonen denn ärztlichen oder chiropraktischen Fachpersonen erbracht werden sollen. In der ambulanten Versorgung wie im hausärztlichen Kontext ist jedoch der Einsatz von Pflegefachpersonen und insbesondere auch von APN nicht spezifisch vorgesehen gemäss KVG. Hingegen wird von Pflegefachpersonen, und somit vermutlich auch von APN, in der Spitex, also der häuslichen pflegerischen Versorgung, ausgegangen.

Da jedoch APN nur teilweise über das GesBG geregelt werden, steht immer noch deren Zulassung infrage. Der einfachste Weg der Zulassung scheint über das GesBG. Ein entsprechender Artikel müsste eingefügt werden. In diesem Artikel sollte jedoch präzisiert werden, dass APN eine erweiterte Pflegekompetenz in Kombination mit ärztlichen Fertigkeiten besitzen. Im Weiteren müsste bezüglich der «eigenen fachlichen Verantwortung» ergänzt werden, dass APN hier unabhängiger tätig sind als Pflegefachpersonen mit HF- oder FH-Abschluss. Entsprechend ist es nötig, die Haftungsfrage neu zu klären. Ein anderer Weg könnte die Zulassung über die Kantone sein. In KVG, Art. 36 und 36a, wird präzisiert, dass Leistungserbringende durch die Kantone zugelassen werden und so über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet können (S. 19). Dabei legt der Bundesrat die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen fest, damit auch eine qualitativ hochstehende Versorgung gewährleistet wird. In KVG, Art. 38 und 39, wird wiederum festgehalten, dass der Bund für die Zulassung von Leistungserbringenden auf die Kantone abstützt. Damit könnten neue Leistungserbringende durch Kantone anerkannt und zugelassen werden, wie z. B. APN. Jedoch wäre es unabdingbar, dass jeder Kanton eine entsprechende Regelung vorsieht. Idealerweise wären die Regelungen analog jener des Kantons Waadt.

Zusammengefasst kann argumentiert werden, dass APN eine Zulassung als anerkannte Leistungserbringende im Schweizer Gesundheitswesen benötigen. Über das GesBG ist zurzeit ein kleiner Teil der APN-Kompetenzen abgedeckt. Spezifisch die erweiterten Pflegekompetenzen in Kombination mit ärztlichen Fertigkeiten sind nicht aufgenommen. Dabei gilt es zu beachten, dass der Einsatz von APN in der stationären Versorgung weniger problematisch erscheint. Im stationären Kontext müssen die entsprechenden Institutionen aufweisen, dass sie über die nötigen Voraussetzungen verfügen. Dann ist es möglich, APN einzusetzen. Jedoch ist die Argumentation für eine Zulassung im ambulanten Kontext aktuell schwieriger, ausser es wird eine enge Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachpersonen aufgezeigt. Dazu gehört, dass APN nur unter ärztlicher Anordnung oder im Auftrag tätig werden können. Diese Verordnung ist idealerweise dokumentarisch festgehalten. Um die Probleme der Zulassung zu lösen, müssten also entweder APN im Rahmen des GesBG reglementiert werden. Oder der Bundesrat – diese Macht wird ihm in KVG, Art. 33, zugesprochen – befindet APN-Leistungen als prüfens- und zulassungswert und erlässt allenfalls selbst oder durch das EDI eine entsprechende Lösung.

III. Abgeltung von Leistungen gemäss KVG

Das Dokument "Pflegeexpertin/-e APN in der Schweiz" wurde von Kinderspitex Verein Joel Mühlemann Schweiz, Aarau am 26.08.2022 auf der Website pflgerecht.recht.ch erstellt. |
© Staempfli Verlag AG, Bern - 2022

Abschnitt des KVG⁵² finden sich die gesetzlichen Grundlagen zu Leistungskosten und Tarifen. Gemäss KVG, Art. 43, Ziffer 2, Buchstaben a-d (S. 26), sind Tarife mit einem bestimmten Zeitaufwand verbunden. Einzelnen Leistungen sind Taxpunkte zugeordnet. Jedoch kommen in bestimmten Bereichen Pauschalen vor. In der stationären Gesundheitsversorgung werden die sogenannten SwissDRG⁵³-Pauschalen eingesetzt.⁵⁴ Dabei werden maximal 45% der Kosten im stationären Kontext von der obligatorischen Krankenversicherung getragen und 55% der Kosten von den Kantonen.⁵⁵ Die ambulante Gesundheitsversorgung wird aktuell über Tarife für Einzelleistungen abgerechnet. Diese Einzeltarife werden vollständig über die obligatorische Krankenversicherung finanziert.⁵⁶ Die Tarife für Einzelleistungen basieren auf einer national einheitlichen Tarifstruktur, die der Bundesrat genehmigt. Der TARMED ist ein unter den Tarifpartnerinnen und -partnern (wie der Bund, die Versicherer, die ärztlichen Fachpersonen) verhandelter Tarif für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung. Zurzeit ist diese geltende Tarifstruktur disputiert. Die neue Tarifstruktur – TARDOC – ist noch nicht umgesetzt,⁵⁷ und es gilt noch die bisherige – TARMED. Beide Tarifstrukturen sind vorbehaltlich für ärztliche Leistungen vorgesehen.⁵⁸ Im TARMED ist der Leistungsblock LB-01 für Leistungen durch nicht ärztliche Fachpersonen aufgeführt. Die enthaltenen Positionen umfassen technische Leistungen wie Medikamentenverabreichungen, Injektionen/Infusionen oder Wundbehandlungen. Die damit verbundene Abgeltung ist ausgerichtet auf Fachpersonen wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten und ist entsprechend niedrig bemessen. Nicht ärztliche Fachpersonen mit weiterführenden Ausbildungen wie APN können dieselben Leistungen abrechnen. Weiterführende Leistungen wie eine umfassende Anamnese oder eine vertiefte Pflegeberatung können nicht mit diesen Tarifen abgegolten werden. Im TARDOC ist der Leistungsblock für nicht ärztliche Fachpersonen auch aufgenommen. Aber wiederum fehlen Leistungsblöcke für die Vergütung von weiterführenden Aufgaben durch nicht ärztliches Personal. Besonders die unregelmässige Zulassung für nicht ärztliche Gesundheitsfachpersonen wie APN kann als Grund dafür angeführt werden.

Gemäss KVG, Art. 25, können nur Leistungen vergütet werden, die in Zusammenhang mit einer Erkrankung bzw. deren Diagnosestellung, Behandlung und Nachsorge stehen und nachweislich notwendig sind. Diese Leistungen müssen ärztlich verordnet sein und können dann von anderen Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden. Weiter können diese Leistungen sowohl ambulant wie stationär erfolgen, je nach ausgewiesener Notwendigkeit. Sowohl für den stationären wie für den ambulanten Versorgungskontext gilt der Tarifschutz, KVG, Art. 44 (S. 27). Leistungserbringende sind an behördliche und/oder vertragliche Voraussetzungen gebunden und dürfen keine weiteren Kosten ausserhalb dieser festgelegten Grenzen berechnen. Damit können für die gleichen Leistungen für eine Person nur die vorgegebenen Tarife/Pauschalen abgerechnet werden und keine weiteren Kosten durch andere Leistungserbringende bei der derselben Person für ähnliche Leistungen. Als Beispiel möge dienen, dass eine ärztliche Fachperson das Anlegen eines Wundverbands abrechnen kann, aber nicht gleichzeitig die Spitex dieselbe Wundversorgung.

Damit APN diese Leistungen nach KVG abrechnen könnten, müssen sie als Leistungserbringende gemäss KVG anerkannt sein mit entsprechenden Tarifen. In der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)⁵⁹ wird die Vergütung der Leistungen durch Pflegefachpersonen in ambulanten und Langzeit-Pflegeeinrichtungen geregelt (S. 9). Pflegefachpersonen müssen als Leistungserbringende eine kantonale Zulassung erworben haben und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügen. Leistungen können «Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung nach KLV, Art. 7, Absatz 2, Buchstabe a ...» umfassen. Unter KLV, Art. 7, Ziffer 2, werden detaillierte Leistungen aufgeführt. Diese

umfassen ärztlich verordnete Leistungen wie Grundpflege, Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen, koordinative Aufgaben, die Ermittlung des Pflegebedarfs oder auch präventive und vorsorgliche Massnahmen im Hinblick auf die Verschlechterung in komplexen und instabilen Patientensituationen. Zu diesen Leistungen bietet KLV, Art. 7, die genauen Beiträge pro Stunden sowie die Anteile der Versicherer nach Leistungsbedarf (in Minuten).

Es ist vorstellbar, dass APN gemäss KLV, Art. 7, ihre Arbeit abrechnen. Schliesslich erfüllen sie die spezifischen Voraussetzungen gemäss KVV, Art. 49. Jedoch können APN einerseits nicht selbstständig aufgrund ihrer Situationseinschätzung Massnahmen ergreifen und nach KLV, Art. 7, abrechnen. Es ist eine ärztliche Verordnung notwendig. Gerade von APN wird erwartet, dass sie unabhängig von ärztlichen Fachpersonen den Bedarf an Gesundheitsversorgung erfassen können, auch dank ihrer Kombination von vertieften pflegerischen Fähigkeiten mit ärztlichen Fertigkeiten wie einer umfassenden Anamnese. Insofern greift KLV, Art. 7, zu kurz. Würde trotzdem KLV, Art. 7, als Ansatz zur Vergütung der APN-Tätigkeit beigezogen, müssten auch Vergütungsansätze hinterfragt werden. Schliesslich bringt eine APN neben einer Pflegeausbildung FH einen Masterabschluss in Pflege mit und mehr Berufserfahrung als die geforderten zwei Jahre. Es scheint daher passend, diese zusätzliche Qualifikation auch mit einem angepassten Tarif zu vergüten. Zudem ist KLV, Art. 7, für die Vergütung von Leistungen der ambulanten Pflegeversorgung sowie in Langzeitinstitutionen wie Alters- und Pflegeheime vorgesehen. Gemäss KLV, Art. 7, scheint eine Anwendung in Hausarztpraxen nicht eingeschlossen. Würden APN – wie es sich abzeichnet⁶⁰ – eher Hausbesuche durchführen und die Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen versorgen, könnte KLV, Art. 7, interessant sein. Dennoch bleiben zwei offene Felder. Einerseits kann die Arbeit von APN in Hausarztpraxen nicht abgegolten werden. Andererseits umfasst der Bereich der Vergütung durch KLV, Art. 7, einen kleinen Anteil an Pflgetätigkeiten. Die erweiterten Kompetenzen der APN sind bei Weitem nicht berücksichtigt, ebenso wenig die Kombination mit ärztlichen Fertigkeiten.

Jedoch sieht KLV, Art. 7, vor, dass Leistungen auch in Ärztenetzwerken mit mehreren und verschiedenen Leistungserbringenden unter demselben Dach, sprich im selben Haus, durchgeführt werden. Unter den Leistungserbringenden sind neben ärztlichen Fachpersonen verschiedener Disziplinen auch Fachpersonen anderer Gesundheitsberufe wie z. B. APN zu finden.⁶¹ Bezüglich Leistungsabrechnung kann hier KVG, Art. 48, beigezogen werden. Darin wird ermöglicht, dass Ärztenetzwerke mit Versicherenden spezifische Verträge mit Einzeltarifen für die verschiedenen Leistungserbringenden eingehen können. Innerhalb eines Ärztenetzwerks wäre die Einbindung einer APN durchaus denkbar. Verschiedene Hürden wie Zulassung oder auch Abrechnung könnten hier umgangen werden. Jedoch ist diese Form der Leistungserbringung auch abhängig von Versicherenden. Es wird daher nötig sein, die Vorteile der Einbindung einer APN aufzuzeigen, nicht allein in der Versorgung von spezifischen Patientengruppen, sondern auch im Hinblick von Kosteneinsparungen.

IV. Diskussion und Schlussfolgerungen

Zurzeit finden sich in der Schweiz mehrere Hundert APN in der stationären Versorgung. Einige wenige Dutzend APN sind der hausärztlichen Versorgung tätig. Dabei finden sich die APN hauptsächlich in der Deutschschweiz. In ihrer Tätigkeit versorgen APN hauptsächlich Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen jeglichen Alters. Dabei arbeiten die APN innerhalb der jeweiligen Hausarztpraxen, führen Hausbesuche durch und visitieren Bewohnende in Alters- und Pflegeheimen. Alle diese Leistungen erfolgen auf ärztliche Anordnung und werden in Absprache durchgeführt und überprüft.⁶² Damit diese Leistungen heute und in Zukunft vergütet werden, sind rasch Lösungen nötig. Einerseits besteht ein dramatischer Fachkräftemangel in der hausärztlichen Grundversorgung. Andererseits ist die demografische Änderung noch lange nicht abgeschlossen, und die Zahl an

Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen immer noch zunehmend.⁶³

Gemäss den gesetzlichen Vorgaben – sei es GesBG oder KVG – hat sich herauskristallisiert, dass APN grundsätzlich als solche tätig werden können. Jedoch ist eine ärztliche Anordnung oder ein Auftrag zwingend. Der Aspekt der Unabhängigkeit der APN kann also kaum umgesetzt werden. Einzig die gesetzliche Grundlage des Kantons Waadt⁶⁴ sieht hier eine Lösung. Damit APN anerkannt im Schweizer Gesund-

heitswesen eingesetzt werden können, ist neben der Reglementierung durch APN-CH⁶⁵ eine gesetzliche Grundlage unabdingbar. Der einfachste Weg könnte über eine Ergänzung des GesBG erfolgen. Eine kompliziertere und länger dauernde Form könnten die Wege über die einzelnen Kantone sein. Hier sind aber einige Unwägbarkeiten vorprogrammiert, denkt man an die Anzahl Kantone und die damit verbundenen unterschiedlichen politischen Prozesse.

Die Anerkennung von APN als vergütungsberechtigte Leistungserbringende macht die gesetzliche Grundlage zwingend. Nur so können APN als Leistungserbringende gemäss KVG anerkannt werden, unter Berücksichtigung der erweiterten Pflegekompetenz in Kombination mit ärztlichen Fertigkeiten sowie der Unabhängigkeit. Entsprechend besteht die Notwendigkeit für eine Vergütungslösung. Die bestehenden Grundlagen im KVG und den entsprechenden Verordnungen KVV und KLV sehen primär die Vergütung von pflegerischen Leistungen vor, durchgeführt von Pflegefachpersonen HF oder FH. Die Leistungen sind – gemäss KLV, Art. 7 – klar bezeichnet und umfassen kaum die besonderen Fähigkeiten der APN. Diese sind in der Lage, unabhängig erweiterte Pflegekompetenzen auszuführen in Kombination mit ärztlichen Fertigkeiten. Sollte es möglich sein, KLV, Art. 7, entsprechend anzupassen, könnte eine rasche Lösung erwirkt werden. Um das Schweizer Gesundheitswesen zukunftstauglich zu machen, wird es die APN brauchen. Entsprechend werden gesetzliche Lösungen und die damit verbundene Vergütung unabdingbar.

1 BFS (2022), Taschenstatistik.

2 Obsan (2015), Gesundheit in der Schweiz.

3 Moreau-Gruet (2013), Multimorbidität. Bopp/Holzer (2012), Prevalence.

4 Raspe (2011), Chronische Krankheiten.

5 Prados-Torres et al. (2014), Multimorbidity patterns.

6 BAG (2009), Qualitätsstrategie. BAG/GDK (2016), NCD-Strategie.

7 Salisbury (2012), Redesign multimorbidity.

8 Ausili et al. (2016), Self-care behavior. Lorig/Holman (2003), Self-management education.

9 Agborsangaya et al. (2012), Multimorbidity patterns. Ho et al. (2017), Access to care. SAMW (2019), Nachhaltige Entwicklung.

10 Kaiser Permanente (2020), Population Health Program Description.

11 BAG/GDK (2016), NCD-Strategie.

12 Schweizerische Eidgenossenschaft (2016), Bundesgesetz zu den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (GesBG).

13 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

14 Cerny et al. (2016), General practitioner shortage. Aeschbacher/Addor (2021), Competitive employer positioning.

15 Hostettler/Kraft (2022), Überalterung der Hausarztmedizin.

16 Aeschlimann (2021), Interprofessionelle Zusammenarbeit. Flück (2021), Betreuung von chronisch Kranken. Teuscher (2021), Betreuung von chronisch Kranken.

- 17 Mahrer-Imhof (2019), Klare Rollenprofile. SBK/IG SwissANP/VfP/IUFRS (2012), Reglementierung in der Schweiz. Zumstein-Shaha et al. (2022), Neue Rollen.
- 18 Mahrer-Imhof (2019), Klare Rollenprofile. Schlunegger et al. (2022), Competencies and scope of practice.
- 19 Tracy/O'grady (2019), Hamric and Hanson's APN. Pulcini et al. (2010), International survey. Spichiger et al. (2018), APN-roles. Spirig et al. (2010), Career model. Ulrich et al. (2010), ANP.
- 20 Zumstein-Shaha (2019), Patientensicherheit durch APN. Zumstein-Shaha (2020), APN in der Grundversorgung. Zumstein-Shaha et al. (2022), Neue Rollen.
- 21 Schweizerische Eidgenossenschaft (2016), GesBG.
- 22 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG.
- 23 BAG (2026), Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG).
- 24 Weder (2022), Anordnungsmodell psychologische Psychotherapie.
- 25 Kieser (2016), APN und CNS.
- 26 Schweizerische Eidgenossenschaft (2016), GesBG.
- 27 Schweizerische Eidgenossenschaft (2016), GesBG.
- 28 Kieser (2016), APN und CNS.
- 29 Schweizerische Eidgenossenschaft (2016), GesBG.
- 30 Burgat/Pilloud (2015), Ärztliche Haftung in der interprofessionellen Zusammenarbeit.
- 31 Burgat/Pilloud (2015), Ärztliche Haftung in der interprofessionellen Zusammenarbeit.
- 32 Kieser (2016), APN und CNS.
- 33 Steinbrüchel-Bösch et al. (2017), Swiss General Practitioners in collaboration with APN. Sailer-Schramm et al. (2019), Tandembetreuung. Schlunegger et al. (2022), Competencies NP in family practices.
- 34 Grand Conseil Du Canton De Vaud (2017), Loi 800.01 sur la santé publique (LSP).
- 35 Grand Conseil Du Canton De Genève (2020), Modification de la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Professions de la santé). Staatskanzlei Kanton Glarus (2018), Bulletin 1. Mai 2018. Staatskanzlei Kanton Glarus (2018), Bulletin 14. August 2018. Sottas et al. (2020), ANP Uri.
- 36 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG.
- 37 Schweizerischer Bundesrat (1995), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
- 38 EDI (1995), Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
- 39 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG.
- 40 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG.
- 41 Weder (2022), Anordnungsmodell psychologische Psychotherapie.
- 42 Siehe auch Kieser (2016), ANP und CNS.
- 43 Schweizerisches Bundesgericht (1981), [107 V 46](#) 9. Urteil vom 24. März 1981.
- 44 Siehe www.apn-ch.ch.
- 45 APN-CH (2019), Green Paper. Canadian Nurses Association (2019), Pan-canadian framework. ICN (2020), Guidelines.
- 46 Schweizerischer Bundesrat (1995), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
- 47 Schweizerischer Bundesrat (1995), KVV, Art. 49.
- 48 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG, Art. 25a.
- 49 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG, Art. 25a.
- 50 Tracy et al. (2019), APN. Martin-Misener (2021), Evidence-based APN.
- 51 Schweizerischer Bundesrat (1995), KVV, Art. 35a.
- 52 Schweizerische Eidgenossenschaft (1994), KVG, Art. 43 und weitere.
- 53 Schweizer Fallpauschalen. DRG – diagnosis-related group.
- 54 Nek/Cne (2008), DRG. SAMW (2009), DRG: Ethik vs. Ökonomie.
- 55 BAG (2019), Evaluation KVG-Revision.

- 56 Angerer/Liberatore (2022), Management im Gesundheitswesen.
- 57 FMH (2022), Medienmitteilung 3. Juni 2022.
- 58 Schweizer/Meier (2022), TARDOC.
- 59 EDI (1995), Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
- 60 Gysin et al. (2021), NP in Swiss family practices. Gysin et al. (2020), Differences in populations. Josi/bianchi (2019), New care models. Sailer Schramm et al. (2019), Tandembetreuung. Schlunegger et al. (2021), Projekt PRiMA. Schlunegger/Zumstein-Shaha (2022), APN in Berner Hausarztpraxen. Steinbrüchel-Bösch et al. (2017), Swiss General Practitioners collaborating with APN.
- 61 Schusselé Filliettaz et al. (2017), Integrierte Versorgung.
- 62 Gysin et al. (2021), NP in Swiss family practices. Gysin et al. (2020), Differences in populations. Josi/Bianchi (2019), New care models. Sailer Schramm et al. (2019), Tandembetreuung. Schlunegger et al. (2021), Projekt PRiMA. Schlunegger/Zumstein-Shaha (2022), APN in Berner Hausarztpraxen. Steinbrüchel-Bösch et al. (2017), Swiss General Practitioners collaborating with APN.
- 63 Pahud (2019), Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Cohidon et al. (2015), Primary care in Switzerland.
- 64 Grand Conseil Du Canton De Vaud (2017), Loi 800.01 sur la santé publique (LSP).
- 65 Siehe www.apn-ch.ch.