



PRiMA – Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung

Auftraggeber: Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Evaluationsschlussbericht

Version 0.3/14.07.2022

Margarithe Charlotte Schlunegger, Simona Aeschlimann, Maya Zumstein-Shaha

Berner Fachhochschule

Gesundheit

Forschung Pflege

Impressum

Vertragsnummer: 19.307 K50002

Evaluiertes Projekt: Titel (Projekt-Nr. PGV 02.010.8334)

Laufzeit der Evaluation: Januar 2020 – März 2022

Datenerhebungsperiode: Februar 2020 – August 2021

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----|-----------------------|----|
| 1 | Executive Summary | 4 |
| 2 | Einleitung | 6 |
| 3 | Methode | 7 |
| 4 | Resultate | 10 |
| 5 | Diskussion | 13 |
| 6 | Schlussfolgerungen | 16 |
| 7 | Abbildungsverzeichnis | 18 |
| 8 | Tabellenverzeichnis | 18 |
| 9 | Literaturverzeichnis | 19 |
| 10 | Anhang | 24 |

1 Executive Summary

Einleitung

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität sowie der Fachkräftemangel machen eine Anpassung des schweizerischen Gesundheitssystems unabdingbar. Neue Versorgungsmodelle sind in der Primärversorgung nötig, die sich an den Patientenbedürfnissen orientieren und eine umfassende Betreuung von chronisch Kranken sicherstellen. Dabei scheint in der Schweizer Primärversorgung grosses Potenzial hinsichtlich des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) zu bestehen.

Ziel

Die Ziele des Projekts sind, den Beitrag zum Selbstmanagement sowie der Lebensqualität bei älteren und chronisch Kranken, die Schnittstellen und interprofessionelle Zusammenarbeit zu identifizieren sowie die TARMED-relevanten Leistungen identifizieren und Empfehlungen bezüglich rechtlicher Grundlagen und Vergütung der APN-Leistung in Schweizer Hausarztpraxen erarbeiten.

Methode

Anhand eines Fallstudiendesigns (case study design) wurden zwei APN-Rollen, angesiedelt in Hausarztpraxen, in einer ländlichen Gegend im Schweizer Mittelland und einer Bergregion untersucht. Dabei kamen qualitative und quantitative Erhebungsverfahren zur Anwendung. Mittels Within-Case-Analyse wurden die Daten induktiv zu Fallgeschichten zusammengeführt. Zusätzlich wurden – als Evaluation – die Daten hinsichtlich ihrer Beiträge zum Projekt begutachtet und als Cross-Case Analyse dargestellt.

Resultate

Die Ergebnisse zeigen, dass APNs einen Mehrwert in den Bereichen Unterstützung des Selbstmanagements, Prävention und Gesundheitsförderung bei komplexen, stabilen und instabilen Patientensituationen leisten, die bis jetzt nur unzureichend durch andere Gesundheitsberufe in den Hausarztpraxen abgedeckt wurden. Gerade bei Hausbesuchen stärken APNs die Verbindung zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Hausarztpraxis, Spitex oder anderen Leistungserbringern. Dabei ermöglichen sie transparente Kommunikation und bessere Koordination. Mit zunehmender Erfahrung der APN steigt ihr Selbstvertrauen sowie das Vertrauen der Ärzteschaft. Entsprechend ist das Niveau an Selbständigkeit im Wandel und wächst im Laufe einer Arbeitsbeziehung.

APNs sind im heutigen System nicht als Leistungserbringende vorgesehen. Damit fehlen rechtliche Grundlagen, z. B. und vor allem im KVG – Krankenversicherungsgesetz. Entsprechend sind klare Angaben zur Abrechnung und Vergütung fehlend. Aktuell werden drei verschiedene Abrechnungsmodalitäten beobachtet: a) Keine spezifische Abrechnung, b) Abrechnung von Aktivitäten mit den TARMED-Positionen «nicht-ärztliche Fachberufe», oder c) Abrechnung prozentual des entsprechenden Arzttarifs. Obwohl hierzu die Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten, die von APN betreut wurden, untersucht wurden, konnten nur sehr beschränkte Aussagen zur Abrechnung herausgezogen werden. Insgesamt benötigen die APN nicht ganz doppelt soviel Zeit für die Begutachtung von Patientinnen und Patienten als die ärztlichen Fachpersonen. Sie können aber weniger als die Hälfte der Aktivitäten abrechnen, auch wenn sie den oben beschriebenen Weg b wählen. Insgesamt ist die Arbeit der APN mehrheitlich unentgeltlich und muss stark quersubventioniert werden.

Schlussfolgerung

Während des Projekts konnten die APN ihre Positionen in der jeweiligen Hausarztpraxen finden und einnehmen. Sie behandeln hauptsächlich Personen in komplexen, instabilen Krankheitssituationen in der Hausarztpraxis, zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim. Beide APN sind bei der lokalen Spitex angestellt und können so eine stärkere Vernetzung in Personalunion garantieren. Damit ergibt sich eine bessere Behandlungskontinuität und eine allfällige raschere Überweisung an lokale Spitexdienste.

Aus Sicht der ärztlichen Fachpersonen ist der Einsatz von APN sehr hilfreich. Die ärztlichen Fachpersonen fühlen sich entlastet, da sie nicht mehr selbst Hausbesuche durchführen müssen oder im Rahmen der Visiten im Alters- und Pflegeheim Aufgaben abgeben können. Die anderen Fachpersonen in den Hausarztpraxen haben – nach vorgängigen Befürchtungen – den Einsatz der APN als ebenso hilfreich eingeschätzt. Sie können direkt in Form von Coaching oder besseren Informationsflüssen profitieren.

Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sind zufrieden mit der Betreuung durch die APN. Insbesondere fühlen sich Angehörige besser wahrgenommen und ihre Anliegen werden stärker aufgenommen. Zudem leisten APN bei Patientinnen und Patienten Unterstützung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Selbstmanagement. Diese Unterstützung erfolgt durch die APN zielgerichtet, regelmässig und standardisiert. Diese Bereiche sind davor nur unregelmässig von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren in der Grundversorgung übernommen worden.

Aus Sicht der APN selbst ist der Einsatz sehr interessant. Es gibt einen grossen Lernzugewinn und sie sehen die Wichtigkeit ihres Beitrags. Jedoch stellen vor allem die ungelösten Probleme bei der Abrechnung ein grosses Hindernis dar.

2 Einleitung

Durch die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen, Multimorbidität, demografischer Alterung und des Fachkräftemangels ist eine Anpassung des schweizerischen Gesundheitssystems unabdingbar. Neue Versorgungsmodelle, die institutionsübergreifend wirken und sich stärker an den individuellen Patientenbedürfnissen orientieren und eine umfassende Betreuung von chronisch kranken Menschen sicherstellen, sind notwendig (BAG, 2019; Djalali & Rosemann, 2015a). Ein entsprechender Ansatz, welcher sowohl eine adäquatere Primärversorgung ermöglichen, als auch gegen den drohenden Fachkräftemangel wirken soll, findet sich im Konzept Advanced Nursing Practice (ANP), das für eine vertiefte und erweiterte pflegerische Praxis steht (Hamric et al., 2014). Advanced Practice Nurses (APN) sind eine Gruppe von Pflegefachpersonen, die zusätzlich mindestens über einen Master of Science in Nursing (MScN) verfügen. Das Profil eines/ einer APN richtet sich nach dem Modell von Hamric et al. (2014), das folgende Kernkompetenzen umfasst: klinisches Fachwissen, professionelles Leadership, Coaching und Anleitung, Beratung, Forschungsfertigkeiten bzw. Integration von evidenzbasiertem Wissen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung. Diese Kompetenzen ermöglichen eine ganzheitliche Sicht auf die Patientensituationen und werden beispielsweise genutzt, um das Selbstmanagement von Betroffenen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. APNs können sowohl im stationären wie ambulanten Setting eingesetzt werden. Jedoch verlangt der Einsatz in Bereichen wie der Primärversorgung die nötigen rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen. Dazu gehört die Anerkennung von APNs als selbstständige Leistungserbringende, die ihre Arbeit abrechnen können (Zumstein-Shaha, 2020).

Im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA befindet sich die Rolle der APNs in Schweizer Hausarztpraxen in der Pionierphase (Bryant-Lukosius et al., 2016; Gysin et al., 2019; Schramm et al., 2019; Spichiger et al., 2018). Obwohl Schweizer Gruppenpraxen aktuell 50 Prozent nicht-ärztliche Fachpersonen beschäftigen, integrieren nur 25% dieser Praxen Fachpersonen mit Advanced Practice Funktionen, bestehend aus Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung (Josi & De Pietro, 2019). Eine Studie im Kontext der Schweizer Primärversorgung weist daraufhin, dass durch den Einsatz von APNs eine Verbesserung des Krankheitsmanagements und der Alltagsgestaltung von chronisch kranken Menschen stattgefunden hat (Müller-Staub et al., 2015). Betroffene wiesen eine hohe Patientenzufriedenheit auf, jedoch bestand Klärungsbedarf seitens der Fachpersonen bezüglich der Rolle und Kompetenzen von APNs in Hausarztpraxen und des Zuweisungsprozesses (Müller-Staub et al., 2015). Josi, Bianchi und Brandt (2020) beschreiben, dass die Rollenklärung für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb neuer Versorgungsmodelle in der Primärversorgung entscheidend ist. Der Anreiz mit einem/ einer APN in der Grundversorgung zu arbeiten, ist weiter aufgrund der unklaren rechtlichen Gegebenheiten bezüglich der Rolle als eigenständige Leistungserbringende sowie Abrechnungsschwierigkeiten limitiert (Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Zurzeit können APN-Leistungen nur abgerechnet werden, wenn sie entweder im Rahmen einer ärztlichen Verordnung erbracht werden, und dann auch nur mittels Tarife für nicht-ärztliche Leistungserbringende. Eigenständige Leistungen durch APN sind im aktuellen System gemäss KVG nicht vorgesehen. Diese Hürden sowie die Tatsache, dass die Rolle der APN und deren Tätigkeitsbereich bei Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten wenig bekannt sind, erklärt die beschränkte Adoption dieses Versorgungsmodells (Gysin et al., 2019; Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Jedoch sind sich Hausärztinnen und Hausärzte sowie APNs bewusst, dass die APN-Rolle zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen kann (Gysin et al., 2019).

Die Rolle der APNs in der Schweizer Grundversorgung ist im Entstehungsprozess und verfügt aktuell über eine geringe wissenschaftliche Grundlage. Daher ist es nötig, den Kompetenzbereich sowie die Abrechnungsmöglichkeiten genauer zu untersuchen.

2.1 Ziele

Dieses Projekt will

- 1) je eine APN in je einer Hausarztpraxis – im Berner Mittel- resp. Oberland (BEMI resp. BEOB) – einsetzen und mittels Fallanalysen deren Beitrag beschreiben und evaluieren;
- 2) den Beitrag zum Selbstmanagement sowie der Lebensqualität bei älteren und chronisch Kranken, die Schnittstellen und interprofessionelle Zusammenarbeit in identifizieren;
- 3) TARMED-relevanten Leistungen identifizieren und Empfehlungen bezüglich rechtlicher Grundlagen und Vergütung der APN-Leistung in Schweizer Hausarztpraxen erarbeiten (Teilprojekt).

2.2 Beschreibung des Evaluationsgegenstandes, Evaluationsfragen

Dieses Projekt soll selbstevaluiert werden. Folgende Evaluationsfragen sind leitend:

- 1) Werden die oben formulierten Fragestellungen beantwortet?
- 2) Wird der zeitliche und Kostenrahmen eingehalten?

Für dieses Projekt werden die geplanten Daten sowie zusätzliche Prozessdaten wie Sitzungsdokumente zur Evaluation beigezogen.

3 Methode

3.1 Design

Zur Erreichung der Zielsetzung wurde ein Fallstudiendesign (Case Study Design) eingesetzt. Case Studies eignen sich zur mehrdimensionalen Untersuchung vielschichtiger Phänomene, welche im Kontext des wirklichen Lebens verankert sind (Fringer & Schnepf, 2015; Stake, 1995; Yin, 2018). Sie werden als adäquat für die Untersuchung von APN-Rollen angesehen, weil sie die Auswirkungen komplexer Rollen in der Gesundheitsversorgung aufgrund mehrerer Datenerhebungsverfahren (qualitative und quantitative Methoden) darstellen können (Begley et al., 2010; Bryant-Lukosius et al., 2016; Lalor et al., 2013). Ein solches Vorgehen erlaubt, einen oder mehrere interessierende Fälle mittels der Kombination verschiedener Forschungsmethoden detailliert darzustellen (Creswell, 2013; Yin, 2018). In dieser Studie werden APNs in Hausarztpraxen als Fall verstanden, weil die jeweilige Patientenversorgung durch die APN ganzheitlich beschreiben werden soll. Die Hausarztpraxen eignen sich als Untersuchungsort, weil bedingt durch die unterschiedliche Zusammensetzung des Fachpersonals heterogene Arbeitsaufteilungen und -abläufe zu erwarten sind.

3.2 Sampling Methode

Bei einem Fallstudiendesign wird aufgrund der vordefinierten Fälle (hier die APNs in Hausarztpraxis) eine gezielte Stichprobe gewählt (Creswell, 2013). Das Projekt basiert auf die Vorarbeiten in zwei Hausarztpraxen, die Praxispartner der BFH sind und mit denen ein Kooperationsvertrag besteht. Dabei liegt eine Hausarztpraxis in einer ländlichen Gegend (BEMI) und eine in einer Bergregion (BEOB), im selben Kanton. Beide beschäftigen je eine APN. Diese Regionen sind interessant, weil die Sicherstellung der Primärversorgung besonders in solchen

Regionen gefährdet ist (Barnes et al., 2018; Cerny et al., 2016). Angenommen wurde, dass die Hausarztpraxen sowie die Teilnehmenden ähnliche Merkmale aufweisen und darum eine Vergleichbarkeit gegeben ist.

Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und die Fachpersonen wurden durch die APNs, Hausärztinnen oder Hausärzte mündlich auf die Studie aufmerksam gemacht. Diese Strategie eignet sich, wenn Teilnehmende aus bestimmten Institutionen gesucht werden (Kruse, 2015). Alle Teilnehmenden – Fachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige – wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert. Für eine Teilnahme an der Studie wurden die interessierten Personen um ihre informierte Zustimmung gebeten (i.e. «Informed Consent»). Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 2 im Anhang ersichtlich.

3.3 Datensammlung

Für das vorliegende Projekt wurden qualitative und quantitative Erhebungsverfahren wie Beobachtungen, Interviews, Dokumentenanalysen und Fragebogen eingesetzt, damit der Alltag in den Hausarztpraxen erfasst und die Rolle der APN aus verschiedenen Perspektiven umfangreich beschrieben werden konnte (siehe Tabelle 1). Die Datensammlung in der Praxis BEMI erfolgte zwischen Februar 2020 bis August 2020 und in der Praxis BEOB zwischen Dezember 2020 bis Juli 2021.

Qualitative Datensammlung: Es wurden Beobachtungen in der Hausarztpraxis, in der Spitex und im Altersheim durchgeführt. Zudem fanden Einzelinterviews und Fokusgruppeninterviews mit Fachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Vertretungspersonen der Gemeinden statt. Die Interviews wurden im MAXQDA-Programm (MAXQDA The Art of Data Analysis, 2017) transkribiert. Weiter wurden 23 Patientendossiers analysiert, um den Behandlungsverlauf sowie die Vorgehensweisen und Tätigkeiten der APN zu identifizieren.

Quantitative Datensammlung: Fünf Fragebogen wurden eingesetzt, damit die jeweilige Untersuchungsgruppe ausführlich mittels deskriptiver Datenanalyse beschrieben werden konnte. Patientinnen und Patienten erhielten einen Fragebogen zur Einschätzung der Symptome und der Lebensqualität (Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS] und EQ-5D-3L), damit die Gesundheitssituation erfasst werden konnte (Bruera et al., 1991; Carvajal et al., 2011; Herdman et al., 2011; Janssen et al., 2013). Weiter konnten die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung durch die APN ausfüllen (Nurse Practitioner Satisfaction Scale [NPSS]) (Agosta, 2009b). Sowohl die Fachpersonen als auch die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige erhielten die Möglichkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis mittels den Fragebogen Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-II) (nur für Fachpersonen) (Orchard et al., 2018) und dem Schweizerischen Interprofessionalitäts-Evaluations-Instrumentarium (SIPEI) (Wagner et al., 2019) einzuschätzen.

Alle verwendeten Fragebogen waren in deutscher Sprache validiert und wurden mit Zustimmung der Entwickler in dieser Studie eingesetzt.

Tabelle 1 : Übersicht Datensammlung in zwei Hausarztpraxen

| Hausarztpraxis A | Hausarztpraxis B |
|--|---|
| 37 Beobachtungsstunden | 43 Beobachtungsstunden |
| 7 Patienteninterviews | 8 Patienteninterviews |
| 5 Interviews mit Fachpersonen | 7 Interviews mit Fachpersonen |
| 7 analysierte Patientendossiers | 8 analysierte Patientendossiers |
| Fragebogen für Patientinnen und Patienten n=7 EQ-D5-L5* n=7 ESAS** | Fragebogen für Patientinnen und Patienten (zwei Fragebogen nicht zurückerhalten) n=6 EQ-D5-L5* n=6 ESAS** |

| | |
|--|--|
| n=7 NPSP*** n=7 SIPEI**** | n=6 NPSP*** n=6 SIPEI**** |
| Fragebogen für Praxisteam n=10 AICTS-II**** n=10 SIPEI**** | Fragebogen für Praxisteam n=10 AICTS-II**** n=10 SIPEI**** |

* Einschätzung Lebensqualität (Herdman et al., 2011); ** Einschätzung Symptome (Bruera et al., 1991); *** Einschätzung der Zufriedenheit mit der Behandlung durch die APN (Agosta, 2009b); **** Einschätzung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Orchard et al., 2018; Wagner et al., 2019)

Für die Evaluation wurden zusätzlich die Konsortiumssitzungen protokolliert. Zudem wurden die für die Stiftung Gesundheitsförderung erbrachten regelmässigen Reportings beigezogen.

3.4 Datenanalyse

Bei der induktiven Datenanalyse (Within-Case-Analyse) wurden Interviewtranskripte, Daten aus den Patientendossiers, Beobachtungsprotokolle und deskriptive statistische Analyseergebnisse (z.B. Mittelwerte) der Fragebogenerhebungen fallweise zusammengeführt.

Qualitative Analyse: Für die Analyse der Interviews, Beobachtungen und Patientendossiers wurde eine thematische Vorgehensweise nach Braun und Clarke (2006) gewählt. Die thematische Analyse erlaubt ein vertiefendes Vorgehen, um latente Themen herauszuarbeiten. Wiederholtes Lesen der Daten ermöglicht die Herausarbeitung dieser Themen. Die erste Analyseeinheit wurde im MAXQDA-Programm (MAXQDA The Art of Data Analysis, 2017) durch die Erstautorin durchgeführt. Anschliessen erfolgte eine Gruppierung der Themen mit angeschriebenen Zetteln und Bildung der Hauptthemen durch die Erstautorin, die Projektleitung und eine Praktikantin. Zum Schluss wurde zu jedem Fall eine narrative Fallvignette generiert.

Quantitative Analyse: Die Fragebogen wurden deskriptiv, mehrheitlich mit relativen Häufigkeiten (Prozent) und bei Summenscores mit Mittelwerten und Standardabweichung, beschrieben. Die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente wurden getrennt analysiert und dienten zur Beschreibung des Fallkontexts. Die deskriptiven statistischen Analysen wurden mit der aktuellen Version des Programms IBM SPSS Statistics durchgeführt.

3.5 Ethische Überlegungen

Im Rahmen des Projektes PRiMA wurde eine Zuständigkeitsabklärung bei der Ethikkommission des Kantons Bern eingereicht. Gemäss Humanforschungsgesetz erklärte sich die Ethikkommission für nicht zuständig (Req-2020-00160).

Die Teilnehmenden wurden über den Inhalt und das Ziel sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme schriftlich und mündlich informiert. Dazu wurde die Studieninformation und eine informierte Zustimmung (i.e., «Informed Consent») verwendet. Die persönlichen Daten wurden pseudonymisiert. Bei Schilderungen von persönlichen Erfahrungen können Emotionen bei den Befragten ausgelöst werden. Die Autorinnen und Autoren waren sich dieser Tatsache bewusst. Sie stellten allen Teilnehmenden ihre Kontaktdaten zur Verfügung und boten bei Bedarf eine Nachbesprechung an. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass sie jederzeit das Interview abbrechen konnten. Eine solche Entscheidung mussten die Teilnehmenden nicht begründen. Die Teilnahme hatte keine Auswirkungen auf die aktuelle und die zukünftige pflegerische oder medizinische Behandlung. Nicht auszuschliessen war, dass bei den Teilnehmenden das Gefühl aufkam, sozial erwünschte Antworten geben zu müssen. Die Autorinnen und Autoren nahmen deshalb eine unvoreingenommene Haltung ein und liessen den individuellen Erzählungen Platz.

4 Resultate

Die Resultate dieser Studie sind bereits in Peer-Reviewed Internationalen Zeitschriften publiziert. Daher werden nachfolgend die DOI angegeben, so dass direkt zu diesen Publikationen navigiert werden kann.

4.1 Systematische Literaturanalyse

Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2021). Competencies and scope of practice of nurse practitioners in primary health care: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 19(4), 899-905. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00554> (Schlunegger et al., 2021)

Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382> (Margarithe Charlotte Schlunegger et al., 2022)

4.2 Within-Case Analyse

Schlunegger, M. C., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022, Jun 29). [The contribution of advanced practice nurses in Swiss family practices: Multiple case study design]. *Pflege*. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000890> (Der Beitrag von Advanced Practice Nurses in Schweizer Hausarztpraxen.) (M. C. Schlunegger et al., 2022)

4.3 Rechtliche Grundlagen und Vergütung von APN

Zumstein-Shaha, M. (2022 in print). Pflegeexpertin/-e APN in der Schweiz. Rechtliche Grundlagen und Schwierigkeiten bei der Abrechnung. *Pflegerecht*. (siehe: [Pflegerecht - Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie](#))

4.4 Weiterführende Arbeiten und Stellenbeschreibung APN in Berner Hausarztpraxen

Die Masterarbeiten (Lea Flück, Christine Teuscher und Simona Aeschlimann) wurden im Frühjahr, bzw. im Sommer 2021 erfolgreich abgeschlossen. Eine Publikation ist eingereicht. Das Doktorat (Margarithe Schlunegger) ist auf Kurs mit erfolgten Publikationen (siehe 4.1. und 4.2.). Dafür konnten von Margarithe Schlunegger zusätzliche Gelder eingeworben werden.

Das Teilprojekt Vergütung wurde Anfang 2021 abgeschlossen. Zusätzlich wurden umfassende Gespräche mit Versicherern geführt. Obwohl sich zunächst eine Teillösung abzeichnete, konnte nichts Genaues realisiert werden. Eine Publikation dazu ist im Druck (siehe 4.3.).

Folgende Teilprojekte wurden im Verlauf des PRiMA realisiert und abgeschlossen werden.

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Masterthesis Lea Flück | Die Betreuung von chronisch erkrankten, älteren Personen in Berner Hausarztpraxen Die Perspektive der Behandelnden | Erfolgreich abgeschlossen im März 2020 |
| Masterthesis Christine Teuscher | Die Betreuung chronisch erkrankter und älterer Personen in ländlichen Berner Hausarztpraxen – die Perspektive der Patient*innen. Eine interpretierende Beschreibung | Erfolgreich abgeschlossen im Juli 2020 |
| Masterthesis Simona Aeschlimann | Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Schweizer Primärversorgung - eine Mixed-Methods Erhebung | Erfolgreich abgeschlossen im März 2020 |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Doktorat Margarithe Schlunegger | Nurse Practitioners in der Schweizer Primärversorgung. PhD-Projekt (PASSiON) | Auf Kurs. Abschluss voraussichtlich 2023 |
|---------------------------------------|---|---|

Weitere Publikationen sind erschienen, eingereicht oder geplant:

| | |
|---|---|
| 1 | Schlunegger, M.C., Projekt PRiMA der Berner Fachhochschule. Schweizerische Ärztezeitung, 2021. 102(4): p. 1585-1586 |
| 2 | Zumstein-Shaha, M., Patientensicherheit dank APN. Frequenz, 2019. 3(11): p. 18-20. |
| 3 | Zumstein-Shaha, M., APN in der Grundversorgung: offene Fragen der Vergütung. Frequenz, 2020. 4(9): p. 17-18 |
| 4 | Zumstein-Shaha, M., et al., Interprofessionalität in der Hausarztmedizin. Advanced Practitioner Nurses in der Hausarztpraxis – ein Zukunftsmodell? Berner Hausärzte, 2020. 10(1): p. 4-9. |
| 5 | Geplant: Schlunegger: Cross-Case Analyse der Ergebnisse PRiMA und PASSiON |
| 6 | Zumstein-Shaha, M., et al., Stellenbeschreibung APN in Berner Hausarztpraxen. Berner Fachhochschule, 2022. |

Insgesamt umfasste das Projekt mehrere Datensammlungsmethoden (quantitativ und qualitativ): - Einsatz von validierten und reliablen Fragebogen - Einzel- und Fokusgruppeninterviews - Beobachtungen - Coachings - Expertenbefragungen – Umfragen. Alle Daten konnten wie geplant gesammelt und analysiert werden. Dadurch konnten die gesetzten Meilensteine problemlos erreicht werden. Zudem hat der Einsatz von Masterstudierenden und wissenschaftlichen Assistierenden die Einhaltung der finanziellen Rahmenbedingungen gut ermöglicht. Während des Projekts wurden drei Konsortiumstreffen geplant und durchgeführt. Das erste fand im Dezember 2019 statt als Auftakt, noch mit Frau Dr. med. Nartey als Vertretende des Kantons Bern. Im Dezember 2020 wurde das Konsortiumstreffen online anberaumt. Aufgrund der damals vorherrschenden Pandemie war die Vertretung des Kantons Bern abwesend. Dafür nahm die Vertretende der Spitex Grindelwald teil. Auch aufgrund der Pandemie wurde das Konsortiumstreffen vom Dezember 2021 nochmals online abgehalten. Wiederum fehlte die Vertretung des Kantons Bern. Jedoch ist nun ein Abschlusstreffen in Präsenz Ende März 2021 geplant. Dabei sollen die Resultate vorgestellt werden sowie das Anschlussprojekt.

Die Durchführung des Projekts war weitestgehend problemlos und die gesetzten Ziele konnten erreicht werden. Im Forschungsteam – bestehend aus der Projektleitung, der wissenschaftlichen Mitarbeitenden und Doktorandin, weiteren wissenschaftlichen Assistierenden sowie Masterstudierenden – fanden regelmässige Treffen statt: zu Beginn des Projekts alle zwei Wochen, später jeden Monat. Wenn Sounding Board Konsultationen oder Konsortiumstreffen anstanden, wurde die Regelmässigkeit der Treffen erhöht. Das Sounding Board konnte jeweils zeitgerecht konsultiert werden. Sowohl 2020 wie 2021 fanden als Feedback Telefonate oder Online-Treffen statt. Alle Sounding Board Mitglieder kommentierten die Resultate umfassend. Diese Angaben flossen direkt in die Redaktion der Jahresberichte ein und konnten so vom Konsortium genehmigt werden.

Es wurde ein breites Netzwerk erreicht innerhalb des Kantons Bern, auch aufgrund der Tatsache, dass das PRiMA als Best Practice Projekt im Kanton Bern geführt wird. Auch auf nationaler Ebene konnte das PRiMA als Best Practice Projekt vorgestellt werden in der Plattform Interprofessionalité.

Das PRiMA ist eines der ersten Projekte, das zwei spezifische APN-Rollen genauer untersucht und hinsichtlich des Scope of Practice der APN, der Schnittstellen, interprofessioneller Zusammenarbeit, der Zufriedenheit von Fachpersonen sowie Patientinnen, Patienten und Angehörigen evaluiert hat. Das Projekt PRiMA erhielt mit

Beginn sehr viel politische Aufmerksamkeit. Es wurde vom Regierungsrat des Kantons Bern im Rahmen der Beantwortung der Motion Gerber (Seeland) verwendet. Das Projekt konnte an zwei interprofessionellen Kongressen vorgestellt werden. Das PRiMA ist ein wichtiger Beitrag im Rahmen der Etablierung der neuen Rolle APN in der medizinischen Grundversorgung, im Aufzeigen des Beitrags dieser Fachpersonen zum Gesundheitswesen, aber auch als wichtige Leistungserbringende.

Nach wie vor ist das Konzept APN unter den ärztlichen Fachpersonen wenig bekannt in seinen Details (Gysin et al., 2020; Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Weitere Information ist nötig sowie Angaben der Reorganisation und Unterstützung bei der Einführung solcher Rollen. Dazu ist nicht nur die Bereitschaft von ärztlichen Fachpersonen unabdingbar, sondern vermutlich auch ein gewisser finanzieller Zustupf, um das Coaching zu garantieren. Dazu ist nötig, dass der Scope of Practice klar deklariert ist. Also eine einheitliche Stellenbeschreibung sowie ein passendes Rollenprofil für APN in der Grundversorgung ist von Nöten. Dazu ist ein Projekt in der Antragstellung. Weiter benötigen die entsprechenden Praxen neue Wege der Zuteilung von Patientinnen und Patienten. Es ist entscheidend, dass die Ressourcen aller Fachpersonen – MPA, MPK, APN, ärztliche Fachpersonen – in einer Hausarztpraxis den Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. So können mögliche Wartezeiten reduziert, ärztliche Fachpersonen effektiv entlastet und Patientinnen sowie Patienten in ihrer Gesundheitsförderung, hinsichtlich Prävention und Selbstmanagement gezielt unterstützt werden.

4.5 Vergütung der APN-Leistung

Nach wie vor ist das Konzept APN unter den ärztlichen Fachpersonen wenig bekannt in seinen Details (Gysin et al., 2020; Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Weitere Information ist nötig sowie Angaben der Reorganisation und Unterstützung bei der Einführung solcher Rollen. Dazu ist nicht nur die Bereitschaft von ärztlichen Fachpersonen unabdingbar, sondern vermutlich auch ein gewisser finanzieller Zustupf, um das Coaching zu garantieren. Dazu ist nötig, dass der Scope of Practice klar deklariert ist. Also eine einheitliche Stellenbeschreibung sowie ein passendes Rollenprofil für APN in der Grundversorgung ist von Nöten. Dazu ist ein Projekt in der Antragstellung. Weiter benötigen die entsprechenden Praxen neue Wege der Zuteilung von Patientinnen und Patienten. Es ist entscheidend, dass die Ressourcen aller Fachpersonen – MPA, MPK, APN, ärztliche Fachpersonen – in einer Hausarztpraxis den Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. So können mögliche Wartezeiten reduziert, ärztliche Fachpersonen effektiv entlastet und Patientinnen sowie Patienten in ihrer Gesundheitsförderung, hinsichtlich Prävention und Selbstmanagement gezielt unterstützt werden. Schliesslich braucht es die Anerkennung der Leistung der APN als selbstständigen Bereich und die entsprechende Abrechenbarkeit. Nur so kann die medizinische Grundversorgung gestützt und für die Zukunft fit gemacht werden. Gerade zu diesem letzten Punkt bestehen aktuell grosse Hindernisse. Trotz der Annahme der Pflegeinitiative im November 2021, wird die Arbeit der Pflege – ob auf Diplomstufe oder als APN – nicht anerkannt und als selbstständigen Beitrag gesehen. Wenn hier keine Veränderung erfolgt, wird der weitere Weg durchaus erschwert und die systematische Einsetzung von APN in der medizinischen Grundversorgung auf Jahre hinausgezögert.

Die rechtlich unklare Lage und damit die Probleme bei der Abrechnung tragen dazu bei, dass in einem Fall die Zusammenarbeit mit einem Alters- und Pflegeheim aufgekündigt wurde. Grund dafür ist, dass die Kosten der APN dem Alters- und Pflegeheim belastet wurden. Insgesamt ist die Vergütung unzureichend. Für Tätigkeiten der APN innerhalb der Hausarztpraxis kann im besten Fall eine Vergütung von 50% der Zeit erreicht werden. Alle Tätigkeiten ausserhalb der Praxis erfolgen mehrheitlich unentgeltlich. Mit den bestehenden Tarifen des TARMED können hier keine Leistungen verrechnet werden. Das ist für alle Beteiligten unbefriedigend. Eine

mögliche Teillösung könnte umfassen, dass APN sich als selbstständig erwerbende Gesundheitsfachperson registrieren lassen und dann für die Tätigkeiten ausserhalb der Hausarztpraxis den Spitextarif abrechnen. Im Vergleich mit ärztlichen Fachpersonen benötigen APN rund doppelte so viel Zeit in der Begutachtung von Patientinnen und Patienten.

Jedoch umfasst der Spitextarif vor allem pflegerische Leistungen. Die von den APN spezifischen Vorteile der Kombination von medizinischen und pflegerischen Leistungen können nicht abgebildet, bzw. vergütet werden. In Anbetracht der Tatsache, dass die Tätigkeit der APN ausserhalb der Hausarztpraxen ein wichtiger Teil ist, stimmt dieses Problem der Abrechenbarkeit nachdenklich. Für die nahe Zukunft muss aber hierzu unbedingt eine Lösung gefunden werden.

Das Problem der Abrechnung konnte wenigstens für BEMI und BEOB angegangen werden. Mögliche Lösungen sind skizziert, aber noch nicht umgesetzt. Es braucht die Anerkennung der Leistung der APN als selbstständigen Bereich und die entsprechende Abrechenbarkeit. Nur so kann die medizinische Grundversorgung gestützt und für die Zukunft fit gemacht werden.

Trotz der Annahme der Pflegeinitiative im November 2021, wird die Arbeit der Pflege – ob auf Diplomstufe oder als APN – nicht anerkannt und als selbstständigen Beitrag gesehen. Wenn hier keine Veränderung erfolgt, wird der weitere Weg durchaus erschwert und die systematische Einsetzung von APN in der medizinischen Grundversorgung auf Jahre hinausgezögert. Die Situation der APN in der Schweiz muss auf nationaler Ebene angegangen werden.

5 Diskussion

Die Rolle der APNs in Schweizer Hausarztpraxen ist im Entstehungsprozess und verfügt aktuell über eine geringe wissenschaftliche Grundlage. Diese Studie hatte zum Ziel, mittels Fallstudiendesign den Beitrag der APNs zu den Themen: «Selbstmanagement und der Lebensqualität von älteren chronisch Kranken», «Schnittstellen» und «interprofessionelle Zusammenarbeit» vertiefter und überzeugend darzustellen.

In beiden Hausarztpraxen der hier vorliegenden Studie lässt sich ein Bedarf an Klärung der Kompetenzen und Aufgabenbereiche der APN feststellen. Jedoch wurde die APN de

Implementierung von APN die Kenntnisse betreffend Kompetenzen und Aufgabenbereiche fehlten, sich jedoch mit der Zeit ein Rollenverständnis entwickelte und gegenseitiges Vertrauen unter den Fachpersonen entstand. Die Frage stellt sich, ob der Aufbau von Vertrauen nicht zusätzlich anders unterstützt werden könnte, beispielsweise durch die nationale Klärung der Kompetenzbereiche und der Entwicklung des Aufgabengebiets von APN in der Grundversorgung je nach Arbeitserfahrung. Ärztliche Fachpersonen stützen sich diesbezüglich auf die EPAs ab, die Entrustable Professional Activities. Diese wurden in der medizinischen Ausbildung entwickelt, um die Umsetzung der CanMEDS Kompetenzen zu fördern (de Graaf et al., 2021; Sebok-Syer et al., 2021; ten Cate, 2013). Würden die Kompetenzen der APN und ihr Aufgabenbereich auf solche Grundlagen gestellt, die insbesondere ärztlichen Fachpersonen gut bekannt sind, könnte dadurch das gegenseitige Vertrauen rascher erlangt und somit die Zusammenarbeit besser etabliert werden.

Sowohl in der Region BEMI als auch in der Region BEOB betreuen die APNs hauptsächlich Personen mit chronischen Erkrankungen, die entweder zu Hause oder in einem Alters- und Pflegeheim leben. Durch die Beobachtungen wurde ersichtlich, dass die APNs während der Betreuung dieser Patientenpopulation unter anderem Coachings zu Lebensstil, Selbstmanagement und zu präventiven Massnahmen durchführen.

Gesundheitsförderung und Prävention werden als zentrale Aspekte in der Versorgung von älteren, chronisch erkrankten Menschen genannt (Djalali & Rosemann, 2015b). Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität sind gefordert, sekundärpräventiv Änderungen ihres Lebensstils vorzunehmen, da chronische Erkrankungen nicht kurativ behandelbar, sondern lebenslänglich vorhanden sind (Djalali & Rosemann, 2015b). Die Befähigung zum Selbstmanagement ist deshalb wichtig (Djalali & Rosemann, 2015b). Marsden und Street (2004) beschreiben in einer Untersuchung zweier Hausarztpraxen, dass die APNs über erweiterte Fähigkeiten in den Bereichen Patientenedukation, Selbstmanagement und Coping Skills aufwiesen. Zudem verfügten sie über mehr Zeit für Konsultationen als die Hausärztinnen und Hausärzte und konnten entsprechend Beratungen durchführen (Marsden & Street, 2004). Untersuchungen aus der Schweiz zeigen, dass APNs auch hier in der Primärversorgung eine beratende Funktion einnehmen und präventive und gesundheitsfördernde Tätigkeiten durchführen, für welche die Hausärztinnen und Hausärzte oftmals über zu wenig Zeit und Kompetenzen verfügen (Bischofberger et al., 2020). Einerseits konnten APNs Hausärztinnen und Hausärzte entsprechend entlasten (Josi & Bianchi, 2019), andererseits liess sich auch eine Verbesserung des Krankheitsmanagements und der Alltagsgestaltung von chronisch kranken Menschen durch die Betreuung von APNs feststellen (Müller-Staub et al., 2015). Die Implementierung der Aspekte Gesundheitsförderung und Prävention in die hausärztliche Versorgung ist in der Schweiz eher neu. Traditionell sind Hausärztinnen und Hausärzte primär in Zusammenarbeit mit medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten tätig. Diese Berufsgruppen übernehmen nur teilweise Aufgaben in den Bereichen Beratung zu Prävention und Gesundheitsförderung. Durch den Einsatz der APNs im hausärztlichen Setting werden Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in die Hausarztversorgung integriert.

Für beide APN in vorliegender Studie gestaltet sich der Aufbau eines eigenen Patientenstamms schwierig. Der Zuweisungsprozess erfolgt unsystematisch und nach Gutdünken der Hausärztinnen und Hausärzte. Erfahrungen aus Ländern, in welchen die Rolle bereits etabliert ist, zeigen, dass sich der Aufbau der APN Rolle entsprechend den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung sowie den Anforderungen an das nationale Gesundheitssystem richtet. In den USA beispielsweise entwickelte sich die Rolle der APN ursprünglich, um die Behandlung von Kindern zu ermöglichen, die über keinen Zugang zu einer angepassten Primärversorgung verfügten (Schober et al., 2020). Schon seit ihrem Beginn wurden APNs jedoch nicht nur in der pädiatrischen Versorgung eingesetzt, sondern betreute Patientinnen und Patienten über die gesamte Lebensspanne hinweg und deckte komplexe Bedürfnisse

sowohl akuter als auch chronisch kranker Menschen ab (Schober et al., 2020). Mit dem Ziel, eine angepasste Versorgung vulnerabler Patientenpopulationen in ländlichen, abgeschiedenen und unterversorgten Gegenden zu gewährleisten, wurde die Rolle auch in Kanada und Jamaica eingeführt (Schober et al., 2020). Grossbritannien und Nordirland (UK) implementierten APN in der Primärversorgung, um einem steigenden Hausärztemangel sowie einer fehlenden Versorgung marginalisierter Personen in urbanen Settings zu begegnen (Marsden & Street, 2004). In der Schweiz etabliert sich die Rolle in der Primärversorgung zunehmend bedingt durch einen Anstieg von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität sowie einem vorherrschenden Fachkräftemangel. Es wird jedoch vermutet, dass derzeit erst rund ein Dutzend Personen schweizweit als APN in einer Hausarztpraxis tätig sind (Bischofberger et al., 2020). Diese vergleichsweise tiefe Anzahl an APN in der Primärversorgung führt zu einem entsprechenden Mangel an Praxisbeispielen (Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Hausärztinnen und Hausärzte äussern, dass ihnen konkrete Vorstellungen betreffend die Kompetenzen einer APN fehlen (Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Dies hat unter anderem eine Unsicherheit im Zuweisungsprozess der Patientinnen und Patienten an die APN zur Folge (Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Weiter ist das ANP-Profil derzeit nicht im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) der Schweiz enthalten (Bischofberger et al., 2020). In der Folge ist eine gesetzliche Grundlage für die Kompetenzen und die Berufsausübung von APN noch ausstehend. Auch politische und finanzielle Rahmenbedingungen sind in der Schweiz noch nicht geklärt (Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). Ergebnisse von Untersuchungen der Rolle sollen deshalb unter anderem dem zukünftig notwendigen unterstützenden Zulassungs- und Regulierungsverfahren zur Berufsausübung der APN dienen.

Die APN der Region BEMI ist zu 100% bei der Spitex angestellt und ist davon zu 30% in der Hausarztpraxis tätig. Die APN der Region BEOB arbeitet zu je 20% sowohl in der Spitex als auch in der Hausarztpraxis. Die hybride Anstellung beider APN wurden in der vorliegenden Studie von den befragten Fachpersonen als Mehrwert beschrieben. In anderen Ländern bilden Hausbesuche integraler Bestandteil der Aufgaben der APN in der Primärversorgung (ICN, 2020; King et al., 2018) Personen, welche in ländlichen und abgeschiedenen Gegenden wohnen und/oder aufgrund ihrer alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen auf eine ortsnahe Versorgung angewiesen sind, können von der häuslichen Versorgung durch die APN profitieren. In der Schweiz ist zurzeit lediglich ein kleiner Anteil von APNs in der Spitex tätig (3%) (Bischofberger et al., 2020). Deren Aufgabenbereich umfasst sowohl eine Unterstützung der Pflegefachpersonen als auch die Übernahme von Tätigkeiten bei den Patientinnen und Patienten zu Hause, insbesondere wenn ein Bedarf für eine vertiefte Pflegeexpertise in der Betreuung vorliegt (z.B. palliative Versorgung im Endstadium einer Tumorerkrankung) (Bischofberger et al., 2020). In ihrer Rolle agieren die APN als Bindeglied zwischen den Fachpersonen der Spitex, den Hausärztinnen und Hausärzten, Spezialistinnen und Spezialisten sowie Apothekerinnen und Apotheker (Bischofberger et al., 2020). Eine duale Anstellung scheint deshalb für das Gewährleisten einer integrierten Versorgung von Vorteil. In urbanen Regionen mit einer hohen Hausarztpraxendichte ist jedoch eine Zusammenarbeit der lokalen Spitex mit mehreren Hausarztpraxen zu erwarten. In der Folge könnte die duale Rolle in urbanen Regionen weniger Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Diensten haben. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen aber, dass sich der Einsatz von APN auch in urbanen Gebieten empfehlen lässt (Marsden & Street, 2004). Zudem sind auch urbane Settings vom zunehmenden Fachkräftemangel betroffen. Ob sich eine duale Anstellung in der Hausarztpraxis sowie der Spitex von lohnt, ist deshalb entsprechend dem lokalen Kontext und den Bedürfnissen der Bevölkerung zu entscheiden.

5.1 Limitationen

Diese Studie fokussierte auf zwei spezifische Hausarztpraxen in einem Kanton der Deutschschweiz. Beide Praxen sind in unterschiedlichen Regionen angesiedelt, im Mittelland und in einer Bergregion. Die

Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen muss geprüft werden. Der Einsatz der APNs basiert auf einer gemeinsamen Kompetenzliste, die ihrerseits auf vorhandene Evidenz abstellt. Dies wiederum kann die Übertragbarkeit auf andere Hausarztpraxen erleichtern. Evaluationen sind aber nötig. Während des Projekts wurden beide Hausarztpraxen sowie die Fachpersonen mittels Coachings eng begleitet. Dadurch konnten Herausforderungen zeitnah diskutiert und Lösungen gesucht werden. Zukünftig sollten weitere Coachings durchgeführt werden, da es sich bei APN trotz Etablierung um neue Rollen handelt und gerade die Abrechnung und Vergütung ungelöste Probleme darstellen. Zudem können mit weiterführenden Coachings auch die lokalen Spitexorganisationen in der Zusammenarbeit mit den APN unterstützt werden. Es zeigt sich, dass für die Spitex auch organisatorische Strukturanpassungen nötig sind, so dass sie von den APN profitieren, bzw. diese einbinden können.

Im vorliegenden Projekt hatte zum Ziel, die APN-Rollen zu evaluieren. Daher können keine konkreten Aussagen zu deren Wirkung gemacht werden. Jedoch sind die APN-Rollen nun etabliert und Studien zu deren Wirksamkeit können und sollten nun durchgeführt werden. Ein weiteres Projekt als Nachfolge ist in Arbeit, um die Fragen der Zuteilung von Patientinnen und Patienten in den Hausarztpraxen zu thematisieren und zu untersuchen.

Die befragten Patientinnen und Patienten und die Fachpersonen wiesen über eine positive Einstellung zum Projekt auf. Sozial erwünschte Antworten sind deshalb möglich und allfällige Kritik könnte nur zurückhaltend formuliert worden sein. Jedoch zeigt sich auch in internationalen Studien eine hohe Patientenzufriedenheit mit der Versorgung durch APNs (Agosta, 2009a; Barnes et al., 2018; Chulach & Gagnon, 2016; DesRoches et al., 2017; Reuben et al., 2013; Swan et al., 2015). Die vorliegenden Ergebnisse decken sich folglich mit den Erfahrungen aus anderen Ländern. Insbesondere fokussieren APN auf Gesundheitsförderung, Prävention und Selbstmanagement sowie die Unterstützung der Angehörigen. Dadurch unterscheiden sie sich grundlegend von anderen Leistungserbringenden. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Wirksamkeit der APN in der Schweizer Hausarztpraxen aufzuzeigen.

Die Analyse der Patientendossiers zeigt überwiegend niedrig-komplexe Behandlungsbedürfnisse der durch die APN betreuten Patientinnen und Patienten. Während der Beobachtungssequenzen wurde aber ersichtlich, dass die durch die APNs betreuten Patientengruppen auch komplexe Bedürfnisse aufweisen und die APNs zur Stabilisierung instabiler Behandlungssituationen beitragen. Die Daten- und Methodentriangulation ermöglicht das Erkennen solcher ergänzenden Aspekte. Durch die Nutzung unterschiedlicher Erhebungsverfahren wurde deshalb ein Ausgleich der Schwächen und Stärken der einzelnen Methoden angestrebt.

6 Schlussfolgerungen

6.1 Empfehlungen für die klinische Praxis

Die untersuchten Fälle zeigen, dass ein Bedarf an Klärung der Kompetenzen und Aufgabenbereiche für APNs in der Schweizer Primärversorgung vorliegt. Das Erstellen einer konkreten Stellenbeschreibung für APNs in Hausarztpraxen würde sich deshalb zukünftig anbieten, nicht zuletzt auch, um den Aufbau eines Patientenstammes für APN und Zuweisungsprozesse zu erleichtern. Auch die Förderung des Austausches zwischen den Fachpersonen ist wichtig, um die Aushandlung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zu beschleunigen und somit die Etablierung der neuen Teamzusammensetzung zu unterstützen. Gezielte Austausche werden zurzeit wenig umgesetzt. Gründe dafür liegen einerseits in der oft vollgefüllten Agenda, andererseits auch in der Erkennung der Momente, in denen ein Austausch unumgänglich ist. Klärungsbedarf

besteht, damit Austauschgefässe nicht unnötig scheinen, wirklich genutzt und beispielsweise während der jeweiligen Arbeitszeiten durchgeführt werden.

Weiter ist es wichtig, unterstützende Zulassungs- und Regulierungsverfahren für die Rolle der APN in der Schweizer Primärversorgung zu etablieren, um Versorgungsmodelle mit APN zukünftig effektiv umsetzen zu können.

6.2 Empfehlungen für zukünftige Forschung

Aufgrund der gewählten Untersuchungsmethoden war es in vorliegender Studie nur eingeschränkt möglich, präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen der APNs zu benennen. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um den Mehrwert der APNs in diesen Bereichen vertiefter zu beleuchten. Unter Nutzung einer Interventionsstudie könnten beispielsweise Vergleiche zwischen Hausarztpraxen mit und ohne APN betreffend die Outcomes im Hinblick auf die Faktoren Lebensqualität, Selbstmanagement und Empowerment älterer, chronisch kranker Menschen hergestellt werden. Zudem würde sich eine Evaluation der Auswirkungen der Rollenimplementierung über Zeit anbieten. Beide in dieser Studie untersuchten APNs haben ihre Tätigkeit im Setting der Hausarztpraxen kurz vor oder bei Studienbeginn aufgenommen. Inwiefern sich die Berufserfahrung im spezifischen Setting auf die Kompetenzen und Aufgabenbereiche der APNs auswirken, liesse sich im Rahmen einer Longitudinal-Studie erheben. Auch Vergleiche zwischen urbanen und ländlichen Regionen hinsichtlich der Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung würden sich anbieten.

6.3 Empfehlungen für die zukünftige Ausbildung

Die klinischen Fähigkeiten (Clinical Assessment) mussten sich die APNs trotz mehrjähriger Berufserfahrung direkt in der Hausarztpraxis erarbeiten. Dadurch konnte ein Vertrauensverhältnis zwischen APN und Hausärztinnen und -ärzte aufgebaut werden. Jedoch war dieser Zusatzerwerb von Fähigkeiten auf Seiten Hausärztinnen und -ärzte mit Betreuungs- und Ausbildungsaufwand verbunden. Hier wäre empfehlenswert, dass in der Master of Science in Pflege-Ausbildung die klinischen Fähigkeiten gestärkt und gefördert werden. Die Berner Fachhochschule geht hier mit ihren Programmen voran (Berner Fachhochschule [BFH], 2021). Zudem ist es nötig, dass auch nach Abschluss der Master of Science in Pflege-Ausbildung, Weiterbildungen für die APN zur Verfügung stehen. Auf Seiten der Ärzteschaft wäre zu prüfen, ob die Ausbildungsleistung auch für sie in irgendeiner Form als Weiterbildung abgegolten werden könnte.

In der Primärversorgung arbeiten häufig Vertretende der Berufe medizinische Praxisassistentinnen, -assistenten, oder medizinische Praxiskoordinatorinnen. Die Ausbildung bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen des Master of Science in Pflege sollte diese Berufsgruppen berücksichtigen, so dass auch der nachfolgende Einsatz in der Hausarztpraxis reibungsloser erfolgen kann.

Um die Abschlusskompetenzen von APNs auch für andere Berufsgruppen sowie für die Erarbeitung der nötigen gesetzlichen Grundlagen und Abrechnung zur Verfügung zu stellen, ist eine Standardisierung der Ausbildung unabdingbar. Auch in den Vereinigten Staaten von Amerika sind dafür die vereinten Ausbildungsstätten für Pflege zuständig (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2021). Für die Schweiz wäre die Zuständigkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen.

7 Abbildungsverzeichnis

No table of figures entries found.

8 Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1 : Übersicht Datensammlung in zwei Hausarztpraxen | 8 |
| Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Interviews | 26 |
| Tabelle 3: Ergebnisse EQ-D5-L5 | 27 |
| Tabelle 4 : Ergebnisse ESAS | 28 |
| Tabelle 5 : Ergebnisse NPSP | 29 |
| Tabelle 6 : Ergebnisse AICTS-II: Fachpersonen | 30 |
| Tabelle 7 : Ergebnisse SIPEI: Fachpersonen | 31 |
| Tabelle 8 : Ergebnisse SIPEI: Patientinnen und Patienten | 32 |
| Tabelle 9: Definitionen Prävention/Gesundheitsförderung und Selbstmanagement | 33 |
| Tabelle 10: Ergebnisse Analyse Patientendossiers | 34 |

9 Literaturverzeichnis

- Agosta, L. J. (2009a). Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(11), 610-617. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00449.x>
- Agosta, L. J. (2009b). Psychometric evaluation of the nurse practitioner satisfaction survey (NPSS). *Journal of nursing measurement*, 17(2), 114-133. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.114>
- American Association of Colleges of Nursing [AACN]. (2021). *Who We Are*. <https://www.aacnnursing.org/>
- BAG, & GDK. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024* (Bundesrätliche Strategie Gesundheit-Santé 2020, Issue. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/2-pgv/NCD-Strategie_2017-2024.pdf
- Barnes, H., Richards, M. R., McHugh, M. D., & Martsolf, G. (2018). Rural and nonrural primary care physician practices increasingly rely on nurse practitioners. *Health Affairs*, 37(6), 908-914. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1158>
- Begley, C., Murphy, K., Higgins, A., Elliott, N., Lalor, J., Sheerin, F., Coyne, I., Comiskey, C., Normand, C., Casey, C., Dowling, M., Devane, D., Cooney, A., Farrelly, F., Brennan, M., Meskell, P., & MacNeela, P. (2010). Evaluation of clinical nurse and midwife specialist and advanced nurse and midwife practitioner roles in Ireland (SCAPE) Final Report. <http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/68341>
- Berner Fachhochschule [BFH]. (2021). *Master of Science in Pflege*. <https://www.bfh.ch/de/studium/master/pflege/>
- Bischofberger, I., Käppeli, A., Essig, S., & Gysin, S. (2020). Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc - Stand der Diskussion und Erfahrungen aus der Praxis. *Swiss Academies Communications*, 15(1), 2297-1807. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3355203>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7(2), 6-9. <https://doi.org/10.1177/082585979100700202>
- Bryant-Lukosius, D., Callens, B., De Geest, S., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., Grossman, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Martin, J., Schwendimann, R., Spichiger, E., Stoll, H., Ulrich, A., & Weibel, L. (2016). *Advanced Nursing Practice Roles in Switzerland: A Proposed Framework for Evaluation*. Institute of Nursing Science, University of Basel. http://www.swiss-anp.ch/fileadmin/2_ANP-Wissen_Forschung/PEPPA_Plus_final_Version.pdf
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., & Koller, A. (2016). Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 201-209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12199>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/59488.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/ncd-strategie.pdf>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., & Bruera, E. (2011). A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 47(12), 1863-1872. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.03.027>

- Cerny, T., Rosemann, T., Tandjung, R., & Chmiel, C. (2016). Reasons for general practitioner shortage—a comparison between France and Switzerland. *Praxis*, 105(11), 619-636. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002362>
- Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A. S. (2018, Feb). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *Int J Nurs Stud*, 78, 61-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010>
- Chulach, T., & Gagnon, M. (2016, Mar). Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. *Nursing Inquiry*, 23(1), 52-63. <https://doi.org/10.1111/nin.12105>
- Collins, D. (2019, Mar). Assessing the effectiveness of advanced nurse practitioners undertaking home visits in an out of hours urgent primary care service in England. *J Nurs Manag*, 27(2), 450-458. <https://doi.org/10.1111/jonm.12680>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3 ed.). Sage publications.
- de Graaf, J., Bolk, M., Dijkstra, A., van der Horst, M., Hoff, R. G., & Ten Cate, O. (2021, Jul 1). The Implementation of Entrustable Professional Activities in Postgraduate Medical Education in the Netherlands: Rationale, Process, and Current Status. *Acad Med*, 96(7S), S29-S35. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004110>
- DesRoches, C. M., Clarke, S., Perloff, J., O'Reilly-Jacob, M., & Buerhaus, P. (2017, Nov - Dec). The quality of primary care provided by nurse practitioners to vulnerable Medicare beneficiaries. *Nursing Outlook*, 65(6), 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.007>
- Diegel-Vacek, L., Cotler, K., Reising, V., & Corbridge, S. J. (2021). Transition of Nurse Practitioner Faculty Practice and Student Clinicals to Telehealth: Response to the COVID-19 Pandemic. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(3), 317-321. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.12.023>
- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015a). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke - Hintergründe und Schlüsselemente*. S. Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_45_0.pdf
- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015b). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke - Hintergründe und Schlüsselemente*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_45_0.pdf
- Fringer, A., & Schnepf, W. (2015). Case Study Methodik – Methodologie – Forschungsstrategie. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft QuPuG*, 2(1), 62-70. <https://www.qupug.at/index.php?E3yuPVSOPcZNL7ZfyUdZK0U5RwoYFhAepi9pJC0E%2BXs%3D>
- Grant, J., Lines, L., Darbyshire, P., & Parry, Y. (2017, Oct). How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review. *Int J Nurs Stud*, 75, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.011>
- Gysin, S., Odermatt, M., Merlo, C., & Essig, S. (2020). Pflegeexpertinnen APN und Medizinische Praxiskoordinatorinnen in der Hausarztpraxis. *Primary and Hospital Care*, 20(1), 19-22. <https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10137>
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z>
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (5 ed.). Elsevier Health Sciences.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research*, 20(10), 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>

- International Council of Nurses [ICN]. (2020). *Definition and Characteristics of the Role*. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Janssen, M., Pickard, A. S., Golicki, D., Gudex, C., Niewada, M., Scalone, L., Swinburn, P., & Busschbach, J. (2013). Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Quality of life research*, 22(7), 1717-1727. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0322-4>
- Josi, R., & Bianchi, M. (2019, Dec 30). Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: a focused ethnography of their professional roles. *BMJ Open*, 9(12), e033929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033929>
- Josi, R., Bianchi, M., & Brandt, S. K. (2020). Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. *BMC nursing*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0393-4>
- Josi, R., & De Pietro, C. (2019, Mar 4). Skill mix in Swiss primary care group practices --- a nationwide online survey. *BMC Fam Pract*, 20(1), 39-50. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0926-7>
- Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015, Sep). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 28(3), 56-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26828838>
- King, A., II., Boyd, M. L., Dagley, L., & Raphael, D. L. (2018). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: health professional and older adult perspectives. *JCN*, 27(3-4), 807-818.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2 ed.). Bletz Juventa.
- Lalor, J. G., Casey, D., Elliott, N., Coyne, I., Comiskey, C., Higgins, A., Murphy, K., Devane, D., & Begley, C. (2013). Using case study within a sequential explanatory design to evaluate the impact of specialist and advanced practice roles on clinical outcomes: The SCAPE study. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-55>
- Lindblad, E., Hallman, E. B., Gillsjo, C., Lindblad, U., & Fagerstrom, L. (2010, Feb). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care--a qualitative study. *Int J Nurs Pract*, 16(1), 69-74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x>
- Marsden, J., & Street, C. (2004). A primary health care team's views of the nurse practitioner role in primary care. *Prim Heal Care Rese & Deve*, 5(1), 17-27.
- MAXQDA The Art of Data Analysis. (2017). *Software for Qualitative and Mixed Methods Research*. <http://www.maxqda.com/>
- Müller-Staub, M., Zigan, N., Händler-Schuster, D., Probst, S., Monego, R., & Imhof, L. (2015). Umsorgt werden und umsorgen-Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila): eine qualitative Studie zum Beitrag von APN in integrierter Versorgung. *Pflege*, 28(2), 79-91. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000410>
- O'Reilly-Jacob, M., Perloff, J., Sherafat-Kazemzadeh, R., & Flanagan, J. (2021, Nov 23). Nurse practitioners' perception of temporary full practice authority during a COVID-19 surge: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 126, 104141. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104141>
- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), 11-18. <https://doi.org/10.1097/CEH.000000000000193>
- Paez, K. A., & Allen, J. K. (2006, Sep). Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. *J Am Acad Nurse Pract*, 18(9), 436-444. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00159.x>

- Reuben, D. B., Ganz, D. A., Roth, C. P., McCreath, H. E., Ramirez, K. D., & Wenger, N. S. (2013, Jun). Effect of nurse practitioner comanagement on the care of geriatric conditions. *J Am Geriatr Soc*, 61(6), 857-867. <https://doi.org/10.1111/jgs.12268>
- Schauss, C. (2018). *Pflegeexpertin APN in der Grundversorgung - Erfahrungen von multimorbiden Personen und ihren pflegenden Angehörigen* [Bern University of Applied Sciences]. Bern.
- Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2021). Competencies and scope of practice of nurse practitioners in primary health care: a scoping review protocol. *JBIE Evidence Synthesis*, 19(4), 899-905. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00554>
- Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>
- Schlunegger, M. C., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022, Jun 29). [The contribution of advanced practice nurses in Swiss family practices: Multiple case study design]. *Pflege*. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000890> (Der Beitrag von Advanced Practice Nurses in Schweizer Hausarztpraxen.)
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. International Council of Nurses (ICN). https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Schramm, M. S., Brüngger, B., Wyss, C., Röthlisberger, A., Kläy, M., Triaca, H., Grünig, B., Schüller, A., & Blunier, H. (2019). Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten. 19(2), 52–56. <https://primary-hospital-care.ch/de/article/doi/phc-d.2019.10021/>
- Sebok-Syer, S. S., Gingerich, A., Holmboe, E. S., Lingard, L., Turner, D. A., & Schumacher, D. J. (2021, Jul 1). Distant and Hidden Figures: Foregrounding Patients in the Development, Content, and Implementation of Entrustable Professional Activities. *Acad Med*, 96(7S), S76-S80. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004094>
- Spichiger, E., Zumstein-Shaha, M., Schubert, M., & Herrmann, L. (2018). Gezielte Entwicklung von Advanced Practice Nurse-Rollen für spezifische Patient (inn) engruppen in einem Schweizer Universitätsspital. *Pflege*, 31(1), 41-50. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000594>
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research* Sage publications.
- Steinbrüchel-Boesch, C., Rosemann, T., & Spirig, R. (2017). Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten—eine qualitativ-explorative Studie. *Praxis*, 106(9), 459-464. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002658>
- Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., & Smaldone, A. (2015, Oct). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 27(5), 396-404. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv054>
- ten Cate, O. (2013, Mar). Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ*, 5(1), 157-158. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00380.1>
- Thomas-Gayle, P., & Muller, L. S. (2021). Nurse Practitioners Bridging the Gap: The Absence of Medical Doctors During the COVID-19 Crisis. *Professional Case Management*, 26(1), 38-42. <https://doi.org/10.1097/ncm.0000000000000481>
- Virani, S. S., Akeroyd, J. M., Ramsey, D. J., Chan, W. J., Frazier, L., Nasir, K., S, S. R., Ballantyne, C. M., & Petersen, L. A. (2016, Nov). Comparative effectiveness of outpatient cardiovascular disease and diabetes care delivery between advanced practice providers and physician providers in primary care: Implications for care under the Affordable Care Act. *Am Heart J*, 181, 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2016.07.020>
- Wagner, F., Neubauer, F., & Huwendiek, S. (2019). *Schweizerisches Interprofessionalitäts-Evaluations-Instrumentarium (SIPEI)*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Forschungsberichte1/studie-m7-sipei-impl-schlussbericht.pdf.download.pdf/Studie%20M7_Evaluationsinstrument%20SIPEI_IMPL_Schlussbericht.pdf

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6 ed.). Sage publications.

Zumstein-Shaha, M. (2020). APN in der Grundversorgung: offene Fragen der Vergütung. *Frequenz*, 9(2), 17-18.

10 Anhang

10.1 Vergütung

Leistungen (Häufige Leistungen im PRiMA)

Nachfolgend findet sich eine Auflistung der hausärztlichen Leistungen, die APN übernehmen.

- Hausbesuche auf ärztl. Delegation, Einschätzung der häuslichen Situation und Lebensumstände und Information an die ärztl. Fachperson
- Konsultationen inkl. klinische Einschätzung, Assessments (z. B. MOCA, etc.) und Massnahmenplanung
- Besprechung der erhobenen Befunde und geplanten Massnahmen mit ärztl. Fachperson
- Wundbehandlung, Verbandswechsel
- Beratung und Instruktion von Patient*innen (z. B. BZ-Kontrollen, Risikofaktoren, Umgang mit Symptomen und Therapien, präventive Massnahmen, Förderung von Adhärenz, Kompressionsstrümpfe, Narbenpflege, etc.)
- Förderung von Gesundheit und Selbstmanagementfähigkeiten und Lifestyleveränderungen
- Proaktives Überwachen des Gesundheitszustands von Patient*innen
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Patient*innen und Angehörigen
- Anpassung von Therapien (z. B. Dosis von Analgetika, Laxantien, Diuretika, Antihypertonika, Psychopharmaka) in Absprache mit der ärztl. Fachperson
- Verordnung von topischen Behandlungen bei Mykosen, Intertrigo, Exzemen in Absprache mit ärztl. Fachperson
- Verabreichung von Injektionen, Infusionen, z. B. Eiseninfusionen oder Durchführung von Interventionen wie Ohrspülungen auf ärztl. Verordnung (gegebenenfalls unter Supervision der ärztl. Fachperson)
- Organisation von Konsultationen bei ärztl. Fachpersonen, der Koordination der Behandlung oder Besprechungen im interdisziplinären Team
- Coaching, Beratung und Instruktion von Pflegenden (z. B. Alters- und Pflegeheim) und pflegende Angehörige (z. B. Umsetzung der Verordnung, Einschätzung des Gesundheitszustandes / Symptomen, Erkennung von Alarmzeichen und Notfallmassnahmen), etc.

Zeitlicher Aufwand von Grundversorger-APN

Die ersten Erkenntnisse des Projekts PRiMA können Hinweise auf den Zeitfaktor geben. Nachfolgend findet sich eine ungefähre Zusammenstellung.

- Anzahl Patient*innen pro APN in der Hausarztpraxis: rund 25 (hochgerechnet) pro Tag
- Zeitlicher Aufwand: etwa 5 Patient*innen pro 2 Stunden (Annahme ärztl. Fachperson: 8 Patient*innen pro 2 Stunden)
- Verrechnung: für Leistungen von APN innerhalb der Hausarztpraxis können Verrechnungen vorgenommen werden gemäss aktuellen Vorgaben im TARMED, nämlich mit Positionen „Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Fachpersonen“. Alle Leistungen von APN ausserhalb der Hausarztpraxis können nicht abgerechnet werden. Dazu gehören Hausbesuche und Altersheimvisiten. Gründe dafür siehe nachfolgend.

APN als Leistungserbringende

Die gesetzliche Grundlage für Verrechnungen von Leistungen im Gesundheitswesen ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, 832.10, siehe: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de). Darin sind diplomierte Pflegefachpersonen wie APN nicht als Leistungserbringende in der hausärztlichen Versorgung vorgesehen. Das aktuelle Tarifwerk – TARMED – sowie sein designierter Nachfolger – TARDOC – sieht daher auch keine expliziten Tarife für APN vor. Um trotzdem eine mögliche Vergütung zu konzeptionieren, bestehen folgende Wege:

- Nationale Ebene: Neue Position im Rahmen der bestehenden Behördentarifwerke (i.e., TARMED, TARDOC)
- Kantonale Ebene: Spezifische Regelungen in den kantonalen gesetzlichen Grundlagen (z. B. im jeweiligen Gesundheitsgesetz)

- Individuelle Ebene: Spezifische Verträge zwischen Versicherern und APN als Leistungserbringende.

Zu Lösungen auf nationaler Ebene in den bestehenden Behördentarifen sind aktuell wenig Möglichkeiten ersichtlich. Die Regelwerke – TARMED und TARDOC – sind zurzeit in Verhandlung. Ergänzungen, insbesondere für die Leistungen von Pflegefachpersonen und somit APN, sind nicht willkommen, da die Gefahr der Mengenausweitung befürchtet wird. Änderungen auf kantonaler Ebene in den jeweiligen Gesundheitsgesetzen sollten ins Auge gefasst werden. Vorreitende Kantone wie Waadt haben aufgezeigt, dass hier Möglichkeiten bestehen. Seit Beginn 2021 sind APN als Leistungserbringende im Gesundheitswesen im Kanton Waadt im Gesundheitsgesetz anerkannt (LSP, Loi sur la santé publique, 800.01, siehe: <https://www.lexfind.ch/tolv/112760/fr>). Zurzeit werden tarifliche Lösungen auf kantonaler Ebene angestrebt (persönliche Kommunikation mit verschiedenen Gruppen und Personen, Mai-Juni 2021). Pflegefachpersonen, und dazu gehören APNs, sind mindestens seit dem Inkrafttreten Anfang 2020 des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG, 811.21, siehe: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/de>) anerkannt. Damit können Versicherer mit APN direkt Verträge abschliessen. Insbesondere ist dies möglich im Rahmen von Ärztenetzwerken wie HMO-Modelle (persönliche Kommunikation Dr. Kaspar Gerber, Kompetenzzentrum für Medizin, Recht und Ethik, siehe: <https://www.merh.uzh.ch/de.html>, Juni 2021). Hier können sich zwei weitere Wege als mögliche Lösungen abzeichnen. Im Idealfall ist die Hausarztpraxis ein Ärztenetzwerk auch im rechtlichen Sinne. Unter diesen Umständen kann die jeweilige Hausarztpraxis mit den Versicherern Individualverträge abschliessen und somit eine Vergütung für die mitarbeitende APN ermöglichen. Dabei ist es wichtig, dass nur APN-Leistungen abgegolten werden können, für die a) eine klare Delegation durch die ärztlichen Fachpersonen besteht, und b) die nicht als Pflegeleistungen beurteilt werden können. Als zweite Lösung könnten Spitex-Tarife ins Auge gefasst werden. Pflegefachpersonen und somit auch APN können – sofern als selbstständige Leistungserbringende deklariert oder im Rahmen einer Spitexorganisation angestellt – ärztlich verordnete Leistungen bei Patientinnen und Patienten übernehmen und mittels Spixetarifen abrechnen (persönliche Kommunikation KPT und Visana, Juni 2021). Jedoch können ausdrücklich medizinische Leistungen damit nicht abgegolten werden. Es ist ebenso zweifelhaft, ob eine solche Person diese Leistungen abrechnen könnte, wenn sie diese als Teil der Hausarztpraxis erbringen würde. Dazu gibt es von den Versicherern gegensätzliche Haltungen.

Ungefähre Entlöhnung der APN im Kt. Bern

- Zwischen CHF 88.800.- und 97.199 pro Jahr (inkl. 13. Monatslohn und Sozialabgaben)
- Zwischen CHF 6.831.- und 7.477.- pro Monat (inkl. Sozialabgaben)
- Lohn im Projekt PRiMA, APN 20%: CHF 16.900.- pro Jahr (inkl. 13. Monatslohn und Sozialabgaben) oder CHF 1.300.- pro Monat

10.2 Tabellarische Übersicht der Quantitativen Daten

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Interviews

| Studienteilnehmende | Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|-----------------------------|--|--|
| Advanced Practice Nurse | Verfügen über einen MScN-Abschluss oder sind zum Zeitpunkt der Studie im Masterstudium Pflege Sind in der klinischen Praxis tätig | Verfügen über keine MScN Abschluss, höchste Ausbildungsstufe ist CAS, DAS oder MAS-Abschluss Weniger als ein Jahr Berufserfahrung |
| Hausärztinnen und Hausärzte | Verfügen über einen Facharzt-Abschluss Sind in der klinischen Praxis tätig | Weniger als ein Jahr Berufserfahrung |
| Gesundheitsfachpersonen | Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) als medizinische Praxiskoordinator/in (MPK) oder medizinische Praxisassistent/in (MPA) | Lernende in der beruflichen Grundausbildung |
| Patientinnen und Patienten | Alter > 65 Jahre Diagnose von einer oder mehreren chronischen Krankheiten, bestehend seit mehreren Jahren Leben in einem Privathaushalt Medizinische und pflegerische Betreuung durch die, den APN der Hausarztpraxis | Kognitive Einschränkungen, wie demenzielle Entwicklung (gemäss Krankengeschichte) Eingeschränkter Gesundheitszustand Ungenügende Deutschkenntnisse für die mündliche Verständigung |
| Angehörige | Angehörige einer Patientin oder eines Patienten mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten die von einer der teilnehmenden Arztpraxen betreut werden | Ungenügende Deutschkenntnisse für die mündliche Verständigung Eingeschränkter Gesundheitszustand sowie kognitive Beeinträchtigungen |

Tabelle 3: Ergebnisse EQ-D5-L5

| Hausarztpraxis A | | Hausarztpraxis B | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Dimensionen | Patientin /Patient (n = 7) | Dimensionen | Patientin /Patient (n = 6) |
| Beweglichkeit/Mobilität | | Beweglichkeit/Mobilität | |
| Keine Probleme | 3 | Keine Probleme | 1 |
| Einige Probleme | 4 | Einige Probleme | 4 |
| Ans Bett gebunden | 0 | Ans Bett gebunden | 1 |
| Für sich selbst sorgen | | Für sich selbst sorgen | |
| Keine Probleme | 4 | Keine Probleme | 4 |
| Einige Probleme | 3 | Einige Probleme | 1 |
| Nicht in der Lage | 0 | Nicht in der Lage | 1 |
| Allgemeine Tätigkeiten | | Allgemeine Tätigkeiten | |
| Keine Probleme | 4 | Keine Probleme | 3 |
| Einige Probleme | 3 | Einige Probleme | 2 |
| Nicht in der Lage | 0 | Nicht in der Lage | 1 |
| Schmerzen/Körperliche Bewegung | | Schmerzen/Körperliche Bewegung | |
| Keine Schmerzen | 2 | Keine Schmerzen | 1 |
| Mässige Schmerzen | 3 | Mässige Schmerzen | 3 |
| Extreme Schmerzen | 2 | Extreme Schmerzen | 2 |
| Angst/Niedergeschlagenheit | | Angst/Niedergeschlagenheit | |
| Nicht ängstlich | 5 | Nicht ängstlich | 4 |
| Mässig ängstlich | 2 | Mässig ängstlich | 2 |
| Extrem ängstlich | 0 | Extrem ängstlich | 0 |
| Gesundheitszustand* | | Gesundheitszustand | |
| VAS 0-100 | MW 60 SD 20.0 Min 30 Max 80 | VAS 0-100 | MW 69 SD 14.3 Min 50 Max 85 |

*Kategorie «Gesundheitszustand»: Ein Ausschluss aufgrund fehlender Werte

Tabelle 4 : Ergebnisse ESAS

| Hausarztpraxis A | | | | | |
|----------------------------|--------|---------------------------|---------------------|---------|---------|
| Symptome | Punkte | Patientin/Patient (n = 7) | | | |
| | | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Schmerz | 0 – 10 | 4.29 | 3.25 | 0.00 | 8.00 |
| Müdigkeit | | 3.00 | 1.91 | 0.00 | 5.00 |
| Übelkeit | | 0.86 | 1.46 | 0.00 | 4.00 |
| Depression | | 2.14 | 2.12 | 0.00 | 5.00 |
| Angst | | 2.43 | 2.70 | 0.00 | 8.00 |
| Schläfrigkeit/Benommenheit | | 2.29 | 2.50 | 0.00 | 6.00 |
| Appetitverlust | | 3.14 | 2.79 | 0.00 | 7.00 |
| Atemnot | | 2.29 | 2.81 | 0.00 | 7.00 |
| Wohlbefinden | | 2.71 | 3.15 | 0.00 | 7.00 |
| Hausarztpraxis B | | | | | |
| Symptome | Punkte | Patientin/Patient (n = 6) | | | |
| | | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Schmerz | 0 – 10 | 3.42 | 3.50 | 0.00 | 7.50 |
| Müdigkeit | | 3.58 | 2.50 | 0.00 | 6.00 |
| Übelkeit | | 0.25 | 0.42 | 0.00 | 1.00 |
| Depression | | 2.25 | 1.72 | 0.50 | 5.00 |
| Angst | | 1.50 | 2.07 | 0.00 | 5.00 |
| Schläfrigkeit/Benommenheit | | 0.92 | 0.80 | 0.00 | 2.00 |
| Appetitverlust | | 2.00 | 2.37 | 0.00 | 5.00 |
| Atemnot | | 1.50 | 2.07 | 0.00 | 5.00 |
| Wohlbefinden | | 2.00 | 2.90 | 0.00 | 7.00 |

Tabelle 5 : Ergebnisse NPSP

| Hausarztpraxis A | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------|---------------------|---------|---------|
| Subskala | Patientin/Patient (n = 6)* | | | | |
| | Max. Summen-score | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Zufriedenheit | 90 | 52.80 | 12.73 | 32.00 | 64.00 |
| Kommunikation | 30 | 16.50 | 6.89 | 9.00 | 24.00 |
| Zugang zu Gesundheitssystem | 20 | 9.00 | 4.69 | 6.00 | 16.00 |
| Hausarztpraxis B | | | | | |
| Subskala | Patientin/Patient (n = 5)* | | | | |
| | Max. Summen-score | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Zufriedenheit | 90 | 53.00 | 12.17 | 34.00 | 64.00 |
| Kommunikation | 30 | 18.40 | 3.85 | 14.00 | 24.00 |
| Zugang zu Gesundheitssystem | 20 | 9.80 | 3.49 | 6.00 | 13.00 |

*Ein Ausschluss aufgrund fehlender Werte

Tabelle 6 : Ergebnisse AICTS-II: Fachpersonen

| Hausarztpraxis A | | | | | |
|-------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------|---------|
| Subskala | Punkte | Fachpersonen (n = 10) | | | |
| | | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Partnerschaft | 0 - 5 | 3.56 | .61 | 2.50 | 4.50 |
| Kooperation | | 3.91 | .57 | 2.88 | 4.75 |
| Koordination | | 3.00 | .67 | 1.71 | 4.14 |
| Hausarztpraxis B | | | | | |
| Subskala | Punkte | Fachpersonen (n = 10) | | | |
| | | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Partnerschaft (n = 8)* | 0 - 5 | 3.59 | .64 | 2.75 | 4.38 |
| Kooperation (n = 9)* | | 4.35 | .39 | 3.75 | 4.88 |
| Koordination (n = 5)* | | 3.26 | .74 | 2.14 | 4.00 |

*n variiert je nach Subskala aufgrund Ausschlusses fehlender Werte

Tabelle 7 : Ergebnisse SIPEI: Fachpersonen

| Hausarztpraxis A | | | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|---------|---------|
| Subskala | Fachpersonen (n = 10) | | | | |
| | Max. Summen- score | Mittelwert | Standard- abweichung | Minimum | Maximum |
| Gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit (n = 7)* | 70 | 52.00 | 9.76 | 37.00 | 64.00 |
| Auswirkungen (n = 7)* | 20 | 10.57 | 2.51 | 6.00 | 13.00 |
| Rahmenbedingungen (n = 5)* | 55 | 38.80 | 4.97 | 33.00 | 46.00 |
| Interprofessionelle Ausbildung (n = 4)* | 15 | 10.75 | 1.26 | 9.00 | 12.00 |
| Hausarztpraxis B | | | | | |
| Subskala | Fachpersonen (n = 10) | | | | |
| | Max. Summen- score | Mittelwert | Standard- abweichung | Minimum | Maximum |
| Gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit (n = 2)* | 70.00 | 49.50 | 2.12 | 48.00 | 51.00 |
| Auswirkungen (n = 8)* | 20.00 | 13.13 | 1.73 | 10.00 | 15.00 |
| Rahmenbedingungen (n = 5)* | 55.00 | 43.20 | 5.72 | 36.00 | 51.00 |
| Interprofessionelle Ausbildung (n = 2)* | 15.00 | 12.50 | 2.12 | 11.00 | 14.00 |

*n variiert je nach Subskala aufgrund Ausschlusses fehlender Werte

Tabelle 8 : Ergebnisse SIPEI: Patientinnen und Patienten

| Hausarztpraxis A | | | | | |
|---|---------------------------|------------|---------------------|---------|---------|
| Subskala | Patientin/Patient (n = 7) | | | | |
| | Punkte | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Respektvoller Umgang der Betreuungspersonen untereinander (n = 6)* | 0 - 5 | 4.67 | .52 | 4.00 | 5.00 |
| Behandlungstermine waren gut aufeinander abgestimmt (n = 6)* | | 4.67 | .52 | 4.00 | 5.00 |
| Erhalt gleicher Informationen von allen betreuenden Personen (n = 6)* | | 4.67 | .82 | 3.00 | 5.00 |
| Sich gut aufgehoben fühlen während des Aufenthalts (n = 5)* | | 5.00 | .00 | 5.00 | 5.00 |
| Zusammenarbeit der betreuenden Personen insgesamt (n = 6)* | | 4.83 | .41 | 4.00 | 5.00 |
| Hausarztpraxis B | | | | | |
| Subskala | Patientin/Patient (n = 6) | | | | |
| | Punkte | Mittelwert | Standard-abweichung | Minimum | Maximum |
| Respektvoller Umgang der Betreuungspersonen untereinander (n = 4)* | 0 - 5 | 5.00 | .00 | 5.00 | 5.00 |
| Behandlungstermine waren gut aufeinander abgestimmt (n = 5)* | | 4.80 | .45 | 4.00 | 5.00 |
| Erhalt gleicher Informationen von allen betreuenden Personen (n = 3)* | | 4.67 | .58 | 4.00 | 5.00 |
| Sich gut aufgehoben fühlen während des Aufenthalts (n = 5)* | | 5.00 | .00 | 5.00 | 5.00 |
| Zusammenarbeit der betreuenden Personen insgesamt (n = 5)* | | 5.00 | .00 | 5.00 | 5.00 |

*n variiert je nach Subskala aufgrund Ausschlusses fehlender Werte

10.3 Ergebnisse Analyse Patientendossiers

Anhand der analysierten Patientendossiers wurden die Tätigkeiten der APN in die Bereiche direkte klinische Praxis, Anleitung und Coaching, Beratung, Zusammenarbeit, ethische Entscheidungsfindung, Leadership und Evidence-based practice (EBP) gemäss Hamric et al. (2014) unterteilt. Dabei zeigte sich, dass die beiden APN überwiegend Tätigkeiten in der direkten klinischen Praxis (100 % vs. 100 %) ausübt und Beratungssequenzen (60 % vs. 62.5 %) übernimmt. Bei den analysierten Tätigkeiten zeigte sich zudem, dass eine intensive Zusammenarbeit (100 % vs. 100 %) zwischen der Hausärztin, dem Hausarzt und der APN stattfindet. Es wurden weniger Tätigkeiten in den Bereichen Anleitung und Coaching (26.7 % vs. 37.5 %), ethische Entscheidungsfindung (20 % vs. 12.5 %), Leadership (6.7 % vs. 25 %) und EBP (0 % vs. 0 %) aus den Patientendossiers entnommen.

Anschliessend wurden gewisse Tätigkeiten in die Bereiche Prävention/Gesundheitsförderung (blau) und Selbstmanagement (orange) eingeteilt. Die Definitionen von Prävention/Gesundheitsförderung und Selbstmanagement richten sich nach den Vorgaben des Berichts «Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2016).

Tabelle 9: Definitionen Prävention/Gesundheitsförderung und Selbstmanagement

Prävention ist der Oberbegriff für alle Massnahmen, die zur Reduktion des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen. Unter Präventionsmassnahmen fallen medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen, Umweltkontrolle, gesetzgeberische Massnahmen, Lobbying und massenmediale Kampagnen. Die Primärprävention richtet sich an verschiedene Bevölkerungsgruppen, dient der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, der Verbesserung der Gesundheitskompetenzen und weiterer Schutzfaktoren sowie der Verminderung von Risikofaktoren mit dem Ziel, Erkrankungen zu vermeiden. Die Sekundärprävention fokussiert auf die Früherkennung und Frühintervention bei konkreter Gefährdung und/oder ersten Anzeichen einer Erkrankung und konzentriert sich auf einzelne Risikogruppen. Die Tertiärprävention zielt bei bereits erkrankten Personen auf die Vermeidung von Chronifizierungen und Folgeschäden sowie auf eine Verbesserung der Lebensqualität.

Es ist in der fachlichen Diskussion umstritten, ob und in welcher Hinsicht sich die Gesundheitsförderung von der Primärprävention unterscheidet. Da es bei der Gesundheitsförderung wie bei der Primärprävention in erster Linie darum geht, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu reduzieren, werden die beiden Begriffe hier synonym verwendet

Selbstmanagement ist ein Aspekt der Gesundheitskompetenz. Bei Vorliegen einer chronischen Krankheit bezeichnet Selbstmanagement auch einen dynamischen Prozess, welcher die Fähigkeiten eines Individuums umfasst, adäquat und aktiv mit den Symptomen, körperlichen und psychosozialen Auswirkungen, Behandlungen der chronischen Krankheit umzugehen und seinen Lebensstil entsprechend anzupassen. Selbstmanagement kann durch geeignete Schulungen, Programme und Technologien gefördert und unterstützt werden.

Tabelle 10: Ergebnisse Analyse Patientendossiers

| Bereiche gemäss Hamric et al. (2014) | | Tätigkeit: | | |
|---|---|---|---|---|
| Direkte klinische Praxis | | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisches Assessment • Verabreichen von Infusionen • Durchführen von Verbandswechsel, Wunddokumentation • Blutwerte abnehmen • Verabreichung von s.c. Injektionen • Tracheostoma-Pflege; PEG und Cystofix Kontrollen • Fäden ziehen • Situationen einschätzen sowie proaktive Überwachung des Gesundheitszustands • Einschätzung von Kognition und Pflegebedarf • Einschätzung von Mobilisation • Nachfolgevisite planen • Abklärung von Versorgung zu Hause • Organisieren von Heimsauerstoff • Schmerzeinschätzung und mit Rücksprache von Hausärztin/Hausarzt (HA) Medikationsanpassungen • Anpassung der Medikamente • Hausbesuch mit Rücksprache Hausärztin/Hausarzt planen • Kontrolle der Medikamenteneinnahme • Organisation Covidimpfung | | |
| BEMI: 100 % | BEOB 100 % | | | |
| Zusammenarbeit | | <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit HA • Zusammenarbeit mit HA und Spitex • Zusammenarbeit mit HA; Zusammenarbeit mit Pflegenden von APH • Zusammenarbeit mit HA, Spitex und Angehörigen • Zusammenarbeit mit Ehefrau • Zusammenarbeit mit HA und Enkeltochter • Zusammenarbeit mit HA, Spitex, Ehefrau, Lungenliga, Inselspital Tumorboard | | |
| BEMI: 100 % | BEOB 100 % | | | |
| | | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>BEMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 93.3 % APN-MPA ○ 93.3 % APN-Patient/in ○ 0.0 % APN-Administration ○ 0.0 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 33.3 % APN-Patient/in ○ 33.3 % APN-Spitex ○ 26.7 % APN-Angehörige ○ 6.7 % APN-Altersheim ○ 0.0 % APN-Spital ○ 0.0 % APN-Andere </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>BEOB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 100 % APN-MPA ○ 75 % APN-Patient/in ○ 37.5 % APN-Administration ○ 12.5 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % APN-Patient/in ○ 50 % APN-Spital ○ 37.5 % APN-Spitex ○ 25 % APN-Altersheim ○ 25 % APN-Angehörige ○ 25 % APN-Andere </td> </tr> </table> | <p>BEMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 93.3 % APN-MPA ○ 93.3 % APN-Patient/in ○ 0.0 % APN-Administration ○ 0.0 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 33.3 % APN-Patient/in ○ 33.3 % APN-Spitex ○ 26.7 % APN-Angehörige ○ 6.7 % APN-Altersheim ○ 0.0 % APN-Spital ○ 0.0 % APN-Andere | <p>BEOB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 100 % APN-MPA ○ 75 % APN-Patient/in ○ 37.5 % APN-Administration ○ 12.5 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % APN-Patient/in ○ 50 % APN-Spital ○ 37.5 % APN-Spitex ○ 25 % APN-Altersheim ○ 25 % APN-Angehörige ○ 25 % APN-Andere |
| <p>BEMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 93.3 % APN-MPA ○ 93.3 % APN-Patient/in ○ 0.0 % APN-Administration ○ 0.0 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 33.3 % APN-Patient/in ○ 33.3 % APN-Spitex ○ 26.7 % APN-Angehörige ○ 6.7 % APN-Altersheim ○ 0.0 % APN-Spital ○ 0.0 % APN-Andere | <p>BEOB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % APN-Hausarzt ○ 100 % APN-MPA ○ 75 % APN-Patient/in ○ 37.5 % APN-Administration ○ 12.5 % APN-Labor • Schnittstellen ausserhalb der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % APN-Patient/in ○ 50 % APN-Spital ○ 37.5 % APN-Spitex ○ 25 % APN-Altersheim ○ 25 % APN-Angehörige ○ 25 % APN-Andere | | | |
| Beratung | | | | |

| | | |
|-------------------------------|-----------------|---|
| BEMI: 60 % | BEOB: 62.5 % | <ul style="list-style-type: none"> • Anleitung bezüglich Verbandmaterial und Verbandswechsel zu Hause • Instruktion zu Narbenpflege • Aufklärung für Entzündungszeichen bei Wunden • Umgang mit Tracheostoma; Bestellung Trach-Material • Tipps zur Umsetzung der Verordnungen • Umgang mit verschiedenen Hautsalben • Beratung zu bewegungsfördernden Massnahmen • Beratung zum Umgang mit Schmerzen • Beratung zu Ausscheidungsmanagement • Beratung zu Wundmanagement • Beratung zu oralen Antikoagulantien • Beratung zu Medikamenteneinnahme • Beratung zu altersgerechtem Wohnen • Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten zu Hause • Beratung zu Intertrigo Brüste • Beratung zu Ernährungsmanagement • Beratung bezüglich Schwindel • Wichtigkeit von Schuheinlagen • Umgang mit neudiagnostiziertem Diabetes-Mellitus Typ 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Umgang mit «diabetischem Fuss», Fusskontrolle mit Spiegel ○ Instruktion Blutzucker-Messung ○ Instruktion von Insulinpen ○ Ernährungstagebuch führen und Beratung zu geeigneten Lebensmitteln ○ Tipps für regelmässige Bewegung |
| Anleitung und Coaching | | <ul style="list-style-type: none"> • Motivierende Gesprächsführung • Herausfordernde Gespräche führen • Austausch mit sozialem Umfeld (z. B. Angehörige) • Therapeutische Beziehung aufbauen • Anleitung bzgl. Verbandswechsel oder Medikamenteneinnahme für Pflegepersonal im Altersheim oder zu Hause erstellen (schriftlich und mündlich) |
| BEMI: 26.7 % | BEOB: 37.5 % | |
| Ethische Entscheidungsfindung | | <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung der Angehörigen thematisiert, auch wenn sie diese nicht annehmen wollten • Zunehmend verschlechterte Kognition → Abklärungen einleiten • Todesfall; Sterben zu Hause oder im Spital • Eintritt ins Altersheim ansprechen |
| BEMI: 20 % | BEOB: 12.5 % | |
| Leadership | | <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme des Wundmanagements |
| BEMI: 6.7 % | BEOB: 25 % | |
| EBP | | |
| BEMI: 0 % | BEOB: 0 % | |