

# Pflegerecht

Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie

165 Die Rechtslage der Advanced Practice Nurses (APN) in der Schweiz:  
ein innovativer Gesetzesvorschlag

Christine Boldi/Lorena Meier

179 Spitäler als moralische Akteure –  
Eine ethische Analyse zum Thema  
«Nachhaltigkeit im Umgang  
mit vergänglichen Ressourcen»

Elisabeth Haldemann-Jenni

187 Forum  
Pflegerische Angehörige



Stämpfli Verlag

4|23

## Inhalt

EDITORIAL .....	163	GESETZGEBUNG .....	207
WISSENSCHAFT.....	165	RECHTSPRECHUNG .....	212
FORUM.....	187	ZUR DISKUSSION .....	216

## Impressum

### Schriftleiter

Prof. Dr. Hardy Landolt, LL.M.  
Landolt Rechtsanwälte  
Schweizerhofstrasse 14, Postfach, 8750 Glarus  
Tel. 055 646 50 50, Fax 055 646 50 51  
E-Mail: redaktion@pfllegerecht.ch  
www.pfllegerecht.ch

Adressänderungen und Inserataufträge sind ausschliesslich an den Stämpfli Verlag AG, Postfach, 3001 Bern, zu richten.

Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Das gilt auch für die von der Redaktion oder den Herausgebern redigierten Gerichtsentseide und Regesten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ausserhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – sämtliche technische und digitale Verfahren eingeschlossen – reproduziert werden.

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich, im Februar, Mai, August, November.

### Abonnementspreise

AboPlus (Zeitschrift und Onlinezugang)

– Schweiz: CHF 160.–

– Ausland: EUR 170.–

Onlineabo: CHF 120.–

Einzelheft: CHF 44.– (exkl. Porto)

Die Preise verstehen sich inkl. 2,5% MwSt. und Versandkosten.

Schriftliche Kündigung bis 2 Monate vor Ende der Laufzeit möglich.

### Abonnemente

Tel. 031 300 63 25, Fax 031 300 66 88

E-Mail: zeitschriften@staempfli.com

### Inserate

Tel. 031 300 63 82, Fax 031 300 63 90

E-Mail: mediavermarktung@staempfli.com

© Stämpfli Verlag AG Bern 2023

Gesamtherstellung: Stämpfli Kommunikation, Bern

Printed in Switzerland,

Printausgabe ISSN 2235-2953

Onlineausgabe ISSN 2235-6851

## Herausgeber

### Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar in Glarus

Gemeinsam mit:

### Peter Breitschmid

Prof. Dr. iur., Professor em. an der Universität Zürich

### Thomas Gächter

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich, zugleich Kompetenzzentrum MERH UZH

### Heidrun Gattinger

Prof. Dr., Leitung Institut für Angewandte Pflegewissenschaft OST Ostschweizer Fachhochschule

### Florian Liberatore

PD Dr. rer. pol., stellv. Leitung Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

### Julian Mausbach

PD Dr. iur., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich

### Andreas Petrik

lic. iur., Rechtsanwalt in St. Gallen und Winterthur

### Stefan Rogge M. A.

Leiter Pflege, Klinik für Forensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

# Die Rechtslage der Advanced Practice Nurses (APN) in der Schweiz: ein innovativer Gesetzesvorschlag



**Christine Boldi**

lic. iur., LL. M., Rechtsanwältin und Notarin, Partnerin der Anwaltskanzlei Swisslegal, Dozentin, Tarifexpertin im Gesundheitsrecht, Kompetenzzentrum Gesundheitsrecht



**Lorena Meier**

MScN, dipl. Pflegefachfrau FH, dipl. Expertin Notfallpflege NDS HF, Fachexpertin Pflege beim Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) des Kantons Luzern\*

## Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
  - A. Warum braucht es Advanced Practice Nurses?
  - B. Begriffsdefinition
- II. Rechtliche Situation in der Schweiz: Stand heute
  - A. Gesetzliche Regelung der Ausbildung und Zulassung
  - B. Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
  - C. Krankenversicherungsrechtliche Abrechenbarkeit von Leistungen
  - D. Die bundesrätliche Umsetzung der Pflegeinitiative
- III. Diskussionsvorschlag für ein APN-Gesetz
  - A. Warum ein APN-Gesetz?
  - B. «Flickenteppich» oder eigenständiges APN-Gesetz?
  - C. Innovativer Gesetzesvorschlag APN-Gesetz
  - D. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln des Gesetzesvorschlages des APN-Gesetzes
- IV. Fazit
  - Abkürzungsverzeichnis

## I. Einleitung

### A. Warum braucht es Advanced Practice Nurses?

Die demografischen Entwicklungen, die steigende Lebenserwartung, die damit verbundene steigende

Zahl an chronisch kranken Menschen und die Polymorbidität (Mehrfacherkrankungen) stellen das Schweizer Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen.<sup>1</sup> Chronische Erkrankungen, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen oder Arthritis, haben zwar verschiedene Symptome und Ausprägungen, doch einige Merkmale haben alle gemeinsam: Sie sind oft unheilbar, wirken sich einschneidend im Alltag aus und verlaufen progredient. Oft führen akute Ereignisse in Form einer Exazerbation oder Verschlechterung zu reduzierter Lebensqualität, verbunden mit regredienter Funktionalität. Dies führt dazu, dass chronisch kranke und polymorbide Patientinnen und Patienten häufiger und komplexere Leistungen im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen müssen als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Dazu zählt unter anderem auch, dass polymorbide Patientinnen und Patienten oft viele verschiedene Arzneimittel einnehmen müssen, oft mehrere Gesundheitsfachpersonen konsultieren und häufiger hospitalisiert werden und Wiedereintritte ins Spital (sog. Re-Hospitalisationen) häufiger notwendig sind.<sup>2</sup>

\* Die Autorin vertritt in diesem Artikel ausschliesslich ihre persönliche Meinung. Sie repräsentiert nicht die Position ihrer Arbeitsstelle und bindet diese dementsprechend nicht.

1 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hrsg.) (2019). Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).  
2 Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*.

Das heutige Schweizer Gesundheitssystem ist segmentiert und grossmehrheitlich auf einen akutsomatischen Ansatz ausgerichtet, bei dem oft die Krankheit der oder des Betroffenen im Vordergrund steht und nicht der Mensch, der an der Krankheit leidet.<sup>3</sup> Die Situation von chronisch kranken und polymorbiden Patientinnen und Patienten kann nach McCartney (2016) mit einer Silolandschaft verglichen werden (siehe Abbildung 1).<sup>4</sup> Jedes Silo stellt dabei eine Krankheit der Patientin oder des Patienten dar. Je mehr Krankheiten ein Mensch aufweist, desto mehr Silos stehen auf seinem Feld. Dabei entstehen Kommunikationsprobleme, weil beispielsweise für den Nephrologen (Nierenspezialist) nicht einsehbar ist, welche Anpassungen der Kardiologe (Herzspezialist) in der Medikation vorgenommen hat.

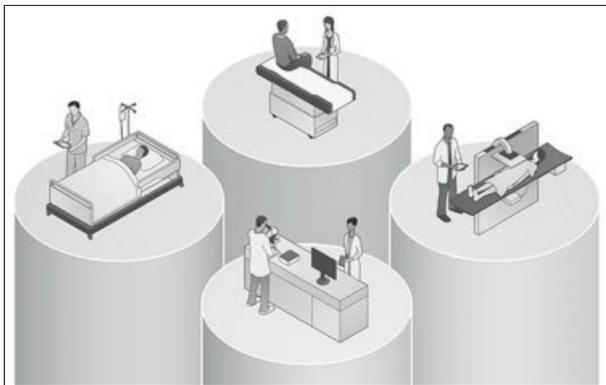


Abbildung 1: Silostruktur im Gesundheitswesen (McCartney, 2016)

Diese Kommunikationsprobleme führen zu unerwünschten Ereignissen aufseiten der Patientin oder des Patienten und auf institutioneller Seite zu einem ineffizienten Einsatz von Personal und Technik. Dies wiederum führt zu geringerer Behandlungseffektivität und zu höheren Gesundheitskosten, was in ein ineffizientes Gesundheitswesen mündet.<sup>5</sup> Deshalb stellt eine koordinierte Behandlung mit adäquater Kommunikation einen zentralen Erfolgsfaktor in der Behandlung von polymorbiden Patientinnen und Patienten dar. Dafür braucht es u. a. hochqualifiziertes und gut ausgebildetes Fachpersonal.<sup>6</sup> Doch genau

dieses steht zunehmend nicht mehr zur Verfügung: Der progrediente Fachkräftemangel im Schweizer Gesundheitswesen führt immer mehr zu Versorgungsengpässen. Dabei manifestiert sich dieser Mangel am stärksten in der Pflege, gefolgt von den medizintechnischen und -therapeutischen Berufen und schliesslich bei der Ärzteschaft.<sup>7</sup> Dabei scheint der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Hausarztmedizin am grössten: Über die Hälfte der aktuell praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten wird in den nächsten zehn Jahren ihre Praxistätigkeit infolge Pensionierung einstellen.<sup>8</sup> Dieses Problem wird verstärkt durch das politische Ziel der Schweiz: die grundsätzliche Behandlung «ambulant vor stationär», welche der Kosteneindämmung dienen soll. So werden seit dem 1. Januar 2019 gemäss Art. 3c Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nur noch die Kosten für definierte, elektive Eingriffe von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen, wenn diese ambulant durchgeführt werden.<sup>9</sup> Dieser Grundsatz gilt auch für die Pflege der betagten Bevölkerung: Betagte Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause (ambulant) betreut werden. Damit wird auch der Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen respektiert.<sup>10</sup> Dies ist aus wirtschaftlicher Sicht effizient und spart Kosten in Milliardenhöhe.<sup>11</sup> Doch damit diese Verschiebung der Leistungen vom stationären Setting ins häusliche Umfeld gelingt, braucht es einen Umbau des ambulanten Sektors in Form von zusätzlichem Personal im ambulant-operativen Bereich oder in der Spitex. Ausserdem müssen ambulant behandelte Patientinnen und Patienten vermehrt geschult werden im Umgang mit ihrer Erkrankung oder im Verhalten nach einer durchgeführten Operation, um mit ihrer Erkrankung in einem hohen Masse selbständig umgehen zu können.

Um die oben beschriebenen Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem zu meistern, ist eine Verschiebung der Versorgung notwendig: losgelöst von der akut-somatischen Behandlung hin zu einer effektiveren, nachhaltigeren und patientenorientierteren Versorgung. Dabei steht die Stabilisierung des Gesundheitszustandes von chronisch kranken und

3 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Hrsg.) (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*.

4 M. MCCARTNEY (2016). Breaking down the silo walls. *BMJ*, 354, i5199.

5 R. MENESES/J. CASEIRO (2018). *Silos Mentality in Health-care Service*.

6 Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2022). *Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)*.

7 G. KERN MIT KPMG (2022). *Fachkräftemangel im Gesundheitswesen*.

8 MFE HAUS- UND KINDERÄRZTE SCHWEIZ (2020). *Medienmitteilung. Workforce-Studie zur medizinischen Grundversorgung: Hausärztemangel – aber mit Licht am Horizont*.

9 Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2019). *Faktenblatt Regelung «ambulant vor stationär»*.

10 SPITEX SCHWEIZ (ohne Jahr). *Eine gesicherte Finanzierung für eine nachhaltige Pflege*.

11 P. SCHWENDENER ET AL. (2016). *Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen*.

polymorbiden Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Dies kann beispielsweise durch regelmässige klinische und labordiagnostische Kontrollen erreicht werden oder in der Reduktion von Risikofaktoren, welche zu einer Exazerbation ihrer Erkrankung führen. Die Identifikation von Faktoren, die den progressiven Verlauf der Krankheit verlangsamen, ist ebenfalls ein Ansatzpunkt. Essenziell dabei ist die Unterstützung der oder des Betroffenen im alltäglichen Umgang mit den chronischen Erkrankungen.<sup>12,13</sup> Um diese Ziele zu erreichen, braucht es neue und innovative Versorgungsmodelle, die medizinisches Wissen und Kenntnisse über Prävention und Gesundheitsförderung vereinen. Ein möglicher Lösungsansatz stellt dabei der Einsatz von speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Masterabschluss – sogenannten Advanced Practice Nurses (APN) – dar. Die APN können eine Schlüsselrolle in den Versorgungsstrukturen von chronisch kranken und polymorbiden Patientinnen und Patienten einnehmen und können wesentlich dazu beitragen, dass sich unser heute segmentiertes und akutsomatisch ausgerichtetes Gesundheitssystem zu einer integrierten und behandlungsübergreifenden Versorgung weiterentwickeln kann.<sup>14</sup>

Die Autorinnen möchten die Diskussion über das Berufsbild der APN weiterführen und insbesondere mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf auch Anregungen für weiterführende Diskussionen schaffen. Dies in der Meinung, dass die Zeit reif ist, die notwendigen Gesetzesgrundlagen zu schaffen. Je eher sich der Gesetzgeber dieser Aufgabe annimmt, desto besser ist die Schweiz gewappnet für die anspruchsvolle Zeit, die vor ihr liegt: mehr Menschen in der Schweiz, mehr ältere, chronisch kranke und polymorbide Menschen, geburtenschwache nächste Generationen an jungen in der Schweiz ausgebildeten Menschen, Attraktivitätserfordernis für junge Menschen, um in die Gesundheitsberufe – insbesondere den Pflegeberuf – einzusteigen.

## B. Begriffsdefinition

### 1. Advanced Practice Nurses (APN)

Advanced Practice Nurses (APN) sind spezialisierte Pflegefachpersonen, welche über einen Masterabschluss in Pflege(-wissenschaft) verfügen.

In der Literatur finden sich vier Kriterien, die einen erweiterten Einsatz einer Pflegefachperson möglich machen:

- selbständiges Handeln,
- selbstverantwortliches klinisches Entscheiden,
- organisatorische Fähigkeiten, um Gesundheitsdienste zu koordinieren,
- Teilnahme an Pflegeforschung und an der Entwicklung der Pflege.<sup>15</sup>

Die APN zeichnen sich durch ein fundiertes Expertenwissen, erweiterte klinische Kompetenzen sowie Fähigkeiten zur klinischen Entscheidungsfindung bei hochkomplexen Patientensituationen aus. Diese vertieften Kenntnisse befähigen die APN, medizinische Aufgaben auszuführen, die über den klassischen Verantwortungsbereich der Profession der Pflege hinausgehen.<sup>16</sup> So ist eine APN beispielsweise geschult, eine vollständige Anamnese zu erheben, ein ausführliches «Clinical Assessment» (klinische Untersuchung) durchzuführen, die Resultate diagnostischer Tests zu interpretieren und den Behandlungsplan der Patientinnen und Patienten auf Basis der erhobenen Befunde anzupassen (vgl. dazu Art. 124b LSP VD).

In der Schweiz ist das Masterstudium an fünf Fachhochschulen und zwei Universitäten möglich und dauert im Vollzeitmodus zwischen drei und sechs Semestern (je nach Studienort).<sup>17</sup> Obwohl die Schweizer Hochschulen das Studium seit über 20 Jahren anbieten, fehlen bis heute rechtliche Rahmenbedingungen, welche die Zulassung, die Kompetenzen und die Abrechenbarkeit von Leistungen einer APN regeln.<sup>18,19</sup>

12 Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*.

13 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hrsg.) (2019). *Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*.

14 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Hrsg.) (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*.

15 U. KIESER (2016) Advanced Practice Nurse und Clinical Nurse Specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen, in *Pflegerecht* 2016, 130, mit weiteren Literaturhinweisen.

16 K. KÜNZI/J. JÄGGI/L. DUTOIT im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (2013). *Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung*.

17 Es sind dies die Universitäten Basel und Lausanne sowie die Fachhochschulen in Bern (BFH), Manno TI (SUPSI), St. Gallen (OST), Winterthur (ZHAW) und Zürich (Careum).

18 C. MERÇAY/A. GRÜNIG/P. DOLDER (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung*.

19 So auch: U. KIESER, *Personen in Weiterbildung und Krankenversicherungsrecht*, in: *AJP/PJA*, 585.

Bisher hat einzig der Kanton Waadt die Tätigkeiten von Nurse Practitioner (NP) – einer Rollenaussprache der APN – im kantonalen Gesundheitsgesetz reglementiert. In angelsächsischen Staaten wie England, Australien, Kanada oder den USA sind APN-Rollen bereits fest im Gesundheitswesen verankert.<sup>20</sup>

## 2. Merkmale der Behandlung durch eine APN

Einer der Schwerpunkte einer APN liegt im Empowerment der Patientin oder des Patienten zum Selbstmanagement: Ihr Ziel ist es, die Patientin oder den Patienten zu befähigen, seine Krankheit bestmöglich zu managen. Die APN blickt dabei aus einer holistischen Perspektive auf die erkrankte Person. Im Zentrum der Behandlung steht die erkrankte Person und nicht die Erkrankung selbst. Zur Personenzentriertheit gehört beispielsweise der Einbezug von Angehörigen, welche als wertvolle Ressource für die Patientin oder den Patienten genutzt werden kann, oder auch die lösungsorientierte Herangehensweise bei ethischen Dilemmata, wenn beispielsweise eine Patientin oder ein Patient eine Therapie aus Angst vor finanziellem Ruin ablehnt. Diese ganzheitliche Perspektive steht im Gegensatz zum eingangs beschriebenen segmentierten, akutsomatischen Versorgungsmodell, das aktuell unser Gesundheitswesen dominiert.

Die Versorgungsqualität und die Patientenoutcomes einer Behandlung durch eine APN kann durchaus mit der ärztlichen Behandlung mithalten: Ein systematischer Review der Cochrane Library aus dem Jahr 2018 hat gezeigt, dass die Behandlung in der Grundversorgung durch spezialisierte Pflegefachpersonen gleichwertig oder sogar besser sein könnten als die ärztliche Behandlung. In Bezug auf die Patientenoutcomes fanden sich im erwähnten Review Hinweise auf eine niedrigere Sterblichkeit, auf besseres Blutdruckmanagement und bessere Lebensqualität bei Behandlung durch spezialisierte Pflegefachpersonen im Vergleich zur ärztlichen Behandlung.<sup>21</sup> Die Vertrauenswürdigkeit dieser Quelle wird als sehr hoch eingeschätzt, da die Cochrane Library die führende Datenbank für systematische Reviews im Gesundheitsbereich ist und einen hohen Qualitätsanspruch hat.<sup>22</sup>

## II. Rechtliche Situation in der Schweiz: Stand heute

In diesem Kapitel werden zuerst die Begriffe «Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit Direktzugang», «Leistungen auf ärztliche Anordnung» und «Leistungen im Sinne einer delegierten Tätigkeit» erläutert und der heutigen Situation der APN gegenübergestellt. Danach werden die rechtlichen Regelungen bezüglich Ausbildung und Zulassung, die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie die Abrechenbarkeit von pflegerischen Leistungen im ambulanten und stationären Setting dargelegt.

### 1. Vorbemerkung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Rechtsprechung unterscheidet insbesondere zwischen Leistungen, die genuin von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erbracht werden können und über den sogenannten Direktzugang verfügen (Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren und Hebammen gemäss Art. 35 Abs. 2 KVG), respektive Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die Leistungen gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG auf ärztliche Anordnung ausführen, und schliesslich Personen, die Leistungen in delegierter Tätigkeit erbringen. Eine scharfe Abgrenzung findet sich im Gesetz nicht. Vieles hat sich über die Jahre in der Praxis entwickelt, um den Bedürfnissen des Gesundheitssystems gerecht zu werden und eine sinnvolle arbeitsteilige Organisation vornehmen zu können. Wirklich interessant werden diese Abgrenzungen erst bei Fragestellungen wie: Wer trägt die Verantwortung für die korrekte Erbringung der Leistung? Wer trägt die Verantwortung für die Kosten, die diese Leistungen auslösen? Wer trägt die Verantwortung für das qualitative Niveau der Leistung? Wer darf welche Leistungen abrechnen?

### 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit Direktzugang

Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren und – als einzige Gruppe der nicht universitären Medizinalpersonen – die Hebammen können im Rahmen der ihnen vom KVG und der entsprechenden Verordnungen zugesprochenen Leistungen ohne Anordnung oder Zuweisung einer (anderen) ärztlichen Person tätig werden. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme

20 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Hrsg.) (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfadens*.

21 M. LAURANT ET AL. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

22 JOHN WILEY/SONS INC. (2022). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

me von Leistungen von Spezialärztinnen und -ärzten, es braucht nach Gesetz keine Zuweisung beispielsweise durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt (Art. 41 KVG).<sup>23</sup>

Nach dem vermutlich in die Jahre gekommenen Verständnis des KVG kommt den Ärztinnen und Ärzten eine Art Schlüsselstellung, möglicherweise gar eine Monopolstellung im Hinblick auf die medizinische Grundversorgung im Rahmen der OKP zu<sup>24</sup>: Sie sind regelmässig die ersten Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten in Gesundheits- und Krankheitsfragen. Zudem erbringen sie die meisten der in Art. 25 KVG umschriebenen Behandlungen selbst, sind für die Anordnung der Leistungen der selbständig tätigen Medizinalpersonen ohne universitären Abschluss – mit Ausnahme der Hebammen – zuständig (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG) und müssen gemäss dem Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot die Ausführung ihrer Weisungen durch diese Leistungserbringer überwachen (Art. 32 Abs. 1 KVG).

### 3. Leistungen auf ärztliche Anordnung (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG)

Gesetzesgrundlage bildet Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG, wonach Leistungserbringer *Personen sind, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen*. Bei Leistungen auf ärztliche Anordnung entscheidet die Ärztin oder der Arzt lediglich, aber immerhin, über die Notwendigkeit der gesundheitsspezifischen Leistung. Die Ärztin oder der Arzt ist aber mangels entsprechender Ausbildung nicht befähigt, diese Leistung selber auszuführen und beauftragt dafür die vom Bundesrat in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ausgewählten Leistungserbringern, die im sogenannten «Anordnungsmodell» Leistungen erbringen können. Zu dieser Gruppe gehören auch die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG i. V. m. Art. 49 KVV und Art. 7 ff. KLV. Die Pflegefachpersonen übernehmen dabei die Verantwortung für die gesundheitsspezifische Leistung. Sie sind die Rechnungsteller ihrer Leistung. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Leistungen, die im ambulanten Setting erbracht werden. Dies kann beispielsweise

eine freischaffende Pflegefachperson sein, die über eine eigene Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) zur direkten Leistungsabrechnung mit den Krankenversicherern verfügt. Die Tarife sind, anders bei allen anderen OKP-Leistungen, direkt in der gesetzlichen Grundlage festgelegt (vgl. Art. 7a KLV). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) hat zur Festlegung der Zahlungsmodalitäten und weiterer Punkte sogenannte «Administrativverträge» mit den Krankenversicherern abgeschlossen. Die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen können folgende Leistungen erbringen: Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV), immer unter der Voraussetzung, dass eine entsprechende ärztliche Anordnung vorliegt.

### 4. Leistungen im Sinne einer delegierten Tätigkeit

Zunächst ist festzuhalten, dass Leistungen im pflegerischen Spektrum nie einer Delegation bedürfen. Sie sind genuine Leistungen von Pflegefachpersonen, die diese erbringen dürfen. So werden diesbezüglich die betreffenden APN respektive Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung tätig, welche ihrerseits eine pflegerisch verantwortliche Person als Vorgesetzte haben.<sup>25</sup>

Unter Leistungen im ärztlichen Auftrag, also delegierte Tätigkeiten, fallen somit Leistungen, die ausserhalb des pflegerischen Spektrums anzusiedeln sind. Zu denken ist beispielsweise an eine Blutentnahme, die Einlage eines transurethralen Katheters oder die Verabreichung von Medikamenten in institutionellen Settings (Spital, Alters- und Pflegeheim).

Leistungen im ärztlichen Auftrag, welche das pflegerische Spektrum verlassen, werden umgangssprachlich auch *delegierte Tätigkeiten* genannt. Die zivilrechtliche Verantwortung für diese Leistungen bleibt dabei bei der Ärztin oder beim Arzt. Die delegierende Ärztin oder der delegierende Arzt muss die Regeln einer zulässigen Delegation beachten, wonach die Delegationsempfängerin oder der Delegationsempfänger a) genügend instruiert und b) überwacht werden muss. Zudem muss die Delegationsempfängerin oder der Delegationsempfänger c) sorgfältig ausgewählt werden, also die Wahl muss auf eine Person fallen, die der delegierten Aufgabe gewachsen ist, das heisst, sie muss entsprechend ausgebildet respektive weitergebildet sein. Das Erfordernis der Instruktion und Auswahl werfen im Alltag der APN meist

23 Die Überweisung einer Hausärztin oder eines Hausarztes wird zwar von gewissen Spezialärztinnen und -ärzten gewünscht. Die Patientinnen und Patienten müssen diesem Wunsch aber nicht nachkommen und können sich aufgrund der freien Arztwahl direkt an eine Spezialärztin oder einen Spezialarzt wenden, die oder der ohne Zuweisung einer Hausärztin oder eines Hausarztes tätig wird (ausgenommen ein entsprechendes Versicherungsmodell verlangt eine spezielle Vorgehensweise).

24 BSK KVG-VASELLA, Art. 35 N 31.

25 U. KIESER (2016) *Advanced Practice Nurse und Clinical Nurse Specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen*. Pflegerecht, 03/2016, 130–141.

keine Fragen auf, zumal die Auswahl hier auf besonders ausgebildete und entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen fällt. Weitaus mehr Fragen stellen sich im Rahmen der Überwachung. So war das Bundesgericht bei der psychologischen Psychotherapie hinsichtlich zulässiger Delegation der Meinung, dass die Überwachung eine gewisse örtliche Nähe erfordere. Daraus leitete das Gericht das Erfordernis ab, dass die zugelassene Ärztin oder der zugelassene Arzt die Behandlungsmassnahmen an nicht ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten nur dann übertragen kann, soweit die unselbständige Tätigkeit dieser Delegationsempfängerin oder dieses Delegationsempfängers in ihren respektive seinen Praxisräumen sowie unter seiner Aufsicht und Verantwortlichkeit erfolgt (sogenanntes Delegationsmodell).<sup>26</sup> Allerdings ist die Präsenz der Ärztin oder des Arztes nicht zwingend. Sie kann durch moderne Kommunikationsmittel wie Telefonate oder Videoanrufe ersetzt werden. Bekanntlich ist die psychologische Psychotherapie seit dem 1. Juli 2022 eine eigene Leistungserbringergruppe und arbeitet nicht mehr unter dem Delegations-, sondern unter dem Anordnungsmodell (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG i. V. m. 50c und 52e KVV).

Die sozialversicherungsrechtliche Abrechnung erfolgt bei der delegierten Tätigkeit über die Ärztin oder den Arzt. Obwohl die zivilrechtliche Verantwortung bei der verordnenden Ärztin oder beim verordnenden Arzt bleibt (Art. 101 OR), kann auch die Delegationsempfängerin oder der Delegationsempfänger strafrechtlich belangt werden. Daher sollte die Delegationsempfängerin oder der Delegationsempfänger nur Aufgaben übernehmen, bei denen eine sorgfältige Ausführung garantiert werden kann.<sup>27</sup>

Aufgrund spezialgesetzlicher Regelung gibt es genau ärztliche Tätigkeiten, die nicht delegierbar sind. Bei diesen Tätigkeiten geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Behandlung wissenschaftlich gesicherte medizinische Kenntnisse erfordert. Dennoch sind es markant weniger Behandlungen respektive Tätigkeiten, als man zunächst annehmen könnte. Darunter fallen unter anderem die Feststellung des Todes im Rahmen einer Organspende (Art. 11 Transplantationsgesetz), die Behandlung übertragbarer Krankheiten (Art. 28 Abs. 1 Epidemiegesetz), das Urteil zum straffreien Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Schwangerschaftswoche (Art. 119 Strafgesetzbuch), die Vornahme einer Sterilisation (Art. 2 Abs. 2 Sterilisationsgesetz), das Verschreiben von Heroin für betäubungsmittelabhängige Personen (Art. 3e Abs. 3 lit. b Betäubungsmittelgesetz), die Beratung in der Fortpflanzungsmedizin (Art. 6 Abs. 1 Fortpflanzungs-

medizingesetz), die Informationspflicht bei genetischen Untersuchungen (Art. 20 Abs. 1 Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen) sowie die Wahrung der Interessen von Personen bei Einbezug in ein Forschungsprojekt in Notfallsituationen (Art. 30 Abs. 1 Humanforschungsgesetz). Soweit ersichtlich, gibt es auf Bundesebene keine Bestimmungen, die chirurgische Eingriffe, das Stellen von medizinischen Diagnosen sowie das Erstellen von Therapie- und Operationsplänen nur Ärztinnen und Ärzten vorbehalten würde.<sup>28</sup> Welche derartiger Leistungen auch von anderen als Ärztinnen und Ärzten eigenverantwortlich erbracht werden können, muss von der Schwierigkeit, der Gefährlichkeit oder der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen abhängig gemacht werden.

## A. Gesetzliche Regelung der Ausbildung und Zulassung

Das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) regelt als Bundesgesetz im Bereich der Pflegefachpersonen gesamtschweizerisch den Abschluss (Kapitel 1: Art. 1–2 GesBG), die Kompetenzen (Kapitel 2: Art. 3–5 GesBG), die Akkreditierung der Studiengänge (Kapitel 3: Art. 6–9 GesBG) sowie die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung (Kapitel 5: Art. 11–22 GesBG) an einer höheren Fachschule (HF) und einer Fachhochschule (FH mit Bachelorabschluss).

Für den Masterstudiengang in Pflege(-wissenschaft) gibt es bis dato keine bundesweite Regelung, obwohl dies bereits mehrfach im Parlament sowie im Bundesrat diskutiert wurde. Der Bundesrat führte beispielsweise am 14. Februar 2018 aus, dass es aus seiner Sicht verfrüht wäre, die Masterstufe im GesBG zu verankern, da sich bisher keine klaren Rollenprofile herauskristallisiert hätten. Des Weiteren gelte es zu verhindern, dass Pflegefachpersonen mit Bildungsabschlüssen nach bisherigem Recht benachteiligt werden, wenn die Masterstufe im GesBG geregelt wäre ohne klar definierte Rollenprofile. Ausserdem würden den Kantonen Beurteilungskriterien fehlen, wann die Berufsausübung einen Masterabschluss voraussetzt.<sup>29</sup> Der Bundesrat anerkannte jedoch die grosse Bedeutung der Rolle von Pflegenden im interprofessionellen Kontext – gerade auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Dieser kann sich unter speziellen Umständen noch bedrohlich zuspitzen.

<sup>26</sup> BGE 125 V 441 E. 2b.

<sup>27</sup> C. PETER (2019). *Rechtshandbuch für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz*.

<sup>28</sup> In der Medizinalberufeverordnung (MedBV) finden sich lediglich Bestimmungen zur Dauer der Weiterbildungen für spezialisierte Chirurgieberufe (vgl. Anhang 1 MedBV).

<sup>29</sup> DAS SCHWEIZER PARLAMENT (2018). *Interpellation 17.4137: Wann wird im Gesundheitsberufegesetz der Master in Pflege eingeführt?*

zen, dies zeigte sich insbesondere während der Sars-CoV-2-Pandemie.<sup>30</sup>

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Gesetzgebung die Praxis bestimmt oder ob die Praxis die Gesetzgebung bestimmt. Ohne gesetzliche Bestimmungen können sich Rollenprofile, wenn überhaupt, nur langsam und schwerfällig entwickeln.

Die Autorinnen dieses Artikels sind der Auffassung, dass mit dem nationalen Register «APN-CH», das seit März 2021 existiert und bereits über 100 registrierte Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN beinhaltet, sowohl klar definierte Rollenprofile wie auch die geforderten Beurteilungskriterien vorliegen. Nach ihrer Einschätzung muss spätestens mit der nächsten Revision des GesBG die Masterstufe in der Pflege gesetzlich verankert werden. Die Autorinnen lancieren mit diesem Artikel zudem die Idee des Erlasses eines APN-Gesetzes, das sämtliche zu regelnde Aspekte abdeckt, nicht nur die Ausbildungsstufe.

## B. Kompetenzen und Verantwortlichkeiten

### 1. Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln

Massgeblich ist im Zusammenhang mit der Verschreibung von Arzneimitteln das Heilmittelgesetz (Art. 24 ff. HMG).

Auf ärztliche Verschreibung hin darf angemessen ausgebildetes Fachpersonal unter Kontrolle von Ärztinnen und Ärzten sowie von Apothekerinnen und Apothekern verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben (Art. 24 Abs. 1 lit. c HMG).

Die Abgabe von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist allen Personen erlaubt, die auch verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben dürfen (Art. 25 Abs. 1 lit. a HMG), sowie zusätzlich Drogistinnen und Drogisten (Art. 25 Abs. 1 lit. b HMG) und weiteren Personen, die über eine angemessene Ausbildung verfügen im Rahmen ihrer Abgabekompetenz, und entsprechend ausgebildeten Fachpersonen unter der Kontrolle von Personen nach Art. 25 Abs. 1 lit. a und b HMG.

Aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Abgabekompetenz dürfen APN auf ärztliche Anordnung hin sowohl verschreibungs- wie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben, aber nicht eigenständig verschreiben, denn krankenversicherungsrechtlich ist Art. 25 Abs. 2 lit. a und lit. b KVG zu berücksichtigen. Das KVG bestimmt, dass Arzneimittel nur dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, wenn sie von Ärztinnen oder

Ärzten sowie Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren verordnet worden sind. Somit dürfen APN laut geltendem Recht lediglich im Auftrag von Ärztinnen, Ärzten, Chiropraktorerinnen oder Chiropraktoren oder aber auf ärztliche Anordnung Arzneimittel abgeben, aber nicht eigenständig verschreiben.

### 2. Chirurgische Eingriffe, medizinische Diagnosen, Therapien, Überweisungen

Es gibt in der Schweiz – wie bereits gesehen – keine gesetzlichen Regelungen, die es nicht ärztlichem Personal gänzlich verbieten würden, chirurgische Eingriffe vorzunehmen, medizinische Diagnosen zu stellen, Therapien einzuleiten oder Überweisungen zu tätigen, sofern diese nicht aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen höchstpersönlich durch eine Ärztin oder einen Arzt ausgeführt werden müssen. Art. 8 lit. b des Medizinalberufegesetzes (MedBG) bestimmt, dass Absolventinnen und Absolventen des Humanmedizinstudiums die Diagnose stellen können und die Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten beherrschen müssen. Dies schliesst jedoch aus gesundheitsrechtlicher Sicht nicht aus, dass auch andere Personen dazu befähigt sind, beispielsweise eigenständig Diagnosen zu stellen und Krankheiten zu behandeln.<sup>31</sup>

Spielverderber dieser stringenten gesundheitsrechtlichen Überlegungen ist erneut Art. 25 KVG: Die Kosten für Untersuchungen, Behandlungen, Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände werden nur dann übernommen, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten und in einem eingeschränkten Mass von Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren angeordnet respektive verordnet wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass eine APN zwar beispielsweise Untersuchungen anordnen darf, allerdings nur im Rahmen eines ärztlichen Auftrages bzw. auf ärztliche Anordnung hin.

### 3. Vorgehen in der klinischen Praxis gemäss Standard Operating Procedure (SOP)

In der klinischen Praxis wird aufgrund der unzureichenden gesetzlichen Grundlage ein pragmatischer Ansatz gewählt: In Standard Operating Procedures (SOP) oder ähnlichen Dokumenten wird eine generelle Delegation ärztlicher Aufgaben an eine APN festgehalten. Diese SOP werden von der Chefärztin oder dem Chefarzt der betreffenden Klinik sowie von der APN unterzeichnet. Ein Beispiel dafür wäre eine SOP zur delegierten Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach einer Appendektomie (ope-

30 C. GOLZ/S. HAHN (2021). «Pflexit» – Gratulation! Twitter als Stimmungsbarometer. *frequenz. Das Magazin des Departements Gesundheit*.

31 U. KIESER (2016). Advanced Practice Nurse und Clinical Nurse Specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen. *Pflegerecht*, 03/2016, 130–141.

relative Entfernung des entzündeten Blinddarms) durch die APN. Die APN ist im Rahmen dieser SOP befugt, fix delegierte ärztliche Aufgaben durchzuführen. Dazu gehören beispielsweise das Erheben einer Anamnese, die körperliche Untersuchung, das Besprechen des Reanimationsstatus mit der Patientin oder des Patienten, das Verordnen von definierten Medikamenten inklusive täglicher Maximaldosis, die Planung des Austrittes der Patientin oder des Patienten etc. Solche Vereinbarungen über fixe Delegationen zwischen dem ärztlichen Dienst und einer APN erlaubt der APN in der klinischen Praxis eine gewisse Autonomie. Dabei verbleiben die medizinische Verantwortung und somit auch die zivilrechtliche Haftung im Grundsatz bei der delegierenden Ärztin oder beim delegierenden Arzt.

## C. Krankenversicherungsrechtliche Abrechenbarkeit von Leistungen

### 1. Ambulante pflegerische Leistungen

Die Abrechenbarkeit von ambulanten pflegerischen Leistungen ist im Grundsatz in Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG i. V. m. Art. 49 und Art. 51 KVV geregelt. Dies befähigt Pflegefachpersonen respektive Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, ihre erbrachten Leistungen abzurechnen, solange diese ärztlich angeordnet sind.

Ärztliche ambulante Leistungen werden mit der Leistungsstruktur TARMED<sup>32</sup> abgerechnet. TARMED ist ein unter den Tarifpartnern, das heisst der Ärzteschaft und den Versicherern verhandelte Tarifstruktur.<sup>33</sup> Im Jahr 2018 hat die Tariforganisation ats-tms AG (Arzttarif Schweiz – Tarif Médical Suisse) – bestehend aus Vertretenden von Krankenversicherern (curafutura), Leistungserbringenden (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH) sowie der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) – eine neue Tarifstruktur für die ambulante ärztliche Leistungsabrechnung im Spital und in der freien Praxis entwickelt. Der neu entwickelte TARDOC soll den aktuell geltenden TARMED ablösen, weil TARMED auf einem 30-jährigen Kostenmodell basiert, welches nicht mehr zeitgemäss ist.<sup>34</sup> Der Bundesrat hat am 3. Juni 2022 Nachbesserungen an TARDOC verlangt, bis dato ist die Genehmigung ausstehend.<sup>35</sup>

32 Tarmed = tarif médical; gesamtschweizerisch einheitlicher Einzelleistungstarif für ärztliche Leistungen.

33 FMH. VERBINDUNG DER SCHWEIZER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (2022). *Ambulante Tarife*.

34 ats-tms AG (Hrsg.) (2022). *FAQ – Häufige Fragen zum TARDOC*.

35 MEDIENMITTEILUNG DES BUNDESRATES (2022): TARDOC: Erfreuliche Fortschritte, aber noch nicht ausreichend für eine Genehmigung.

Pflegerische Tätigkeiten sind so weit ersichtlich in beiden Tarifstrukturen nicht gesondert abrechenbar.

### 2. Stationäre pflegerische Leistungen

Im Vergleich zum ambulanten Setting gibt es in der stationären Pflege die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen der Fallpauschalen (Swiss Diagnosis Related Groups; SwissDRG) abzurechnen. Grundsätzlich massgeblich ist auch hier Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG: Von der OKP vergütet werden diejenigen Leistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes handeln.

Zusätzlich entscheidend für die Abrechenbarkeit von stationär erbrachten Leistungen sind die SwissDRG. Die Fallpauschalen stellen das Tarifsystem für akutsomatische stationäre Spitalleistungen dar und dienen der bundesweiten einheitlichen Vergütung dieser Leistungen. Die Berechnung der Vergütung ergibt sich aus bestimmten Kriterien für jeden Spitalaufenthalt (bspw. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Art der Behandlung, Schweregrad). Dabei handelt jedes Spital mit den Versicherungsanbietern einen Preis für jede Pauschale aus.<sup>36</sup> Innerhalb dieser Pauschale gibt es einen gewissen Spielraum für die Verteilung der Kosten. So können Leistungen einer APN in die Fallpauschale integriert werden und dafür an einer anderen Position innerhalb der Pauschale eingespart werden. Dies hat den Vorteil der Kostenumwälzung. Es birgt aber das Risiko der «Unsichtbarkeit» der Leistung der APN in der Abrechnung. Der zunehmende Einsatz der APN in der stationären Pflege soll aus Kostentransparenz-, aber auch aus berufspolitischen Gründen gesehen werden. Wenn eine APN anstelle einer Ärztin oder eines Arztes gewisse Leistungen erbringt, kann das Spital Kosten einsparen, da das Salär einer APN niedriger ist als das Salär einer Ärztin oder eines Arztes. Daraus ergibt sich die spannende Diskussion, ob der zunehmende Einsatz von APN in der stationären Behandlung einen Einfluss auf die Berechnung der Fallpauschalen haben wird, wenn damit ärztliche Leistungen eingespart werden können.

## D. Die bundesrätliche Umsetzung der Pflegeinitiative

Am 28. November 2021 haben Volk und Stände die Initiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» angenommen.<sup>37</sup> Entsprechend wurden der neue Art. 117b

36 SwissDRG AG (Hrsg.) (2015). *Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Basisinformationen für Gesundheitsfachleute*.

37 Dokumentation der Volksabstimmung vom 28. November 2021 – Pflegeinitiative.

Bundesverfassung (BV) und die dazugehörigen Übergangsbestimmungen in der Verfassung verankert. Der Bundesrat entschied danach, die Umsetzung in zwei Etappen vorzunehmen. Eine erste Umsetzungs-etappe ging im August 2023 in die Vernehmlassung.<sup>38</sup> So weit ersichtlich, finden sich zu den APN keine gesetzlichen Grundlagen. Es ist zwar vorgesehen, dass Pflegefachpersonen definierte Leistungen nach zweijähriger praktischer Tätigkeit ohne ärztliche Anordnung ausführen dürfen. Namentlich handelt es sich um Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Massnahmen der Grundpflege). Pflegefachpersonen mit zusätzlicher Ausbildung wie die APN werden im angepassten KLV nicht erwähnt respektive zu weitergehenden Leistungen befähigt. Eine gesetzliche Regelung, wonach APN neben den erwähnten Leistungen auch die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, wäre in der Umsetzung sehr einfach. Der Bundesrat wird im Rahmen der Umsetzung der zweiten Etappe die Regulierung der Masterstufe im Bereich der Pflege prüfen.<sup>39</sup>

### III. Diskussionsvorschlag für ein APN-Gesetz

#### A. Warum ein APN-Gesetz?

Es ist bedauerlich und letztlich nicht nachvollziehbar, dass neue Formen der Leistungserbringung von den krankenversicherungsrechtlichen Regelungen bis heute nicht ausdrücklich erfasst werden. Das Auftreten neuer Formen der Leistungserbringung wie Telemedizin oder das Hinzukommen neuer Formen beruflicher Weiterbildung wie APN und ähnlichen Weiterbildungen machen es dringend notwendig, gesetzlich festzulegen, unter welchen Voraussetzungen solche Handlungsformen und Personen eingesetzt werden können.<sup>40,41</sup>

38 BAG, Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes (Umsetzung der 1. Etappe der Pflegeinitiative).

39 BAG, Umsetzung 2. Etappe der Pflegeinitiative.

40 U. KIESER (2023), *Personen in Weiterbildung und Krankenversicherungsrecht*, in: AJP/PJA, 585, wobei KIESER die rechtliche Grundlage im Krankenversicherungsrecht sieht.

41 So auch I. BÖHM (2023), *Das Arbeiten neu denken*, Schweizerische Ärztezeitung 104(2932):8–9.

Die Autorinnen möchten deshalb mit dem nachfolgenden Gesetzesentwurf eine Diskussion anstossen, damit das neue Berufsbild der APN nicht nur in der Praxis weiter ankommt, sondern auch auf legislatorischer Ebene ihren Niederschlag findet. Vorgehende Ausführungen haben gezeigt, dass die Schaffung des neuen Berufsbildes auf verschiedenen Ebenen einer gesetzlichen Grundlage – sei es auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe – bedarf.

Soweit ersichtlich hat der Kanton Waadt als einziger Kanton die Zulassung und die Kompetenzen von Nurse Practitioner im kantonalen Gesundheitsgesetz seit dem 1. Februar 2018 weitreichend geregelt, (Loi sur la santé publique de canton de Vaud, LSP, BLV 800.01):

**«Art. 124b Infirmiers praticiens spécialisés**

<sup>1</sup> *L'infirmier praticien spécialisé est une personne dont la formation, de niveau master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes:*

- a. *prescrire et interpréter des tests diagnostiques;*
- b. *effectuer des actes médicaux;*
- c. *prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements.*

<sup>2</sup> *L'infirmier praticien spécialisé pratique en principe à titre dépendant, au sein d'un établissement sanitaire ou d'une organisation de soins. Il peut toutefois également pratiquer à titre indépendant, dans le cadre d'une convention passée avec un médecin autorisé à pratiquer à titre indépendant.*

<sup>3</sup> *L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.»*

#### B. «Flickenteppich» oder eigenständiges APN-Gesetz?

Es lässt sich zu Recht fragen, ob die Regelung des Berufsbildes der APN in die einzelnen, bereits bestehenden Gesetze und Verordnungen<sup>42</sup> eingefügt werden sollen oder ob eine neue gesetzliche Grundlage geschaffen werden soll. Die Autorinnen sind der Meinung, dass das sich über die letzten fast 20 Jahre neu entwickelnde Berufsbild auch eine Art Zäsur für das Gesundheitssystem der Schweiz darstellt: Aufgaben und Kompetenzen werden neu, besser, kompetenzspezifischer, vielleicht auch pragmatischer zugewiesen. Diese Zäsur verdient es, das neue Berufsbild und letztlich das neue Berufsverständnis der Pflegefachpersonen in einem dafür neu geschaffenen Gesetz abzubilden respektive zu reglementieren. Nachfolgend findet sich daher ein Vorschlag für ein eigenständiges APN-Gesetz.

42 Zu denken sind beispielsweise an GesBG, KVG, KVV, KLV, um nur einige zu nennen.

## C. Innovativer Gesetzesvorschlag APN-Gesetz

«Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

gestützt auf Artikel 117, 117a Absatz 2 Buchstabe a und Art. 117b der Bundesverfassung,

beschliesst:

**Bundesgesetz über die Ausbildung, die Kompetenzen, die Zulassung und die Abrechenbarkeit der Leistungen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurses) sowie Organisationen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (O-APN) (APN-Gesetz)<sup>43</sup>**

### 1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

#### Art. 1 Zweck und Begriff

<sup>1</sup> Dieses Gesetz regelt und fördert im Interesse der öffentlichen Gesundheit und der Versorgungssicherheit der Schweiz die Ausbildung und den Beruf der Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurses) sowie Organisationen von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (O-APN)

<sup>2</sup> Der Beruf der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN zeichnet sich insbesondere durch folgende Merkmale aus:

- a. selbständiges Handeln der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN;
- b. selbstverantwortliches klinisches Entscheiden der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN;
- c. organisatorische Fähigkeiten der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN, um Gesundheitsdienste zu koordinieren;
- d. Teilnahme der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN an Pflegeforschung und an der (Weiter-)Entwicklung der Pflege.

#### Art. 2 Gegenstand

Das vorliegende Gesetz regelt insbesondere

- a. die erforderliche Ausbildung und den Titelschutz der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN;
- b. die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN;
- c. die Abrechenbarkeit der Leistung der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN, insbesondere im Bereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im ambulanten und stationären Bereich.

### 2. Kapitel: Ausbildung

#### Art. 3 Ziele der Ausbildung und der Berufsausübung

Die Pflegeexpertin APN und der Pflegeexperte APN sind insbesondere befähigt,

- a. Patientinnen und Patienten umfassend, individuell und qualitativ hochstehend zu betreuen;
- b. Fragestellungen mit wissenschaftlich anerkannten Methoden und unter Einbezug ethischer und wirtschaftlicher Aspekte zu bearbeiten und entsprechende Entscheide zu fällen;
- c. mit Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie mit allen an der Behandlung Beteiligten sachgerecht und zielgerichtet zu kommunizieren;
- d. Verantwortung im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der medizinischen Grundversorgung, und berufsspezifisch in der Gesellschaft zu übernehmen;
- e. Organisations- und Managementaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit wahrzunehmen;
- f. den Kompetenzen anderer anerkannter Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen;
- g. im internationalen Wettbewerb zu bestehen.

#### Art. 4 Ausbildung und Registrierung

<sup>1</sup> Eine Pflegeexpertin APN oder ein Pflegeexperte APN hat einen Master of Science in Nursing/Pflegewissenschaft mit mindestens 90 ECTS abgeschlossen.

<sup>2</sup> Eine Pflegeexpertin APN oder ein Pflegeexperte APN ist im nationalen Register «APN-CH» registriert.

#### Art. 5 Titelschutz

Der Titel der «Pflegeexpertin APN» und des «Pflegeexperten APN» ist ein geschützter Berufstitel.

#### Art. 6 Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse

<sup>1</sup> Für die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse des Masterabschlusses der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN gelten die Bestimmungen des GesBG analog.

<sup>43</sup> Der vorliegende Gesetzesentwurf wurde bilateral von den beiden Autorinnen erarbeitet. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Autorinnen ermöglichte eine ganzheitliche Betrachtung des Gesetzesentwurfs, wodurch sowohl rechtliche Aspekte als auch die spezifischen Anforderungen und Herausforderungen im Kontext von APN berücksichtigt wurden. Der Gesetzesentwurf soll als Ausgangspunkt für Diskussionen dienen und keineswegs als endgültige Fassung betrachtet werden. Es besteht die Möglichkeit, dass im Zuge weiterer Analysen und Debatten Anpassungen vorgenommen werden, dieses Recht behalten sich auch die Autorinnen explizit vor. Eine endgültige Fassung des Gesetzes wäre durch das Parlament zu erlassen.

<sup>2</sup> Ein ausländischer Bildungsabschluss wird anerkannt, wenn seine Gleichwertigkeit mit einem inländischen Bildungsabschluss

- a. in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat oder einer überstaatlichen Organisation festgelegt ist; oder
- b. im Einzelfall nachgewiesen wird anhand von Bildungsstufe, -inhalt, -dauer und im Bildungsgang enthaltenen praktischen Qualifikationen.

<sup>3</sup> Ein anerkannter ausländischer Bildungsabschluss hat für die Berufsausübung in der Schweiz die gleichen Wirkungen wie der entsprechende inländische Bildungsabschluss.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse im Geltungsbereich dieses Gesetzes. Er kann diese Aufgabe an Dritte delegieren. Diese können für ihre Leistungen Gebühren erheben. Der Bundesrat regelt die Gebühren.

<sup>5</sup> Der Bundesrat kann die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse von Ausgleichsmassnahmen abhängig machen.

### 3. Kapitel: Kompetenzen und Zulassung

#### Art. 7 Kompetenzen

<sup>1</sup> Die Pflegeexpertin APN und der Pflegeexperte APN sowie Organisationen der Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und handeln selbständig und in eigener Verantwortung ohne Anordnung oder Auftrag von ärztlicher Seite.

<sup>2</sup> Sie verfügen insbesondere über folgende Kompetenzen

- a. Verschreiben und Interpretieren von diagnostischen Tests, wie insbesondere die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a–c KLV, das Verschreiben und gegebenenfalls Durchführen von bildgebenden Verfahren (Röntgen, Sonographie, CT, MRI, Szintigraphie), das Verschreiben und Durchführen spezifischer Tests (wie Lungenfunktionstest, das Schreiben verschiedener EKG (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG und ähnliches);
- b. Indikation und Durchführung von medizinischen Handlungen inklusive chirurgischer Eingriffe, soweit sie der ganzheitlichen und holistischen Betreuung der Patientinnen und Patienten dienen; es geht dabei insbesondere um die Vornahme kleinerer chirurgischer Eingriffe, die in Lokalanästhesie oder ohne lokale Betäubung durchgeführt werden können und keiner speziellen Überwachung der Vitalparameter erfordern wie das Kleben oder Nähen von kleinen Wunden, das Öffnen von kleinen Abszessen, das Entfernen von kleinen Fremdkörpern unter der Haut, die Inzision eines Panaritiums und ähnliche Eingriffe;

- c. Verschreiben und Abgeben von Arzneimitteln und Überwachen derselben sowie Vornahme von Anpassungen, dies betrifft sowohl die nicht-verschreibungspflichtigen als auch die verschreibungspflichtigen Arzneimittel sowie Betäubungsmittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, soweit sie als Heilmittel verwendet werden.

<sup>3</sup> Das zuständige Departement regelt die weiteren Einzelheiten.

#### Art. 8 Zulassung Pflegeexpertin APN und Pflegeexperte APN

Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN nach Artikel 11 GesBG anerkannte Bewilligung.
- b. Sie haben während mindestens zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
  1. bei einer Pflegeexpertin APN oder einem Pflegeexperten APN, die oder der nach diesem Gesetz zugelassen ist;
  2. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung einer Pflegeexpertin APN oder eines Pflegeexperten APN, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieses Gesetzes erfüllt; oder
  3. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung einer Pflegeexpertin APN oder eines Pflegeexperten APN, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, oder einer Organisation von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (O-APN); oder
  4. bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.
- c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.
- d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV erfüllen.

#### Art. 9 Zulassung Organisationen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (O-APN)

Organisationen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (O-APN) werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.
- b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

- c. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat.
- d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.
- e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV erfüllen.

#### 4. Kapitel: Abrechenbarkeit von KVG-Leistungen

##### Art. 10 Abrechenbarkeit, Tarifverträge

- <sup>1</sup> Die von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN und O-APN gemäss diesem Gesetz erbrachten Leistungen wie Diagnose, Behandlung, verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Die Pflegeexpertinnen APN, Pflegeexperten APN und O-APN beachten Art. 32 KVG.
- <sup>2</sup> Im ambulanten Bereich werden die Tarife gemäss Art. 43 ff KVG festgesetzt, wobei die Leistungsabgeltung mindestens mit Faktor 1.x höher sein muss als der Tarif gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

(Variante: <sup>2</sup> Im ambulanten Bereich werden die Tarife gemäss Art. 43 ff. KVG festgesetzt.)

- <sup>3</sup> Im stationären Bereich müssen die Leistungen der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN im Rahmen der Fallpauschale/SwissDRG auf der Rechnungsstellung separat mit einer Identifikationsnummer wie beispielsweise GLN ausgewiesen werden.

#### 5. Kapitel:

##### Art. 11 Aufsicht

Der Bundesrat beaufsichtigt den Vollzug dieses Gesetzes.

##### Art. 12 Vollzug

Der Bundesrat erlässt die notwendigen Ausführungsbestimmungen.

##### Art. 13 Änderung anderer Erlasse

Die Änderung anderer Erlasse ist im Anhang geregelt.

##### Art. 14 Übergangsbestimmungen

...»

## D. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln des Gesetzesvorschlages des APN-Gesetzes

### Titel

Der Titel des Gesetzesentwurfes benennt den Regelungsgegenstand des Gesetzes, also das neue Berufsbild der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN sowie der Organisationen derselbigen.

### Ingress

Das Gesetz stützt sich auf 117, 117a Absatz 2 Buchstabe a und Art. 117b BV, die dem Bund die Kompetenz und Verpflichtung geben, Vorschriften über die Krankenversicherung, Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe zu erlassen und die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu fördern und für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität zu sorgen.

### Art. 1 Zweck und Begriff

#### Art. 2 Gegenstand

Der vorliegende Gesetzesvorschlag regelt lediglich den Beruf der APNs. Denkbar wäre gewesen, den Gesetzesentwurf auf alle Gesundheitsberufe auszuweiten und ganz allgemein die AP-Berufe (z. B. MSc Physiotherapie oder MSc Hebammen oder MSc Ernährung und Diätetik) zu reglementieren. Die Autorinnen haben sich bewusst auf die Pflege beschränkt, um anhand dieser Profession den Regelungsbedarf zu spiegeln. Zudem ist vermutlich die Pflege in der Durchdringung des Gesundheitssystems mit dem neuen Rollenbild am weitesten fortgeschritten. Es wäre aus Sicht der Autorinnen denkbar und möglicherweise auch sinnvoll, den Gesetzesentwurf auf weitere Gesundheitsberufe auszuweiten. Dies allerdings nur dann, wenn es nicht zu erheblichen Verzögerungen kommt, weil die einzelnen Gesundheitsberufe ihre Rollen erst noch definieren müssen.

#### Art. 3 Ziele der Ausbildung und der Berufsausübung

Die Ziele der Ausbildung und der Berufsausübung lehnen sich eng an diejenigen der MedBG an.

#### Art. 4 Ausbildung

Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Grundausbildung einer Pflegeexpertin APN und eines Pflegeexperten APN ein Bachelor of Science in Pflege FH oder diplomierte Pflegefachfrau HF und dipl. Pflegefachmann HF gemäss Art. 12 Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) ist. Die Bestimmung hält dann weiter fest, dass es zur Berufsausübung der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten APN zwingend einen Masterabschluss (Master of Science) in Pflege(-wissenschaft) braucht, um den Anforderungen und zusätzlichen Kompetenzen gerecht zu werden.

**Art. 5 Titelschutz**

Diese Bestimmung schafft eine neue Berufsbezeichnung samt entsprechendem Titelschutz. Der erforderliche Eintrag im nationalen Register «APN-CH» dient der Qualitätssicherung.

**Art. 6 Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse**

Der Gesetzesentwurf regelt die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse und lehnt sich dabei an die Bestimmungen des GesBG an.

**Art. 7 Kompetenzen**

**Absatz 1** hält fest, dass Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN sowie Organisationen der Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auf gleicher Stufe figurieren wie beispielsweise Ärzte und Ärztinnen, Chiropraktoren und Hebammen. Sie verfügen daher über den sogenannten Direktzugang.

**Absatz 2** definiert die spezifischen Kompetenzen, die die Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN und O-APN eigenständig erbringen dürfen. Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN erlangen im Rahmen ihres Studiums an einer Fachhochschule oder einer Universität fundierte Kenntnisse in den Gebieten Pathophysiologie, Pharmakologie und klinischem Assessment<sup>44</sup>. Zusammen mit der mehrjährigen Berufserfahrung in der Pflege, die jede und jeder Masterstudierende zwingend mitbringen muss, ist dies die Rechtfertigungsgrundlage für die erweiterten Kompetenzen wie sie in Absatz 2 aufgelistet sind.

**Absatz 3** Die im Art. 7 Abs. 2 genannten Leistungen sind ein Mindestkatalog. Das zuständige Departement, somit das EDI, kann weitere Leistungen benennen, dies in einer gesonderten Verordnung oder durch Aufnahme in den Leistungskatalog der KLV.

**Art. 8 Zulassung zur Pflegeexpertin APN und zum Pflegeexperten APN**

Die Bestimmung lehnt sich eng an die Bestimmungen des KVG und der KVV an. Die genannten Jahre Berufserfahrung sind auf Vollzeitpensen gerechnet. Sollte jemand in einem Teilzeitpensum tätig sein, verlängert sich die Zeit der notwendigen Berufserfahrung entsprechend.

**Art. 9 Zulassung der Organisationen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN (O-APN)**

Die Bestimmung lehnt sich eng an die Bestimmungen des KVG und der KVV an.

**Art. 10 Abrechenbarkeit, Tarifverträge**

**Absatz 1** hält fest, dass sämtliche Leistungen, die nach dem APN-Gesetz erbracht werden, von der OKP zu übernehmen sind. Dies immer unter Beachtung von Art. 32 KVG.

**Absatz 2** Diese Art der Tarifierung würde es ermöglichen, an den Kostenberechnungen des zuständigen Departementes anzusetzen und von einer Mindesttarifierung auszugehen. Die Autorinnen lassen den Mindestfaktor von grösser als eins in ihrem Gesetzesvorschlag offen.

**Absatz 2 Variante** Bei der dargestellten Variante sollen Tarifierung und Abrechenbarkeit in der Logik des KVG bleiben. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer müssen basierend auf einem Kostenmodell Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherungen führen und eine neue Tarifarchitektur schaffen.<sup>45</sup>

**Absatz 3** Diejenigen Pflegefachpersonen, die bereits heute im stationären Bereich als APN tätig sind, gehen in den Fallpauschalen unter. Es wäre anzunehmen, dass dies ohne diese Bestimmung weiterhin so bliebe. Sinn der Bestimmung ist, die Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN sichtbar zu machen. Dazu soll eine Identifikationsnummer dienen, dies könnte beispielsweise die in der Schweiz gängige GLN sein.

**Art. 11 Aufsicht****Art. 12 Vollzug****Art. 13 Änderung anderer Erlasse****Art. 14 Übergangsbestimmungen**

Diese Bestimmungen ergeben sich automatisch aus der üblichen Systematik der Erschaffung von Gesetzen und müssen hier nicht weiter kommentiert werden.

**IV. Fazit**

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Tätigkeit der APN ist aus Sicht der Autorinnen ein zwingend notwendiger Schritt, um den kompetenzgerechten Einsatz von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN sicherzustellen:

Dies führt erstens dazu, dass die vorhandenen Ressourcen der Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN optimal eingesetzt werden.

Zweitens dient es der Attraktivität des Berufsbildes, weil eine gesetzliche Legitimation vorhanden ist. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass eine gewisse Zurückhaltung beim Absolvieren eines Masterstu-

44 Vgl. dazu auch das Rollenmodell der APN nach Hamric & Hanson mit den «3Ps» (Physical Assessment, Pathophysiology, and Pharmacology) in M. F. TRACY/E. T. O'GRADY (2019). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*.

45 BOLDI (2018) *Tarifverhandlungen der ambulant tätigen Leistungserbringer*, in: C. Boldi/K. Caviezel (Hrsg.), *Gesundheitsrecht im Bereich KVG, Leistungserbringer im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen*, Handbuch für Praktiker.

diums im Bereich Pflege besteht. Potentielle Studierende zweifeln, ob sie das Studium absolvieren sollen mit der Aussicht, dass sie nach Studienabschluss keinen gesicherten Kompetenzbereich haben werden. Es gibt genügend Alternativen im Gesundheitswesen für potenzielle Masterstudierende, in einem anderen Berufsfeld tätig zu sein. Da der Fachkräftemangel insbesondere in den pflegerischen Berufen am stärksten ausgeprägt ist, würde eine gesetzliche Grundlage von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN dem positiven Berufsbild dienen und dem Masterstudium einen Attraktivitäts-Schub geben.

Und drittens schliesslich, als wichtigstes Argument, würde ein APN-Gesetz die grosse Lücke schliessen, die zwischen der derzeitigen rechtlichen Situation und der praktischen Realität klafft. APNs übernehmen in der klinischen Praxis bereits heute unzählige Aufgaben von anderen Berufsgruppen, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, ohne eine explizite rechtliche Grundlage zu haben. APNs sind nicht selten weit erfahrener als junge Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und können klinische Situationen dementsprechend besser einschätzen. Diesem Umstand muss auch auf gesetzlicher Ebene angemessen Rechnung getragen werden. Es ist an der Zeit, ein veraltetes Verständnis des Gesundheitssystems zu revidieren.

In Bezug auf die befürchtete Mengenausweitung, wenn eine zusätzliche Berufsgruppe via Direktzugang zulasten der OKP abrechnet, kann gesagt werden, dass Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN der ganzheitlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten dienen, was zu Kosteneinsparungen führen dürfte, weil ein Grossteil der Behandlung aus einer Hand erfolgt.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
APN(s)	Advanced Practice Nurse(s)
APN-CH	Verein der Pflegeexpertinnen und -experten APN in der Schweiz
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz), SR 812.121
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSK	Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, SR 101
E.	Erwägung
ECTS	European Credit Transfer System
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
Epidemiegesetz	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, SR 118.101
etc.	et cetera ( <i>deutsch</i> : und so weiter)

et al.	et alii / et aliae / et alia ( <i>deutsch</i> : und andere)
FH	Fachhochschule
FMedG	Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz), SR 810.11
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz), SR 811.21
GUMG	Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen, SR 810.12
HF	höhere Fachschule
HFG	Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz), SR 810.30
HMG	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), SR 812.21
i. V. m.	in Verbindung mit
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung), SR 832.112.31
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung SR 832.102
lit.	litera (lat. für Buchstabe)
LSP VD	Loi sur la santé publique du canton de Vaud (Gesundheitsgesetz Waadt), BLV 800.01
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz), SR 811.11
MedBV	Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung), SR 811.112.0
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
O-APN	Organisationen von Pflegeexpertinnen APN und Pflegeexperten APN
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
sog.	sogenannt
SOP	Standard Operating Procedure
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
Sterilisationsgesetz	Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen, SR 211.111.1
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch, SR 311.0
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARDOC	neue Arzttarif der Schweiz, aktuell in Entwicklung
TARMED	Tarif médical
Transplantationsgesetz	Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen, SR 810.21
u. a.	unter anderem
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20
Ziff.	Ziffer
ZSR	Zahlstellenregister