

TEIL II – EINBETTUNG DES CASE-PROJEKTS

8 Einbettung des CASE-Projekts in die Entwicklung von Advanced Practice Nursing

BEITRAG VON PROF. DR. ROMY MAHRER IMHOF

8.1 Die Verortung der Advanced Practice Nurse (APN) im Gesundheitssystem

Die Gesundheitssysteme vieler Ländern sind durch eine alternde Bevölkerung und durch einen bereits existierenden oder prognostizierten Mangel an Fachkräften im Gesundheitssystem herausgefordert. Auch das schweizerische Gesundheitswesen ist mit einer zunehmend multimorbiden, älter werdenden Bevölkerung und mit einem drohenden Fachkräftemangel, namentlich in der ambulanten Grundversorgung, konfrontiert.²⁷

Als eine Antwort haben viele Länder Reformen in der Bildung, der Reglementierung und/oder auch in der Bezahlung von diplomierten Pflegefachpersonen initiiert, um deren Profil zur Berufsausübung erweitern zu können. In diesem Zusammenhang werden in vielen Ländern Advanced Practice Nurses eingeführt. Es handelt sich dabei um Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis. Das CASE-Projekt kann als Teil dieser Entwicklung betrachtet werden. Es beschreibt die Implementierung von Advanced Practice Nurses (APN), Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis, in die Organisation Spitex Sihl Zürich.



Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof ist leitende Geschäftsführerin der Nursing Science & Care GmbH. Sie entwickelte den Master of Science Studiengang mit Fokus APN an der ZHAW und leitete diesen bis 2017. Sie beschäftigt sich seit Jahren mit Advanced Practice Nursing und ist in verschiedenen nationalen und internationalen Gremien zum Themenbereich APN tätig. Zurzeit präsidiert sie die Expertenkommission APN-CH im Verein zur Reglementierung der APN in der Schweiz.

²⁷ Jaccard Ruedin u. a. (2009); Senn u. a. (2016), Maier u. a. (2017)

Laut dem International Council of Nurses (ICN) ist eine

Advanced Practice Nurse (APN) eine registrierte Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss ist Mindestvoraussetzung zur Berufsausübung.²⁸

APN verfügen über vertiefte Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einem Spezialgebiet und haben hohe soziale Kompetenzen. Sie sind fähig,

- a. eigenverantwortlich eine vertiefte klinische Einschätzung von Patienten in komplexen Situationen in ihrem Berufsfeld vorzunehmen und entsprechende Massnahmen einzuleiten und/oder auszuführen,
- b. Koordinations- und Führungsaufgaben im Rahmen von interprofessionellen Teams zu übernehmen,
- c. klinisch ausgerichtete Forschungsvorhaben zu initiieren, zu evaluieren, die Erkenntnisse in die Praxis zu implementieren und ihr Wissen weiterzuvermitteln.²⁹

Laut einem Arbeitspapier der OECD basiert Advanced Practice Nursing auf zwei Konzepten.

- 1) Die Aufgabenverschiebung oder Substitution von Aufgaben anderer Fachpersonen. APN übernehmen Aufgaben, die vorher durch Ärztinnen und Ärzte ausgeführt wurden und mindern so den Mangel an ärztlichen Fachkräften, reduzieren deren Arbeitsbelastung und/oder verbessern für Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung.
- 2) Die Übernahme komplementärer Aufgaben. Dieser Teil der APN-Aufgaben führt zu Vervollständigung der Gesundheitsversorgung. So fördern zum Beispiel durch das Beraten von chronisch Kranken das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten, erhöhen durch fachliches Anleiten die Pflegequalität von Teams oder ermöglichen durch Initiieren neuer Versorgungsmodelle die kollaborative Praxis zwischen Berufsleuten.

Die beiden Konzepte der Substitution oder der Ergänzung können in den einzelnen Rollen von Advanced Practice Nursing unterschiedlich stark ausgeprägt sein.³⁰

8.2 Erkenntnisse zum Einsatz von APN

Viele Einzelstudien und Metaanalysen zeigten, dass Advanced Practice Nurses (APN) zu einer leicht zugänglichen, patienten- und familienzentrierten, kontinuierlich und koordinierten Versorgung mit hoher Qualität beitragen können.³¹ Viele Studien untersuchten, ob die APN-Interventionen für die Patientinnen und Patienten auch sicher sind. Die Ergebnisse ihrer Interventionen stehen denjenigen von Ärztinnen und Ärzten in nichts nach.³² Die Studien zeigten, dass bei der Einstellung von verschiedenen physiologischen Parametern (zum Beispiel HbA_{1c} bei Patienten mit Diabetes) kein signifikanter Unterschied zwischen der Versorgung durch APN oder derjenigen von Ärztinnen und Ärzten bestand. In einigen Parametern wie beispielsweise in der Senkung des systolischen Blutdruckes waren die Intervention durch die APN sogar besser im Vergleich zu denjenigen der Ärzte.³³

Deshalb wurden in einigen europäischen Ländern die Befugnisse von APN erweitert und das selbstständige Verordnen von diagnostischen Massnahmen und Therapien ermöglicht.³⁴ Es hat sich zudem gezeigt, dass APN durch ihre Leistungen auch zu Einsparungen im Gesundheitswesen beitragen, indem sie z. B. die Austritte vom Krankenhaus nach Hause optimal gestalten.³⁵ Patientinnen und Patienten sind mit den Leistungen der APN zufriedener als mit jenen von Ärztinnen und Ärzten.³⁶

²⁸ International Council of Nurses (2009); SBK u. a. (2012)

²⁹ Mahrer-Imhof u. a. (2012); SBK u. a. (2012)

³⁰ Maier et al., 2017

³¹ Bryant-Lukosius u. a. (2015b); Imhof u. a. (2012); Morilla-Herrera u. a. (2016)

³² Newhouse u. a. (2011)

³³ Martinez-Gonzalez u. a. (2014)

³⁴ Laurant u. a. (2018)

³⁵ Bryant-Lukosius u. a. (2015a)

³⁶ Martinez-Gonzalez u. a. (2014)

8.3 Entwicklung in der Schweiz

Auch in der Schweiz wurde 2012 festgehalten, dass verschiedene Berufsgruppen, unter anderem auch Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis (APN), vermehrt ihren Beitrag in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten sollen.³⁷ Im Jahr 2013 wurde in der nationalen Gesundheitsstrategie «Gesundheit 2020» bestätigt, dass eine kollaborative Praxis zwischen den Berufsangehörigen verschiedener Gesundheitsberufe angestrebt werden soll und interprofessionelle Teams priorisiert werden.³⁸ Als Folge wurde in nationalen und regionalen Symposien Modelle unter Einbezug von APN diskutiert³⁹ und Projektberichte zur interprofessionellen Zusammenarbeit veröffentlicht.⁴⁰

In der Schweiz wurde der Einsatz von APN schon vor diesen Diskussionen empfohlen, da Pflegefachpersonen in APN-Studiengängen seit 2000 ausgebildet wurden und zum Einsatz kamen.⁴¹ In den letzten zwanzig Jahren hat die Zahl der APN in der Schweiz stetig zugenommen. In verschiedenen Projekten und Bereichen der stationären Versorgung (Universitätsspitäler, Kinderkliniken, aber auch Langzeiteinrichtungen) wurde gezeigt, dass APN substanziell zur verbesserten Patientenbetreuung und Behandlung beitragen.⁴² Seit 2010 arbeiten APN in der Schweiz auch in Hausarztpraxen.⁴³ Einige Projekte des Einsatzes von APN in Hausarztpraxen sind zurzeit im Gange und werden zum Teil wissenschaftlich begleitet.⁴⁴

In der ambulanten Versorgung der Spitex sind heute in einigen Organisationen APN im Einsatz. Dabei wurde die Rolle der APN in der Spitex wie folgt beschrieben: «... mit ihrem Studium sind sie (die APN) in der Lage, bestimmte originär ärztliche Tätigkeiten durchzuführen. Vor allem aber bringen sie eine erweiterte Pflegepraxis und Pflegeexpertise für ihr Spezialgebiet mit.»⁴⁵ Diese Entwicklung wird durch die Dachorganisation «Spitex Schweiz» explizit begrüsst.⁴⁶ Das CASE-Projekt reiht sich also mit seinen Erfahrungen in eine zunehmende Zahl von Versuchen ein, die Versorgung neu zu organisieren und für die Patientinnen und Patienten respektive die Klientinnen und Klienten effizient und wirksam zu gestalten.

APN in den MediZentren Schüpfen, Täuffelen und Lyss

Bereits am Anfang der 2010 Jahre hat das MediZentrum Schüpfen im Berner Seeland eine APN in ihr Team integriert. Das Ärztenetzwerk SeelandNet initiierte ein Projekt zur integrierten Versorgung Seeland mit dem Ziel, eine regionale, gut funktionierende integrierte Grundversorgung für die zunehmend älter werdenden, multimorbiden Patienten aufzubauen. Im Rahmen dieser Initiative wurden MediZentren gebildet. Um eine optimale Grundversorgung zu gewährleisten, wurde von einer Kompetenzverlagerung vom Spezialisten zum Hausarzt und von Hausarzt zur APN ausgegangen. Es arbeiten heute in drei MediZentren APN im «Tandem mit dem Grundversorger» und haben Verordnungs-kompetenz innerhalb eines strukturierten Behandlungsplans. Ihre Aufgaben sind das Care Management im häuslichen Umfeld. In Ermangelung von gesetzlichen Bestimmungen und da

der Kompetenzverschiebung nicht beschrieben ist, definieren diese Praxen in regelmässigen Treffen anhand von Patientensituationen die Kompetenzverschiebungen.

APN Uri

Dieses APN-Projekt ist das erste, das von einer kantonalen Regierung lanciert wurde. Der Kanton hat die kleinste Dichte an Hausarztpraxen der Schweiz. Um die Grundversorgung zu sichern, hat die Regierung 2017 ein dreijähriges Pilotprojekt zum Einsatz von APN in einer Hausarztpraxis mit zwei Hausärzten gemeinsam mit Versicherungen finanziert. Dabei soll vor allem das Konzept der APN geprüft werden. Eine APN mit einem Arbeitspensum von 50 % wurde in der Praxis angestellt. Die APN ist bei älteren, multimorbiden Patienten eingesetzt und erbringt eine aufsuchende Dienstleistung zu Hause und im Pflegeheim. Sie übernimmt auch kleine, wenig dringende «Notfälle» und

³⁷ Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit (2012)

³⁸ Bundesamt für Gesundheit (2013)

³⁹ Bundesamt für Gesundheit (2017)

⁴⁰ Bundesamt für Gesundheit (2018)

⁴¹ Künzi; Detzel (2007)

⁴² Mantegazzi u. a. (2016); Weibel u. a. (2014)

⁴³ Blunier (2012); Schramm-Seiler u. a. (2019); Steinbrüchel u. a. (2019)

⁴⁴ Mahrer-Imhof; Imhof (2020); Sottas u. a. (2019)

⁴⁵ Indermauer & Teunissen, 2019, S. 35

⁴⁶ Spitex Schweiz (2018)

bietet technische Leistungen wie das Anlegen von Infusionen zu Hause oder Impfungen an.

Evaluationen haben gezeigt, dass ihre Arbeit die der Hausärzte komplementiert.

Hausarztpraxis Zürcher Oberland

Eine Praxis im ländlichen Gebiet des Kantons Zürich beschäftigt neben Hausärztinnen und Hausärzten, Physiotherapie, Ernährungsberatung und Psychotherapie auch eine APN. Der Aufgabenbereich der APN beinhaltet die Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarf zu Hause. Sie macht Hausbesuche und die Visiten im Pflegeheim. Neben der Beratung für Lebensstiländerung übernimmt sie auch Beratungen zur ethischen Entscheidungsfindung. Erste

MediX Altstetten

Diese Praxis war eine der ersten Pionierpraxen, die als grosse urbane Gruppenpraxis im Raume Zürich zwei APN im Teilzeitpensum angestellt hat. Bei steigendem Bedarf an hausärztlichen Leistungen sollen die APN zur Entlastung der Ärzteschaft beitragen. Die APN machen Hausbesuche und Pflegeheimvisiten und betreuen Patienten in der Praxis. Die Aufgabenteilung und die Kompetenzverschiebung wurden innerhalb der Praxis unter den Mitarbeitenden geregelt.

8.4 Bedingungen für die APN-Entwicklung

Trotz der positiven Resultate der APN-Interventionen hat die Implementierung der APN-Rolle in die Gesundheitswesen der verschiedenen Länder immer wieder mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Bryant-Lukosius et al. beschrieben schon 2004, dass es an Rollenklärungen und Zielsetzungen mangelt. Der Schwerpunkt wird fälschlicherweise auf die Substitution, d. h. die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten gelegt und zu wenig auf komplementäre Aufgaben zur besseren Versorgung von Patienten- respektive Klientengruppen. Nicht zuletzt deshalb werden nicht alle Kompetenzen und Bereiche, die zur Rolle der APN gehören, eingesetzt. Umgebungsfaktoren, welche die Rollenentwicklung massgeblich behindern können, werden ausser Acht gelassen. Häufig werden auch evidenzbasierte Vorgehensweisen zur Entwicklung, zur Implementierung oder zur Evaluation nicht genutzt. Bryant-Lukosius und DiCenso entwickelten daraufhin das PEPPA-Framework.⁴⁷ Dieses Framework basiert auf jahrelanger Erfahrung und bietet eine gute Grundlage, welche Anteile und Punkte geklärt werden müssen, um die APN-Rollenentwicklung und APN-Implementierung systematisch zu unterstützen. Deshalb wird das CASE-Projekt der Spitex Zürich Sihl im Folgenden im Rahmen der neun Schritte des PEPPA-Frameworks betrachtet.



Abb. 6: PEPPA-Framework

⁴⁷ Bryant-Lukosius; DiCenso (2004)

8.5 Definieren von Patientengruppen

Gemäss dem PEPPA-Modell muss der Bedarf für eine andere (bessere) Versorgung für bestimmte Patientengruppen gegeben sein, um APN einzuführen. Im CASE-Projekt war diese Bedarfsabklärung der erste Schritt. Eine vorgängige Analyse der Daten von Spitex Zürich Sihl hatte gezeigt, dass Spitex-Klientinnen und -Klienten mit mehr als 65 Dienstleistungsstunden pro Quartal vermehrt Spitaleintritte aufwiesen, gebrechlicher waren und kognitive Einschränkungen zeigten.⁴⁸ Es wurde daher festgelegt, dass die APN-Interventionen sich auf diese Klientengruppen konzentrieren sollten.

Bei Klienten mit ungeplanten Spitalaufenthalten war die Zielsetzung, eine schnellere medizinisch-pflegerische Beurteilung mittels einer aufsuchenden pflegerischen Triage zu organisieren. Bei Übertritten vom Spital nach Hause sollte die Versorgungskontinuität verbessert und durch die aufsuchende APN die Situation am Wohnort umfassend eingeschätzt werden. Notwendige pflegerische Massnahmen und medizinische Leistungen sollten so schneller geplant und in die Wege geleitet werden können.

Menschen, die in ihrer Möglichkeit eingeschränkt waren, das Haus zu verlassen, an Blaseninkontinenz litten, eine erhöhte Müdigkeit zeigten sowie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren hatten, wurden als besonders vulnerabel und gebrechlich eingestuft. Bei diesen gebrechlichen Klientinnen und Klienten sollte eine umfassende Einschätzung und das Einleiten von Massnahmen eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verhindern oder verzögern.

Es wurde davon ausgegangen, dass Menschen mit einer beginnenden oder bestehenden kognitiven Einschränkung ebenfalls von einer aufsuchenden Intervention der APN profitieren könnten. Diese Annahme basierte auf den Resultaten zweier Untersuchungen, die zeigten, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte für die Versorgung von Menschen mit Demenz schlechter vorbereitet fühlen als für andere chronische Erkrankungen⁴⁹, sich aber viele Spitex-Organisationen als kompetent in der Betreuung von Menschen mit Demenz sehen⁵⁰. Die APN sollte daher in Ergänzung zur aktuellen pflegerischen und medizinischen Abklärung eine erweiterte Einschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation zu Hause vornehmen sowie Abklärung im Rahmen der Demenz-Diagnostik durchführen. Zudem wird eine konkrete Beratung als Teil der gesamten Spitex-Leistungen angeboten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den APN und Hausärztinnen und Hausärzten soll die Versorgung für diese Klientengruppe verbessern. Der APN-Einsatz bei Menschen mit Demenz oder dem Verdacht auf Demenz im CASE-Projekt entsprach damit den Empfehlungen der nationalen Demenzstrategie aus dem Jahr 2016. Die nationale Demenzstrategie empfahl für Menschen mit Demenz und Multimorbiditäten die interprofessionelle Versorgung, die als ungenügend eingestuft wurde, zu verbessern und sich neu in Versorgungsteams zu organisieren.⁵¹

8.6 Bestimmen des neuen Versorgungsmodells

Wie die Interprofessionalität konkret zu verbessern ist, hängt von der aktuell gelebten Zusammenarbeit ab. Eine neue Untersuchung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und des Commonwealth Funds 2019 zeigt, dass Spitex-Personal in drei Viertel der Fälle (74 %) die Hausärztinnen und -ärzte über wichtige Änderungen des Zustands ihrer Patienten informieren. Die Ärztinnen und Ärzte selbst kommunizieren nur in etwa zwei Drittel (61 %) der Fälle häufig oder meistens mit der Spitex über die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten und über die Leistungen, welche erbracht werden sollen. Eine enge Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen im Rahmen des Case Managements findet nur in 48 % der Fälle statt. Dieser erschreckend tiefe Anteil an interprofessioneller Kollaboration zwischen wichtigen Playern positioniert die Schweiz im internationalen Vergleich am unteren Ende der Rangliste guter kollaborativer Praxis. Sorge bereitet zudem die Tatsache, dass der Prozentanteil seit 2012 sinkt.⁵²

⁴⁸ Imhof et al., 2017

⁴⁹ Pahud (2019)

⁵⁰ Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2017)

⁵¹ Bundesamt für Gesundheit; Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2016)

⁵² Pahud (2019)

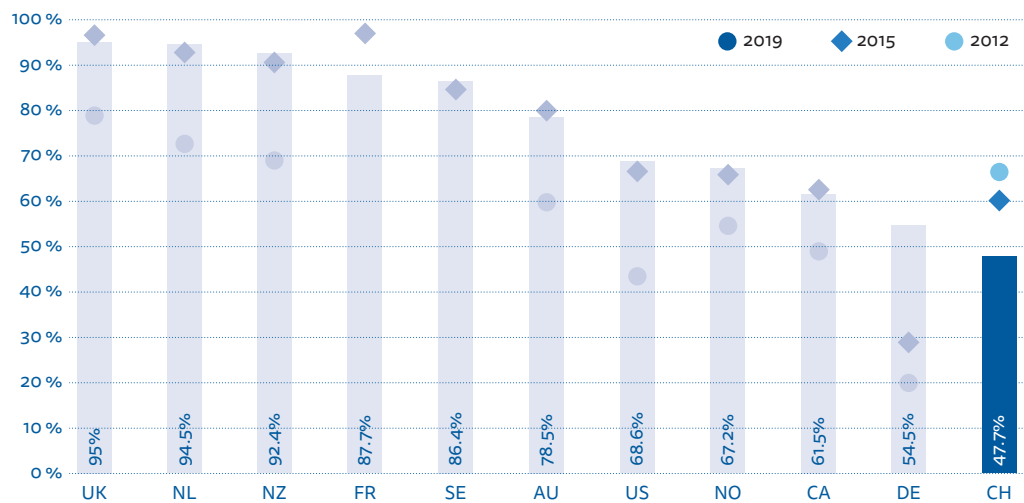


Abb. 7: Ärztinnen und Ärzte, welche mit Case Managern (Pflegefachpersonen) zusammenarbeiten: Internationaler Vergleich, 2012, 2015 und 2019. Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015 und 2019, ©Obsan

Angesichts dieser Untersuchung ist die Idee, die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und der Spitex durch den Einsatz von APN zu fördern, wie dies im CASE-Projekt der Fall war, sehr zeitgemäss. Eine Zusammenarbeit an der Nahtstelle zwischen Hausarztpraxis und Spitex zu etablieren, ist mehr als angezeigt.

Im CASE-Projekt wurde die Zusammenarbeit mit Gruppenpraxen gesucht. Einerseits arbeiten Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung heute vorwiegend in Gemeinschaftspraxen (48.6 % der Praxen beschäftigen ärztliche Mitarbeitende zwischen 2 und 5 Vollzeitäquivalenzen (VZÄ), 6.5 % bis zu 10 VZÄ und 4.5 % mehr als 10 VZÄ)⁵³. Andererseits waren es vorwiegend Gruppenpraxen, die bisher den Einsatz von APN in ihre Praxis integrierten.⁵⁴ Es kann angenommen werden, dass Gruppenpraxen einen grösseren Patientenstamm haben und damit genügend Patientinnen und Patienten, die den APN mit ihren Spezialisierungen zugewiesen werden können.

Da im CASE-Projekt der Einsatz der APN an der Nahtstelle von Spitex und Hausarztpraxis erfolgen sollte, wurden die APN bei der Spitex angestellt und nicht in der Hausarztpraxis. Der Entscheid trifft sich mit den Ansichten einiger Hausärztinnen und Hausärzte, die den Einsatz von APN in der Spitex demjenigen in der Hausarztpraxis vorziehen.⁵⁵ Sie betonten, dass sie gerne jemanden hätten, der den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten zu Hause einschätzen kann und mit ihnen kompetent die Befunde kommuniziert.

Daraus lässt sich aber noch nicht schliessen, welche Form der Zusammenarbeit notwendig ist oder angestrebt wird. Careau und Kollegen unterscheiden in ihrem Kollaborationsmodell fünf Stufen der Zusammenarbeit/Interaktion, welche einer zunehmenden Komplexität der Klientensituation entsprechen und auch eine Zunahme der Interdependenz zwischen den Leistungserbringern ausdrücken.⁵⁶

⁵³ Pahud (2019)

⁵⁴ Blunier (2012); Schramm-Seiler u. a. (2019); Sottas u. a. (2019); Steinbrüchel u. a. (2019)

⁵⁵ Josi u. a. (2020)

⁵⁶ Careau u. a. (2015)

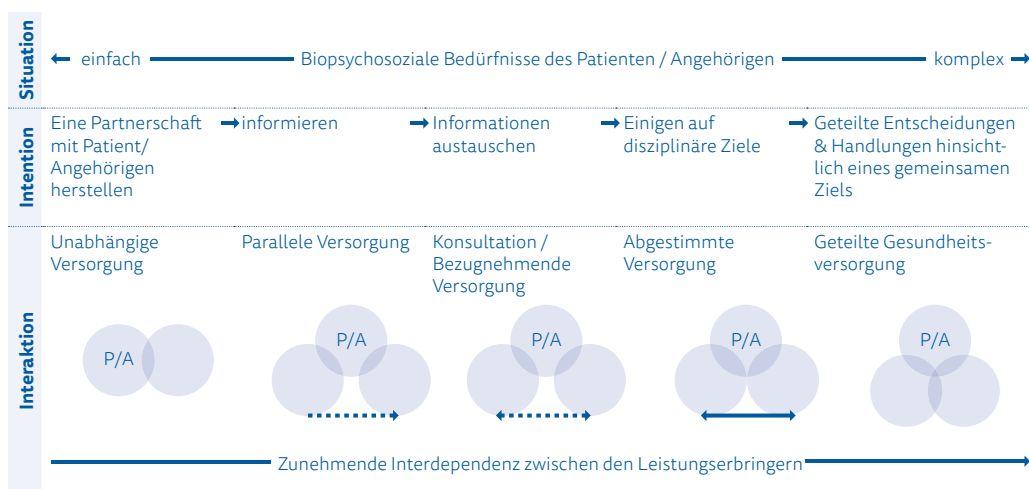


Abb. 8: Stufen der Zusammenarbeit. Quelle: Gerber (2018) nach Careau und Kollegen

Es gilt, in den neuen Versorgungsmodellen zu klären, wie die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gestaltet werden soll.⁵⁷ Das PEPPA-Framework empfiehlt eine Klärung mit den Stakeholdern. Im CASE-Projekt fand die Klärung mit den Stakeholdern (Gruppenpraxen) nur langsam statt und gestaltete sich aufwendig. Eine Gruppenpraxis wollte eine enge Zusammenarbeit mit geteilten Entscheidungsfindungen und Absprachen hinsichtlich gemeinsamer Ziele etablieren, sah den Einsatz der APN aber anfänglich vor allem bei Patientinnen und Patienten im Pflegeheim. Dies liess sich nicht einfach verwirklichen, da die pflegerische Versorgung im Heimbereich nicht zum Leistungsauftrag von Spitex-Mitarbeitenden gehört und gehören kann. Bei einer weiteren Gruppenpraxis blieb die Vorstellung bezüglich der Stufe der Zusammenarbeit und der Patientengruppen vage und unterschied sich innerhalb dieser Praxis deutlich zwischen den involvierten Ärztinnen und Ärzten.

8.7 Definition der APN-Rolle

Nach der Festlegung der Klientengruppen galt es entsprechend dem PEPPA-Framework zu bestimmen, wie die Versorgung und die dafür notwendige APN-Rolle und die Einbindung ins Versorgungsnetz aussehen sollen. Es wurde überlegt, wie dem Bedarf der Klientinnen und Klienten – im CASE-Projekt die Klienten mit hohen Spitex-Dienstleistungsstunden – entsprochen werden kann. Die Rollenausprägung der APN sollte so ausgestaltet werden, dass die Versorgung dieser vulnerablen Klientengruppen potenziell verbessert werden kann. Zweitens galt es, die APN in die Spitex-Organisation einzubinden und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen im Versorgungsnetz zu organisieren.

International sind, basierend auf solchen Überlegungen, verschiedene Rollenausprägungen der APN entstanden. International, und auch in der Schweiz, werden häufig «Clinical Nurse Specialist (CNS)» und «Nurse Practitioner (NP)» als zwei Typen von APNs genannt und definiert.⁵⁸

CNS sind Pflegefachperson, die Gesundheitsdienstleistungen basierend auf einer spezialisierten Expertise anbieten. Sie pflegen vulnerable Patienten oder Patientengruppen in komplexen Situationen. Zu der klinischen Praxis für bestimmte Patientengruppen gehören die Gesundheitsförderung, Risikoverminderung, das Symptomanagement und Massnahmen bei funktionellen Probleme in Verbindung mit Krankheit und Kranksein. Zusätzlich unterrichten und unterstützen sie Mitarbeitende im interprofessionellen Team und ermöglichen Veränderungen und Innovationen im Gesundheitssystem. Der Fokus liegt auf einer spezialisierten Praxis, welche direkte und indirekte klinische Dienstleistungen anbietet. Sie implementieren Verbesserungen im Gesundheitssystem und beteiligen sich an Forschungen, um Wissen für die klinische Praxis zu generieren.⁵⁹

⁵⁷ Schmitz u. a. (2020)

⁵⁸ American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2018); Begley u. a. (2010); Carryer u. a. (2018); Maier (2015); Maier u. a. (2017)

⁵⁹ International Council of Nurses (2020)

Nurse Practitioner sind ausgebildet, Diagnosen und Behandlungen basierend auf evidenzbasierten Richtlinien für bestimmte Krankheiten festzulegen. Sie sind pflegerischen Grundsätzen, die auf die Ganzheit der Person abzielen, verpflichtet und konzentrieren sich nicht primär auf die Krankheit. Der Grad der Autonomie und der Verantwortlichkeit für «ihre» Patienten respektive Klienten variiert je nach Land und nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die meisten NP arbeiten in einem Team mit anderen Gesundheitsberufe, meist Ärztinnen und Ärzte. In diesem teambasierten Modell arbeitet jeder Dienstleister auf dem Niveau seiner Befähigung.⁶⁰ Sie sind sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in den Krankenhäusern eingesetzt. Die NP sind üblicherweise über die Patientenpopulation, auf die sie spezialisiert sind, definiert – wie zum Beispiel NP in Pädiatrie, NP in Frauengesundheit oder NP in Gerontologie.

Einzelne Kernbereiche wie beispielweise fachliche Führung von Pflegeteams oder Beratung/Coaching sind bei den CNS mehr ausgeprägt als bei den NP; während bei den NP z. B. die Diagnostik und Therapiefestlegung bei Patientinnen und Patienten und die Konsultation stärker ausgeprägt sind. Beide arbeiten aber auf einem erweiterten und vertieften Niveau. Ihre Handlungsbereiche und Verantwortungen können auf einem Kontinuum dargestellt werden.⁶¹



Abb. 9: Kontinuum der APN-Rollen. Quelle: DiCenso & Bryant-Lukosius⁶², 2010; dt. Übersetzung Büchi u. a.⁶³, 2017, S. 173

In vielen Ländern gibt es alle möglichen Ausprägungen auf dem Kontinuum zwischen CNS und NP. Oft werden die Handlungsfelder auf diesem Kontinuum in Stellenbeschreibungen festgelegt. Sie dienen als Anhaltspunkt, um die Rolle im Alltag konkret zu entwickeln und die Kompetenzbereiche definieren und kommunizieren zu können.

Die Ausprägung der Rolle ist nicht nur vom Bedarf der Klientinnen und Klienten respektive Patientinnen und Patienten abhängig, sondern muss auch in die jeweilige Organisation passen. Zur Integration der APN in bestehende Organisationen ist der unterschiedliche Grade- und Skillmix der Mitarbeitenden zu berücksichtigen. Mit der Diversifizierung der APN sind in derselben Organisation APN mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten vorhanden. In der direkten Versorgung von Patienten respektive Klienten ist es notwendig, dass mit anderen Mitglieder im Versorgungsteam ein Austausch im Sinne von Konsultationen oder Konsilien erfolgt. Werden bei der direkten Versorgung von Patienten und Klienten über die individuelle Patienten- respektive Klientensituation hinaus ein Bedarf an Schulung und Beratung des Pflegeteams oder die Notwendigkeit der Entwicklung von Standards und Guidelines gefunden, braucht es Klärungen der Zuständigkeiten zwischen den APN in einer Organisation. In einigen Spitex-Organisationen sind zum Beispiel weitere APN (Pflegefachpersonen mit Masterabschluss) eingesetzt, die für die fachliche Führung von Teams und die Pflegeentwicklung verantwortlich sind. Im CASE-Projekt mussten die APN z. B. ergänzend zu spezialisierten Palliative Care Teams eingesetzt werden können. Mit dem Schwerpunkt auf die Versorgung von definierten Klientengruppen wurde für sie im CASE-Projekt eine stärkere Ausrichtung auf die Tätigkeiten der NP gelegt. Sie diagnostizieren und legen Therapien fest respektive – in der aktuellen rechtlichen Situation der Schweiz – unterbreiten sie ihr umfassendes klinisches Assessment den ärztlichen Kollegen zur Anregung und Beurteilung für die Therapie. Zusätzlich bringen sie ihr Wissen über den individuellen Klienten in Form von Konsilien oder Austausch ins Pflegeteam der Spitex zurück.

⁶⁰ Matthys u. a. (2017); Van Der Biezen u. a. (2016)

⁶¹ DiCenso; Bryant-Lukosius (2010); International Council of Nurses (2020)

⁶² DiCenso; Bryant-Lukosius (2010)

⁶³ Büchi u. a. (2017)

8.8 Rolle implementieren und entwickeln

Bei jedem Implementierungsprozess entwickeln sich die neuen Rollen. Im Lauf der Zeit sind Veränderungen der Rolle im Projektverlauf wahrscheinlich. Es ist deshalb empfehlenswert, eine kontinuierliche Diskussion der Rollendefinition einzuplanen und zu dokumentieren. Gerade bei Personalwechseln muss die ursprüngliche Zielsetzung erneut kommuniziert werden, damit die Klientengruppen im Zentrum der Aufmerksamkeit bleiben und so letztlich von den APN profitieren können. Bei der Suche nach neuen Mitarbeiterinnen hilft die Nachvollziehbarkeit der Diskussionen bei einer möglichst konkreten Rollendefinition. Rollenklarheit ist unabdingbar für eine längerfristige Implementation.

Die Bedeutung der Rollendiskussion und -dokumentation wurden durch die personellen Wechsel im APN-Team des CASE-Projekts sichtbar. Die ursprüngliche Absicht, die vulnerablen Klientinnen und Klienten pro-aktiv aufzusuchen, geriet in den Hintergrund. Daher wurden im CASE-Projekt leider nur wenige Klientinnen und Klienten aus bestimmten Gruppen erreicht. Im Bericht wird festgehalten, dass es sich schwierig gestaltet habe, diese Klientengruppen zu identifizieren und gezielt auszuwählen. Dies könnte daran liegen, dass bei Personalwechseln ursprüngliche Entscheide nicht kommuniziert und für die APN nicht nachvollziehbar waren. Entwickelte Unterlagen wie zum Beispiel Screening-Instrumente wurden nicht entsprechend angepasst.

Die Implementierung von APN in eine Organisation verlangt, dass administrative Abläufe überdacht, neue Arbeitsmittel entwickelt und von den APN systematisch angewendet werden. Der Nutzen der APN muss vom Management einer Organisation gesehen und die Entwicklung muss aktiv unterstützt werden. Wie Imhof & Mahrer-Imhof in ihrem internen Evaluationsbericht festhielten, gilt es, diese Elemente einer Rolle auch auf der Ebene konkreter Handlungsanweisungen (Guidelines) festzuhalten.⁶⁴ So werden notwendige Restrukturierungen der Arbeitsabläufe möglich und können effektiv an alle Mitarbeitenden kommuniziert werden.⁶⁵ Eine Angleichung der Arbeitsweise der verschiedenen APN in einem Team ist unabdingbar, um längerfristig die gesteckten Ziele zu erreichen und systematisch zu evaluieren.

Letztlich ist die Kompetenzentwicklung der APN – im Sinne von Können und Fähigkeiten – eine Kernaufgabe, um die Klientensicherheit zu garantieren. Mentoring in der Praxis ist notwendig, um mit einer Verschiebung von Aufgaben und Verantwortung umzugehen.⁶⁶ In der derzeitigen Schweizer Situation können wir davon ausgehen, dass nur wenige erfahrene APN «auf dem Markt» sind. Viele müssen nach ihrem Masterabschluss als Novizinnen und Novizen in die neuen Rollen wachsen, auch wenn es sich um erfahrene Pflegefachleute handelt. Es hat sich in vielen Projekten gezeigt, dass diese Entwicklungen mit einem grossen Pioniergeist und Engagement möglich sind. Es ist aber auch zu beobachten, dass bei den APN viele Unsicherheiten bestehen, wenn es darum geht, medizinisch-diagnostisch tätig zu sein und eine angemessene Therapie festzulegen.⁶⁷ Die APN sind sich bewusst, dass sie sich dieses Wissen und diese Fertigkeiten aneignen müssen. Dies war auch im CASE-Projekt der Fall. Viel Energie wurde in die medizinisch-fachliche Kompetenzentwicklung investiert. Bei diesem Bedarf an Kompetenzentwicklung im medizinisch-fachlichen Bereich wird des Öfteren vergessen, dass die APN im pflegerischen Bereich erfahren und kompetent sind und ihr Wissen weitergeben können und müssen. Deshalb bleibt es ein zentrales Anliegen im Rahmen der Rollenfestlegung, die Erfahrungswerte und das Können basierend auf dem Pflegewissen festzuhalten. In der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten an der Nahtstelle zur Spitex kann dies den erwarteten Mehrwert erzeugen.

8.9 Evaluieren des APN-Einsatzes und des Versorgungsmodells

Laut dem PEPPA-Modell gilt es, die Auswirkungen der neuen Versorgung zu evaluieren. Eine Erweiterung des PEPPA-Modells zum APN-Evaluation-Framework wurde 2016 publiziert.⁶⁸ Veränderungen in Prozessen sind genauso zu verfolgen, wie veränderte Strukturen oder der Outcome bei Klientinnen und Klienten zu untersuchen sind.

⁶⁴ Imhof, Mahrer-Imhof (2020)

⁶⁵ Berwick (2003)

⁶⁶ Bischofberger u. a. (2020)

⁶⁷ Gysin u. a. (2019)

⁶⁸ Bryant-Lukosius et al., 2016

Prozesse der Zusammenarbeit haben sich im CASE-Projekt verändert. Eine kollaborative Praxis konnte aufgebaut werden. Gelang eine abgestimmte Versorgung, geprägt von geteilten Entscheidungen und Handlungen zwischen Hausärztin und APN, wurde dies – wie im Erfahrungsbericht ersichtlich – von den APN als befriedigend und für alle Beteiligten als Erfolg gewertet.

Es gibt aber einige Punkte, die für die weitere Evaluation notwendig sind. Dazu braucht es Anpassungen. Laut Erfahrungsbericht soll in Zukunft das Screening wiederaufgenommen werden, um die Klienten aus den vulnerablen Gruppen identifizieren zu können. Damit sollen möglichst vielen der vulnerabelsten Klientinnen und Klienten der Spitex die APN-Leistungen zuteilwerden. Strukturen und Prozesse werden sich erneut verändert und entsprechende Rollen Anpassungen werden nötig werden. Um kausale Zusammenhänge zwischen der APN-Intervention und dem Nutzen für den Klienten (im Sinne von messbaren Outcomes) systematisch aufzuzeigen, müssen Parameter ausgewählt und operationalisiert werden. Dies wird, gemäss PEPPA-Framework, nach Abschluss des CASE-Projektes eine wichtige Aufgabe bleiben.

8.10 Langfristiges Monitoring der APN-Rolle und des Versorgungsmodells

Es gibt Hindernisse bei einer langfristigen Implementierung der neuen Rollen. Die fehlende politische und rechtliche Verankerung von APN erschwert eine langfristige Etablierung im schweizerischen Versorgungsnetz⁶⁹.

Das neue eidgenössische Gesundheitsberufegesetz, das seit dem 1.2.2020 in Kraft ist, regelt die APN leider nicht. In Ermangelung einer nationalen staatlichen Regulierung haben die Berufsverbände die Registrierung der APN in Angriff genommen. Die Arbeiten laufen auf Hochtouren und eine Registrierung wird bis Ende 2020 möglich sein. Für die Registrierung als Pflegeexperte APN wird ein «Master of Science»-Studium mit mindestens 90 ECTS, eine klinische Tätigkeit im Umfang von 40 % eines VZÄ und der Nachweis einer erweiterten, sicheren und selbstverantworteten Praxis verlangt.⁷⁰ Zwischenzeitlich hat der Grosse Rat des Kantons Waadt im Jahr 2017 das kantonale Gesetz der öffentlichen Gesundheit mit der Rolle «infirmier praticien spécialisé» ergänzt. Mit dieser Reglementierung der APN werden die Rollen geklärt und der Handlungsreich der APN verbindlicher festgelegt werden, ohne sie überregulieren zu wollen.

International hat sich neben den Überregulierungen der Handlungsbefugnisse auch die Finanzierung und Bezahlung als ein Haupthindernis bei der Einführung der APN erwiesen.⁷¹ In vielen Ländern stellt sich die Frage der Finanzierung und Bezahlung vor allem in der Grundversorgung. Wenn die APN-Dienstleistung aus dem Stadium der Pilotprojekte in eine langfristige Routineversorgung überführt werden sollen, gilt es, die Finanzierungsfrage verbindlich zu klären.

In der Schweiz werden Leistungen der Grundversorgung als Einzelleistungsvergütung (fee for service payment) abgerechnet. Bei den Ärztinnen und Ärzten wird nach TARMED sowie in der ambulanten Pflege der Spitex nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nach Leistungsart und Zeit verrechnet. Heute können einzelne APN-Leistungen sowohl über KLV als auch über TARMED abgerechnet werden, was aber die Kosten des Einsatzes häufig nicht deckt.⁷² TARMED erlaubt weitgehend nur die Bezahlung von ärztlichen Leistungen. In einigen Projekten bedeutet dies, dass Hausarztpraxen mit Versicherern verhandeln müssen, wie die Leistungen der APN vergütet werden.⁷³ Dies wurde auch im CASE-Projekt deutlich, da die Abrechnung des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis nicht bewerkstelligt werden konnte, und der Einsatz nur in der Spitex abrechenbar war. Einzelleistungsvergütungssysteme haben sich für die APN-Implementierung als hinderlicher erwiesen als gemischte Vergütungsmodelle, wie zum Beispiel Kopfpauschalen in Verbindung mit Einzelleistungen.⁷⁴ Laut Hänsenberger braucht es aber gute Argumente, wieso die Tarifierung der APN nicht in die KLV oder in TARMED passt. Er plädiert daher eher für eine Einbindung in das bestehende Abgeltungssystem. Das «Produkt» der APN müsste genau

⁶⁹ Ebenda

⁷⁰ SBK u. a. (2012)

⁷¹ Maier u. a. (2017)

⁷² Hänsenberger (2018)

⁷³ Josi u. a. (2020)

⁷⁴ Delamairé; Lafortune (2010)

beschrieben werden. Und es müsste gezeigt werden können, was damit substituiert werden kann, um das Gesundheitssystem effizient und kostengünstig(er) zu gestalten. Es ist wichtig, einfache Lösungen der Vergütung zu finden, unabhängig davon, ob es ein neues, APN-spezifisches Abgeltungssystem braucht oder bestehende Systeme sinnvoll ergänzt werden können.

Es hat sich international gezeigt, dass die Vergütungsweisen (vor allem die Vergütungshöhe für APN bei Einzelleistungsabrechnung) oder die Höhe des Lohnes der APN im Vergleich zu denjenigen der Ärzteschaft einen wesentlichen Einfluss auf die Implementierung der Rolle hat. Heute werden substituierende Leistungen der APN zum Teil mit tieferen Tarifen (50 bis 80 % der ärztlichen Tarife) vergütet.⁷⁵ Diese diskriminierende Praxis, welche für gleiche Arbeit eine unterschiedliche Abgeltung vorsieht, ist angesichts der nachgewiesenen positiven Effekte von APN-Interventionen kaum zu vertreten.

Einige Länder veränderten das Vergütungssystem von Einzelleistungsabrechnung zu mehr teambasierten oder leistungsbasierten Systemen. Diese Schritte wirkten sich positiv auf die Entwicklung von APN und die interprofessionelle Teamarbeit aus. In den Niederlanden oder in Schweden, wo Leistungen vorwiegend über Capitation (Kopfpauschalen) oder eine Mischung von Capitation und leistungsbasierten Systemen finanziert werden, sind APN in die Grundversorgung erfolgreich implementiert worden. Es hat sich gezeigt, dass in einigen Ländern zum Beispiel in Litauen und Estland finanzielle Anreize (Incentives und Disincentives) die gleiche Entwicklung in Gang gebracht haben. Finanzielle Anreize haben offensichtlich den initialen Widerstand von Ärztinnen und Ärzten gebrochen und haben sich als wirksame Strategie erwiesen, um neue Rollen in der Grundversorgung zu implementieren.

Zur Umsetzung des vom Bundesrat beschriebenen Zieles einer verstärkten interprofessionellen Kollaboration müssen auch in der Schweiz die Vergütungssysteme angepasst werden. Dadurch wird interprofessionelle Kollaboration zwischen APN und Hausärztinnen und Hausärzte in der Grundversorgung und an der Nahtstelle zwischen Hausarztpraxis und Spitex langfristig möglich. Die Schweiz läuft so nicht Gefahr, in Bezug auf neue, interprofessionelle Versorgung mit Einbezug von APN das Schlusslicht zu werden (oder zu bleiben).

⁷⁵ Martin-Misener u. a. (2015)

TEIL III – REFERENZEN

Referenzliste

American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2018): What's an NP? Accessed September 5, 2018 from www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np. 2018, URL: <https://www.aanp.org/about/all-about-nps/whats-a-nurse-practitioner>

Begley, C.; Higgins, A.; Elliott, N.; Lalor, J.; Sheerin, F.; Coyne, I.; Comiskey, C.; Normand, C.; Murphy, K.; Casey, D.; Devane, D.; Cooney, A.; Huber-Geismann, 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) Finale Report. Dublin Ireland: National Council for Professional Development of Nursing and Midwifery

Berwick, D.M. (2003): Disseminating innovations in health care. In: JAMA, Band 289, Ausgabe 15, 2003, S. 1969–74

Bischofberger, I.; Essig, St.; Gysin, St.; Käppeli, A. (2020): Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSC. Stand der Diskussion und Erfahrungen aus der Praxis. Bern: SAMW

Blunier, HU. (2012): Projekt APN (Advanced Practitioner Nurse) im SeelandNet. In: Berner Hausärzte, Band 1, 2012, S. 4–6

Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13 (4), 277 – 284.

Bryant-Lukosius, D.; Carter, N.; Reid, K.; Donald, F.; Martin-Misener, R.; Kilpatrick, Kelley; Harbman, Patricia; Kaasalainen, Sharon; Marshall, Deborah; Charbonneau-Smith, Renee; DiCenso, Alba (2015a): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review: CNS-led transitional care. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Band 21, Ausgabe 5, 10.2015, S. 763–781

Bryant-Lukosius, D.; Cosby, R.; Bakker, D.; Earle, C.; Fitzgerald, B.; Burkoski, V. (2015b): Effective use of Advanced Practice-Nurses in the delivery of adult cancer services in Ontario.

Bryant-Lukosius, D.; DiCenso, A. (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: *Journal of Advanced Nursing*, Band 48, Ausgabe 5, 2004, S. 530–540

Bryant-Lukosius, D.; Spichiger, E.; Martin, J.; Stoll, HR.; Kellerhals, Sabine Degen; Fliedner, M.; Grossmann, F.; Henry, M.; Herrmann, L.; Koller, A.; Schwendimann, R.; Ulrich, A.; Weibel, L.; Callens, B.; De Geest, S. (2016): Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles: APN Evaluation Framework. In: *Journal of Nursing Scholarship*, Band 48, Ausgabe 2, 2016, S. 201–209

Büchi, K.; Tyndal, R.; Weibel, L.; Mahrer-Imhof, R. (2017): Bestens ausgerüstet: APN in der Intensivpflege. In: *Intensiv*, Band 4, 2017, S. 172–1

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020/prioritaeten-gesundheit2020.html>

Bundesamt für Gesundheit (2017): Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020. Bern: BAG

Bundesamt für Gesundheit (2018): Interprofessionalität im Gesundheitswesen, Beispiele aus der Berufspraxis. Bern: BAG

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019. Bern. BAG und GDK. Verfügbar unter: www.nationaleledemenzstrategie.ch.

Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Vincent, C.; Swaine, B. (2015): Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. In: *Disability and Rehabilitation*, Band 37, Ausgabe 4, 2015, S. 372–378

Carryer, J.; Wilkinson, J.; Towers, A.; Gardner, G. (2018): Delineating advanced practice nursing in New Zealand: a national survey. In: *International Journal of Nursing Review*, Band 65, Ausgabe 1, 2018, S. 24–32

Delamaire, M.-L.; Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing. URL: [http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocument/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocument/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en)

- DiCenso, A.; Bryant-Lukosius, D. (2010):** Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A decision support synthesis. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation
- Fässler, S. & Studer, S. (2018).** Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit. Arbeitspapier 46. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gensichen, J. & Rosemann, T. (2017).** Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 83 (483-486).
- Gerber, M.; Kraft, E.; Bosshard, Ch. (2018):** Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2018, S. 1524–29
- 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. In: BMC Family Practice, Band 20, Ausgabe 1, 2019, S. 1–11
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014).** Advanced practice nursing: An integrative approach (5th ed.). St. Louis, MI: Elsevier Saunders.
- Hänsenberger, St. (2018):** Alles nicht Persönlich gemeint: die gesunde Lösung, Bern, 2018, Zugriff: 31.7.2020, URL: https://30310363-61df-470f-b2de-c9718b50cb15.filesusr.com/ugd/279e92_4fb4c2ab06f54b57b3fd2224d4d70c5f.pdf [Zugriff: 31.7.2020]
- Hedinger, D., Tuch, A., Jörg, R. & Widmer, M. (2018).** Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016 (Obsan Bulletin 4/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- International Council of Nurses. (2020).** Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva. Verfügbar unter https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Imhof, L.; De Wolf-Linder, S.; Waldboth, V.; Braun, A.; Mahrer-Imhof, R. (2017):** Vergleich von Patientengruppen mit einem hohen und tiefen Versorgungsgrad in der Spitex Zürich Sihl. Zürich: ZHAW
- Imhof, L.; Mahrer-Imhof, R. (2020):** Advanced Practice Nurses als Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH
- Imhof, L.; Naef, R.; Wallhagen, M. I.; Schwarz, J.; Mahrer-Imhof, R. (2012):** Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. In: J Am Geriatr Soc, Band 60, Ausgabe 12, 2012, S. 2223–31
- Indermauer, E.; Teunissen, A. (2019):** Pflegeexpertinnen APN bei der Spitex: Erweiterte Pflege im Fokus. In: Competence, Band 12, 2019, S. 35
- International Council of Nurses (2009):** Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. Geneva: ICN, URL: http://www.icn-ch/networks_ap.htm [Zugriff: 24.6.2017]
- International Council of Nurses (2020):** Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, URL: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf [Zugriff: 16.4.2020]
- Jaccard Ruedin, H.; Weaver, F.; Grünig, A. (2009):** Bis 2020 benötigen die Institutionen im Gesundheitswesen 25'000 zusätzliche qualifizierte Fachkräfte. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, URL: www.obsan.ch > Publikationen
- Jakimowicz M., Williams D., & Stankiewicz G. (2017).** A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nursing 16.6.
- Josi, R.; Bianchi, M.; Brandt, S.K. (2020):** Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. In: BMC Nursing, Band 19, Ausgabe 1, 12.2020, URL: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0393-4> [Zugriff: 27.7.2020]
- Künzi, K.; Detzel, P. (2007):** Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Lachs M. S., Feinstein A. R., Cooney L. M., Jr., Drickamer M. A., Marottoli R. A., Pannill F. C. et al. (1990).** A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. Annals of Internal Medicine. 112:699-706.
- Laurant, M.; van der Biezen, M.; Wijers, N.; Watananirun, K.; Kontopantelis, E.; van Vught, A. (2018):** Nurses as substitutes for doctors in primary care. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Ausgabe 7, 2018, URL: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Leijten F. R. M., Struckmann V., van Ginneken E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., et al. (2018).** The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. Health Policy. 122(1):12-22.
- Mahrer-Imhof, R.; Eicher, M.; Frauenfelder, F.; Oulevey Bachmann, A.; Ulrich, A. (2012):** Expertenbericht APN. Basel: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)
- Mahrer Imhof R., Imhof L., Yetergil D. & Eckert P. (2017).** Proposal Project: CASE (Coordinated APN Support for the Elderly). Erweiterte Praxis durch Advanced Practice Nurses. Zürich, SZS
- Mahrer-Imhof, R.; Imhof, L. (2020):** Die Integration einer Hausarztpraxis in ein Alters- und Pflegeheim. Winterthur, Schweiz: Nursing Science & Care Ltd
- Mahrer Imhof R., & Imhof L. (2020).** Advanced Practice Nurses als Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex. Begleitstudie. Winterthur, Nursing Science & Care.

- Maier, C.B. (2015):** The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. In: Health Policy, Band 119, Ausgabe 12, 12.2015, S. 1627–1635
- Maier, C.B.; Aiken, L.; Busse, R. (2017):** Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. Paris: OECD, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en [Zugriff: 22.1.2019]
- Mantegazzi, L.; Seliner, B.; Imhof, L. (2016):** Constipation prophylaxis in children undergoing orthopedic surgery: A quasi-experimental study. In: Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2016, S. 1–10
- Martinez J., Ro M., Villa N. W., Powell W. & Knickman J.R. (2011).** Transforming the Delivery of Care in the Post-Health Reform Era: What Role Will Community Health Workers Play? American Journal of Public Health. 101(12):e1-5.
- Martinez-Gonzalez, N. A.; Djalali, S.; Tandjung, R.; Huber-Geismann, F.; Markun, S.; Wensing, M.; Rosemann, T. (2014):** Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. In: BMC Health Serv Res, Band 14, 2014, S. 214
- Martínez-González, N.A.; Tandjung, R.; Djalali, S.; Donald, F.; Markun, St.; Rosemann, T. (2014):** Effects of Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: PLoS ONE, Band 9, Ausgabe 2, 24.2.2014, S. e89181
- Martin-Misener, R.; Harbman, P.; Donald, F.; Reid, K.; Kilpatrick, K.; Carter, N.; Bryant-Lukosius, D.; Kaasalainen, S.; Marshall, D. A.; Charbonneau-Smith, R.; DiCenso, A. (2015):** Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized ambulatory care: systematic review. In: BMJ Open, Band 5, Ausgabe 6, 8.6.2015, S. e007167
- Matthys, E.; Remmen, R.; Van Bogaert, P. (2017):** An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? In: BMC Family Practice, Band 18, Ausgabe 1, 12.2017, URL: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0698-x> [Zugriff: 29.7.2020]
- Mayring, P. (2015).** Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken. Beltz. Weinheim.
Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung; Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG, Bern.
- Morilla-Herrera, J.C.; Garcia-Mayor, S.; Martin-Santos, F.J.; Kaknani Uttumchandani, S.; Leon Campos, A.; Caro Bautista, J.; Morales-Asencio, J.M. (2016):** A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. In: International Journal of Nursing Studies, Band 53, 1.2016, S. 290–307
- Newhouse, Robin P.; Stanik-Hutt, Julie; White, Kathleen M.; Johantgen, Meg; Bass, Eric B.; Zangaro, George; Wilson, Renee F.; Fountain, Lily; Steinwachs, Donald M.; Heindel, Lou; others (2011):** Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. In: Nursing Economics, Band 29, Ausgabe 5, 2011, S. 230
- Pahud, O. (2019):** Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- SBK; IG SwissANP; VFP; CHUV IUFERS (2012):** Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung. Bern: authors
- Schmitz, Christof; Atzeni, Gina; Berchtold, Peter (2020):** Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Bern: SAMW
- Schramm-Seiler, M.; Brügger, B.; Wyss, Ch.; Röthlisberger, A.; Kläy, Marco; Triaca, H.; Grünig, B.; Schüller, A.; Blunier, HU. (2019):** Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten. In: , 2019, S. 5
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2017):** Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen 2017. Bern: GDK
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit (2012):** Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe. Bern: GDK & BAG
- Senn, N.; Ebert, St.; Cohidon, C. (2016):** Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
- Sottas, B.; Josi, R.; Gysin, S.; Essig, S. (2019):** Advanced practice nurses in Swiss primary care. In: EuroHealth, Band 25, Ausgabe 4, 2019, S. 44
- Spitex Schweiz (2018):** Advanced Practice Nurse (APN) in der Spitex: Factsheet Spitex Schweiz. Spitex Schweiz
- Steinbrüchel, C. (2019):** Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis: Unterstützung für die Grundversorgung. In: der informierte Arzt, Band 3, 2019, S. 24–26
- Van Der Biezen, M.; Adang, E.; Van Der Burgt, R.; Wensing, M.; Laurant, M. (2016):** The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. In: BMC Family Practice, Band 17, Ausgabe 1, 12.2016, URL: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0528-6> [Zugriff: 22.1.2019]
- Weibel, L.; Massarotto, P.; Hediger, H.; Mahrer Imhof, R. (2014):** Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. In: European Journal of Cardiovascular Nursing, 23.10.2014, S. 10