

**Bildungsabschlüsse, Kompetenzen und Tätigkeitsfelder  
der Gesundheitsberufe in der Schweiz:**

**Ein Fokus auf Advanced Practice Nurses (APN)**

**Ein Grundlagenpapier im Auftrag der Schweizerischen  
Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**

**Urs Brügger**

**Mai 2025**

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	3
Résumé .....	5
Summary .....	7
1 Ausgangslage .....	9
2 Vorgehen .....	10
3 Die Gesundheitsberufe und ihre Entwicklung .....	11
3.1 Die schweizerische Bildungssystematik und die Gesundheitsberufe.....	11
3.2 Das Feld der Aus- und Weiterbildungen .....	13
3.3 Internationale Kategorien von Pflegefachpersonen .....	16
3.4 Zwischenfazit und konkrete Fragestellungen .....	18
4 Advanced Practice Nurse (APN) .....	19
4.1 Zwei APN-Rollen: CNS und NP .....	19
4.2 Die Situation in der Schweiz .....	21
4.3 Die Aufgaben der APN im Vergleich zu Pflege und ärztl. Tätigkeiten.....	22
5 Perspektiven, Spannungsfelder und wichtige Fragen .....	28
5.1 Perspektiven und Spannungsfelder .....	28
5.2 Wichtige zu klärende Fragen .....	30
5.2.1 Welches sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der APN? .....	30
5.2.2 Welche Qualifikationen und Voraussetzungen braucht eine APN?.....	31
5.2.3 Wie ist der Zugang zur APN-Rolle aus der höheren Berufsbildung?.....	33
5.2.4 Wie können APN ins KVG aufgenommen werden? .....	34
6 Mehrstufige Regulierung .....	36
7 Die übrigen Gesundheitsberufe .....	39
8 Fazit und Empfehlungen.....	40
Schlussbemerkungen .....	42
Literatur .....	43
Abbildungsverzeichnis .....	45
Tabellenverzeichnis .....	45
Abkürzungsverzeichnis .....	46
Anhang 1: Interviews .....	47
Anhang 2: Tätigkeiten und Interventionen von APN .....	48

## Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz steht angesichts des Fachkräftemangels, der steigenden Kosten sowie des demografischen und technologischen Wandels vor grossen Herausforderungen. Gleichzeitig verändern sich die Ansprüche der Bevölkerung an eine zugängliche, qualitativ hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung. In diesem Spannungsfeld gewinnen neue Gesundheitsberufe und neue Berufsrollen als Teil innovativer Versorgungslösungen zunehmend an Bedeutung.

Die schweizerische Bildungslandschaft im Gesundheitsbereich hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend verändert. Mit der Integration der Gesundheitsberufe in die nationale Bildungssystematik wurde eine Vielzahl neuer Aus- und Weiterbildungswege geschaffen, wobei sich zunächst in der Pflege und dann auch in weiteren Gesundheitsberufen sogenannte Advanced-Practice-Rollen herausgebildet haben. Das vorliegende Grundlagenpapier – basierend auf Literaturanalysen und Experteninterviews – fokussiert sich auf die Rolle der Advanced Practice Nurses (APN) und soll Entscheidungsträgerinnen und -trägern eine Orientierung für deren Einordnung, Regulierung und Integration ins schweizerische Gesundheitssystem bieten.

Advanced Practice Nurses sind hochqualifizierte Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss (MSc), die durch erweiterte klinische Kompetenzen, evidenzbasiertes Arbeiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit komplexe Aufgaben übernehmen können. Zwei Hauptprofile kennzeichnen das APN-Konzept:

- Clinical Nurse Specialist (CNS) – Fokus auf pflegewissenschaftliche Expertise, Beratung, Supervision und Qualitätsentwicklung.
- Nurse Practitioner (NP) – Fokus auf direkte klinische Patientenversorgung inkl. teilweiser Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (z. B. Diagnostik, Verordnungen).

Die CNS-Rolle ist in der stationären Versorgung in der Schweiz bereits etabliert, während die NP-Rolle vor allem im ambulanten Bereich noch am Anfang steht. Erste kantonale Regelungen existieren, u. a. im Kanton Waadt, eine nationale gesetzliche Verankerung fehlt jedoch bislang.

Beide Profile haben das Potenzial, Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit zu stärken, insbesondere auch in der Grundversorgung, Langzeitpflege und Spitex. Zentrale Herausforderungen liegen aktuell in der unklaren Rollenbeschreibung, fehlender gesetzlicher Grundlage und mangelnder Abrechnungsfähigkeit via KVG.

Die APN-Ausbildung basiert auf konsekutiven Masterstudiengängen (Fachhochschulen und Universitäten), wobei insbesondere Inhalte in Pathophysiologie, Pharmakologie und Physical Assessment von grosser Bedeutung sind für die klinische Praxistätigkeit von APN.

Die zukünftige gesetzliche Verankerung der APN im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) und ihre Zulassung zur Abrechnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP/KVG) werfen vier zentrale Fragen auf:

1. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung: Welche Tätigkeiten (z. B. erweiterte pflegerische Aufgaben, ärztliche Teilbereiche) dürfen APN übernehmen? Wie grenzen sie sich klar von Ärztinnen und Ärzten und anderen Pflegefachpersonen ab?
2. Qualifikationen: Ist der MSc in Pflege die dafür erforderliche Grundlage? Welche Anforderungen an Praxis, Supervision und Fortbildung bestehen zusätzlich?
3. Zugang: Wie können Absolventen und Absolventinnen der höheren Berufsbildung adäquat über Passerellen zugelassen werden?

4. Integration ins KVG: In welcher Form können APN als neue Leistungserbringer regulatorisch und tariflich integriert werden?

Diese Fragen sind eng mit drei systemischen Perspektiven verbunden: Versorgungssicherheit, Bildungspolitik und Interessen der Professionen. Eine erfolgreiche Implementierung der APN-Rolle erfordert die Zusammenführung dieser Pole in einem ausgewogenen Dialog.

Der Bericht zeigt auch, wie in der Schweiz eine mehrstufige Regulierung erfolgt und Ausbildung, Berufsausübung, KVG-Zulassung und Tarifierung systematisch aufeinander abgestimmt werden müssen. Ein erster zentraler Schritt ist eine nationale Regelung im GesBG und eine darauf abgestimmte Anerkennung im KVG. Eine klare Rollenbeschreibung, eine gesetzlich verankerte Qualifikationsgrundlage (MSc + klinische Praxis) und gute Zugangswege sind unabdingbar, um APN als eigenständige Leistungserbringer zu etablieren.

Letztlich bietet die Integration der APN eine strategische Chance zur Stärkung der Pflegeberufe, zur Sicherstellung der Versorgung und zur bedarfsgerechten Rollenverteilung in interprofessionellen Teams. Der politische Prozess steht erst am Anfang – mit dem vorliegenden Auftragspapier möchte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) einen fundierten Beitrag zur Versachlichung und Systematisierung dieser wichtigen gesundheitspolitischen Diskussion leisten.

## Résumé

Le système de la santé en Suisse est confronté à des défis majeurs: pénurie de personnel qualifié, augmentation des coûts, évolutions démographiques et technologiques. En parallèle, les exigences de la population changent en matière de soins accessibles, de qualité et abordables. Dans ce contexte tendu, de nouvelles professions de la santé et de nouveaux rôles professionnels gagnent en importance en tant que partie intégrante de solutions de prise en charge innovantes.

Le paysage suisse de la formation dans le secteur de la santé a profondément évolué au cours des deux dernières décennies. L'intégration des professions de la santé dans le système national de formation a créé une multitude de nouvelles voies de formation initiale et postgrade, avec l'émergence de rôles de pratique avancée (en anglais Advanced Practice), d'abord dans les soins infirmiers, puis dans d'autres professions de la santé. Le présent document, fondé sur des analyses de la littérature et des entretiens avec des expert.e.s, se concentre sur le rôle des infirmiers.ères de pratique avancée IPA (en anglais Advanced Practice Nurses APN). Il vise à informer les décideurs.euses afin de faciliter la classification, la réglementation et l'intégration de ce rôle dans le système de santé suisse.

Les IPA sont des infirmiers.ères hautement qualifié.e.s, titulaires d'un master (MSc), capables d'assumer des tâches complexes grâce à des compétences cliniques élargies, à un travail fondé sur les preuves et à une collaboration interdisciplinaire. Deux profils principaux caractérisent le concept d'IPA:

- Infirmier.ère clinicien.ne spécialisé.e ICS (en anglais Clinical Nurse Specialist CNS), qui se concentre sur l'expertise en sciences infirmières, le conseil, la supervision et le développement de la qualité.
- Infirmier.ère praticien.ne IP (en anglais Nurse Practitioner NP), axé sur les soins cliniques directs aux patient.e.s, y c. la prise en charge partielle d'activités médicales (p. ex. diagnostic, prescriptions).

Le rôle d'ICS est déjà bien établi dans les soins hospitaliers en Suisse, tandis que celui d'IP en est encore à ses débuts, principalement dans le domaine ambulatoire. Les premières réglementations cantonales existent, notamment dans le canton de Vaud, mais un ancrage légal au niveau national fait jusqu'à présent défaut.

Ces deux profils ont le potentiel de renforcer la qualité et la sécurité des soins, en particulier dans la prise en charge de base, les soins de longue durée et les services de soins à domicile. Les principaux défis actuels résident dans la description imprécise des rôles, l'absence de base légale et l'impossibilité de facturer via la LAMal.

La formation d'IPA est basée sur des cursus de masters consécutifs (hautes écoles spécialisées et universités), les contenus en pathophysiologie, pharmacologie et examen clinique (*physical assessment*) étant notamment d'une grande importance pour la pratique clinique des IPA.

Le futur ancrage légal des IPA dans la loi sur les professions de la santé (LPSan) et leur admission à la facturation via l'assurance-maladie obligatoire (AOS/LAMal) soulèvent quatre questions fondamentales:

1. Tâches, compétences et responsabilités: quelles activités (p. ex. tâches infirmières étendues, domaines partiels médicaux) peuvent être confiées aux IPA? Qu'est-ce qui les distingue clairement du corps médical et du reste du personnel soignant?

2. Qualifications: le MSc en soins infirmiers constitue-t-il la base nécessaire à cet effet? Quelles sont les exigences supplémentaires en matière de pratique, de supervision et de formation continue?
3. Accès à la formation: les passerelles représentent-elles une voie d'accès adéquate à l'admission des diplômé.e.s de la formation professionnelle supérieure?
4. Intégration dans la LAMal: sous quelle forme intégrer les IPA à titre de nouveaux fournisseurs.euses de prestations sur les plans réglementaire et tarifaire?

Ces questions sont étroitement liées à trois perspectives systémiques: la sécurité des soins, la politique de formation et les intérêts des professions. Il convient de réunir ces pôles dans le cadre d'un dialogue équilibré pour assurer la réussite de l'intégration du rôle des IPA.

Le présent rapport montre également comment la Suisse applique une réglementation à plusieurs niveaux, et comment la formation, l'exercice de la profession, l'admission à la LAMal et la tarification doivent être systématiquement coordonnés. Une première étape essentielle consiste en une réglementation nationale dans la LPSan et une reconnaissance coordonnée dans la LAMal. Une description claire des rôles, une base de qualification ancrée dans la loi (MSc + pratique clinique) et de bonnes voies d'accès à la formation sont indispensables pour faire des IPA des fournisseurs.euses de prestations à part entière.

En fin de compte, l'intégration des IPA offre une opportunité stratégique de renforcer les professions des soins, de garantir la prise en charge et de répartir les rôles dans les équipes interprofessionnelles conformément aux besoins. Le processus politique n'en est qu'à ses débuts. Avec ce document, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) entend apporter une contribution fondée à l'objectivation et à la systématisation de ce débat fondamental en matière de politique de santé.

## Summary

Healthcare in Switzerland faces major challenges in view of the shortage of skilled staff, rising costs, and demographic and technological developments. At the same time, the public's expectations regarding accessible, high-quality and affordable healthcare are changing. Against this background, new health professions and new professional roles are becoming increasingly important as elements of innovative solutions for care delivery.

Over the last two decades, the Swiss educational landscape has undergone fundamental changes in the health sector. The integration of health professions into the national education system has given rise to a large number of new basic and postgraduate training pathways, with the emergence of so-called advanced practice roles – first in nursing and then also in other health professions. The present paper – based on literature analyses and expert interviews – focuses on the role of Advanced Practice Nurses (APNs) and aims to provide guidance for decision-makers on the classification, regulation and integration of APNs within the Swiss health system.

APNs are highly qualified nursing professionals with a Master's degree (MSc), who can take on complex tasks thanks to enhanced clinical skills, evidence-based practice and interdisciplinary collaboration. The APN concept involves two main profiles:

- Clinical Nurse Specialist (CNS) – focused on nursing science expertise, advice, supervision and quality development.
- Nurse Practitioner (NP) – focused on direct clinical care for patients, including the performance of certain medical activities (e.g. diagnostic procedures, prescribing).

The CNS role is already established in inpatient care in Switzerland, while the NP role is still at an early stage, primarily in the outpatient sector. Though initial cantonal regulations exist (for example, in the canton of Vaud), legislation at the national level is lacking as yet.

Key challenges at present lie in the poorly defined role description, the absence of legal foundations and the inadequate scope for invoicing of services under the Health Insurance Act (KVG).

APN training is based on “consecutive” Master's degree courses (offered by universities of applied sciences or universities), with particular importance being attached to pathophysiology, pharmacology and physical assessment for APN clinical practice activities.

The future incorporation of the APN role into the Health Professions Act (GesBG; SR 811.21) and its authorisation for invoicing under compulsory health insurance (KVG) raise four key questions:

5. Tasks and responsibilities: What activities (e.g. going beyond the existing scope of nursing activities, or in defined areas previously covered by physicians) may be carried out by APNs? How are APNs to be clearly differentiated from physicians and from other nursing professionals?
6. Qualifications: Does the MSc in Nursing provide the necessary basis? What additional requirements exist in relation to practice, supervision and continuing education?
7. Access: How can graduates with higher education diplomas be appropriately admitted via “passerelle” (bridging) schemes?
8. Integration into the KVG: How can APNs be integrated, in terms of regulations and tariffs, as new service providers?

These questions are closely linked to three systemic perspectives – security of provision, education policy and interests of professional groups. Successful implementation of the APN role requires these elements to be brought together in a balanced dialogue.

The report also shows how regulation involves a multi-step process in Switzerland, and how training, professional practice, KVG authorisation and tariff-setting need to be systematically coordinated. A crucial initial step is national regulation in the GesBG, combined with KVG recognition. A clearly defined role description, a sound legal basis for qualifications (MSc + clinical practice) and appropriate access paths are indispensable if APNs are to be established as independent service providers.

Ultimately, the integration of APNs offers a strategic opportunity for strengthening the nursing professions, ensuring the security of provision and promoting needs-based role assignment within interprofessional teams. The political process is just beginning – the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) hopes that, with the commissioning of this paper, it can help to promote an objective and systematic discussion of this important health policy issue.

# 1 Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung ist derzeit von grossen Herausforderungen (insbesondere Fachkräftemangel und Kostendruck) und einem starken Wandel (sowohl technologisch als auch gesellschaftlich) geprägt. Die Aufgaben in der Gesundheitsversorgung sind in den letzten Jahren noch komplexer geworden und auch die Bedürfnisse und die Erwartungen der Patientinnen und Patienten haben sich stark verändert. In dieser Situation sind innovative Lösungen für die Gesundheitsversorgung gefragt, damit diese auch in Zukunft qualitativ hochwertig, für alle zugänglich und finanzierbar bleibt.

Im Bereich der Gesundheitsberufe<sup>i</sup> entstehen gegenwärtig in der Schweiz verschiedene neue Ausbildungen und Berufsrollen. Vielfach orientieren sich diese Entwicklungen an ausländischen Vorbildern. Dazu gehören auch die sogenannten Advanced-Practice-Rollen. Dabei handelt es sich um Gesundheitsfachpersonen, die über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen verfügen. Mit diesen können sie Aufgaben übernehmen, die über ihren klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Am weitesten fortgeschritten ist diesbezüglich die Pflege, aber auch in anderen Gesundheitsberufen wie Physiotherapie, Hebamme, Ernährungsberatung oder Ergotherapie haben sich professionsspezifische Advanced-Practice-Rollenprofile herausgebildet und es gibt inzwischen auch in der Schweiz entsprechende Ausbildungen.

Der Bedarf an solchen Fachkräften ist vorhanden und es stellt sich die Frage, wie diese neuen Rollen adäquat in das schweizerische Gesundheitssystem eingeführt werden können. Damit diese Fachkräfte im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vollumfänglich in ihrem ausgebildeten Tätigkeitsfeld eingesetzt werden können, sind einige Fragen zu klären und entsprechende regulatorische Voraussetzungen zu schaffen. Dies gilt insbesondere für den ambulanten Bereich, da im stationären Bereich bereits entsprechende Rahmenbedingungen für den Einsatz dieser Berufsrollen bestehen und dieser Einsatz bereits erfolgreich und zunehmend erfolgt.

Im Rahmen der Umsetzung der 2. Etappe der Pflegeinitiative will der Bundesrat das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) revidieren. Dabei sollen neu der Masterabschluss (MSc) in Pflege sowie der Beruf der Advanced Practice Nurse (APN) geregelt werden.

Es hat sich gezeigt, dass in diesem dynamischen Bereich der Gesundheitsberufe noch viele Unklarheiten und Missverständnisse bestehen. Verschiedene Positionspapiere wurden von einzelnen Berufsgruppen oder Interessenvertretern verfasst. Bis heute fehlt es jedoch an Klarheit über die bestehenden Rollen, deren Verankerung in der schweizerischen Bildungssystematik und die Praxisausübung. Dieses von der SAMW in Auftrag gegebene Grundlagenpapier soll Entscheidungsträgerinnen und -trägern, politisch Verantwortlichen und Vertreterinnen und Vertretern von Interessengruppen eine Orientierungshilfe bieten und einen Beitrag zur laufenden Diskussion leisten.

---

<sup>i</sup> Mit dem Begriff «Gesundheitsberufe» sind in diesem Bericht diejenigen Gesundheitsberufe gemeint, die unter das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) fallen, namentlich: Pflegefachfrau und Pflegefachmann, Physiotherapeutin und Physiotherapeut, Ergotherapeutin und Ergotherapeut, Hebamme, Ernährungsberaterin und Ernährungsberater, Optometristin und Optometrist und Osteopathin und Osteopath. In Kapitel 3 wird zusätzlich noch auf die Gesundheitsberufe nach Berufsbildungsgesetz (BBG) eingegangen.

## 2 Vorgehen

Das vorliegende Grundlagenpapier basiert auf einer Literatur- und Dokumentenanalyse sowie auf rund einem Dutzend Interviews mit verschiedenen Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens. Bei der Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner wurde darauf geachtet, dass verschiedene Perspektiven und Aspekte zur Sprache kommen, um ein möglichst umfassendes und ausgewogenes Bild zu erhalten. Eine Literaturliste und eine Liste der interviewten Personen (Anhang 1) finden sich am Ende dieses Berichts.

Der Bericht fokussiert auf die Advanced-Practice-Rollen in der Pflege. Diese Thematik ist jedoch besser verständlich, wenn der Blick etwas geweitet und dabei sowohl die Bildungssystematik in der Schweiz als auch das gesamte Feld der Pflegeberufe beleuchtet wird. Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufen ist die Situation in der Pflege am unübersichtlichsten und die Pflege ist zudem die mit Abstand grösste Berufsgruppe im schweizerischen Gesundheitswesen.[1] Der Hauptgrund für die Fokussierung auf die Pflege in diesem Bericht ist jedoch die Tatsache, dass die politische Diskussion über die Advanced-Practice-Rollen im Moment auf die Pflege konzentriert ist. Unmittelbarer Anlass dazu ist die Umsetzung der 2. Etappe der Pflegeinitiative.

Auf die Situation der anderen Gesundheitsberufe wird in diesem Bericht ebenfalls kurz eingegangen. Einiges, was für die Pflege gilt, lässt sich sinngemäss auch auf andere Gesundheitsberufe übertragen. Allerdings sind auch bei jedem einzelnen Gesundheitsberuf wieder spezifische Eigenheiten und Unterschiede zu beachten.

Der vorliegende Bericht beginnt in Kapitel 3 mit einer Darstellung der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen und ihrer Entwicklung in den letzten gut 20 Jahren. In diesem Kapitel wird zunächst die Entwicklung in allen Gesundheitsberufen betrachtet, um sich dann im weiteren Verlauf ausschliesslich auf die Entwicklung in den Pflegeberufen zu konzentrieren.

In Kapitel 4 folgt eine Darstellung von «Advanced Practice», wiederum mit einem klaren Fokus auf die Pflege. Neben dem Oberbegriff der Advanced Practice Nurse (APN) werden die beiden Ausprägungen Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP) näher erläutert und eingeordnet. Zudem wird der aktuelle Stand der Entwicklung in der Schweiz kurz dargestellt. Das Kapitel schliesst mit einer Analyse der verschiedenen Aufgaben und Tätigkeiten, die von APN übernommen werden können.

Kapitel 5 befasst sich mit den offenen Fragen und den unterschiedlichen Perspektiven und Standpunkten in der Diskussion, wie die APN-Rolle zielführend im GesBG und damit auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach KVG verankert werden kann.

Kapitel 6 zeigt die notwendigen Schritte und Hürden bis zur vollständigen Einführung von APN als neue Leistungserbringer in der OKP auf.

Kapitel 7 thematisiert kurz die anderen bisher im GesBG geregelten Gesundheitsberufe im Hinblick auf die Frage der Advanced-Practice-Rollen in diesen Berufen.

In Kapitel 8 werden in Form eines Fazits noch einmal wichtige Punkte aufgegriffen und Empfehlungen gegeben.

### 3 Die Gesundheitsberufe und ihre Entwicklung

Vor rund 20 Jahren wurden die Gesundheitsberufe in der Schweiz grundlegend neu organisiert. Bis dahin waren die meisten Gesundheitsberufe durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) geregelt und in den Kantonen waren die Gesundheitsdirektionen dafür zuständig. Dies änderte sich um das Jahr 2005 und die Gesundheitsberufe wurden in die Bildungssystematik des Bundes überführt. Damit ging in vielen Kantonen die Zuständigkeit von den kantonalen Gesundheitsdirektionen an die Bildungsdirektionen über.

#### 3.1 Die schweizerische Bildungssystematik und die Gesundheitsberufe

Die schweizerische Bildungssystematik (vgl. Abb. 1) unterscheidet einerseits vertikal zwischen Sekundar- und Tertiärstufe und andererseits unterscheidet sie horizontal den Bereich der Berufsbildung (gelb/blau) vom Bereich der allgemeinbildenden Schulen und den Hochschulen (grau).

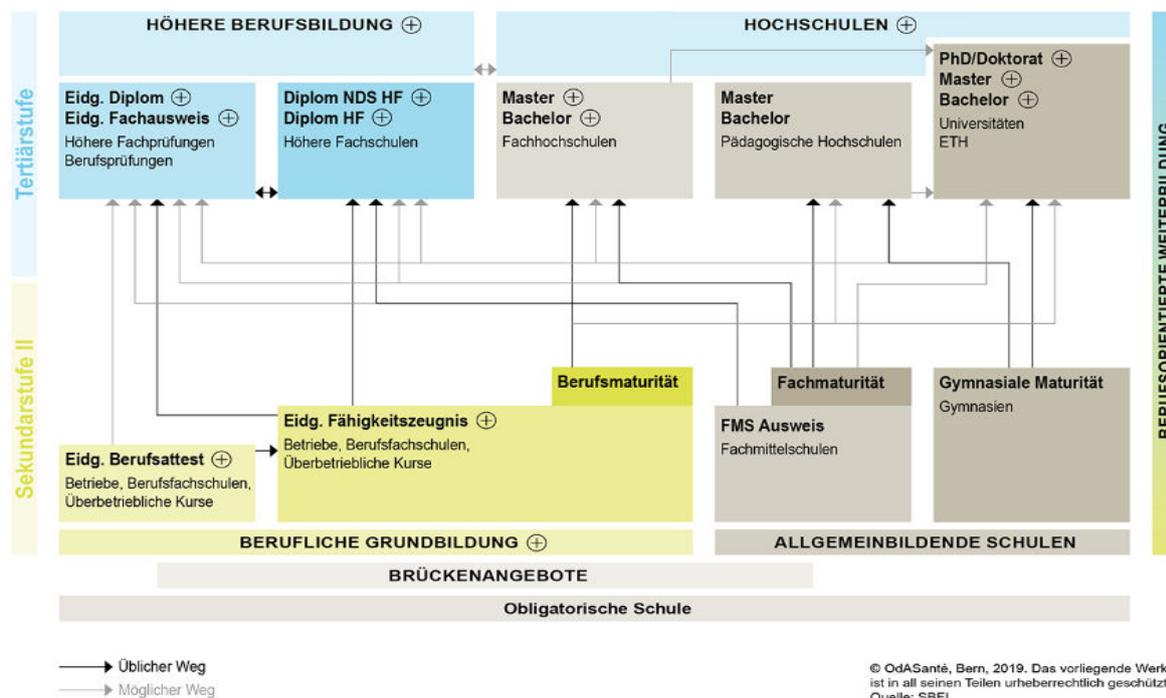


Abbildung 1: Die schweizerische Bildungssystematik

Die Durchlässigkeit zwischen diesen beiden Bildungsbereichen hat sich im Laufe der Jahre stetig verbessert, dennoch ist es wichtig zu verstehen, dass sich bestimmte Prinzipien in diesen beiden Bildungsbereichen grundlegend unterscheiden. Das Verständnis dieser Unterschiede ist im Kontext der Gesundheitsberufe besonders auf der Tertiärstufe relevant.

Abbildung 1 zeigt auch sehr gut, dass die Fachhochschulen (FH) in der Bildungssystematik eine «Hybrid-Position» einnehmen. Sie gehören als Schultyp klar zu den Hochschulen und fallen unter das HFKG (Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz). Gleichzeitig bilden sie mit ihren praxisorientierten Ausbildungen für den Bereich der Berufsbildung neben der höheren Berufsbildung ein wichtiges Element der Tertiärstufe. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass der so genannte «Königsweg» des Zugangs zu den FH über die Berufsmaturität führt.

Tabelle 1 zeigt wichtige Unterschiede zwischen Berufsbildung und Hochschulbildung, die für das Verständnis der Situation in den Gesundheitsberufen bedeutsam sind.

	<b>Berufsbildung</b>	<b>Hochschulbildung</b>
<i>Relevante Gesetze</i>	Berufsbildungsgesetz (BBG)	Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz (HFKG) Gesundheitsberufegesetz (GesBG)
<i>Verantwortung für Aus- und Weiterbildungen</i>	Verbundaufgabe von Bund, Kantonen und OdA	Hochschulautonomie
<i>Wichtige Merkmale der Identität</i>	Duales System (Zwei Lernorte: Betrieb und Berufsschule) Ausrichtung auf den Arbeitsmarkt	Verbindung von Wissenschaftlichkeit und Praxisbezug Anwendungsorientierung

**Tabelle 1: Wichtige Unterschiede zwischen höherer Berufsbildung und Hochschulbildung**

Bei der Überführung der Gesundheitsberufe in die schweizerische Bildungssystematik musste entschieden werden, welche Gesundheitsberufe auf Tertiärstufe den Höheren Fachschulen (HF) und welche den Fachhochschulen (FH) zugeordnet werden. Es gab verschiedene Kriterien und Entscheidungsgremien wurden gebildet, damit diese Zuordnung vorgenommen werden konnte.[2] Tabelle 2 zeigt die aktuelle Situation der Grundausbildungen auf Tertiärstufe gemäss Website der Nationalen Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, OdASanté, mit den jeweiligen Bildungsabschlüssen.[3]

<b>Höhere Fachschulen (HF)</b>	<b>Fachhochschulen (FH)<sup>ii</sup></b>
dipl. Aktivierungsfachmann/frau HF	BSc Hebamme
dipl. Biomedizinische/r Analytiker/in HF	BSc in Ergotherapie
dipl. Dentalhygieniker/in HF	BSc in Ernährung und Diätetik
dipl. Fachmann/frau Operationstechnik HF	BSc in Gesundheitsförderung und Prävention
dipl. Orthoptist-in HF	BSc in medizinisch-technischer Radiologie
<b>dipl. Pflegefachmann/frau HF</b>	BSc in Optometrie
dipl. Podologe/in HF	MSc in Osteopathie <sup>iii</sup>
dipl. Radiologiefachmann/frau HF	<b>BSc in Pflege</b>
dipl. Rettungssanitäter/in HF	BSc in Physiotherapie
	BA Logopäde/pädin <sup>iv</sup>
	BSc in Biomedizinische Labordiagnostik <sup>v</sup>

**Tabelle 2: Die Zuordnung der Gesundheitsberufe auf Tertiärstufe (Quelle: Oda Santé)**

In Tabelle 2 wird deutlich, dass die Ausbildung zur Pflegefachperson sowohl an der HF mit der Erlangung eines Diploms als auch an der FH mit einem BSc Studium in Pflege erfolgen kann (grau markiert). Über diesen Punkt gab es lange und zum Teil bis heute anhaltende kontroverse Diskussionen. Vor allem die Arbeitgeber in der deutschen Schweiz haben stets betont, dass es einen grossen Bedarf an HF-Ausbildungen gibt und es für eine ausreichende

<sup>ii</sup> Bei den FH-Gesundheitsberufen führt in der Regel der Bachelorabschluss zu einer berufsbefähigenden Qualifikation. Bei den Medizinalberufen an den universitären Hochschulen ist es der Masterabschluss.

<sup>iii</sup> Der Beruf Osteopath/-in ist der einzige im GesBG reglementierte Beruf, bei dem der MSc der Regelabschluss ist und somit ist dort auch als einzige Ausnahme bereits jetzt schon das MSc-Niveau reglementiert.

<sup>iv</sup> Die Ausbildung in Logopädie ist als eine Ausnahme an pädagogischen Hochschulen und an Universitäten angesiedelt und nicht an FH.

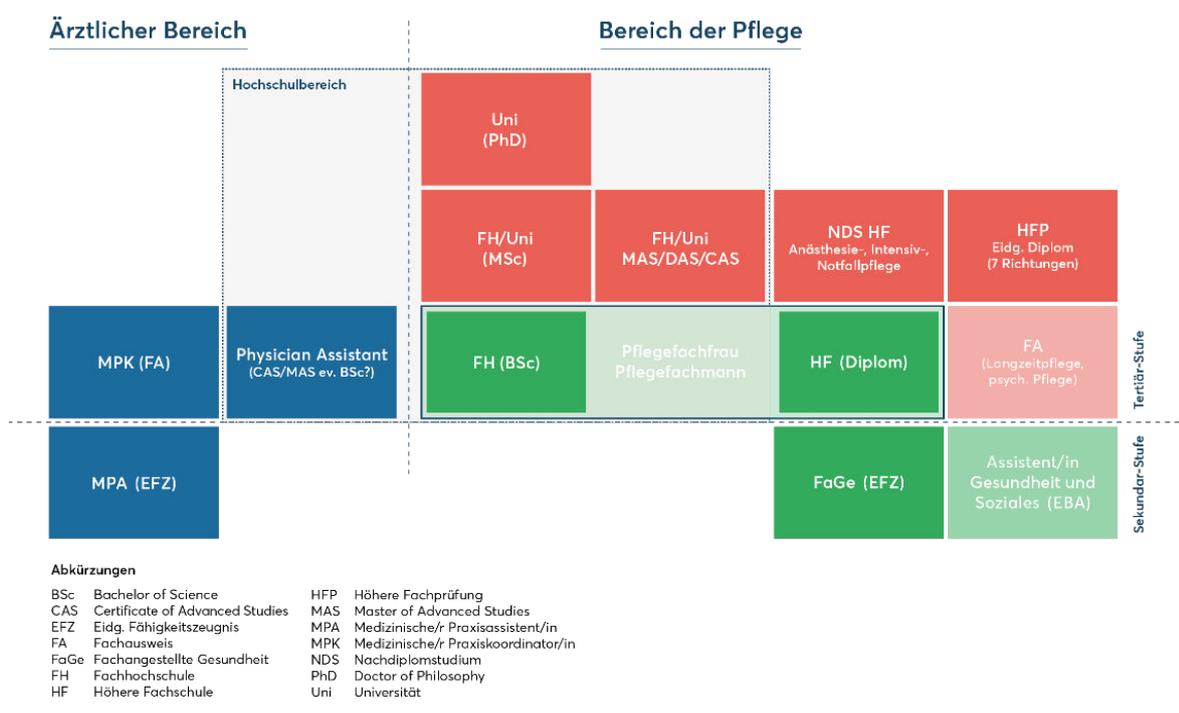
<sup>v</sup> Diese Ausbildung wird seit 2022 an der ZHAW angeboten und ist nicht auf der Website von Oda Santé aufgeführt.

Gesundheitsversorgung unbedingt auch Pflegefachpersonen mit HF-Ausbildung braucht. In der französischen Schweiz, wo es traditionell eine höhere Maturaquote gibt, wurde dieser Punkt anders beurteilt.

An dieser Stelle ist es deshalb wichtig zu erwähnen, dass die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen in den verschiedenen Landesteilen deutliche Unterschiede aufweisen. So ist die tertiäre Pflegeausbildung in der Westschweiz weitgehend an den FH angesiedelt, während in der Deutschschweiz beide Wege (FH und HF) parallel existieren. Politischer Wille in der Deutschschweiz war es, ein Verhältnis von HF- zu FH-Abschlüssen in der Pflege von ca. 80% zu 20% zu erreichen. Dies wurde im Durchschnitt in der Deutschschweiz ungefähr erreicht, wobei es recht grosse kantonale Unterschiede gibt. Im Tessin gibt es ebenfalls FH und HF, die jeweils je 50% der Absolventinnen und Absolventen ausbilden.

### 3.2 Das Feld der Aus- und Weiterbildungen

Insbesondere in den Aus- und Weiterbildungen der Pflegeberufe<sup>vi</sup> hat in den letzten 20 Jahren eine enorme Entwicklung stattgefunden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die aktuelle Situation in den Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Pflege, ergänzt durch Assistenz-Berufe im ärztlichen Bereich, zwecks klarer Abgrenzung dieser Berufsfelder.



**Abbildung 2: Übersicht über die Aus- und Weiterbildungen**

Abbildung 2 macht auf den ersten Blick deutlich, wie komplex die Situation geworden ist und wie viele unterschiedliche Aus- und Weiterbildungen und damit verbundene Berufsrollen es in diesem Berufsfeld mittlerweile gibt. Auf der Tertiärstufe wird ein Teil der Aus- und Weiterbildungen im Hochschulbereich angeboten (grau hinterlegt) und die übrigen Aus- und Weiterbildungen im Tertiärbereich sind der höheren Berufsbildung zuzuordnen.

<sup>vi</sup> Der Begriff «Pflegeberufe» ist bei einigen Fachpersonen umstritten. Mangels guter Alternative wurde dieser Begriff hier als Oberbegriff beibehalten.

## Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Pflege

Im Folgenden werden die in Abbildung 2 auf der rechten Seite dargestellten Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Pflege kurz beschrieben. Grün sind die Grundausbildungen und orangebraun die darauf aufbauenden Aus- und Weiterbildungen und die damit verbundenen Berufsrollen.

- Im Zentrum der Darstellung in Abbildung 2 stehen die beiden tertiären Ausbildungen zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann (vgl. Kap. 3.1). Diese beiden Ausbildungen (FH BSc und HF-Diplom) sind im GesBG hinsichtlich der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung gleichgestellt.
- Auf der Sekundarstufe II ist die Berufslehre «Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ» (FaGe) angesiedelt. Diese berufliche Grundbildung wurde im Rahmen der Neuordnung der Gesundheitsberufe geschaffen, die ersten Ausbildungen begannen offiziell im Jahr 2004. Diese Berufslehre erfreute sich von Anfang an einer grossen Nachfrage. Sie gilt auch als wichtiger Zubringer für die Pflegeberufe auf Tertiärstufe. In mehreren Interviews wurde betont, wie wichtig die FaGe für eine funktionierende Gesundheitsversorgung inzwischen geworden sind und dass sie demzufolge noch stärker als eigenständiger und «systemrelevanter» Beruf wahrgenommen werden sollten.
- Der Vollständigkeit halber ist auch noch die auf der Sekundarstufe II angesiedelte Ausbildung Assistent/in Gesundheit und Soziales, welche mit einem Eidg. Berufsattest (EBA) abschliesst, aufzuführen. Da es für diese Ausbildung keine weiterführenden Angebote auf Tertiärstufe gibt, ist diese Ausbildung hellgrün eingefärbt.
- Für FaGe gibt es zwei Weiterbildungsangebote, die mit einem eidgenössischen Fachausweis (FA) abschliessen und eine Spezialisierung in Langzeitpflege oder psychiatrischer Pflege ermöglichen. Diese Weiterbildungen gehören zur höheren Berufsbildung und sind auf der Tertiärstufe angesiedelt. Sie sind jedoch vom Ausbildungsumfang her nicht mit anderen Weiterbildungen im Bereich der Pflege vergleichbar, die sonst alle auf der Grundausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann aufbauen. Aus diesem Grund ist dieses Feld auch hellrot eingefärbt.
- Die drei Nachdiplomstudiengänge in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (AIN NDS HF) haben ein sehr klares Profil unter den Weiterbildungen der höheren Berufsbildung. Es handelt sich um zweijährige Ausbildungen, die einem strukturierten und vom SBF1 genehmigten Rahmenlehrplan folgen. Die Absolventinnen und Absolventen sind gefragte und hoch angesehene Fachkräfte im Gesundheitswesen.
- Seit einigen Jahren gibt es Höhere Fachprüfungen (HFP) in verschiedenen Spezialisierungen, wie z. B. Diabetesberatung oder Infektionsprävention. Diese Ausbildungen schliessen mit dem Titel «Fachexpert/in» ab, was auch der Begrifflichkeit in anderen Berufsfeldern ausserhalb des Gesundheitswesens entspricht. Im Bereich der Pflege führt dies allerdings zu einer gewissen Verwirrung, da hier der Begriff «Pflegeexpert/in» bereits seit längerem existiert und sozusagen eine Vorläuferbezeichnung für «Clinical Nurse Specialist» und damit einer Advanced-Practice-Rolle ist (vgl. Kapitel 4.1). Die beiden Titel sollten daher nicht verwechselt werden. Die HFP-Abschlüsse sind im Gesundheitsbereich derzeit noch in Entwicklung und deren Implementierung in der Praxis hat erst begonnen. Ein Teil der HFP konnte bisher mangels Nachfrage auch noch nicht durchgeführt werden.

- Die FH und Universitäten bieten zahlreiche Weiterbildungen im Gesundheitsbereich in den Formaten CAS/DAS/MAS an.<sup>vii</sup> Aufgrund der Hochschulautonomie sind die FH und Universitäten frei in der Gestaltung der Inhalte und der Bezeichnung der Abschlüsse. Aus diesem Grund werden diese Weiterbildungen entsprechend den Marktbedürfnissen und Marktchancen konzipiert. An den Departementen Gesundheit der FH gibt es demzufolge unter diesen Weiterbildungsangeboten zahlreiche fachliche Vertiefungen in den jeweils dort vorhandenen Gesundheitsberufen. So bietet beispielsweise die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) einen MAS in Pädiatrischer Pflege an oder die Berner Fachhochschule (BFH) einen MAS in Mental Health. Inhaltlich ist das Weiterbildungsangebot sehr breit und es gibt neben diesen berufsspezifischen Angeboten auch zahlreiche Weiterbildungen in berufsübergreifenden Themen, wie beispielsweise Leadership oder Ethik, die jedoch für unsere Thematik nicht weiter relevant sind.
- Die FH und zwei Universitäten (Basel und Lausanne) bieten sogenannte konsekutive Masterstudiengänge (MSc) in Pflegewissenschaft an. Diese sind nicht zu verwechseln mit den Masterstudiengängen der Weiterbildung (MAS). Der MSc-Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Basel wurde bereits im Jahr 2000 lanciert und er kann somit als Vorläufer betrachtet werden. An der Universität Lausanne wurde der erste Masterstudiengang 2010 etabliert. Heute werden dort gemeinsam mit der HES-SO zwei MSc-Studiengänge (1 Studiengang für CNS und 1 Studiengang für andere Gesundheitsberufe) angeboten und seit 2018 auch ein MSc-Studiengang für Nurse Practitioner (NP). Die FH führten seit 2010 sukzessive MSc-Studiengänge ein. In der Deutschschweiz gibt es MSc-Studiengänge in Pflege an der BFH, am Careum, an der Ost, an der ZHAW und ab Herbst 2025 auch an der HSLU. Im Tessin bietet die SUPSI ebenfalls einen MSc in Pflege an. Diese Programme haben in der Regel verschiedene Vertiefungsrichtungen. Einige sind explizit auf die Ausbildung von Advanced Practice Nurses (APN) ausgerichtet. Daneben gibt es weitere Vertiefungen, beispielsweise klar forschungsorientierte Programme.
- An den Universitäten Basel und Lausanne kann schliesslich noch ein Doktorat (PhD) in Pflegewissenschaften erworben werden. Diese Programme vertiefen bisher vor allem die wissenschaftliche Qualifikation und weniger die klinisch-praktische Tätigkeit. Dies ist im Ausland teilweise anders, wo es noch Abschlüsse als «Doctor of Nursing Practice» gibt, die primär klinisch und nicht wissenschaftlich ausgerichtet sind.

### Aus- und Weiterbildungen im ärztlichen Bereich

Im Folgenden werden Aus- und Weiterbildungen dargestellt, welche im ärztlichen Bereich angesiedelt sind und mit den Pflegeberufen eine gewisse Verwandtschaft haben. Diese sind in Abbildung 2 auf der linken Seite in blauer Farbe dargestellt.

- Die Berufslehre «Medizinische Praxisassistentin» MPA ist auf der Sekundarstufe II angesiedelt. Mit der Neuordnung der Gesundheitsberufe in den Jahren 2000–2005 wurde die alte Bezeichnung «Arztgehilfin» abgelöst.

---

<sup>vii</sup> CAS, DAS und MAS sind Abschlüsse im Bereich der Weiterbildung auf Hochschulstufe in der Schweiz, die alle berufsbegleitend absolviert werden können.

- CAS (Certificate of Advanced Studies): kurzer Zertifikatslehrgang (ca. 10-15 ECTS),
- DAS (Diploma of Advanced Studies): umfangreicheres Diplomstudium (ca. 30 ECTS),
- MAS (Master of Advanced Studies): weiterbildender Masterstudiengang (mind. 60 ECTS)

- Als Weiterbildungsangebot für MPA auf Stufe der Höheren Berufsbildung gibt es den eidgenössischen Fachausweis (FA) «Medizinische/r Praxiskoordinator/in» (MPK) mit zwei Ausprägungen, einer klinischen Richtung und einer praxisleitenden Richtung.
- Schliesslich ist noch die Weiterbildung zum Physician Associate (PA)<sup>viii</sup> zu erwähnen. Diese relativ neue Berufsrolle wird hier ebenfalls aufgeführt, weil es dabei oft zu Verwechslungen mit den APN-Rollen der Pflege kommt.[4] Diese Berufsrolle wurde in der Schweiz nach ausländischen Vorbildern vor einigen Jahren am Kantonsspital Winterthur (KSW) als eigenständige Rolle im ärztlichen Bereich und zur Unterstützung der Ärzteschaft eingeführt. Mittlerweile werden PA in zahlreichen Spitälern in der Schweiz vor allem in den chirurgischen Bereichen eingesetzt. An der ZHAW werden entsprechende Weiterbildungen (CAS und DAS) angeboten, die grundsätzlich allen Gesundheitsfachpersonen mit einem BSc-Abschluss offenstehen, aber mehrheitlich von diplomierten Pflegefachpersonen (auch mit FH-Abschluss oder Zusatzausbildung) besucht werden. Die ZHAW plant die Einführung eines grundständigen Bachelor-Studiengangs zur Ausbildung dieser neuen Fachkräfte. Gegenwärtig finden noch Abklärungen statt und der definitive Entscheid ist noch nicht gefallen.

Dieser Abschnitt hat gezeigt, dass die Aus- und Weiterbildungssituation in den Pflegeberufen in der Schweiz sehr vielfältig und nicht leicht zu überblicken ist. Aus diesem Grund dürfte es hilfreich sein, in einem nächsten Schritt zu schauen, in welche Kategorien Pflegefachpersonen aus Sicht ihrer eigenen Profession international eingeteilt werden.

### 3.3 Internationale Kategorien von Pflegefachpersonen

Die internationalen Pflegeverbände ICN<sup>ix</sup> und EFN<sup>x</sup> unterscheiden drei Kategorien von diplomierten Pflegefachpersonen, nämlich «General Care Nurse», «Specialist Nurse» und «Advanced Practice Nurse». Die Definitionen der EFN sind in Abbildung 3 aufgeführt.[5]

#### General Care Nurse (RN)

*“A regulated health care professional who works autonomously and in collaboration with others and who has completed a nursing education programme and is qualified and authorised in his/her country to practise as a general care nurse. Has successfully completed a programme of education approved by the nursing board/council; has passed the required assessments established by the nursing board/council for entry into the profession; continues to meet the standards of the nursing board/council” (ref. art 31, modernised Directive 2005/36/EC)*

#### Specialist Nurse (SN)

*“A nurse prepared on advanced level/higher level, and authorised to practice as a specialist with the expertise in a particular field of nursing.”*

#### Advanced Practice Nurse (APN)

*“An advanced practice nurse is authorised for practice at an advanced level of nursing and healthcare delivery. The specific characteristics of the role are shaped by the context and/or country in which they are accredited to practice.”*

**Abbildung 3: Definitionen der drei Kategorien von Pflegefachpersonen**

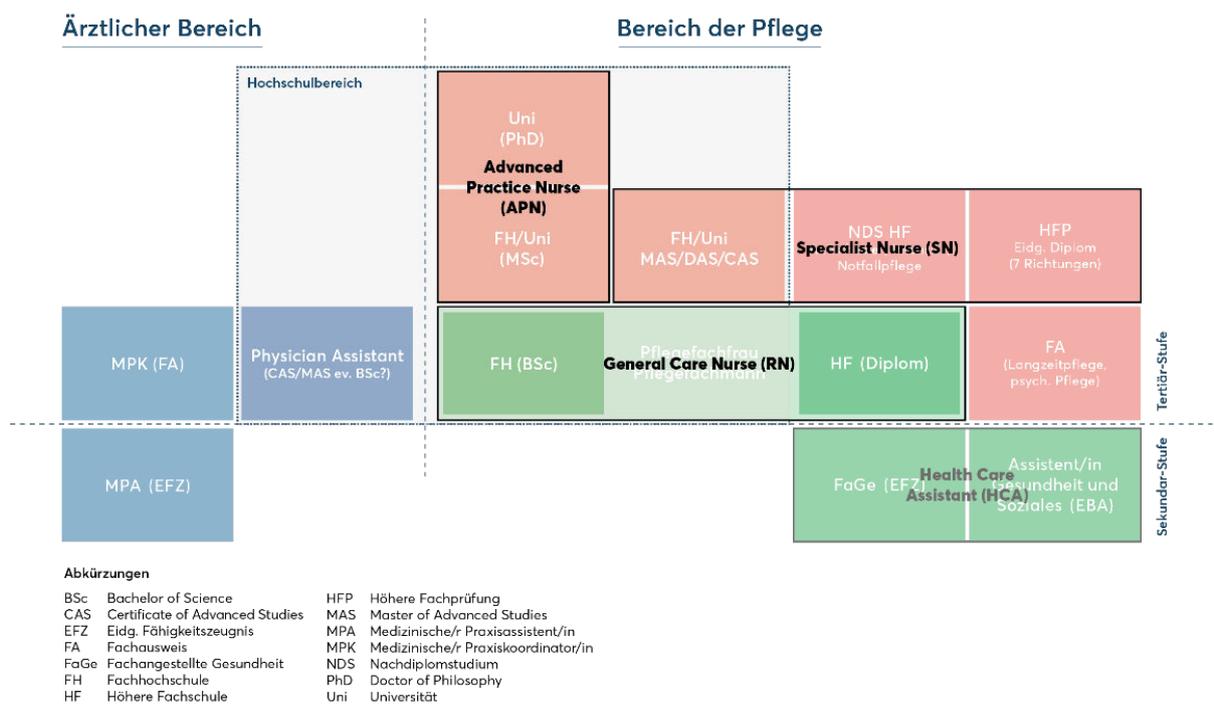
<sup>viii</sup> Physician Assistant ist international die am weitesten verbreitete Bezeichnung für diese Berufsrolle. In der Schweiz wird dafür der Begriff «Physician Associate» oder «Klinische Fachspezialistin / klinischer Fachspezialist» verwendet.

<sup>ix</sup> International Council of Nurses (ICN) ist der weltweite Dachverband der nationalen Pflegeverbände

<sup>x</sup> European Federation of Nurses Associations (EFN) ist der europäische Dachverband der Pflegeverbände

Wendet man diese internationale Einteilung der drei Kategorien auf die schweizerischen Verhältnisse und deren Ausbildungsabschlüsse (vgl. Abb. 2) an, so ergibt sich folgendes Bild, wie in Abbildung 4 dargestellt.

- General Care Nurse (RN) entspricht der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann (HF und FH).
- Specialist Nurse (SN) würde den drei NDS-Ausbildungen sowie den Höheren Fachprüfungen (HFP) entsprechen. Bei den MAS/DAS/CAS-Weiterbildungen der FH und Universitäten wären nur solche Weiterbildungen dazuzuzählen, die tatsächlich eine professionelle Spezialisierung beinhalten.
- Die Advanced Practice Nurse (APN) würde der MSc-Ausbildung entsprechen, da international mindestens ein solcher Bildungsabschluss als eine Voraussetzung für diese Rolle gilt (vgl. Kpt. 4). Auch Personen mit PhD, die klinisch tätig sind, sind dieser Kategorie zuzuordnen.
- FaGe und Assistentinnen Gesundheit und Soziales würden in der internationalen Kategorisierung in keine dieser drei Kategorien fallen. EFN nennt noch eine vierte Kategorie, die «Health Care Assistants», in die diese beiden Berufe fallen würden.



**Abbildung 4: Die drei internationalen Kategorien und das Schweizer Bildungssystem**

In der Schweiz wird derzeit diskutiert, welche Ausbildung erforderlich ist, um den Titel APN führen zu dürfen. Eine der zu klärenden Fragen im Rahmen der Revision des GesBG ist demzufolge, wie dies hierzulande geregelt werden soll.

### 3.4 Zwischenfazit und konkrete Fragestellungen

An dieser Stelle sollen einige wichtige Punkte im Sinne eines Zwischenfazits festgehalten werden:

- Im Bereich der Pflegeberufe hat es in den letzten 20–30 Jahren grosse Veränderungen und viele Entwicklungen in der Aus- und Weiterbildung gegeben.
- In der Schweiz gibt es eine grosse Vielfalt an Aus- und Weiterbildungen in den Pflegeberufen und demzufolge eine gewisse Unübersichtlichkeit.
- Die Berufsrollen insbesondere der neueren Aus- oder Weiterbildungen sind zum Teil in der Praxis noch nicht breit etabliert und bedürfen einer Schärfung.

Bezogen auf die in diesem Bericht primär interessierende Kategorie der APN müssen in der Schweiz einige Fragen geklärt und verbindlich festgelegt werden. Diese Fragen sind

- Welches sind die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der APN?
- Welche Qualifikationen und Voraussetzungen brauchen APN?
- Wie können APN in die Leistungsabrechnung des KVG aufgenommen werden?

Falls als Grundvoraussetzung für die Zulassung als APN wie im Ausland auch in der Schweiz ein MSc-Abschluss vorausgesetzt wird, so stellt sich in der Schweiz aufgrund der starken Stellung der Berufsbildung noch die Frage nach der Durchlässigkeit zwischen höherer Berufsbildung und Hochschulbildung:

- Wie ist der Zugang zur APN-Rolle für Personen mit einem Abschluss aus der höheren Berufsbildung?

Im folgenden Kapitel 4 wird zunächst geklärt, was unter APN genau zu verstehen ist, bevor wir dann im Kapitel 5.2 auf diese vier Fragen vertieft eingehen.

## 4 Advanced Practice Nurse (APN)

Unter «Advanced Practice» versteht man im Allgemeinen erweiterte Kompetenzen und erweiterte Aufgaben von speziell dafür aus- und weitergebildeten Gesundheitsfachpersonen im Vergleich zu solchen mit einer Grundausbildung. Dabei geht es um folgende Aspekte:

- Professionalisierung und Akademisierung von Gesundheitsberufen mit dem Ziel, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern
- Eigenständige Entscheidungsfindung in komplexen Situationen
- Anwendung und Entwicklung evidenzbasierter Interventionen
- Schnittstelle zwischen Forschung, Praxis und Patientenversorgung
- Oft spezialisierte Versorgung bestimmter Patientengruppen

Advanced-Practice-Rollen wurden als erstes in der Pflege entwickelt und existieren heute international und in der Schweiz für alle Gesundheitsberufe. «Advanced Practice Nurses» (APN) gab es zuerst in den USA und mittlerweile werden diese Rollen in vielen Ländern erfolgreich eingesetzt, z. B. auch in den Niederlanden, in den skandinavischen Ländern, in Grossbritannien, in Australien oder Neuseeland.[6]

Die Definition der APN des International Council of Nurses (ICN), des Weltverbandes der Pflegefachpersonen, lautet wie folgt:[7]

*“An Advanced Practice Nurse (APN) is a generalist or specialised nurse who has acquired, through additional graduate education (minimum of a master’s degree), the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for Advanced Nursing Practice, the characteristics of which are shaped by the context in which they are credentialed to practice. The two most commonly identified APN roles are CNS and NP.”*

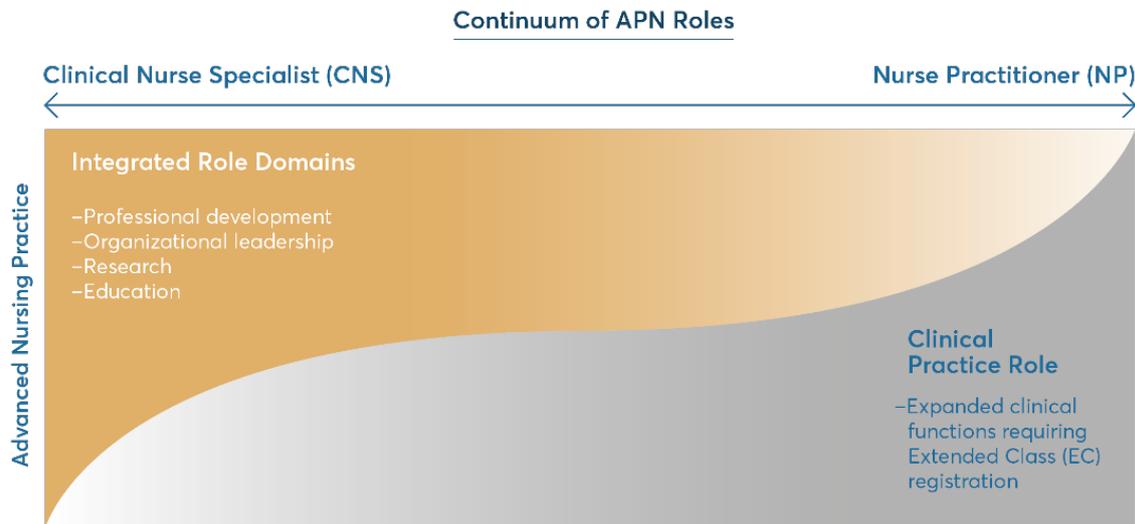
Diese Definition verdeutlicht, dass es sich bei der Tätigkeit von APN im Kern um eine klinische Rolle in der Pflege handelt. Diese Fachkräfte haben im Vergleich zu Pflegefachpersonen mit Grundausbildung ein umfangreiches Set an erweiterten und vertieften Kompetenzen erworben und können daher ein komplexes Aufgabenspektrum in der Patientenversorgung abdecken. Der folgende Abschnitt befasst sich mit den beiden in dieser Definition genannten APN-Rollen, nämlich CNS und NP.

### 4.1 Zwei APN-Rollen: CNS und NP

Typischerweise werden die APN-Rollen in zwei Ausprägungen, bzw. Rollenprofile unterteilt. Dabei wird in der Regel auf die Darstellung von Bryant-Lukosius verwiesen (vgl. Abb. 5).[7] Diese Darstellung zeigt die beiden Profile «Clinical Nurse Specialist» (CNS) und «Nurse Practitioner» (NP), wobei diese beiden Rollen ein Kontinuum in einem Tätigkeitsfeld darstellen. Wichtig an dieser Darstellung ist, dass es zwei unterschiedliche Tätigkeitsbereiche in diesem Feld gibt, zum einen den Bereich (grau, rechts unten), der als «Clinical Practice Role» bezeichnet wird. Dies sind die eigentlichen klinischen und damit patientenbezogenen Aufgaben und Tätigkeiten. Zum anderen gibt es die «Integrated Role Domains» (orange, oben links), die anspruchsvolle, aber nicht direkt patientenbezogene Aufgaben umfassen.

Abbildung 5 impliziert somit, dass APN-Rollen in der Regel eine Mischung aus beiden Tätigkeitsbereichen umfassen. Dennoch werden die beiden Profile CNS und NP

unterschieden, da ihre Rollen und Funktionen in der Gesundheitsversorgung unterschiedlich sind. Während die NP-Rolle einen klaren Schwerpunkt in der klinischen und direkt patientenbezogenen Tätigkeit hat, umfasst die CNS-Rolle neben einem Anteil an klinischer Tätigkeit auch einen bedeutenden Anteil an Expertise und Aufgaben auf Team-, Organisations- oder sogar Systemebene.



**Abbildung 5: Das Kontinuum der APN-Rollen nach Bryant-Lukosius**

Die Definitionen des ICN dieser beiden APN-Rollen sind in Abbildung 6 aufgeführt.[7]

<p><u>Clinical Nurse Specialist (CNS)</u>  <i>“A Clinical Nurse Specialist is an Advanced Practice Nurse who provides expert clinical advice and care based on established diagnoses in specialised clinical fields of practice along with a systems approach in practicing as a member of the healthcare team.”</i></p> <p><u>Nurse Practitioner (NP)</u>  <i>“A Nurse Practitioner is an Advanced Practice Nurse who integrates clinical skills associated with nursing and medicine in order to assess, diagnose and manage patients in primary healthcare (PHC) settings and acute care populations as well as ongoing care for populations with chronic illness.”</i></p>
--

**Abbildung 6: Definitionen von CNS und NP**

Im Zusammenhang mit der Frage, welche Aufgaben APN als neue Leistungserbringer in der Schweiz in der Gesundheitsversorgung in Zukunft übernehmen könnten, dürften je nach Setting und Einsatzgebiet beide Rollen wertvoll und relevant sein. Wichtig ist, dass APN-Rollen jeglicher Ausprägung in jedem Fall einen klinischen Fokus und damit einen Anteil an Tätigkeiten aus dem Bereich «Clinical Practice Role» beinhalten.

In der berufspolitischen Diskussion wird die CNS-Rolle derzeit auch kritisch gesehen, da sie unter Umständen einen eher geringen Anteil an direkt patientenbezogenen Tätigkeiten haben kann. Für die Pflegeentwicklung und Pflegequalität, die Entwicklung von Leitlinien, die Umsetzung evidenzbasierter Pflege in die Praxis oder auch die Gesundheitsförderung ist die CNS-Rolle jedoch gerade in der Langzeitpflege und Primärversorgung sehr wertvoll. Sie wird mit steigendem Pflegebedarf und zunehmender Komplexität in der spitalexternen Versorgung in Zukunft wichtiger werden, zudem sich auch der Skill-Grade-Mix verändert.

Eine andere Frage wird dann sein, welche Leistungen aus Sicht des KVG relevant und direkt abrechenbar sind. Diesem Thema widmet sich dieser Bericht in den Kapiteln 5.2.4 und 6.

## 4.2 Die Situation in der Schweiz

In der (Deutsch-)Schweiz hat sich bisher mehrheitlich die Rolle CNS verbreitet. Diese Rolle ist eine Weiterentwicklung der früheren «Pflegeexperten/-innen», die in Spitälern vor allem im stationären Setting tätig waren, heute aber zunehmend auch in Pflegeheimen und in der Spitex tätig sind. Aufgrund der Finanzierungssituation in der Schweiz mit Fallpauschalen ist es für Spitäler auch heute schon möglich, CNS dort einzusetzen und die Finanzierung zu integrieren, da im stationären Setting der Leistungserbringer das Spital und nicht die einzelne Gesundheitsfachperson ist.

Anders sieht es aus beim Einsatz von NP. Der Einsatz dieser Ausprägung der APN-Rolle ist in der Schweiz tendenziell eher im ambulanten Setting vorgesehen und dies kann in verschiedenen medizinischen Fachgebieten wie beispielsweise der Grundversorgung, der Pädiatrie oder Psychiatrie sein. Seit einigen Jahren laufen in der Schweiz verschiedene Pilotprojekte mit NP im ambulanten Setting. Herausfordernd dabei ist die Finanzierung, da APN bisher nicht als eigener Leistungserbringer nach KVG zugelassen sind. Im ambulanten Setting ist die einzelne Gesundheitsfachperson der zugelassene Leistungserbringer und nicht eine Institution.

Erfahrung mit dieser Thematik hat der Kanton Waadt gemacht. Dort wurden sehr innovativ schon seit 2020 auf kantonaler Ebene NP («Infirmiers praticiens spécialisés») zur Leistungserbringung zugelassen.[8] Der entsprechende Gesetzesartikel, der 2017 im Waadtländer Gesundheitsgesetz (Loi sur la santé publique) integriert wurde, ist in Abbildung 7 aufgeführt.[9]

<b>Art. 124b</b>	<b>Infirmiers praticiens spécialisés</b>
<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 :
	<b>a. prescrire et interpréter des tests diagnostiques ;</b>
	<b>b. effectuer des actes médicaux ;</b>
	<b>c. prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements.</b>
<sup>2</sup>	(...)

**Abbildung 7: Gesetzesartikel für NP im Kanton Waadt**

Abb. 7 zeigt, dass es insbesondere ärztlich-medizinische Leistungen sind, die von den NP im Kanton Waadt zusätzlich zu den pflegerischen Aufgaben übernommen werden können. Inzwischen sind auch in anderen Westschweizer Kantonen wie Neuenburg und Wallis die APN gesetzlich reglementiert.

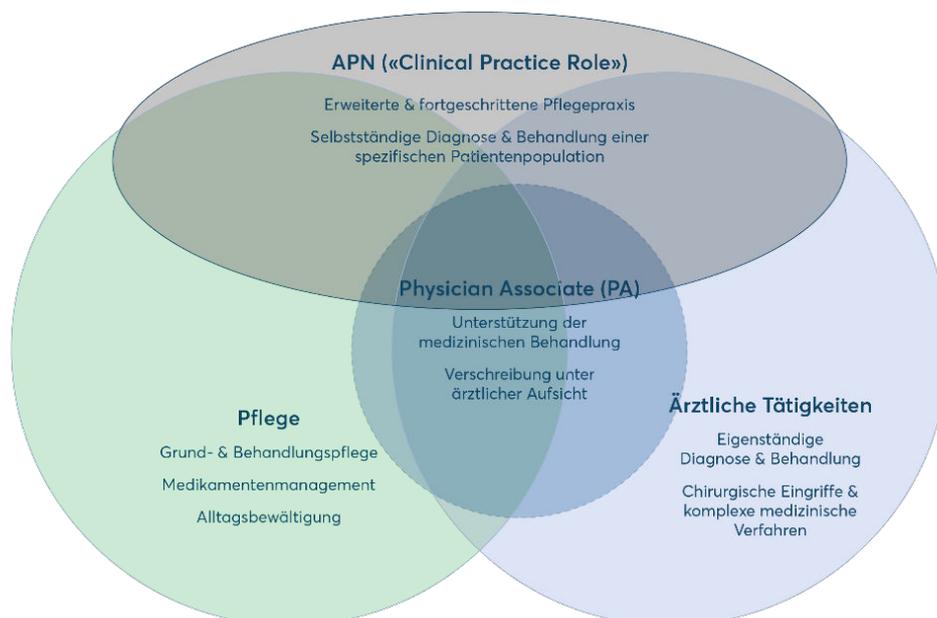
Erste Erfahrungen mit diesen Rollen sind gemacht und es existieren dazu auch mehrere Publikationen.[10–16] Eine grosse Herausforderung im Zusammenhang mit diesen kantonalen Regelungen besteht jedoch darin, dass diese Gesundheitsfachpersonen zwar auch im ambulanten Bereich auf Kantonsgebiet tätig sein dürfen, die Krankenkassen aber nicht verpflichtet sind, diese Leistungen der NP zu übernehmen. NP sind bisher nicht als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen und es gibt demzufolge auch keine nationalen Tarife. Einigen ambulanten Leistungserbringern ist es gelungen, mit einzelnen

Versicherern für den Einsatz von APN Tarifverträge auszuhandeln, die gewisse Leistungen der APN abgelten. Beispiele für solche Verträge gibt es auch in Deutschschweizer Kantonen, die keine Regelung wie der Kanton Waadt kennen. Im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen ist dies bereits möglich.

Die Verankerung von APN im GesBG wäre ein erster wichtiger Schritt, um diese Thematik auf nationaler Ebene voranzutreiben. Innerhalb der Pflege in der Schweiz wird kontrovers diskutiert, ob nur die Rolle der NP oder übergeordnet die APN-Rolle und damit beide Rollen (CNS und NP) dort geregelt werden sollen. Für die ausschliessliche Aufnahme der NP-Rolle spricht die Tatsache, dass diese Rolle gemäss der Darstellung von Bryant-Lukosius (Abb. 5) einen deutlich grösseren Anteil an klinischer Tätigkeit hat als die CNS-Rolle. Unimed Suisse, der Verband Universitäre Medizin Schweiz, hat in einem Arbeitspapier auch eher in diese Richtung argumentiert.[17] Für die Aufnahme beider Rollen spricht die Tatsache, dass die Darstellung von Bryant-Lukosius eben ein Kontinuum ist und die beiden Ränder nur die Extreme darstellen und es in der Praxis Mischformen gibt.

### 4.3 Die Aufgaben der APN im Vergleich zu Pflege und ärztl. Tätigkeiten

Um die Tätigkeit der Advanced Practice Nurses (APN) in einem grösseren Kontext besser zu verstehen, ist es hilfreich, diese Berufsrolle im Vergleich zur traditionellen Pfl egetätigkeit und zur ärztlichen Tätigkeit zu verorten. Abbildung 8 gibt dazu eine gute Antwort. Sie stammt aus einem Bericht, der Nurse Practitioner (NP) mit Physician Associates (PA) vergleicht.[4] Die NP-Rolle beinhaltet vor allem direkte Patiententätigkeit und kann hier stellvertretend für die klinisch-praktische Tätigkeit aller APN-Rollen stehen («Clinical Practice Role»). Zudem ist es auch sinnvoll, zugleich noch die Positionierung der Physician Associates (PA) zu betrachten, da es immer wieder zu Verwechslungen zwischen den beiden Rollen (NP und PA) kommt.<sup>xi</sup>



**Abbildung 8: Tätigkeitsbereiche von APN und PA im Schweizer Kontext**

<sup>xi</sup> Nicht dargestellt in Abbildung 8 sind die Rollen der spezialisierten Pflege («Specialist Nurse»).

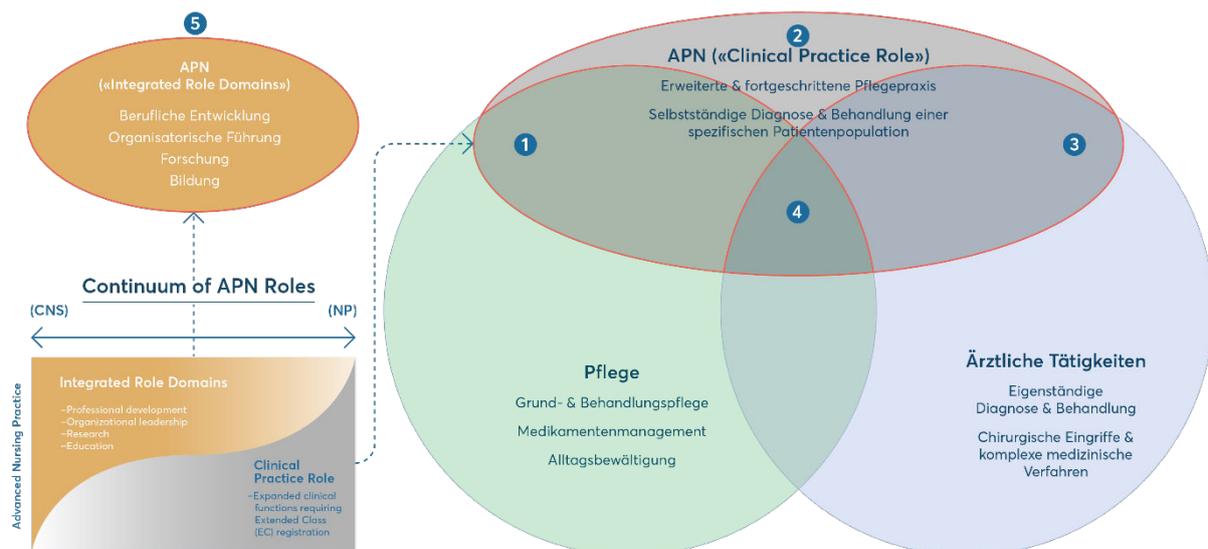
Abbildung 8 zeigt, dass das klinische Tätigkeitsfeld der APN weit über den traditionellen Bereich der Pflergetätigkeit hinausgeht. APN übernehmen anspruchsvolle und komplexe pflegerische Aufgaben. Bei entsprechender Ausbildung und gesetzlicher Regelung können sie nach dieser Darstellung auch definierte Teilbereiche einer traditionell ärztlichen Tätigkeit übernehmen. Mit welchen Kompetenzen und in welcher Verantwortung sie diese Aufgaben erfüllen, ist noch festzulegen.

Physician Associates (PA) gehören zum ärztlichen Dienst. Sie übernehmen ärztliche Aufgaben zur Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit. Sie arbeiten delegiert. Die Darstellung in Abbildung 8 zeigt aber auch, dass es in der Praxis gewisse Überlappungen bei den Tätigkeiten von APN und PA geben kann. Tabelle 3 zeigt wichtige Unterschiede zwischen APN und PA.

	APN	PA in der Schweiz
Zuordnung zu	Pflege	Ärztlicher Bereich
Ausbildung	MSc	CAS/MAS, ev. zukünftig BSc
Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für Pflegerische Tätigkeiten → in eigener fachlicher Verantwortung für eine spezifische Patientenpopulation</li> <li>- Definierte Teilbereiche einer traditionell ärztlichen Tätigkeit → noch zu klären</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- delegiert</li> </ul>

**Tabelle 3: Unterschiede APN/NP und PA**

Wenden wir uns nun wieder den Aufgaben der APN zu und betrachten die einzelnen Teile der klinischen Aufgaben von APN aus Abbildung 8 etwas genauer (vgl. dazu Abb. 9). Das gesamte klinisch-praktische Tätigkeitsfeld («Clinical Practice Role») von APN kann in vier einzelne Aufgabenbereiche (1–4) unterteilt werden. Zusätzlich wurde noch ein fünfter Bereich (5) hinzugefügt. Dieser fünfte Bereich entspricht den nicht-klinischen Tätigkeiten der APN-Rolle, welche in der Grafik von Bryant-Lukosius (in Abb.8 klein links unten nochmals dargestellt) dem orangen Bereich links oben entspricht.



**Abbildung 9: Verschiedene Tätigkeitsbereiche von APN-NP**



anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten (Aufgabenbereich 1), die auch von einer guten und erfahrenen Pflegefachperson durchgeführt werden könnten. Andererseits sind es Tätigkeiten (Aufgabenbereich 4), die an der Schnittstelle verschiedener Gesundheitsberufe (inkl. Ärzte und Ärztinnen) liegen.

Von Bedeutung für unsere Fragestellungen nach den spezifischen Aufgaben von Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten APN sind somit die Aufgabenbereiche 2, 3 und 5. In der Grafik von Bryant-Lukosius (rechts in Abbildung 10 nochmals klein aufgeführt) entsprechen die Aufgabenbereich 2 und 3 dem grauen Bereich, der die klinisch-patientenbezogenen Aufgaben umfasst. Aufgabenbereich 5 umfasst die nicht direkt klinischen Aufgaben und Tätigkeiten, orange dargestellt.

Alle drei Aufgabenbereiche (2,3 und 5) sind Teil der APN-Rollen. Aus diesem Grund sind alle Bereiche relevant, wenn es um die Regelung der APN-Rollen im GesBG geht. Anders verhält es sich mit der direkten Relevanz fürs KVG. Nur Aufgabenbereiche 2 und 3 beinhalten direkt patientenbezogene Tätigkeiten, die als Leistungen fürs KVG in Frage kommen. Alle anderen Aufgaben sind sozusagen «Overhead-Kosten», die nur indirekt abgerechnet werden können.

Im Folgenden werden daher die drei Aufgabenbereiche 2,3 und 5 näher betrachtet. Bryant-Lukosius unterscheidet nicht zwischen Aufgabenbereichen 2 und 3, beide sind Teil der «Clinical Practice Role». Die Herausforderungen in diesen beiden Aufgabenbereichen sind jedoch unterschiedlich und führen zu unterschiedlichen Fragestellungen.

#### Aufgabenbereich 2: «Erweiterte» pflegerische Tätigkeiten

Aufgaben aus dem Aufgabenbereich 2 wurden bisher von Pflegefachpersonen mit Grundausbildung (mit HF- oder FH-Abschluss) nicht erbracht und sie liegen auch nicht in deren Aufgabenspektrum. Einzelne ausgewählte Aufgaben aus diesem Bereich werden bisher möglicherweise auch schon von Personen mit Spezialisierungen («Specialist Nurse») oder auch mit früheren Ausbildungen, wie Pflegeexpertin HöFa II, erbracht. In den Experteninterviews wurden beispielhaft Aufgaben wie hochkomplexe pflegerische Aufgaben, anspruchsvolle Koordinationsaufgaben, Prävention oder die Betreuung schwieriger Familiensysteme genannt. Bei diesen Aufgaben geht es nicht um die Frage, ob Personen mit APN-Profil sie ausführen können oder dürfen, sondern um andere Herausforderungen. Bei diesen Tätigkeiten muss die Frage gestellt werden, warum sie bisher nicht von Pflegefachpersonen erbracht werden. Es sind zwei Fälle denkbar:

- Fall 1: Es handelt sich um Aufgaben, die grundsätzlich vom KVG abgedeckt wären, die aber so anspruchsvoll sind, dass sie nur von APN übernommen werden können, weil diese über eine entsprechende Ausbildung verfügen. In diesem Fall stellt sich vor allem die Frage der angemessenen Vergütung. Solange es sich bei den APN nicht um eine eigene Kategorie von Leistungserbringern handelt, ist es jedoch schwierig, sie tariflich gesondert von den übrigen Pflegefachpersonen zu behandeln.
- Fall 2: Es handelt sich um Aufgaben, die zwar von APN übernommen werden könnten, weil sie dafür speziell ausgebildet sind, doch es handelt sich dabei um Leistungen, die das KVG (noch) nicht abdeckt. In diesem Fall steht nicht primär die Frage nach dem neuen Leistungserbringer im Vordergrund, sondern es müsste zuerst die Frage der Leistungspflicht für diese Leistungen geklärt werden.

### Aufgabenbereich 3: Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten

Beim Aufgabenbereich 3 geht es um ärztliche Tätigkeiten, die von APN übernommen werden. Manchmal wird dafür die Begriffe «Task-Shifting» oder «Task-Sharing» verwendet, auch wenn diese Begriffe teilweise umstritten sind und von einigen Stakeholdern abgelehnt werden. Beispielsweise wird als mögliche Alternative der Begriff «Task Optimizing» dafür vorgeschlagen.

Die Diskussion in der Schweiz dreht sich derzeit vor allem um diesen Aufgabenbereich 3. Diejenigen Westschweizer Kantone, welche die Rolle der APN kantonal geregelt haben, erwähnen in ihren gesetzlichen Regelungen auch explizit diese ärztlichen Tätigkeiten, so z. B. der Kanton Waadt in seinem Gesundheitsgesetz (vgl. Abb. 7). Damit werden APN u. a. als möglicher Lösungsansatz zur Entlastung der Hausärzte und als wichtiger Beitrag zur langfristigen Sicherung der medizinischen Grundversorgung gesehen. So argumentiert beispielsweise auch der Grosse Rat des Kantons Bern, der den Einsatz von APN im Kanton zeitnah ausbauen möchte.[18] Bei diesen Tätigkeiten stellt sich nicht die Frage, ob diese Leistungen grundsätzlich von der OKP übernommen werden könnten. Die internationale Evidenz spricht derzeit dafür, dass die WZW-Kriterien<sup>xii</sup> auch dann erfüllt sind, wenn sie durch APN erbracht werden.[7,19,20] In der Schweiz gibt es derzeit aber dazu noch wenig Daten. Darüber hinaus stellen sich eine Reihe weiterer Fragen, insbesondere folgende:

- Welche traditionell ärztlichen Aufgaben übernehmen APN?
- Welche Voraussetzungen brauchen APN dafür?
- Wer übernimmt dafür die Verantwortung?

Die Vorstellungen der verschiedenen Akteure zu Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der APN in den Aufgabenbereichen 2 und 3 unterscheiden sich teilweise deutlich und es braucht dafür dringend eine Klärung, bevor APN im GesBG geregelt werden. Es ist wichtig, den Unterschied der beiden Aufgabenbereiche 2 und 3 zu verstehen. Insbesondere auch aus Sicht des KVG sind dies zwei unterschiedliche Ausgangslagen.

Es ist zudem wichtig zu erwähnen, dass das GesGB die Abschlusskompetenzen direkt nach dem MSc-Abschluss regelt und für die Abrechnung im KVG wahrscheinlich zusätzliche Anforderungen erfüllt werden müssen (vgl. Kpt. 5.2.2).

### Aufgabenbereich 5

Tätigkeiten aus dem Aufgabenbereich 5 sind zwar nicht direkt patientenbezogen, doch für eine gut funktionierende Patientenversorgung sind sie ebenfalls relevant. Dazu gehören Aufgaben wie Pflegeentwicklung und Pflegequalität, die Entwicklung von Leitlinien oder «Clinical Leadership». Die Bedeutung dieser Aufgaben wird vermutlich in Zukunft noch zunehmen, wenn aufgrund knapper Ressourcen (Fachkräfte und Finanzen) der Skill-Grade-Mix weiter angepasst werden wird. Aufgabenbereich 5 umfasst nämlich auch Tätigkeiten, wie das Anleiten von weniger hoch qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Interviews haben gezeigt, dass die verschiedenen Akteure zum Teil sehr unterschiedliche Vorstellungen über Inhalt und Ausprägung dieser APN-Rollen haben. Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob komplexe pflegerische Aufgaben (Aufgabenbereich 2) oder die Übernahme definierter Teilbereiche bisher ärztlicher Tätigkeiten

---

<sup>xii</sup> WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

(Aufgabenbereich 3) das bestimmende Element bei der APN-Rolle darstellen. Selbstverständlich ist auch eine Kombination beider Bereiche denkbar, jedoch bedarf es einer Klärung und eines Abgleichs der derzeit sehr unterschiedlichen Vorstellungen verschiedener Akteure zu dieser neuen Rolle.

Eines der politischen Hauptargumente für die Aufnahme der APN ins GesBG und ins KVG ist derzeit, dass diese neuen Leistungserbringer ein vielversprechendes Mittel zur langfristigen Sicherung der Grundversorgung wären und damit den drohenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten mindern könnten. APN sind jedoch kein Ersatz für Hausärzte, sondern ein neuer Beruf und damit eine Ergänzung in der Grundversorgung, um dem steigenden Pflegebedarf und der zunehmenden Komplexität der Versorgungsanforderungen in der Grundversorgung zu begegnen. Bei der Klärung der Rolle der APN sollte daher die Frage im Mittelpunkt stehen, wie die Gesundheitsversorgung in Zukunft bei steigendem Bedarf, aber knapper werdenden Ressourcen sichergestellt werden kann und welche Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung sinnvoll sind. Bei den APN soll es sich um eine neue Berufsrolle in der Gesundheitsversorgung handeln, die klar aus der Pflege kommt, die aber auch definierte Teilbereiche bisher ärztlicher Tätigkeiten übernehmen kann. Hier gilt es im weiteren Prozess eine Klärung herbeizuführen und einen Konsens zu finden.

Wir sind jetzt an einem Punkt angelangt, an dem es darum geht, die verschiedenen Perspektiven und Interessen bei der Frage der Aufnahme der APN ins GesBG und damit der Aufnahme als Leistungserbringer ins KVG zu betrachten.

## 5 Perspektiven, Spannungsfelder und wichtige Fragen

Hinsichtlich der Frage, ob und wie APN als neue Leistungserbringer ins GesGB und in einem nächsten Schritt ins KVG aufgenommen werden könnten, gibt es verschiedene Perspektiven und Spannungsfelder. Diese werden im ersten Abschnitt dieses Kapitels dargestellt, bevor vor diesem Hintergrund relevante Fragen zu dieser Thematik beleuchtet werden.

Der Beginn der politischen Klärung und die erste Vernehmlassung zur Revision des GesBG haben gezeigt, dass die am Ende von Kapitel 3 bereits erwähnten folgenden vier Fragen im Zentrum stehen:

1. Welches sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der APN?
2. Welche Qualifikationen und Voraussetzungen brauchen APN?
3. Wie ist der Zugang zur APN-Rolle für Personen aus der höheren Berufsbildung?
4. Wie können APN in die Leistungsabrechnung des KVG aufgenommen werden?

Zu diesen Fragen gibt es zum Teil sehr unterschiedliche Einschätzungen und Meinungen. Um diese verstehen und einordnen zu können, ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass es in diesem Zusammenhang sehr unterschiedliche Perspektiven auf die Thematik gibt.

### 5.1 Perspektiven und Spannungsfelder

Es lassen sich drei Perspektiven unterscheiden: die Versorgungsperspektive, die Bildungsperspektive und die Professionsperspektive (Abb. 11). Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde darauf geachtet, dass diese Perspektiven möglichst ausgewogen berücksichtigt werden (vgl. Anhang 1). In der Regel orientieren sich die einzelnen Akteure primär an einem der drei Pole. Es wäre jedoch zu einfach und würde der Sache nicht gerecht, die einzelnen Akteure eindeutig den Polen in Abbildung 11 zuzuordnen. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen: Die Berufsverbände wie SBK oder FMH haben ihre Ausgangsposition bei der Profession, denken aber auch vom Pol der Versorgung und der Bildung her. Die Fachkonferenz Gesundheit (FKG) der FH denkt primär in der Bildungslogik, bezieht aber auch Überlegungen zur Versorgung und zu den Professionen sehr stark mit ein.

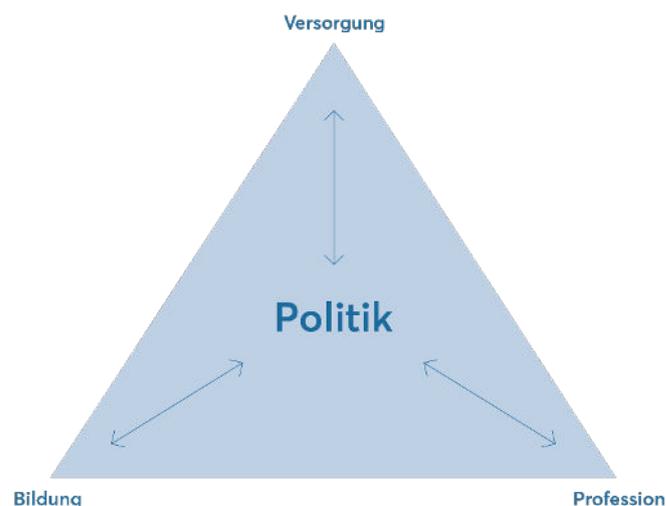


Abbildung 11: Unterschiedliche Perspektiven

Bei allen Akteuren sind die Fragen betreffend GesBG und der Aufnahme ins KVG von unterschiedlichen Interessen geprägt und somit auch politisch. Auch die staatlichen Akteure, wie das BAG, das SBFI oder die GDK nehmen unterschiedliche Perspektiven ein, machen sich zu allen drei Polen Gedanken und vertreten ihrerseits bestimmte Positionen.

An jedem der drei Pole eröffnen sich wiederum vielfältige Interessen und Spannungsfelder, die wiederum häufig nicht deckungsgleich mit einzelnen Akteuren sind. Drei dieser Spannungsfelder – je an einem der drei Pole – sollen hier herausgegriffen und kurz skizziert werden.

#### Versorgung → Spannungsfeld Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit

Beim Versorgungspol geht es stets um das «klassische» Spannungsfeld zwischen Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit. Die Frage der Implementierung der APN als neuer Leistungserbringer im Gesundheitssystem gilt es auch unter diesen drei Kriterien zu beleuchten. Letztlich geht es bei der Frage der Aufnahme von APN als neuer Leistungserbringer ins KVG auch um die Erfüllung der WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG.

#### Bildung → Spannungsfeld Hochschulbildung und Höhere Berufsbildung

Am Bildungspol gibt es das Spannungsfeld Hochschulbildung und höhere Berufsbildung. Diese Thematik wurde schon im Kapitel 3.1 aufgenommen. Wichtig ist es bei den hier zu klärenden Fragen, dass die beiden Bildungsbereiche nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern zueinander durchlässig gestaltet werden. Gerade in der Gesundheitsversorgung ist es von grosser Bedeutung, dass aus Sicht von Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit beide Bildungsbereiche weiterhin ihren wichtigen Beitrag leisten und damit letztlich beide gestärkt werden.

#### Profession → Pflege und Ärzteschaft

Als die beiden grössten Gesundheitsberufe haben die Pflege und die Ärzteschaft teils gemeinsame, teils aber auch unterschiedliche Interessen. Gegenwärtig unterstützt die FMH die Förderung der APN-Rollen und damit die Stärkung der Pflege als Profession. Für die FMH wird es jedoch wichtig sein zu wissen, welche Aufgaben – insbesondere aus ihrem angestammten Tätigkeitsspektrum – in Zukunft auch von APN übernommen werden können und was dies für die Ärzteschaft bezüglich Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung bedeutet. Es muss klar sein, welche Rolle den Ärztinnen und Ärzten dann zukommt und wie die Schnittstellen aussehen. Für die Pflege wird es wichtig sein, die Rolle der APN so zu definieren, dass sie ihrem professionellen Selbstverständnis entspricht.

Letztlich geht es bei all diesen Spannungsfeldern auch um Eigeninteressen und Einflussnahme, auch wenn dies kaum offen und transparent ausgesprochen wird. Dies ist die Aufgabe der Politik und bei der Lösungsfindung wird es darum gehen, unterschiedliche Interessen auszutarieren und zu einer sinnvollen und zielführenden Lösung zu kommen. Dies gilt für den Ausgleich an den drei Polen und auch zwischen den Polen.

So wichtig und verständlich alle drei Pole sind, so darf doch nicht vergessen werden, dass bei der Frage der Schaffung eines neuen Berufes nach GesBG und eines neuen Leistungserbringers nach KVG die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen muss. So gesehen ist der Pol der Gesundheitsversorgung ein «primus inter pares».

## 5.2 Wichtige zu klärende Fragen

In diesem Abschnitt werden die vier oben genannten Fragen behandelt, die sich stellen und die geklärt werden müssen, bevor APN ins GesBG und das KVG aufgenommen werden können. Es wird nicht möglich sein, in diesem Bericht konkrete und spezifische Antworten oder gar Empfehlungen zu jedem Aspekt zu geben. Diese Antworten müssen von den relevanten Stakeholdern eingebracht und «verhandelt» werden. Es können jedoch Hinweise gegeben und Überlegungen angestellt werden, die bei der Klärung dieser Fragen hilfreich sein können.

### 5.2.1 Welches sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der APN?

Zunächst muss geklärt werden, welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten die APN übernehmen können. Zu diesem Zweck wurde eine Expertengruppe unter der Leitung des BAG eingesetzt. Es geht um die Frage, welche Tätigkeiten aus den in Kapitel 4.3 beschriebenen Tätigkeitsfeldern 2 (erweiterte pflegerische Tätigkeiten) und/oder 3 (Übernahme von Teilbereichen traditionell ärztlicher Tätigkeiten) zukünftig von APN übernommen werden können. Dies ist der entscheidende erste Schritt und gleichzeitig die Voraussetzung für alle weiteren Schritte. Dabei wird sich zwangsläufig die Frage nach dem Rollenprofil der APN stellen. Trotz unterschiedlicher Perspektiven und Interessen sollte immer eine zukunftsorientierte und nachhaltige Gesundheitsversorgung leitend sein. Dies gilt es bei der Klärung des Profils der APN im Auge zu behalten. Dabei kann das Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum des APN-Profiles im GesBG durchaus weiter gefasst sein als die Tätigkeiten, die später als abrechenbare Leistungen ins KVG aufgenommen werden.

Eine erste Diskussionsgrundlage wurde bereits in Form eines Dokuments des sogenannten «Sounding Board Revision GesBG» unter der Leitung des BAG im Jahr 2024 erarbeitet.[21] Dieses Papier beschreibt und kategorisiert die Tätigkeiten von Personen mit einer APN-Rolle. Diese Tätigkeitsliste ist als Auszug aus diesem Papier in Anhang 2 aufgeführt. Dabei wird zwischen drei Gruppen von Tätigkeiten unterschieden:

1. Patienten- und angehörigbezogene Tätigkeiten
2. Unterstützende Tätigkeiten
3. Tätigkeiten zur Weiterentwicklung der Pflegequalität

Auffallend ist, dass unter der Gruppe «Patienten- und angehörigbezogene Tätigkeiten» viele Begriffe aus dem ärztlichen Tätigkeitsrepertoire aufgelistet sind und darauf hingewiesen wird, dass diese Begriffe in Bezug auf die Tätigkeiten der APN noch weiter zu klären sind.

Bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch APN stellt sich unweigerlich die Frage, welche und nach welchen Kriterien. Daraus ergeben sich unmittelbar Fragen nach den Kompetenzen und der Verantwortlichkeiten. Erste Diskussionen zu diesem Thema zeigen, dass diese Klärung im weiteren Prozess nicht einfach sein wird. Dazu zwei Beispiele: (1) Es wird zu klären sein, ob die Diagnosestellung ausschliesslich Ärzten und Ärztinnen vorbehalten bleibt oder ob auch APN in einem definierten Bereich die Kompetenz zur Diagnosestellung erhalten. (2) Es wird zu klären sein, welche Medikamente unter welchen Bedingungen von APN abgegeben werden dürfen. Vermutlich wird man versuchen, dies auf bestimmte Medikamentenkategorien zu beschränken. Dies kann jedoch wiederum zu Problemen in der täglichen Praxis führen: Eine Fachperson aus der Pflege meinte dazu: «Wenn eine APN z. B. in einem Palliative Care Setting kein Morphium abgeben darf, dann macht das keinen Sinn». Solche Punkte müssen geklärt werden, und die Lösung könnte

darin bestehen, gewisse Grundsätze festzulegen und dann je nach Anwendungsbereich flexibel sinnvolle, effiziente und dennoch sichere Lösungen zu finden.

## **5.2.2 Welche Qualifikationen und Voraussetzungen braucht eine APN?**

Die Frage nach der richtigen Qualifikation für die Rolle von APN wurde in der Schweiz von Anfang an intensiv diskutiert. Dabei geht es insbesondere um das bereits erwähnte Spannungsfeld zwischen Hochschulbildung und höherer Berufsbildung. Dieser Punkt wurde im Rahmen der Vernehmlassung zur Revision des GesBG im Kontext der zweiten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative adressiert. Dabei wurden zwei Varianten zur Diskussion gestellt:

- Variante 1: Gewisse Abschlüsse der Höheren Berufsbildung und Master of Science (MSc) in Advanced Practice Nursing berechtigen zum Erwerb der Berufsausübungsbewilligung als Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte APN.
- Variante 2: Nur der Master of Science (MSc) in Advanced Practice Nursing berechtigt zum Erwerb der Berufsausübungsbewilligung als Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte APN.

Das Ergebnis der Vernehmlassung zeigte eine Mehrheit für die Variante 2.<sup>xiii</sup> Der Hauptgrund für die Unterstützung der Variante 2 durch viele Akteure ist, dass ein abgeschlossenes MSc-Studium der internationale Standard für die APN-Rolle ist. Es wäre daher auch im Sinne der Mobilität nicht sinnvoll, wenn die Schweiz davon abweichen würde. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass die anderen Aus- und Weiterbildungen im Tertiärbereich sehr heterogen und teilweise sehr spezialisiert sind und es schwierig wäre, genau zu definieren, welche Kompetenzen angerechnet werden können und welche noch erworben werden müssen. Gerade wenn APN in der Grundversorgung tätig sein sollen, gilt es, die Rollen, Kompetenzen und den Fokus ihrer Ausbildung sorgfältig zu klären. Wichtige Hinweise dazu liefert auch eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie.[22]

Für die Variante 2 haben sich auch Organisationen ausgesprochen, welche die Interessen der höheren Berufsbildung stark vertreten, wie OdASanté, H+, Spitex Schweiz, Artiset oder die GDK. Gleichzeitig haben diese Organisationen in ihren Stellungnahmen dafür plädiert, dass im Gegenzug die Anforderungen an die Passerelle vom HF-Diplom zum FH-Bachelor angepasst werden sollten, um damit den Zugang von Personen aus der höheren Berufsbildung zur APN-Rolle zu ermöglichen. Dieser Punkt wird in Abschnitt 5.2.3 weiter vertieft.

Trotz des klaren Votums für einen MSc-Abschluss als Grundvoraussetzung für die Zulassung als APN besteht noch Klärungsbedarf hinsichtlich des Inhalts und Umfangs eines solchen einschlägigen MSc-Abschlusses. Dabei geht es im Wesentlichen um drei Punkte.

### 1. Fachliche Inhalte des MSc-Studiums und Umfang

Bezüglich der Inhalte wird häufig von den «3P» gesprochen, die für die patientenbezogenen klinischen Aufgaben der APN (insbesondere in der NP-Ausprägung) zentral sind, nämlich Pathophysiologie, Pharmakologie und Physical Assessment. Es bleibt jedoch zu klären, in

---

<sup>xiii</sup> Dies sagt noch nichts darüber aus, wie die politische Bewertung dieser Frage im Parlament letztendlich ausfallen wird.

welchem Umfang diese Inhalte vermittelt werden sollen und welches Kompetenzniveau erreicht werden soll. Innerhalb der Pflege wird kontrovers diskutiert, ob dafür ein MSc-Studiengang mit 90 ECTS-Credits ausreicht oder ob 120 ECTS-Credits erforderlich sind.<sup>xiv</sup>

Statt ECTS-Credits zu regeln, wäre es vermutlich zielführender, entsprechende Kompetenzen zu definieren oder in Analogie zur Medizin von «Entrustable Professional Activities» (EPA) zu sprechen und diese zu definieren.[23] Damit sind Tätigkeiten gemeint, die eine Fachperson selbständig und zuverlässig beherrscht und die ihr «anvertraut» werden können. Dies wird auch im GesBG so gehandhabt, wo die Abschlusskompetenzen für jeden Beruf festgelegt sind und nicht eine Anzahl ECTS-Credits.

## 2. Praxiserfahrung und supervidierte klinische Praxis

Das erforderliche Kompetenzniveau kann nicht allein durch theoretische Ausbildung erreicht werden. Es bedarf auch ausreichender praktischer Erfahrung und supervidierter klinischer Praxistätigkeit. Auch wenn bereits während des Studiums eine supervidierte klinische Praxistätigkeit absolviert wird, bedarf es nach Einschätzung von Fachleuten noch einer angemessenen Zeit der Praxistätigkeit, bis jemand die Aufgaben aus dem Spektrum einer APN in eigener fachlicher Verantwortung übernehmen kann. Ein Bericht aus dem Jahr 2020 hat sich mit dieser Thematik unter dem Begriff «Klinisches Mentorat» auseinandergesetzt.[24] Es stellt sich daher die Frage, ob diese praktischen Kompetenzen vor Abschluss des Studiums erworben werden müssen, da das GesBG die Abschlusskompetenzen nach Abschluss des Studiums regelt.

## 3. Fortbildung und Titelerhalt

Schliesslich ist zu klären, wie die APN ihr Wissen erhalten und laufend aktualisieren. Für Ärztinnen und Ärzten beispielsweise ist die «lebenslange Fortbildung» im Medizinalberufegesetz (MedBG) vorgeschrieben. Umgesetzt wird diese Regelung mit einer Mindestanzahl von «SIWF-Credits»<sup>xv</sup>, welche die Ärztinnen und Ärzte jährlich durch den Besuch von entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen und durch Selbststudium erwerben müssen. Im Kanton Waadt wird bereits heute die regelmässige Fortbildung der NP vorgeschrieben, welche durch die kantonale NP-Kommission überwacht wird.[25] Es wird zu prüfen sein, inwieweit etwas Analoges für die APN auf nationaler Ebene geschaffen werden kann.

Inoffiziell wird gegenwärtig noch diskutiert, welche zusätzlichen Anforderungen neben dem MSc-Abschluss für die APN-Qualifikation notwendig sind. Auch innerhalb der Pflege gibt es dazu unterschiedliche Meinungen. APN-CH, eine private Organisation welche für APN ein freiwilliges Register führt, hat für die Aufnahme in dieses Register sogenannte «Minimal Standards» entwickelt.[26] APN-CH schlägt beispielsweise zusätzlich zum MSc-Abschluss noch ein mindestens 6-monatiges Praktikum vor, welches ca. 450h Arbeit mit Patientinnen und Patienten sowie 50h supervidierte Praxis umfassen soll. Nur wer all diese Anforderungen erfüllt und zudem noch ein Pensum von mindestens 40% (FTE) an direkter

---

<sup>xiv</sup> ECTS steht für European Credit Transfer System und ein ECTS-Punkt umfasst 25-30 Stunden Lernleistungen. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass ein Jahr Vollzeitstudium in der Regel ungefähr 60 ECTS beträgt, was 1'800 Stunden Lernleistung entspricht.

<sup>xv</sup> SIWF steht für Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Das SIWF ist ein autonomes Organ der FMH und dient der Ärzteschaft, den Behörden und den Bildungsinstitutionen als Kompetenzzentrum rund um die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz.

klinischer Praxistätigkeit nachweisen kann, darf sich gemäss APN-CH in deren Register als APN eintragen lassen.

APN-CH hat jedoch kein offizielles Mandat und diese Minimal Standards sind auch innerhalb der Pflege umstritten, unter anderem weil sie die bereits heute gesetzlich verankerten Bestimmungen der Westschweiz nicht widerspiegeln. Es ist daher fraglich, ob sich die von APN-CH vorgeschlagenen Regelungen durchsetzen werden. Es zeichnet sich jedoch ab, dass folgende Komponenten im Zusammenhang mit der Regelung der APN als neuer Beruf relevant sind: (1) ein einschlägiger MSc-Abschluss, (2) ausreichend relevante Praxiserfahrung mit einem Anteil an supervidierter klinischer Praxis und (3) eine entsprechende kontinuierliche Fortbildung. Ein geregeltes Mindestmass an klinischer Praxistätigkeit gemessen an einem Vollzeitpensum wie von APN-CH vorgeschlagen, gibt es bisher in keinem anderen Gesundheitsberuf. Eine solche Regelung dürfte in der Aufsicht kaum umzusetzen sein und ist daher wenig sinnvoll. Das GesBG wird die Kompetenzen nach Abschluss des MSc regeln, während für die Aufnahme ins KVG auch die beiden anderen Punkte (ausreichende Praxiserfahrung und Fortbildung) relevant sein dürften.

### **5.2.3 Wie ist der Zugang zur APN-Rolle aus der höheren Berufsbildung?**

Im Zusammenhang mit der Frage der Mindestqualifikation stellt sich auch die Frage nach der Passerelle vom HF-Diplom zum FH/BSc-Abschluss. Ein BSc-Abschluss ist in der Regel<sup>xvi</sup> die Voraussetzung für die Zulassung zum MSc-Studium. Verschiedene Akteure, wie OdASanté, H+, Spitex Schweiz, Artiset oder die GDK haben diese Thematik mit der Frage der Grundvoraussetzung für die APN-Rolle verknüpft. Sie setzen sich für den MSc als Mindestqualifikation ein, fordern aber gleichzeitig eine Senkung der Hürden durch die Passerelle, um die höhere Berufsbildung zu stärken.

Zurzeit schreiben die FH vor, dass für den Erwerb eines BSc-Diploms einer FH maximal 90 ECTS-Credits einer bereits absolvierten einschlägigen Ausbildung angerechnet werden können.[27] Da ein BSc-Studium an einer Fachhochschule in der Regel 180 ECTS-Credits entspricht, könnte somit maximal die Hälfte des Studiums angerechnet werden, was gleichbedeutend ist mit einem Umfang von mindestens 90 ECTS-Credits für eine Passerelle von HF-Abschluss zum BSc-Abschluss. 90 ECTS-Credits bedeuten eine zusätzliche Studiendauer von 1 ½ Jahren für das «Upgrade» vom HF-Diplom zum FH-Bachelor.<sup>xvii</sup>

Die genannten Akteure argumentieren, dass Absolventinnen und Absolventen einer HF mit einem Pflegediplom gemäss GesBG über die gleiche berufliche Qualifikation verfügen wie FH-Absolventinnen und Absolventen. Es ist jedoch allgemein anerkannt, dass den Absolventinnen und Absolventen der HF gewisse Lerninhalte fehlen, die gerade für ein MSc-Studium von grosser Bedeutung sind. Dazu gehören insbesondere wissenschaftliches Arbeiten, Statistik oder Clinical Assessment.

Einige Akteure fordern deshalb eine Reduktion der derzeitigen Bachelor-Passerelle von 90 auf 30 ECTS-Credits. Die Hochschulen argumentieren, dass dies zu wenig sei, da für die Zulassung zu einem MSc-Studium die entsprechenden Grundlagen vorhanden sein müssen.

---

<sup>xvi</sup> Der MSc-Studiengang in Pflegewissenschaft an der Universität Basel ist diesbezüglich eine gewisse Ausnahme.

<sup>xvii</sup> Bei Gesundheitsberufen, bei denen es nur einen FH-Studiengang und keine HF-Studiengang gibt (z. B. Physiotherapie oder Hebamme), können Personen mit altrechtlichen Titeln mit relativ wenig Zusatzaufwand den BSc-Titel erwerben. Dieser nachträglichen Titelerwerb ist bei der Pflege jedoch nicht möglich.

Die ECTS-Credits dieser Passerellen könnten daher nicht beliebig reduziert werden. Zudem würde eine Änderung dieser «90-ECTS-Regel» in die Autonomie der Hochschulen eingreifen. Es wäre zu klären, wie dies dann rechtlich umgesetzt werden könnte.

Aufgrund dieser laufenden Debatte hat die Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen (FKG) sich dieser Frage angenommen. Dabei ist die FKG zum Schluss gekommen, dass neben der pauschalen Anrechnung von 90 ECTS-Credits mit einer individuellen Kompetenzprüfung zusätzlich bis zu 30 ECTS-Credits angerechnet werden könnten. Dies würde die Passerelle für einzelne Studierende auf 60 ECTS-Credits reduzieren.[28]

Die Klärung der Frage der Passerelle ist im Zusammenhang mit der Regelung der APN-Rolle sachlich nicht zwingend. Sie ist jedoch ein typisches Beispiel für ein politisches Anliegen, das in diesen Prozess eingebracht wurde. Es ist wahrscheinlich, dass in dieser Frage ein Kompromiss gefunden werden muss.

## 5.2.4 Wie können APN ins KVG aufgenommen werden?

Eine weitere wichtige Frage, die geklärt werden muss, ist der Status der APN, wenn sie ins KVG aufgenommen werden. Für eine zielführende Rollenklärung ist es hilfreich, wenn diese Frage bereits bei der Revision des GesBG geklärt würde, auch wenn dies keine zwingende Voraussetzung ist. Tabelle 4 zeigt vier verschiedene Zugangsmöglichkeiten zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach KVG für ambulante Leistungserbringer mit entsprechenden Beispielen.

Abrechnungsprinzip in der OKP	Direktzugang	In eigener fachlicher Verantwortung	Bsp.
Direktzugang nach Vertrauensprinzip	Ja	Ja	ÄrztInnen Chiropraktoren/-innen (eigene Leistungen)
Direktzugang mit Positivliste nach KLV	Ja	Ja	durch Chiropraktoren/-innen verordnete Leistungen ApothekerInnen Hebammen Pflegefachpersonen («a-,c-Leistungen» nach Art. 7 KLV)
Auf ärztliche Anordnung	Nein	Ja	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc. Psychologische Psychotherapie Pflege («b-Leistungen» nach Art. 7 KLV)
«delegiert»	Nein	Nein	MPA, MPK, PA (unter ärztlicher Verantwortung) FaGe (unter Verantwortung dipl. Pflegepersonal)

**Tabelle 4: Verschiedene Arten des Zugangs in der OKP**

Wenn APN befugt sind, in eigener Verantwortung abschliessend zu entscheiden und zu handeln, entfällt die Kategorie «delegierte Tätigkeit». Es verbleiben die drei anderen Kategorien. Für bestimmte Leistungserbringer und Leistungen sieht das KVG vor, dass diese ausschliesslich «auf ärztliche Anordnung» erbracht werden dürfen. Dann gibt es noch die Kategorie «Direktzugang mit Positivliste», bei der von einem Leistungserbringer nur eine bestimmte Auswahl von definierten Leistungen zu Lasten des KVG erbracht werden darf. Schliesslich gibt es den «Direktzugangs nach Vertrauensprinzip» wie er neben den Ärztinnen und Ärzten beispielsweise auch den Chiropraktoren und Chiropraktoren gewährt wird. Nach diesem Prinzip können alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu Lasten

des KVG erbracht werden, die in die Kompetenz der betreffenden Fachperson fallen (und nicht explizit ausgeschlossen oder eingeschränkt sind).<sup>xviii</sup>

Die Frage des Zugangsprinzips zum KVG ist komplex und muss geklärt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie das Leistungsspektrum definiert wird, das von APN in eigener fachlicher Verantwortung zu Lasten der OKP erbracht werden kann. Wie in Kapitel 4 ausgeführt umfasst die Rolle der APN sowohl erweiterte und anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten als auch definierte Teilbereiche einer traditionell ärztlichen Tätigkeit. Zudem wird zu klären sein, in welchen Fällen eine APN eine Ärztin oder einen Arzt beiziehen muss, die/der dann die Entscheidung trifft und auch die Verantwortung dafür übernimmt.

Bei der Klärung der Art des Zugangs zum KVG spielen Versorgungsaspekte, das berufliche Selbstverständnis der APN und berufsständische Interessen eine wichtige Rolle. Die Frage ist, wie viel Autonomie und Verantwortung diese neue Rolle der APN im KVG erhalten soll. Dieser Punkt wird einer der grossen «Knackpunkte» des gesamten Prozesses sein. Die Lösung muss eine gute Balance zwischen Qualität und Patientensicherheit einerseits und Effizienz und Alltagstauglichkeit andererseits finden.

Schliesslich könnte auch darüber nachgedacht werden, die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten für ambulante Leistungserbringer (vgl. Tab. 4) zu überprüfen und allenfalls durch neue Varianten von Leistungserbringern zu ergänzen. Erste Ideen wie beispielsweise «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» oder «multiprofessionelle Leistungserbringer» existieren bereits. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung wurden in der Botschaft zum Kostendämpfungspaket 2 vorgestellt, stiessen aber bei den Leistungserbringern wegen mangelnder Praktikabilität auf Ablehnung. Die Idee des «multiprofessionellen Leistungserbringers» wurde bisher nicht in die Diskussion eingebracht. Diese Variante entspräche der Situation einer gemischten Gruppenpraxis mit Ärztinnen/Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Solche Modelle existieren bereits in der Praxis, werden aber bisher abrechnungstechnisch als nach Leistungserbringern (=Gesundheitsberufen) getrennte Praxen behandelt. Ein solches Modell könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit und die integrierte Versorgung stärken.[29]

Das BAG hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit diesen Fragen befasst. Diese Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der APN, der Ärzteschaft und anderer Leistungserbringer (wie Spitex oder Langzeitpflege) sowie Fachpersonen des BAG zusammen.

Wenn die vier in diesem Abschnitt gestellten Fragen geklärt sind, kann die konkrete Regelung umgesetzt werden und die APN können ins GesBG und ins KVG aufgenommen werden.

---

<sup>xviii</sup> Diese «Negativliste» existiert Form von Anhang 1 KLV.

## 6 Mehrstufige Regulierung

Die Regelung der Masterstufe und die Aufnahme der APN ins GesBG ist nur ein Schritt in einem langen und komplexen Prozess. Die alleinige Aufnahme ins GesBG würde jedoch zu einer Situation führen, wie sie heute in der Westschweiz besteht, wo die APN zwar praktizieren, aber nicht über das KVG abrechnen können. Deshalb sollte bereits bei der Diskussion um die Aufnahme ins GesBG bezüglich Zulassung zum KVG koordiniert vorgegangen werden. Dafür besteht bereits das schon erwähnte Sounding Board Revision GesBG unter der Leitung des BAG, welches auch Szenarien zur Tarifierung entwickelt. Die verschiedenen Schritte sind miteinander verknüpft und voneinander abhängig.<sup>xix</sup>

Diese verschiedenen Hürden der Regulierung sind in Tabelle 5 als Prozess dargestellt. Der Ablauf, wie er von links nach rechts dargestellt ist, hängt von der konkreten Situation in der Schweiz ab. Die Darstellung zeigt auch, dass der Weg von der Ausbildung in die Praxis nicht direkt und ohne Zwischenschritte verläuft, wie dies in anderen nicht oder wenig regulierten Branchen der Fall ist.

	Bildung	Berufsausübung	Zulassung KVG	Tarifierung	Praxis
<b>Hauptakteur(e)</b>	FH/Uni	Bund/Kantone	Bund	Tarifpartner	Leistungserbringer
<i>Relevanter Regulierter Bereich</i>	Akkreditierung Institution und Studiengang	Berufsausübung	Zulassung als Leistungserbringer und zugelassene Leistungen	Tarifstruktur und Tarife	Qualität
<i>Gesetz/Regelung und Akteur der Regulierung</i>	HFKG (Bund); GesBG (Bund);	GesBG (Bund); BAB (Kantone)	KVG/KVV/KLV (Bund)	Tarifverträge (Tarifpartner)	Gesetzl. Vorschriften, Q-Verträge (Bund, Kantone, Tarifpartner)
<i>Zusätzliche Regelung(en)</i>	Zulassung zu BSc → Best Practice (swissuniversities)				

**Tabelle 5: Regelungen für die Einführung von APN in die OKP**

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte wie sie in Tabelle 5 dargestellt sind, im Zusammenhang mit der Regelung der APN kurz diskutiert. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um ein Rechtsgutachten, so dass keine rechtlichen Details geklärt werden.

### Ausbildung

Der erste Schritt betrifft die Ausbildung. Wie in Kapitel 4 beschrieben, haben die FH und zwei Universitäten bereits vor Jahren mit der Entwicklung von MSc-Studiengängen in Pflege begonnen. Zu Beginn waren diese zu einem grossen Teil eher wissenschaftlich orientiert, aber im Laufe der Zeit wurden zunehmend klinische Curricula entwickelt, die auf Advanced Practice ausgerichtet sind. Einige MSc-Studiengänge verwenden den Begriff APN als inhaltliche Vertiefung, während andere die beiden Ausprägungen CNS und NP explizit als unterschiedliche Vertiefungen anbieten.

<sup>xix</sup> Gegebenenfalls müssen noch weitere Gesetze (z. B. das Heilmittelgesetz) angepasst werden.

Das HFKG verlangt eine institutionelle Akkreditierung der Hochschule und das GesBG wird zusätzlich für die jeden Studiengang, also auch für den MSc in Pflege, eine sogenannte Programmakkreditierung vorschreiben, wie dies bereits für alle dort geregelten Studiengänge der Fall ist.

An dieser Stelle sei nochmals auf die Frage der Passerelle hingewiesen. Diese ist in einem Dokument «Best Practice» von swissuniversities geregelt.[27] Es steht den Hochschulen frei, Änderungen an diesen Regelungen vorzunehmen. Die Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen (FKG) hat sich diesbezüglich bereits Gedanken gemacht und ist zum Schluss gekommen, dass auf individueller Basis zusätzlich zu den 90 ECTS-Credits noch weitere 30 ECTS-Credits angerechnet werden könnten (vgl. Kpt. 5.2.3).[28] Wollte der Bund dies Regelung gegen den Willen der Hochschulen ändern, müsste er in die Kompetenz der Hochschulen in diesem Punkt eingreifen und eine Regelung vorschreiben.

### Berufsausübung

Das GesBG würde die Berufsausübung der APN auf nationaler Ebene einheitlich regeln. In der Gesundheitsberufekompetenzverordnung (GesBKV) wären dann die Kompetenzen der APN festzulegen. In der entsprechenden Registerverordnung wäre zu regeln, welche Abschlusskompetenzen ins Register aufgenommen werden und welche allfälligen zusätzlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen für die Registrierung. Zurzeit ist die Aufgabe der Registerführung für die übrigen im GesBG geregelten Gesundheitsberufe ans SRK delegiert und die APN würden voraussichtlich in dieses bestehende Register integriert. Schliesslich müssten die Kantone – wie bei den anderen Gesundheitsberufen – im Einzelfall noch eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) erteilen.

### Zulassung im KVG

In einem nächsten Schritt sollen die APN als eigener Leistungserbringer im KVG zugelassen werden. Art. 35ff. KVG regelt die zur OKP zugelassenen Leistungserbringer. Diese Bestimmung müsste angepasst werden. Die entsprechenden Detailregelungen wären dann in der KVV und in der KLV festzulegen. Insbesondere müssen die Leistungen definiert werden, die von APN abgerechnet werden können. Auch wenn derzeit Positivlisten diskutiert werden, zeigt die Erfahrung aus anderen Ländern (z. B. Kanada) dass, um der Komplexität der Anforderungen gerecht zu werden, sich eine kompetenzbasierte Leistungsberechtigung, in der Schweiz (beispielsweise mit EPAs) als möglicherweise zielführenderes System anbieten würde.

### Tarifierung

In einem nächsten Schritt müssten Tarife zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt werden. Für die Pflege wäre dies ein Novum, da die Pflgetarife bisher in der KLV und kantonal festgelegt sind und es keinen nationalen Pflgetarif gibt. Im Rahmen der Umsetzung von EFAS werden allerdings Pflgetarife zwischen den Leistungserbringern ohnehin entwickelt.

### Praxis

Schliesslich stellt sich noch die Frage der Qualitätssicherung in der Praxis. Diese ist in erster Linie Sache der Institutionen und der einzelnen Leistungserbringer selbst. Regelungen können aber auch im Rahmen von Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vereinbart werden. Zudem liegt es in der Kompetenz der Kantone, diesbezüglich entsprechende Regelungen zu treffen.

In diesem Kapitel wird deutlich, dass das Gesundheitswesen kein freier Markt ist. Zum einen handelt es sich um einen solidarisch finanzierten Bereich, zum anderen sind medizinische Leistungen mit besonderen Risiken verbunden. Aus diesen beiden Gründen greift der Staat auch in den Arbeitsmarkt dieses Sektors ein. Das GesBG und das KVG müssen deshalb die notwendigen Regelungen vorsehen, damit die APN als neue Leistungserbringer zulasten der OKP zugelassen werden können.

Dies ist ein aufwendiger Prozess, der einem Hindernislauf gleicht, bei dem von Anfang an die Anforderungen aller Hürden gleichzeitig mitbedacht werden müssen. Zudem gibt es zahlreiche politische Interessen und unterschiedliche Zielsetzungen. All diese Interessen und Spannungsfelder gilt es auszubalancieren und eine zielführende und pragmatische Lösung zu finden, die dann auch die für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz übergeordnet geltenden Zielgrössen Versorgungsqualität, Sicherheit, Zugangsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Auge behält.

## 7 Die übrigen Gesundheitsberufe

Seit einiger Zeit gibt es auch in den anderen Gesundheitsberufen auf FH-Stufe wie Physiotherapie, Hebamme, Ernährungsberatung und Ergotherapie konsekutive MSc-Studiengänge. Eine Ausnahme bildet die Osteopathie, wo der MSc als Regelabschluss für die Berufsbefähigung gilt und somit der einzige bereits im GesBG geregelte MSc-Abschluss ist. Für die anderen Gesundheitsberufe nach GesBG ist der BSc-Abschluss berufsbefähigend und dies soll auch so bleiben. Die Studiengänge starteten ursprünglich teilweise mit unterschiedlichen fachlichen Spezialisierungen, insbesondere in der Physiotherapie. Mittlerweile setzen aber die meisten Studiengänge auch auf eine professionsspezifische Ausbildung zur Advanced Practice.

Die Fachkonferenz Gesundheit, die Vereinigung aller FH Gesundheit, hat ein Dokument erarbeitet, in welchem sie die generischen Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen nach einem MSc-Abschluss beschreibt.[30] Die Kompetenzen werden nach dem CanMEDS-Modell beschrieben, das auch von den Ärzten verwendet wird.[23]

In allen diesen Gesundheitsberufen wurden inzwischen Advanced Practice Profile entwickelt.<sup>xx</sup> Die Physiotherapie und die Hebammen scheinen in diesem Prozess weiter fortgeschritten zu sein als die anderen Berufe wie die Ernährungsberatung oder die Ergotherapie. Alle diese Gesundheitsberufe würden gerne auch ihre MSc-Programme im GesBG regeln und damit die Voraussetzung schaffen, die entsprechenden Advanced-Practice-Rollen ins KVG aufzunehmen.

Inzwischen scheint sich auch innerhalb der Gesundheitsberufe das Verständnis durchgesetzt zu haben, dass in erster Linie die Pflege und damit die APN zu regeln sind. Dafür gibt es mehrere gute Gründe. Die Pflege ist in diesem Prozess am weitesten fortgeschritten, es ist die grösste Berufsgruppe und die Pflegeinitiative fordert explizit in diese Richtung zu gehen. Ein weiterer Grund ist die Tatsache, dass die APN wichtige Impulsgeber für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität der Pflege und die Steigerung der Effizienz in der interprofessionellen Zusammenarbeit sein können. Damit haben sie das Potenzial, auch einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit bei steigendem Pflegebedarf zu leisten.

Das BAG ist zurückhaltend, was die Aufnahme weiterer MSc-Abschlüsse und Advanced-Practice-Berufsrollen ins GesBG betrifft. Gemäss den Aussagen des BAG gibt es folgende Kriterien für die Aufnahme eines neuen Leistungserbringers ins KVG und damit ins GesBG:

1. Es existiert ein gefestigtes Berufsbild (d.h. auch eine klare Abgrenzung zum BSc-Abschluss in Bezug auf die patientenbezogenen Aufgaben)
2. Es existiert ein Bedürfnis im Feld, diesen Beruf zu regulieren (insbesondere aus gesundheitspolizeilichen Gründen)

Diese Kriterien sind für die Pflege derzeit erfüllt. Für die Rahmenbedingungen der weiteren Berufe kann zu einem späteren Zeitpunkt auf die Erfahrung der Neuregelung der APN zurückgegriffen werden. Zudem sind die Fragen der Tätigkeiten und der Abgrenzung des Advanced-Practice-Rollenprofils in diesen Gesundheitsberufen von den Fachpersonen der eigenen Profession mit BSc-Abschluss einerseits und von den Ärztinnen und Ärzten andererseits jeweils sorgfältig zu klären.

---

<sup>xx</sup> Diese Bezeichnungen sind: Advanced Practice Midwife (APM), Advanced Practice Physiotherapist (APP), Advanced Practice Dietician (APD), Advanced Practice in Occupational Therapy

## 8 Fazit und Empfehlungen

Abschliessend soll nochmals auf den weiteren Kontext dieser Thematik hingewiesen und einige Empfehlungen formuliert werden. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass dieses Grundlagenpapier im Auftrag der SAMW erstellt wurde. Die SAMW will damit einen sachlichen und neutralen Diskussionsbeitrag zu diesem wichtigen Thema leisten.

Die SAMW setzt sich ein für eine nachhaltige Entwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems.[31,32] Vor diesem Hintergrund unterstützt die SAMW die Einführung von APN als neuer Leistungserbringer im schweizerischen Gesundheitssystem, wobei darauf zu achten ist, dass dies auch tatsächlich ein zielführender Beitrag zu einer solchen nachhaltigen Entwicklung im Sinne des Triple-Aim-Konzepts ist.[33] Dieses Konzept wurde inzwischen um eine vierte Dimension zum Quadruple-Aim-Konzept erweitert, nämlich der Verbesserung des Arbeitslebens und der Gesundheit der Gesundheitsfachpersonen.[34] Es besteht aus vier sich gegenseitig bedingenden und verstärkenden Zieldimensionen eines nachhaltigen Gesundheitssystems. Diese vier Dimensionen sind:

1. Bessere Versorgungsqualität (better care / improved patient experience)
2. Bessere Bevölkerungsgesundheit (better health outcomes)
3. Tiefere Kosten (lower costs)<sup>xxi</sup>
4. Verbesserung des Arbeitslebens und der Gesundheit der Versorger (improved caregiver / clinician experience)

Bei der Regelung der APN-Rollen und der Aufnahme ins KVG geht es letztlich darum, einen Beitrag zu einer solchen nachhaltigen Gesundheitsversorgung zu leisten. Daher ist dieser Entwicklungsschritt auch in diesen Rahmen einzubetten. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Empfehlungen zu verstehen.<sup>xxii</sup>

### Empfehlungen zur APN-Rolle:

- Die genaue Rolle der APN ist im Sinne von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu regeln. Eine gute Grundlage liefert dabei das Diskussionspapier des Sounding Boards Revision GesBG des BAG.[21] Zusätzlich ist es hilfreich zu bedenken, dass zwei Fälle von Tätigkeiten zu unterscheiden sind: (1) anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten im Sinne von Advanced Practice und (2) eine Ausübung von traditionell ärztlichen Tätigkeiten, welche in der Regel in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Ärzten für eine spezifische Population erbracht werden.
- Die Pflege als Profession sollte sich über einige kritische Punkte verständigen und einigen, sonst ist der Prozess gefährdet. Dazu gehören das Rollenprofil, die Frage der Regulierung von APN oder NP und die Anforderungen für die Zulassung als Leistungserbringer.

### Empfehlungen zum Bereich Bildung

- Im Sinne der Qualitätssicherung sind die Voraussetzungen für die Erlangung der Qualifikation als APN zielführend zu regeln und auf die Kompetenzen abzustimmen.

---

<sup>xxi</sup> Im Original des Triple-Aim-Konzepts ist von «lower costs» die Rede. Gemeint ist damit der sorgfältige Umgang mit knappen Ressourcen und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis.

<sup>xxii</sup> Die Empfehlungen wurden von Urs Brügger, dem Autor dieser Studie, formuliert. Sie wurden mit der Begleitgruppe und der SAMW besprochen.

- Die APN sind ein neuer Typus von Leistungserbringern. Die Abschlüsse BSc in Pflege und das HF-Diplom bleiben weiterhin uneingeschränkt berufsbefähigend für das Profil Pflegefachfrau/Pflegefachmann.
- Die Vorgabe für einem MSc als Mindestanforderung ist aufgrund internationaler Vorgaben sinnvoll. Auch die Vernehmlassung des BAG hat eine Mehrheit für diese Variante ergeben.
- Die Frage der Passerelle ist zu klären und allenfalls zu regeln. Die heutige Vorgabe von 90 ECTS-Credits ist für viele Akteure zu hoch und die von den Leistungserbringern geforderte Reduktion auf 30 ECTS-Credits ist für die Hochschulen zu tief. Es ist zu prüfen, ob ein Kompromiss zwischen diesen beiden Werten eine sinnvolle Lösung sein könnte. Die FKG hat bereits einen Vorschlag erarbeitet.

#### Empfehlungen zum Bereich rechtliche Regulierung

- Für das KVG und damit für die Regelung im GesBG besonders relevant sind die klinisch-praktischen Tätigkeiten der APN («Clinical Practice Role»). Zur APN-Rolle gehören auch wichtige nicht direkt patientenbezogene Tätigkeiten («Integrated Role Domain»), weshalb die Regelung im GesBG diese auch umfassen sollte.
- Bei den anspruchsvollen pflegerischen Tätigkeiten ist zu prüfen, ob diese überhaupt bereits grundsätzlich als KVG-Leistungen definiert sind und wenn nicht, wie damit umzugehen ist. Dazu gehören beispielsweise Leistungen der Gesundheitsförderung und Koordinationsleistungen. In diesen Bereichen könnten APN einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung bringen, doch diese Leistungen werden im KVG bisher nicht oder nur teilweise abgegolten.
- Ob die umfassende APN-Rolle im GesBG geregelt oder die Rollen CNS und NP explizit erwähnt werden, ist zu entscheiden.
- Bei der Revision des GesBG sind die notwendigen Änderungen im KVG von Anfang an zu berücksichtigen. Vor allem ist die Frage zu klären, nach welchem Abrechnungsprinzip APN tätig sein können.

#### Allgemeine Empfehlungen

- APN sind eine innovative Möglichkeit und eine Chance, zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem im Sinne des Quadruple-Aim-Konzepts beizutragen.
- Dabei soll nur so viel geregelt werden, wie nötig, damit der Praxis möglichst viel Flexibilität bleibt, um bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln und weiterzuentwickeln, so dass dieser Bereich auch in Zukunft Innovationspotential bietet.
- Schliesslich ist auch die Zeitachse zu berücksichtigen. Anstatt eine perfekte Lösung anzustreben, die nicht erreicht werden kann, sollte pragmatisch und zügig vorgegangen werden. Nur so können Erfahrungen gesammelt und aufgrund der gewonnen Erkenntnisse Korrekturen vorgenommen werden.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist im Wandel und die Versorgungssicherheit ist keine Selbstverständlichkeit mehr. Innovative Lösungen sind gefragt, die möglichst rasch, aber mit der nötigen Sorgfalt umgesetzt werden müssen. Neben technischen Innovationen, die sich bisher im Gesundheitswesen vor allem durchgesetzt haben, braucht es auch organisatorische Innovationen, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu begegnen. APN könnten eine solche organisatorische Innovation sein.

## Schlussbemerkungen

An erster Stelle möchte ich mich bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) bedanken. Die zahlreichen Gespräche mit verschiedenen Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen haben gezeigt, dass das Thema APN und die Regelung im GesBG von grosser Bedeutung ist und gleichzeitig aber noch Klärungsbedarf besteht. Die SAMW hat sich zum Ziel gesetzt, mit dem vorliegenden Bericht einen möglichst neutralen Diskussionsbeitrag zu leisten. Ich hoffe, dass dieser Bericht diesem Anspruch so weit wie möglich gerecht wird.

Mein besonderer Dank gilt allen Personen, die ihre Zeit und ihr Wissen für die Interviews zur Verfügung gestellt haben. Sie sind in Anhang 1 aufgeführt. Mein herzlicher Dank gilt auch der Begleitgruppe, die mir konstruktiv zur Seite gestanden ist und dem Bericht inhaltliche Orientierung gegeben und wichtige Inputs geliefert hat. Die Mitglieder der Begleitgruppe waren Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer, Valérie Clerc, Prof. Dr. Luca Crivelli, Prof. Dr. Manuela Eicher und Dr. Yvonne Gilli.

Die Durchführung der Interviews und die Arbeit an diesem Projekt haben mir sehr viel Freude bereitet und für mich war es auch ein grosser Lernprozess. Nun bin ich gespannt, wie die Geschichte zu diesem Thema weitergeht.

Winterthur, Mai 2025

Urs Brügger

## Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik. Beschäftigung und Berufe im Gesundheitsbereich. 2023. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/beschaeftigung-berufe-gesundheitsbereich.html>
- 2 Oertle Bürki C. *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz: Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung*. Peter Lang 2008.
- 3 OdA Santé. Bildungssystematik. 2025. <https://www.odasante.ch/gesundheitsberufe/bildungssystematik/>
- 4 Pflegewissenschaft Universität Basel, Universitätsspital Basel, Universitäre Altersmedizin Felix Platter. Modelle der interprofessionellen Versorgung durch Ärzt:innen und Nurse Practitioner im Vergleich mit Modellen mit Physician Assistants/Klinischen Fachspezialist:innen. Basel 2024.
- 5 European Federation of Nurses Associations. EFN Workforce Matrix on the Three Categories of Nursing Care and key principles for the development of HCAs. 2023.
- 6 Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ. *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. Elsevier 2023.
- 7 International Council of Nurses (ICN). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva 2020.
- 8 Gyuriga Perez T, Peguet C. Cadre légal de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud. *Rev Med Suisse*. 2024;8982:2327–30.
- 9 Canton de Vaud. Loi sur la santé publique (LSP). 1985.
- 10 Gentizon J, Colomer-Lahiguera S, Mabire C, *et al*. La pratique infirmière avancée : une réponse aux défis du système de santé. *Rev Med Suisse*. 2024;8982:2323–4.
- 11 Pellet J, Levasseur I, Mabire C. Les infirmiers-ères de pratique spécialisée pour renforcer les soins de première ligne. *Rev Med Suisse*. 2024;8982:2335–8.
- 12 Roulin M-J, Bochud L, Lecoultré C, *et al*. Pratique des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es en milieu hospitalier. *Rev Med Suisse*. 2024;8982:2343–5.
- 13 Serena A, Ninane F, Lehn I. Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au CHUV. *Rev Med Suisse*. 2024;8982:2331–4.
- 14 Teixeira Machado PT, Eicher M, Delouane-Abinal A, *et al*. Clarification and development of advanced practice roles in a Swiss French university hospital: an action research study. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:119.
- 15 Lauber E, Kindlimann A, Nicca D, *et al*. Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice. *Swiss Med Wkly*. 2022;152:w30199–w30199.
- 16 Altermatt-von Arb R, Stoll H, Kindlimann A, *et al*. Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis. *BMC Prim Care*. 2023;24:26.

- 17 unimedsuisse. Arbeitspapier unimedsuisse zur Entwicklung eines Berufsprofils «Nurse Practitioner». Bern 2023.
- 18 Der Bund. Grosser Rat will mehr Pflegende mit erweiterten Kompetenzen. 2025.
- 19 Kilpatrick K, Savard I, Audet L-A, *et al.* A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. *PLOS ONE*. 2024;19:e0305008.
- 20 Martinez-Gonzalez NA, Blot C, Nicolet A, *et al.* Results from a rapid meta review on the economic outcomes of advanced practice nursing roles in patients with chronic conditions in nonacute healthcare settings. 2025.
- 21 Bundesamt für Gesundheit. Diskussionsgrundlage vom Sounding Board Revision GesBG: Tätigkeiten und Kompetenzen von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit erweitertem Berufsprofil (Advanced Practice Nurses APN). Bern 2024.
- 22 Sottas B, Kissmann S. Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung. Bourguillon 2022.
- 23 Michaud P-A, Jucker-Kupper P, Group TP working. The “Profiles” document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14270–w14270.
- 24 Bischofberger I. Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc. Bern 2020.
- 25 Canton de Vaud. Règlement sur l'exercice des professions de la santé (REPS). 2011.
- 26 Mahrer-Imhof R, Altherr J, Eissler C, *et al.* Minimal Standards for Certificates and Specializations of Advanced Practice Nurses (MiS-APN). Basel: APN-CH 2024.
- 27 Swissuniversities. Zulassung zum Bachelorstudium an Fachhochschulen - Best Practices. 2015.
- 28 Fachkonferenz Gesundheit (FKG). Best Practice Passerelle für diplomierte Pflegende HF zum BSc Pflege. 2025.
- 29 Carron T, Domeisen Benedetti F, Fringer A, *et al.* Integrated care models in Swiss primary care: An embedded multiple case study. *J Eval Clin Pract*. 2023;29:1025–38.
- 30 Fachkonferenz Gesundheit (FKG). Generische Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen: Master of Science (MSc) Gesundheitsberufe Fachhochschulen Schweiz. Bern 2024.
- 31 SAMW. Nachhaltige Medizin - Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 2012. [samw.ch/positionspapiere](http://samw.ch/positionspapiere)
- 32 SAMW. Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems - Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 2019. [samw.ch/positionspapiere](http://samw.ch/positionspapiere)
- 33 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759–69.
- 34 Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*. 2014;12:573–6.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Die schweizerische Bildungssystematik.....	11
Abbildung 2: Übersicht über die Aus- und Weiterbildungen .....	13
Abbildung 3: Definitionen der drei Kategorien von Pflegefachpersonen.....	16
Abbildung 4: Die drei internationalen Kategorien und das Schweizer Bildungssystem.....	17
Abbildung 5: Das Kontinuum der APN-Rollen nach Bryant-Lukosius.....	20
Abbildung 6: Definitionen von CNS und NP.....	20
Abbildung 7: Gesetzesartikel für NP im Kanton Waadt.....	21
Abbildung 8: Tätigkeitsbereiche von APN und PA im Schweizer Kontext .....	22
Abbildung 9: Verschiedene Tätigkeitsbereiche von APN-NP .....	23
Abbildung 10: Die Aufgabenbereiche von APN .....	24
Abbildung 11: Unterschiedliche Perspektiven.....	28

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Wichtige Unterschiede zwischen höherer Berufsbildung und Hochschulbildung ..	12
Tabelle 2: Die Zuordnung der Gesundheitsberufe auf Tertiärstufe (Quelle: OdA Santé).....	12
Tabelle 3: Unterschiede APN/NP und PA.....	23
Tabelle 4: Verschiedene Arten des Zugangs in der OKP.....	34
Tabelle 5: Regelungen für die Einführung von APN in die OKP.....	36

## Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Berufsbildungsgesetz
BSc	Bachelor of Science
CAS	Certificate of Advanced Studies
CNS	Clinical Nurse Specialist
DAS	Diploma of Advanced Studies
ECTS	European Credit Transfer System
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
EFN	European Federation of Nurses Associations
EFZ	Eidg. Fähigkeitszeugnis
EPA	Entrustable Professional Activities
FA	Fachausweis
FaGe	Fachfrau/Fachmann Gesundheit
FH	Fachhochschule(n)
FKG	Fachkonferenz Gesundheit
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesBG	Gesundheitsberufegesetz
GesBKV	Gesundheitsberufekompetenzverordnung
H+	Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HF	Höhere Fachschule(n)
HFKG	Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz
HFP	Höhere Fachprüfung
ICN	International Council of Nurses
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MAS	Master of Advanced Studies
MedBG	Medizinalberufegesetz
MPA	Medizinische/r Praxisangestellte/r
MPK	Medizinische/r Praxiskoordinator/in
MSc	Master of Science
NDS	Nachdiplomstudium
NP	Nurse Practitioner
OdA	Organisationen der Arbeitswelt
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PA	Physician Associate
PhD	Doctor of Philosophy
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

## Anhang 1: Interviews

	<u>Name</u>	<u>Vorname</u>	<u>Organisation</u>	<u>Interview</u>	<u>Ort</u>
1	Grünig	Annette	GDK	17. Okt 24	Bern
2	Desmedt	Mario	Swiss Nurse Leaders	11. Okt 24	Online
3	Koch	Roswitha	SBK	22. Okt 24	Bern
4	von Greyerz	Salome	BAG	23. Okt 24	Online
	Zeltner	Cinzia	"	"	"
5	Duttweiler	Daniel	SBFI	06. Nov 24	Bern
	Hertner	Céline	"	"	"
6	Trede	Ines	Hplus	30. Okt 24	Online
7	Heilbronner	Alexandra	OdA Santé	11. Nov 24	Winterthur
8	Wolfensberger	Peter	VfP	06. Nov 24	Winterthur
9	Wiesli	Ursula	APN-CH	15. Nov 24	Online
10	Gerber-Grote	Andreas	FKG / Physician Assistant	31. Okt 24	Winterthur
11	Barbosa	Sonia	FMH/Ärzteschaft	01. Nov 24	Online
12	Pfister	Marianne	Spitex Schweiz	01. Nov 24	Online
13	Höchli	Daniel	Artiset	13. Nov 24	Online
	Arn	Ursula	"	"	"

## Anhang 2: Tätigkeiten und Interventionen von APN

Diese Liste an Tätigkeiten und Interventionen von APN ist ein Auszug aus dem Dokument «Diskussionsgrundlage vom Sounding Board Revision GesBG».[21]

### Patienten- und angehörigbezogene Tätigkeiten

1. Selbstständige Durchführung eines Gesundheitschecks\* (Anamnese und klinische Untersuchung) innerhalb einer Organisation des Gesundheitswesens mit Hilfe eines ganzheitlichen und patientenorientierten Ansatzes. 70
2. Visiten\*, Sprechstunden\* oder Konsultation\* in interprofessioneller Zusammenarbeit im Wohn-, Pflegebereich oder bei Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten, die verletzlich sind oder besondere Pflege\* benötigen.
3. Verschreibung verschiedener diagnostischer Tests\* bei Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten, anschliessende Analyse\* der Ergebnisse (z. B. Laboruntersuchungen) und Diagnoseerstellung\* innerhalb des Praxisumfangs\* und des gesetzlichen Rahmens\* und in der Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt\*.
4. Verschreibung, Anpassung oder Absetzen medikamentöser und/oder nichtmedikamentöser Behandlungen\* innerhalb des Praxisumfangs und des gesetzlichen Rahmens und in der Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
5. Durchführung ärztlicher Verrichtungen\* zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken innerhalb des Praxisumfangs und des gesetzlichen Rahmens und in der Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. (körperlicher Status erheben, Wundnaht, usw.).
6. Ausstellung von Bescheinigungen (z. B. Krankheitsbescheinigungen oder guter Gesundheitszustand) innerhalb des Praxisumfangs und des gesetzlichen Rahmens und in der Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
7. Information, Beratung und psychosoziale Begleitung und Supervision von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, die verletzlich sind, sowie ihrer Angehörigen in Fragen der Krankheit, der verordneten Behandlung, der Pflege, des Spitalaufenthalts und des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens in komplexen Situationen (inkl. Gesundheitsförderung und Prävention).
8. Empowerment, Coaching sowie therapeutische Beratung\* und Unterstützung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, die verletzlich sind, sowie deren Angehörigen in komplexen Situationen\* im Umgang mit der Krankheit, der Behandlung und mögliche Einschränkungen.

### Unterstützende Tätigkeiten

1. Erleichterung der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungssettings und Fachkräften, um eine kohärente und hohe Kontinuität zwischen den beteiligten Akteuren zu gewährleisten («Collaborative Leadership»).
2. Begleitung, Unterstützung und Anleitung von Pflegeteams und interprofessionellen Teams bei der Lösung komplexer Situationen, die ethische und moralische Werte mobilisieren können, durch Supervision, Praxisanalyse und gemeinsam vereinbarte klinische Interventionen.

---

\* Begriffe, die mit einem Sternchen versehen sind, müssen in künftigen Überlegungen geklärt werden.

3. Beitrag zur klinischen und therapeutischen Entscheidungsfindung in komplexen Situationen durch Fachwissen, Argumentation, klinisches Urteilsvermögen und Kenntnis der Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörigen in interprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.
4. Initiierung oder Teilnahme an der Erstellung, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Interventionen zur therapeutischen Schulung, Befähigung und Unterstützung des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeit von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Angehörigen, Gesundheitsfachkräften und klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in den Institutionen.
5. Einführung, Durchführung Überwachung und Bewertung von Strategien zur Förderung der Kontinuität\* der Patientenversorgung, der integrierten Versorgung und der Qualität.

### **Tätigkeiten zur Weiterentwicklung der Pflegequalität**

1. Schaffung, Implementierung, Durchführung, Weiterentwicklung und Evaluation von evidenzbasierten klinischen Verfahren und Programmen (z. B. Schulungen, Coachings, Mentoring, Monitoring) für andere Fachpersonen.
2. Entwicklung von Pflegestandards auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung, einer systematischen Beurteilung des Gesundheitszustandes, die Anwendung evidenzbasierter Kenntnisse, ethischer Grundsätze, Gegebenheiten des Kontexts und einer auf kritischem Denken beruhenden klinischen Reflexion zur Sicherung der Pflegequalität und der Patientensicherheit.
3. Entwicklung, Implementierung, Durchführung und Evaluation neuer Pflegekonzepte und Versorgungsmodelle mithilfe wissenschaftlicher Forschung, Entwicklung klinischer Ansätze und Leitlinien für den Umgang mit bestimmten komplexen Pflegesituationen (Protokoll bei Atemnot, Protokoll bei Demenz, Schmerzmanagement, Sturzmanagement, Umgang mit Gewalt, Übergangspflege, Unterstützung des Selbstmanagements usw.) zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der institutionellen Prozess, zur Sicherung der Pflegequalität und der Patientensicherheit und zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystem.
4. Regelmässige Überprüfung, Durchführung und Aktualisierung der verwendeten Protokolle in Übereinstimmung mit den Leitfäden für gute Praxis.
5. Entwicklung, Implementierung, Durchführung, Überwachung und Bewertung von Massnahmen und Pflegeindikatoren auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Pflege und zur Reduktion unerwünschter Ereignisse für die Patienten und Patientinnen (z. B. Dekubitus, Stürze, Delir, Medikationsfehler, usw.).
6. Durchführung von oder Teilnahme an Forschungsprojekten oder Studien im Bereich der angewandten Forschung und Vertretung der Einrichtung auf nationalen und internationalen Kongressen.
7. Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Vorträge, Publikationen, Journal Club usw.).