

ANP Uri: Interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen Hausarzt und «Nurse Practitioner» in Uri

Schlussbericht Kurzfassung: 3. September 2020

Beat Sottas¹, Iren Bischofberger², Stefan Gysin³, Nicole Schönenberger³, Christoph Merlo³, Stefan Essig³

¹ sottas formative works, Bourguillon

² Careum Hochschule Gesundheit, Zürich

³ Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern

Kontaktperson:

Dr. med. et phil. Stefan Essig

Leiter Forschung

Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern

Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

E-Mail: stefan.essig@iham-cc.ch

Tel.: 041 226 61 85

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Ausgangslage und Ziele	4
2 Methodisches Vorgehen	6
3 Entwicklung von Rahmenbedingungen	8
4 Aussenwirkung und Dissemination	9
5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	10
6 Empfehlungen.....	13
7 Anhang	15

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Schweizer Grundversorgung sieht sich in den kommenden Jahren mehreren Herausforderungen gegenüber. Die Bevölkerung wird immer älter, hat vermehrt chronische Krankheiten und beansprucht eine zunehmend komplexere und zeitintensivere Behandlung. Zudem zeichnet sich in den ländlichen Gebieten allmählich ein Hausärztemangel ab. Ähnliche Herausforderungen haben angelsächsische und nordische Länder dazu bewegt, interprofessionelle Versorgungsmodelle mit «Advanced Practice Nurses» einzuführen. Internationale Studien zeigen, dass APNs bei der Versorgung chronisch kranker Menschen mindestens gleich gute Gesundheitsergebnisse erzielen wie Hausärzte. Die Schweiz ist erst in der Einführungsphase mit vereinzelt Pilotprojekten. Dieser Bericht soll deshalb erste Erkenntnisse zum Einsatz einer APN in der hausärztlichen Grundversorgung im Kanton Uri hervorbringen.

Methodik: Für die Evaluation wurde ein «Mixed-Methods» Ansatz gewählt. Qualitative Fragestellungen wurden anhand von Interviews, Fokusgruppen und nicht-standardisierten Beobachtungen beantwortet und quantitative Aspekte anhand von standardisierten Patientenbefragungen und den Daten aus dem FIRE Projekt und der Schattenrechnung. Die Datenerhebung fand von August 2017 bis März 2020 statt.

Resultate: Die Ergebnisse werden anhand von 5 Aspekten erläutert: 1.) Definition und Aufteilung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten: Im Verlauf der Projektzeit entstanden folgende Bereiche, auf die sich die APN fokussierte: Behandlung von kleineren akuten Erkrankungen (wie Atemwegserkrankungen oder Harnwegsinfekten), Verlaufskontrollen bei älteren, multimorbiden Patienten, sowie Haus- und Heimvisiten. 2.) Rechtliche Aspekte und Möglichkeiten der Leistungsabrechnung für Pflegeexpertinnen APN: Das Gutachten von Prof. Kieser zeigte, dass ärztliche Tätigkeiten - wenn Gesundheitsgefährdung unmittelbar ausgeschlossen ist - an nichtärztliches Personal übertragen werden können. 3.) Akzeptanz und Zufriedenheit der Fachpersonen und Patienten: nach der Einführungszeit werteten die Praxismitglieder die Einbindung der APN in die Praxis als gewinnbringend. Von Seiten der MPAs gab es anfangs Widerstände aufgrund eines zu wenig klar definierten Kompetenz- und Einsatzbereiches. Patienten schätzten insbesondere die längeren Konsultationen, die Hausbesuche und die pflegerischen Perspektive der APN, die sie in die Behandlung miteinfließen liess. 4.) Kostenstruktur und Einsparpotenzial: Die APN rechnete im Durchschnitt 72% ihrer erbrachten Leistungen über die GLN Nummer der Hausärzte ab. In den Konsultationen konnte sie ihre Selbständigkeit stetig ausbauen, benötigte aber bis zum Projektende vor allem in der Praxis die Bestätigung der Hausärzte vor definitiven Behandlungsentscheiden. 5.) Ausgewählte Morbiditätsindikatoren: Der Gesundheitszustand der Patienten unterschied sich massgeblich nach dem Setting; so wurde bei 95% der Patienten auf Hausbesuch mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert verglichen mit 40% in der Praxis. Dies widerspiegelte sich ebenfalls im Durchschnittsalter der Patienten (Praxis: 53 Jahre / Hausbesuche: 85 Jahre). Am häufigsten behandelte die APN Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Beschwerden oder Niereninsuffizienz.

Schlussfolgerung: Das APN-Modell in der Bürglenpraxis liefert wichtige, erfreuliche Erkenntnisse für die Umsetzung weiterer APN-Projekte in Schweizer Hausarztpraxen sowie für politische Diskussionen und Regelungen. Es sind weitere Pilotprojekte und Studien notwendig, um die Ergebnisse zu validieren und quantifizieren.

1 Ausgangslage und Ziele

Hintergrund

Die medizinische Grundversorgung wird in der Schweiz aus traditionellen und rechtlichen Gründen von Hausärzten dominiert. Viele dieser Hausärzte werden in den nächsten Jahren pensioniert und nur wenige Medizinabsolventen sind bereit, in die Hausarztmedizin einzusteigen und die traditionelle Organisationsstruktur kleiner Praxen weiterzuführen. Deshalb wurden bereits zahlreiche Massnahmen eingeleitet, um die Hausarztmedizin zu stärken und den Beruf für Medizinstudierende attraktiver zu gestalten. Das Interesse konnte zwar gesteigert werden, dennoch reichen die Massnahmen nicht aus, den künftigen Bedarf zu denken, vor allem in ländlichen Gebieten (1). Zusätzlich führt der demographische Wandel zu einer Veränderung der Gesundheitsbedürfnisse, in Richtung komplexerer und zeitintensiverer Behandlungen. Diese Herausforderungen erfordern ein Umdenken und eine Neugestaltung des Versorgungsmodells (2).

Ähnliche Herausforderungen inspirierten angelsächsische und nordische Länder, interprofessionelle Modelle mit sogenannten «Advanced Practice Nurses» (APNs) einzuführen (3). APNs sind Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss in Pflegewissenschaften, die unter anderem in der medizinischen Grundversorgung tätig sein können. Sie verfügen über fortgeschrittene Kompetenzen, um gemeinsam mit der Hausärzteschaft beispielsweise die umfassende Betreuung von chronisch erkrankten Patienten und Patientinnen zu übernehmen. Dazu eignen sie sich vertieftes pathophysiologisches und pharmakologisches Wissen an, das es ihnen erlaubt, gezielte klinische Untersuchungen durchzuführen sowie diagnostische und therapeutische Interventionen zu veranlassen. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten werden als «Advanced Nursing Practice» (ANP) bezeichnet. Der Einsatzbereich ist je nach Land und Gesetzgebung unterschiedlich (4,5). In vielen Ländern übernehmen die APN diverse Aufgaben des Hausarztes. So sind sie häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit leichten Erkrankungen, gewährleisten die Nachsorge und übernehmen die intensive Beratung und Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Internationale Studien zeigen, dass Patienten, die von einer APN versorgt werden, zufriedener sind, längere Konsultationen aufweisen und mindestens gleich gute Gesundheitsergebnisse erreichen wie in hausärztlicher Betreuung (6).

In der Schweiz wird diese Rolle erst an wenigen Orten praktiziert, obwohl die pflegewissenschaftliche Masterausbildung an der Universität Basel bereits seit dem Jahr 2001 und an Fachhochschulen und der Universität Lausanne seit 2009 angeboten wurde. In den meisten dieser Studiengänge wurde aber das klinische Assessment erst in den letzten Jahren in Richtung des international empfohlenen Studienumfangs intensiviert, insbesondere für die körperliche Untersuchung, Pharmakologie und das *Clinical Reasoning*. Diese Kompetenzen sind zwingend nötig, um als «Pflegeexpertin APN» in der klinischen Praxis tätig zu sein. Andererseits fehlen weiterhin rechtlichen Grundlagen und Regulierungen zur Berufsausübung, Verantwortlichkeiten und Abrechnungsmöglichkeiten, sodass die Implementierung vor allem im ambulanten Sektor nur langsam voranschreitet (7,8) Schweizweit gibt es aktuell eine Handvoll Hausarztpraxen, die eine APN beschäftigen. Der Kanton Uri, welcher schweizweit die tiefste Hausärztedichte aufweist, agierte hier als Vorreiter und lancierte im August 2017, gemeinsam mit dem

Institut für Hausarztmedizin und Community Care Luzern (IHAM&CC), die erste kantonal initiierte Implementation. Im Vordergrund stand die nachhaltige Weiterentwicklung der medizinischen Grundversorgung durch die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und APN (9).

Das Pilotprojekt wurde über drei Jahre von einem Team aus Kanton, Bildung (Careum Hochschule Gesundheit) und Forschung (Institut für Hausarztmedizin, sottom formative works) unterstützt, begleitet und erforscht. Die CSS und der Kanton beteiligten sich finanziell zu gleichen Teilen an dem Projekt.

Für die Umsetzung konnten neben der Finanzierung günstige Ausgangsbedingungen geschaffen werden. Diese sind in den Protokollen der GSUD Uri über die Vorbereitung und die „Grossen Runden“ und in der Aktennotiz zum „Runden Tisch“ vom 9. März 2017 dokumentiert. Insbesondere war es möglich, die verschiedenen Klärungen und Vereinbarungen (Anpassung Projektplan, Verträge, Planung) zeitgerecht abzuschliessen, sodass das Projekt am 1. August 2017 mit der Anstellung der APN Claudine Lüscher in der Gemeinschaftspraxis von Dres. med. Toni Moser und Thomas Arnold in Bürglen starten konnte.

Ziele

Ziel dieses Projektes war es, im Interesse einer nachhaltigen und qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung im Kanton Uri, die Rolle der APN in der hausärztlichen Grundversorgung zu entwickeln, erproben und evaluieren.

Dieses Ziel wurde in zwei Schritten realisiert:

1. Schaffung und Entwicklung von Rahmenbedingungen für eine APN in der hausärztlichen Grundversorgung.
2. Erprobung der APN-Rolle und Evaluation anhand von fünf Aspekten:
 - Definition und Aufteilung von Kompetenzen
 - Rechtliche Aspekte und Möglichkeiten der Leistungsabrechnung
 - Akzeptanz und Zufriedenheit der Fachpersonen und Patienten
 - Kostenstruktur und Einsparpotenzial
 - Ausgewählte Morbiditätsindikatoren

Eine nähere Erläuterung zu den verschiedenen Aspekten befindet sich im Projektantrag (siehe Anhang). Aufgrund der Rahmenbedingungen konnten nicht alle Aspekte wie geplant evaluiert werden.

2 Methodisches Vorgehen

Ein Mixed-Methods-Ansatz wurde gewählt, um die vielschichtigen Aspekte evaluieren zu können. Dabei wurden qualitative Methoden (Gespräche mit den involvierten Fachpersonen und mit Patienten, Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtungen, standardisierte Befragungen [Smiley-Skala]) sowie quantitative Methoden (Datentransfer aus Abrechnung und Kosteneffektivität, Typologie der Aktivitäten, Selbstständigkeitsgrade bzw. Supervisionsstufe, Morbiditätsindikatoren) miteinander kombiniert. Das Vorgehen war zudem iterativ; Phasen der Datenerhebung und Phasen der Datenanalyse wechselten sich ab und beeinflussten sich gegenseitig.

Interviews mit Fachpersonen und Patienten

Es wurden 17 semi-strukturierte Interviews geführt. Für jede Zielgruppe wurde ein separater Leitfaden für die Interviews erstellt. Dieser enthielt Fragen, die in der Literatur, von Experten und auch im Quervergleich mit anderen APN-Projekten in der Schweiz als relevant angesehen wurden. Besonderes Augenmerk galt dem Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Grundversorgung sowie der Einführung von neuen Gesundheitsprofessionen in einem Praxisfeld, das eine Erweiterung über die konventionelle Arzt-MPA-Konstellation hinaus teilweise skeptisch betrachtet. Der Leitfaden gewährleistete eine einheitliche Struktur der Interviews, liess aber dennoch Raum für neu aufkommende Aspekte.

Fokusgruppen

Zwei Fokusgruppen dienten der ausführlichen Diskussion aller fünf oben genannten Aspekte. Sie wurden mit fünf bzw. vier APNs durchgeführt, welche alle in der medizinischen Grundversorgung tätig sind. In Hinblick auf die Deutschschweiz, waren mit diesen neun APNs beinahe alle uns bekannten, in diesem Versorgungssektor tätigen APNs vertreten. Die Fokusgruppen wurden ebenfalls nach schriftlichem Einverständnis aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet.

Standardisierte Befragungen der Patientinnen

Die standardisierte Befragung zielte darauf ab, die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten zu erfassen. Angestrebt war eine niederschwellige, intuitiv und leicht umsetzbare Befragungsförm, welche die Spontanität direkt nach der Konsultation mit der APN nutzt. Dazu war geplant, in einer ersten Welle 100 Erhebungsbogen bereitzustellen und bei uneindeutigem Ergebnis ein weiteres Paket Erhebungsbögen bereitzustellen. Die Patienten wurden gebeten, einen einseitigen Bogen auszufüllen.

Nicht standardisierte Beobachtungen

In der Hausarztpraxis fand eine nicht standardisierte Beobachtung (Work Shadowing) statt. Diese hatte zum Ziel, die zwei Aspekte «Definition und Aufteilung von Kompetenzen» und «Akzeptanz und Zufriedenheit der Fachpersonen und Patienten» zu beantworten und lebensweltliche Konzepte, Erfahrungen und Strategien der beteiligten Personen kennenzulernen und zu dokumentieren. Dafür wurde im Vorfeld ein Leitfaden mit Fokus auf sechs Themenfelder erstellt; Rollenklarheit, Setting, Professionalität, Kommunikation, Handlungsrationalität, Akzeptanz.

Quantitative Daten

Die quantitative Analyse von Konsultation- und Patientendaten erfolgte, um die Auswirkungen auf die Kostenstruktur und den Prozessablauf in der Arztpraxis zu bestimmen. Diese beinhalten Abrechnungsdaten zu Länge, Anzahl und Inhalt der Konsultationen, Verordnungen und Diagnostik, sowie anonymisierte Daten über das Alter, Diagnosen und Anzahl Medikamenten der Patienten. Über das [FIRE](#)-Projekts («Family medicine ICPC Research using electronic medical records»), konnte einen Teil dieser Information automatisch aus der elektronischen Krankengeschichte gezogen werden.

Der andere Teil wurde über ein eigenes entwickeltes Erhebungstool («Schattenrechnung») erfasst. Bei der Schattenrechnung handelte es sich um eine in Excel erstellte Tabelle, welche, die am häufigsten verwendeten TARMED-Positionen (unter anderen Grundkonsultation und Beratung) auflistete. Basierend auf dieser Tabelle dokumentierte die APN für jede Konsultation ihre tatsächlich erbrachten Leistungen und die total abgerechneten Leistungen. Ebenfalls erfasste die APN ihre eigene Autonomie bzw. Selbstständigkeit bei der Durchführung der Konsultationen. Der Grad der Selbstständigkeit wurde basierend auf den Supervisionsstufen der hausärztlichen Weiterbildung bestimmt.

Interviews mit Experten

Zu Fragen der Finanzierung und Leistungsabgeltung wurden zwei Experteninterviews geführt:

- Sanjay Singh, Leiter Leistungen und Produkte der CSS Versicherung, Mitglied der Konzernleitung
- Dr. Christian Affolter, MBA HSG, ehemals Leiter der Abteilung Grundlagen und Mitglied der Direktion santésuisse, aktuell bei curafutura für Tariffragen und Tardoc zuständig.

Zu Fragen des Einsatzkonzepts und der Modellgestaltung wurden neben den beiden Fokusgruppen zwei weitere Expertengespräche geführt:

- Dr. Marc Giovannini, Cabinet de médecine générale MediCentre, und Anne Bramaud du Boucheron MScN, Infirmière de pratique avancée, La Chaux-de-Fonds
- Prof. Olivier Valger, HES ARC Neuchâtel, Leiter Projekt Intermed, gefördert von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

3 Entwicklung von Rahmenbedingungen

Es war erschwerend, dass die mögliche Rolle von APNs in der medizinischen Grundversorgung innerhalb der Hausärzteschaft – in der gesamten Schweiz, nicht nur im Kanton Uri – noch fast unbekannt war. Durch ihre Pionierleistung wuchs das Wissen und Vertrauen der involvierten Hausärzte in die Rolle der APN während der Projektlaufzeit.

Desweiteren gab es Hinweise auf gewisse Befürchtungen und Widerstände seitens der MPA, da aus ihrer Sicht die Rollenabgrenzung teils nicht oder zu wenig deutlich war (beispielsweise in der Betreuung von Diabetikern). Diese Unklarheiten betrafen auch klar in der Zuständigkeit der MPAs liegende Funktionen (insbesondere Labor, Röntgen). Deshalb wurden am 14. Februar 2019 alle im Kanton Uri tätigen MPA durch die GSUD Uri und das IHAM&CC zu einer Informationsveranstaltung zum Projekt eingeladen, an der speziell die beruflichen Weiterbildungs- und Entwicklungsperspektiven der MPA beleuchtet wurden. Nach der Begrüssung durch Regierungsrätin Barbara Bär zeigte Andrea Käppeli von der Careum Hochschule Gesundheit mögliche Laufbahnen sowie akademische Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen des Bachelorstudiums in Pflege, und beleuchtete die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen MPA, MPK und APN anhand der Masterarbeit einer Studentin Health Sciences der Uni Luzern (Muriel Odermatt, betreut durch Dr. Stefan Gysin). Als wichtiger Faktor einer erfolgreichen Zusammenarbeit erwies sich in dieser Arbeit mitunter die klare Rollentrennung der beiden Berufsgruppen. Zudem berichtete eine erfahrene Praxiskoordinatorin aus dem Kanton Zürich über ihre praktischen und durchwegs positiven Erfahrungen in der mehrjährigen Zusammenarbeit mit einer APN in der Praxisgemeinschaft im *Zürcher Oberland*.

4 Aussenwirkung und Dissemination

Das Projekt «ANP Uri» erfuhr grosses Interesse und mediale Aufmerksamkeit. In zahlreichen Präsentationen wurden unter anderem die Ergebnisse der Evaluation und das Projekt vorgestellt. Es wurde vielerorts als erfolgreich und innovativ angesehen und inspirierte auch andere Kantone / Praxen (beispielsweise Kantone Glarus, Schwyz) ähnliche Projekte zu lancieren. Ein erwähnenswerter Workshop war der Stakeholder Dialogue zum Thema «APN in der Hausarztpraxis», welcher im Rahmen des «Swiss Learning Health System (SLHS)» durch das IHAM&CC Luzern und Renata Josi der Universität Luzern organisiert und durchgeführt wurde. Am Event nahmen 13 Personen aus der Politik, Bildung, von Berufsverbänden, vom Versicherungswesen sowie der Praxis teil. Durch die offene und konstruktive Diskussion konnten wichtige Handlungsschritte abgeleitet und Prioritäten gesetzt werden, um die weitere Implementierung zu erleichtern und zu fördern. Detailliertere Information zum Stakeholder Dialogue, sind auf [der Homepage des SLHS](#) zu finden.

Zahlreiche weitere Vorträge/Präsentationen, Workshops und Fernsehauftritte fanden während der gesamten Projektlaufzeit statt. Sie sind im Anhang detailliert aufgeführt.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenspiel der Projektpartner

Während der 3-jährigen Projektzeit fanden fünf Sitzungen mit Vertretern des Kantons, Bildung, Praxis, Versicherung sowie Forschung statt. Diese *grossen Runden* waren entscheidend für den Erfolg des Projektes, da die Implementierung der APN-Rolle mit Unsicherheiten auf Seiten der APN, Hausärzte und MPAs einherging und für Konfliktpunkte und Diskussionen sorgte. Im Zentrum standen Schwierigkeiten wie die prekären Platzverhältnisse, Abgrenzungsschwierigkeiten / fehlende Akzeptanz von Seiten der MPA, Widerstände von Alters- und Pflegeheimen, die Weiterführung innerhalb und ausserhalb des Kantons Uri. In den halb-jährlichen Sitzungen gingen alle Akteure diese Hindernisse gemeinsam an, erarbeiteten Lösungsvorschläge und schufen Anreize, das Projekt am Laufen zu halten. Auch mit Projektabschluss und der Weiteranstellung von Frau Claudine Lüscher durch die Bristenpraxis werden zahlreiche Erfahrungen, Pionierleistungen und Publikationen nachhallen, die eine solide Grundlage für weitere Projekte in der Schweiz schaffen:

Kanton

Die durch den Kanton organisierten Pressemitteilungen und Fernsehauftritte (beim SRF Gesundheitsmagazin «Puls»), sensibilisierten die Bevölkerung und stärkten ihre Offenheit / Akzeptanz gegenüber der APN-Rolle. Zusätzlich konnte eine juristische Abklärung des Urner Gesundheitsamtes (gem. Artikel 27 des Gesundheitsgesetzes) zeigen, dass die APN Medikamenten-Verordnungen erstellen und diese mit dem Praxis-Stempel und ihrer Unterschrift (i.V.) unterzeichnen kann.

Bildung

Das klinische Mentorat, unterstützt und organisiert durch die Careum Hochschule Gesundheit im Rahmen des Weiterbildungsstudienganges «DAS in Complex Care», leistete einen erheblichen Beitrag zum Vertrauen der Hausärzte gegenüber der neuen Rolle und der Selbständigkeit der APN in der Ausführung ihrer Aufgaben. Prof. Dr. Iren Bischofberger von der Careum Hochschule Gesundheit leitete parallel zum Projekt im Kt. Uri in Kooperation mit dem IHAM ein Projekt zum klinischen Mentorat und dokumentierte die Ergebnisse in einem 80-seitigen Bericht «*Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc*», der in der Reihe «academies report» der Akademien der Wissenschaft Schweiz im Januar 2020 erschien.

Versicherung

Die CSS-Versicherung billigte die «TARMED»-Abrechnung der APN über die ZSR der beiden Hausärzte. Zusätzlich war die CSS in einem weiteren APN-Projekt in La Chaux-de-Fonds involviert, was die Kontaktaufnahme für einen Erfahrungsaustausch erleichterte.

Forschung

Das IHAM und sottas formative works unterstützten die Praxis einerseits direkt vor Ort bei der Umsetzung und andererseits indirekt durch Forschungsergebnisse und die Diskussion an öffentlichen Veranstaltungen und mit Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung. Neben dieser Schlussevaluation wurden die Ergebnisse des Projektes für eine Vielzahl wissenschaftlicher Artikel verwendet. Zusätzlich präsentierte das Forschungsteam das APN-Uri Projekt an zahlreichen Workshops und Kongressen. Es gab schweizweit positives Echo.

Praxis

Die Hausarztpraxis in Bürglen realisierte das Ziel der interprofessionellen Arbeitsteilung zwischen APN und Hausarztpraxis. Die beiden Hausärzte, APN und MPAs investierten viel Zeit und Geduld, die APN in die Hausarztpraxis zu integrieren und das Einsatzgebiet zu definieren. Die Hausärzte verlängerten trotz initialen Bedenken die Anstellung der APN, wenn auch zu einem niedrigeren Prozentsatz. Die Erweiterung des Projektes in den Kanton Schwyz (Sanacare Praxis) war ein weiteres Zeichen für die erfolgreiche Umsetzung und Einarbeitung der APN. Die Weiterführung im Rahmen der neuen Bristenpraxis ist ein ermutigendes Signal.

Evaluationsergebnisse

Im Hinblick auf die Sicherung der Grundversorgung zeichnen die Evaluationsergebnisse ein grundsätzlich positives Bild: der Ansatz, APN in Hausarztpraxen einzusetzen, ist zweckmässig und umsetzbar.

Zur Nutzung der Chancen und Potenziale könnte der Focus einer APN in der Grundversorgung stärker auf dem Kompetenz-Ansatz einer „Heavy Nurse“ liegen: mit einem klaren Fokus auf die hochaltrigen, zeitintensiven multimorbiden Patienten, dem Chronic Care Management bei Komplexfällen, einem hohen Anteil an Hausbesuchen mit umfassenderer Betreuung bei psychosozialen, psychogeriatrischen und pflegerischen Aspekten und deutlich mehr Autonomie im professionellen Handeln, um mehr Nutzen mit verbesserter Versorgungsqualität im Lebensumfeld der Patienten zu erreichen. Die positiven Erfahrungen in Bürglen (und auch im damit verwandten Modell in Schwyz sowie in den diversen anderen Praxen) zeigen, dass der aktuell bestehende regulatorische Freiraum kreativ genutzt werden kann, um Vorzeigemodelle und Präzedenzfälle für einen kompetenzgerechten und wirkungsvollen Einsatz der APN zu schaffen. Im Quervergleich der verschiedenen Modelle wird deutlich, dass eine Anstellung bei einer Praxis («vertikale Verantwortlichkeit») mit einer Beauftragung der APN für ein spezifisches Leistungsspektrum gegenüber der selbstständigen Berufsausübung deutliche Vorteile hat. Insbesondere sind die rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte deutlich einfacher zu lösen.

Zusammenfassend kann als positiv gewertet werden:

- + die durchwegs hohe Akzeptanz, dass auch eine Nicht-Ärztin Konsultationen macht;
- + die hohe Zufriedenheit der Patienten, insbesondere wegen der zusätzlichen Zeit;
- + die Disponibilität der APN bei der Betreuung von älteren, multimorbiden Patienten
- + die Rollenklärung mit den MPA und die erkennbare Abgrenzung der Aufgabenprofile
- + die professionelle Positionierung der APN durch Ergänzungen mit Pflege-Kompetenzen
- + der Wissens- und Kompetenzaustausch zwischen APN und Hausärzten als Bereicherung
- + die rechtlich problemlose Situation im Verhältnis zu Versicherungen und Aufsichtsorganen
- + die Botschaft an die Hausärzte, dass APN auch in der konventionellen Praxis funktioniert
- + die öffentliche und mediale Wahrnehmung des Kantons Uri bei dieser Innovation
- + die Absicht das Pensum der APN ab September 2020 auf 60% zu erhöhen

Im Verlaufe der Evaluation sind aber auch Aspekte deutlich geworden, die einer kritischen Reflexion bedürfen:

- Das Einsatzkonzept eines „GP light“, welches primär auf Entlastung im Praxisalltag bei Spitzen und Bagatellfällen ausgerichtet ist, nutzt die Mehrwerte der APN insbesondere bei psycho-sozialen und pflegerischen Aspekten kaum.
- Die Potenziale bei den Hausbesuchen – bei denen u.E. mutmasslich eine Unterversorgung besteht – werden ungenügend genutzt.
- Die systematische Nachkontrollen bei den Konsultationen waren als Teil des Mentorings angezeigt, diese hätten jedoch etwas früher gelockert werden können, um Doppelspurigkeiten zu minimieren und die Effizienz zu steigern.
- Im Vergleich mit den Einsatzkonzepten in anderen Praxen oder der Literatur bestehen Spielräume für eine weiterreichende Nutzung der Kompetenzen der APN in der Grundversorgung.

6 Empfehlungen

Die Ergebnisse aus diesem Pilotprojekts liefern wichtige Erkenntnisse für den Einsatz einer APN in einer Hausarztpraxis. Für einen flächendeckenden und effizienten Einsatz von APNs in Schweizer Hausarztpraxen sind aber Handlungsschritte in den folgenden Bereichen nötig.

Regulation

Aus versorgungspolitischer Perspektive wird dem Kanton Uri empfohlen, die Bestrebung zur Regulierung der APN-Tätigkeiten auf nationaler Ebene nicht zu unterstützen. Es besteht das Risiko, dass die heute im Urner Gesundheitsgesetz bestehenden Handlungsspielräume zurückgebaut werden müssen (z.B. Praxis bei Verordnungen), weil am Ende des Gesetzgebungsprozesses auf nationaler Ebene den APN nur noch minimale Kompetenzen zugestanden werden.

Ausgehend von dem Urner Pilotprojekt ist es nicht möglich, Resultate zu generalisieren und auf Kostenauswirkungen des gesamten Gesundheitswesens zu schliessen. Grösser angelegte, internationale Studien aus Ländern, in welchen die APN-Rolle weit verbreitet ist, zeigen, dass Kosteneinsparungen möglich sind (16). Beispielsweise durch die geringeren Lohnkosten der APNs gegenüber Hausärzten, aber auch durch eine verminderte Anzahl von (Re-) Hospitalisierungen. Die internationale Evidenzlage bezüglich Kosteneinsparungen durch den Einsatz von Pflegeexpertinnen APN bleibt aber weiterhin ungenügend (17).

Mentorat

Die Hausärzteschaft soll vor dem klinischen Mentorat über die bestehenden Kompetenzen von MScN oder DAS Studierenden informiert werden, damit das klinische Mentorat gut angeknüpft werden kann. Ebenso soll der «Added value» von MScN Kompetenzen auf das Patientengeschehen (Selbstmanagement, pflegende Angehörige, patientenzentrierte Kommunikation etc.) vor Beginn des klinischen Mentorats aufgezeigt werden. Insgesamt braucht es für die Schweiz einen Konsens für curriculare Konzepte für das klinische Mentorat, damit die MentorInnen sich daran orientieren können.

Rollenklärung

Es bedarf einer Schärfung der APN-Rolle in der interprofessionellen Grundversorgung in der Schweiz durch Abgrenzung gegenüber weiteren Akteuren, insbesondere den MPA und MPK, und einer parallelen Förderung der Rolle von MPA/MPK in der Grundversorgung. Für interessierte MPA/MPK mit Berufsmaturität soll der bestehende Bachelor-Lehrgang Nursing attraktiver gestaltet werden (z.B. durch Praktika in Arzt-Praxen).

Kompetenzerwerb

Aufgaben der medizinischen Grundversorgung sollen explizit in die Curricula von APN-Ausbildungen einfließen lassen. Der Kompetenzerwerb für den wirkungsvollen Einsatz soll folgende Bereiche abdecken:

- Hausbesuche und Heimvisiten
- Verlaufskontrollen bei älteren, multimorbiden Patienten
- Bagatellfälle im Praxisalltag
- Medikamentenkontrolle und Einstellungen, insb. bei höherer Komplexität als bei Einsatz der MPA
- Interventionen bei Ohrenschmerzen, Harnwegsentzündungen, Atemwegserkrankungen
- Entlastung bei Arbeitsspitzen (insbesondere in der Grippewelle)

Erforschung

Eine weitere Erforschung der APN-Rolle in der Schweizer Grundversorgung ist notwendig um die Ergebnisse zu validieren und quantifizieren und die Kompetenzen und Aufgabengebiete der APN in der medizinischen Grundversorgung wissenschaftlich fundiert längerfristig zu etablieren.

Aussenwirkung

Die Identität und das Bewusstsein der APN-Rolle soll in Zusammenarbeit mit der Hausärzteschaft verbessert werden, durch interprofessionelle Fortbildungsveranstaltungen in der medizinischen Grundversorgung, Austauschplattformen/Fokusgruppen für den Erfahrungsaustausch zwischen Praxen mit APN-Erfahrungen und interessierten Praxen, und einen Transfer der Erkenntnisse an einschlägigen Kongressen und Weiterbildungsveranstaltungen.

Die Projektpartner sollen die erzielten Resultate für Vorbereitung und Beratung weiterer Pilotprojekte nutzen, insbesondere zu Einsatzmöglichkeiten einer APN, Abrechnungsmöglichkeiten, Mentorat und Praxisalltag.

7 Anhang

	Seite Anhang
• Projektbeschreibung	A1
• Leitfäden der Interviews für Patienten und Praxisteam	A23
• Fragebogen Patientenzufriedenheit	A28
• Leitfaden Work Shadowing	A29
• Vorlage Schattenrechnung	A30
• Stellungnahme der Ethikkommission	A31
• Lernprozess in Studium und Weiterbildung	A33
• Wissenschaftliche Publikationen	A34
• Vorträge/Präsentationen und Workshops	A40