

The background of the lower half of the page is a photograph of a doctor in a white coat with a stethoscope around their neck, sitting at a desk and writing on a document with a silver pen. The image is slightly blurred, focusing on the hand and the pen.

**+
ja**

24. November
zur einheitlichen
Finanzierung

- Editorial von Franziska Lenz
- FMH unterstützt die ambulante Tarifrevision
- Advanced Practice Nurses und Physician Associates
- Meilenstein bei der Vergütung von Innovationen erreicht

Inhalt

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Editorial von Franziska Lenz | 3 |
| FMH unterstützt ambulante Tarifrevision | 5 |
| Praktische Integration: Advanced Practice Nurses und Physician Associates | 7 |
| Meilenstein bei der Vergütung von Innovationen erreicht | 11 |
| Personalien | 13 |
| Mitteilungen | 14 |

Einheitliche Finanzierung: Fehlanreiz beseitigen, um ambulante Medizin zu stärken

KVG-Änderung *Die einheitliche Finanzierung würde die Ambulantisierung und die integrierte Versorgung stärken – und gleichzeitig den Kostendruck auf die Tarife entlasten. Ein JA zur KVG-Änderung am 24. November 2024 ist daher auch für Ärztinnen und Ärzte von zentraler Bedeutung.*



Franziska Lenz
Co-Leiterin Politik &
Kommunikation

Der kürzlich von Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider bekanntgegebene erneute Anstieg der Krankenkassenprämien ist bedauerlich, aber nicht unvermeidlich. Seit Langem könnten wesentliche Reformen den Prämienanstieg dämpfen. Eine effektive Massnahme ist die Einführung der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen (vormals EFAS), die auch einen positiven Einfluss auf eine weitere zentrale Massnahme hat: zeitgemässe und sachgerechte Tarife.

Mit der einheitlichen Finanzierung werden alle Gesundheitsleistungen – unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden – nach demselben Verteilschlüssel finanziert. Die Kantone übernehmen mindestens rund ein Viertel (26,9%) der Kosten, die Krankenkassen maximal drei Viertel (73,1%). In einem zweiten Schritt wird die Langzeitpflege nach dem gleichen Schlüssel schweizweit harmonisiert und finanziert. Damit können die ambulante Medizin und die Pflege gestärkt, die Koordination im Gesundheitswesen gefördert und die Krankenkassenprämien entlastet werden.

Kein Allheilmittel, aber zentral für die Ambulantisierung

Bevor aber alle – die Patientinnen und Patienten, die Gesundheitsfachpersonen und die Prämienzahlenden – von der Reform profitieren können, wird die Schweizer Stimmbevölkerung am 24. November 2024 über die entsprechende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) abstimmen. Die

Gewerkschaften haben das Referendum ergriffen. Sowohl Bundesrat und Parlament als auch die Kantone stehen aber hinter der einheitlichen Finanzierung. Vereint sind auch die Akteure des Gesundheitswesens für die Reform, insbesondere die Hauptbetroffenen: Ärzteschaft, Spitex und alle Verbände der Alters- und Pflegeinstitutionen.

Die Reform der einheitlichen Finanzierung ist kein Allheilmittel, aber sie beseitigt einen grundlegenden Fehlanreiz. Heute werden stationäre Behandlungen zu 55% aus Steuermitteln und zu 45% aus Prämiengeldern finanziert, während ambulante Behandlungen zu 100% von den Prämienzahlenden getragen werden. Bei der Ambulantisierung, also der Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich, tragen die Prämienzahlenden die Hauptlast und profitieren kaum von den Kostenvorteilen. Der über Kopfprämien finanzierte Anteil steigt und der soziale Ausgleich wird geschwächt. Damit bremst das aktuelle Finanzierungssystem die Ambulantisierung aus und lässt Potenziale für Kostendämpfung und Qualitätsentwicklung ungenutzt. Nur wenn Kantone und Krankenversicherer alle Leistungen gemeinsam finanzieren, haben sie ein grosses Interesse, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern.

Mehr als nur Kostenvorteile: Stärkung der integrierten Versorgung

Doch bei der einheitlichen Finanzierung geht es um mehr als Kosten und Prämien – es geht



Prämienzahlende endlich entlasten!

Kosten senken, Versorgung stärken.

+ ja

24. November
zur einheitlichen Finanzierung
(KVG-Änderung)

einheitliche-finanzierung.ch

primär um die Versorgung. Die einheitliche Finanzierung schafft die Grundlage für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, das Qualität und Effizienz vereint. Leider findet dies in der politischen Kostendiskussion zu wenig Beachtung. Mit der heutigen Finanzierung wird die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung gehemmt, weil sie ambulante Investitionen erfordert und dadurch stationäre Aufenthalte reduziert. Dies führt zu einer paradoxen Situation: Krankenversicherer müssen investieren, während Kantone sparen. Ein Beispiel hierfür ist die ambulante Durchführung einer Karpaltunnel-Operation, bei welcher der Kanton von 87 % der gesparten Kosten profitiert, die Krankenversicherung nur von 13 %. Mit der einheitlichen Finanzierung werden integrierte Versorgungsmodelle für Versicherer attraktiver, weil sie nicht nur investieren müssen, sondern auch gleichermassen die Kostenvorteile erhalten.

Die integrierte Versorgung weist insbesondere bei häufigen und teuren Erkrankungen

deutliche Kostenvorteile auf. Durch Investitionen im ambulanten Bereich kann die verbesserte Koordination sichergestellt werden, z. B. durch verstärkte Absprachen oder eine speziell weitergebildete medizinische Praxisassistentin, die Patientinnen und Patienten begleiten kann. Dabei können Doppelspurigkeiten und unnötige Massnahmen verhindert und Spitalaufenthalte reduziert werden. Neben den unbestrittenen Vorteilen für Patientinnen und Patienten ermöglicht die integrierte Versorgung allen Gesundheitsfachpersonen inkl. Ärztinnen und Ärzten, effizienteres interprofessionelles Arbeiten – und trägt auch zur Qualitätssteigerung bei, weil Rabatte in diesen integrierten Versorgungsmodellen in die Qualitätsentwicklung investiert werden können.

Ein JA am 24. November entschärft den politischen Kostendruck

Aufgrund des heutigen Finanzierungssystems ist vor allem der ambulante Tarif enormem politischen Kostendruck ausgesetzt. Dabei ist die ambulante Medizin die kosteneffizienteste Medizin. Dies kommt daher, weil die ambulante Medizin direkt prämienvirksam ist und Krankenkassenprämien zuoberst auf der Sorgenliste der Schweizer Bevölkerung stehen. Die Politik erkennt Handlungsbedarf und versucht Lösungen zu finden. Diese sind meist gut gemeint, führen aber bekanntlich nicht immer zu zielführenden Ergebnissen. Im Schweizer politischen System, das auf dem Prinzip der Konkordanz basiert, werden politische Entscheidungen durch Zusammenarbeit und Kompromisse zwischen verschiedenen Parteien und Interessengruppen erreicht. Dies erfordert intensive Debatten und die Bereitschaft aller Beteiligten, aufeinander zuzugehen und Lösungen zu finden – die naturgegeben nie perfekt sind, aber zumindest für viele Vorteile bringen. Die Reform zur einheitlichen Finanzierung ist das Ergebnis eines solchen Prozesses. Das Parlament brauchte 14 Jahre, um die KVG-Änderung zu verabschieden. Ohne die Beseitigung dieses Fehlanreizes werden sich die bestehenden Probleme verschärfen – zulasten der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsfachpersonen. Ärztinnen und Ärzte sind glaubwürdige Botschafter und ihr Engagement für die Annahme dieser wichtigen Reform am 24. November 2024 entscheidend.

FMH unterstützt ambulante Tarifrevision mit flankierenden Einführungsmaßnahmen

Ambulante Tarife Die Delegierten der FMH haben anlässlich der Delegiertenversammlung vom 26. September 2024 dem Gesamtpaket «Ambulante Tarife» einstimmig zugestimmt. Dieses soll von der ambulanten Tariforganisation OAAT AG zusammen mit flankierenden Massnahmen dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden. Damit können die Einführung des neuen und komplexen Tarifsystems (Einzelleistungstarif TARDOC und ambulante Pauschalen) auf den 1. Januar 2026 gewährleistet und gleichzeitig die Patientenversorgung in hoher Qualität sowie eine KVG-konforme Vergütung sichergestellt werden.

Patrick Müller

Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife

Im Sommer 2019 haben curafutura und FMH die ambulante Tarifstruktur TARDOC erstmals beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Zwischenzeitlich wurde TARDOC auf Basis von Prüfberichten des BAG und den vom Bundesrat formulierten Auflagen mehrmals angepasst und nachgereicht – letztmals im Dezember 2023. Am 3. Juni 2022 hatte der Bundesrat entschieden, dass er die Tarifstruktur TARDOC noch nicht für genehmigungsfähig hält. Gleichzeitig stellte er jedoch fest, dass der TARDOC materiell genehmigungsfähig ist, sofern eine Anpassung der Kostenneutralität erfolgt und die Konzepte zur Behebung der noch bestehenden Mängel vorliegen. Die FMH hat aufgrund der Dringlichkeit eines neuen Tarifsystems und um einen erneuten Tarifeingriff zu Lasten der Ärzteschaft zu verhindern, erneute Anpassungen am Kostenneutralitätskonzept vorgenom-

men und die Version 1.3.2 von TARDOC erarbeitet. Parallel zu TARDOC wurden die ambulanten Pauschalen weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung geschah durch die solutions tarifaires suisse AG (STS AG) mit den hauptbeteiligten Tarifpartnern H+ und santésuisse. Am 1. Dezember 2023 wurde der TARDOC Version 1.3.2 (unterstützt von FMH und curafutura) und die ambulanten Pauschalen (unterstützt von santésuisse und H+) zur Genehmigung beim Bundesrat eingereicht. Der Bundesrat hat am 19. Juni entschieden, dass der TARMED definitiv per 1. Januar 2026 durch einen neuen ambulanten Tarif abgelöst wird. Gleichzeitig mit der Teilgenehmigung von TARDOC und 119 ambulanten Pauschalen hat er festgelegt, dass weitere Pauschalen dazukommen können. Für die zusätzlichen Pauschalen hat er das Abrechnungsvolumen beschränkt. Die Arbeiten zur Erfüllung der gestellten Forderungen müssen bis Ende Oktober 2024 abgeschlossen und ein Genehmigungsgesuch beim Bundesrat eingereicht sein.

Mit diesem Entscheid bekräftigt die FMH ihr Engagement für eine nachhaltige und zukunftsorientierte Stärkung der ambulanten Versorgung

Die Delegierten stellen sich hinter das vorliegende Gesamtpaket

Mit diesem Entscheid bekräftigt die FMH ihr Engagement für eine nachhaltige und zukunftsorientierte Stärkung der ambulanten Versorgung – die kosteneffizienteste Versorgungsform. Das von der OAAT AG vorgelegte Gesamtpaket umfasst sowohl den Einzelleistungstarif TARDOC als auch ausgewählte ambulante Pauschalen, die unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Kostenneutralität am 1. Januar 2026 eingeführt werden sollen.

Da die medizinische Homogenität oder Datengrundlage bei einigen Pauschalen mangelhaft ist, müssen diese unter Einbezug der Fachgesellschaften überarbeitet werden.

Es braucht aber flankierende Übergangsbestimmungen

Medizinische Fachgesellschaften stellten bei der Überprüfung der Pauschalen, die erst nach der Teilgenehmigung möglich war, in zahlreichen Fällen inhaltliche Lücken fest, die auf die mangelhafte Datengrundlage oder fehlende medizinische Homogenität zurückzuführen sind. Zudem bedeutet die Kombination des TARDOC und der ambulanten Pauschalen eine Herausforderung für das ambulante Tarifsystem, das sowohl den spitalambulanten Erfordernissen als auch den Ärztinnen und Ärzten in der freien Praxis und speziell den Grundversorgern gerecht werden muss. Insbesondere Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater sind dringend auf TARDOC – und die Ablösung der völlig veralteten und nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur TARMED – angewiesen. Gleichzeitig dürfen die Anforderungen an die Kostenneutralität nicht dazu führen, dass ein unerwartet starker Kostenanstieg im spezialärztlichen Bereich oder in den Spitalambulatorien in der Grundversorgung kompensiert werden muss. Allfällig notwendige Korrekturen um die Kostenneutralität zu gewährleisten dürfen bei dieser grossen und komplexen Tarifreform nicht zu Lasten der Grundversorgung umgesetzt werden.

Im Weiteren kann die praktische Anwendung vor der Einführung im Alltag nicht getestet werden. Dabei handelt es sich um ein jährliches Leistungsvolumen von knapp 14 Milliarden Franken der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Deshalb braucht es im Einführungsjahr zwingend befristete

flankierende Massnahmen beziehungsweise Einführungsmodalitäten im Sinne von Übergangsbestimmungen zur Risikoverminderung. Die Einführung von ambulanten Pauschalen und die Anwendung von TARDOC im spezialärztlichen Bereich darf nicht zu einer Verschlechterung der Grundversorgung führen. Da die medizinische Homogenität oder Datengrundlage bei einigen Pauschalen mangelhaft ist, müssen die per 1. Januar 2026 in Kraft tretenden Pauschalen im Jahr 2025 und 2026 unter Einbezug der Fachgesellschaften überarbeitet werden. Die überarbeiteten Pauschalen sollen dann per 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Die Einführungsmodalitäten (flankierende Massnahmen) dazu müssen vertraglich zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden, damit die Patientenversorgung, die Behandlungsqualität sowie eine KVG-konforme Vergütung sichergestellt werden können. Die Vereinbarung der Einführungsmodalitäten stellen sicher, dass per 1. Januar 2026 TARDOC und ambulante Pauschalen ohne Verzögerung eingeführt werden können. Sie verändert aber das vorliegende Gesamtpaket nicht. Die Einführungsmodalitäten halten auch fest, wie sich TARDOC und ambulante Pauschalen nach der Inkraftsetzung weiterentwickeln müssen.

Weiteres Vorgehen und Ausblick

Nun liegt es an den Tarifpartnern und am Bundesrat, diese wichtige Revision zur Stärkung des ambulanten Bereichs und zur Entlastung der Prämienzahlenden zu unterstützen. Ende Oktober 2024 entscheiden die Tarifpartner, ob sie das vorliegende Gesamtpaket, wie vom Bundesrat gefordert, per Ende Oktober 2024 zur Genehmigung einreichen oder aber, ob der Bundesrat aufgrund fehlender Unterstützung der Tarifpartner TARDOC und ambulante Pauschalen subsidiär festsetzen wird. Die FMH hält fest, dass mit TARDOC, sachgerechten ambulanten Pauschalen sowie befristeten flankierenden Massnahmen eine faire, transparente und zukunftsfähige Tarifstruktur im Interesse der Schweizer Bevölkerung geschaffen wird. Wir werden Sie gerne per Ende Jahr erneut zum aktuellen Stand informieren und Sie auch bei Vorbereitung der Inkraftsetzung tatkräftig unterstützen.

Weitere Informationen

<https://tardoc.fmh.ch>

Korrespondenz:

Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, tarife.ambulant@fmh.ch

Mit TARDOC und sachgerechten ambulanten Pauschalen sowie befristeten flankierenden Massnahmen wird eine faire, transparente und zukunftsfähige Tarifstruktur im Interesse der Schweizer Bevölkerung geschaffen.

Advanced Practice Nurses und Physician Associates

Praktische Integration *Advanced Practice Nurses (APN) und Physician Associates (PA) werden in zunehmender Zahl in die medizinische Praxis integriert. Trotz einiger Unterschiede betreffend Ausbildung und klinischer Tätigkeit werden sie häufig verwechselt, weshalb es einer detaillierten Darstellung der jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten bedarf.*

Sonia Barbosa

MHS, Leiterin Abteilung Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH

Catherine Gassmann

MSN, Dozentin Pflegewissenschaft/Advanced Practice Nurse an der Ostschweizer Fachhochschule

Katharina Fierz

Prof. Dr., Leiterin des Instituts für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Henk Verloo

Prof. Dr., Dozent an der Fachhochschule Wallis

Stefanie Brown

MSN, Dozentin Pflegewissenschaft/Advanced Practice Nurse (APN-CH) an der Careum Hochschule

Monica Bianchi

Prof. Dr., Leiterin MSN Pflege an der Fachhochschule der italienischen Schweiz (SUPSI)

Christian Eissler

Prof. Dr., Leiter MSN Pflege an der Berner Fachhochschule

Philippe Eggimann

PD Dr. med., Vizepräsident der FMH

Maya Zumstein-Shaha

Prof. Dr., FAAN, stv. Leiterin MSN Pflege an der Berner Fachhochschule und PD am Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Deutschland.

Zu den wichtigsten Herausforderungen, denen sich unser Gesundheitswesen stellen muss, gehört der Mangel an Fachkräften, die in der Lage sind, medizinische Leistungen zu erbringen. Daher gilt es, die Kompetenzen der Berufsprofile neu zu definieren. Dieser Artikel soll die Rollen,

Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der beiden Berufsprofile Advanced Practice Nurses (APN) und Physician Associates (PA), die zunehmend in die medizinische Praxis integriert werden, detailliert darstellen.

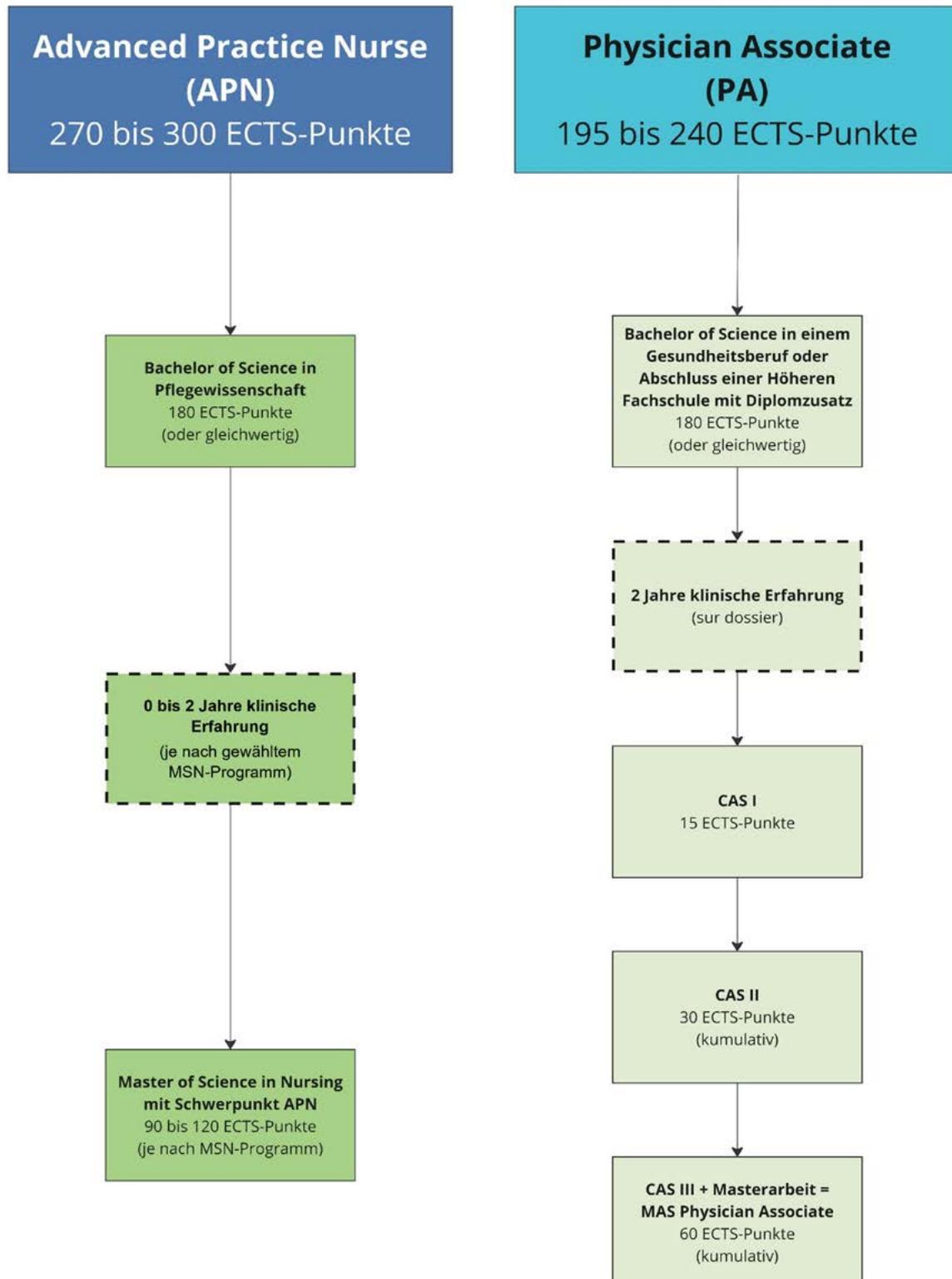
Ausbildung

APN durchlaufen eine akademische Ausbildung und erwerben zunächst einen Bachelor of Science in Nursing (BSN, 180 ECTS), der anschliessend durch einen Master of Science in Pflege (MSN, mindestens 90 ECTS) ergänzt wird. Die MSN-Programme umfassen Kurse in Pharmakologie und Pathophysiologie, in denen Clinical Assessment, Clinical Reasoning, Clinical Decision Making sowie der fachgerechte Umgang mit besonderen klinischen Situationen vermittelt werden [2]. In der Ausbildung lernen APN komplexe Aufgaben in der Pflege einschliesslich Nachsorge selbstständig zu übernehmen. Bestimmte klinische Tätigkeiten fallen dabei in den Bereich der medizinischen Praxis, sind aber im Wesentlichen pflegerischer Natur. Es obliegt dem Gesetzgeber vor diesem Hintergrund Klarheit zu schaffen, was Task Sharing und Task Shifting sowie die Definition der entsprechenden Rollen und Verantwortlichkeiten anbelangt [3, 4, 5]. Da das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) hier keine Mindeststandards festlegt, übernimmt dies der Verein APN-CH, welcher auch für die Akkreditierung der Pflegeexpertinnen und -experten APN zuständig ist. Seit 2006 haben mehr als 1'000 Personen [6] einen MSN mit APN-Schwerpunkt erlangt; etwas mehr als 100 sind bei APN-CH registriert [7].

Die PA-Ausbildung ist anders aufgebaut. Sie verfolgt das Konzept der beruflichen Weiterbildung. Absolviert wird sie von Gesundheitsfachpersonen, die bereits über einen Bachelor of Science (BSc) verfügen, oder von Pflegefachpersonen mit Abschluss einer Höheren Fachschule (HF), die einen Diplomzusatz (z. B. Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF) erworben haben und eine zweijährige klinische Erfahrung vorweisen können. Sie durchlaufen eine berufsbegleitende Weiterbildung, wobei diese drei Certificates of Advanced

Studies (CAS) mit je 15 ECTS beinhaltet und mit einem Master of Advanced Studies (MAS) PA (60 ECTS) abgeschlossen wird. Durch diese Weiterbildung werden die Teilnehmenden darauf vorbereitet, delegierte Tätigkeiten unter der Verantwortlichkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes auszuführen. Vom GesBG nicht anerkannt, wird der Beruf vom Verband Physician Associates Switzerland verwaltet, der wiederum von der FMH-Kommission Physician Associates beratend unterstützt wird. Diese auf den medizini-

schon Wissenschaften basierende Weiterbildung zielt auf eine eigene berufliche Identität ab. Sie möchte sich dauerhaft im Schweizer Bildungssystem etablieren. Daher wurde die Einführung eines BSc Physician Associate beantragt. Derzeit arbeiten PA hauptsächlich im Spital unter der unmittelbaren Verantwortlichkeit der Kaderärztinnen und -ärzten in verschiedenen Fachbereichen (z. B. Viszeralchirurgie, Kardiologie, Orthopädie, Rehabilitation).



Fallvignetten

APN im Spital

Lisa arbeitet im APN-Team einer onkologischen Universitätsklinik mit sieben Fachärztinnen und -ärzten der Onko-Hämatologie zusammen. Sie betreut Patientinnen und Patienten während des gesamten Klinikaufenthalts und darüber hinaus. Zu ihrer Arbeit zählt auch die klinische Beurteilung der Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten. Lisa hat eine ganzheitliche Sicht auf die Anzeichen und Symptome der Patientinnen und Patienten und die damit verbundene Belastung. Bei den Konsultationen konzentriert sie sich auf Symptombehandlung, Gesundheitsförderung, Prävention und Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung. Sie verschreibt Früherkennungs- und Nachuntersuchungen sowie symptomorientierte medikamentöse Behandlungen. Lisa berichtet an den zuständigen Arzt oder die zuständige Ärztin und hält sie auf dem neuesten Stand. Sie ist an der Festlegung des Untersuchungs- und Behandlungsplans beteiligt und erläutert diesen der Patientin oder dem Patienten. Während der Behandlungen kann Lisa bei Bedarf jederzeit per Videokonferenz den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin kontaktieren.

APN in der Arztpraxis

Grégoire arbeitet als APN in einer Hausarztpraxis, in der auch drei Ärzte und zwei Medizinische Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren tätig sind. Er empfängt Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen zur Behandlung, macht Hausbesuche, begleitet Menschen am Lebensende und ist Referent im Pflorgeteam des regionalen Pflegeheims. Seine tägliche Arbeit umfasst die klinische Beurteilung sowie die Einschätzung der Lebenssituation der Patientinnen und Patienten. Er verschreibt diagnostische Untersuchungen und macht unter ärztlicher Delegation Behandlungsvorschläge. Bei seiner Arbeit konzentriert er sich auf Gesundheitsförderung, Prävention und Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung. Er arbeitet auch mit anderen Dienstleistenden, wie etwa der Spitex, zusammen. Im Pflegeheim nimmt Grégoire Einsicht in die Patientendossiers und besucht Bewohnerinnen und Bewohner gemäss Angaben des Pflegepersonal. Zudem schult er das Pflegepersonal im Hinblick auf die Versorgung und die erforderlichen Behandlungen (z. B. Diagnosestellung und Behandlung von Menschen mit refraktären Schmerzen). Auf diese Weise trägt er zur Stabilisierung von Situationen bei, die das Potenzial haben, sich zu verschlechtern.

PA im Spital

Jonas ist PA und hat einen Abschluss als Pflegefachperson einer Höheren Fachschule (HF). Derzeit macht er eine Ausbildung zur Erlangung eines MAS PA. Er arbeitet in der Abteilung für Neurochirurgie eines grossen Kantonsospitals. Als Teil des medizinischen Teams dient er als Bindeglied zwischen Pflegepersonal und externen Dienstleistenden (z. B. Konsiliarärztinnen und -ärzte, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialdienste). Er ist am Ärztterapport beteiligt, wo er die von ihm betreuten Patientinnen und Patienten vorstellt. Die anschliessenden Visiten absolviert er entweder alleine oder, in komplexen Fällen, in Begleitung der zuständigen Ärztin oder des zuständigen Arztes. Er verschreibt Routineuntersuchungen und Medikamente nach den in der Abteilung geltenden Leitlinien. Ist eine medikamentöse Behandlung anzupassen oder eine Anordnung für eine radiologische Untersuchung bzw. eine Verordnung für Physiotherapie auszustellen, so führt Jonas diese Massnahmen unter ärztlicher Delegation gemäss den für die Abteilung erstellten klinischen Protokollen aus. Jonas verfügt über spezifische Kompetenzen in seiner Fachrichtung, wie etwa Clinical Assessment, Diagnosestellung und Behandlung von Verletzungen sowie Ultraschalluntersuchungen der intrakraniellen Gefässe. Alles, was die Entscheidungsautonomie der Patientin oder des Patienten anbelangt, wie beispielsweise die Annahme oder Ablehnung einer Operation, fällt unter die ärztliche Verantwortlichkeit. Alles, was die Gespräche mit den Angehörigen betrifft, aber auch Erklärungen und Erläuterungen zu Behandlungen mit speziellem Beratungsbedarf sowie die Begleitung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen fällt unter Jonas' unmittelbare Verantwortlichkeit.

Die Ausbildungsrichtungen und die Grundlagen, auf die sie sich stützen, entspringen zwei unterschiedlichen Konzepten

PA in der Rehabilitation

Emma ist eine PA, die nach ihrem Physiotherapiestudium einen MAS PA erworben hat und inzwischen in einer Rehabilitationsklinik arbeitet. In der Klinik sind insgesamt vier PA tätig, die alle in das medizinische Team integriert sind und der Chefärztin sowie zwei Oberärzten unterstehen. Emma und ihre Kolleginnen und Kollegen gewährleisten die Kontinuität bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dies umfasst die Kommunikation zwischen den medizinischen Teams im Tag- und Nachtdienst, die Klärung der Fragen des Pflegeteams, die Verwaltung der Aufnahmen und Entlassungen von Patientinnen und Patienten, die Anpassung der medikamentösen Behandlungen gemäss den klinischen Protokollen der Abteilung sowie die Verhandlungen mit Krankenkassen zur Gewährung von Kostenübernahmen. Weiter übernehmen PA Visiten bei Patientinnen und Patienten. Je nach Komplexität des Falls klären sie Fragen zum Gesundheitszustand autonom oder nach Absprache mit den Oberärzten. Ausserdem führen sie bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten in die Klinik Anamnesen, klinische Beurteilungen und Auskultationen durch. Die Fälle werden vor der gemeinsamen Visite mit den Oberärzten besprochen.

Diskussion

Durch die Klärung der jeweiligen Verantwortlichkeiten und Rollen der PA und APN lassen sich verschiedene Gründe für die Verwechslungen auf diesem Gebiet identifizieren. Einerseits entwickeln sich in Berufen, die nicht an einen gesetzlichen Rahmen mit entsprechenden Kompetenzen gebunden sind, die Kompetenzen gemäss den Bedürfnissen der einstellenden klinischen Abteilung und nicht anhand von

Die Rollen von PA und APN sind beide wichtig und ergänzen sich

bindenden Kriterien, wie es bei der Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte der Fall ist. Andererseits stammt die Mehrzahl derer, die eine PA-Ausbildung absolvieren, aktuell aus dem Bereich der Pflege, wodurch sich die Rollen noch stärker vermischen. Diese Punkte sollten bei der Weiterentwicklung der kantonalen und eidgenössischen Gesetzgebungen korrigiert werden. Zudem unterscheiden sich die Rahmenbedingungen, unter denen sich APN und PA entwickelt haben, stark. Die Rolle der APN geht auf den anerkannten

Bedarf an erweiterter Pflegepraxis zurück, der den Anforderungen einer komplexer werdenden Patientenschaft gerecht wird. Die Rolle der PA hingegen entstand aus der Notwendigkeit eines intermediären Berufs aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften, der zwischen Medizinischer Praxisassistentin und Ärztin bzw. Arzt angesiedelt ist. Angesichts der Herausforderungen bei der Gewährleistung der medizinischen Versorgung in der Schweiz braucht es qualifiziertes Gesundheitspersonal, das Leistungen aus der medizinischen Praxis übernehmen kann. Daher sind die Rollen von PA und APN beide wichtig und ergänzen sich. Sie dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Dienste der Bevölkerung sollen sie Seite an Seite mit Ärztinnen und Ärzten dazu beitragen, die Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang dazu sicherzustellen.

Korrespondenz
devprof@fmb.ch

Literatur

- Eissler, C. und Zumstein-Shaha, M. (2022). Kompetenzniveaus neuer Rollen in der Schweizer Gesundheitsversorgung: eine Literaturrecherche. Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00958-w>
- Schirmer, A.-M., Golz, C. und Eissler, C. (2024). Advanced Nursing Practice im europäischen Raum. Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01116-0>
- Eissler, C. und Zumstein-Shaha, M. (2022). Kompetenzniveaus neuer Rollen in der Schweizer Gesundheitsversorgung: eine Literaturrecherche. Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00958-w>
- Zumstein-Shaha, M., Schneuwly, F. und Eissler, C. (2024). Task Sharing vs. Task Shifting. Schweizerische Ärztezeitung, 105(10), 40–42. <https://doi.org/https://doi.org/10.4414/saez.2024.1359892962>
- Zumstein-Shaha, M., von Dach, C., Moramba, R., Thormann, K., Schenk, M., Froehli, C., Schlunegger, M. C., Hahn, S. und Eissler, C. (2022). Neue Rollen der nicht-ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung. Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin, 22(4), 106–109. <https://phc.swisshealthweb.ch/de/article/doi/phc-d.2022.10398/>
- Osińska, M., Koch, R., Mahrer-Imhof, R. und Zúñiga, F. (2022). Masterumfrage 2022. Befragung von in der Schweiz berufstätigen Absolventinnen und Absolventen eines pflegewissenschaftlichen Master of Science in Nursing Studiums. <https://apn-ch.ch/news/masterumfrage-2022>.
- Siehe Register von APN-CH und Zugangsbedingungen unter APN-CH: Organisation der Reglementierung
- Cawley, J. F., Andrews, M. D., Barnhill, G. C., Webb, L. und Hill, I. K. (2001). What makes the day an analysis of the content of physician assistants' practice. JAAPA, 14(5), 41–44, 47–50, 55–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11523338>
- Gadbois, E. A., Miller, E. A., Tyler, D. und Intrator, O. (2015). Trends in State Regulation of Nurse Practitioners and Physician Assistants, 2001 to 2010. Medical Care Research and Review, 72(2), 200–219. <https://doi.org/10.1177/1077558714563763>

Meilenstein bei der Vergütung von Innovationen erreicht

Innovationen rascher abgelten *Ab 2025 wird ein Teil der innovativen hochteuren Leistungen beschleunigt und schweizweit einheitlich vergütet. Grundlage dafür ist ein definierter Prozess, auf welchen sich die Partner der SwissDRG AG geeinigt haben. In einem ersten Schritt werden Arzneimittel für neuartige Therapien, sogenannte ATMPs¹, mit einem Preis von über 80 000 CHF in den Prozess aufgenommen.*

Anna Imhof

Dr. med., Expertin, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Beatrix Meyer

Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Im stationären Bereich der Akutsomatik dauert es bis zu fünf Jahre, bis neue Leistungen aufwandsgerecht vergütet werden. Ein wichtiger Grund für diese Verzögerung ist, dass die SwissDRG AG die Tarifstruktur basierend auf den Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler weiterentwickelt. In der Zwischenzeit tragen die Spitäler allfällige Verluste, die durch die Erbringung einer neuen Leistung entstehen. Problematisch ist das insbesondere bei hochteuren innovativen Leistungen. Teilweise sind die Spitäler aus finanziellen Gründen nicht in der Lage, diese anzubieten. Entsprechend werden keine Daten dazu erfasst. Die Daten können damit nicht in die Tarifstruktur einfließen – ein Teufelskreis. Verschiedene Übergangslösungen haben sich nicht bewährt beziehungsweise fanden keine schweizweite Anwendung. Für die Ärzteschaft ist es jedoch zentral, dass alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen raschen Zugang zu innovativen Leistungen erhalten. Deshalb setzt sich die FMH seit längerem für eine rasche Vergütung von Innovationen ein und stellte bei ihren Partnern verschiedene Lösungsmöglichkeiten zur Diskussion.

Schrittweises Vorgehen als Kompromiss

Zwar waren sich die Partner der SwissDRG AG² bald einig, dass gewisse Leistungen auf Antrag beschleunigt als Zusatzentgelt vergütet werden sollen. Langwierig waren jedoch die Verhandlungen zur Frage, für welche Leistungen dies gelten soll. Schliesslich verständigten sich die Partner darauf, nur Leistungen zu berücksichtigen, welche die Bedingungen für

ein beschleunigtes Zulassungsverfahren gemäss Art. 7 der Arzneimittelverordnung (VAM) erfüllen. Dabei muss es sich um Diagnostik oder Therapien mit hohem erwarteten Nutzen handeln bei schweren, invalidisierenden oder lebensbedrohlichen Krankheiten mit bisher unbefriedigenden Behandlungsmöglichkeiten. Die Versicherer plädierten dafür, abgesehen von dieser Bedingung zusätzliche Hürden einzubauen. Die Leistungserbringer hingegen hätten es bevorzugt, dass für alle Innovationen gemäss Art. 7 VAM Zusatzentgelte beantragt werden können. Als Kompromiss einigten sich die Partner auf ein schrittweises Vorgehen.

Rasche Vergütung für ATMPs von über 80 000 CHF

In einem ersten Schritt soll es nur für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMPs) mit einem Preis von über 80 000 CHF³ möglich sein, diese beschleunigt als Zusatzentgelt zu vergüten. Die Partner der SwissDRG AG haben dafür einen [Prozess](#)⁴ erarbeitet, welcher per 1.1.2025 in Kraft tritt. Dieser sieht Folgendes vor: Die Hersteller und Partner können bei der SwissDRG AG ein Zusatzentgelt für diese innovativen Leistungen beantragen. Falls die oben genannten Bedingungen erfüllt sind (d.h. ATMPs mit einem Preis von über 80 000 CHF, gemäss Art. 7 VAM) und das Produkt nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt ist, verhandeln die Tarifpartner den Preis mit dem Hersteller. Bei erfolgreicher Preisverhandlung schliessen H+ und die Versicherer einen Tarifvertrag ab und reichen diesen beim Bundesrat zur Genehmigung ein. Danach wird die Leistung mittels Zusatzentgelt vergütet, sobald die Swissmedic-Zulassung vorliegt.

Evaluation für weitere Innovationen

In einem zweiten Schritt wird die SwissDRG AG Ende 2026 evaluieren, welche weiteren innovativen Leistungen gemäss Art. 7 VAM (d.h. ATMPs mit einem Preis von unter 80 000 CHF oder Nicht-ATMPs) künftig beschleunigt mit

Zusatzentgelten vergütet werden können. Grundlage dafür sind die Leistungs- und Kostendaten der Spitäler. Deshalb ist es wichtig, dass die Leistungserbringer frühzeitig die Antragsverfahren des Bundesamts für Statistik sowie der SwissDRG AG nutzen, um die Grundlage für die Datenerhebung zu schaffen.

Neu fliessen vom Hersteller finanzierte Leistungen (z. B. durch Managed Access Programs⁵) vollständig mit den zu erwartenden wirtschaftlichen Kosten in die Kalkulation künftiger SwissDRG-Versionen ein. Dadurch haben die Hersteller eher einen Anreiz, Managed Access Programs anzubieten.

FMH unterstützt Fachgesellschaften

Nun sind die Leistungserbringer gefordert, die Antragsverfahren für CHOP-Kodes⁶, die Medikamentenliste⁷, die Detailerhebung sowie für Zusatzentgelte zu nutzen. Die Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife der FMH unterstützt die Fachgesellschaften dabei gerne.

Korrespondenz

tarife.spital@fmh.ch

1 Advanced Therapy Medicinal Products: Gentherapeutika, biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte sowie somatische Zelltherapeutika (z. B. CAR-T-Zelltherapien, Tumorinfiltrierende Lymphozyten (TILs))

2 FMH, H+, Krankenversichererverbände santésuisse und curafutura, Medizinaltarifkommission (UV, IV, MV) sowie Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

3 Bei einmaliger oder mehrfacher Verabreichung aufgrund eines herstellerdefinierten und zugelassenen Behandlungszyklus

4 Vgl. auch www.swissdrg.org › über uns › Kommunikation › [Beschleunigte Abbildung von Innovationen / besonderen Leistungen im stationären Bereich](#).

5 Managed Access Programs bzw. Early Access Programs sind Programme, bei welchen die Hersteller den Patientinnen und Patienten noch nicht zugelassene Arzneimittel ausserhalb von klinischen Studien zur Verfügung stellen.

6 CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation. Der Katalog wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) jährlich aktualisiert. Dazu können Anträge für neue Kodes beim BFS eingereicht werden.

7 Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

Rosemarie Jalanti-Jomini (1943),
† 27.8.2024, Spécialiste en hématologie
et Spécialiste en médecine interne gé-
nérale, 1066 Epalinges

Ursula Stirnemann-Lehmann (1938),
† 30.8.2024, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, 3400 Burgdorf

Klaus Nefel (1945),
† 7.9.2024, Facharzt für Hämatologie
und Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin, 2514 Ligerz

Peter Speiser (1932),
† 9.9.2024, Facharzt für Ophthalmo-
logie, 8032 Zürich

Peter Schibler (1965),
† 14.9.2024, Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin, 8712 Stäfa

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BL

Lukas Mangold, Facharzt für
Anästhesiologie, Mitglied FMH,
Allmend 5, 4460 Gelterkinden

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Christine Rosa Maria Bodlaj,
Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, Medbase Kriens Mattenhof,
Am Mattenhof 4, 6010 Kriens

Mustafa Ghanem, Facharzt für
Ophthalmologie, Mitglied FMH,
Geplante Eröffnung 01.11.2024,
Augenzentrum Luzern Nord,
Gerliswilstrasse 15, 6020 Emmen

Heike Rosenbaum, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Geplante Eröffnung am 01.10.2024:
Facharztpraxis für Psychiatrie und
Psychotherapie, Alpenstrasse 9, 6004
Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach
der Publikation schriftlich und begrün-
det zu richten an: Ärztegesellschaft des
Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004
Luzern.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Wisam Alghazawi, Fachärztin für
Ophthalmologie, Medizentrum Eckert
Olten AG, 4600 Olten

Eugenia Madalina Argesanu,
Fachärztin für Hämatologie und
Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, Praxis Bonadies Hämato-
Onkologie, 2540 Grenchen

Malgorzata Anna von Graffenried,
Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, Mitglied FMH,
MediZentrum Gerlafingen AG, 4563
Gerlafingen

Christian Kilgenstein, Facharzt für
Anästhesiologie, Bürgerspital
Solothurn, 4500 Solothurn

Ana Maria Kunz, Fachärztin für
Gastroenterologie, Mitglied FMH,
Gastrozentrum Obach AG, 4500
Solothurn

Daniela Prause, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychiatrische Praxis Prause, 4500
Solothurn

Ana Paula Ribeiro Reis, Fachärztin
für Ophthalmologie, Augenarztpraxis
an der Aare, 4600 Olten

Jonathan Schütze, Facharzt für
Kardiologie, Bürgerspital Solothurn,
4500 Solothurn

Mathias Siegfried, Facharzt für
Chirurgie, Metamedical Schweiz AG,
2540 Grenchen

Einsprachen gegen diese Aufnahmen
sind innerhalb 14 Tagen nach der Pub-
likation schriftlich und begründet bei
den Co-Präsidenten der Gesellschaft der
Ärztinnen und Ärzte des Kantons
Solothurn, GAESO, Postfach, 4654
Lostorf einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau infor-
miert über folgende Neuanmeldungen:

André Keisker-Rommel, Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied
FMH, Hungerbühl 44, 8599
Salmsach

Einsprachen gegen diese Vorhaben
müssen innerhalb 14 Tagen seit der
Veröffentlichung schriftlich und be-
gründet bei der Ärztegesellschaft
Thurgau eingereicht werden. Nach Ab-
lauf der Frist entscheidet der Vorstand
über die Aufnahme der Gesuche und
über allfällige Einsprachen

Mitteilungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Chirurgie

Datum

Mittwoch bis Freitag, 7. bis 9. Mai 2025
Mittwoch bis Freitag, 5. bis 7. November
2025

Ort

Lindenhofspital
Bremgartenstrasse 117
Postfach, 3001 Bern

Anmeldefrist

Donnerstag, 23. Januar 2025
für Prüfungen im Mai 2025

Donnerstag, 17. Juli 2025
für Prüfungen im November 2025

Weitere Informationen finden Sie auf
der Website des SIWF unter:

www.siwf.ch › [Weiterbildung](#) ›
[Facharzttitel und Schwerpunkte](#) ›
[Chirurgie](#)