

Vergütungsmodelle für Nurse Practitioner in der ambulanten Grundversorgung Schweiz

Isabelle Mathier, leitende Nurse Practitioner, Pflegeexpertin APN-CH, RN, MScN, PMHNP, Ph.D-Student (Paracelsus Medizinische Universität), Projektverantwortliche «Nurse Practitioner Medbase», Vorstandsmitglied IG swissANP, Co-Präsidentin AFG Nurse Practitioner – Primary Care

Abstrakt Deutsch:

Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz ist durch demografische Veränderungen, zunehmende chronische Erkrankungen und den Mangel an Hausärzt*innen stark belastet. Nurse Practitioners (NPs) könnten diese Lücke effizient schliessen, stossen aber auf Hürden wie fehlende gesetzliche Grundlagen und ungeklärte Vergütung. Zwei internationale Modelle dominieren: *incident-to billing* (Abrechnung über Ärzt*innen, eingeschränkte Autonomie) und *direct billing* (eigene Abrechnung, mehr Sichtbarkeit und Effizienz). Studien zeigen, dass NPs vergleichbare Versorgungsqualität bieten, dabei kosteneffizient arbeiten und hohe Patient*innenzufriedenheit erzielen. Bundesstaaten mit gesetzlich verankerter *Full Practice Authority* zeigen eine bessere Gesundheitsversorgung mit der Möglichkeit zur Kostensenkung. Für eine erfolgreiche NP-Integration braucht es in der Schweiz ein faires, nachhaltiges Vergütungssystem und klare gesetzliche Regelungen, um das volle Potenzial der NPs zu nutzen und die ambulante Versorgung langfristig zu sichern.

Abstract English:

Switzerland's primary healthcare system faces increasing pressure due to demographic changes, a rise in chronic illnesses, and a shortage of general practitioners. Nurse Practitioners (NPs) could help close this gap efficiently but face obstacles such as a lack of legal frameworks and unclear reimbursement models. Two international models prevail: *incident-to billing* (billing under a physician, limited autonomy) and *direct billing* (independent billing, greater visibility and efficiency). Studies show that NPs provide comparable quality of care, are cost-effective, and achieve high patient satisfaction. In states with legally established *Full Practice Authority*, care outcomes improve and healthcare costs could decrease. For successful NP integration in Switzerland, a fair, sustainable reimbursement system and clear legal regulation are essential to fully leverage the NP role and secure long-term access to primary care.

Die medizinische Primärversorgung in der Schweiz steht vor gravierenden Herausforderungen. Demografische Veränderungen, eine Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen sowie ein Mangel an Hausärzt*innen führen zu einer spürbaren Versorgungs- und Zugangsproblematik. Schätzungen zufolge könnten bis 2030 rund 40% der Konsultationen in der Primärversorgung nicht abgedeckt werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2024; Pellegrini et al., 2022). Aber auch der Bedarf an Pflege zu Hause nimmt stetig zu (Bundesamt für Statistik, 2024). Angesichts vergleichbarer Herausforderungen wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) insbesondere in ländlichen und unterversorgten Gebieten erste NP-Programme lanciert, um den steigenden Bedarf an medizinisch-pflegerischer Versorgung in der Primärversorgung zu decken (American Association of Nurse Practitioners [AANP], 2025a).

NPs stellen im internationalen Vergleich eine effiziente und nachhaltige Lösung dar. Sie übernehmen als diplomierte Pflegefachpersonen auf Masterstufe eigenständig klinische, medizinische sowie erweiterte pflegerische Aufgaben in der Primärversorgung und zeichnen sich durch Kosteneffektivität sowie hoher Patient*innen- und Arbeitszufriedenheit aus, bei mindestens vergleichbarem Outcome im Vergleich zur ärztlichen Berufsgruppe (Martin-Misener et al., 2015; Schlunegger et al., 2021; Poghosyan et al., 2023; Harrison et al., 2023). In der Schweiz ist es seit 25 Jahren möglich, Pflegewissenschaft auf Masterstufe zu studieren. Die Integration der NPs in die Gesundheitsversorgung erfolgt bislang jedoch zögerlich, was einerseits an den fehlenden Regelungen hinsichtlich Vergütung liegt und andererseits an den komplexen regulatorischen Rahmenbedingungen (Sottas & Kissmann, 2022).

Vergütungsmodelle

Zur Analyse möglicher Vergütungsmodelle für NPs wurden 22 vorwiegend internationale Publikationen herangezogen, insbesondere aus Ländern wie den USA mit langjähriger Erfahrung hinsichtlich Integration von NPs. Ziel war es, durch den Vergleich verschiedener Abrechnungsmodelle potenzielle Vor- und Nachteile zu identifizieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das amerikanische Modell aufgrund des freien Tarifsystems nicht direkt auf die Schweiz übertragbar ist, wo Vergütungssätze verhandelt oder staatlich reguliert werden (Schulze Ehring & Köster, 2010). Auch Modelle aus Ländern wie Finnland, England oder den Niederlanden lassen sich aufgrund stark unterschiedlicher staatlicher Steuerungsmechanismen und Gesundheitssystemstrukturen nur eingeschränkt vergleichen (Bahnsen, 2022). Bei der Auswertung der 22 Publikationen haben sich vorwiegend zwei Abrechnungsmodelle herauskristallisiert: incident-to billing und direct billing. Beim incident-to billing erfolgt die Abrechnung der NPs über die ärztliche Abrechnungsnummer zu 100% des ärztlichen Tarifs, wodurch NPs formal unsichtbar bleiben. Es entstehen zudem finanzielle Abhängigkeiten zwischen den supervidierenden Ärzt*innen und den NPs, beispielsweise durch teure Kollaborationsverträge (bis zu 3000 US Dollar monatlich), zulasten der NPs (Zink, 2024; Zwilling, 2023). Beim direct billing hingegen rechnen NPs ihre Leistungen eigenständig unter ihrer eigenen Abrechnungsnummer zu 85% des ärztlichen Tarifs ab. Dieses Modell fördert Autonomie, Effizienz, Sichtbarkeit, Zufriedenheit und senkt gleichzeitig die Gesamtkosten im Gesundheitswesen. Schätzungen gehen von Einsparungen bis zu 250 Millionen US-Dollar pro Jahr in den USA aus (Beck, 2024; Bischof & Greenberg, 2021, Waldrop, 2022).

Kompetenzprofil und Autonomie

Ein weiterer zentraler Faktor, der die Rollenentwicklung der NPs in den USA begünstigt, ist die gesetzlich verankerte Full Practice Authority (FPA), die mittlerweile in 27 Bundesstaaten gilt. Diese Regelung erlaubt es NPs, Patient*innen vollständig autonom zu betreuen, einschliesslich der Diagnosestellung, der Anordnung und Interpretation diagnostischer Verfahren, der Einleitung von Therapien sowie der Verschreibung von Medikamenten (AANP, 2025b). Studien zeigen, dass Bundesstaaten mit FPA eine bessere Gesundheitsversorgung in unterversorgten Regionen, niedrigere Gesundheitskosten und eine wirksamere Prävention aufweisen (Rowe, 2024; Alexander & Schnell, 2019).

Kritik, Limitationen und Hürden

Ein häufig genannter Kritikpunkt ist der geringere Umfang formaler Ausbildungsstunden der NPs im Vergleich zur ärztlichen Berufsgruppe. Diesbezüglich stellt Smith (2022) jedoch klar, dass es bislang trotz kürzerer Ausbildungsdauer keine Evidenz für eine unsichere oder qualitativ schlechtere Versorgung durch NPs gibt.

Eine weitere Erkenntnis betrifft die Rolle der Behörden. Die internationale Literatur zeigt deutlich, dass fehlende staatliche Unterstützung ein zentrales Hindernis für die erfolgreiche Implementierung der NP-Rolle darstellt, wie etwa in Japan, wo lediglich 0.04% der diplomierten Pflegefachpersonen trotz bestehender Ausbildungsprogramme als NPs zertifiziert sind (Suzuki et al., 2024). In vielen Ländern behindern darüber hinaus politische Widerstände und berufsgruppeninterne Interessenskonflikte (Professional Turf War) die tarifliche und rechtliche Verankerung der NP-Rolle (Schorn et al., 2022; Smith, 2022).

Auch innerhalb Europas zeigen sich Unterschiede: Laut Delamaire und Lafortune (2010) haben NPs in Grossbritannien das Recht zur unabhängigen Medikamentenverschreibung, sofern ein akademischer Abschluss vorliegt sowie in der Regel mehrere Jahre

Berufserfahrung mit Zusatzausbildung als Nurse Prescriber. Grossbritannien nimmt hier europaweit eine Vorreiterrolle hinsichtlich Autonomie für NPs ein, was auch darauf zurückzuführen ist, dass die medizinischen Berufe in England sehr wenig Gesamteinfluss auf die Rollenentwicklung der NPs haben. Die geringe Beeinflussung durch die ärztliche Berufsgruppe wird als förderlicher Faktor für die Entwicklung der NP-Rolle dargestellt.

Fazit

Um den zunehmenden Versorgungsengpässen in der Primärversorgung wirksam zu begegnen, muss die Schweiz vermehrt auf Interprofessionalität setzen, insbesondere durch den gezielten Einsatz von NPs. Dafür braucht es eine gesetzliche Verankerung der NP-Rolle sowie ein passendes, zukunftsorientiertes Abrechnungssystem.

Die Schweiz steht nun vor der Chance, ein vernünftiges, faires und nachhaltiges Vergütungssystem für NPs zu entwickeln, das den Besonderheiten ihres Gesundheitssystems entspricht. Dieses soll in den kommenden Jahren gemeinsam mit allen relevanten Akteur*innen erarbeitet werden. Zudem ist eine schrittweise Umsetzung der FPA nötigenfalls mit unentgeltlichen Kollaborationsverträgen erforderlich, damit NPs ihr volles Kompetenzspektrum in Diagnostik, Therapie und Medikamentenverschreibung nutzen können. Nur so lässt sich die ambulante Versorgung langfristig sichern und stärken.

Quellenverzeichnis

Alexander, D., & Schnell, M. (2019). The impacts of nurse practitioners on health care utilization and costs. *Journal of Health Economics*, 66, 1–20. doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102225

American Association of Nurse Practitioners (AANP). (2025a). *Historical Timeline*. Zugriff am 24.03.2025. Verfügbar unter <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp/historical-timeline>

American Association of Nurse Practitioner (AANP). (2025b). *Nurse Practitioners Secure No. 1 Spot Across Three U.S. News & World Report Best Jobs Rankings*. Zugriff am 24.03.2025. Verfügbar unter <https://www.aanp.org/news-feed/nurse-practitioners-secure-no-1-spot-across-three-u-s-news-world-report-best-jobs-rankings?>

Bahnsen, L. (2022). Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang: Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme. WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV.

Beck, M. S. (2024). Direct versus “incident to” billing for nurse practitioners and physician associates: Understanding billing knowledge and options. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(5), 104978. doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.104978

Bischof, A., & Greenberg, S. (2021). Post COVID-19 reimbursement parity for nurse practitioners. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2). doi.org/10.3912/OJIN.Vol26No02Man03

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2024). Faktenblatt Demographische Entwicklung und Pflegebedarf. Zugriff am 12.01.2025. Verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/teritaerstufe/pflegeinitiative/Faktenblaetter/fb-demographie.pdf.download.pdf/240508_FB_Demographie_DE.pdf

Bundesamt für Statistik (BFS). (2024) Pflegeleistungen zu Hause: Entwicklung der Finanzierung 2013-2022. Zugriff 21.03.2025. Verfügbar unter

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.31726442.html>

Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries* (OECD Health Working Papers No. 54). doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Harrison, J. M., et al. (2023). The impact of nurse practitioner-led primary care on quality and cost. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231167013. doi.org/10.1177/00469580231167013

Martin-Misener, R., et al. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review. *BMJ Open*, 5(6), e007167. doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167

Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Poghosyan, L., et al. (2023). Advancement of research on nurse practitioners: Setting a research agenda. *Nursing Outlook*, 71(5), 102029. doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102029

Rowe, S. (2024). *Policy review and recommendation: Full practice authority for nurse practitioners* (Capstone Project, University of St. Augustine for Health Sciences). doi.org/10.46409/sr.VFXU7496

Schlunegger, M., et al. (2021). Advanced practice nurses in primary care: Patient outcomes. *Swiss Medical Weekly*, 151, w30102.

Schlunegger, M., Zumstein-Shaha, M., & Simon, M. (2021). Advanced practice nurses in primary care: Patient outcomes and satisfaction. *Swiss Medical Weekly*, 151, w30102. doi.org/10.4414/smw.2021.w30102

Schorn, M. N., et al. (2022). Barriers to APRN practice in the United States. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 23(2), 118–129. doi.org/10.1177/15271544221111545

Schulze Ehring, F. & Köster, A-D. (2010). Gesundheitssysteme im Vergleich Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/pkv-doku_no29_12w.pdf

Smith, L. B. (2022). The effect of nurse practitioner scope of practice laws on primary care delivery. *Health Economics*, 31(1), 21–41. doi.org/10.1002/hec.4438

Sottas, B. & Kissmann, S. (2022). *Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung*. Zugriff am 21.04.2025. Verfügbar unter <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=69615&Load=true&utm>

Suzuki, M., et al. (2024). Facilitators and barriers in implementing the nurse practitioner role in Japan. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. doi.org/10.1111/jan.15983

Waldrop, J. (2022). Billing limitations for nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(7), 735–736. doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.05.014

Zink, T. (2024). Financial burden of collaboration contracts for independent nurse practitioners. *Nursing Management Today*, 45(3), 33–36.

Zwilling, M. (2023). Policy invisibility of advanced practice providers in the United States. *Health Policy Monitor*, 12(4), 1028–1032.