

## **Expertenbericht APN**

**Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)**

**Prof. Dr. Romy Mahrer-Imhof  
Dr. Manuela Eicher  
Fritz Frauenfelder  
Annie Oulevey Bachmann  
Anja Ulrich**

**Basel, den 3.4.2012**

## **Vorwort des Vorstands**

Die wissenschaftlich gestützte Entwicklung der Pflege ist ein Hauptziel des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VfP). Aus diesem Grund lancierte der VfP im Herbst 2009 das Teilprojekt 3 (TP 3) „Regulierung und Zulassung von akademischen Pflegefachpersonen“. Der vorliegende Expertenbericht befasst sich im Rahmen des TP 3 mit Profilen und Funktionen in Advanced Nursing Practice (ANP). Es handelt sich dabei um ein definiertes Wirkungsfeld sowie um ein praxisbezogenes Karrieremodell für akademisch ausgebildete Pflegenden.

Die AutorInnen dieses Berichts erfüllen folgende Kriterien: Doktorat oder Master in Pflegewissenschaft und vertieftes Wissen im Bereich von Advanced Practice Nursing (APN). Im Weiteren verfügen sie über breite Praxiserfahrungen als akademisch ausgebildete Pflegenden in der direkten Zusammenarbeit mit Patientinnen/Patienten sowie über intensive Forschungstätigkeiten auf universitärer Ebene. Die ExpertInnengruppe setzt sich zusammen aus Personen mit Spezialisierung in Familienpflege, in gerontologischer, kardiovaskulärer, onkologischer und psychiatrischer Pflege. Die ExpertInnen weisen Praxiserfahrungen als Advanced Practice Nurses (APNs) auf, haben Forschungsprojekte zu APN geleitet und/oder ANP Studiengänge konzipiert. Sie sind international vernetzt und repräsentieren die deutsch- und französischsprachige Schweiz.

Die Expertengruppe reichte dem VfP Vorstand diesen Expertenbericht zuhanden der Sitzung vom 15.03.2012 ein. Er ist breit auf aktuelle Literatur gestützt und wurde von den anwesenden Vorstandsmitgliedern als hervorragend, differenziert und umfassend beurteilt. Advanced Practice Nursing wird fach- und sachgerecht dargestellt. Historische und aktuelle, internationale Entwicklungen sind berücksichtigt und ebenso ist die schweizerische Situation dargestellt worden. Minimale inhaltliche Anpassungen, die der Vorstand verlangte, wurden aufgenommen. Somit wurde das Expertenpapier APN am 4. April 2012 definitiv und mit grossem Dank vom Vorstand VfP verabschiedet.

Der VfP hat mit dem SBK - der in der Reglementierung und Registrierung des Pflegeberufes eine führende Rolle einnimmt - vereinbart, einen Beitrag zum APN Rollenprofil zu bieten, welches mit den wichtigsten Stakeholdern zusammen unter der Führung des SBK beim Bundesamt für Gesundheit eingereicht werden soll, um als Grundlage für die APN Reglementierung im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) zu dienen. Im GesBG soll das APN Berufsprofil definiert und die Berufsausübung geregelt werden.

Der Expertenbericht behandelt folgende Themen:

- Theoretische Grundlagen von APN
- Definition von APN
- Internationale Entwicklungen von APN
- Evidenz-basierter Nutzen von APN
- Historische und zukünftige Entwicklungen in der Schweiz
- Praxisfokus von APN
  
- Konsequenzen für die Entwicklung von APN in der Schweiz
  - A. Bedarf und Implementation
  - B. Vorbereitung von Berufsleuten
  - C. Titelerhalt und Titelerwerb
  - D. Karriere und Vernetzung

Im Namen des VfP Vorstands: Prof. Dr. Maria Müller Staub, Präsidentin

## **Präambel**

Das vorliegende Papier dient einer Positionierung des Vereins für Pflegewissenschaft zur Thematik der Advanced Practice Nurses (APN) in der Schweiz. Dieses Expertenpapier zielt darauf ab, die Regelung der Funktion von Advanced Practice Nursing (APN) in der Schweiz voranzutreiben. In diesem Sinne ist dieses Expertenpapier als eine Ergänzung des „Positionspapiers: Advanced Nursing Practice in der Schweiz“ der IG swissANP und des Schreibens „Reglementierung Advanced Nursing Practice (ANP)“ des Schweizerischen Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (31.1.2012) sowie des Papiers L'IUFRS...Promoteur de nouvelles professionnelles von Prof Dr. Diane Morin (2.2.2012) zu verstehen. Dies im Sinne eines thematischen Austausches zu APN, sowie - wenn möglich - eine Einigung aller Interessensgruppen auf die grundlegenden Eckpunkte.

### **1. Theoretische Grundlage von APN**

Das Gesundheitssystem der Schweiz steht vor grundlegenden Veränderungen. Neben einer möglichst hohen Versorgungsqualität wird neu in zunehmender Masse die Kontrolle der Kosten respektive deren Reduktion verlangt (Spitzer, 1998). Aufgrund der demographischen Verschiebungen (Zunahme an älteren Menschen und Einzelhaushalte), der wachsenden Prävalenz gewisser chronischen Erkrankungen sowie des Fortschrittes in medizin-technischen Möglichkeiten wird die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen in Zukunft deutlich zunehmen (Spycher, Jaccard Ruedin, Wiedenmayer, & Junker, 2009). Unter anderem durch die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich wird versucht, den veränderten Anforderungen gerecht zu werden (KVG, Art 49) ("Tarifverträge mit Spitälern (vom 18. März 1994, Stand am 1. Januar 2012). In: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)". Es wurden Verbesserungspotentiale in der Gesundheitsversorgung ausgemacht, insbesondere in der Betreuung und bei der Informationsabgabe nach Spitalaufenthalten und operativen Eingriffen (Bundesamt für Gesundheit, 2011). Gleichzeitig ist mit einem Mangel an qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen zu rechnen (Spycher et al., 2009).

Diese und weitere Veränderungen bringen einen Wandel der Gesundheitsberufe mit sich (Spycher et al., 2009). Im Bereich der Pflege werden komplexe gesundheitliche Problemstellungen in vielen Ländern bereits heute durch eine akademisch fundierte Pflege angegangen. Eine Akademisierung der Pflege erhöht die Chance auf eine Zusammenarbeit mit anderen akademischen Berufsgruppen auf entsprechend hohem Niveau und eröffnet komplementäre Wege um eine effiziente und effektive Krankheits- und Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Die Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems verlangen Anpassungen bei der Ausgestaltung, Rollenverteilung und Funktionen der Heilberufe. Dabei gehen sowohl die Versorgungswie auch Behandlungsaufträge über das herkömmliche, klassische Rollenverständnis der Ärzteschaft und der Pflege hinaus. Die Sicherstellung einer professionellen Begleitung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen in der Zukunft verlangen heute nach einer Neuregelung der Aufgaben- und Funktionsfelder aber auch der Verantwortungs- und Handlungsspielräume.

Eine Expertengruppe zur Zukunft der Medizin beschrieb 2004 in ihrem Papier „Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts“ die Notwendigkeit einer veränderten Sichtweise auf die Medizin und die darin tätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe. Ursprünglich als

dichotom gesehene Felder der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit werden zukünftig durch eigenständige Wirkungsfelder mit Schnittstellen ersetzt werden müssen. Demzufolge wurden die eigenständigen Wirkungsfelder, die sich auf ihre eigene Disziplin und Wissen stützen müssen, definiert. Für die ärztliche wurde folgende Definitionen verwendet: „Die ärztliche Tätigkeit beinhaltet die Prävention und Diagnose von Krankheiten sowie die Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfeldes.“ Für die pflegerische Tätigkeit wird ausgeführt, dass Pflegen eine grundlegend zwischenmenschliche Handlung ist. „Pflege unterstützt Menschen bei der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen. Sie hat zum Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse und Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Überdies fördert und erhält Pflege Gesundheit und beugt gesundheitlichen Schäden vor (Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften (SAMW), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), & Medizinische Fakultäten der Universitäten, 2004). Diese Sicht entspricht auch derjenigen des Berufsverbandes der Pflegefachpersonen, dass die professionelle Pflege ihr Fokus auf die Auswirkungen und Folgen von aktuellen oder potentiellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen richtet (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2008). In diesem Zusammenhang stehen das Erleben und die Bewältigung des Alltages von Menschen und Gruppen im Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit (Caring). Die pflegerischen Interventionen basieren auf Pflegediagnosen (z.B. NANDA-I), welche Auswirkungen und Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen abbilden.

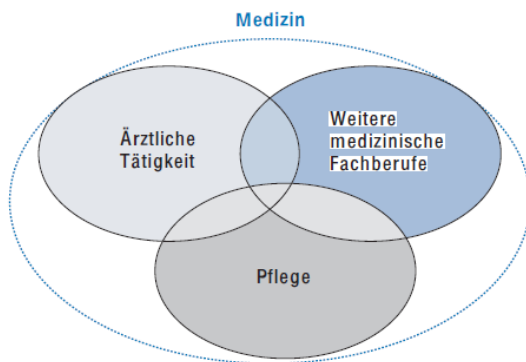


Abbildung 1: Projekt Zukunft Medizin, Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts, S.24

In einer weiteren Publikation zu den Berufsbildern wurden 2007 und 2011 festgehalten, dass die Aufgabenteilungen in der Zukunft nicht mehr hierarchisch, ständisch definiert und an formellen Titeln orientiert werden können (Bauer et al., 2007, 2011). Es wird betont, dass die interdisziplinäre Teamarbeit mehr und mehr an Bedeutung gewinnen wird. Innerhalb der Teams von ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen werden Ärztinnen und Ärzte vor allem im Bereich der Diagnose- und Indikationsstellung, der Behandlung und Beratung, des „Disease Managements“ komplexer Fälle und der spezialisierten Methoden ihre Wirkungsfelder haben. Pflegefachpersonen werden zusätzlich zu ihrer bisherigen Tätigkeiten Funktionen in Diagnostik, Therapie und Case Management übernehmen und diese Aufgaben selbstverantwortlich ausführen (Bauer et al., 2007, 2011; Wagner, 2009).

Eine komplementäre Ausübung der unterschiedlichen Rollen ist von grösster Bedeutung für die effiziente und effektive Ausrichtung eines zukünftigen Gesundheitssystems. Als Primärversorgung kommt für Menschen mit akuten gesundheitlichen Problemen oder deren erstmaliges Auftreten schwerpunktmässig eine ärztlich geleitete Behandlung in Frage. Für Menschen mit chronischen gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen, oft verbunden mit physiologisch bedingten Veränderungen (Alterung), kann eine Primärversorgung unter einem primär pflegerischen Fokus passender sein. Gewisse Problemstellungen erfordern ein komplementäres Vorgehen beider Berufsgruppen, wobei die unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte partnerschaftlich zum Tragen kommen, um die erforderliche holistische Sicht- und Handlungsweise zu gewährleisten.

Um die oben beschriebenen Aufgaben erfüllen zu können, bedarf es in der Pflege einer hohen fachlichen Kompetenz und der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und zu tragen. Advanced Practice Nurses sind die Fachpersonen, die durch ihre Ausbildung befähigt sind, diese Tätigkeiten in der klinischen Praxis auszuführen und in der intradisziplinären Teamarbeit auch anzuleiten.

## 2. Definition der APN

Der Begriff Advanced Practice Nursing (APN) oder Advanced Nursing Practice (ANP) steht für ein Schirmkonzept dem sich verschiedene Rollen der Advanced Practice Nurses (APNs) zuordnen lassen. Eine Definition angelehnt an die ICN Definition wurde wie folgt in einem mit Stakeholdern der Pflege verfassten Brief des SBK zuhanden der Begleitgruppe und Projektleitung Gesundheitsberufegesetz GesBG (Reglementierung Advanced Nursing Practice (ANP), 31.1.2012) verwendet:

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

Adapted from: International Council of Nurses: Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles [official paper], 2002, June, Available from: [http://www.icn.ch/networks\\_ap.htm](http://www.icn.ch/networks_ap.htm)

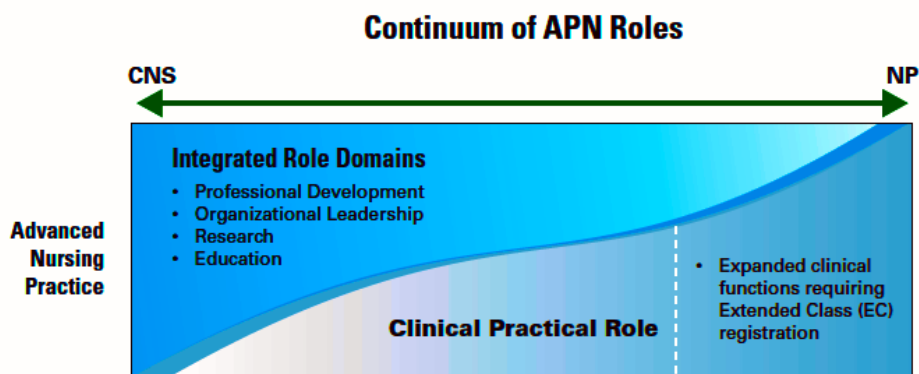
Im internationalen Kontext finden sich verschiedene Definitionen, die alle im Kern auf gemeinsame Grundlagen rekurrieren:

- Die APN nimmt einen zentralen Stellenwert in der Innovation, Leitung und Wandlung komplexer Pflegesituationen spezifischer Patientenpopulationen und in der Evaluation klinischer Projekte ein.
- Sie verfügt über Forschungsfähigkeiten und ist in der Lage, Hilfsmittel zur Etablierung einer „Best Practice“ zu orten und anzupassen, allenfalls zu entwickeln.
- Sie engagiert sich in der Aus- und Weiterbildung der Pflege.

Laut Hamric, Spross und Hanson (2009) zeichnet sich die Rollen der APN durch vier Elemente aus: 1) selbständiges Handeln, 2) selbstverantwortliches klinisches Entscheiden, 3) organisatorische Fähigkeiten im Rahmen der Koordination von Gesundheitsdiensten sowie 4) die aktive Teilnahme an Pflegeforschung und Weiterentwicklung der Pflege.

International hat sich eine Vielzahl von Rollen unter dem Schirmkonzept der APN etabliert. Etablierte Rollen sind im angloamerikanischen Raum, die Rolle der Clinical Nurse Specialist (CNS) und der Nurse Practitioner (NP) sowie der Certified Registered Nurse Anesthetist und der Certified Nurse Midwife. Im Weiteren werden Bezeichnungen der Specialist Practitioner, Nurse Therapist, Higher Level Practitioner and Nurse Consultant der Begrifflichkeit APN zugeordnet.

Bryant-Lukosius stellt die unterschiedlichen Rollen auf einem Kontinuum dar, welche durch die beiden Pole CNS und NP charakterisiert werden.



Bryant-Lukosius, D. (2004 & 2008). *The continuum of advanced practice nursing roles*. Unpublished document.

Abbildung 2: Kontinuum der APN Rollen (Di Censo & Bryant Lukosius, 2010)

CNSs pflegen eine spezifische Patientenpopulation mit komplexen Pflegebedürfnissen und verfügen über eine klinische Expertise in diesem Gebiet (Hamric et al., 2009; International Council of Nurses, 2002). Sie sind für die Entwicklung von klinischen Leitlinien und Standards in ihrem Fachgebiet verantwortlich. Sie verfügen über die Fähigkeit, Pflegende in ihrem Fachgebiet zu beraten und hierbei die Rolle eine Change Agents zu übernehmen. Diese Funktionen dienen einer nachhaltigen Sicherstellung der Effektivität und Effizienz, der Kontinuität, der Erreichbarkeit der Qualität und der Sicherheit der geleisteten Pflege. CNS arbeiten mit Pflegenden eines Fachgebietes innerhalb einer Organisation des Gesundheitswesens (Spital, Ambulatorium, Spitzex, Heim) sowie anderen Fachpersonen des interdisziplinären Teams zusammen.

NPs bieten neben genuin pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen an, die bislang dem ärztlichen Aufgabenfeld zugeordnet wurden (Hamric et al., 2009; International Council of Nurses, 2002). Mit diesen Interventionen werden in der Regel gesundheitlichen Beeinträchtigungen angegangen, die einerseits eine hohe Inzidenz- und Prävalenzrate aufweisen, andererseits sich aber in einem stabilen Zustand befinden. NPs arbeiten vorwiegend in enger Kooperation mit Ärzten. Neben ihrer ausgewiesenen Pflegeexpertise müssen NPs über spezifische Kenntnisse verfügen, die in der Regel an medizinischen Fakultäten erworben werden. Rechtlich sind NPs in der Lage, definierte medizinische Handlungen auszuüben, bestimmte Medikamente zu verordnen respektive deren Verordnungen anzupassen sowie diagnostische Test zu veranlassen und zu interpretieren.

Wie Abbildung 2 zeigt, hat der Begriff „advanced“ in den Rollen der CNS und NP unterschiedliche Schwerpunkte. Während sich die CNS ihre Rolle stark auf die Entwicklung des Versorgungssystems ausrichtet und die Anleitung gegenüber den Pflegefachpersonen stärker betont als den direkten Patientenkontakt in einem Spezialgebiet der Pflege, ist die NP auf eine erweiterte pflegerische und medizinische Praxis am Patienten ausgerichtet, und die Anteile zur Systementwicklung und Anleitung anderer Pflegefachpersonen steht mehr im Hintergrund. Die Übergänge zwischen beiden Rollen sind in der Praxis fließend. Die weiße gestrichelte Linie begrenzt im Modell das Feld auf dem Kontinuum zur NP in dem traditionell ärztliche Tätigkeiten übernommen werden.

### **3. Internationale Entwicklungen der APN**

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es zu Spezialisierungen innerhalb der Pflege. In den 1950er Jahren wurden die ersten CNS tätig, ca. zehn Jahre darauf die ersten NPs. Ein internationaler Überblick zeigt auf, dass diverse Praxisrollen, Ausbildungsmöglichkeiten auf Hochschul-Niveau bestehen. Im Weiteren sind Zertifizierungen und rechtliche Rahmenbedingungen etabliert, welche die Ausübung der APN-Rollen reglementieren. Laut Schätzungen des ICN arbeiten bereits zu Beginn der 1990er Jahre weltweit 140'000 APNs in Rollen der CNS, NP, Certified Registered Nurse Anesthetist und der Certified Nurse Midwife (Schober & Affara, 2008). Allein in Kanada sind 2006/2007 rund 2290 CNS tätig, sowie 1346 NPs lizenziert (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010).

In vielen Ländern etablierten sich die APN Rollen aufgrund von Reformen des Gesundheitssystems, wobei soziale und ökonomische, sowie gesundheitspolitische und intraprofessionelle Probleme im Vordergrund standen (Delamaire & Lafortune, 2010; Hamric et al., 2009). Die genannten Veränderungen des Versorgungsbedarfs und der humanen Ressourcen (vgl. 1) spielten eine wesentliche Rolle. Delamaire & Lafortune (2010) nennen vier Faktoren, welche sich fördernd respektive hindernd auf die Etablierung von Advanced Nursing Practice auswirken: (1) professionelle Interessen der Ärzte und Pflegenden und deren Einfluss auf Reformprozesse, (2) die Organisation der Versorgung und Finanzierungsmechanismen, (3) der rechtliche Einfluss auf die Berufsausübung und die Entwicklung neuer Berufsrollen und (4) die Kapazität des Bildungssystems Pflegenden mit höheren Kompetenzen auszubilden. Eine weitere Herausforderung liegt in der fehlenden international anerkannten Definition der Fähigkeiten und Fertigkeiten von APN, welche eine Planung des Bedarfs sowie der entsprechenden Ausbildung erschweren (Chang, Gardner, Duffield & Ramis, 2011; Pulcini, Jelic, Gul & Loke, 2010). In einer internationalen Pilot-Studie des ICN zur Statuserhebung der APNs wurden durch Vertreter verschiedener Länder die Widerstände der ärztlichen Standesorganisationen als behindernder Faktor der Etablierung der APNs genannt (O'Brien, Martin, Heyworth & Meyer, 2009; Pulcini et al., 2010).

Die Entwicklung der NP erfolgte sowohl in den USA wie auch in Kanada im Rahmen der Substitution von Ärzten (durch Ärztemangel) respektive komplementär zur Ärzteschaft (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). In den USA wurde in den Jahren 1965-70 die Nurse Practitioner (NP), vor allem in ländlichen Gebieten eingeführt. In den Jahren 1971 – 1974 wurden die entsprechenden Ausbildungsinhalte und Weiterbildungen und sowie fixe Curricula gesetzlich verankert. Doch erst in den Jahren 1990 – 2000 kam es zum eigentlichen

Durchbruch der NP infolge der Schaffung von unterstützenden, gesetzlichen Rahmenbedingungen und Abrechnungsmöglichkeiten (Pulcini & Wagner, undated).

Auch in England wurden Pflegefachpersonen in der Vergangenheit mit Aufgaben betraut, die herkömmlich von Ärzten ausgeführt wurden (Lansley & Milton, 2009). In den letzten Jahren führten demografischen Veränderungen und die Zunahme der chronischen Erkrankungen zu Überlegungen Pflegefachpersonen mit erweiterten Praxisfeldern einzusetzen. Der Einsatz dieser APN, CNS oder NP, erfolgt komplementär zur medizinischen Versorgung.

Sowohl in Deutschland wie auch Österreich wird in den letzten Jahren vermehrt über die Ausbildung und den Einsatz von APNs diskutiert. Konkrete Ausbildungsangebote finden sich in Deutschland seit 2007 an der Fachhochschule Jena und seit 2010 an der Fachhochschule Frankfurt am Main (Deutsches Netzwerk APN & ANP, 2011). In Österreich bietet die Fachhochschule Krems einen Bachelorstudiengang für Diplomierete Pflegefachpersonen zur Vorbereitung auf einen Masterstudiengang Advanced Nursing Practice an der Uni Krems an. Die Fachhochschulen Linz und Wien planen ein Master of Advanced Nursing Practice mit Start im Herbst 2012.

#### 4. Nutzen von APN

International mehren sich die Studien, welche den Einsatz von APNs untersuchen. Dabei wurde insbesondere die Rolle der NPs durch zahlreichen RCTs und Beobachtungsstudien evaluiert, aber auch die Rollen der CNS und Certified Midwife (Delamaire & Lafortune, 2010; Newhouse et al., 2011). Die aktuellste systematische Review erfasst 69 Studien (20 RCTs und 49 Beobachtungsstudien), publiziert zwischen 1990 bis 2008 (Newhouse et al., 2011).

Vergleichsstudien zwischen **NPs und Ärzten** weisen auf eine Evidenz hin, dass sich die Arbeitsergebnisse (z.B. Patientenzufriedenheit, selbsteingeschätzte Gesundheit, Funktioneller Status, Glucose- und Lipidstatus, Blutdruck, Notfalleintritte, Hospitalisation und Hospitalisationsdauer, Mortalität) in beiden Gruppen kaum unterscheiden (Tabelle 1).

Outcome /Resultat	Anzahl Studien	Zusammenfassung	Evidenz
Zufriedenheit	6 (4 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Selbsteingeschätzte Gesundheit	7 (5 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied in der selbsteingeschätzten Gesundheit in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Funktioneller Status	10 (6 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied bezüglich des funktionellen Status (ADL / IADL) in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Glukosestatus	5 (5 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen oder besserer Glukosestatus in Gruppen die durch NPs betreut wurden	Hoch



Lipidstatus	3 (3 RCTs)	Besserer Lipidstatus bei Patienten, die durch NPs betreut wurden (verglichen mit ärztlicher Betreuung)	Hoch
BD-Kontrolle	4 (4 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied bezüglich des Blutdrucks in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Notfall-einweisungen	5 (3 RCTs)	Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Notfall-eintrittsrate in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Hospitalisation / Rehospitalisation	11 (3 RCTs)	Kein signifikanter Unterschiede bezüglich der Hospitalisation / Rehospitalisation in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch
Beatmungsdauer	3 (0 RCT)	Vergleichbare Beatmungsdauern bei Patienten betreut durch NPs in Zusammenarbeit mit Ärzten und niedergelassenen Ärzten in Zusammenarbeit mit einem behandelnden Arzt.	Schwach
Aufenthaltsdauer	16 (2 RCTs)	Kein signifikanter Unterschiede bezüglich der Aufenthaltsdauer in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Moderat
Mortalität	8 (1 RCT)	Kein signifikanter Unterschiede bezüglich der Mortalität in NP- und Ärzte-Vergleichsgruppen	Hoch

Tabelle 1: Zusammenfassung der Outcomes und Evidenz für Nurse Practitioners (Newhouse et al. 2011, Übersetzung durch M. Eicher)

Im Zusammenhang mit dem **Einsatz von CNS** ergaben Vergleichsstudien bessere Patientenergebnisse hinsichtlich Aufenthaltsdauer, Kosten und Komplikationen unter Einbezug von CNS in Pflegeteams. Im Bereich der Zufriedenheit zeigte sich kein Unterschied zwischen Pflegeteams mit oder ohne CNS (Tabelle 2).

Outcome /Resultat	Anzahl Studien	Zusammenfassung	Evidenz
Zufriedenheit	3 (2 RCTs)	Vergleichbare Ergebnisse zwischen Pflegeteams mit und ohne CNS	Hoch
Aufenthaltsdauer	7 (5 RCTs)	Kürzere Aufenthaltsdauern bei Patienten, die durch eine CNS gepflegt wurden als bei Patienten die von Pflegenden ohne CNS-Status gepflegt wurden.	Hoch
Kosten	4 (2 RCTs)	Tiefere Kosten in Pflegeteams mit CNS als in Teams ohne CNS	Hoch
Komplikationen	3 (1 RCT)	Weniger Komplikationen in Pflegeteams in die CNS integriert sind als in Teams ohne CNS	Moderat

Tabelle 2: Zusammenfassung der Outcomes und Evidenz für Clinical Nurse Specialists (Newhouse et al. 2011, Übersetzung durch M. Eicher)

In der Schweiz ist die Datenlage bezüglich Effektivität der APN noch dünn. Verschiedene deskriptive Studien haben positive Erfahrungen mit APN gezeigt (Barandun Schafer et al., 2011; Bläuer et al., 2011; Imhof, Naef, Mahrer-Imhof & Petry, 2011; Spitz-Koberich & Steinle-Feser, 2010; Ulrich, Hellstern, Kressig, Eze & Spirig, 2010; Zuniga, Jenni, Wiesli & Schwendimann, 2010). Wie bereits in der Swiss Research Agenda in Nursing festgehalten, besteht Bedarf, die insgesamt positiven Studienergebnisse mit Interventionsstudien im Schweizer Kontext zu überprüfen (Imhof et al., 2008).

## **5. Entwicklung in der Schweiz**

Mit der Höheren Fachausbildung I und II (HöFa I; HöFa II) / französisch Cliniciennes I / II etablierte sich ab Ende der 80er Jahre in der Schweiz eine Ausbildung, die auf eine erweiterte pflegerische Praxis abzielte und Fachpersonen für die Stellen von Pflegeexpertinnen (cliniciennes spécialisées) vorbereitete. Die erste akademische Ausbildung zu einem Master of Nursing Science wurde durch eine Zusammenarbeit der Universität Maastricht und dem WE'G in Aarau möglich. Mit diesem Studiengang wurden wichtige Grundlagen für die weitere akademische Bildung in der Schweiz geschaffen. Die Tradition der HöFa II und damit für eine Ausbildung für eine klinische Praxis ist 2000 mit der Etablierung des ersten pflegewissenschaftlichen Instituts an der Universität Basel auf Hochschulebene fortgeführt worden (Spirig, 2010). Mit der Etablierung der Masterstudiengänge in der Romandie (Uni Lausanne in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Westschweiz HES-SO sowie den Universitätskliniken und dem SBK) sowie der deutschsprachigen Fachhochschulen (BFH, FHS und ZHAW) werden seit 2009 respektive 2010 eine grössere Zahl Pflegefachpersonen in Master of Science Studiengängen für die Rolle einer APN Pflegefachperson vorbereitet und in der klinische Praxis einsetzbar. Das heutige Profil dieser Berufsleute lehnt sich stark an die Rolle der international beschriebenen Rolle der CNS an.

Zurzeit wird in der Schweiz im Rahmen der Debatte um den Ärztemangel auch die Rolle der NP und deren Notwendigkeit für die Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung diskutiert. Trotz nationalen Eigenheiten entwickelt sich die Schweizer Gesundheitsversorgung zunehmend parallel zu internationalen Gesundheitssystemen. Momentan geführte Diskussionen befassen sich mit der Ausweitung von Verantwortlichkeit und Kompetenzen der Pflege. Dieses mündete in politischen Vorstössen (beispielsweise die Initiative zur rechtlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege), mit dem Ziel, die Verantwortlichkeit der Pflege zu erweitern. Zur Übernahme von mehr Verantwortung besteht auch Opposition, da die Rolle der APN einseitig als NP und Substitution von Ärzten wahrgenommen wird (Schalch, 2011; Spirig, 2012). Diese Diskussionen erhöhen den Bedarf nach einer Klärung der Kompetenzen der APN in der Schweiz. Die Ausweitung von Verantwortlichkeiten muss vor dem Hintergrund des Beitrages von der APN in der Patientenversorgung beantwortet werden. Schweizer APNs werden sich auch in der Schweiz an die nationalen Bedürfnisse angepasst auf dem Kontinuum zwischen CNS und NP verorten.

Seit Ende 2011 besteht unter Leitung des SBK eine „Taskforce“ verschiedener Organisationen (SBK, VFP, SVPL, Fachkonferenz Pflege KFH) und Bildungsanbieter MSc mit Schwer-

punkt APN (Uni Basel, Uni Lausanne- HES-SO, FHS Bern, St.Gallen, Zürich). Diese konnten sich in einer ersten Stellungnahme im Januar 2012 auf eine Definition von APN einigen und setzen sich für eine Reglementierung auf Bundesebene im Gesundheitsberufegesetz ein. Es soll eine Anerkennung und Registrierung als APN erfolgen. Voraussetzungen sind ein Master of Science in Nursing mit mindestens 90 ECTS sowie vertiefende Pflegepraxis. Zur Sicherung einer nachhaltig qualitativ hochstehenden Patientenversorgung braucht es ein aktives Berufsregister für APNs mit einem regelmässigen Nachweis der beruflichen Entwicklung.

## 6. Der Praxisfokus der APN

APNs sind in erster Linie der Verbesserung der Patienten- und Familienoutcomes verpflichtet und benötigen dafür die notwendige Ausbildung und Erfahrung: *«To be an APN is not a batch of honour. It is a responsibility in clinical nursing practice with the goal to benefit patients and their families. It is necessary that you shall be well educated and prepared for it.»* (Hamric, 19.1.2011, Winterthur).

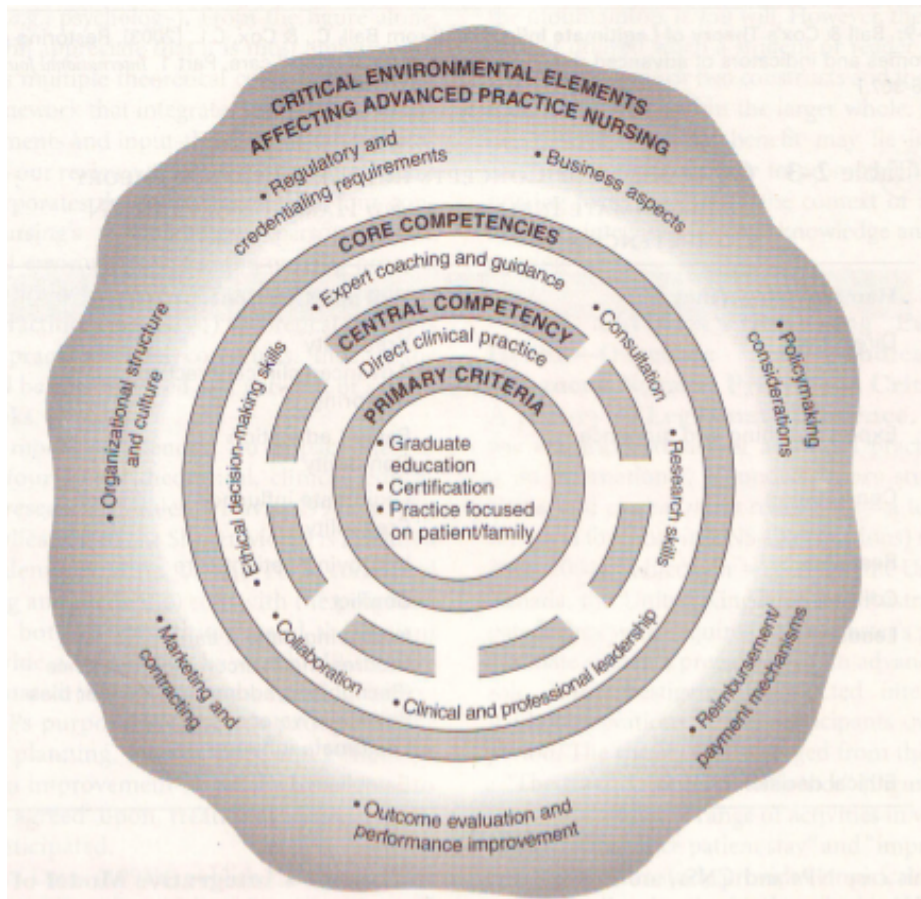


Abbildung 3: APN-Modell, (Hamric, Spross & Hanson, 2009)

Die klassischen Rollen einer APN werden im Folgenden nach den Kernkompetenzen wie sie von Hamric, Spross & Hanson (2009) beschrieben sind dargestellt und mit konkreten Beispielen verdeutlicht.

Das zentrale Element der APN ist die *direkte Pflege*. Eine APN Pflegefachperson beteiligt sich an der direkten Pflege des Pflgeteams. Sie ist spezialisiert für eine klar definierte zu-meist hochkomplexe, multimorbide Patientenpopulation und zuständig für deren Pflege- und Betreuungsmodelle. Der Einsatz kann in verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung angesiedelt sein; von Zentrums- über Langzeitinstitutionen, zur ambulanten Versorgung zu Hause (Spitex), in Ambulatorien sowie in der Grundversorgung. Ihre berufliche Tätigkeit entspricht den ethischen Prinzipien der Pflege und deren theoretischen Grundlagen.

In der Schweiz arbeiten bereits verschiedene APNs in verschiedenen Settings für verschiedene Patienten mit Pflgeteams zusammen.

All diesen APNs sind folgende Kernkompetenzen gemeinsam, die sie durch Ausbildung und klinische Praxiserfahrung und Weiterbildung (Spezialisierung) erwerben.

1. Experten-Coaching (Coaching and guidance): APN begleiten, beraten und befähigen mehrfacherkrankte Personen und ihre Bezugspersonen in teilweise hochkomplexen Situationen. Sie helfen mit, die Therapie zu optimieren und die betroffenen Personen bei der Umsetzung zu unterstützen.
2. Beratung (Consultation): APN stärken in chronischen Krankheitssituationen die Kompetenzen der Patienten und ihren Familien im Selbstmanagement, um mit ihren chronischen, somatischen oder mentalen Erkrankungen umzugehen. APNs übernehmen dabei die Verantwortung für den Beratungsprozess.
3. Forschung (Research): Für die betroffene Patientengruppierung ist die Pflegeforschung in der Klinik für entsprechende Evaluationen, wie auch die lang anhaltende Begleitung und Überwachung, unabdingbar. Die APN hat Forschungskompetenzen, um pflegerische Angebote in ihrem Fachbereich in Zusammenarbeit mit Pflegewissenschaftlerinnen zu evaluieren und Forschungsergebnisse für eine evidenz-basierte Pflege zu interpretieren und nutzbar zu machen.
4. Klinisches und pflegespezifisches Leadership (clinical and professional leadership): APN übernehmen innerhalb des Pflgeteams fachliche Führung und motivieren Pflgende im Team ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu spezifischen Themen zu vertiefen. APN unterstützen Pflegepersonen, eine gute / optimale Versorgung der ihnen anvertrauten Patientengruppen zu erreichen. Sie erkennen hindernde Faktoren für eine optimale Versorgung innerhalb der Institution und setzen sich für eine Verbesserung der Bedingungen ein. Es gehört zur APN Funktion, unterstützende Massnahmen, Ressourcen, Aus- und Fortbildung für Pflgende zu ermöglichen und deren Befugnisse und Kompetenzen im multi- oder interdisziplinären Team zu klären.
5. Multi- und inter- oder transdisziplinäre Zusammenarbeit (collaboration): In der Berufsausübung identifizieren APNs die diversen Interessengruppen und involvieren diese. Sie arbeiten eng mit ihren Partnern (Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Hausarztpraxen, Gruppenpraxen, Apotheken, usw.) zusammen und entwickeln

bei Bedarf gemeinsame Versorgungspläne. Sie führen mit allen beteiligten Personen – Patientinnen und Patienten, deren Bezugspersonen und Angehörigen sowie mit weiteren involvierten Dienstleistungserbringern – eine offene und transparente Kommunikation.

6. Ethische Entscheidungsfindung: APN stützen ihre eigene Tätigkeit bei den Patienten und ihren Angehörigen auf ethische Grundlagen. Sie sind in der Lage, die Diskussionen um ethische Entscheidungsfindung innerhalb des Behandlungs- und Pflegeteams zu initiieren und zu leiten.

Im klinischen Arbeitsfeld einer CNS sehen diese Kernkompetenzen beispielsweise so aus: Sie ist eine der ersten Personen, die am Bett des frisch hospitalisierten Patienten mit einer hochkomplexen Krankheitssituation steht. Sie verschafft sich dabei einen ersten klinischen Eindruck der Situation. Dazu benötigt sie ihre Kenntnisse im klinischen Assessment, die sie für eine Beurteilung der somatischen, funktionalen, psychischen, sozialen und ökonomischen Bedürfnisse des Patienten und seines Umfelds einsetzt. Aus diesem Assessment werden Pflegebedarf / -diagnosen abgeleitet, mit dem Patienten und dessen familialen Systems Ziele und Outcomes festgelegt und pflegerische, personenzentrierte Interventionen durchgeführt, die in die interdisziplinäre Gesamtbetreuung zu integrieren sind. Gleichzeitig achtet sie auf eine dem Patienten und seinen Bedürfnissen ethisch therapeutisch angemessene Entscheidungsfindung. Das Pflegeteam arbeitet anhand einer individuellen Pflegeplanung, passt die Pflegehandlungen den ändernden Umständen an unter Supervision und mit Coaching der CNS am Patientenbett. Das Coaching gestaltet sich so, dass die CNS selber mitpflegt, regelmässige Gespräche führt mit dem Patienten und den Angehörigen, Arztvisiten regelmässig begleitet und Fallbesprechungen durchführt. Das Umfeld des Patienten spielt eine grosse Rolle. Die CNS leitet die familienzentrierte Pflege, in dem sie dem Patienten und den Angehörigen beratend zur Seite steht, für Anerkennung sorgt und in Krisen Unterstützung anbietet. Das Eintritts-Assessment und die Begleitung sind entscheidende Faktoren zur Planung des Austritts. Im interdisziplinären Rahmen werden mit dem Patienten und den Angehörigen die Folgebehandlung oder die professionellen Unterstützungen zuhause organisiert und die dazu nötigen Dienste informiert.

Neben der klinischen Tätigkeit, ist die CNS im Sinne von best Practice best Care gefordert, ihre klinische Expertise in eine stetige Pflegeentwicklung unter ihrer Leitung einfließen zu lassen. Sie plant aus der klinischen Tätigkeit für die spezialisierte Patientenpopulation heraus die nötigen Interventionen zur Praxisentwicklung immer im Kontext mit den sich verändernden Patientenbedürfnissen. Die Praxisentwicklungsschritte werden in Form von Evaluationsforschung überprüft. So führt sie beispielsweise ein Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos ein und wertet die Erfassung und Umsetzung der Massnahmen entsprechend aus.

Ausserhalb ihrer klinischen Tätigkeit ist die CNS in der Lehre rundum ihre klinische Fachexpertise tätig und bezieht sich dort stets auf den Patienten und dessen Umfeld.

Die CNS nutzt die nationale und internationale Vernetzung, um ihre eigene Expertise zu erweitern, oder anderen ihre Expertise zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig ist sie in gesund-

heitspolitischen Belangen eine Fürsprecherin der patientenbezogenen Bedürfnisse und reagiert auf die epidemiologischen Entwicklungen.

## **7. Konsequenzen für die Entwicklung der APN in der Schweiz**

Die Entwicklung und Implementierung von APN Rollen im Gesundheitssystem ist voranzutreiben um eine gute Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Das Profil der APN - insbesondere in der Rolle der CNS – grenzt die Aufgaben der Pflege klar von jenen der Ärzte ab. Daher dienen APNs nicht einer Substitution von Ärzten, sondern sie werden komplementär zu ärztlicher Tätigkeit eingesetzt.

Die Pflege muss als eigenständige Disziplin mit eigener theoretischer Fundierung und definiertem Praxisprofil erhalten und weiterentwickelt werden. Damit grenzt sie sich auch von anderen Berufsprofilen (z.B. MPA, FAGE) ab, die in Delegation ärztliche Tätigkeiten ausüben können.

Um eine, den internationalen Standards entsprechende Rolle der APN in der Schweiz zu etablieren, sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

### **A. Bedarf und Implementation**

1. Die Entwicklung der Rollen APN muss auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung abgestimmt sein. Zur Evaluation dieser Bedürfnisse bietet sich das PEPPA Framework an. Dabei handelt es sich um ein evidenzbasiertes und patienten-fokussiertes Instrument zur Planung und Implementierung von APN-Rollen (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).
2. Nur mit einem systematischen Vorgehen, das wichtige Stakeholder, wie Gesundheitsberufe, politische Entscheidungsträger, Kostenträger und nicht zuletzt Patientenorganisationen einschliesst, kann die Diskussionen um die national wie auch international zunehmende Nachfrage nach akademisch ausgebildeten, klinisch arbeitenden Pflegefachkräften beantwortet werden.
3. Die durch APN in der Schweiz zu betreuenden Zielgruppen (Patienten und Angehörige) und daraus abgeleitet die erforderliche Zahl von APN's sind zu bestimmen. Dazu braucht es eine Einigung hinsichtlich Stellenbeschreibungen, Kompetenzen und Befugnisse.
4. Die Implementation muss durch Forschung begleitet sein, die vorwiegend auch die Prozesse und Strukturen sowie hindernde und fördernde gesundheitssystemische Faktoren zu untersuchen hat. Neben der Wirksamkeit und Kosten/Nutzen gilt es, die Akzeptanz der Rollen in der Bevölkerung sowie die Zufriedenheit mit den Rollen durch Patienten, Angehörige und andere Gesundheitsberufe zu erforschen.

### **B. Vorbereitung von Berufsleuten**

5. Die Berufsausübung (Scope of Practice) und die dafür erforderliche Bildung müssen einheitlich geklärt und geregelt sein.
  - a. Neben der pflegerischen Grundausbildung ist ein Master of Science in Nursing mit mindestens 90 ECTS zwingend.

- b. Der MScN/MNS Studiengang soll auf einem Curriculum basieren, das neben einer fundierten Forschungsausbildung, auf die Rolle der APN fokussiert. Eine Erweiterung und Vertiefung des Wissens und der Fähigkeiten zur klinischen Entscheidungsfindung für eine patientenzentrierte Pflegepraxis ist unabdingbar.
  - c. Coaching in erweitertem klinischen Assessment innerhalb der Studiengänge, sei dies durch Fachärzte oder Senior APN's, ist erforderlich. Dies erfolgt mit dem Ziel einen erweiterten Pflegebedarf einschätzen und mittels pflegerischen Massnahmen zu pflegesensitiven Outcomes selbstverantwortlich beitragen zu können.
  - d. Da eine Spezialisierung innerhalb der Studiengänge nur bedingt möglich ist, kann ein supervidiertes Praxisjahr nach erfolgtem Abschluss einen Berufseinstieg vereinfachen (Morin, 2012).
6. Die Bildungsinstitutionen auf Hochschulebene sind für die Ausbildung von APN's zu akkreditieren, wenn ihre Curricula für eine erweiterte pflegerische Praxis ausgelegt sind. Die Curricula beruhen auf den theoretischen Grundlagen der Pflegedisziplin und verwenden primär pflegewissenschaftliche Erkenntnisse neben den Erkenntnissen verwandter Disziplinen.
- a. Die Inhalte richten sich nach den Rollenanteilen wie im Canadian Nursing Assoziation-Positionsstatement 2009 formuliert wurden.
    - i. Klinische Ausrichtung mit Vertiefung von Pflegewissen und „pflegeverwandtem“ Wissen wie z.B. Grundlagen der Gesundheitsversorgung (z.B. Klinisches Assessment, Versorgungssysteme)
    - ii. Beratungskompetenz
    - iii. Forschungskompetenz
    - iv. Fachliche Leadership Kompetenz (Canadian Nurse Association, 2008, 2009a, 2009b)
  - b. Eine Weiterentwicklung der Curricula richtet sich nach den Verantwortungen, die den Pflegefachpersonen mit APN übertragen werden. Bei neuen Kompetenzen werden die notwendigen Inhalte integriert (z.B. bei Verordnungsrecht vermehrt Pharmakologie etc.) (Morin, 2012). Gemeinsame Weiterbildungsmöglichkeiten mit anderen Berufsgruppen sind hier sinnvoll (Bauer et al., 2007, 2011).

### **C. Titelerhalt und Titelerwerb**

- 7. Eine Verankerung der Rollen APN im Gesundheitsberufegesetz ist notwendig.
  - a. Minimale Standards sind festzulegen, um den Titel einer APN zu schützen:
    - i. Ausbildung auf MSc mit mindestens 90 ECTS
    - ii. Nachweis von kontinuierlicher Weiterbildung in der Spezialisierung
    - iii. Nachweis direkter klinischen Praxis von 20% des Arbeitspensums
  - b. die Abrechenbarkeit der Leistungen von APN wird angestrebt
- 8. Die APN Tätigkeit setzt grundsätzlich eine Vertiefung im Pflegefachwissen und eine Spezialisierung voraus.

- a. Nach Abschluss des Masterstudienganges wird von den APN erwartet, dass sie sich kontinuierlich um die Fort- und Weiterbildung kümmern und ihr spezifisches Fachwissen vertiefen (Schober & Affara, 2008).
  - b. Weiterbildungsangebote sind in den nächsten Jahren zu entwickeln, um die Kompetenz der Berufsangehörigen APN zu erhalten und zu vertiefen. Wie in der Bildungssystematik vorgesehen, sind MAS auf post-MSc Niveau anzubieten. Diese sind zukünftig durch klinische und theoretische Fort- und Weiterbildungsangebote als Programme von akademischen Institutionen anzubieten.
  - c. Die Weiterbildung der APN ist in ihrem persönlichen Portfolio zu überprüfen.
9. Die Berufspersonen, die heute in diesen Positionen arbeiten, die notwendigen Bildungsvoraussetzungen aber nicht mitbringen, müssen ins neue System überführt werden.
- a. in einer Übergangsphase können APN-Teams mit unterschiedlicher beruflicher Qualifikation z.B. MAS, CAS und HöFa II durch fachliche Leitung einer APN die Etablierung der APN-Rolle unterstützen (Ullmann-Bremi, Schluer, Finkbeiner & Huber, 2011).
  - b. In Bildungsinstitutionen sind Übergangsprogramme anzubieten.

#### **D. Karriere und Vernetzung**

10. Eine akademische Berufskarriere zum PhD soll für APN im Anschluss an ihr Masterstudium möglich sein. PhD-Programme sind einzurichten.
11. Vernetzungen im Rahmen der Berufsorganisationen sind notwendig.
- a. Die APNs organisieren sich entsprechend ihrer Spezialisierung in regionalen, nationalen oder internationalen Fachgremien (z.B. akademische Fachgesellschaften des VfP, multiprofessionellen Vereinigungen zu spezifischen Patientenpopulationen, Interessengruppen in den entsprechenden Fachverbänden). Sie tauschen sich über neueste pflegerische und medizinische Evidenz aus und präsentieren diese in der intra- wie multidisziplinären Zusammenarbeit.
  - b. Ein Dachverband der akademisch ausgebildeten APNs agiert als Verhandlungspartner für Gesundheitsorganisationen und Behörden und ist mandatiert für den Einsatz von APN's in der Gesundheitsversorgung Rahmenkontrakte abzuschliessen.



## Referenzen

- Barandun Schafer, U., Hirsbrunner, T., Jager, S., Naf, E., Rommich, S. & Horlacher, K. (2011). Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung. *Pflege*, 24(1), 7-14. doi: 10.1024/1012-5302/a000086
- Bauer, W., Allaz, A.-F., Bader, C., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., Mahrer-Imhof, R., Tschudi, P., & Wildhaber, P. (2007). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1942-1952.
- Bauer, W., Allaz, A.-F., Bader, C., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., Mahrer-Imhof, R., Tschudi, P., & Wildhaber, P. (2011). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis: Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011. In SAMW (Ed.), *Projekt "Zukunft Medizin Schweiz*. Basel: SAMW.
- Bläuer, C., Mahrer-Imhof, R., Brunner-La Rocca, H., Müller, C., Eze, G., Milbich, I. & Spirig, R. (2011). Entwicklung und Implementierung eines multidisziplinären pflegegeleiteten Programms zur stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: Das Basler HI-Programm. *Pflege*, 24(1), 29-41. doi: 10.1024/1012-5302/a000089
- Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.
- Bundesamt für Gesundheit. (2011). Chronisch kranke Personen geben unserem Gesundheitssystem gute Noten, weisen aber auch auf Verbesserungspotential hin. Retrieved 02.02.2012, from <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=42150>
- Canadian Nurse Association. (2008). *Advanced Nursing Practice: A national framework* Retrieved March 6, 2012
- Canadian Nurse Association. (2009a). *Position Statement: Clinical Nurse Specialist* Retrieved March 6, 2012
- Canadian Nurse Association. (2009b). *Position Statement: Nurse Practitioner* Retrieved March 6, 2012
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C. & Ramis, M. A. (2011). Advanced practice nursing role development: factor analysis of a modified role delineation tool. *J Adv Nurs*. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05850.x
- Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries: OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing.
- Deutsches Netzwerk APN & ANP. (2011). *Was ist APN, ANP & APN`s? Das Positionspapier zu Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice & Advanced Practice Nurse für Deutschland* Retrieved February 2, 2012
- DiCenso, A. & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A decision support synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Hamric, A. B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced nursing practice: An integrative approach* (4th ed.). St.Louis: Elsevier.
- Imhof, L., Abderhalden, C., Cignacco, E., Eicher, M., Mahrer-Imhof, R., Schubert, M. & Shaha, M. (2008). *Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN) Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz. [Consensus Development Conference]*. *Pflege*, 21(4), 252-261. doi: 10.1024/1012-5302.21.4.252

- Imhof, L., Naef, R., Mahrer-Imhof, R. & Petry, H. (2011). SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. *Pflege*, 24(1), 43-56. doi: 10.1024/1012-5302/a000090
- International Council of Nurses. (2002). Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles [official position paper]. June. PH/2002 Retrieved March 6, 2012
- Lansley, A. & Milton, A. (2009). The Future of Nursing: A consultation (pp. 1-19). London: House of Common.
- Morin, D. (2012). L'IUFRS... Promoteur de nouvelles professions! Université de Lausanne. Institut universitaire de formation et recherche en soins. Lausanne.
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Heindel, L. (2011). Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *Nursing economic*\$. 29(5), 230-251.
- O'Brien, J. L., Martin, D. R., Heyworth, J. A. & Meyer, N. R. (2009). A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(8), 444-453. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00428.x
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R. & Loke, A. (2010). An international survey on Advanced Practice Nursing education, practice, and regulation *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31-39.
- Pulcini, J. & Wagner, M. (undated). Perspective on Education and Practice for Nurse Practitioners and Advanced Practice Nursing Retrieved 1.3.2010, from International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network:<http://www.icn.ch>
- Schalch, E. (2011). Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin? *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(45), 1665-1667.
- Schober, M. & Affara, F. A. (2008). *Advanced nursing practice (ANP)* (E. Brock, Trans.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI. (2008). Professionelle Pflege: Definition und Beschreibung Retrieved 02.02.2012, from <http://www.sbk-asi.ch/>
- Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften (SAMW), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) & Medizinische Fakultäten der Universitäten, B., Bern, Genf, Lausanne und Zürich. (2004). Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In SAMW (Ed.), *Projekt "Zukunft Medizin Schweiz"*. Basel: SAMW.
- Spirig, R. (2010). 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Ruckblick und Ausblick. *Pflege*, 23(6), 363-366.
- Spirig, R. (2012). Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin- oder Best Practice für Patienten? *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(8), 295-297.
- Spitz-Koberich, C. & Steinle-Feser, B. (2010). Ein Jahr Advanced Nursing Practice in der Kinderkardiologie - ein erster Ruckblick. *Pflege*, 23(6), 411-416. doi: 10.1024/1012-5302/a000080
- Spitzer, A. (1998). Moving into the information era: does the current nursing paradigm still hold? *Journal of advanced nursing*, 28(4), 786-793.
- Spycher, S., Jaccard Ruedin, H., Wiedenmayer, G. & Junker, C. (2009). Die wichtigsten Herausforderungen in den nächsten Jahren. In K. Meyer (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (pp. 325-355). Bern: Hans Huber Verlag.
- Tarifverträge mit Spitälern (vom 18. März 1994, Stand am 1. Januar 2012). In : Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Retrieved 02.02.2012, from [http://www.admin.ch/ch/d/sr/832\\_10/a49.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/a49.html)

- Ullmann-Bremi, A., Schluer, A. B., Finkbeiner, G. & Huber, Y. (2011). «Wie ein ANP-Team laufen lernt» - Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zurich. *Pflege*, 24(1), 21-28. doi: 10.1024/1012-5302/a000088
- Ulrich, A., Hellstern, P., Kressig, R. W., Eze, G. & Spirig, R. (2010). Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams. *Pflege*, 23(6), 403-410. doi: 10.1024/1012-5302/a000079
- Wagner, P.-A. (2009). *Pflege und Recht. Ein Reiseführer für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner*. Bern: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI.
- Zuniga, F., Jenni, G., Wiesli, U. & Schwendimann, R. (2010). Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege*, 23(6), 375-383. doi: 10.1024/1012-5302/a000076