



Manela Glarcher
(Hrsg.)

Das Advanced Practice Nursing-Buch

Handbuch zur fortgeschrittenen
Pflegepraxis für Studierende
und APNs

Das Advanced Practice Nursing-Buch

Das Advanced Practice Nursing-Buch

Manela Glarcher (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Manela Glarcher
(Hrsg.)

Das Advanced Practice Nursing-Buch

Handbuch zur fortgeschrittenen Pflegepraxis
für Studierende und APNs

Unter Mitarbeit von

Anna Berger
Caroline Bohlender
Nancy Carter
Andreas Dirksen
Christine Duffield
Evelyn Duffy
Roland Eßl-Maurer
Andre Fringer
Manela Glarcher
Jennifer Hagemann
Akane Hashimoto
Matthias Hutter
Elke Keinath

Masahiro Kurosawa
Brigitte Mayr-Pirker
Franziska Moser
Nadja Nestler
Andreas Radler
Martin Ruprecht
Fusako Sato
Karl Schwaiger
Claudia Schwab
Cindy Carina Thiele
Eva Maria Unger
Christoph von Dach
Inke Zastrow

Priv. Doz.in Dr.in Manela Glarcher, BSc. MSc., Privatdozentin und Doktorin für Pflegewissenschaft, Institut für Pflegewissenschaft, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Mail: manela.glarcher@pmu.ac.at

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd. Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Sylke Werner
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Getty Images, FatCamera
Umschlag: Verlag intern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96399-0)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76399-6)
ISBN 978-3-456-86399-3
<https://doi.org/10.1024/86399-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	11
Vorwort	12
<hr/>	
Teil 1: Internationale Perspektiven zu Advanced Practice Nursing	15
1 Historie zur Entwicklung internationaler Rollen	17
<i>Manela Glarcher</i>	
1.1 Entwicklungen zu Advanced Practice Nursing in Australien	18
<i>Christine Duffield</i>	
1.1.1 Das australische Gesundheitssystem	19
1.1.2 Die Einführung von APN	20
1.1.3 Forschung zur APN-Rolle	21
1.1.4 Fazit und Ausblick	24
1.2 Zusammenarbeit als Erfolgsfaktor in Kanada	25
<i>Nancy Carter</i>	
1.2.1 Historischer Hintergrund	25
1.2.2 Nationale Initiativen in Kanada	26
1.2.3 Aktuelle Herausforderungen in Kanada	31
1.2.4 Politische Entwicklungen	31
1.2.5 Fazit und Ausblick	32
1.3 Advanced Practice Nurses in Japan	32
<i>Akane Hashimoto, Masahiro Kurosawa und Fusako Sato</i>	
1.3.1 Nationale Lizenzen für Pflegeberufe	32
1.3.2 Zertifizierung in erweiterten, spezialisierten Bereichen	33
1.3.3 Rechtlicher Status von Pflegenden	36
1.3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen CNS, NP und CN	38
1.3.5 Aktuelle Herausforderungen und politische Entwicklungen	39
1.3.6 Fazit und Ausblick	39
1.4 Advanced Practice in den USA	40
<i>Evelyn Duffy</i>	
1.4.1 Historische Entwicklung in den USA	40
1.4.2 Nurse Practitioners	42

1.4.3	Modell für die Berufsausübung von APRNs	44
1.4.4	Hürden in der Berufsausübung von APRNs	46
1.4.5	Fazit und Ausblick	48
1.5	Advanced Practice im Vereinigten Königreich	48
	<i>Caroline Bohlender</i>	
1.5.1	Theoretischer Hintergrund	48
1.5.2	Die vier Säulen der Advanced Practice	49
1.5.3	Entwicklungen und aktuelle Herausforderungen	50
1.5.4	Regulatorisches Umfeld im Wandel	51
1.5.5	Fazit und Ausblick	52
1.6	Literatur	52
2	Theorien, Modelle und Frameworks	59
	<i>Manela Glarcher</i>	
2.1	Relevanz von Theorien, Modellen und Frameworks	59
2.1.1	Theoriebegriffe	60
2.1.2	Modelle	62
2.1.3	Frameworks	63
2.2	Internationale Modelle und Frameworks	64
2.2.1	Strong Model of Advanced Practice	64
2.2.2	APRN Consensus Model	66
2.2.3	PEPPA Framework	67
2.2.4	Pan-Canadian Framework	71
2.2.5	CanMEDS	73
2.3	Fazit und Ausblick	74
2.4	Literatur	75
3	Setting- und populationsspezifische Differenzierung von Rollen	78
	<i>Nadja Nestler</i>	
3.1	Nurse Practitioner	80
3.2	Nurse Anesthetists	86
3.3	Clinical Nurse Specialist	87
3.4	Clinical Nurse Consultant	91
3.5	Nurse Midwife	92
3.6	Doctor of Nursing Practice	94
3.7	Fazit und Ausblick	95
3.8	Literatur	96

4	Handlungsfelder von APN in diversen Settings	98
	<i>Manela Glarcher</i>	
4.1	APN in der Kardiologie	99
	<i>Matthias Hutter</i>	
4.1.1	Zielgruppe der APN-Rolle	100
4.1.2	Theoretischer Hintergrund	101
4.1.3	Ausgangslage der APN-Rollenentwicklung	102
4.1.4	Kernkompetenzen für die Kardiologie	102
4.1.5	Fazit und Ausblick	107
4.2	APN in der Alterstraumatologie und im Delirmanagement	107
	<i>Andreas Radler</i>	
4.2.1	Theoretischer Hintergrund	108
4.2.2	Ausgangslage zur APN-Rollenentwicklung	109
4.2.3	Kernkompetenzen für die Alterstraumatologie	112
4.2.4	Fazit und Ausblick	116
4.3	APN in der Akutgeriatrie	116
	<i>Claudia Schwab und Karl Schwaiger</i>	
4.3.1	Change-Management in der Pflege: APN als Schlüsselrolle	117
4.3.2	Strategisches Management: APN-Rollenentwicklung	118
4.3.3	Handlungsfelder in der Innovativen Altersmedizin und Pflege	119
4.3.4	Fazit und Ausblick	127
4.4	APN in der Palliative Geriatrie	128
	<i>Brigitte Mayr-Pirker und Anna Berger</i>	
4.4.1	Die spezialisierte Palliative Care	128
4.4.2	Die Palliative Geriatrie	129
4.4.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit	130
4.4.4	Rolle und Aufgaben der APN	131
4.4.5	Fazit und Ausblick	135
4.5	APN im onkologischen Setting	135
	<i>Jennifer Hagemann und Inke Zastrow</i>	
4.5.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	136
4.5.2	Entwicklung der APN-Rolle	137
4.5.3	Reflexion der APN-Rolle	143
4.5.4	Fazit und Ausblick	144
4.6	APN in der onkologischen Neurochirurgie	145
	<i>Cindy Carina Thiele und Inke Zastrow</i>	
4.6.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	145
4.6.2	Die onkologische Neurochirurgie	146
4.6.3	Entwicklung der APN-Rolle in der Neurochirurgie	147
4.6.4	Die erweiterte Versorgung als komplexe Intervention	149
4.6.5	Familiale Pflege	150
4.6.6	Weitere Tätigkeiten als Pflegexpertin APN	152

4.6.7	Fazit und Ausblick	153
4.7	Community Nursing in Österreich	154
	<i>Eva Maria Unger</i>	
4.7.1	Internationale und nationale Entwicklungen	154
4.7.2	Theoretische Grundlagen des Community Health Nursing	155
4.7.3	Präventionsarten im Kontext von CHN	158
4.7.4	Gesundheitsförderung im Kontext von CHN	159
4.7.5	Entwicklung von CHN in Österreich	162
4.7.6	Implementierung des CHN in der Steiermark	165
4.7.7	Fazit und Ausblick	169
4.8	School Nursing in Deutschland	171
	<i>Elke Keinath</i>	
4.8.1	Die Entwicklung von Schulgesundheitsfachkräften in Deutschland	171
4.8.2	Ziele und Evaluation der Schulgesundheitspflege	172
4.8.3	Aktuelle Situation in Deutschland	173
4.8.4	Beispiele aus der Praxis	174
4.8.5	Schulgesundheitspflege als Aufgabe der APN	176
4.8.6	Fazit und Ausblick	177
4.8.7	Persönliche Reflexion	179
4.9	Literatur	179
5	APN-sensitive Outcomes	190
	<i>Manela Glarcher</i>	
5.1	Grundlagen zu Outcomes	191
5.1.1	Wirkungsdimensionen von Outcomes	192
5.2	Outcome-Evaluation und Forschungsansätze in APN	195
5.3	Modelle der Outcome-Evaluation	197
5.4	APN-sensitive Outcomes	199
5.4.1	Professionsspezifische Outcomes	202
5.4.2	Patient*innenbezogene Outcomes	204
5.4.3	Organisations- und systembezogene Outcomes	205
5.5	Fazit und Ausblick	205
5.6	Literatur	206
<hr/>		
Teil 2: Potenziale im deutschsprachigen Raum	209
6	Theoretische Grundlagen zu Hamric's Modell	211
	<i>Nadja Nestler</i>	
6.1	Entstehung des Modells	211
6.2	Inhalte im Modell	212
6.2.1	Primäre Kriterien	212

6.2.2	Zentrale Kompetenz der klinischen Praxis	213
6.2.3	Kernkompetenzen	213
6.2.4	Umgebungsfaktoren	216
6.3	Fazit und Ausblick	216
6.4	Literatur	217
7	Potenziale zu APN in den deutschsprachigen Ländern	218
	<i>Manela Glarcher</i>	
7.1	Potenziale in Deutschland	219
	<i>Andreas Dirksen</i>	
7.1.1	Historie zur APN-Entwicklung	220
7.1.2	Tätigkeitsbereiche und Herausforderungen	221
7.1.3	Netzwerkarbeit als Erfolgsfaktor	222
7.1.4	Rahmenbedingungen für Advanced Practice Nursing	224
7.1.5	Fazit und Ausblick	227
7.2	Potenziale in Österreich	228
	<i>Manela Glarcher</i>	
7.2.1	Historie zur professionellen Pflegeausbildung	228
7.2.2	Ausbildungsinitiativen und rechtliche Belange	230
7.2.3	Tätigkeitsbereiche und Rollenprofile	231
7.2.4	Herausforderungen und Perspektiven	233
7.2.5	Fazit und Ausblick	236
7.3	Potenziale in der Schweiz	237
	<i>Andre Fringer</i>	
7.3.1	Hintergrund der APN-Entwicklung	237
7.3.2	APN-Entwicklung und Schweizer Rollenausprägung	239
7.3.3	Tätigkeitsbereiche und Rollenprofile	245
7.3.4	Qualitätssicherung der APN-Rollen (CNS und NP)	246
7.3.5	Implementierung: Faktoren und Herausforderungen	247
7.3.6	Ausblick auf den Swiss Doctor Nursing Practice	248
7.3.7	Fazit und Ausblick	249
7.4	Literatur	250
8	Clinical Assessment im Handlungsfeld von APNs	257
	<i>Manela Glarcher und Martin Ruprecht</i>	
8.1	Clinical Assessment im Pflegeprozess	258
8.2	Modell des Clinical Assessments	260
8.3	Anamnese und Untersuchung	262
8.3.1	Klinische Untersuchungstechniken	263
8.3.2	Clinical Reasoning	264
8.3.3	Kritische Interpretationen	267
8.4	Spezifische Inhalte von Clinical Assessments	268

8.5	Nutzen von Clinical Assessments	269
8.6	Implementierung von Clinical Assessments	273
8.7	Fazit und Ausblick	276
8.8	Literatur	277
9	Organisationale Implementierung von APN-Rollen	280
	<i>Manela Glarcher</i>	
9.1	Implementierung von APN-Rollen in Deutschland	282
	<i>Inke Zastrow und Andreas Dirksen</i>	
9.1.1	Rollenentwicklung Universitätsmedizin Frankfurt	282
9.1.2	Rollenentwicklung Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	286
9.1.3	Fazit und Ausblick	292
9.2	Implementierung von APN-Rollen in Österreich	292
	<i>Roland Eßl-Maurer und Franziska Moser</i>	
9.2.1	Entwicklungsprozess	293
9.2.2	Integrationsprozess in bestehende Strukturen	294
9.2.3	Management und Organisationsmodell	295
9.2.4	Qualifikationsweg und Karrieremodell	296
9.2.5	Rollenprofile und Settings	301
9.2.6	Herausforderungen und Erfolgsfaktoren	302
9.2.7	Fazit und Ausblick	302
9.3	Literatur	303
10	Nachhaltige Sicherung von Advanced Practice Nursing	306
	<i>Christoph von Dach & Manela Glarcher</i>	
10.1	Bedeutung von Nachhaltigkeit	307
10.1.1	Normalization Process Theory	308
10.2	Fördernde und hindernde Faktoren	309
10.3	Politische Steuerung und Öffentlichkeitsarbeit international	313
10.4	Fazit und Ausblick	316
10.5	Literatur	317
<hr/>		
	Anhang	319
	Herausgeberin und Autor*innen	321
	Sachwortverzeichnis	327

Danksagung

Jedes Buch entsteht aus dem Zusammenspiel von Zeit, Expertise, Erfahrung aus der Praxis, kritischer Reflexion und dem Vertrauen darauf, dass gemeinsames Arbeiten etwas Wertvolles hervorbringt. In diesem Sinne möchte ich meinen herzlichen Dank an alle Co-Autor*innen aussprechen. Mit ihrer wissenschaftlichen wie praktischen Expertise und ihrem unermüdlichen Engagement haben sie wesentlich zum Entstehen und zur Qualität dieses Werkes beigetragen.

Mein Dank gilt zudem Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg. Durch seine vorausschauende Haltung, sein visionäres Denken, seinen Mut und

sein strategisches Handeln hat er bereits 2018 das erste Masterstudium für Advanced Practice Nursing ermöglicht und damit wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des Berufsbildes im deutschsprachigen Raum gesetzt.

Ich bedanke mich außerdem bei allen Vorreiter*innen und Pionier*innen in Forschung, Lehre und Praxis, die mit ihrem Engagement, ihrem Mut und ihrem visionären Blick täglich an der (Weiter-)Entwicklung von Advanced Practice Nursing arbeiten.

*Indem wir die wissenschaftliche Grundlage der Pflege kontinuierlich weiterentwickeln, schaffen wir die Voraussetzungen für eine Gesundheitsversorgung, die Qualität und Sicherheit stärkt und nachhaltig zum Wohle der Patient*innen wirkt.*

Vorwort

Es ist mir eine große Freude und zugleich eine Ehre, das Vorwort für *Advanced Practice Nursing – Handbuch zur fortgeschrittenen Pflegepraxis für Studierende und APNs* zu verfassen. Als jemand, der gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen auf mehreren Kontinenten an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von *Advanced Practice Nursing (APN)*-Rollen gearbeitet hat, konnte ich aus nächster Nähe miterleben, welches transformative Potenzial diese Rollen für Gesundheitssysteme, für Patient*innen und Familien, für die Nachhaltigkeit des Pflegepersonals sowie für die professionelle Identität der Pflege bergen. Ich begrüße dieses Buch daher von Herzen – eines der ersten umfassenden deutschsprachigen Werke, das sich explizit der APN widmet – als wichtigen Meilenstein in der Weiterentwicklung der fortgeschrittenen Pflegepraxis im deutschsprachigen Raum.

In den vergangenen Jahrzehnten haben zahlreiche Länder zunehmend erkannt, dass APN ein wirkungsvolles Mittel ist, um auf veränderte Bevölkerungsbedarfe zu reagieren: steigende Multimorbidität, alternde Gesellschaften, das Management chronischer Erkrankungen, Versorgungsengpässe im ländlichen Raum sowie die wachsende Nachfrage nach personenzentrierter und interprofessionell koordinierter Pflege und Versorgung. Während die Vereinigten Staaten, Kanada, Irland, die Niederlande und einige Länder im asiatisch-pazifischen Raum bereits breit etablierte Strukturen für APN-Ausbildung, Regulierung und Praxis geschaffen haben, hat sich im deutschsprachigen Raum – Deutschland, Österreich und Schweiz (DACH-

Länder) – eine eigenständige und zunehmend dynamische Entwicklung vollzogen. APN-Rollen existieren in diesen Ländern bereits, oftmals getragen von bemerkenswertem Innovationsgeist und großem Engagement einzelner Praktiker*innen, Hochschulen und klinischer Einrichtungen. Dennoch befinden sich die Gesundheitssysteme der DACH-Länder weiterhin in intensiven Diskussionen und Verhandlungen zu Themen wie Ausbildung, Rollenerkennung, gesetzlichen Rahmenbedingungen, Tätigkeitsprofilen, Vergütungsstrukturen und der Integration in interprofessionelle Versorgungsmodelle.

Vor diesem Hintergrund ist die Publikation eines ausschließlich auf *Advanced Practice Nursing* fokussierten deutschsprachigen Lehrbuchs sowohl zeitgemäß als auch dringend erforderlich. Bislang hatten Studierende, praktizierende Pflegefachpersonen, Lehrende und Entscheidungsträger*innen, die sich für APN interessieren, nur eingeschränkten Zugang zu deutschsprachigen Fachmaterialien. Ein Großteil der grundlegenden Literatur, der gesundheitspolitischen Leitlinien und der Rollenentwicklungsforschung liegt ausschließlich in englischer Sprache vor – was es vielen Zielgruppen erschwerte, die zentralen Konzepte und empirischen Grundlagen der APN vollständig zu erfassen. Dieses Buch schließt eine wichtige Lücke, indem es eine umfassende und gut zugängliche Ressource in deutscher Sprache bietet, die internationale und deutschsprachige Perspektiven auf Rahmenmodelle, verschiedene APN-Rollen und Verantwortlichkeiten, *Clinical Assessment*, Nachhaltigkeit und weitere

Aspekte vereint. Es leistet damit einen bedeutenden Beitrag zur Konsolidierung von APN-Wissen, professioneller Identität und Bildungsstandards in der Region.

Eine der großen Stärken dieses Buches ist sein Aufbau. Der erste Abschnitt bietet eine internationale Perspektive, die es den Leser*innen ermöglicht, die globalen Ursprünge und die Entwicklung der APN einzuordnen – eingebettet in historische, politische und kulturelle Kontexte. Die Kapitel zu den Vereinigten Staaten, Kanada, Australien, dem Vereinigten Königreich und Japan illustrieren nicht nur unterschiedliche Entwicklungswege, sondern beleuchten auch grundlegende Prinzipien, welche die fortgeschrittene Pflegepraxis tragen: klare Rollenbeschreibung, Master- oder Promotions-ebene in der Ausbildung, regulatorische Befugnisse und eine konsequente Evaluation von Ergebnissen. Diese internationale Übersicht ist für Leser*innen im deutschsprachigen Raum essenziell, die aktuell an der Ausgestaltung neuer APN-Rollen arbeiten und nach Modellen suchen, die sich an lokale Gegebenheiten anpassen lassen.

Darüber hinaus enthält dieser Abschnitt grundlegende Kapitel zu Theorien, Modellen und Rahmenkonzepten der APN – zentrale Bausteine, die fortgeschrittenes klinisches Denken, Führung, Konsultation und evidenzbasierte Praxis strukturieren. Diese konzeptionellen Werkzeuge sind unverzichtbar für APN-Ausbildung und -Praxis; ihre Darstellung in deutscher Sprache erleichtert ihre Anwendung in Curricula und unterstützt die Stärkung professioneller Kompetenzen erheblich.

Die detaillierten Kapitel zu verschiedenen APN-Praxen verdeutlichen zudem eindrucksvoll die Breite und Tiefe des möglichen Beitrags von APNs. Von Kardiologie und geriatrischer Traumatologie über palliative Geriatrie und Onkologie bis hin zu Community Nursing und Schulgesundheitspflege zeigen konkrete Fallbeispiele, wie APNs in unterschiedlichen Versorgungskontexten und für verschiedene Bevölkerungsgruppen Mehrwert schaffen können.

Diese Beispiele sind für Kliniker*innen und Führungskräfte besonders wertvoll, um sich APN-Rollen innerhalb der eigenen Institution oder Versorgungswege konkret vorstellen zu können. Sie vermitteln zudem eine starke Botschaft: Advanced Practice Nursing ist kein theoretisches Konstrukt, sondern ein praktischer, evidenzbasierter, patient*innenzentrierter Ansatz zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Systemleistung.

Der zweite Abschnitt richtet den Fokus auf das Potenzial der APN im deutschsprachigen Raum und ist damit für Leser*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz von besonderer Bedeutung. Die Kapitel zu länderspezifischen Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen zeichnen ein realistisches und gleichzeitig differenziertes Bild des aktuellen Stands von APN in der DACH-Region. Sie stützen sich auf lokale Evidenz, politische Rahmenbedingungen, regulatorische Kontexte und laufende nationale Diskurse. Damit bieten sie einen Wegweiser dafür, wie sich APN von isolierten Rollen und Pilotprojekten hin zu nachhaltig verankerten Strukturen entwickeln kann, die gesetzlich, vergütungsbezogen und kompetenzbasiert abgesichert sind.

Ebenso wertvoll sind die Kapitel zu Clinical Assessment, organisatorischen Modellen und nachhaltigen Unterstützungsstrukturen für APN. Diese Themen werden in einführenden APN-Texten oft weniger ausführlich behandelt, sind jedoch genau jene Bereiche, in denen Gesundheitssysteme bei der Implementierung auf die größten Herausforderungen stoßen. Das Clinical Assessment – das Kernstück von Advanced Practice Nursing – wird in vielen deutschsprachigen Pflegeprogrammen noch nicht den internationalen Standards entsprechend vermittelt, was die Bedeutung dieses Kapitels für Studierende und Lehrende besonders hervorhebt. Ebenso bieten organisatorische Modelle zur Implementierung wertvolle praktische Orientierungshilfen für Krankenhäuser, Primärversorgungseinrichtungen und andere Organisationen, die APN-Rollen einführen

oder ausbauen möchten. Das abschließende Kapitel zu Barrieren, förderlichen Faktoren, politischer Gestaltung und Öffentlichkeitsarbeit unterstreicht schließlich einen international gut bekannten Befund: Die Entwicklung von APN ist ebenso sehr ein sozialer und politischer Prozess wie ein bildungs- und praxisbezogener.

In ihrer Gesamtheit zeichnet diese Buchstruktur ein außergewöhnlich umfassendes Bild der APN. Sie verbindet globale und lokale Perspektiven, theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen sowie visionäre Ideen und umsetzbare Handlungsvorschläge. Damit unterstützt sie Studierende auf ihrem Weg in die fortgeschrittene Pflegepraxis, Praktiker*innen bei der Rollenentwicklung, Lehrende beim Aufbau neuer Curricula sowie Entscheidungsträger*innen beim Verständnis der Bedeutung und Anforderungen einer erfolgreichen APN-Integration. Nur wenige Fachbücher schaffen es, all diese Zielgruppen zugleich anzusprechen – diesem Werk gelingt dies in hervorragender Weise.

Die Leitung und das editorische Wirken von Dr. Manela Glarcher verdienen besondere Anerkennung. Ihre umfassende Expertise in der fortgeschrittenen Pflegepraxis, ihr tiefes Verständnis des deutschsprachigen Raums und ihr Engagement für die Weiterentwicklung der Pflegeprofession spiegeln sich in jedem Kapitel wider. Indem sie eine internationale Gruppe renommierter Autor*innen zusammengeführt und deren Expertise in den Kontext der DACH-

Region eingebettet hat, ist ein Werk entstanden, das nachhaltige Wirkung entfalten wird.

Mit dem weiteren Ausbau von APN im deutschsprachigen Raum sind Ressourcen wie dieses Buch entscheidend dafür, dass die Entwicklung evidenzbasiert, kontextsensibel und international anschlussfähig erfolgt. Dieses Werk trägt nicht nur Wissen bei, sondern auch Impulse – Impulse für eine stärkere APN-Ausbildung, eine kohärentere Rollenumsetzung, eine erhöhte berufliche Anerkennung und bessere Ergebnisse für Patient*innen und Gesundheitssysteme.

Ich bin überzeugt, dass Advanced Practice Nursing – Handbuch zur fortgeschrittenen Pflegepraxis für Studierende und APNs zu einem grundlegenden Standardwerk für Studierende, Pflegefachpersonen, Forschende, klinische Führungskräfte und politische Entscheidungsträger*innen werden wird. Es markiert einen wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung der Pflege sowie in der Stärkung jener Gesundheitssysteme, die zunehmend auf die Expertise, Autonomie und Führungsstärke von Advanced Practice Nurses angewiesen sind.

Dr. Deborah C. Gray, DNP, MSc, APRN,
FNP-C, ANP-BC, CGNC, FAANP, FAAN
Emerita Clinical Associate Professor,
US Fulbright Scholar APN
Global Nurse Consultant, NP SOLNS

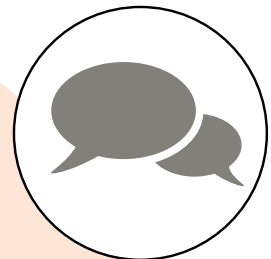
2. Dezember 2025

Teil 1: Internationale Perspektiven zu Advanced Practice Nursing

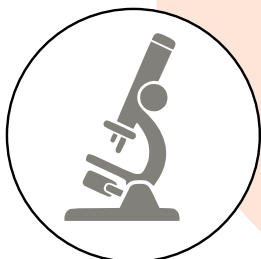
Advanced Practice Nursing



Direkte
klinische Praxis



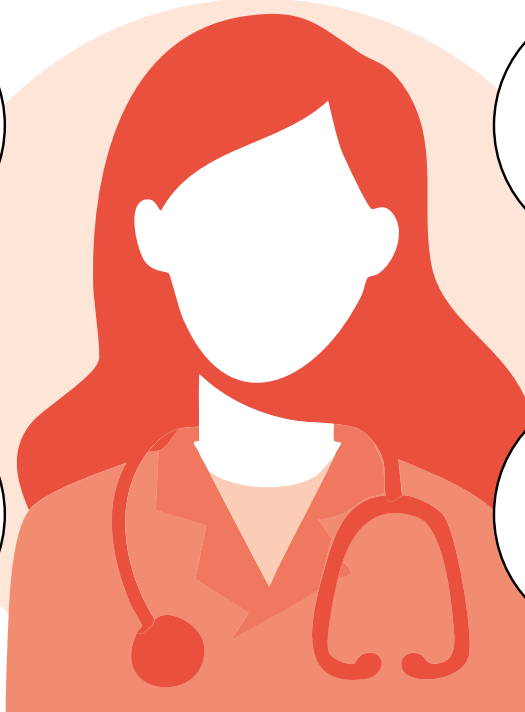
Führung, Coaching
und Konsultation



Evidenzbasierte
Pflegepraxis und ethische
Entscheidungsfindung



Interprofessionelle
Kooperation und
Leadership



1 Historie zur Entwicklung internationaler Rollen

Manela Glarcher

Advanced Practice Nursing (APN) hat sich bereits in vielen Ländern international als zukunftsweisendes Versorgungskonzept etabliert. Angesichts wachsender Versorgungsbedarfe, demografischer Alterung und steigender chronischer Erkrankungen sowie Multimorbidität werden APNs zunehmend als Lösung zur Überwindung von Versorgungsengpässen und zur Stärkung der interprofessionellen Versorgung gesehen (Delamaire & Lafortune, 2010; Pulcini et al., 2010). Internationale Vergleichsstudien belegen, dass APNs Versorgungsqualität und Patient*innenzufriedenheit verbessern sowie die Systemeffizienz steigern können (Newhouse et al., 2011; Maier & Aiken, 2016). Trotz dieser Evidenz zeigt sich in der Versorgungspraxis ein heterogenes Bild: Die Entwicklung, Integration und Regulierung von APN-Rollen unterscheiden sich weltweit erheblich, sowohl hinsichtlich ihrer strukturellen Einbettung als auch bezüglich ihres inhaltlichen Zuschnitts (Schober, 2016; De Raeve et al., 2024).

Auch die internationale Begrifflichkeit zur erweiterten Pflegepraxis ist bislang nicht einheitlich normiert. Bezeichnungen wie „Advanced Practice Nurse“ (APN), „Nurse Practitioner“ (NP) oder „Clinical Nurse Specialist“ (CNS) werden international divergierend verwendet und verweisen jeweils auf kontextabhängig variierende Aufgaben- und Kompetenzprofile (ICN, 2020; De Raeve et al., 2024). Die bisherige Unklarheit erschwert nicht nur die Mobilität von Pflegenden, sondern mindert zugleich deren Sichtbarkeit, Anerkennung und wirksame politische Interessenvertretung. Ein international anschlussfähiges Verständnis er-

weiterter und vertiefter Pflegepraxis erfordert daher konsistente Definitionen, rechtlich geschützte Handlungskompetenzen sowie evidenzbasierte Kriterien für Qualifikation und Aufgabenprofile.

Vor diesem Hintergrund richtet das folgende Kapitel beispielhaft den Blick auf fünf internationale Kontexte – Australien, Kanada, Japan, die Vereinigten Staaten von Amerika und das Vereinigte Königreich. Durch den vergleichenden Ansatz sollen zentrale strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede der APN-Implementierung herausgearbeitet werden. Zugleich wird reflektiert, wie institutionelle, rechtliche und bildungspolitische Rahmenbedingungen die berufliche Rolle, Reichweite und Anerkennung von APNs prägen.

- *Australien* veranschaulicht ein System, in dem die Entwicklung fortgeschrittener Pflegerollen stark durch föderale Strukturen, Gewerkschaften und tarifvertragliche Regelungen geprägt wurde. Die Einführung der Rolle des/der Nurse Practitioner im Jahr 2000 stellte einen Meilenstein dar, offenbarte jedoch auch langfristige Defizite in der Rollenklarheit und Kohärenz (Duffield et al., 2011; Gardner et al., 2016).
- Im Gegensatz dazu zeigt sich *Kanada* als positives Beispiel für einen politisch koordinierten, intersektoral abgestimmten Entwicklungsprozess, der durch nationale Rahmenwerke wie jenes der Canadian Nurses Association (CNA) (2019) sowie durch intensive Forschungsarbeit, z. B. Bryant-Lukosius und Mitautor*innen (Bryant-Lukosius, Martin-Misener et al., 2016; Bryant-Lukosius,

Spichiger, et al., 2016) sowie DiCenso und Autorenteam (2010) unterstützt wurde.

- *Japan* wiederum verfügt über ein komplexes System beruflicher Spezialisierungen ohne gesetzlich geschützte APN-Lizenzen. Die APN-Rollen basieren dort auf privatrechtlich organisierten Zertifizierungen (z.B. durch die Japanese Nursing Association), wodurch klare Rollenzuschreibungen sowie rechtliche Handlungskompetenzen erschwert werden (Fukuda et al., 2020).
- In den *USA* war die Entwicklung lange durch föderale Inhomogenität und berufsrechtliche Unsicherheit gekennzeichnet. Erst durch das *Consensus Model for APRN-Regulation* (APRN Consensus Work Group & National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee, 2008) wurde ein kohärentes Verständnis von Ausbildung, Rolle, Akkreditierung und Zulassung etabliert.
- Das *Vereinigte Königreich* hingegen setzt auf ein kompetenzbasiertes Verständnis von Advanced Practice, das professionsübergreifend Anwendung findet. Mangels gesetzlicher Regulierung kam es jedoch zu erheblichen Rollenkonflikten, unklaren Bezeichnungen und teilweise problematischer Aufgabenübertragung (Leary et al., 2017; Palmer, 2023). Die Entscheidung des Nursing and Midwifery Council (NMC) zur Einführung eines verbindlichen regulatorischen Rahmens markiert daher einen potenziellen Wendepunkt (Nursing and Midwifery Council, 2015).

Nach der Lektüre dieses Kapitels sollen Leser*innen in der Lage sein, folgende Lernziele zu erreichen:

1. die Entwicklung, aktuelle Herausforderungen und Zukunftsperspektiven der Advanced Practice Nursing (APN) in Australien zu analysieren und deren Bedeutung für das Gesundheitssystem sowie die Patient*innenversorgung zu erläutern.
2. die historische Entwicklung und gegenwärtige Ausgestaltung der Rollen von Advanced

Practice Nurses (APNs) in Kanada zu beschreiben und zentrale Konzepte zu Aufgabenbereichen, Funktionen und Organisationsstrukturen zu erklären, die die Implementierung und Verbreitung dieser Rollen beeinflussen.

3. das professionelle Pflegesystem Japans darzustellen und die spezifischen Rollen und Funktionen von Advanced Practice Nurses im japanischen Gesundheitswesen zu erläutern.
4. die Entwicklung der Advanced Practice Nursing in den Vereinigten Staaten nachzuvollziehen, zentrale Barrieren für die Berufsausübung von APNs zu identifizieren und die Bedeutung berufspolitischer Interessenvertretung zu analysieren.
5. das Konzept der Advanced Practice Nursing im Vereinigten Königreich zu beschreiben und die Folgen unkoordinierter Entwicklungen in Praxis und Regulierung kritisch zu bewerten.

1.1 Entwicklungen zu Advanced Practice Nursing in Australien

Christine Duffield

Australien hat sich über Jahrzehnte hinweg an internationalen Gesundheitsmodellen orientiert, doch die Einführung erweiterter Pflege rollen verlief fragmentiert und uneinheitlich. Während einige Bundesstaaten früh Rollen wie die Clinical Nurse Specialist (CNS) oder Clinical Nurse Consultant (CNC) etablierten, fehlte lange eine landesweite einheitliche Definition und Struktur für Advanced Practice Nursing. Die Einführung der Rolle des/der Nurse Practitioner (NP) im Jahr 2000 markierte einen Meilenstein, führte aber auch zu neuen Abgrenzungsfragen zwischen den unterschiedlichen Rollen.

Dieses Kapitel untersucht die Entwicklung, Herausforderungen und Zukunftsaussichten

der Advanced Practice Nursing in Australien. Es analysiert die strukturellen und regulatorischen Rahmenbedingungen, die oft mehr durch arbeitsrechtliche als durch professionelle Erwägungen geprägt waren. Zudem werden Forschungsansätze und Modelle vorgestellt, die zur Präzisierung der APN-Rolle beigetragen haben, insbesondere das Strong Model of Advanced Practice und das Advanced Practice Role Delineation Tool (Ackerman et al., 1996; Mick & Ackerman, 2000).

Abschließend wird anhand eines konkreten Fallbeispiels aus der Palliativpflege veranschaulicht, wie APNs Versorgungslücken schließen und neue Versorgungsmodelle gestalten können. Angesichts aktueller Reformbestrebungen und politischer Diskussionen ist es an der Zeit, das volle Potenzial dieser Berufsgruppe auszuschöpfen, zum Nutzen der Patient*innen, des Gesundheitssystems und der professionellen Pflege selbst.

1.1.1 Das australische Gesundheitssystem

Das australische Gesundheitssystem hat sich über viele Jahre hinweg entwickelt und dabei häufig Innovationen aus anderen Ländern übernommen. Bedeutende Beispiele sind die freiwilligen Krankenversicherungsregelungen (aus den USA), die Organisation und Struktur der Gesundheitsdienste (aus Großbritannien) sowie Medicare, die durch Steuern finanzierte universelle Krankenversicherung (übernommen aus Kanada) (Palmer & Short, 2010). In jüngerer Zeit hat Australien jedoch einen eigenen Weg eingeschlagen, geprägt durch die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen dem Commonwealth (Bund) und den Bundesstaaten (Territorien). Die australische Regierung ist für die Finanzierung von Gesundheitsdiensten zuständig, welche durch direkte Zahlungen an die Bundesstaaten (Territorien) erfolgt, die wiederum für die Bereitstellung dieser Dienste verantwortlich sind. Aufgrund dieser Zuständig-

keit bestehen häufig erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gerichtsbarkeiten.

Die Komplexität erhöht sich durch die Tatsache, dass der Bund für einige landesweite Dienste wie Altenpflege, Primärversorgung, Behindertendienste und einige von Aborigines- und Torres Strait Islander-Gemeinschaften kontrollierte Dienste verantwortlich ist. Die Regulierung der Gesundheitsberufe war bis 2010 Aufgabe der Bundesstaaten (Territorien), bevor sie auf das Nursing and Midwifery Board of Australia (eines von 15 nationalen Boards) unter der Australian Health Practitioner Regulation Agency überging (Wise & Duffield, 2024).

Die Entwicklung klinischer Karrierestrukturen in Gesundheitsberufen in Australien verlief langsam, teilweise bedingt durch die oben genannten Unterschiede in den Zuständigkeiten, aber auch wegen der Rolle der Pflegegewerkschaften. Diese verhandeln Löhne und Arbeitsbedingungen für ihre Mitglieder mit den zuständigen Gesundheitsbehörden in jedem Bundesstaat (Territorium) über alle klinischen Bereiche und Einrichtungstypen hinweg, sowohl im öffentlichen, privaten als auch im gemeinnützigen Sektor. Häufig wurde von Gewerkschaften die Strategie verfolgt, neue Positionen einzuführen, um Gehaltserhöhungen oder bessere Bedingungen zu fordern. Als Folge davon wurde die Einführung neuer Rollen eher von der Industrie als von der Profession selbst gelenkt, wodurch es keinen nationalen Ansatz für die Entwicklung einer Karrierestuktur, von Titeln oder Stellenbeschreibungen gab. Gehälter und Beschäftigungsbedingungen unterscheiden sich ebenfalls zwischen den Gerichtsbarkeiten.

Die Diskussion um Karrierestrukturen in der Pflege begann 1986, als Australien mit einem weiteren Pflegemangel konfrontiert war. Um die Gehälter, Arbeitsbedingungen und das Ansehen des klinischen Pflegepersonals zu verbessern, war der Bundesstaat New South Wales (NSW) der erste, der die Positionen „Clinical Nurse Specialist“ (CNS – klinische Pflegefachkraft, neue Position) und „Nursing Unit Mana-

ger“ (NUM – neue Bezeichnung für die Stationsleitung) einführte (Duffield et al., 1995). Die Einführung der CNS-Position signalisierte, dass die Verantwortung für die Leitung der Pflegeeinheit beim NUM lag, während klinische Expertise und Führungsarbeit zum Aufgabenbereich der CNS wurden (Duffield et al., 1994). Die CNS wurde damals nicht als Rolle der erweiterten Pflegepraxis identifiziert und entsprach nicht der gleichnamigen Rolle in den USA. Der Titel wurde – und wird noch heute – auf Basis von Qualifikationen und Erfahrung in einem klinischen Bereich vergeben, nicht als festgelegte organisatorische Position. Mindestvoraussetzungen sind der Besitz einer relevanten Zusatzqualifikation (damals ein Krankenhaus- oder Fortbildungszertifikat) sowie zwölf Monate Erfahrung im Fachgebiet oder alternativ vier Jahre Berufserfahrung als professionell Pflegendе, davon drei Jahre im Spezialgebiet (NSW Health, 2023).

Jeder Bundesstaat verfolgte nach und nach seinen eigenen Weg bei der Entwicklung von Karrierestrukturen, was zu einer Vielzahl von Rollen und Titeln, einem Mangel an nationaler Konsistenz sowie zu Rollenkonflikten führte – Entwicklungen, die auch international beobachtet wurden, während die Profession mit einer Ausweitung der Pflegeaufgaben und uneinheitlichen Erwartungen kämpfte (Roche et al., 2013). Dieser unstrukturierte Ansatz zur Definition einer Karrierestruktur erschwert produktive Diskussionen über den effektivsten Einsatz des Pflegepersonals, da er auf arbeitsrechtlichen Vorgaben statt auf professionellen Überlegungen basiert. Zudem führt er häufig zu erheblichen Personalbewegungen zwischen den Bundesstaaten (Territorien), da Pflegendе nach besseren Bedingungen suchen.

1.1.2 Die Einführung von APN

Die erste Erwähnung der erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Practice) erfolgte 1992, als in New South Wales (NSW) die Rol-

le der „Clinical Nurse Consultant“ (CNC – klinische Pflegeberaterin) eingeführt wurde (Wilkes et al., 2015), die der amerikanischen CNS-Rolle näherkommt. Im aktuellen Tarifvertrag von NSW heißt es beispielsweise, dass eine Person in eine CNC-Position berufen werden kann, wenn sie über mindestens fünf Jahre Berufserfahrung (in Vollzeitäquivalent) nach dem Examen und über eine anerkannte postgraduale Qualifikation im jeweiligen Fachgebiet – in der Regel einen Masterabschluss – verfügt (NSW Health, 2024). Auch hier wurden ähnliche Positionen, oft mit unterschiedlichen Titeln, allmählich in ganz Australien eingeführt und als Positionen der erweiterten klinischen, pflegerischen Praxis bezeichnet (Baldwin et al., 2013; Wilkes et al., 2015), obwohl „Advanced Practice“ im australischen Kontext noch gar nicht definiert war (Baldwin et al., 2013). Die Unterschiede in der Namensgebung führten zu Verwirrung innerhalb der Pflegeprofession, aber auch in der breiten Öffentlichkeit und bei politischen Entscheidungsträgern. Es überrascht daher nicht, dass es der Pflege schwerfiel, die Bedeutung dieser Rollen für die Patient*innenversorgung klar zu vermitteln.

Die Einführung der Rolle des/der „Nurse Practitioner“ (NP – Pflegeexpert*in mit gesetzlich geregelter Zusatzqualifikation) am 12. Dezember 2000, nach vielen Jahren des Einsatzes durch die Pflegeprofession, war ein bedeutender Schritt, der die Diskussion über die Definition von Advanced Practice stark vorantrieb. In Australien ist der Titel NP gesetzlich geschützt (neben den Titeln Registered Nurse – RN und Enrolled Nurse – EN) und unterscheidet sich gesetzlich klar von der Rolle der registrierten Pflegenden. Die Einführung des NP verdeutlichte die Notwendigkeit, Rolle und Aufgabenbereich des NP klar von denen der Advanced Practice Nurse (APN) abzugrenzen, damit Führungskräfte im Pflege- und Gesundheitswesen die jeweiligen Beiträge dieser Rollen zur Versorgung und Systemgestaltung besser verstehen konnten.

Ein noch pragmatischerer Grund zur Definition der erweiterten Pflegepraxis war jedoch,

dass Kandidat*innen für die NP-Zulassung 5.000 Stunden klinisch fundierter Advanced Practice in den letzten sechs Jahren nachweisen müssen (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2020).

In anderen Ländern international wurde der Unterschied zwischen NP und anderen Advanced Practice Nursing-Rollen durch einheitliche Definitionen, Kompetenzstandards und gesetzlich geschützte erweiterte Handlungsspielräume klarer festgelegt (International Council of Nurses & International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, 2008). Um gemeinsame Herausforderungen mit Neuseeland hinsichtlich der NP-Rolle anzugehen, entwickelten Gardner und Autorenteam (2006) eine Definition und Kompetenzstandards für NPs beider Länder. Dabei blieb jedoch ein Aufgabenbereich bestehen, der weiterhin unter das gesetzlich geregelte Tätigkeitsfeld der Registered Nurses fiel – die erweiterte Pflegepraxis (Gardner et al., 2007). Wie bereits erwähnt, wurden in Australien Advanced Practice-Rollen auf arbeitsrechtlicher Grundlage und nicht von der Profession eingeführt – es gab keine einheitlichen Titel, Verantwortlichkeiten, Aufgaben oder Berichtslinien im ganzen Land.

1.1.3 Forschung zur APN-Rolle

Ein Forschungsprogramm zur Definition von Advanced Practice-Rollen begann wenige Jahre nach Einführung der NP-Rolle. Gardner und Autorenteam (2007) führten in einem australischen Bundesstaat Interviews mit neun Pflegenden durch, welche von Führungskräften in der Pflege als „fortgeschritten“ eingestuft wurden. Die Daten wurden analysiert und mit vier veröffentlichten Modellen zur Advanced Practice Nursing verglichen. Die Forscher*innen kamen zu dem Schluss, dass das Strong Model of Advanced Practice (Ackerman et al., 1996; Mick & Ackerman, 2000) am besten mit den berichteten Parametern der Befragten übereinstimmte.

Eine Folgestudie im selben Bundesstaat, die mit einem Delphi-Panel aus Pflegeexpert*innen (Kliniker*innen, Manager*innen, Forscher*innen) durchgeführt wurde, bestätigte, dass das daraus abgeleitete „Advanced Practice Role Delineation Tool (APRD)“ in Bezug auf Inhalte und Aktivitäten gültig ist und zuverlässig zur Definition der erweiterten und vertieften Pflegepraxis verwendet werden kann (Chang et al., 2010). Eine anschließende Faktorenanalyse bestätigte ebenfalls die Gültigkeit der fünf Domänen des Originalinstruments (Chang et al., 2012) und zeigte, dass das Instrument zwischen Advanced Practice Nursing und anderen Pflegeprofilen differenzieren kann (Gardner et al., 2013). Ein zentrales Ergebnis war die Entwicklung eines zuverlässigen Instruments mit starken psychometrischen Eigenschaften. Das Tool kann von Pflegenden zur Selbsteinschätzung oder von Arbeitgebern verwendet werden, um festzustellen, ob eine Pflegende auf dem Niveau der erweiterten Pflegepraxis arbeitet. Arbeitgeber können es auch einsetzen, um zu prüfen, ob Stellen im Tarifvertrag tatsächlich Advanced Practice-Rollen darstellen.

Im Jahr 2014 wurde ein nationales Projekt ins Leben gerufen, das vom Australian Research Council gefördert und von der Australian Nursing and Midwifery Federation (der nationalen Pflegegewerkschaft) als Industriepartner unterstützt wurde. Es trug den Titel: „Research and Development of a National Framework for Advanced Practice in Nursing“ [„Forschung und Entwicklung eines nationalen Rahmens für Advanced Practice in der Pflege“] und hatte das Ziel, die Praxisparameter und das Dienstleistungspotenzial der erweiterten Pflegepraxis (APN) zu definieren und eine evidenzbasierte Grundlage für ihren Einsatz in Modellen der Personalreform zu schaffen. Ein weiteres Ziel war es, auf Forderungen nach einheitlichen Stellenbezeichnungen und Verantwortlichkeiten im ganzen Land nach Einführung der nationalen Registrierung für Pflegende zu reagieren (Duffield et al., 2011). Wichtige Erkenntnisse und Ergebnisse dieses Projekts waren:

- Erstmals wurden detaillierte Informationen über Stellenbezeichnungen, Struktur und Versorgungsprofile der Pflegenden im ganzen Land bereitgestellt (Gardner, Duffield, Gardner et al., 2017a). Mithilfe einer Clusteranalyse wurden 69 Pflege-Stellenbezeichnungen auf sieben Cluster mit vergleichbaren Titeln und Aufgabenprofilen in allen australischen Gerichtsbarkeiten reduziert (Gardner et al., 2017a).
- Pflegenden, die auf einem erweiterten Niveau arbeiten, erzielten hohe Durchschnittswerte in allen Domänen des Strong Model of Advanced Practice Role Delineation (APRD) Tools (Gardner et al., 2016).
- Die Rollen des/der Nurse Practitioner, der Advanced Practice Nurse und der grundlegend qualifizierten Registered Nurse zeigten unterschiedliche Praxisprofile (Gardner et al., 2016).
- APNs mit einem Masterabschluss schnitten in allen fünf APRD-Domänen besser ab als jene ohne weiterführenden Abschluss – insbesondere in den Bereichen Forschung und Führung (Duffield et al., 2021).
- Zwei Ressourcen/Werkzeuge wurden entwickelt und online zur Verfügung gestellt:
 1. Das Australian Advanced Practice Nursing Self-Appraisal Tool (The ADVANCE Tool) (Gardner et al., 2017b)
 2. Ein Werkzeug für Organisationen zur Dienstleistungsplanung – das Organisational APRD-Toolkit (Gardner et al., 2017c)

Ein interessanter Nebeneffekt dieser Forschung war, dass auch viele Pflegemanager*innen an der nationalen Umfrage teilnahmen. Auch wenn ihre Antworten nicht in die Analyse der Advanced Practice-Rollen einfließen, zeigten die Ergebnisse dieser Teilgruppe, dass Stations- und Bereichsleitungen sich selbst sowohl als Kliniker*innen als auch als Manager*innen sahen. In ihren Rollen übernahmen sie weiterhin klinisch fokussierte Aufgaben – wenn auch nicht im gleichen Umfang wie andere klinische Posi-

tionen – und unterstützten damit die Forderung, dass Pflegenden und nicht Außenstehende das Pflegepersonal führen und leiten sollten (Duffield et al., 2019).

Im Jahr 2019 veröffentlichte das Australian College of Nursing (ACN) das White Paper „*A New Horizon for Health Services: Optimising Advanced Practice Nursing*“, in dem festgestellt wurde, dass Gesundheitsdienste fragmentiert und unkoordiniert seien und es erhebliche Versorgungslücken für viele Personen und Gemeinschaften gebe. Die Stellungnahme sprach sich eindeutig für ein neues Modell der Gesundheitsversorgung aus, das auf der Nutzung von Advanced Practice Nurses basiert. Besonders bemerkenswert war ihre neue Definition dieser Rolle:

Definition

„Advanced practice nursing is the experience, education, and knowledge to practice at the full capacity of the registered nurse practice scope. It is neither a title nor a role: it is a level of clinical practice that involves cognitive and practical integration of knowledge and skills from the clinical, health systems, education, and research domains of nursing. The nurse practising at this level is a leader in nursing and health care. Advanced practice nursing is enabled through education at the master’s level“ (Australian College of Nursing, 2019, S. 5).

Zwei Aspekte dieser Definition sind entscheidend:

1. Advanced Practice Nursing ist nicht an eine Rolle oder einen Titel gebunden, und
2. für ihre Ausübung ist keine zusätzliche regulatorische Rolle erforderlich. Eine registrierte Pflegenden, die im vollen Umfang ihres Tätigkeitsbereichs arbeitet, gilt als auf erweitertem Niveau praktizierend.

Diese Definition wurde von den Chief Nursing und Midwifery Officers Australia (2020) unter-

stützt und in eine überarbeitete Definition des NMBA (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2020) aufgenommen:

Definition

„Advanced practice: Nurses practising at an advanced practice level incorporate professional leadership, education, research and support of systems into their practice. Their practice includes relevant expertise, critical thinking, complex decision-making, autonomous practice and is effective and safe. They work within a generalist or specialist context and they are responsible and accountable in managing people who have complex health-care requirements.

Advanced practice in nursing is demonstrated by a level of practice and is not by a job title or level of remuneration.

Advanced practice for the purpose of the nurse practitioner endorsement requires 5,000 hours clinically-based advanced practice in the past six years“.

Der Weg zur Definition und Umsetzung von Advanced Practice-Rollen in Australien war nicht einfach. Es ist fair zu sagen, dass das Potenzial dieser Rollen zur Verbesserung der Versorgung derzeit noch nicht flächendeckend verstanden wird. Ebenso kann argumentiert werden, dass die Rolle von Pflegenden jenseits der „Handlanger“-Funktion bislang nicht ausreichend anerkannt wurde. Doch es gibt Hoffnung auf Veränderung. In jüngerer Zeit hat eine verstärkte Medienberichterstattung auf lange Wartezeiten, überfüllte Notaufnahmen, Behandlungen auf Krankenhausfluren, Hausärzt*innenmangel und Pflegenden, die das System verlassen, aufmerksam gemacht. Letztere gaben oft an, dass ihre Kompetenzen nicht genutzt oder wertgeschätzt würden – all das hat Diskussionen darüber angestoßen, wie qualifiziertes Personal, insbesondere die große Basis der Pflegenden, effektiver eingesetzt werden kann.

Die Bundesregierung ist derzeit stark an der Nachhaltigkeit des Medicare-Systems interessiert – insbesondere im Bereich der Primärversorgung, da ein anhaltender Mangel an Hausärzt*innen prognostiziert wird. Trotz der Einführung von NPs und Advanced Practice Nurses vor vielen Jahren kam es bisher nur schleppend zur Umsetzung pflegegeleiteter Versorgungsmodelle. Der Bericht der „Strengthening Medicare Taskforce“ (Australian Government, 2023) formulierte klare Empfehlungen, wie der Zugang zu Versorgungsleistungen verbessert werden könne – unter anderem durch den Einsatz von interdisziplinären Teams und die Anpassung von Finanzierungsmodellen, sodass nicht nur ärztliches Personal für die Leistungserbringung finanziert wird. Dies würde eine Erweiterung der Anzahl und Verteilung von Pflegenden, NPs und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erfordern. Ein Schlüsselaspekt war die Empfehlung, allen Gesundheitsberufen zu ermöglichen, im vollen Umfang ihrer Kompetenzen zu arbeiten, und bestehende Hürden zu beseitigen (Australian Government, 2023). Die Autor*innen stellten fest, dass diejenigen, die am meisten durch solche Hürden eingeschränkt sind, eher den Beruf verlassen.

Im Anschluss daran veröffentlichte das beauftragte Expert*innenteam den Abschlussbericht „Unleashing the Potenzial of our Health Workforce – Scope of Practice Review“ (Australian Government, 2024), auch bekannt als Cormack Review. Wenig überraschend stellte der Bericht fest, dass alle Gesundheitsberufe durch regulatorische und finanzielle Strukturen daran gehindert würden, im vollen Umfang zu arbeiten. Besonders betont wurde, dass Pflegenden mehr Autonomie eingeräumt und ihre Entscheidungskompetenz besser genutzt werden müsse. Obwohl der Begriff „Advanced Nursing Practice“ nicht explizit erwähnt wurde, tauchten die Begriffe „Advanced Practice“ und „nurse-led“ regelmäßig auf. Die Kernempfehlung lautete: alle Gesundheitsfachkräfte sollen im vollen Umfang ihrer Kompetenzen arbeiten können – ganz im Sinne der Definition von Ad-

vanced Practice Nursing (Australian College of Nursing, 2019).

Ob dieser Bericht tatsächlich Veränderungen hinsichtlich der Nutzung von Advanced Practice Nurses bewirken wird, bleibt abzuwarten. Dennoch lässt sich spekulieren, wie solche Pflegende zur Verbesserung der Versorgung beitragen könnten. Dazu nachstehend ein Fallbeispiel: Mary, Advanced Practice Nurse in der Palliativversorgung

Rollen-Fallbeispiel: APN in der Palliativversorgung

Mary ist eine registrierte Pflegendende mit einem Masterabschluss in Palliative Care. Sie arbeitet in einer pflegegeleiteten Krankenhaus-Außenstelle, die Patient:innen darin unterstützt, zu Hause zu sterben. Die Klinik ist gut vernetzt mit einer nahegelegenen Arztpraxis, anderen Gesundheitsberufen, dem Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtungen.

Überweisungen erfolgen in der Regel durch Pflege- oder ärztliches Personal, manchmal aber auch durch Sozialarbeiter*innen, Angehörige oder die Patient*innen selbst. Gelegentlich kontaktieren sie Menschen aus Hospizen oder Altenheimen, die nun den Wunsch äußern, zu Hause sterben zu dürfen.

Mary prüft die Eignung der Betroffenen für eine häusliche Versorgung am Lebensende. Sie spricht mit Angehörigen und dem Versorgungsteam, um den besten Ort für die Versorgung gemäß den Wünschen der Patient*innen zu finden – so entsteht eine gemeinsame Vision für den verbleibenden Weg. Sie bestimmt die Pflegebedarfe, organisiert benötigte Dienste wie Hauspflege, Atemunterstützung oder Reinigung, und arbeitet mit anderen Teammitgliedern zusammen. Auch Ausrüstung wie Sauerstoff muss ggf. bereitgestellt werden. Sobald alles geklärt ist, koordiniert sie den Heimtransport mit dem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst. Falls etwas nicht wie geplant verläuft, kann sie eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus veranlassen.

Ein zentraler Bestandteil ihrer Arbeit ist die Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen, z. B. zu Themen wie Medikamentengabe, körperlicher Pflege, Symptommanagement, Erstellung von Patient*innenverfügungen, verfügbaren Diensten und deren Finanzierung. Außerdem führt sie regelmäßig Schulungen und Workshops für das Krankenhauspersonal, das Palliativteam und umliegende Einrichtungen durch.

Wenn Patient*innen nicht mehr nach Hause kommen können, unterstützt Mary das Krankenhauspersonal bei der Versorgung in der Klinik. Auch bei der häuslichen Pflege ist sie manchmal selbst involviert, um ihre klinischen Fähigkeiten zu erhalten. Sie veröffentlicht regelmäßig Fachartikel in der Pflegezeitschrift ihrer Berufsorganisation und ist oft als Rednerin für Verbrauchergruppen und Gemeindeinitiativen eingeladen. Den Kontakt zu ehemaligen Patient*innen und deren Familien hält sie aufrecht.

1.1.4 Fazit und Ausblick

In Australien besteht weiterhin Verwirrung über die Rolle der Advanced Practice Nurse – also einer registrierten Pflegenden, die im vollen Umfang ihres Fachgebiets arbeitet – im Unterschied zur gesetzlich geregelten Rolle der Nurse Practitioner. Der Einsatz von Advanced Practice Nurses zur Umgestaltung der Gesundheitsversorgung schreitet nur langsam voran, obwohl die Nachfrage nach Versorgung kontinuierlich steigt und mit den aktuellen, arztzentrierten Versorgungsmodellen nicht mehr zu bewältigen ist.

Die vorhandene Evidenz zeigt jedoch klar, dass Advanced Practice Nurses und pflegegeleitete Dienste einen wesentlichen Beitrag zur gerechteren und schnelleren Versorgung leisten können. Es bleibt zu hoffen, dass die jüngsten Regierungsberichte, die den Abbau von Hürden und die optimale Nutzung aller Gesundheitsfachkräfte fordern, zu einem Wandel führen.

1.2 Zusammenarbeit als Erfolgsfaktor in Kanada

Nancy Carter

Der derzeitige Erfolg der erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Practice Nursing, APN) in Kanada ist das direkte Ergebnis einer engen Zusammenarbeit zentraler Pflegeorganisationen und -gemeinschaften mit einem gemeinsamen Ziel: den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Einzelpersonen und Gemeinschaften durch die umfassende Nutzung von Nurse Practitioner und Clinical Nurse Specialists zu verbessern. Der Einfluss einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit (Regierung, Bildung, Praxis, Forschung, Gewerkschaften) hat Entscheidungsträger*innen und politische Verantwortliche dazu bewegt, den Handlungsspielraum von APNs zu erweitern und neue Rollen in der Pflege zu schaffen. Diese Entwicklungen führten zu wesentlichen Fortschritten im Bereich der erweiterten Pflegepraxis in Kanada.

Dieses Kapitel konzentriert sich nicht auf die direkte Arbeit von APNs, sondern auf die unterstützenden Rollen von APN-Führungskräften sowie von Führungspersonen/Stakeholdern in Regierung, Bildung, Forschung, den Berufsorganisationen und Gewerkschaften.

1.2.1 Historischer Hintergrund

Pflegende haben informell bereits seit dem späten 19. Jahrhundert in abgelegenen und ländlichen Regionen Kanadas in erweiterten Rollen gearbeitet, oft als einzige Gesundheitsdienstleister*in in sogenannten „Outpost“-Positionen (Kaasalainen et al., 2010). In der Mitte des 20. Jahrhunderts, nach dem Zweiten Weltkrieg, entwickelten sich zwei formelle Rollen der erweiterten Pflegepraxis, um dem Personalmangel in der Pflege entgegenzuwirken: die Clinical Nurse Specialist (CNS) und die Nurse Practitioner (NP). Diese beiden APN-Rollen sind derzeit die in Kanada anerkannten Modelle.

Definition

In Kanada ist die CNS eine registrierte Pflegeperson (Registered Nurse, RN) mit einem Master- oder Doktorsabschluss. Sie arbeitet mit vertieftem Wissen, erweiterten Fähigkeiten und Kompetenzen in einer spezialisierten klinischen Pflegepraxis, wobei der Handlungsspielraum formal dem einer RN entspricht. Typische Tätigkeitsbereiche der CNS umfassen die klinische Versorgung, Systemführung, Weiterentwicklung der Pflegepraxis sowie Evaluation und Forschung (Canadian Nurses Association, 2016a).

Es ist schwer, die genaue Anzahl an CNS in Kanada zu schätzen, da keine eigenständige Zulassung existiert, aber es wird angenommen, dass etwa 3.000 CNS in verschiedenen Regionen und Sektoren tätig sind. Häufig arbeiten CNS in großen Organisationen, wo sie mit Führungs-, Forschungs- und Lehrkompetenz Pflegende oder strategische Ziele – wie evidenzbasierte Praxisinitiativen – unterstützen. Aufgrund ihrer fortgeschrittenen Ausbildung und Expertise sind die individuellen Rollen flexibel und werden an die Bedürfnisse von Patient*innen und Organisationen angepasst, was jedoch auch zu einem unklaren Rollenverständnis führen kann. Dennoch sind CNS stark auf spezialisierte Patient*innenversorgung fokussiert und in zahlreichen Bereichen tätig, darunter Akutpflege, Intensivpflege und mentale Gesundheit. CNS arbeiten auch in ländlichen und abgelegenen Regionen und leisten dort kultursensible Beratung und Unterstützung für andere Pflegende in der Betreuung komplexer Gesundheitsprobleme innerhalb von First Nations- und Inuit-Gemeinschaften. Der fehlende rechtliche Titelschutz trägt zur Verwirrung hinsichtlich der Rolle bei (Kilpatrick et al., 2013). Es bestehen in Kanada Sorgen über das langsame Wachstum und die geringe Umsetzung dieser Rollen – besonders angesichts der Herausforderungen nach der COVID-19-Pandemie und des Personal Mangels in der Pflege.

Definition

Ein/e Nurse Practitioner (NP) ist ebenfalls eine registrierte Pflegende (RN) mit zusätzlicher akademischer Ausbildung auf Masterniveau sowie klinischer Erfahrung. NPs verfügen über einen gesetzlich definierten Handlungsspielraum, der die eigenständige Diagnose, das Anordnen und Interpretieren diagnostischer Tests, das Verschreiben von Behandlungen und Medikamenten sowie die Durchführung bestimmter medizinisch-therapeutischer Verfahren einschließt (Canadian Nurses Association, 2016b). Der Schwerpunkt der NP-Rolle liegt auf der direkten klinischen Versorgung. Für die Zulassung müssen NPs eine juristische Prüfung bestehen, klinisch aktiv bleiben und bei der zuständigen Provinzaufsicht als NP registriert sein (College of Nurses of Ontario, 2025).

Schätzungsweise sind etwa 8.000 NPs in der direkten Patient*innenversorgung beschäftigt (Canadian Institute for Health Information, 2023), mit einer jährlichen Wachstumsrate von 10 %. NPs arbeiten in unterschiedlichen Versorgungsbereichen, darunter Akutpflege, Langzeitpflege, Strafvollzug und gemeindenaher Versorgung. Der Großteil ist in der Primärversorgung tätig. Die Eröffnung der ersten NP-geführten Klinik im Jahr 2007 ebnete den Weg für dieses erfolgreiche Versorgungsmodell, insbesondere für Patient*innen und Gemeinschaften mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung (Heale & Butcher, 2010).

1.2.2 Nationale Initiativen in Kanada

The Canadian Nurses Association Framework: Eine der großen Stärken der erweiterten Pflegepraxis in Kanada ist die Entwicklung eines pan-kanadischen Rahmenwerks (Frameworks). The Canadian Nurses Association's (CNA) Framework on Advanced Practice Nursing (Canadian Nurses Association, 2019) lie-

fert wichtige Informationen zu den Rollen der APN, um das Verständnis unter Pflegenden, anderen Gesundheitsfachpersonen, Arbeitgeber*innen, Entscheidungsträger*innen und der Öffentlichkeit zu fördern.

Das Rahmenwerk wurde mit Unterstützung eines nationalen Beratungsgremiums entwickelt. Ziel ist es, eine erfolgreiche Einführung, Integration und Nachhaltigkeit der APN-Rollen zu ermöglichen, indem es:

- eine nationale Konsistenz in der Rollenbeschreibung und -umsetzung schafft,
- zur Gestaltung von Curricula in der Ausbildung beiträgt,
- relevante Konzepte für die Forschung identifiziert, und
- politische sowie organisatorische Entscheidungen unterstützt und beeinflusst.

Zusätzlich zum Framework der Canadian Nurses Association gibt es mehrere weitere zentrale Strukturen sowie Akteur*innen, die das landesweite Wachstum und die Entwicklung von APN-Rollen unterstützen. Im folgenden Abschnitt werden einige dieser Schlüsselstrukturen und Persönlichkeiten vorgestellt, die sich für die Förderung der APN einsetzen.

1.2.2.1 Regierungsstrukturen zur Unterstützung

Kanada ist geografisch ein sehr großes Land, mit der Mehrheit der Bevölkerung in städtischen Zentren nahe der südlichen Grenze zu den USA. Im Gegensatz dazu sind die nördlichen Regionen ländlich oder abgelegen und dünn besiedelt. Das kanadische Gesundheitssystem wird öffentlich finanziert und bietet universellen Zugang zu medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen. Die kanadische Verfassung regelt, wie diese organisiert und erbracht werden. Der Bund stellt Mittel zur Verfügung, während die 13 Provinzen und Territorien für den Betrieb und die Verwaltung der Gesundheitsdienste zuständig sind.

NPs und CNS, die in der Akutversorgung oder im Krankenhausbereich tätig sind, werden aus dem bestehenden Budget der jeweiligen Einrichtung finanziert. NPs außerhalb des Krankenhausesektors sind häufig bei Gesundheitsbehörden oder Organisationen beschäftigt, deren Finanzierung fast ausschließlich über Gehälter erfolgt (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, et al., 2016).

Führungspersonlichkeiten in der Pflege auf Regierungsebene – wie die/der nationale Chief Nursing Officer (CNO) – spielen eine zentrale Rolle (Government of Canada, 2022). Hinzu kommen führende Pflegepersonen auf Provinz- und Territorialebene sowie Vertreter*innen bundesstaatlicher Einrichtungen wie First Nations and Inuit Health, Einwanderungsbehörden, öffentliche Gesundheit und Justizvollzug. Diese bilden gemeinsam die *Principal Nurse Advisory Task Force*, die maßgeblich an der Gestaltung von Pflegepolitik und -praxis beteiligt ist.

Bundesweite Initiativen haben entscheidend zur Entwicklung der APN-Rollen beigetragen, und die kanadische Regierung unterstützt diese durch Investitionen. Ein Beispiel dafür ist die *Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI)* – ein mit 9 Millionen kanadischen Dollar ausgestattetes Projekt der Bundesregierung zur Förderung der NP-Rolle. Ziel dieser Maßnahme war es, den Zugang zu einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung für alle Kanadier*innen zu verbessern.

1.2.2.2 Educational Leadership

Die *Canadian Association of Schools of Nursing (CASN)* ist die nationale Akkreditierungsstelle für Pflegebildungsprogramme in Kanada. Sie hat einen nationalen Bildungsrahmen für Pflege auf Bachelor- und Masterniveau entwickelt. Kürzlich veröffentlichte CASN eine Wahlplattform auf Bundesebene mit dem Ziel, verstärkt in die Pflegeausbildung zu investieren. CASN verfügt über:

- ein nationales Rahmenwerk zur NP-Ausbildung in Kanada,
- sowie ein ständiges Komitee für die Graduiertenausbildung in der Pflege, das sich mit Bildungsfragen im Zusammenhang mit der erweiterten Pflegepraxis befasst (Canadian Association of Schools of Nursing, 2012).

In jüngster Zeit organisierte CASN nationale Gipfeltreffen, um die Änderungen in der Regulierung der NP-Rolle zu diskutieren – insbesondere im Hinblick auf die Erweiterung des Aufgabenbereichs von Berufseinsteiger*innen. CASN unterstützt außerdem gezielt Bildungsprojekte, z. B. das Projekt *Entry-to-Practice Abortion Care*, das Inhalte zur Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen vermittelt (Canadian Association of Schools of Nursing, 2023) – ein Thema, das üblicherweise nicht Teil des NP-Curriculums ist.

In der Provinz Ontario wurde ein Konsortium aus neun Universitäten gegründet, um eine standardisierte und hochwertige Ausbildung für Pflegeexpert*innen im Bereich der Primärversorgung sicherzustellen (College of Nurses of Ontario, 2025). Dieses vom Gesundheitsministerium der Provinz finanzierte Programm ermöglicht es den Studierenden, an ihrer Heimuniversität zu lernen und später in ihrer Region zu praktizieren. Der Unterricht wird von einem Team aus promovierten und auf Masterebene ausgebildeten Pflegeexpert*innen geleitet, die den einheitlichen Lehrplan auf Englisch und Französisch online anbieten. Die neun Universitäten kooperieren mit über 500 Gesundheitseinrichtungen, um den Studierenden hochwertige Praxiserfahrungen zu ermöglichen.

1.2.2.3 Globale Forschungsaktivitäten

Kanada weist eine herausragende Forschungsleistung im Bereich der erweiterten Pflegepraxis auf – weltweit nur übertroffen von den USA (Wen et al., 2025). Die Grundlage für diese Forschungsexzellenz wurde mit der Einrichtung

eines nationalen Forschungsschwerpunkts gelegt: Ein zehnjähriger Lehrstuhl für APN-Forschung, den Alba DiCenso innehatte, wurde 2001 von der *Canadian Health Services Research Foundation* und den *Canadian Institutes of Health Research* finanziert. Ziel dieses Lehrstuhls war es, gemeinsam mit Entscheidungsträger*innen die Kapazitäten Kanadas in der gesundheitsbezogenen Pflegeforschung auszubauen – insbesondere in Bezug auf politische Fragestellungen und Versorgungsmodelle mit APNs. Eines der zentralen Ergebnisse war eine nationale Entscheidungshilfe, die APN-Kompetenzen in Kanada beschrieb, Barrieren und Förderfaktoren für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung der Rollen identifizierte und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen formulierte (DiCenso et al., 2010).

Viele der in diesem Programm ausgebildeten Forscher*innen wurden später Professor*innen und gründeten das *Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research (CCAPNR)*, unter der Leitung von *Denise Bryant-Lukosius* und *Ruth Martin-Misener*. Forschende des CCAPNR arbeiten mit lokalen, provinziellen und nationalen Organisationen in Kanada sowie mit internationalen Partner*innen zusammen, um das Feld der spezialisierten Pflegepraxis weltweit voranzutreiben. Zu den wichtigsten Leistungen des CCAPNR zählen:

- Forschungsförderung in Höhe von fast 20 Millionen CAD zwischen 2016 und 2020
- über 130 begutachtete Publikationen im selben Zeitraum
- eine bemerkenswerte Zahl an Nachwuchsforschenden: auf jede Dozentin/jeden Dozenten kommen drei Forschungstrainees, was eine hohe Nachwuchsförderung anzeigt.

Der internationale Einfluss des CCAPNR zeigt sich auch darin, dass Absolvent*innen mittlerweile als APN-Forschende in Ländern wie der Schweiz, Finnland, Hongkong und Chile tätig sind. Vier Forschende des CCAPNR gehörten kürzlich zu den „Top-10-Autorinnen weltweit“, die im Bereich APN publizieren. Die McMaster

University – Heimat des CCAPNR – wurde sogar als einflussreichste Institution für APN-Forschung weltweit identifiziert (Wen et al., 2025).

Eine besonders prägende Figur ist Bryant-Lukosius, die zusammen mit DiCenso die international anerkannten *PEPPA- und PEPPA-Frameworks* entwickelte – zentrale Instrumente zur Einführung und Evaluation von APN-Rollen (Boyko et al., 2016; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius, Spichiger, et al., 2016).

1.2.2.4 Berufsvertretungen und Gewerkschaftsorganisationen

Mehrere Berufs- und Gewerkschaftsorganisationen in Kanada haben maßgeblichen Einfluss auf die Verbreitung und Akzeptanz der erweiterten Pflegepraxis (APN) – insbesondere, indem sie Barrieren abbauen und durch das Engagement ihrer Mitglieder Führung übernehmen. Als aktives Mitglied des International Council of Nurses (ICN) bringt die Canadian Nurses Association (CNA) nationale Interessengruppen zusammen, um Rahmenwerke, Positionspapiere und Leitlinien für die APN-Praxis zu entwickeln.

Die *Canadian Clinical Nurse Specialist Association (CNS-C)* (<https://cns-c-canada.ca/>) verfolgt das Ziel, die Nutzung und Sichtbarkeit der CNS-Rolle zu erhöhen und den CNS-Titel gesetzlich zu schützen. Kürzlich unterzeichnete die CNS-C eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit den CNSs der USA – dadurch entstand eine nordamerikanische Allianz mit über 92.000 Mitgliedern.

Die *Nurse Practitioner Association of Canada* (<https://npac-aiipc.org/>) arbeitet mit landesweiten Partnerorganisationen zusammen, unterstützt Pflegeexpert*innen in Führungsrollen und engagiert sich in nationalen Gremien. In den meisten Provinzen existieren zusätzliche APN-Verbände – zum Beispiel die *Nurse Practitioner Association of Ontario (NPAO)* (<https://npao.org>), die unter der Leitung der früheren

Global Chief Nursing Officer Michele Acorn steht. Dank ihrer großen Mitgliederzahlen und Finanzierungsmöglichkeiten können diese Organisationen:

- Forschung im Bereich APN fördern,
- Positionspapiere zu aktuellen Themen erstellen,
- sich für gesundheits- und pflegepolitische Veränderungen einsetzen,
- Konferenzen und Netzwerktreffen organisieren,
- sowie Stipendien und Auszeichnungen für Mitglieder und Studierende vergeben.

Ein besonders wertvoller Beitrag dieser Berufsverbände ist ihre Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung über APN-Rollen. So hat die NPAO z. B. Informationsmaterialien für NPs entwickelt, die sie Patient*innen, Angehörigen und der breiten

Öffentlichkeit zur Verfügung stellen können – darunter Poster, Social-Media-Grafiken und Infografiken. Diese Materialien sind kostenfrei für alle NPs zugänglich (Nurse Practitioner Association of Ontario, 2025).

Viele APNs, die in größeren Einrichtungen tätig sind, gehören auch Gewerkschaften an. Die Canadian Federation of Nurses Unions (CNFU) (2018) (<https://nursesunions.ca/>) beauftragte ein landesweites Projekt zur Gewinnung und Bindung von Pflegeexpert*innen. Die CFNU fördert zudem Forschungsprojekte und führt aktuell eine nationale Umfrage unter NPs durch, um deren Arbeitsbedingungen und berufliche Zufriedenheit zu analysieren.

Die **Tabelle 1-1** zeigt beispielhaft Strukturen und Organisationen, die die erweiterte Pflegepraxis in Kanada unterstützen, sowie eine Übersicht ihrer jeweiligen Schwerpunkte.

Tabelle 1-1: Strukturen und Organisationen der erweiterten Pflegepraxis in Kanada (Eigendarstellung)

Organisationen	Struktur	Aufgaben
Regierung	Federal Chief Nursing Officer	Strategische Beratung für die <i>Health Canada</i> aus pflegerischer Perspektive zu vorrangigen politischen Themen und Programmbereichen, einschließlich der Personalplanung leisten
	Provincial Nursing Leads	Pflegepolitik und -praxis informieren, mitgestalten und beeinflussen
Bildung	Canadian Association of Schools of Nursing (CASN)	Akkreditierung von Programmen für NPs Leitlinien für die Graduiertenausbildung in der Pflege bereitstellen Nationale Diskussionen führen, z. B. im Rahmen der Nationalen Taskforce für die NP-Ausbildung
	Provincial NP Education Consortium in Ontario	Bildungsprogramme standardisieren und deren Qualität sichern/aufrechterhalten
Forschung	Canadian Health Services Research Foundation/ Canadian Institutes of Health Chair in Advanced Practice Nursing	Kapazitäten für APN-Forschende aufbauen

Tabelle 1-1: Fortsetzung

Organisationen	Struktur	Aufgaben
	Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research	Das Feld der APN sowie spezialisierte Pflegerollen und -praktiken weiterentwickeln
Regulation	Canadian Council for Registered Nursing Regulators (CCRNR)	Exzellenz in der Pflegeberuferegulierung im öffentlichen Interesse in Kanada voranbringen Entwicklung von Einstiegskompetenzen und einer nationalen Zulassungsprüfung für NPs
Professionelle (Berufs-)Organisationen	Canadian Nurses Association	Im öffentlichen Interesse für Pflegende in Kanada handeln und nationale sowie internationale Führungsrolle im Gesundheitsbereich übernehmen Die eigenverantwortliche Regulierung durch die Berufsgruppe stärken Advanced Practice Nursing Framework
	Nurse Practitioner Association of Canada	Sich für die Interessen von NPs einsetzen und Hürden für deren Berufsausübung abbauen
	Clinical Nurse Specialist Association of Canada	Eine Plattform für Führungsarbeit schaffen, durch die CNSs Einfluss auf eine kosteneffektive und nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nehmen können Die Nutzung und Sichtbarkeit der CNS-Rolle erhöhen sowie den CNS-Titel gesetzlich schützen
	Nurse Practitioner Association of Ontario	Die Sichtbarkeit der NP-Rolle erhöhen Die NP-Praxis stärken, integrieren und nachhaltig fördern
Gewerkschaften	Canadian Federation of Nurses' Unions	Für Pflegende und eine hochwertige öffentliche Gesundheitsversorgung eintreten Eine nationale Stimme für gewerkschaftlich organisierte Pflegende bieten