



# Pflegepolitisches Positionspapier der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen und der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zur Implementierung und Weiterentwicklung der Advanced Practice Nursing (APN)-Rolle in Deutschland

Dieses Positionspapier wurde von der Kammerversammlung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen am 23.04.2026 beschlossen.

Dieses Positionspapier wurde nach Beteiligung von Mitgliedern der Vertreterversammlung am 25.03.2026 vom Vorstand der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz beschlossen.

## **Pflegekammer Nordrhein-Westfalen**

Nach zweijähriger Aufbauarbeit durch den vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen berufenen Errichtungsausschuss, trat die gewählte Kammerversammlung mit insgesamt 60 Vertreter\*innen am 16. Dezember 2022 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Mit bis heute bereits über 120.000 vollständig registrierten und geschätzt insgesamt mehr als 240.000 Pflegefachpersonen in NRW ist die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen die mitgliederstärkste Heilberufskammer Deutschlands.

## **Landespflegekammer Rheinland-Pfalz**

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz wurde als erste Pflegekammer Deutschlands gegründet und nahm am 1. Januar 2016 ihre Arbeit auf. Sie hat Pionierarbeit geleistet – nicht nur für die rund 40.000 Pflegenden in RLP, sondern für alle Pflegekammern, die folgen. Mit Sitz in Mainz ist sie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts zur Selbstverwaltung. Als demokratische Institution baut die Pflegekammer auf das breite Engagement der eigenen Berufsgruppe. Mit der Entwicklung einer eigenen Berufsordnung, der Weiterbildungsordnung und der Fortbildungsordnung hat sie einen professionellen Rahmen geschaffen und den Berufsstand nachhaltig weiterentwickelt.



## Inhalt

Abstract.....	4
1. Ausgangslage und Zielsetzung des Papers .....	5
2. Einbettung in internationale Rahmenforderungen .....	5
3. Bedeutung der APN Rolle im deutschen Versorgungssetting.....	6
4. Versorgungsdefizit als Ausgangspunkt der APN-Rollenetablierung.....	7
4.1 Rollenprofile im Akutpflegesetting .....	7
4.2 Rollenprofile in der Langzeitversorgung .....	8
5. Begriffsdefinitionen und Abgrenzung der beruflichen Rolle im interprofessionellen Kontext ....	8
5.1 Einheitliche Begriffsdefinitionen .....	8
5.2 Eingliederung des APN Begriffes in die deutsche Sprache .....	9
5.3 Ausdifferenzierung der Rollen .....	9
5.4 Abgrenzung zu anderen Berufs- & Rollenprofile .....	10
6. Theoretische Bezugsrahmen als notwendige Grundlage der Etablierung der APN Rolle in Deutschland.....	12
6.1 Kompetenzmodell der APN Rollen .....	12
6.2 Framework zur Rollenetablierung in der pflegerischen Praxis .....	13
7. Studienangebote und Qualifikationsstrukturen .....	14
7.1 Qualifikationsvoraussetzungen der APNs in Deutschland .....	14
7.2 Studienangebote.....	15
8. Verschreibungsrecht – Einordnung und Abgrenzung.....	15
9. Integration von APN-Rollen in Leitlinien, Prävention und Versorgungspfaden.....	19
9.1 Evidenzbasierte Beiträge von APN in Leitlinien und klinischen Pfaden .....	19
9.2 Prävention und Gesundheitsförderung durch APN .....	20
9.3 Regulatorische und strukturelle Herausforderungen in Deutschland .....	20
10. Berücksichtigung der APN Rolle in Führungsstrukturen .....	20
10.1 Fachliche Führung und Shared Leadership.....	20
10.2 Letztverantwortung für komplexe Pflegeprozesse .....	21
11. Notwendige Finanzierungsstrukturen zur nachhaltigen Rollenimplementierung .....	21
11.1 Aktuelle Problemlage .....	21
11.2 Notwendigkeit einer klaren Finanzierungsstruktur .....	21



11.3	Notwendigkeit der Berücksichtigung in Personalbemessungsinstrumenten und Personaluntergrenzen .....	22
12.	Fazit .....	22
	Literaturverzeichnis.....	25

## Abstract

Advanced Practice Nursing steht international für eine hochqualifizierte, akademisch fundierte Weiterentwicklung der Profession Pflege, die nachweislich zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Systemeffizienz beiträgt. In Deutschland existiert diese Rolle bislang jedoch ohne rechtliche Verankerung, ohne einheitliche Kompetenzdefinition und ohne nachhaltige Finanzierungsstrukturen. Die Folge ist eine fragmentierte Entwicklung einzelner Pilotprojekte, die weder skalierbar noch dauerhaft wirksam sind.

Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation fordern seit Jahren den systematischen Ausbau erweiterter Pflegepraxis, einschließlich klar definierter Entscheidungs- und Verschreibungsbefugnisse. In nahezu allen vergleichbaren europäischen Gesundheitssystemen sind Advanced Practice Nurses rechtlich anerkannt und übernehmen eigenständig Verantwortung in der Akut-, Langzeit- und Primärversorgung. Deutschland bildet hier eine Ausnahme, obwohl der Versorgungsdruck durch demografischen Wandel, Fachkräftemangel und steigende Versorgungsbedarfe besonders hoch ist.

Das vorliegende Positionspapier zeigt, dass Advanced Practice Nurses keine ärztlichen Assistenzrollen übernehmen, sondern eigenständige pflegfachliche Verantwortung für komplexe Versorgungsprozesse tragen. Ihre Stärke liegt insbesondere in der Steuerung hochkomplexer Pflegeverläufe, der Koordination sektorenübergreifender Versorgung, der Implementierung evidenzbasierter Praxis sowie der Übernahme klinischer Führungsverantwortung im Sinne geteilter professioneller Führung.

Ohne eine gesetzliche Anerkennung bleibt diese Rolle jedoch politisch und organisatorisch instabil. Fehlende Rollenklarheit führt zu Unsicherheiten in der Haftung, zu ineffizienten Einzelverhandlungen auf Einrichtungsebene und zu einer Unterausnutzung vorhandener Qualifikationen. Gleichzeitig verhindert die fehlende Abrechnungsfähigkeit von APN-Leistungen eine nachhaltige Implementierung in der Regelversorgung.

Eine zukunftsfähige Pflegepolitik muss daher Advanced Practice Nursing als eigenständige Versorgungsressource begreifen und strukturell absichern. Dies erfordert eine bundesgesetzliche Regelung, die die Rolle definiert, ihre Kompetenzen klar abgrenzt, eine qualifikationsgebundene Verschreibungsbefugnis ermöglicht und eine eigenständige Refinanzierung sicherstellt. Nur so können internationale Standards eingehalten, Versorgungsdefizite wirksam adressiert und die pflegerische Expertise im deutschen Gesundheitssystem systematisch genutzt werden.

Advanced Practice Nursing ist keine Reaktion auf ärztlichen Personalangel, sondern eine notwendige Weiterentwicklung professioneller Pflege. Ihre konsequente politische Implementierung stellt einen zentralen Hebel dar, um Qualität, Sicherheit und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland langfristig zu sichern.

## 1. Ausgangslage und Zielsetzung des Papers

Die Integration von Advanced Practice Nurses (APNs) in das deutsche Akutversorgungssystem erfordert eine stringente, rechtlich fundierte und operativ kohärente Politikarchitektur, die über ad-hoc-Anpassungen hinausgeht und stattdessen klare Zuständigkeitsgrenzen, klinische Autorität und systemische Verantwortlichkeit festlegt. Ausgehend von aktuellen empirischen und regulatorischen Analysen erfordern mehrere miteinander verknüpfte Dimensionen dringende Aufmerksamkeit: die Angleichung an die von der WHO unterstützten europäischen Standards für die erweiterte Pflegepraxis; die Formalisierung des Aufgabenbereichs von APNs im Akut- sowie Langzeitpflegebereich – insbesondere hinsichtlich der Verschreibungsbefugnis; die Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen wie Physician Assistants (PAs), Medizinischen Fachangestellten (MFAs), Rettungssanitäter\*innen und Intensivpflegefachpersonen; die Institutionalisierung einer geteilten professionellen Führung; die explizite Zuweisung der letztendlichen klinischen Verantwortung für komplexe Pflegeprozesse; die gesetzliche Anerkennung im Rahmen der Mindestpersonalvorgaben; und eine reaktionsfähige Steuerung für die rasch wachsende Zahl von Rollenprofilen, welche die gesetzliche Kodifizierung bereits überholt.

Das vorliegende Positionspapier ergänzt und vertieft die bestehende Stellungnahme zur Einführung der APN-Rolle in Deutschland, welche durch die beiden Pflegekammern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz im Rahmen des angekündigten APN Gesetzes am 17.12.2025 an das BMG versendet und am 11.03.2026 auf der Homepage der Pflegekammer NRW veröffentlicht wurde (<https://www.pflegekammer-nrw.de/politische-positionen/>). Ziel ist es, die APN-Rolle als eigenständige, pflegefachlich begründete, akademisierte Versorgungsrolle nachhaltig im deutschen Gesundheitssystem zu verankern und dabei alle Versorgungssektoren zu berücksichtigen. Dazu gehört es, neben der Klärung der Rollenabgrenzung, die Begriffsdefinitionen, die Studien- und Qualifikationsstrukturen, die Vergütungs- und Refinanzierungslogik sowie das Verschreibungsrecht, das Haftungs- und Leistungsrecht weiter zu konkretisieren. Dabei wird ausdrücklich eine pflegefachliche Perspektive eingenommen. Die Entwicklung der APN-Rolle ist dabei keine alleinige Reaktion auf ärztlichen Personalmangel, sondern eine intrinsische Weiterentwicklung professioneller Pflege zur Bewältigung bestehender und zunehmender Versorgungsdefizite.

## 2. Einbettung in internationale Rahmenforderungen

Wie im Aktionsrahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit (2010) beschrieben sowie in der Europäischen Strategie für Pflege und Hebammenwesen von 2022 betont, müssen die erweiterten Rollen von Pflegefachpersonen grundlegend durch nationale Gesetze untermauert werden, die einen „autonomen Tätigkeitsbereich, einschließlich diagnostischer Beurteilung, therapeutischer Intervention und Verschreibungsbefugnis“, gewährleisten (Raeve et al., 2024). Entscheidend ist, dass die WHO festlegt, dass Verschreibungsrechte nicht nebensächlich, sondern konstitutiv für den Status von Advanced Practice Nurses (APN) sind – insbesondere in der Akutversorgung, wo eine verzögerte medikamentöse Intervention direkt mit negativen Folgen bei Sepsis, Schlaganfall und akuten Koronarsyndromen korreliert. Deutschland bildet hier jedoch eine Ausnahme: Weder auf Bundes- noch auf Landesebene gibt es gesetzliche Regelungen, die Pflegefachpersonen eine eigenständige Verschreibungsbefugnis unabhängig anderer Berufsgruppen

einräumt. Das Heilberufe-Kammerrecht sieht derzeit alle Akte der Diagnose, Behandlung und Verschreibung den Ärzt\*innen vor und bis dato keinen Rechtsmechanismus für die Delegation oder eigenständige Verschreibung durch Pflegekräfte – selbst nicht für bestimmte Medikamentenklassen wie Antikoagulantien, Bronchodilatoren oder Antibiotika, die routinemäßig in Intensivbehandlungspfaden eingesetzt werden (Waydhas, Brod et al., 2024). Diese Lücke widerspricht sowohl den WHO-Vorgaben als auch der Konsensposition des Europäischen Pflegeverbands, der die Verschreibungsautonomie als unabdingbare Voraussetzung für die Anerkennung von Advanced Practice Nurses (APNs) in 32 von 35 befragten europäischen Ländern definiert (Raeve et al., 2024). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert für den europäischen Raum seit Jahren: den systematischen Ausbau von Advanced Practice Nursing, die Integration von APNs in alle Versorgungssektoren, die Übertragung klar definierter Entscheidungs- und Verordnungsbefugnisse, sowie die rechtliche Absicherung der Rolle, inklusive Verschreibungsrechten (World Health Organisation [WHO], 2023). Diese Forderungen sind evidenzbasiert und international vielfach umgesetzt. Deutschland bleibt hier deutlich hinter vergleichbaren Gesundheitssystemen zurück. Eine nationale APN-Strategie muss daher anschlussfähig an internationale Konzepte bleiben, um flächendeckend Einsatz von Fachpersonen zu ermöglichen, internationale Evidenz nutzbar zu machen und eine Fragmentierung der Rollenentwicklung zu vermeiden.

### 3. Bedeutung der APN Rolle im deutschen Versorgungssetting

Die wissenschaftliche Literatur bestätigt diese strukturelle Realität. Mehrere einflussreiche Studien unterstreichen, dass die Rollen von Advanced Practice Nurses (APN) in Deutschland nicht als gesetzlich verankerte Berufe, sondern als institutionell ausgehandelte, kontextabhängige Innovationen in regulatorischen Grauzonen existieren. Eine länderübergreifende qualitative Studie aus dem Jahr 2025 ergab, dass deutsche Akteure übereinstimmend „fehlende rechtliche Verankerung“ und „fehlende nationale Rahmenbedingungen“ als Haupthindernisse für die Implementierung von APN nannten – im deutlichen Gegensatz zu Brasilien, wo die regulatorischen Prozesse vergleichsweise fortgeschrittener waren (Bula et al., 2025). Ebenso dokumentierte eine europaweite Umfrage in 35 Ländern, dass Deutschland, wie auch einige andere EU-Mitgliedstaaten, über keinen national anerkannten APN-Rahmen verfügt und die Implementierung lediglich durch vereinzelte Pilotprojekte statt durch systematische Politikgestaltung erfolgt (Raeve et al., 2024). Diese Fragmentierung wird auch dadurch belegt, dass die Bezeichnung APN von Pflegefachpersonen informell und ohne standardisierte Kriterien verwendet wird: Eine Studie stellt ausdrücklich fest, dass „der Begriff APN in Deutschland keine rechtlich geschützte Berufsbezeichnung für Pflegekräfte ist. Folglich bezeichnen sich einige Pflegekräfte selbst als APN... trotz fehlender formaler Kriterien“ (Scheydt et al., 2025).

Empirische Befunde zeigen, dass bestehende APN-Initiativen in Deutschland stark lokalisiert sind und eine Skalierbarkeit vermissen lassen. Dokumentierte Implementierungen – wie die erste APN-Stelle, die 2017 auf einer neurochirurgischen Station der Medizinischen Hochschule Hannover eingerichtet wurde (Kauffmann & Schmeer, 2021), oder das in der pädiatrischen Onkologie eines Düsseldorfer Krankenhauses erprobte APN-Modell (Riewoldt & Wiedemann, 2023) – werden als „Pilotprojekte“, „Einzelfälle“ oder „erste Schritte“ beschrieben, ohne dass eine gesetzliche Verankerung oder eine bundesweite Einführung erkennbar ist. Eine Übersichtsarbeit kam zu dem eindeutigen Schluss, dass „von einer festen Etablierung von APNs in deutschsprachigen Ländern noch nicht die Rede sein kann“

(Denninger & Ries, 2023). Selbst in der Akutversorgung, wo der Bedarf aufgrund des Personalmangels am größten ist, charakterisiert die Forschung die aktuelle Situation als „frühes Stadium mit einem Mangel an Studien, die den Tätigkeitsbereich beschreiben“ (Lühe et al., 2024). Im ambulanten Sektor sowie in der stationären Langzeitsektor fehlen entsprechende Innovationen aufgrund fehlender Regelfinanzierung nahezu vollständig und ausgebildete Community Health Nurses haben aktuell Berufsperspektiven in befristeten Modellprojekten, deren Überführung in die Regelversorgung am politischen Willen scheitert. Diese Evidenzlücke und die fehlenden Strukturen sind kein Zufall: Dies spiegelt das Fehlen gesetzlicher Rahmenbedingungen für die APN Rolle im deutschen Versorgungssektor wider.

#### 4. Versorgungsdefizit als Ausgangspunkt der APN-Rollenetablierung

Die internationale Implementierung von APNs adressiert durchgehend konkrete Versorgungsdefizite im Rahmen von unter anderem fragmentierte Pflegeprozesse für Patient\*innen in hochkomplexen Versorgungslagen, mit fehlender pflegfachlicher Koordination über alle Versorgungssettings hinweg, Versorgungslücken bei chronischen, multimorbiden und hochakuten Verläufen und unzureichende Präventions- und Übergangsstrukturen. Auch ungleiche Zugänge zum Gesundheitswesen, zunehmende Morbiditätsraten und Versorgungslücken im Primär- und Langzeitversorgung stellen die Ausgangslagen für die Rollenentwicklung dar (Kilpatrick et al., 2023; Mackavey et al., 2025; Tamayo & Moncatar, 2025). Der vielfach, v.a. international angeführte Ärzt\*innenmangel sollte nicht den primären Begründungsrahmen für die Entwicklung des Rollenprofils darstellen, sondern der sich verstärkende Kontextfaktor. APNs übernehmen keine Assistenz- oder Delegationsrollen, sondern entwickeln Versorgungsstrukturen aus pflegfachlicher Perspektive weiter und benötigen die entsprechenden Freiheiten maßgeblich im Bereich der Substitution. APNs übernehmen dabei generell eine zentrale Rolle in der Koordination komplexer Pflegeprozesse, insbesondere dort, wo bisher keine Berufsgruppe eine durchgängige Verantwortung trägt und Versorgungsdefizite den Alltag der Betroffenen prägen. Diese Koordinationsleistung ist kein Nebenprodukt, sondern ein Kernelement der Rolle. Mit zunehmender Etablierung der APN-Rolle zeigt internationale Evidenz, dass eine Reduktion von Rollenunklarheiten, eine Abnahme teaminterner Konfusion sowie eine Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit erwartbar ist.

##### 4.1 Rollenprofile im Akutpflegesetting

Bereits jetzt sind in Deutschland deutliche Etablierungsstrukturen der APN-Rolle, v.a. an Uniklinika erkennbar; auch wenn entsprechende politische Rahmenbedingungen bis dato vollständig fehlen. Dies stellt ein klares Indiz für den Bedarf dieser erweiterten akademischen Rollen in der pflegerischen Versorgung dar. Jedoch ist zu bedenken, dass trotz der positiv zu verzeichnenden Etablierungsprozesse bisher i.d.R. nur Pilotprojekte bspw. in der Neurochirurgie und der pädiatrischen Onkologie umgesetzt werden, eine systematische Rollenentwicklung in bspw. Notaufnahmen, Intensivstationen und akutmedizinischen Stationen weiterhin fehlt (Lühe et al., 2024; Wittor & Brase, 2024). Eine Querschnittsstudie aus dem Jahr 2023 unter deutschen Akutpflegeschwestern ergab, dass nur 12 % über erweiterte Aufgabenbereiche berichteten – und von diesen verfügten weniger als 3 % über formalisierte APN-Titel, -Kompetenzen oder -Supervisionsstrukturen (Lühe et al., 2024). Entscheidend ist, dass diese Lücke nicht auf mangelnden Bedarf zurückzuführen ist: Bundesweite Arbeitsmarktdaten

bestätigen eine Vakanzquote von 28 % bei Intensivpflegekräften und einen prognostizierten Mangel von 41 % für examinierte Pflegekräften in der Akutversorgung bis 2030 (Waydhas, Brod et al., 2024). Ohne von APNs geleitete Triageprotokolle, schnelle Eskalationsprotokolle und standardisierte Nachsorgepakete z.B. nach der Intubation – Interventionen, die nachweislich die Verweildauer auf der Intensivstation um 19 % und die Sterblichkeit um 14 % in vergleichbaren Gesundheitssystemen mit hohem Einkommen reduzieren – sieht sich das System zunehmenden Sicherheitsrisiken ausgesetzt (Wittor & Brase, 2024). Im Kliniksetting finden sich bereits jetzt viele etablierte Rollenmodelle, v.a. an Uniklinika. Ihre Handlungsfelder unterscheiden sich dabei z.T. oder ähneln sich in adressierten Phänomenen, Erkrankungen bzw. Patient\*innengruppen. Beispiele für typische Tätigkeitsbereiche sind das Delirmanagement, das Management verschiedenen Behandlungsstränge in der Onkologie und Intensivmedizin, das Wundmanagement, die Behandlung von Schlaganfällen sowie die Notfallpflege (Universitätsklinikum Bonn [UKB], o.J.; Universitätsklinikum Freiburg, o.J.; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, o.J.).

## 4.2 Rollenprofile in der Langzeitversorgung

Im Rahmen der deutschen Primärversorgung können APNs beispielsweise konkret im Rahmen von Hausbesuchen oder Sprechstunden, Patient\*innen, die aufgrund von Multimorbidität hochkomplexe Versorgungssituationen aufweisen, unterstützen und begleiten. Ein konkretes Aufgabenprofil für APNs in der Hausarztpraxis wurde basierend aus dem Forschungsprojekt FAMOUS abgeleitet (Stemmer, 2025). APNs in der psychosozialen Gesundheitsversorgung wiederum können gezielt Aufgaben in der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen übernehmen, insbesondere bei komplexen Bedarfen, die ein abgestimmtes multiprofessionelles Handeln erfordern. Ein konkretes Aufgabenprofil für APNs in der psychosozialen Gesundheitsversorgung wurde im Frühjahr 2026 durch die Landespflegekammer RLP erstellt und ist auf der Homepage (<https://pflegekammer-rlp.de/download/advanced-practice-nurses-in-der-psychosozialen-gesundheitsversorgung/?wpdmdl=54569&refresh=69b1019eebf241773207966>) veröffentlicht.

## 5. Begriffsdefinitionen und Abgrenzung der beruflichen Rolle im interprofessionellen Kontext

### 5.1 Einheitliche Begriffsdefinitionen

Die konzeptionelle und terminologische Klarheit rund um Advanced Practice Nurses (APNs) in Deutschland ist kein semantischer Luxus, sondern eine grundlegende Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung, die Standardisierung der Ausbildung, die klinische Integration und eine nachhaltige Finanzierung. Ohne präzise, national harmonisierte Definitionen bleibt die Rolle der APN anfällig für konzeptionelle Verwässerung, willkürliche Zuständigkeiten und die berufliche Marginalisierung. Eine fundierte politische Position muss daher mit terminologischer Souveränität beginnen: bewusste, evidenzbasierte Sprachwahl, die gleichzeitig sprachliche Integrität wahrt, die funktionale Realität widerspiegelt und internationale Interoperabilität gewährleistet. Die aktuelle Begriffsvielfalt, die durch fehlende gesetzliche Regularien entstanden ist, führt zu erheblicher Verwirrung in Praxis und Politik. Es ist völlig unklar, wer mit welchen Kompetenzen diese APN Rolle in Deutschland ausfüllen kann und was

von dieser personenübergreifend erwartet werden kann. Notwendig sind deshalb dringend einheitliche Bezeichnungen, klare inhaltliche Definitionen und rechtlich anschlussfähige Begriffe.

## 5.2 Eingliederung des APN Begriffes in die deutsche Sprache

Grundsätzlich entsteht im Kontext des APN Konzeptes ein Spannungsfeld zwischen der Abwendung von Anglizismen zugunsten deutscher Begriffe (z. B. „Pflegeexpert\*in“) und der Beibehaltung international etablierter, bereits in Deutsche übernommen Begriffe (APN, NP, CNS). Zunächst muss der Begriff „Advanced Practice Nurse“ (APN) – obwohl international etabliert – jedoch im deutschen Kontext kritisch hinterfragt werden. Die Position der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2024 erkennt zwar ausdrücklich an, dass „die Diskussion über eine Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachkräften hochaktuell ist“, vermeidet aber bewusst die Einführung von APN als formale Bezeichnung und betont stattdessen interprofessionelle Handlungsfelder (Waydhas, Brod et al., 2024). Dies spiegelt eine tieferliegende erkenntnistheoretische Spannung wider: Soll ein angloamerikanisches Konstrukt übernommen werden, dessen normativer Inhalt (z. B. autonome Verschreibungsbefugnis, diagnostische Befugnis, Promotion) nach geltendem deutschen Recht erschwert realisierbar ist, oder soll gemeinsam ein dezidiertes deutscher Rahmen entwickeln werden, der auf der bestehenden Rechtsordnung basiert? Die europaweite Umfrage bestätigt, dass nur 32 von 35 Ländern APN als geschützte Berufsbezeichnung formal anerkannt haben. Deutschland gehört neben Zypern und Malta zu den drei Ländern ohne eine solche Kodifizierung (Raeve et al., 2024). Entscheidend ist, dass dieses Fehlen nicht zufällig, sondern strukturell bedingt ist: Das Pflegeberufegesetz (2017) sieht keine abgestufte Qualifikationsleiter über die generalistische Ausbildung zur/m Pflegefachfrau/Pflegefachmann hinaus vor und definiert die erweiterte Pflegepraxis auch nicht als eigenständige Rechtskategorie (Waydhas, Brod et al., 2024). Die Beibehaltung von APN als politische oder akademische Kurzform birgt daher die Gefahr, eine Rolle ohne rechtliche Substanz zu legitimieren – wohingegen die Verwendung der Bezeichnung Pflegeexpert\*in den deutschen Konventionen der Rechtsformulierung entspräche und gleichzeitig eine inhaltliche Abgrenzung zur nicht akademisierten Pflege signalisierte (Waydhas, Brod et al., 2024). Es ist jedoch zu bedenken, dass eine vollständige Abkehr von APN-Begriffen die internationale Vergleichbarkeit erschweren und bestehende Konzepte entwerten könnten. Gefordert wird daher zusammenfassend den Oberbegriff APN beizubehalten.

## 5.3 Ausdifferenzierung der Rollen

Zudem erfordert terminologische Präzision eine funktionale Differenzierung – keine rhetorische Vereinheitlichung. Die internationale Taxonomie unterscheidet zwischen Advanced Practice Nurses (APNs), Clinical Nurse Specialists (CNSs) und Community Health Nurses (CHNs), die jeweils unterschiedliche Aufgabenbereiche, Ausbildungswege und regulatorische Rahmenbedingungen aufweisen. In Deutschland werden diese Unterscheidungen jedoch routinemäßig unter dem einheitlichen Begriff „APN“ zusammengefasst, wodurch wichtige Unterschiede in der klinischen Zielsetzung verschleiert werden. CHNs beispielsweise arbeiten im Rahmen kommunaler Präventionsstrategien und benötigen Kompetenzen in der Epidemiologie des öffentlichen Gesundheitswesens, der Analyse sozialer Determinanten und der intersektoralen Koordination – Fähigkeiten, die sich grundlegend von denen der Nurse Practitioners (NPs) unterscheiden, die komplexe chronische Erkrankungen ambulant sowie stationär betreuen, oder von CNSs, die Initiativen zur

Qualitätsverbesserung auf Intensivstationen leiten (Wittor & Brase, 2024). Eine Querschnittsstudie aus dem Jahr 2023 unter deutschen Pflegefachpersonen in der Akutversorgung ergab, dass Rollenunklarheit der stärkste Prädiktor für Rollenstress ist. 68 % der Befragten gaben an, unsicher zu sein, ob ihre erweiterten Verantwortlichkeiten unter „Advanced Practice“, „spezialisierte Pflege“ oder „Aufgabendelegation“ fallen (Lühe et al., 2024). Diese Unsicherheit beeinträchtigt die Teameffektivität unmittelbar: Teams mit klar definierten, funktional differenzierten Rollen wiesen eine um 41 % höhere Einhaltung der Sepsis-Behandlungsleitlinien und um 29 % schnellere Eskalationszeiten in simulierten Akutszenarien auf (Lühe et al., 2024). Daher muss jeder nationale Rahmen explizite Rollentypologien – NP, CNS, CHN – mit entsprechenden Tätigkeitsbeschreibungen, Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung (z. B. Masterabschluss mit klinischer Weiterbildung für NPs vs. postgraduales Zertifikat für CHNs) und Aufsichtsbehörden vorschreiben. APN darf zukünftig auch in Deutschland kein Globalbegriff bleiben. Notwendig ist die klare Differenzierung in Rollenprofile analog zu den internationalen Vorbildern, wie Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNS) und der Community Health Nurse (CHN). Weitere Qualitätsniveaus der Pflege (Bachelor, Weiterbildungen etc.) sollten in einem eigenen Positionspapier zu Berufsbezeichnungen geregelt werden.

#### 5.4 Abgrenzung zu anderen Berufs- & Rollenprofile

Eine klare Abgrenzung der APN-Rolle zu anderen Berufsgruppen (z. B. Physician Assistants) ist zwingend erforderlich, um fortlaufende Einzelfalldiskussionen zu vermeiden, Rollenvermischungen im klinischen Alltag zu reduzieren und die pflegfachliche Eigenständigkeit zu sichern. Doch im klinischen Alltag schwimmt die Rollenabgrenzung aufgrund der (politisch) unregulierten Zunahme von Berufsfeldern immer weiter. In deutschen Krankenhäusern werden auf Akutstationen mittlerweile viele verschiedene Mitarbeiter\*innenprofile aus den verschiedensten Disziplinen mit unterschiedlichen Kompetenzen (z.B. Physician Assistants, Pharmazeutisch-Technische Assistenten, etc.) eingesetzt, die jeweils überlappende Verantwortlichkeiten in der direkten Patient\*innenversorgung, der Prozesskoordination und konkret bspw. in der Medikamentenverabreichung, der Überwachung und der Unterstützung in der Therapie (Waydhas, Brod et al., 2024). Allerdings gibt es für keine dieser Rollen national harmonisierte Aufgabenbereiche, Ausbildungsvoraussetzungen oder Haftungsrahmen. Infolgedessen sind individuelle Verhandlungen pro APN zur faktischen Norm geworden – was die Standardisierung untergräbt, das Haftungsrisiko erhöht und die klinische Führung fragmentiert (Denninger & Ries, 2023). Eine Übersichtsarbeit warnt ausdrücklich davor, dass „ohne gesetzliche Differenzierung die Rolle der APN Gefahr läuft, in technische Unterstützungsfunktionen eingegliedert zu werden, anstatt als eigenständige klinische Führungsebene anerkannt zu werden“ (Denninger & Ries, 2023). Grundlegend zu betonen ist, dass APNs keine medizinischen Assistenzrollen darstellen, sondern als eigenständige pflegfachliche Expert\*innen mit erweiterter klinischer Verantwortung tätig sind.

Die nachfolgend dargestellte Tabelle visualisiert dabei nochmals die eindeutige Abgrenzung der unterschiedlichen Rollenprofile, die im Zusammenhang mit der APN Diskussion immer wieder als Ersatz oder Redundanz angeführt werden. Deutlich wird damit, dass die APN Rolle v.a. in Bezug auf die PAs kein redundantes Rollenprofil etabliert, sondern eine eigenständige Berufsgruppe darstellt.



<b>Merkmal / Rolle</b>	<b>Advanced Practice Nurse (APN)</b>	<b>Physician Assistant (PA)</b>	<b>Pflegefachperson (grundständig / Bachelor)</b>	<b>Weitere Rollen (z. B. PTA, Rettungsassistent)</b>
<b>Professionelle Verortung</b>	Eigenständige pflegerische Profession auf Masterniveau	Medizinische Assistenzprofession	Pflegeprofession auf Ausbildungs- oder Bachelorniveau	Je nach Rolle medizinisch-technisch oder rettungsdienstlich
<b>Primäre fachliche Perspektive</b>	Pflegewissenschaftlich und pflegepraktisch	Medizinisch	Pflegepraktisch	Medizinisch-technisch bzw. notfallbezogen
<b>Ziel der Rolle</b>	Steuerung, Weiterentwicklung und Sicherung komplexer Pflegeprozesse	Unterstützung ärztlicher Tätigkeiten	Durchführung und Mitwirkung im Pflegeprozess	Durchführung klar definierter Aufgaben
<b>Bezug zum Pflegeprozess</b>	Vollumfängliche Verantwortung für komplexe Pflegeprozesse (Assessment-Evaluation)	Kein eigenständiger Pflegeprozess	Verantwortung im Rahmen der zugewiesenen Pflegeprozesse	Kein Pflegeprozess
<b>Letztverantwortung</b>	Für hochkomplexe Pflegeprozesse	Ärztlich delegierte Verantwortung	Situations- und tätigkeitsbezogen	Keine
<b>Klinische Entscheidungsbefugnis</b>	Eigenständig innerhalb des pflegefachlichen Verantwortungsbereichs	Abgeleitet / delegiert	Eingeschränkt, regelgebunden	Stark eingeschränkt
<b>Rolle im Akutkrankenhaus</b>	Fachliche Führung, Koordination, evidenzbasierte Praxisentwicklung	Entlastung ärztlicher Tätigkeit	Basis- und spezialisierte Pflegeversorgung	Ergänzende Funktion
<b>Shared Leadership / fachliche Führung</b>	Zentrales Rollenmerkmal (Shared Leadership)	Keine	In der Regel keine	Keine
<b>Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit</b>	Keine Substitution ärztlicher Aufgaben	Direkte ärztliche Assistenz	Keine Substitution	Keine
<b>Abgrenzung zur Pflegefachperson</b>	Erweiterte Rolle mit Masterqualifikation und Prozessverantwortung	Nicht pflegebezogen	Grundständige pflegerische Rolle	Keine Pflegekompetenz
<b>Beitrag zur Versorgungssteuerung</b>	Zentrale Koordinations- und Integrationsfunktion	Gering	Begrenzt	Keine
<b>Beteiligung an Leitlinien &amp; Standards</b>	Aktive Mitentwicklung und Implementierung	Umsetzung	Anwendung	Anwendung

Merkmal / Rolle	Advanced Practice Nurse (APN)	Physician Assistant (PA)	Pflegefachperson (grundständig / Bachelor)	Weitere Rollen (z. B. PTA, Rettungsassistent)
<b>Verschreibungsbefugnisse (perspektivisch)</b>	Möglich, rollen- und qualifikationsgebunden (Positivliste)	Keine	Keine	Keine
<b>Qualifikationsniveau</b>	Master (APN-spezifisch)	Bachelor	Ausbildung / Bachelor	Ausbildung / Zusatzqualifikation
<b>Internationaler Referenzrahmen</b>	Stark (WHO, ICN, internationale Evidenz)	Begrenzt	Begrenzt	Keine
<b>Ziel der Rollenabgrenzung</b>	Strukturierung komplexer Versorgung	Ärztliche Entlastung	Sicherstellung der Basisversorgung	Aufgabenbezogene Ergänzung

Tabella 1 Darstellung Kompetenzprofil verschiedener Berufsqualifikationen

## 6. Theoretische Bezugsrahmen als notwendige Grundlage der Etablierung der APN Rolle in Deutschland

### 6.1 Kompetenzmodell der APN Rollen

APNs spielen eine entscheidende Rolle in der modernen Gesundheitsversorgung und benötigen dafür umfassende, weiterführende Kompetenzen. Ihr Fachwissen umfasst fortgeschrittene klinische Fähigkeiten, Führungsqualitäten, Kenntnisse im Bereich der pflegerischen Forschung und der Gestaltung interprofessioneller Zusammenarbeit. Folgende Kernkompetenzen lassen sich nach dem international leitenden Hamric-Modell ableiten und sollten für die APN Rollen-Implementierung in Deutschland als Basis verstanden werden (Hanson & Hamric, 2003; Tracey, M, O'Grady, E., Phillips, S., 2023):

#### **Klinische Fachkompetenz und direkte Patient\*innenversorgung**

Zentral für die Arbeit von APNs ist der Einsatz ihrer akademischen sowie fachspezifischen Fähigkeiten in der direkten pflegerischen Versorgung (Beckmann et al., 2023). Aufgrund langjähriger Berufserfahrung sowie fachlicher Spezialisierung verfügen sie über erweiterte Fähigkeiten in den Bereichen Beurteilung, Diagnostik und Patient\*innenmanagement auf. Sie begleiten Patient\*innen dabei ganzheitlich pflegerisch fokussiert (Almotairy et al., 2024; Chair et al., 2023; Fagerström, 2021; Guo et al., 2023; Nieminen et al., 2011; Sastre-Fullana et al., 2017; van Hecke et al., 2024; Yamaguchi et al., 2023).

#### **Konsultation**

APNs weisen eine hohe Fachexpertise in dem spezialisierten Bereich auf und stellen diese im Rahmen von z.B. Konsultationen bzw. Konsildienstleistungen den Betroffenen, den Zugehörigen als auch den interdisziplinären Teams zur Verfügung (Cooke et al., 2008).

### **Beratung und Coaching**

APN unterstützen Patient\*innen und Familien im Sinne des Adhärenzkonzeptes beim Erwerb von gesundheits- und krankheitsbezogenen Wissen, bei Verhaltensänderungen und bei gleichberechtigten Gesundheitsentscheidungen durch einen personenzentrierten Ansatz (Beckmann et al., 2023; Cooke et al., 2008).

### **Forschung, evidenzbasierte Praxis und Ausbildung**

APNs leisten international einen wichtigen Beitrag in der pflegerischen Forschung und ermöglichen durch Ihre Tätigkeiten einen wesentlichen Beitrag zum Theorie und Praxistransfer (Casey & O' Connor, 2021; Chair et al., 2023; Guo et al., 2023; Sastre-Fullana et al., 2017; van Hecke et al., 2024). Sie ermöglichen die Integration von Forschung in die Praxis, die Bewertung von Evidenz unter Berücksichtigung des pflegerischen Alltages, bringen neue Fragestellungen aus der Praxis heraus in die Forschung und nehmen selbst an pflegerisch fokussierten Forschungsaktivitäten teil (Colella et al., 2021; Cooke et al., 2008).

### **Klinische Führungskompetenz und Systemorganisation**

Führung ist ein Kernbereich der APN-Tätigkeit, der die Fähigkeit umfasst, komplexe Behandlungsprozesse eigenverantwortlich zu steuern, Teams zu leiten, Innovationen voranzutreiben, Kolleg\*innen edukativ zu begleiten und Einfluss auf die Gesundheitspolitik sowie organisatorischen Veränderungen zu nehmen. APNs sind international für ihre Rolle bei der Qualitätsverbesserung, der systembasierten Praxis und der beruflichen Weiterentwicklung anerkannt (Almotairy et al., 2024; Blanck-Köster et al., 2020; Chair et al., 2023; Guo et al., 2023; Heinen et al., 2019; Sastre-Fullana et al., 2017; van Hecke et al., 2024).

### **Zusammenarbeit, Kommunikation**

Eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sind unerlässlich, damit APNs interdisziplinär arbeiten und sich für eine optimale patient\*innenzentrierte Versorgung einsetzen können (Almotairy et al., 2024; Chair et al., 2023; Fagerström, 2021; Guo et al., 2023; Sastre-Fullana et al., 2017; van Hecke et al., 2024; Yamaguchi et al., 2023).

### **Ethische Entscheidungsfindung**

Die Anwendung ethischer Grundsätze in komplexen klinischen Situationen und das Eintreten für Patient\*innen u.a. in entsprechenden Fallbesprechungen kennzeichnet die APN-Rollenbilder (Colella et al., 2021; Cooke et al., 2008).

Die Kompetenzen von APNs sind insgesamt multidimensional und umfassen fortgeschrittene klinische Praxis, Führung, Forschung, Zusammenarbeit und ethische Pflege. Während die Kernbereiche weltweit einheitlich sind, spiegeln lokale Anpassungen die Bedürfnisse des Gesundheitssystems wider.

## **6.2 Framework zur Rollenetablierung in der pflegerischen Praxis**

Die Etablierung neuer APN Rolle in die pflegerischen Praxis sollte sich unabhängig des Einsatzgebietes immer aus direkten Patient\*innenbedarfen und – bedürfnissen heraus entwickeln. Das PEPPA-Framework (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nursing) ist weithin als grundlegendes Instrument für die systematische Entwicklung, Umsetzung und Bewertung



von APN-Rollen anerkannt und sollte entsprechend für die jeweilige Rollenentwicklung genutzt werden. Die Bedeutung des Konzeptes liegt in der Bereitstellung eines strukturierten, stakeholderorientierten und evidenzbasierten Ansatzes, der die Komplexität der Einführung und Aufrechterhaltung von APN-Rollen in verschiedenen Gesundheitsumgebungen berücksichtigt. Im Rahmen der strukturierten Rollenentwicklung beschreibt PEPPA klare, schrittweise Prozesse zur Definition von Patient\*innengruppen, zur Identifizierung von Interessengruppen, zur Bedarfsermittlung, zur Festlegung von Prioritäten und zur Planung von Umsetzungsstrategien. Dadurch wird sichergestellt, dass die Rollen der APN auf spezifische Gesundheitskontexte und Patientenbedürfnisse zugeschnitten sind, was Klarheit und Effektivität fördert (Bryant-Lukosius et al., 2004; Dlamini et al., 2020; Sutter et al., 2024; Ziegler et al., 2021). Das Rahmenwerk betont die Einbindung aller relevanten Parteien – Patient\*innen, Gesundheitsdienstleister, Verwaltungsangestellte und politische Entscheidungsträger – und fördert gemeinsame Ziele, Rollenklarheit und kooperative Praxis, die für die erfolgreiche Integration und Akzeptanz von APN-Rollen entscheidend sind (Aguilard et al., 2017; Bryant-Lukosius et al., 2004; Christiansen et al., 2024; Sutter et al., 2024). Indem PEPPA die Entwicklung der APN-Rolle auf aktuelle Evidenz stützt und sich auf die Patient\*innenergebnisse konzentriert, trägt es dazu bei, dass neue Rollen relevante Lücken im Gesundheitssystem schließen und die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern (Bryant-Lukosius et al., 2004; Christiansen et al., 2024; Ziegler et al., 2021). PEPPA umfasst zudem Mechanismen für die kontinuierliche Bewertung sowie langfristige Überwachung und unterstützt die kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der APN-Rollen an sich wandelnde Gesundheitsbedürfnisse (Bryant-Lukosius et al., 2004; Bryant-Lukosius et al., 2016; Fagerström, 2021; Sutter et al., 2024). Das Rahmenwerk wurde erfolgreich in verschiedenen Ländern und Gesundheitskontexten angewendet, darunter in der Onkologie, der psychischen Gesundheit, bei der Primärversorgung und in spezialisierte Einrichtungen, was seine Flexibilität und breite Relevanz unter Beweis stellt (Aguilard et al., 2017; Christiansen et al., 2024; Dlamini et al., 2020; Ziegler et al., 2021).

## 7. Studienangebote und Qualifikationsstrukturen

### 7.1 Qualifikationsvoraussetzungen der APNs in Deutschland

Aufgrund der bis dato fehlenden Regularien ist der Titel APN im Gesundheitssektor in Deutschland aktuell nicht geschützt und wird auch in Bezug auf grundlegende Kompetenzen dieser Rolle indifferent verwendet. Gemäß den internationalen Forderungen und Ausarbeitungen des größten Berufsverbandes der Pflegeberufe (DBfK) in Deutschland, sollten diese jedoch zukünftig über eine abgeschlossene 3-jährige Ausbildung in der Pflege, alternativ über ein pflegebezogenes Hochschulstudium auf Bachelor-Niveau (inklusive Berufszulassung im Pflegeberuf) und über einen Masterabschluss in der Pflege (pflegepraxisbezogen z.B. ANP, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik) verfügen. Alternativ soll eine höherwertige, akademische Qualifikation sowie mindestens drei Jahre Berufserfahrung im konkreten spezifischen Arbeitsfeld der Pflege (Fokus: direkte klinische Versorgung von Patient\*innen und ihren Angehörigen) mit ggf. speziellem pflegerischen Handlungsfeld/Patient\*innengruppe und optional entsprechende Zusatzqualifikationen wie Fachweiterbildungen vorhanden sein (Bösche et al., 2023; Maier et al., 2017). Als Kompromiss sehen die Landeskammern die vorläufige Festlegung auf die Voraussetzung von mindestens zwei Jahren Berufspraxis zur Erhöhung der Durchlässigkeit innerhalb der Bildungsstrukturen. Ergänzend wird auf die Bedeutung einer gesetzlichen Regelung zur Registrierung von APNs verwiesen, um die Zahl der tatsächlich praktizierenden Pflegefachpersonen, deren

Kompetenzen und deren Qualifikationen zu regulieren und transparent zu machen (Hanson & Hamric, 2003). Auch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wird als zentrale Voraussetzung für die Sicherung der Pflegequalität angesehen (Hanson & Hamric, 2003). Vorbild für die Registrierung sowie das Monitoring der Fort- und Weiterbildungsleistungen könnte hier die freiwillige Initiative der Schweiz sein (APN-CH, o.J.), die jedoch in Deutschland im Rahmen der Selbstverwaltung im Verantwortungsbereich der Landespflegekammern liegen müssen.

## 7.2 Studienangebote

Aktuell bricht die Kohärenz der Ausbildung angesichts der unregulierten Vielfalt zusammen. Deutschland beherbergt derzeit über 17 Masterstudiengänge, die sich als relevant für die Ausbildung von Advanced Practice Nurses (APNs) bezeichnen, doch die Curricula unterscheiden sich stark: Einige betonen Führungskompetenzen und Gesundheitspolitik, andere konzentrieren sich auf technische Fertigkeiten in der Intensivpflege, und keiner ist verpflichtet, standardisierte Pharmakologie, diagnostisches Denken oder interprofessionelles Simulationstraining anzubieten (Denninger & Ries, 2023). Diese Fragmentierung widerspricht direkt der Empfehlung des Europäischen Pflegeverbands (EFN), dass die APN-Ausbildung „einheitliche, qualitativ hochwertige und vergleichbare Kompetenzen über Ländergrenzen hinweg gewährleisten muss“ (Raeve et al., 2024). Die Lösung liegt nicht in der Etablierung weiterer Programme, sondern in der Festschreibung eines bundesweit vorgeschriebenen Kompetenzrahmen für Advanced Practice Nurses (APN), der von den Landespflegekammern, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Fachpflege gemeinsam entwickelt wurde. Dieser Rahmen legt Mindeststundenzahlen für die klinische Praxis ( $\geq 1.000$  Stunden betreute Praxis), Kerninhalte (Pathophysiologie, Pharmakotherapie, diagnostische Entscheidungsfindung, Führung im Gesundheitswesen) und standardisierte Beurteilungsmethoden fest (Lühe et al., 2024).

Stipendienprogramme müssen den Aufbau inländischer Kapazitäten priorisieren: Sie fördern Studierende akkreditierter deutscher Studiengänge – nicht internationaler Abschlüsse – und verknüpfen die Stipendien mit Verpflichtungen in unterversorgten Regionen (z. B. Gemeindepflegekräfte im ländlichen Raum), um so sowohl dem Fachkräftemangel als auch der geografischen Ungleichheit entgegenzuwirken (Wittor & Brase, 2024). Der aktuelle „Wildwuchs“ an Studiengängen mit uneinheitlichen Inhalten führt dazu, dass Qualifikationen nicht passgenau auf Aufgabenprofile ausgerichtet sind. Erforderlich sind bundesweit abgestimmte Kerncurricula, klare Zuordnung zu Rollenprofilen und verpflichtende Inhalte (u. a. klinische Entscheidungsfindung, Pharmakologie) sowie Prüfungsformate, v.a. im Hinblick auf mögliche rechtliche Notwendigkeiten in Bezug auf Verschreibungen. Es bedarf dazu nationaler Stipendienprogramme und eines gesetzlichen Rahmens zur Sicherung deutscher Studiengänge. Internationale Studiengänge sind kein Ersatz. Leere Studiengänge in Deutschland sind ein strukturelles Problem, kein Nachfrageproblem.

## 8. Verschreibungsrecht – Einordnung und Abgrenzung

Die aktuelle Debatte um die Verschreibungsrechte im Kontext der Profession Pflege lässt sich nicht durch sprachliche Kompromisse lösen – sie erfordert pharmakologische und rechtliche Präzisierung. Internationale Erfahrungen und wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Rolle hochqualifizierter

Pflegefachpersonen als Advanced Practice Nurses – in verschiedenen Gesundheitssystemen Europas und weltweit etabliert ist. In mindestens 13 europäischen Ländern existieren gesetzliche Regelungen, die Pflegefachpersonen das Verordnen von Arzneimitteln erlauben, wobei der Umfang dieser Befugnisse je nach nationaler Gesetzgebung variiert und von engen Listen bis zu weitreichenden unabhängigen Verschreibungsrechten reicht. Zu den Ländern mit umfassenden Rechten zählen das Vereinigte Königreich, Irland und die Niederlande; dort dürfen bestimmte Pflegegruppen Medikamente im Rahmen ihrer Spezialisierung beziehungsweise innerhalb definierter Kompetenzbereiche eigenständig verordnen. In weiteren Staaten wie Dänemark, Finnland, Norwegen, Spanien oder Schweden sind eingeschränkte Verschreibungsbefugnisse Teil der gesetzlichen Regelungen. Alle diese Reformen basieren auf klaren gesetzlichen Grundlagen und Mindestanforderungen an Ausbildung und Regulierung, was die patientensichere Ausübung dieser Aufgaben gewährleistet (Maier, 2019).

Das Vereinigte Königreich gilt hierbei als eines der am weitesten entwickelten Modelle: Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzausbildung können dort als „independent nurse prescribers“ Arzneimittel im Rahmen ihrer Kompetenz eigenverantwortlich verschreiben. Diese Rollen wurden dort über standardisierte Ausbildungsprogramme und regulatorische Rahmenwerke etabliert, die Verantwortlichkeit und Qualitätssicherung im klinischen Kontext verbindlich regeln (Maier, 2013). In England besteht dabei ein klar geregeltes Modell der nichtärztlichen Arzneimittelverschreibung, welches auf gesetzlich anerkannten Qualifikationen und regulatorischen Standards basiert. Pflegefachpersonen können nach erfolgreichem Abschluss eines staatlich anerkannten und vom Nursing and Midwifery Council (NMC) zertifizierten Verschreibungsprogramms als „non-medical prescribers“ arbeiten, sofern ihre Qualifikation im NMC-Register vermerkt ist. Es gibt dabei zwei Hauptkategorien: Community Practitioner Nurse Prescribers (wie z.B. School Nurses), die begrenzte Arzneimittel aus einem definierten Formularium verschreiben dürfen (z.B. Wundversorgungspräparate, Hautpflegeprodukte, Laxantien und einfach Schmerzmittel), und Independent Prescribers, die befähigt sind, alle Arzneimittel innerhalb ihrer fachlichen Kompetenz zu verordnen, einschließlich zugelassener verschreibungspflichtiger Medikamente, unlicenzierter Präparate und vieler kontrollierter Substanzen. Im Detail sind dies bspw. Antibiotika, Langzeit- sowie Akutmedikationen. Entscheidend ist, dass die Verschreibung stets innerhalb des individuellen Kompetenzbereichs und im Einklang mit der klinischen Situation erfolgt (The Royal College of Nursing, 2025).

Independent Prescriber-Qualifikationen, die häufig über spezialisierte Post-Registration-Programme vermittelt werden, berechtigen Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Beurteilung der klinischen Situation, Festlegung einer Diagnose, Planung der Behandlung einschließlich Arzneimittelverordnung und Überwachung der Therapiewirkung. Dies setzt eine solide Ausbildung voraus, die sich an einem Kompetenzrahmen orientiert, der vom Royal Pharmaceutical Society's Competency Framework for All Prescribers übernommen wird und sicherstellt, dass die praktizierenden Fachpersonen über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, um sicher und verantwortungsvoll zu verschreiben (Nursing and Midwifery Council [nmc], 2024). Zusätzlich zum Independent Prescribing existiert ein strukturiertes Modell des Supplementary Prescribing, bei dem eine Pflegefachperson im Rahmen eines patient\*innenspezifischen klinischen Managementplans (CMP) gemeinsam mit einem Independent Prescriber arbeitet. Dieses Modell unterstützt die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen und kann insbesondere bei komplexen oder

chronischen Krankheitsverläufen eingesetzt werden (The Royal College of Nursing, 2025). Regulatorisch sind die Voraussetzungen und Standards in den NMC-Richtlinien festgelegt, die nicht nur die Inhalte der Verschreibungsprogramme umfassen, sondern auch Anforderungen an Supervision, praktische Ausbildung und kontinuierliche berufliche Entwicklung formulieren. Verschreibende Pflegekräfte müssen ihre Qualifikation auf dem NMC-Register führen und unterliegen den allgemeinen professionellen Standards der NMC, einschließlich der Verpflichtung, innerhalb ihrer Kompetenz zu handeln und die Sicherheit der Patient\*innen und Patienten zu gewährleisten (nmc, 2023).

Für die klinische Praxis bedeutet dies eine klare Verknüpfung von Ausbildung, Kompetenz, Verantwortung und Haftung: Wer als Independent Prescriber handelt, trägt die volle Verantwortung für die klinische Beurteilung, Auswahl der Therapie und Überwachung der Patient\*innenfolgen, und zwar unabhängig von ärztlicher Delegation. Dieses Modell ist integraler Bestandteil des Gesundheitswesens in England und wurde insbesondere im primären Versorgungsbereich etabliert, um den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen (Care Quality Commission [cq], 2024). In Skandinavien zeigen gesetzliche Reformen, dass auch in den nordischen Gesundheitssystemen die Verschreibungsermächtigungen für Pflegekräfte Teil der Weiterentwicklung pflegerischer Rollen sind, wenn auch meist nur in teils begrenzten oder spezialisierten Kontexten. Skandinavische Gesundheitssysteme verfügen über entsprechende Ausbildungsinhalte in Masterprogrammen und regulatorische Vorgaben, die eine sichere Integration dieser Aufgaben in multiprofessionelle Versorgungsteams ermöglichen (Maier, 2019).

Internationale Studien belegen zudem im Konkreten, dass die Verschreibung durch Advanced Practice Nurses (APNs) Behandlungsverzögerungen in zeitkritischen Situationen deutlich reduziert: Auf Schlaganfallstationen verkürzten APN-initiierte Thrombolyseprotokolle die Zeitspanne zwischen Aufnahme und Therapiebeginn um durchschnittlich 22 Minuten (Raeve et al., 2024). Dennoch verbietet das deutsche Recht jegliche Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Verordnung, einschließlich der Medikamentengabe über die grundlegende unterstützende Behandlung hinaus (Waydhas, Brod et al., 2024). Ein praktikabler Weg nach vorn ist nicht uneingeschränkte Autonomie, sondern ein Positivistenmodell, analog zum britischen Nurse Prescribers' Formulary. Dort sind bestimmte Wirkstoffklassen (z. B. Antikoagulanzen, Bronchodilatoren, Antibiotika gegen Harnwegsinfektionen) für Advanced Practice Nurses (APNs) zugelassen, die standardisierte Pharmakologie-Curricula absolvieren und ihre Kompetenz durch objektive strukturierte klinische Prüfungen (OSCEs) nachweisen (Denninger & Ries, 2023). Entscheidend ist, dass diese Liste reine Folgeverordnungen – die eine unabhängige klinische Beurteilung erfordern – ausschließt und die Verordnung nicht-pharmakologischer Therapien (z. B. Überweisungen zur Physiotherapie, ergotherapeutische Begutachtungen, Wundtherapeutika, etc.) explizit erlaubt. Diese Therapien machen 37 % der APN-Interventionen in deutschen Pilotprojekten aus, sind aber nicht erstattungsfähig (Wittor & Brase, 2024). Solche Verordnungen müssen in elektronische Patient\*innenakten mit obligatorischen Prüfprotokollen integriert werden, um die Verantwortlichkeit zu gewährleisten und gleichzeitig eine Echtzeit-Qualitätskontrolle zu ermöglichen. Diese internationalen Beispiele verdeutlichen, dass die Erweiterung pflegerischer Aufgaben einschließlich der Arzneimittelverordnung kein singuläres Phänomen ist, sondern Antwort auf gemeinsame Herausforderungen wie demografischen Wandel, steigenden Versorgungsbedarf und Fachkräfteengpässe darstellt. Gleichzeitig belegen sie, dass eine erfolgreiche

Umsetzung einer erweiterten pflegerischen Rolle immer an verbindliche Ausbildungsstandards, klare gesetzliche Grundlagen und transparente Verantwortungs- und Haftungsregelungen gekoppelt ist (Maier, 2019).

Ziel muss langfristig die Einführung einer gesetzlich geregelten Advanced-Practice-Kompetenz mit originärem Ordnungsrecht in Deutschland sein. Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Qualifikation auf Masterniveau sollen innerhalb eines klar definierten gesetzlichen Rahmens erweiterte heilkundliche Kompetenzen übernehmen können, einschließlich der eigenständigen Verordnung von Arzneimitteln. Voraussetzung hierfür ist eine bundesweit einheitliche Qualifikationsstruktur, die auf einer generalistischen bzw. dreijährigen Pflegeausbildung aufbaut, durch ein Masterstudium im Bereich Advanced Practice Nursing ergänzt wird und eine zusätzliche staatlich anerkannte Prescribing-Qualifikation umfasst. Diese Qualifikation muss insbesondere Kompetenzen in klinischer Pharmakologie, Differentialdiagnostik, Clinical Reasoning, Arzneimittelrecht sowie eine strukturierte praktische Ausbildung unter Supervision beinhalten. Das Ordnungsrecht soll nicht pauschal, sondern indikations- und kompetenzbezogen ausgestaltet sein und sich zunächst auf klar abgegrenzte Versorgungsbereiche konzentrieren, etwa die Betreuung chronisch erkrankter Menschen, standardisierte Versorgungspfade in der Primärversorgung sowie die Versorgung in der Geriatrie und Langzeitpflege.

Die Verantwortung für Indikationsstellung, Therapieentscheidung, Verordnung und Verlaufsüberwachung liegt dabei vollständig bei der jeweils handelnden Advanced Practice Nurse. Damit geht eine eindeutige haftungsrechtliche Zuordnung einher, die eine eigenständige berufliche Verantwortung sowie den Abschluss einer entsprechenden Berufshaftpflichtversicherung voraussetzt. Arbeitgeber tragen im Rahmen der bestehenden arbeitsrechtlichen Regelungen eine vikariierende Haftung und sind für geeignete Führungs-, Qualitäts- und Supervisionsstrukturen verantwortlich. Zur rechtlichen Absicherung des Modells ist eine bundesgesetzliche Anpassung insbesondere des Arzneimittelrechts und des Sozialgesetzbuches erforderlich, die eine partielle Öffnung des ärztlichen Heilkundevorbehalts für klar definierte Pflegeberufsgruppen vorsieht. Die erweiterten Kompetenzen müssen originär gesetzlich verankert werden und dürfen nicht auf Delegationsmodellen beruhen, um Verantwortlichkeiten, Haftung und Qualität eindeutig zu regeln. Ergänzend ist die Einrichtung eines zentralen Registers notwendig, in dem sowohl der Advanced-Practice-Status als auch die jeweilige Verordnungsbefugnis transparent ausgewiesen werden. Eine eigenständige Berufsordnung und eine berufsrechtliche Aufsicht analog zu anderen Heilberufen sind eine notwendige Grundlage und können über die Strukturen der Pflegekammern nutzbar gemacht werden. Die Integration der Advanced-Practice-Pflege in das Versorgungssystem setzt darüber hinaus eine eigenständige Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistungen voraus. Die Vergütung muss so ausgestaltet sein, dass die Leistungen als originäre Versorgungsleistung anerkannt und nicht als delegierte ärztliche Tätigkeiten behandelt werden. Dies setzt eigenständige, professionsbezogene Strukturen voraus, die ähnlich der Kassenärztlichen Vereinigungen, Verhandlungen übergreifend für die Profession übernehmen, um Einzelabsprachen und -lösungen und damit Systembehinderungen zu vermeiden. Entscheidend ist in diesem Kontext zudem die Etablierung eines funktionsfähigen Haftungs- und Leistungsrecht, welches nicht arztzentriert ausgelegt ist oder sich hieran anlehnt, sondern den Realitäten der pflegerischen Versorgung gerecht wird. Dies bedeutet im Wesentlichen nicht nur die Fixierung auf die

Abrechnungsfähigkeit von Einzelmaßnahmen oder –produkten, wie z.B. von Verbandsmaterialien im Rahmen der Medizinprodukteverordnung, sondern auch die Verschreibungsfähigkeit pflegerischer Versorgung bspw. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. den Überweisungen an notwendige andere Disziplinen. In diesem Kontext sind bisherige Hindernisse, wie die im Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geplanten Folgeverordnungen oder die zusätzlich erforderliche Begründung zur Verordnung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen im Gegensatz zur ärztlichen Rezeptierungen sowie Einzelverhandlungen pro APN mit Gesetzlichen Krankenversicherungen generell vollständig abzubauen.

Das vorgeschlagene Modell orientiert sich an international bewährten Strukturen, insbesondere in Ländern wie dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und den skandinavischen Staaten, und zielt darauf ab, die Versorgungsqualität zu verbessern, Versorgungsengpässe abzufedern und bestehende Strukturen nachhaltig zu entlasten, ohne ärztliche Tätigkeiten zu substituieren. Investitionen müssen bundesweit in einheitliche Abrechnungs- sowie Haftungsstrukturen getätigt werden, um den Potentialen der APN Rolle auch in Deutschland gerecht zu werden.

## 9. Integration von APN-Rollen in Leitlinien, Prävention und Versorgungspfaden

Die evidenzbasierte Integration von Advanced Practice Nursing (APN)-Rollen in Leitlinien, Präventionsstrategien und Versorgungspfade in Deutschland ist ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zur Bewältigung der Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel und der zunehmenden Komplexität medizinischer Behandlungen ergeben (Feldmann & Tepe, 2024; Fong Yeong Woo et al., 2021; Waydhas, Brod et al., 2024; Weeverink et al., 2024).

### 9.1 Evidenzbasierte Beiträge von APN in Leitlinien und klinischen Pfaden

Die Integration von APN-Kompetenzen in die Entwicklung und Anwendung von klinischen Leitlinien ist von zentraler Bedeutung, um die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis zu gewährleisten (Abotaleb et al., 2024). Leitlinien dienen als dynamische Rahmenwerke für die klinische Entscheidungsfindung, die auf einer Hierarchie wissenschaftlicher Evidenz aufbauen und darauf abzielen, Patientenergebnisse zu optimieren. APN können in diesem Prozess eine Brückenfunktion übernehmen, indem sie evidenzbasierte Empfehlungen in die tägliche Versorgung integrieren und die Adhärenz fördern. Dies ist besonders relevant in Bereichen wie der geriatrischen Akutversorgung, in der APN die Delirprävalenz und -dauer durch nichtmedikamentöse Delirpräventions- und -managementprogramme reduzieren können (Spank et al., 2026). Der Einsatz von APN in Pflgeteams kann nachweislich zu kürzeren Krankenhausaufenthalten und einer Steigerung der Patientensicherheit führen (Wittor & Brase, 2024). Klinische Pfade sind multidisziplinäre, zeitlich sequenzierte Pläne, die den gesamten Behandlungsverlauf koordinieren und darauf abzielen, unerwünschte Variationen in der Versorgung zu reduzieren. APN können diese Pfade nicht nur mitgestalten, sondern auch in ihrer Anwendung die Einhaltung standardisierter Prozesse sicherstellen und gleichzeitig Raum für individuelle Anpassungen, basierend auf dem klinischen Urteil, lassen. Dies ist vergleichbar mit dem Konzept der "Care Bundles", die kleine Sets evidenzbasierter Praktiken zusammenfassen, die synergistisch das Risiko von Komplikationen reduzieren. APN können die Implementierung und Überwachung solcher Bundles

leiten, beispielsweise zur Prävention von Krankenhausinfektionen und somit maßgeblich zur Prozessqualität und Patient\*innensicherheit beitragen.

## 9.2 Prävention und Gesundheitsförderung durch APN

APN spielen eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, die oft einen eingeschränkten Zugang zu präventiven Gesundheitsleistungen (Büker & Latteck, 2021; Schulenkorf et al., 2024). Durch ihre spezialisierten Kenntnisse können APN gezielte Präventionsprogramme entwickeln und implementieren, die sich auf Themen wie Stressmanagement, Ernährung, Mobilität und Suchtprävention konzentrieren (Schulenkorf et al., 2024). Die Einbeziehung von APN in aufsuchende Settings ermöglicht eine Versorgung im ambulanten Bereich und kann dazu beitragen, komplexe Behandlungs- und Versorgungssituationen adäquat zu managen (Ledtermann, 2024). Die Fähigkeit von APN, Patienten und ihre Familien umfassend zu beraten und zu schulen, ist ein Schlüsselfaktor für den Erfolg präventiver Maßnahmen (Büker & Latteck, 2021; Morsa et al., 2022). Dies ist besonders relevant im Kontext der Patientenaufklärung und der Förderung der Therapieadhärenz, für die eine patientenzentrierte Kommunikation entscheidend ist.

## 9.3 Regulatorische und strukturelle Herausforderungen in Deutschland

Trotz der klaren Evidenz für den Nutzen von APN-Rollen steht Deutschland bei ihrer umfassenden Implementierung vor erheblichen Hürden (Bula et al., 2025; Lühe et al., 2024; Riewoldt & Wiedemann, 2023). Ein wesentliches Problem ist das Fehlen eines rechtlich geschützten Rollenprofils und einheitlicher Qualifikationskriterien, was zu einer uneinheitlichen Wahrnehmung und Implementierung führt (Ledtermann, 2024; Lühe et al., 2024; Scheydt et al., 2025). International wurden bereits Kernkompetenzrahmen für APN entwickelt, die als Vorbild dienen könnten (Buchner et al., 2025; Guo et al., 2023; Scanlon et al., 2023). Eine Studie zur Implementierung von APN in der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland und Brasilien identifizierte sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren, darunter die Notwendigkeit klarer Rollendefinitionen und die Integration in bestehende Gesundheitssysteme (Bula et al., 2025). Die derzeitigen Entwicklungen, insbesondere im Krankenhaussektor, zeigen einen ausgeprägten Mangel an Pflegefachpersonen und zunehmend auch an ärztlichem Personal (Feldmann & Tepe, 2024; Waydhas, Brod et al., 2024; Weeverink et al., 2024). Die Stärkung und formelle Integration von APN-Rollen könnte hier Abhilfe schaffen, indem sie die Kompetenzen der Pflegefachberufe erweitert und neue Handlungsfelder erschließt (Büker & Latteck, 2021; Feldmann & Tepe, 2024; Waydhas, Brod et al., 2024). Insbesondere in der Intensivmedizin, in der sich aktuell Wandlungen der Teamstrukturen zeigen und neue Berufsgruppen Einzug halten, könnten APN einen wertvollen Beitrag leisten (Siegling et al., 2025; Waydhas, Deininger et al., 2024; Weeverink et al., 2024).

## 10. Berücksichtigung der APN Rolle in Führungsstrukturen

### 10.1 Fachliche Führung und Shared Leadership

International übernehmen APNs übernehmen fachliche Führung im Sinne eines Shared-Leadership-Modells. Dies bedeutet, dass Führung über Expertise, Evidenz und Prozessverantwortung erfolgt.

Klassische Linien- oder Hierarchieführung werden damit obsolet und weichen einer engen Kooperation mit interdisziplinären und interprofessionellen Leitungsebenen. Geteilte professionelle Führung muss dabei strukturell verankert sein – und nicht nur ein erstrebenswertes Ziel darstellen. Die aktuellen deutschen Krankenhaus-Management-Modelle übertragen die letztendliche klinische Verantwortung für Pflegeprozesse ausschließlich an Stationsleitungen oder Pflegedirektor\*innen, deren Autorität eher administrativer als klinischer Natur ist. Dabei sind Advanced Practice Nurses (APNs) aufgrund ihrer fortgeschrittenen Kompetenzen in der Beurteilung, Diagnostik und Entscheidungsfindung empirisch belegt prädestiniert, die „letzte Verantwortung“ für komplexe Pflegeprozesse zu übernehmen – zum Beispiel in den Bereichen Sepsismanagement, Delirprävention, Planung von Maßnahmenbündeln zur Vermeidung von beatmungsassoziiertes Pneumonie und Entscheidungen zur Eskalation palliativer Maßnahmen (Wittor & Brase, 2024). Eine Policy-Analyse aus dem Jahr 2024 argumentiert, dass die formale Zuweisung des Status der klinischen Verantwortung an APNs – analog zu ärztlichen Konsiliarärzt\*innen – mit dem Auftrag des Pflegeberufgesetzes zur personenzentrierten, evidenzbasierten und verantwortungsvollen Versorgung im Einklang stünde und gleichzeitig eine Qualitätssicherung in Echtzeit ermöglichen würde (Waydhas, Brod et al., 2024).

## 10.2 Letztverantwortung für komplexe Pflegeprozesse

Für hochkomplexe Pflegeprozesse muss die Letztverantwortung klar bei der APN-Rolle liegen. Dies umfasst das Assessment, die Pflegeplanung, die Pflegeprozesssteuerung sowie die Pflegeprozessevaluation. Diese Verantwortung ist organisatorisch und rechtlich abzubilden und muss sektorenübergreifend wirken.

## 11. Notwendige Finanzierungsstrukturen zur nachhaltigen Rollenimplementierung

### 11.1 Aktuelle Problemlage

Momentan führen in allen Settings unklare Refinanzierungsstrukturen zu geringen Einstellungsmotivation und projektbasierten Insellösungen. Gerade die erneute Diskussion um den (vermeintlichen) Missbrauch von Pflegebudgets führt zu Verunsicherung der zukünftigen Position dieser Rolle im System, wenn eine z.B. eine Querfinanzierung über Personalbemessungsinstrumente die zukünftige Lösung sein sollte.

### 11.2 Notwendigkeit einer klaren Finanzierungsstruktur

Die Finanzierung von APNs muss dringlich geklärt und in diesem Rahmen budgetär refinanziert werden, um Unsicherheiten der Unternehmen in der Einstellung der Rollen zu verhindern und Sicherheiten für die entsprechenden APNs darzustellen. Mögliche Ansätze liegen dabei in der entsprechenden Weiterentwicklung bzw. Überarbeitung des Pflegebudgets, der Anpassung von Abrechnungsstrukturen sowie in der Etablierung sektorenübergreifender Finanzierungsmodelle. Finanzierungsmechanismen der APN Rollen müssen dabei über die punktuelle Umverteilung von Budgets hinausgehen und eine systemische Integration ermöglichen. Die derzeitige Abhängigkeit von Pflegebudgets ist nicht tragbar: Krankenhäuser berichten, dass die Einrichtung von Budgetposten speziell für Advanced Practice Nurses

(APNs) mehrjährige Bemühungen erfordert, und bei Bewilligungsquoten von unter 18 % im Jahr 2023 (Denninger & Ries, 2023) liegen.

Stattdessen müssen APN-Leistungen in die DRG-basierte Vergütung integriert werden: Die Einführung eines neuen bspw. Pflege-DRG-Codes für die von APNs geleitete komplexe Versorgungskoordination, vergütet mit dem 1,4-fachen des Basissatzes für Fälle mit drei oder mehr Komorbiditäten, würde direkte finanzielle Anreize für Krankenhäuser schaffen, APN-Rollen zu implementieren (Wittor & Brase, 2024). Gleichzeitig müssen kommunale Präventionsbudgets eigene Budgetposten für Community Health Nurses (CHN) bereitstellen – um die Einbindung in lokale Präventionsstrategien vor der bundesweiten Einführung zu ermöglichen, wie vom Deutschen Präventionsrat empfohlen (Waydhas, Brod et al., 2024). Diese zweigleisige Finanzierung (DRGs für die Akutversorgung + kommunale Präventionsbudgets) stellt sicher, dass APNs nicht als Kostenstellen, sondern als wertschöpfende Akteure wahrgenommen werden, die vermeidbare Einweisungen reduzieren, die Verweildauer um bis zu 19 % verkürzen und die Patientensicherheitskennzahlen um 33 % verbessern (Lühe et al., 2024; Wittor & Brase, 2024).

### 11.3 Notwendigkeit der Berücksichtigung in Personalbemessungsinstrumenten und Personaluntergrenzen

Die geltenden deutschen Personalvorschriften (z.B. Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, 2019) berechnen das Verhältnis von Pflegefachpersonen zu Patient\*innen ausschließlich anhand der Anzahl der examinierten Pflegefachpersonen, ohne Kompetenzniveau oder klinische Befugnisse zu differenzieren. Dadurch bleiben APNs für die Aufsicht unsichtbar – obwohl Studien belegen, dass eine APN pro 12-Betten-Intensivstation vermeidbare unerwünschte Ereignisse um 33 % reduziert und die Einhaltung evidenzbasierter Protokolle um 47 % verbessert (Wittor & Brase, 2024). Auch im stationären Langzeitpflegesektor konnten die aktuellen Evaluationen des Modellprojektes klar deutlich machen, welches Potential und welche dringliche Notwendigkeit die APN Rollen in der Steuerung von komplexen Pflegeprozessen in der Bewohner\*innenversorgung haben; jedoch erfolgte keine Operationalisierung dieser Inhalte auf gesetzlicher Ebene im §113c SGB XI. Dieser Paragraph berücksichtigt lediglich die examinierten Pflegefachpersonen und ermöglicht keine Regelfinanzierung akademisierter, pflegerischer Rollen in der direkten Bewohner\*innenversorgung. Auch wird damit ein internationales gesehenes Potential, z.B. in Bezug auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen, verringerten Sturz- und Dekubitusraten für den Sektor gänzlich unmöglich, da entsprechende Regelfinanzierungsstrukturen nicht vorhanden sind. Zudem zeigt sich international, dass mit der Etablierung von Community Health Nurses (CHN) mit einem Drittel ein deutlicher Rückgang von vermeidbaren Hospitalisierungen erreicht werden konnte und dass dadurch Pflegeheimbewohner\*innen vor einem mit erhöhten Risiko für Delir, Infektion, Dekubitus und Funktionsverlusten geschützt werden konnten (Ingber et al., 2017; Rantz et al., 2017; Tönnies et al., 2025). Eine Gesetzesänderung ist somit längst überfällig, um APNs als eigenständige Personalkategorie mit gewichteten Personalschlüsseln zu definieren, die ihren klinischen Einfluss widerspiegeln.

## 12. Fazit

Die APN-Rolle ist der zentrale Hebel zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zukunftsfähigen Pflegeversorgung in Deutschland. Ihre erfolgreiche Implementierung erfordert: klare Rollenprofile,



rechtliche Absicherung, einheitliche Terminologien, strukturierte Studienangebote, tragfähige Refinanzierungskonzepte und eine konsequente pflegfachliche Perspektive, die von Beginn an in Gesetzgebungsverfahren etabliert werden muss. Nur so kann APN ihr volles Potenzial zur Lösung bestehender Versorgungsdefizite in Deutschland entfalten.

Daher stellen die Pflegekammer NRW und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz folgende pflegepolitischen Kernforderungen zur Implementierung von ANP:

1. **Gesetzliche Verankerung von APN**

Advanced Practice Nursing ist bundesgesetzlich als eigenständige, pflegfachliche Versorgungsrolle zu definieren und rechtlich abzusichern.

2. **Geschützte Berufsbezeichnung**

Der Titel *Advanced Practice Nurse (APN)* ist gesetzlich zu schützen und an klar definierte Qualifikations- und Kompetenzanforderungen zu binden.

3. **Verbindliche Rollendifferenzierung**

APN-Rollen sind bundesweit verbindlich in Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist und Community Health Nurse zu differenzieren.

4. **Originäre Kompetenzzuweisung**

APNs erhalten eigenständige Entscheidungs- und Handlungskompetenzen innerhalb ihres pflegfachlichen Verantwortungsbereichs – unabhängig von ärztlicher Delegation.

5. **Indikationsgebundenes Verschreibungsrecht**

Für APNs ist ein gesetzlich geregeltes, qualifikationsgebundenes Verschreibungsrecht auf Basis einer Positivliste einzuführen.

6. **Klare Haftungs- und Verantwortungsregelung**

Die Letztverantwortung für hochkomplexe Pflegeprozesse ist APNs rechtlich eindeutig zuzuweisen.

7. **Bundesweit einheitliche Qualifikationsstandards**

APN-Studiengänge sind an verbindliche nationale Kompetenzrahmen und verpflichtende Kerncurricula zu binden.

8. **Zentrales APN-Register**

Die Registrierung von APNs einschließlich Qualifikation, Rollenprofil und Befugnissen ist bundesweit verpflichtend einzuführen.

9. **Eigenständige Abrechnungsfähigkeit**

APN-Leistungen sind als originäre Versorgungsleistungen im SGB V und SGB XI abrechnungsfähig zu verankern.



**10. Nachhaltige Finanzierungsstrukturen**

APN-Rollen sind dauerhaft und sektorenübergreifend zu refinanzieren, unabhängig von projektbezogenen Modellvorhaben.

**11. Berücksichtigung in Personalbemessung**

APNs sind als eigenständige Personalkategorie in Personalbemessungsinstrumenten und Personaluntergrenzen abzubilden.

**12. Verbindliche Einbindung in Leitlinien und Standards**

APNs sind verpflichtend in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards einzubeziehen.

**13. Integration in Präventions- und Versorgungsstrategien**

Community Health Nurses sind regelhaft in kommunale Präventionsstrategien und die Primärversorgung zu integrieren.



## Literaturverzeichnis

- Abotaleb, F. H., Alshehri, A. F., Alyami, T. M., Alhadad, N. A., Saad, M. J., Albelharth, Z. H., Al Makhals, A. H., Al najey, L. H., Al-Najrani, H. K. S. & Asiri, K. M. A. (2024). Critical Analysis of Advanced Nursing Roles, Practice Guidelines, and Patient-Centered Care. *Journal of Ecohumanism*, 3(8). <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5179>
- Aguilard, S., Colson, S. & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature: Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: a review of the literature. *Santé Publique, Vol. 29(2)*, 241–254. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0241>
- Almotairy, M. M., Nahari, A., Moafa, H., Hakamy, E. & Alhamed, A. (2024). Development of advanced practice nursing core competencies in Saudi Arabia: A modified Delphi study. *Nurse education today*, 141, 106315. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106315>
- APN-CH. (o.J.). *Registrierung*. <https://apn-ch.ch/>
- Beckmann, S., Schmid-Mohler, G., Müller, M., Spichiger, E., Nicca, D., Eicher, M [Manuela], Ullmann-Bremi, A. & Petry, H. (2023). Validation of the newly developed Advanced Practice Nurse Task Questionnaire: A national survey. *Journal of advanced nursing*, 79(12), 4791–4803. <https://doi.org/10.1111/jan.15752>
- Blanck-Köster, K., Roes, M. & Gaidys, U. (2020). Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) : Ein Scoping-Review [Clinical leadership competencies in advanced nursing practice : Scoping review]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115(6), 466–476. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00716-w>
- Bösche, J., Dirksen, A., Knisch-Wesemann, A., Kocks, A., Reinsprenger, N., Röttgers, J. & Weskmann, A. (2023). *Anforderungsprofil Pflegeexpert:in APN*. <https://www.dbfk.de/media/docs/fachgruppen/erweiterte-pflegepraxis/Anforderungsprofil-APN-Netzwerk-Erw-Pflegepraxis-DBfK.pdf>
- Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G. & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 519–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x>
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Schwendimann, R., Ulrich, A., Weibel, L., Callens, B. & Geest, S. de (2016). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(2), 201–209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12199>
- Buchner, V.-K., Pann, K., Essl-Maurer, R., Glarcher, M. & Ewers, A. (2025). International Competencies of Advanced Practice Nurses in Critical Care: An Integrative Review. *Journal of advanced nursing*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1111/jan.70179>
- Büker, C. & Latteck, Ä.-D [Änne-Dörte] (2021). Advanced Practice Nursing zur Gesundheitsförderung und Prävention. *Public Health Forum*, 29(3), 257–259. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0054>
- Bula, D., Franco, C. M., Giovanella, L., Toso, B. R. G. d. O., Heumann, M. & Hämel, K. (2025). The Implementation of Advanced Practice Nursing in Primary Health Care: A Comparative Qualitative Study of Enablers and Barriers. *Journal of advanced nursing*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1111/jan.70172>



- Care Quality Commission (Hrsg.). (2024). *GP mythbuster 95: Non-medical prescribing*.  
[https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/gps/gp-mythbusters/gp-mythbuster-95-non-medical-prescribing?utm\\_source](https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/gps/gp-mythbusters/gp-mythbuster-95-non-medical-prescribing?utm_source)
- Casey, M. & O' Connor, L. (2021). Advanced practice nursing: Should research be the icing on the cake?  
*Nursing open*, 9(1), 8–10. <https://doi.org/10.1002/nop2.1122>
- Chair, S. Y., Wong, F. K. Y., Bryant-Lukosius, D., Liu, T. & Jokiniemi, K. (2023). Construct validity of advanced practice nurse core competence scale: an exploratory factor analysis. *BMC nursing*, 22(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01203-1>
- Christiansen, M. G., Jarden, M., Colomer-Lahiguera, S., Eicher, M [Manuela], Bryant-Lukosius, D., Mirza, M. R., Pappot, H. & Piil, K. (2024). Development of a Comprehensive Model for Cancer Symptom Care for Women With Ovarian or Endometrial Cancer. *Cancer Care Research Online*, 4(2), e054. <https://doi.org/10.1097/cr9.000000000000054>
- Colella, J., Douglas, C., VanBuitenen, N., Galesi, J. & Aroh, D. (2021). Establishing Interrater Reliability Within the Advanced Practice Nurse Peer Review Process. *Journal of nursing measurement*, 29(2), 227–238. <https://doi.org/10.1891/jnm-d-20-00015>
- Cooke, L., Gemmill, R. & Grant, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical nurse specialist CNS*, 22(5), 218–225. <https://doi.org/10.1097/01.nur.0000325366.15927.2d>
- Denninger, N.-E. & Ries, K. S. (2023). Faktoren bei der Implementierung von APNs in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum: Ein Scoping Review. *Pflege & Gesellschaft*(4), 352–367. <https://doi.org/10.3262/pug2304352>
- Dlamini, C. P., Khumalo, T., Nkwanyana, N., Mathunjwa-Dlamini, T. R., Macera, L., Nsibandze, B. S., Kaplan, L. & Stuart-Shor, E. M. (2020). Developing and Implementing the Family Nurse Practitioner Role in Eswatini: Implications for Education, Practice, and Policy. *Annals of global health*, 86(1), 50. <https://doi.org/10.5334/aogh.2813>
- Fagerström, L. M. (2021). *A Caring Advanced Practice Nursing Model*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-53555-1>
- Feldmann, N. & Tepe, J. (2024). Akademisierte Pflege in der direkten Patienten/-innenversorgung – aber wie? [Academised nursing in direct patient care-but how?]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 119(2), 141–146. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01081-0>
- Fong Yeong Woo, B., Koh, K., Lopez, V., Zhou, W., Wei Lim, T. & Tam, W. (2021). Patients' perceptions toward the role and acceptance of advance practice nurses in integrated care models: A qualitative study. *International Journal of Integrated Care*, 20(3), 64. <https://doi.org/10.5334/ijic.s4064>
- Guo, H., Zhu, W. & Li, J. (2023). Developing a core competency framework for advanced practice nursing in mainland China: a sequential exploratory study. *BMC nursing*, 22(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01335-4>
- Hanson, C. M. & Hamric, A. B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing outlook*, 51(5), 203–211. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(03\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(03)00158-1)
- Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H. & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2378–2392. <https://doi.org/10.1111/jan.14092>
- Ingber, M. J., Feng, Z., Khatutsky, G., Wang, J. M., Bercaw, L. E., Zheng, N. T., Vadnais, A., Coomer, N. M. & Segelman, M. (2017). Initiative To Reduce Avoidable Hospitalizations Among Nursing Facility Residents Shows Promising Results. *Health affairs (Project Hope)*, 36(3), 441–450. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1310>



- Kauffmann, L. & Schmeer, R. (2021). Etabliert: APN in der Neurochirurgie. *Pflegezeitschrift*, 74(4), 62–65. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0977-3>
- Kilpatrick, K., Savard, I., Audet, L.-A., Kra-Friedman, A., Atallah, R., Jabbour, M., Zhou, W., Wheeler, K., Ladd, E., Gray, D. C., Henderson, C., Spies, L. A., McGrath, H. & Rogers, M. (2023). A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews protocol. *PLoS one*, 18(1), e0280726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280726>
- Ledtermann, I. (2024). Advanced Practice Nursing im aufsuchenden Setting. *Psychiatrische Pflege*, 9(2), 31–33. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000496>
- Lühe, V. von der, Roos, M., Adams, A., Scholten, N., Köpke, S. & Dichter, M. N. (2024). Evolution of advanced practice nursing in acute care in Germany: A cross-sectional study of nurses' scope of practice. *International nursing review*, 71(2), 352–361. <https://doi.org/10.1111/inr.12907>
- Mackavey, C., Henderson, C. & Morris, G. (2025). Empowering Advanced Practice Nurses: A Review of Addressing Global Health Needs. *Annals of global health*, 91(1), 45. <https://doi.org/10.5334/aogh.4723>
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human resources for health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- Maier, C. B., Aiken, L. H. & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers No. 98.* [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care\\_9b6d1bac/a8756593-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_9b6d1bac/a8756593-en.pdf)
- Morsa, M., Andrade, V. de, Alcaraz, C., La Tribonnière, X. de, Rattaz, C. & Baghdadli, A. (2022). A scoping review of education and training interventions in Autism Spectrum Disorder. *Patient education and counseling*, 105(9), 2850–2859. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.05.012>
- Nieminen, A.-L., Mannevaara, B. & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 661–670. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x>
- Nursing and Midwifery Council (Hrsg.). (2023). *Standards for prescribers.* [https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-post-registration/standards-for-prescribers/?utm\\_source](https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-post-registration/standards-for-prescribers/?utm_source)
- Nursing and Midwifery Council (Hrsg.). (2024). *Standards for prescribing programmes.* [https://www.nmc.org.uk/programme-standards-prescribing/?utm\\_source](https://www.nmc.org.uk/programme-standards-prescribing/?utm_source)
- Raeve, P. de, Davidson, P. M., Bergs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., Xyrichis, A. & Preston, W. (2024). Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. *Journal of advanced nursing*, 80(1), 377–386. <https://doi.org/10.1111/jan.15775>
- Rantz, M. J., Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Alexander, G., Flesner, M., Crecelius, C., Ge, B. & Petroski, G. (2017). Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 960–966. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.027>
- Riewoldt, C. & Wiedemann, R. (2023). „Ich will so eine!“ – Implementierung einer APN. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 12(04), 160–162. <https://doi.org/10.1055/a-2086-3338>
- The Royal College of Nursing (Hrsg.). (2025). *Types of nurse prescriber.* [https://www.rcn.org.uk/Get-Help/RCN-advice/Non-medical-prescribers?utm\\_source](https://www.rcn.org.uk/Get-Help/RCN-advice/Non-medical-prescribers?utm_source)
- Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C. & Pedro-Gómez, J. de (2017). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ open*, 7(2), e013659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>



- Scanlon, A., Murphy, M., Smolowitz, J. & Lewis, V. (2023). Alignment of the International Council of Nurses Advanced Practice Nursing Guideline Characteristics With Conceptual Frameworks: A Scoping Review. *Research and theory for nursing practice*, 37(1), 101–128.  
<https://doi.org/10.1891/rtnp-2022-0007>
- Scheydt, S., Nienaber, A. & Holzke, M. (2025). „Advanced Practice Nurses“ in der Psychiatrie. *HeilberufeScience*, 16(3-4), 195–206. <https://doi.org/10.1007/s16024-025-00429-0>
- Schulenkorf, T., Ilskens, K., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grunwald, M., Palmdorf, S., Borchardt, N., Grebe, C., Maaß, A. & Latteck, Ä.-D [Ä.-D] (2024). Factors influencing an advanced nursing practice service for people with intellectual disabilities. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement\_3), Artikel ckae144.1612. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1612>
- Siegling, C., Mertins, E., Wefer, F., Bolte, C. & Krüger, L. (2025). Skill-Grade-Mix und Shared Governance auf der Intensivstation: Entwicklung eines Leitungsdreiecks und weiterführender pflegerischer Rollen [Skill-grade mix and shared governance in the intensive care unit: development of a management triangle and the advancement of nursing roles]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 120(2), 153–161. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01175-3>
- Spank, J., Koch, C., Sirsch, E. & Thomas, C. (2026). Delirprävention und-management durch Pflegekonsile – eine Implementierungsstrategie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 21(1), 70–76. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01146-8>
- Stemmer, R. (2025). FAMOUS. APNs in der hausarztnahen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität – notwendig und erfolgreich: Vortrag im Rahmen des 12. Interprofessionellen Gesundheitskongresses von Springer Nature.  
[https://www.gesundheitskongresse.de/ipgk/2025/dokumente/Praesentation\\_Stemmer\\_zur\\_Veroeffentlichung.pdf?m=1747226558&](https://www.gesundheitskongresse.de/ipgk/2025/dokumente/Praesentation_Stemmer_zur_Veroeffentlichung.pdf?m=1747226558&)
- Sutter, L., Rewicki, F., Surbek, D., Walther, S., Goemaes, R., Huber, L. A. & Cignacco, E. (2024). The role of an advanced practice midwife in perinatal mental health: Outlining the process of role development and implementation. *European journal of midwifery*, 8.  
<https://doi.org/10.18332/ejm/189954>
- Tamayo, R. L. J. & Moncatar, T. J. R. (2025). From Task Shifting to Advanced Practice Nursing in Primary Care: A Contextualized Framework for LMICs Informed by Evidence From The Philippines. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 57(6), 1012–1024. <https://doi.org/10.1111/jnu.70041>
- Tönnies, L., Zimmer, V., Piotrowski, A., Lehr, T., Laag, S. & Köberlein-Neu, J. (2025). Effects of an interprofessional care concept in nursing homes evaluated in the SaarPHIR project: A cluster-randomized controlled trial. *PloS one*, 20(5), e0321118.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321118>
- Tracey, M, O’Grady, E., Phillips, S. (2023). *Hamric and Hanson’s Advanced Practice Nursing* (7. Aufl.). Universitätsklinikum Bonn. (o.J.). *Pflegewissenschaft, Forschung und Praxisentwicklung*.  
<https://www.ukbonn.de/ueber-uns/pflege/pflegewissenschaft/>
- Universitätsklinikum Freiburg. (o.J.). *Pflegeexperten Advanced Practice Nurse (APN) am Universitätsklinikum Freiburg*. <https://www.uniklinik-freiburg.de/uniklinikum/pflege/apn-am-ukf.html>
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. (o.J.). *Advanced Practie Nursing*.  
<https://www.uke.de/organisationsstruktur/direktion-f%C3%BCr-patienten-pflegemanagement/pflege-im-uke/wissenschaft-akademisierung/advanced-practice-nursing/index.html>



- van Hecke, A., Decoene, E., Embo, M., Beeckman, D., Bergs, J., Courtens, A., Dancot, J., Dobbels, F., Goossens, G. A., Jacobs, N., van Achterberg, T., van Bogaert, P., van Durme, T., Verhaeghe, S., Vlaeyen, E. & Goossens, E. (2024). Development of a competency framework for advanced practice nurses: A co-design process. *Journal of advanced nursing*, 81(1), 353–365. <https://doi.org/10.1111/jan.16174>
- Waydhas, C., Brod, T., Deininger, M., Dubb, R., Hoffmann, F., van den Hooven, T., Janssens, U., Kaltwasser, A., Markewitz, A., Pelz, S., Walcher, F. & Zergiebel, D. (2024). Interprofessionelle Handlungsfelder der Pflegefachpersonen in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin [Not Available]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 149(15), 904–911. <https://doi.org/10.1055/a-2328-5953>
- Waydhas, C., Deininger, M., Dubb, R., Hoffmann, F., van den Hooven, T., Janssens, U., Kaltwasser, A., Markewitz, A. & Pelz, S. (2024). Interprofessionelle Handlungsfelder in der Intensivmedizin – Empfehlungen der DIVI [Not Available]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 149(7), 400–406. <https://doi.org/10.1055/a-2246-9536>
- Weeverink, N., Höwler, M. & Eicher, M [M.] (2024). Teamstrukturen in der Intensivmedizin im Wandel [Changing team structures in intensive care medicine]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 119(5), 358–363. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01143-x>
- Wittor, M. & Brase, S. (2024). Implementierung der pflegerischen Rolle der Advanced Practice Nurse in deutschen Krankenhäusern. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 78(3), 16–20. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2024-3-16>
- World Health Organisation (Hrsg.). (2023). *Framework für action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023-2030*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a951b8cd-edcb-471a-9b34-8c39c9ad9494/content>
- Yamaguchi, Y., Matsunaga-Myoji, Y. & Fujita, K. (2023). Advanced practice nurse competencies to practice in emergency and critical care settings: A scoping review. *International journal of nursing practice*, 30(4), e13205. <https://doi.org/10.1111/ijn.13205>
- Ziegler, E., Kim, S. & Bar, R. J. (2021). Using the PEPPA Framework to Develop and Implement a Nurse Practitioner Role Within Canada’s National Ballet School. *Nurse Practitioner Open Journal*, 1(1), 10–22. <https://doi.org/10.28984/npj.v1i1.341>

Dieser Text wurde im März 2026 erstellt.

**Herausgeber:**

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen  
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

**Kontakte:**

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen  
Alte Landstraße 104, 40489 Düsseldorf  
T. 0211 822089 0  
[info@pflegekammer-nrw.de](mailto:info@pflegekammer-nrw.de)  
[www.pflegekammer-nrw.de](http://www.pflegekammer-nrw.de)

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz  
Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz  
T. 06131 327 38 0  
[info@pflegekammer-rlp.de](mailto:info@pflegekammer-rlp.de)  
[www.pflegekammer-rlp.de](http://www.pflegekammer-rlp.de)