

Rollen und Aufgaben einer Advanced Practice Nurse (APN): Ein Rapid Review

Kathrin Sylvia Müller¹, Gerlinde Strunk-Richter², Natascha-Elisabeth Denninger³

*Im deutschen Gesundheitssystem sind bei APNs deren Rollen und Aufgaben nicht klar beschrieben. Internationale Erfahrungen können die Weiterentwicklung von APNs unterstützen. Die Forschungsfrage lautet: „Welche Rollen und Aufgaben haben APNs in Krankenhäusern inne?“. Die systematische Literaturrecherche fand im März 2021 in den Fachdatenbanken MEDLINE via Pubmed, CINAHL und Cochrane Library statt. Es konnten 26 Artikel eingeschlossen werden. Die in der Literatur identifizierten Rollen und Aufgaben konnten in mehrere Subkategorien, wie z. B. der direkten Patient*innenversorgung, dargestellt werden. Auf Grundlage der Ergebnisse können Handlungsempfehlungen zur Akademisierung der Pflege, strukturierten und nachhaltigen Implementierung und zu den Rahmenbedingungen von APNs gegeben werden.*

Roles and Tasks of an Advanced Practice Nurse (APN): A Rapid Review

In the German health system, the roles and tasks of APNs are not clearly described. International experience can support the further development of APNs. The research question is: "What roles and tasks do APNs hold in hospitals?". The systematic literature search took place in March 2021 in the databases MEDLINE via Pubmed, CINAHL and Cochrane Library. Twenty-six articles were included. The roles and tasks identified in the literature could be presented in multi-faceted subcategories such as direct patient care. Based on the results recommendations for action can be given on the academization of nursing the structured and sustainable implementation and the structural framework of APNs.

Korrespondenzadresse

Kathrin Sylvia Müller
Hochschule für Gesundheit – University of Applied Sciences
Department für Pflegewissenschaft
Gesundheitscampus 6 – 8
D-44801 Bochum

kathrin.mueller@hs-gesundheit.de

DOI: 10.3936/12103

1 M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promovierende im Projekt TAILR.DE, Hochschule für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft & Universität Basel, Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft

2 Diplom Pädagogin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt HandinHand, Vinzenz Pallotti University, Fakultät für Pflegewissenschaft

3 MScN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promovierende, Technische Hochschule Rosenheim, Zentrum für Forschung, Entwicklung und Transfer & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Internationale Graduiertenakademie

Einleitung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, sich verändernden Strukturen in Krankenhäusern sowie einer zunehmenden Komplexität der Krankenhaussituation bedarf es erweiterter Rollen für Pflegepersonen. Diese notwendigen Rollen könnte eine APN erfüllen (Broens et al. 2017). Die APNs sind akademisch ausgebildete Pflegepersonen mit einem Masterabschluss und begehen damit den bestehenden Herausforderungen mit einer hohen Qualifikation und Spezialisierung (DBfK 2019). Laut International Council of Nursing ist mit APN:

„eine examinierte Pflegekraft mit Grundausbildung gemeint [...], die Expertenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt, wobei deren Merkmale vom Kontext und/oder Land bestimmt werden, in dem die Pflegekraft ihre Arbeitserlaubnis erworben hat. Als Zugangsvoraussetzung wird ein Mastertitel empfohlen“ (Schober und Affara 2008, 51; zit. nach ICN 2002).

Diese Rolle einer erweiterten Pflegepraxis hat ihre längste Tradition in den USA und Kanada, ist aber bereits in weiteren Ländern wie Finnland, Irland, Neuseeland, Australien und Großbritannien gesetzlich geregelt und etabliert (DBfK 2019).

Die Entwicklung von APN-Rollen begann in Deutschland in den 2000er Jahren und setzt nach internationalem Vorbild meist einen Masterabschluss voraus. Eine gesetzliche Regulierung von APNs bzw. der wissenschaftsbezogenen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungspraxis existiert nach aktuellem Stand nicht. So gelten APNs noch immer als Exot*innen in Krankenhäusern und sind auf die Unterstützung durch das Pflegemanagement sowie die Akzeptanz durch das ärztliche Personal angewiesen, um ihrer Tätigkeit nachzukommen (DBfK 2019; Gaidys 2019).

Eine APN ist in der Praxis und Beratung mit der ihr zugewiesenen Patient*innenpopulation tätig, zu der sie sich spezialisiert hat. Eine APN kann auch Teams leiten und ihre Visionen und aktuellen Entwicklungen einbringen. Weiter bildet eine APN Kolleg*innen, Studierende und Auszubildende zu ihrem speziellen Themengebiet aus und fort. Sie vertritt ihre eigene Berufsgruppe z. B. in Gremien. Sie sollte sich an Forschungsarbeiten beteiligen, entwickelt selbst Versorgungsprogramme und führt Evaluationsforschung durch, in dem sie z. B. die Wirksamkeit von Konzepten überprüft (Ullmann 2011).

Eine Problematik liegt in der Rollenunklarheit von APNs, denn die Bezeichnung kann bis zu 30 Spezialisierungen umfassen (Gaidys 2019). Die Entwicklung von Rollen und Aufgaben folgt dem Grundkonzept von Advanced Nursing Practice (ANP) als patientenorientierte, erweiterte Kompetenz von Pflegenden in spezialisierten Bereichen (Hamric et al. 2014). Dementsprechend bildet

sich ab, dass APNs krankheitsbezogen, in unterschiedlichen Settings und dadurch die gesamte Altersspanne abdeckend arbeiten können. In einer systematischen Literaturrecherche kommen Geithner et al. (2016) zu dem Schluss, dass die beschriebenen Modelle nicht alle Charakteristika des ursprünglichen Modells „Advanced Nursing Practice“ (ANP) aufweisen. Im internationalen Kontext wurden dagegen erste Hinweise zur Entwicklung einer APN im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis identifiziert (Geithner et al. 2016). Der internationale Blick zeigt aber auch, dass nicht nur im deutschsprachigen Raum eine Uneinigkeit über Rolle, Aufgaben, Tätigkeitsfelder und Implementierung von APNs herrscht, denn auch die gesetzlichen Reglementierung ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt (DBfK 2019).

Fragestellung und Zielsetzung

Das Ziel dieses Beitrags ist, die Aufgaben und Rollen einer APN im Setting Krankenhaus auf internationaler Ebene darzustellen. So sollen Rückschlüsse auf die weiteren Entwicklungen einer APN in Deutschland gegeben werden. Die Fragestellung lautet daher: „Welche Rollen und Aufgaben haben APNs in Krankenhäusern inne?“

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Rapid Review durchgeführt. Diese Art von Review kann im Umfang der Methodik und Zeitraum der Durchführung variieren (Dobbins 2017; Khangura et al. 2012). In Anlehnung an die Schritte von Dobbins (2017) wird nachfolgend die Vorgehensweise beschrieben. Die Literaturrecherche fand im März 2021 angelehnt an das Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken (Nordhausen und Hirt 2020) statt. Es wurde ein spezifisches Rechercheprinzip gewählt, das in den Fachdatenbanken MEDLINE via Pubmed, CINAHL und die Cochrane Library angewendet wurde.

Variable	Suchbegriffe
Population	Advanced Practice Nurse
Concept	Advanced Nursing Practice AND (role OR task OR function OR assignment OR business OR job OR obligation)
Context	Hospital

Tabelle 1: Variablen und Suchbegriffe nach dem PCC-Schema (eigene Darstellung)

Variablen	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhalt	Beschreibung von Rollen und Aufgaben der APN	Alle anderen Beschreibungen zur APN (z. B. Stellenbeschreibung, „Effekte“ wie Auswirkungen auf Qualität der Versorgung)
Zielgruppe	Advanced Practice Nurses, die nach dem ANP-Konzept arbeiten	Anderes Pflegefachpersonal oder medizinisches Personal
Setting	Krankenhaus	Andere Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. langzeitstationäre Pflege)
Publikationsart	Studien, Reviews, Forschungsberichte, theoretische Literatur	Nicht wissenschaftliche Literatur, short reports, Poster, Kongressbeiträge, Studienprotokolle
Publikationszeitraum	Ab 2011	Bis 2010
Sprache	Englisch, Deutsch	Andere Sprache
Verfügbarkeit	Abstract verfügbar, Autor verfügbar, Artikel kann durch deutsche Bibliotheken beschafft werden	Kein Abstract oder Autor verfügbar, Artikel kann nicht durch deutsche Bibliotheken beschafft werden

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

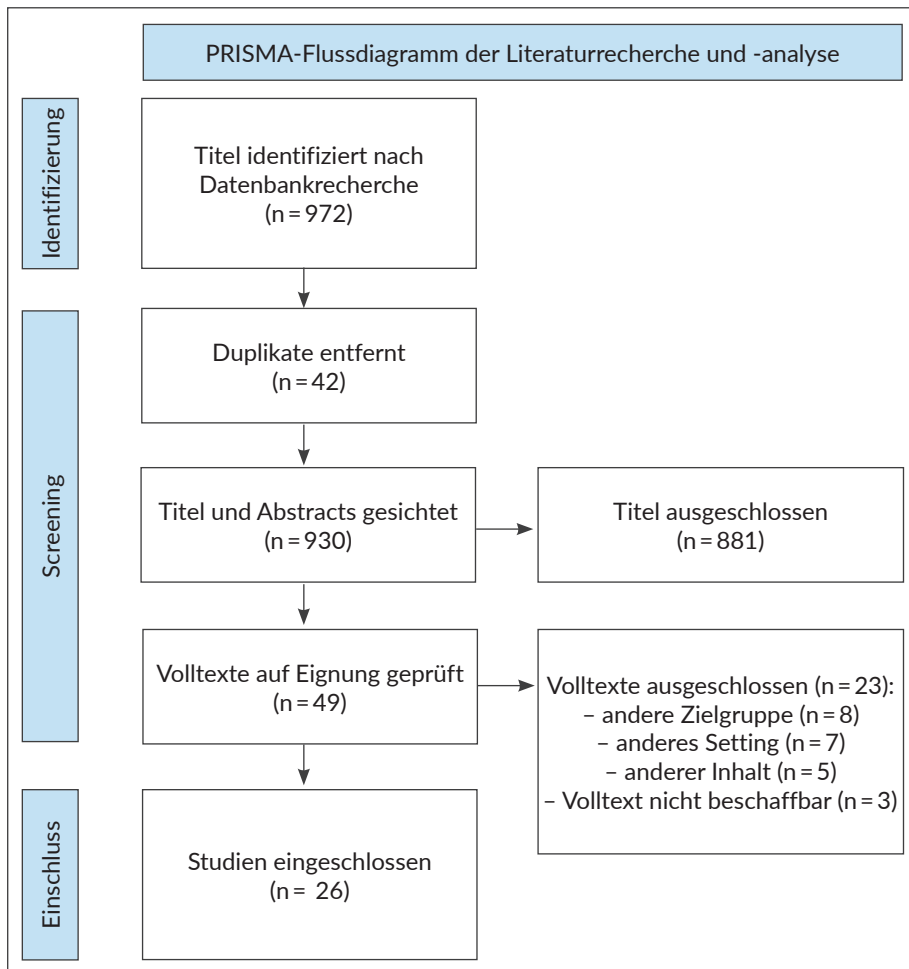


Abbildung 1: Darstellung der systematischen Literaturrecherche

Suchstrategie

Die forschungsrelevante Fragestellung wurde anhand des PCC-Schemas in suchtaugliche Variablen modifiziert (siehe Tabelle 1).

Die Suchbegriffe wurden ohne Eingrenzung in die "freien Suchfelder" der jeweiligen Datenbank eingegeben. Daraus ergab sich folgender Suchstring: „Advanced Practice Nurse AND (Advanced Nursing Practice AND (role OR task OR function OR assignment OR business OR job OR obligation)) AND hospital“. Die Entscheidung bzgl. des Ein- und Ausschlusses eines Treffers orientiert sich dabei an den vorab formulierten Kriterien.

Als Filter wurde die Sprache (Englisch und Deutsch) und der Zeitraum (ab 2011) eingestellt.

Studienauswahl

Der Screening-Prozess [KM; GSR] verlief zweistufig mithilfe des webbasierten Tools Rayyan QCR1 (<https://www.rayyan.ai/>): Zuerst wurden die Titel und Abstracts der identifizierten Treffer von zwei Autorinnen unabhängig voneinander inhaltlich bewertet. Im Falle von unterschiedlichen Einschätzungen wurde im Rahmen einer Diskussion – geleitet durch die Ein- und Ausschlusskriterien – stets ein Konsens gefunden. Für das Volltext-Screening wurde die gleiche Vorgehensweise gewählt. Die Dokumentation des Screening-Prozesses wird in einem Flussdiagramm dargestellt, welches an das PRISMA-Schema (Moher et al. 2009) angelehnt ist (Abbildung 1).

Analyse und Synthese der eingeschlossenen Literatur

Die inhaltliche Analyse orientierte sich an der strukturierten Zusammenfassung der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015). Die Analyse der identifizierten Beiträge konzentrierte sich im Rahmen des Rapid Reviews auf die zentralen Aussagen zu Rol-

len und Aufgaben von APNs. Es erfolgte also eine systematische Zusammenfassung entlang der Forschungsfrage. Dabei wurden die Beiträge anhand der deduktiven Kategorien „Rollen“ und „Aufgaben“ analysiert. Die Methode eines Rapid Reviews sieht keine kritische Bewertung vor. Eine Darstellung (siehe Tabelle 3) der Studiendesigns wurde dennoch vorgenommen (Dobbins 2017).

Ergebnisse

Es wurden 972 Studien identifiziert. Nach Entfernung der Duplikate wurden 930 Publikationen nach Titel und Abstract und 49 Volltexte von zwei Autorinnen [KM; GSR] unabhängig gescreent. Nach Beendigung des zweistufigen Screeningverfahrens konnten 26 Studien inkludiert werden, die in verschiedenen Ländern bzw. Kontinenten durchgeführt wurden und unterschiedliche Studiendesigns aufweisen. Die Heterogenität in beiden Aspekten wurde in Tabelle 3 dargestellt. Jeweils zwei Studien stammten aus Deutschland und der Schweiz, während die 22 verbleibenden Studien aus anderen Teilen Europas (n = 9) oder dem außereuropäischen Raum (n = 13) waren. Hinsichtlich der Studiendesigns waren qualitative Studien (n = 7) und Texte, wie z. B. Expert*innenmeinungen (n = 7) am häufigsten vertreten, während Fallstudien, Mixed-Method-Studien und systematische Reviews jeweils einmalig inkludiert werden

konnten.

Zu den beiden Oberkategorien Rollen und Aufgaben von APNs wurden induktiv mehrere Unterkategorien gebildet (siehe Abbildung 2).

Rollen

In dieser Kategorie konnten die Unterkategorien „Rollenbezeichnung“ und „Konsequenzen der Rolle“ gebildet werden.

Rollenbezeichnung

Die Ergebnisse zeigen, dass APNs unterschiedliche Rollen innehaben und diese mit verschiedenen Titeln versehen sind und unterschiedliche Qualifikationen (v. a. Bachelor- bzw. Masterabschluss) voraussetzen (East et al. 2015; Gerrish et al. 2011; Roche et al. 2013). Zum Teil hatten APNs auf einer Station gleiche Titel, aber unterschiedliche, erweiterte Rollen (Fung et al. 2016; Mayo et al. 2017). In vielen Publikationen wurde ein Mangel an Klarheit über die Rolle einer APN, deren Umfang und Definition festgestellt (van Hecke et al. 2020; van Hecke et al. 2019; Williamson et al. 2012). Dies führte zur Forderung nach Klärung (Ko et al. 2019; van Hecke et al. 2020) und zur eigenständigen Rollendefinition durch die APN (Fung et al. 2016).

Bezogen auf die Bezeichnung der APN wurden unterschiedliche Titel identifiziert. Dazu zählte die „Clinical Nurse Consultant“ (Baldwin et al. 2013; Ko et al. 2019; Mayo et al. 2017; Roche et al. 2013; Zahran et al. 2012), die „ANP-Critical Care“ (Blanck-Köster et al. 2018; Jackson und Carberry 2015), die „Primary Care-NP“ (Ko et al. 2019), die „Nutrition Nurse Specialist“ (Boeykens und van Hecke 2018), die „Gerontological Clinical Nurse Specialist“ (Conley 2011) sowie die „Advanced Practice Registered Nurse“ (Delaney et al. 2019; Feistritzer und Jones 2014).

Konsequenzen der Rolle

Als eine Konsequenz der Rolle als APN bildete sich eine gesteigerte Autonomie im Krankenhaussetting ab. So war die APN dazu befugt, eigenständig und damit unabhängig Entscheidungen zu treffen (Atsalos et al. 2014; Blanck-Köster et al. 2018; East et al. 2014; van Hecke et al. 2020). In einer Querschnittsstudie von Delaney et al. (2019) gaben 87% der befragten APNs (N = 1624) an, zufrieden mit dem Umfang der Autonomie zu sein. Zudem wurde in einer qualitativen Studie von Fung et al. (2016) angemerkt, dass die APNs (N = 13) anders – ohne nähere Erläuterung – behandelt wurden, seitdem sie diese Rolle innehatten. Gleichzeitig wurde von den APNs (N=13) in der qualitativen Studie von East et al. (2014) eine geringe Motivation zur Weiterbildung aufgrund der immer noch bestehenden Hierarchie zwischen Medizin und Pflege wahrgenommen.

Eine weitere Konsequenz der Rolle lag in der Optimierung der Pflege. Die daraus resultierende Qualitätsverbesserung ergab sich aus der konstanten pflegerischen Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung (Atsalos et al. 2014; Feistritzer und Jones 2014; Williamson et al. 2012). Diese führte letztlich zu einer Verbesserung des klinischen Gesundheitssystems (Conley 2011) und zu einer verbesserten Beziehung zwischen Patient*in und APN (Wong et al. 2017).

Aufgaben

Zu den Aufgaben einer APN konnten die fünf Unterkategorien „Direkte Patient*innenversorgung“, „Management und Verwaltung“, „Kommunikation und Vernetzung“, „Forschung“ sowie „Unklare Aufgaben“ gebildet werden. Alle Unterkategorien behandeln jeweils mehrere Schwerpunktthemen.

Direkte Patient*innenversorgung

In den meisten eingeschlossenen Publikationen wurde die direkte Patient*innenversorgung als Aufgabenschwerpunkt beschrieben (Blanck-Köster et al. 2020; Boeykens und van Hecke 2018; East et al. 2014). So gaben in einer Kohortenstudie von Baldwin et al. (2013) 58.5% der befragten APNs (N = 54) an, klinische Aufgaben in der Patient*innenversorgung zu übernehmen. In der Studie von Mayo et al. (2017) waren es 25% (N = 3370). In einer Querschnittsstudie von East et al. (2015) gaben 71% der einbezogenen APNs (N = 136) an, eine erweiterte Pflege durchzuführen. In der deskriptiv-explorativen Studie von Oddsdóttir und Sveinsdóttir (2011) wurden APNs bei den täglichen Routineaufgaben beobachtet. Es konnte festgestellt werden, dass ein Großteil der Arbeitszeit für die Durchführung erweiterter Pflegepraxis aufgewendet wurde. Die Hauptaufgaben lagen dabei in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Entscheidungsfindung, pflegerische Anamnese und Diagnostik, heilkundliche Tätigkeiten, Planung, Steuerung und Koordination, Case Management sowie Medikamentenverschreibung.

Im Kontext Prävention wurden sehr spezifische Aufgabenfelder identifiziert, die eng im Zusammenhang mit der Rolle der ANP stehen. So haben APNs in einer Fallstudie (N = 23) die Aufgabe, präventiv auf mögliche

Nr.	Studie	Design	Land
1	Atsalos et al. (2014)	Qualitative Studie	Australien
2	Baldwin et al. (2013)	Kohortenstudie	Australien
3	Blanck-Köster et al. (2018)	Text	Deutschland
4	Blanck-Köster et al. (2020)	Systematisches Review	Deutschland
5	Boeykens & van Hecke (2018)	Text	Belgien
6	Campbell et al. (2020)	Qualitative Studie	Kanada
7	Conley (2011)	Text	USA
8	Delaney et al. (2019)	Querschnittsstudie	USA
9	East et al. (2015)	Querschnittsstudie	Großbritannien
10	East et al. (2014)	Qualitative Studie	Kenia
11	Feistritzer & Jones (2014)	Quasi-experimentelle Studie	USA
12	Fung et al. (2016)	Qualitative Studie	China
13	Gerrish et al. (2011)	Fallstudie	Großbritannien
14	Jackson & Carberry (2015)	Text	Großbritannien
15	Ko et al. (2019)	Quasi-experimentelle Studie	USA
16	Mayo et al. (2017)	Text	USA
17	Oddsdóttir & Sveinsdóttir (2011)	Qualitative Studie	Island
18	Roche et al. (2013)	Kohortenstudie	Australien
19	Sevilla Guerra et al. (2018)	Querschnittsstudie	Spanien
20	Spichiger et al. (2018)	Text	Schweiz
21	Ullmann-Bremi et al. (2011)	Text	Schweiz
22	Van Hecke et al. (2020)	Text	Belgien
23	Van Hecke et al. (2019)	Querschnittsstudie	Belgien
24	Williamson et al. (2012)	Qualitative Studie	Großbritannien
25	Wong et al. (2017)	Mixed-Method-Studie	China
26	Zahran et al. (2012)	Qualitative Studie	Jordanien

Tabelle 3: Merkmale der eingeschlossenen Literatur

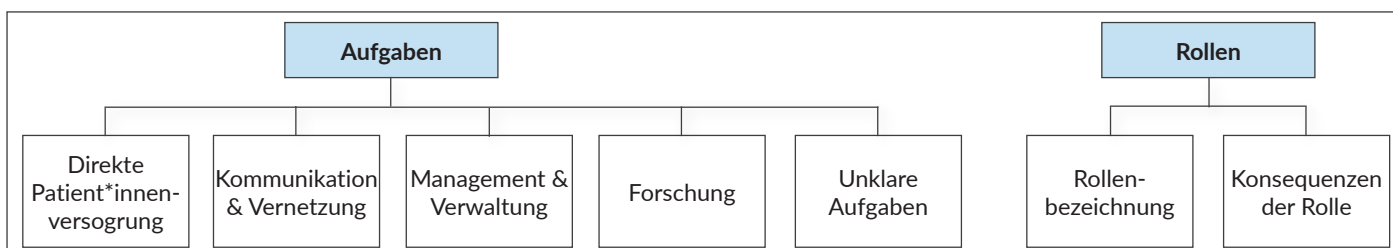


Abbildung 2: Zentrale Kategorien der Rollen und Aufgaben einer APN im Krankenhaussetting

auftretende Probleme, wie z. B. im Rahmen des Schmerzmanagements zu reagieren. Eine Nutrition Nurse Specialist ging im Kontext der enteralen oder parenteralen Ernährungstherapie präventiv auf mögliche Probleme ein, so z. B. technische Probleme wie die Blockierung der Zugänge (Boeykens und van Hecke 2018). In einer Querschnittsstudie mit Pflegeexpert*innen in der Psychiatrie (N = 1624) gaben 21.3% an, Präventionsmaßnahmen wie Screening und Immunisierung anzubieten (Delaney et al. 2019). Laut einer Querschnittsstudie mit 136 APNs boten 84% Gesundheitsförderung für Patient*innen an (East et al. 2015).

Die gemeinsame Entscheidung im interprofessionellen Team wurde bei der *Entscheidungsfindung* fokussiert (Baldwin et al. 2013; Gerrish et al. 2011), aber auch ein eigener, pflegerischer Entscheidungsbereich beschrieben (van Hecke et al. 2020). Dieser lag z. B. im Kontext von Ernährungs-, Wund- und/oder Schmerzbehandlung (Blanck-Köster et al. 2018) oder in der Problemlösung bei nicht angemessener Anwendung einer Leitlinie durch die Pflegenden (Gerrish et al. 2011). Es wurde allerdings angemerkt, dass es notwendig war, die Entscheidungskompetenz auf Grundlage eines wissenschaftlichen und evidenzbasierten Bildungsprozesses zu erwerben (Blanck-Köster et al. 2018). Des Weiteren war die eigenständige Entscheidungsfindung aufgrund der bestehenden hierarchischen Strukturen zwischen Medizin und Pflege limitiert und führte zu Konflikten (East et al. 2014).

Die pflegerische Anamnese war bei 81% der befragten APNs (N = 136) eine Aufgabe, während 48% eine umfassende körperliche Untersuchung durchführten und 40% eine Diagnose stellten (East et al. 2015). Bei Delaney et al. (2019) gaben 55.2% der APNs (N = 1624) an, an der Diagnostik einer akuten Erkrankung beteiligt gewesen zu sein – 69.1% waren bei einer chronischen Erkrankung involviert. Zudem wurde bei den psychiatrie-spezifischen Aufgaben beschrieben, dass 70% den Gesundheitszustand diagnostisch evaluierten (Delaney et al. 2019). Die Nutrition Nurse Specialist führte eine Anamnese und klinische Untersuchung durch, um ernährungsgefährdete Patient*innen zu identifizieren und weitere Schritte einzuleiten (Boeykens und van Hecke 2018). Bei einer qualitativen Delphi-Studie mit 34 beteiligten APNs wurde die komplexe diagnostische Abklärung als Möglichkeit des verbesserten Zugangs und Koordination der Versorgung beschrieben. Von dieser APN-Aufgabe profitierten v. a. neu diagnostizierte Patient*innen, die sich einer Operation, Chemo- oder Strahlentherapie oder einer komplexen Kombinationstherapie unterzogen sowie Patient*innen mit diagnostischer Dringlichkeit (Campbell et al. 2020).

Heilkundliche Tätigkeiten wurden in zwei Publikationen aus Deutschland thematisiert: In einem Scoping Review von Blanck-Köster et al. (2020) wurde festgestellt, dass für die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in Deutschland bislang die rechtlichen Regulierungen sowie konkrete Rollenmodelle fehlten. Bereits in einer Publikation aus dem Jahr 2018 wurden erweiterte Kompetenzen von APNs gefordert, welche die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten in Orientierung an den Inhalten des internationalen Intensivpflegekompetenzrahmens der European federation of Critical Care Nursing Association (EfCCNa) involviert (Blanck-Köster et al. 2018).

Im Bereich der *Planung, Steuerung und Koordination* wird die eigenständige Steuerung der Versorgungsprozesse komplexer Pflegesituationen thematisiert (Blanck-Köster et al. 2020; Campbell et al. 2020; Conley 2011; Feistritzer und Jones 2014). So konnte in einer Querschnittsstudie (N = 1624) festgestellt werden, dass 52.3% der APNs die Koordination der Pflege übernahmen (Delaney et al. 2019).

Zum Case Management konnten einige Zahlen ermittelt werden. So gaben in der Kohortenstudie von Baldwin et al. (2013) 42.6% der befragten APNs (N = 54) an, Aufgaben des Case Managements zu erledigen. In der Querschnittsstudie von Delaney et al. (2019) war das Case Management als psychiatrie-spezifische Aufgabe deklariert, die 17% der APNs (N = 1624) durchführten. Bei Roche

et al. (2013) wurde die Arbeitszeit der beteiligten APNs (N = 56) zu 43% für Case Management aufgewendet. Abschließend konnte zudem festgestellt werden, dass Case Manager*innen aktiver in der integrierten Versorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit tätig waren (Sevilla Guerra et al. 2018).

Bezüglich der Verschreibung von Medikamenten gaben 24% der APNs (N = 15) an, die Berechtigung dafür zu haben (Mayo et al. 2017). Die Medikamentenverschreibung bei akuter oder chronischer Erkrankung wurde zu 71.4% als Aufgabenbereich angegeben, im psychiatrie-spezifischen Bereich zu 54.2% (Delaney et al. 2019).

Die *Schulung von Patient*innen und Angehörigen* ist ein weiterer Aufgabenschwerpunkt in der direkten Patient*innenversorgung (Blanck-Köster et al. 2020; East et al. 2014; Ullmann-Bremi et al. 2011), die bei Baldwin et al. (2013) zu 11.1% (N = 54) und bei Delaney et al. (2019) zu 83% (N = 1624) durchgeführt wurde. Odds-dóttir und Sveinsdóttir (2011) gaben an, dass die meiste Zeit der APNs für Schulung aufgewendet wird.

Management und Verwaltung

Im Bereich von *Management und Verwaltung* kamen APNs unterschiedliche Aufgaben zu, die zum Teil nicht klar von der direkten Versorgung abgrenzbar waren. So konnten East et al. (2015) herausfinden, dass 15% der Zeit von APNs (N = 135) für Management und Administration aufgewendet wurden – bei Baldwin et al. (2013) waren es 15.3% (N = 54). In dieser Kategorie kam es zu einer Unterteilung in die Aufgabenschwerpunkte „Führungsrolle“, „Dokumentation und Leistungserfassung“ sowie „Aufnahme, Verlegung und Entlassung“.

Mit der *Führungsrolle* verbunden war die Aufgabe, als Vorbild aufzutreten, um eine optimale und effektive Versorgung im Alltag zu ermöglichen und um ggf. die Gesundheitspolitik und -reformen zu lenken (Atsalos et al. 2014; Blanck-Köster et al. 2020; Mayo et al. 2017; van Hecke et al. 2019). Damit ging auch einher, nicht nur auf die eigene Spezifizierung zu achten, sondern das gesamte (pflegerische) Team im Blick zu haben und für den jeweiligen Bereich und Spezialisierung der APN zu führen (Atsalos et al. 2014; Sevilla Guerra et al. 2018; Spichiger et al. 2018; Wong et al. 2017; Blanck-Köster et al. 2020).

Die *Dokumentation und Leistungserfassung* umfasste zum einen die Koordination und Verwaltung von Pflegedokumentationssystemen, die bei East et al. (2015) 67% der befragten APNs (N = 136) durchführten. Zum anderen wurde hier die Dokumentation von Assessments und die daraus resultierenden Pflegeplanungen genannt, die bei Jackson und Carberry (2015) für etwa ein Fünftel der APNs als Aufgabe vorgesehen war. Die Dokumentation der Stationsvisite nahm etwa 4% der Zeit in Anspruch (Jackson und Carberry 2015). Es konnte eine hohe Unzufriedenheit mit dem Ausmaß an Dokumentationsarbeit festgestellt werden, wie Delaney et al. (2019) mit 40% der APNs (N = 1624) aufzeigte. Weitere Aufgaben wurden in der Erfassung von Leistungsdaten, dem Führen, Planen und Bewerten von Daten und dem Ressourcenmanagement beschrieben (East et al. 2014; Jackson und Carberry 2015; Roche et al. 2013).

Bei der *Aufnahme, Verlegung und Entlassung* gaben 73% der APNs (N = 136) an, die Aufnahme und/oder Entlassung durchzuführen, während 90% im Rahmen der Überweisung von Patient*innen (z. B. an andere Gesundheitsdienstleister) tätig waren (East et al. 2015). Bei Jackson und Carberry (2015) übernahmen etwa ein Fünftel der APNs die Dokumentation im Rahmen der Aufnahme, Verlegung und Entlassung. Im Aufnahmeprozess fiel den APNs beispielsweise die Aufgabe zu, auf bereits vorhandene Druckgeschwüre zu achten und alle Wiederaufnahmen auf die Station durchzuführen (Feistritzer und Jones 2014). In einer Kohortenstudie von Baldwin et al. (2013) gaben von den 54 APNs 5.6% an, dass Entlassung und Verlegungsplanung zu ihren Hauptaufgaben gehörten.

Kommunikation und Vernetzung

Diese Kategorie basiert auf der Aussage, dass APNs als Dreh- und Angelpunkt auf den unterschiedlichen Stationen angesehen werden, welche die Kommunikation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (intern und extern) gewährleistet (Williamson et al. 2012). Dazu wurden die Aufgabenschwerpunkte „Mitarbeiter*innenschulung“, „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ und „Vernetzung außerhalb der Einrichtung“ identifiziert.

Die *Schulung und Beratung* des pflegerischen und z. T. ärztlichen Personals hatte im Aufgabenbereich einer APN einen hohen Stellenwert mit dem Ziel, informell zu unterstützen und zu unterrichten (Boeykens und van Hecke 2018; Conley 2011; East et al. 2014; Ullmann-Bremi et al. 2011; Williamson et al. 2012). So gaben 7.4% der befragten APNs (N = 54) an, die professionelle Schulung und Entwicklung als Hauptaufgabe durchzuführen (Baldwin et al. 2013). In der Querschnittsstudie von East et al. (2015) gaben 90% (N = 136) die Personalschulung als Aufgabe an, während es bei Mayo et al. (2017) 19% für die Schulung und 20% für die Beratung waren. Bei Spichiger et al. (2018) entfielen 26.3% der APN-Tätigkeiten auf Beratung und Coaching. Die Schulungen wurden z. B. in Form von Studientagen oder Unterricht in der Einrichtung angeboten (Gerrish et al. 2011).

Die Unterkategorie *interprofessionelle Zusammenarbeit* ist im Sinne einer interprofessionellen Kooperation der APNs mit anderen Berufsgruppen (wie z. B. Medizin, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Management) zu verstehen (Blanck-Köster et al. 2020; Boeykens und van Hecke 2018; Conley 2011; Feistritzer und Jones 2014; Ullmann-Bremi et al. 2011; Baldwin et al. 2013). So gaben 12.4% der APNs die Zusammenarbeit als ihre Aufgabe an. (Spichiger et al. 2018). Sevilla Guerra et al. (2018) konnten zudem herausfinden, dass ein höherer Bildungsabschluss (Master oder Promotion) mit einer APN-Tätigkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit verbunden war. Die Zielsetzung lag in der Schaffung einer Kultur der Sicherheit und kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung (Feistritzer und Jones 2014). Dies zeigte sich auch in der Teilnahme an interprofessionellen Besprechungen zur Entwicklung von Richtlinien zu abteilungsspezifischen Themen. Daran nahmen 81.7% der APNs (N = 63) teil, während 36.7% zudem an Strategiebesprechungen auf Krankenhausabteilungsebene teilnahmen (van Hecke et al. 2019). Bei Wong et al. (2017) wurde 11.7% (N = 7) der täglichen Zeit für Besprechungen aufgewendet. In der quasi-experimentellen Studie von Ko et al. (2019) wünschten sich 20% der Arbeitgeber*innen (N = 34) mehr Informationen zur interprofessionellen Zusammenarbeit einer APN.

Bei der *Vernetzung außerhalb der Einrichtung* stand die Kommunikation mit APNs in anderen Einrichtungen und Organisationen im Fokus, um relevante Informationen auszutauschen, zu diskutieren und bei mangelnder Evidenz auf diese Expert*innenmeinung zurückzugreifen (Gerrish et al. 2011). So hatten 85% der APNs (N = 63) Kontakt mit Ärzt*innen in anderen Gesundheitsorganisationen. Damit verbunden war, dass 2.8% der Zeit der APNs (N = 54) für Reisen außerhalb der eigenen Einrichtung aufgewendet wurde (Baldwin et al. 2013).

Forschung

Für die Forschungsaktivität führten zwei Publikationen allgemeine Prozentzahlen an, die sich ähneln. So gaben bei Baldwin et al. (2013) 3.7% der APNs (n = 54) (Baldwin et al. 2013) an, Forschung zu betreiben, während es bei East et al. (2015) 3% (N = 136) waren. In der Beobachtungsstudie von Oddsdóttir und Sveinsdóttir (2011) haben die APNs weniger Arbeitszeit für Forschung als für andere Tätigkeiten aufgebracht. Van Hecke et al. (2019) formulierten eine sehr detaillierte Beschreibung der verschiedenen Forschungsaufgaben, die in Tabelle 4 einsehbar ist.

Der Schwerpunkt der Forschungsaufgaben lag darin, Studien zu pflegerelevanten Forschungsthemen zu erstellen, Daten zu sam-

eln und zu analysieren sowie die Ergebnisse zu verbreiten (East et al. 2015; Gerrish et al. 2011; Zahran et al. 2012). Das übergeordnete Ziel lag somit in der Nutzung der Forschungsergebnisse zur Anleitung der klinischen Praxis und zu Veränderung bzw. Verbesserung der Versorgungspraxis (Baldwin et al. 2013; Conley 2011; Zahran et al. 2012).

% (n = 63)	Tätigkeitsbereich
88.3%	Lesen und Sichten von Literatur
80%	Übersetzung in eine evidenzbasierte Praxis
81.7%	Zielgerichtete Weitergabe des Wissens an Mitarbeiter*innen der Gesundheitsorganisation
78.7%	Kooperation im Rahmen von Pflegeforschung im Fachgebiet
68.9%	Initiierung von Pflegeforschung im Fachgebiet
55%	Präsentation von Forschungsergebnissen auf Konferenzen und Symposien
38.3%	Publikation in Zeitschriften
30.5%	Publikation in internationalen Fachzeitschriften

Tabelle 4: Tätigkeiten der APNs (N = 63) im Bereich Forschung (Quelle: van Hecke et al. 2019)

Ein weiteres Ergebnis war, dass ein höherer Bildungsabschluss (Master oder Promotion) mit einer vermehrten APN-Tätigkeit im Bereich Forschung verbunden war (N = 151) (Sevilla Guerra et al. 2018). Da nur wenige APNs Forschung betrieben, war die Forschungsaktivität allerdings begrenzt, (Gerrish et al. 2011). Bei Roche et al. (2013) waren es 31 von insgesamt 56 APNs. So wurde der Wunsch nach mehr Zeit für Forschung zu 12.1% (N = 54) (Baldwin et al. 2013) geäußert. Die Forschungsaktivität wurde z. T. in Form von Projektarbeit durchgeführt. So gaben 10.6% der APNs (N = 7) an, für Forschung oder Projektarbeit Zeit aufzuwenden (Wong et al. 2017). Bei Mayo et al. (2017) leiteten 14% der APNs evidenzbasierte Praxisprojekte.

Auch die Evidenzbasierung spielte im Rahmen der Forschung eine entscheidende Rolle. So wurde als Forschungsaktivität angegeben, dass die klinische Praxis kontinuierlich auf Grundlage von Fachwissen und Evidenz evaluiert wurde, um ggf. Praxisinnovationen anzustoßen (Conley 2011; Gerrish et al. 2011). Auch zählte hierzu die eigene Fort- und Weiterbildung der APNs zur verbesserten Identifikation von Evidenz für die Versorgungspraxis. Dafür wurde bei East et al. (2015) 4% der Zeit der APNs (N = 136) aufgewendet. So dienten APNs als Ressource für Pflegenden in Bezug auf die Förderung einer evidenzbasierten Praxis, während die Managementebene die Entwicklung von evidenzbasierten Richtlinien für die Organisation vorsah (Gerrish et al. 2011; Ullmann-Bremi et al. 2011). Das übergeordnete Ziel war dabei die Bereitstellung der besten, evidenzbasierten pflegerischen Versorgung, die kosteneffiziente Patient*innenergebnisse bewirkte (Mayo et al. 2017).

Unklare Aufgaben

In drei Publikationen wurde thematisiert, dass Unklarheit über die Aufgaben und Funktionen einer APN bestand (Fung et al. 2016; van Hecke et al. 2020; Williamson et al. 2012). Daher wurde eine klare Aufgabenverteilung (z. B. auf Intensivstation) gefordert (Blanck-Köster et al. 2018). In einer quasi-experimentellen Studie von Ko et al. (2019) wünschten sich 61% der befragten Arbeitgeber*innen (N = 34) eine klare Rollendefinition und damit Klarheit über die Aufgabenverteilung.

Diskussion

Die Ergebnisdarstellung der 26 eingeschlossenen Publikationen zeigt deutlich, dass die Rolle einer APN sehr facettenreich sein kann. Hierbei finden sich Unterscheidungen hinsichtlich Setting und Spezialisierung (z. B. auf eine Patient*innengruppe oder Erkrankung). Davon abhängig ist der Aufgabenbereich einer APN, sodass sich Rolle und Aufgabe wechselseitig bedingen und nicht trennscharf gesehen werden können. Das weite Spektrum an beschriebenen Aufgaben und Rollen kann auch auf die Länder zurückgeführt werden, aus denen die Publikationen entstammen, denn die Rahmenbedingungen können sich stark vom jeweiligen Land oder Staat unterscheiden (DBfK 2019).

Alle identifizierten Kategorien stimmen allerdings mit der grundlegenden Charakteristika von ANP nach Hamric et al. (2014) überein. So bildet die direkte (komplexe) Versorgung von Patient*innen die größte Kategorie ab, die u. a. die erweiterte pflegerische Praxis, die Beratung und Schulung von Patient*innen, deren Angehörigen und Pflegenden sowie das Wissen und Know-how in einem Spezialgebiet inkludiert. Dabei zeigt sich deutlich, dass die direkte Versorgung im engen Zusammenhang mit dem Management und der Verwaltung steht, denn der Koordination, Steuerung sowie die Aufgaben im Rahmen der Aufnahme und Entlassung liegen nicht ausschließlich eine administrative, sondern auch eine direkte Versorgungshandlung zugrunde. Es fällt auf, dass in den eingeschlossenen Publikationen zwar häufig von administrativen Aufgaben gesprochen wird, es allerdings unklar bleibt, welche spezifischen Tätigkeiten damit gemeint sind. Deutlich wird aber, dass administrative Aufgaben einen direkten Einfluss auf die Versorgung haben. Ähnliche Überschneidungen lassen sich bei der Zusammenarbeit und Kommunikation erkennen, denn die Zielsetzung ist häufig die verbesserte Versorgungssituation. So ist meist der Austausch zwischen Expert*innen innerhalb der Profession Pflege, aber auch mit anderen Berufsgruppen wie Medizin, Physiotherapie oder Ernährungsberatung als Kernaufgabe von APNs genannt.

Insgesamt zeigt sich durchlaufend, dass die Rolle einer APN Konsequenzen für die Pflegepraxis mit sich bringt, v. a. hinsichtlich eigenständigen Arbeitens und Entscheidens sowie der Verbesserung der Versorgungspraxis.

Ein eher zweitrangig beschriebener Aufgabenschwerpunkt liegt in der Forschung und Implementierung von Forschungsergebnissen. So wird die Durchführung von Studien, Projektarbeit und Forschung mit dem Ziel der Evidenzbasierung in vielen Studien mit einer geringen Prozentzahl und damit einem geringen Stellenwert dargestellt. Eine erweiterte, evidenzbasierte Pflegepraxis kann allerdings nur durch das Zulassen von Forschungstätigkeit mit anschließendem Theorie-Praxis-Transfer gelingen. Dies könnte die Folge haben, dass pflegerische Entscheidungsfindung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse einen höheren Stellenwert in der interprofessionellen Versorgung genießt.

Limitationen und Stärken

Die Limitationen des vorliegenden Beitrags liegen zum einen in der Methode des Rapid Reviews. So wurden insgesamt drei Datenbanken bei der Literaturrecherche berücksichtigt sowie eine Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Publikationen entschieden. Dies kann zur Folge haben, dass ggf. relevante Publikationen aus anderen Datenbanken oder Sprachen nicht berücksichtigt wurden. Eine weitere Begrenzung der Literaturrecherche bezieht sich auf die Varianz der Suchbegriffe, die durch die Verwendung weiterer Synonyme oder Trunkierung(en) zu weiteren Publikationen führen könnte.

Die Review-Art „Rapid Review“ sieht keine kritische Bewertung der Studien vor. Durch den Einschluss von verschiedenen Studienarten und keiner kritischen Bewertung der Studien müssen die Ergebnisse des Rapid Reviews mit Vorsicht interpretiert und

verwendet werden. So stellte sich z. B. heraus, dass acht der eingeschlossenen Publikationen (Texte) zumeist auf Basis von Expert*innenmeinung sind, sodass von einer verminderten Qualität der Ergebnisdarstellung ausgegangen werden kann.

Im Kontext der Herkunftsländer muss angemerkt werden, dass vier Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum (Schweiz, Deutschland) stammen. Die meisten Publikationen wurden in den USA und Großbritannien sowie China und dem europäischen Raum durchgeführt. Es kann von einer großen Varianz in den Rahmenbedingungen von ANP ausgegangen werden, wodurch die Vergleichbarkeit der einzelnen Publikationen als schwierig anzusehen ist.

Als Stärken des vorliegenden Beitrags kann im Rahmen der Methode eines Rapid Reviews angemerkt werden, dass das Screening der Titles/Abstracts sowie das Volltextscreening und die anschließende inhaltliche Bewertung der 26 eingeschlossenen Publikationen von zwei unabhängigen Personen [KM; GSR] durchgeführt wurde. Dadurch war eine unabhängige Einschätzung und somit eine Qualitätssteigerung der Ergebnisdarstellung möglich.

Zudem wurden die identifizierten Kategorien und deren Ausprägungen mit einer ehemaligen APN [ND] diskutiert und konsentiert, wodurch der Diskussionsteil des Beitrags nicht ausschließlich auf theoretischen (literaturbasierten) Annahmen beruht, sondern eine berufspraktische Perspektive berücksichtigt.

Obwohl acht der eingeschlossenen Publikationen Texte mit Expert*innenmeinungen darstellen, konnte dennoch ein breites Spektrum an Studiendesigns (Kohortenstudien, quasi-experimentelle Studien, Querschnittsstudien, ein systematisches Review sowie eine Fallstudie) identifiziert werden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend bildet der Beitrag einen Überblick über Rollen und Aufgaben einer APN im internationalen Raum unter Einbezug von Settings, Spezialisierungen sowie Rahmenbedingungen der Ursprungsländer. In den USA zum Beispiel dürfen NPs/APNs – je nach Bundesstaat in unterschiedlicher Ausprägung – ärztliche Tätigkeiten eigenständig übernehmen (AANP, 2021). In Deutschland dagegen ist dies bislang nur nach dem Delegationsprinzip möglich (SGB V § 28 Abs. 1). Dies hat zur Folge, dass eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht immer möglich war.

Die Autor*innen formulieren daher Handlungsempfehlungen für den deutschsprachigen Raum:

Erstens ist auf Empfehlung des Wissenschaftsrates bereits im Jahr 2012 eine Akademisierungsrate von 10 bis 20 % gefordert. Laut Bergjan et al. 2021 konnte für Universitätskliniken festgestellt werden, dass im Jahr 2018 3,16 % (N = 1379) der Pflegenden akademisch qualifiziert sind, während 2,11 % in der direkten Patient*innenversorgung tätig sind. Für den pflegerischen Versorgungskontext in Gesamtdeutschland liegen keine Zahlen vor. Die Etablierung der APN-Rolle in deutschen Krankenhäusern soll daher weiter vorangetrieben werden, um eine Anpassung an den internationalen Versorgungsstatus (z. B. akademisierte Pflege in der direkten Patient*innenversorgung, evidenzbasierte Versorgungspraxis) zu erreichen. Dies kann v. a. durch die (Weiter-)Entwicklung von Studiengängen, die auf die direkte Versorgung von Patient*innen abzielt, gewährleistet sein und verstetigt werden.

Zweitens reicht es nicht aus, APNs im Krankenhaus zu implementieren. Es muss auch deutlich sein, welche spezifischen Aufgaben und Rollen sie innehat und erfüllen kann. Dabei ist v. a. die Managementebene in Krankenhäusern (z. B. Pflegedienstleitungen) wichtig, die eine klare Vorstellung von den Tätigkeitsbereichen und Spezialisierungen bereits vor der Einstellung der APNs haben sollte. Weiter müssen die Aufgaben und Rollen im gesamten Team (wie z. B. Pflege, Medizin) klar kommuniziert werden. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen APNs und Management (Pflegemanagement, ärztliche Leitungen) nicht in einem hierarchi-

schen Verständnis zu sehen. Nur so kann eine Arbeit auf Augenhöhe passieren und eine optimale Versorgungssituation hergestellt werden.

Drittens möchten die Autor*innen die deutliche Empfehlung aussprechen, eine offene Haltung und Einstellung bezüglich des Einbezugs von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu leben. So sollen die Rahmenbedingungen – inklusive zeitlicher Ressourcen für die APN – für Forschungstätigkeiten der APN geschaffen werden. Nur so kann eine evidenzbasierte Versorgung im Sinne des Theorie-Praxis-Transfers und damit die Qualitätsverbesserung der

Pflege gewährleistet werden. Auch hier kann eine klare Forderung zur Unterstützung der APNs an die Managementebene gerichtet werden, denn nur durch die kontinuierliche Zusammenarbeit der fachlichen und Managementebene kann ein Veränderungsprozess gestaltet werden und letztendlich gelingen.

Schlussendlich ist die vorherrschende Frage nicht mehr, ob es akademisierte Pflege in der direkten Patient*innenversorgung gibt, sondern wie sich die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Qualifikationen und Tätigkeitsfelder gestalten kann.

Literatur

- Atsalos, C.; Biggs, K.; Boensch, S.; Gavegan, F. L.; Heath, S.; Payk, M. & Trapolini, G. (2014): How clinical nurse and midwifery consultants optimise patient care in a tertiary referral hospital. In *Journal of clinical nursing* 23 (19-20), S. 2874–2885. DOI: 10.1111/jocn.12567.
- Baldwin, R.; Duffield, C. M.; Fry, M.; Roche, M.; Stasa, H. & Solman, A. (2013): The role and functions of Clinical Nurse Consultants, an Australian advanced practice role: a descriptive exploratory cohort study. In *International journal of nursing studies* 50 (3), S. 326–334. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.013.
- Blanck-Köster, K.; Becker, T.; Gaidys, U.; Keienburg, C.; Kaltwasser, A. & Schäfer, A. (2018): Scientific development of critical care: Position paper. In *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 113 (8), S. 672–675. DOI: 10.1007/s00063-018-0496-9.
- Blanck-Köster, K.; Roes, M. & Gaidys, U. (2020): Clinical leadership competencies in advanced nursing practice: Scoping review. In *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 115 (6), S. 466–476. DOI: 10.1007/s00063-020-00716-w.
- Boeykens, K. & van Hecke, A. (2018): Advanced practice nursing: Nutrition Nurse Specialist role and function. In *Clinical nutrition ESPEN* 26, S. 72–76. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.04.011.
- Broens, A.; Feldhaus, C.; Overberg, J. & Röbbken, H. (2017): Entwicklung berufsbegleitender Studiengänge in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften – die Zielgruppe und der Bedarf an Lernergebnissen. In *Pflege & Gesellschaft* 22 (1), S. 67–83.
- Campbell, C.; Nowell, A.; Karagheusian, K.; Giroux, J.; Kiteley, C.; Martelli, L. et al. (2020): Practical innovation: Advanced practice nurses in cancer care. In *Canadian oncology nursing journal* 30 (1), S. 9–15. DOI: 10.5737/23688076301915.
- Conley, D. M. (2011): The gerontological clinical nurse specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. In *Urologic nursing* 31 (6), 337–342.
- DBfK (2019): Advanced Practice Nursing. *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (DBfK). Berlin. Abgerufen von <https://www.dbfk.de/expertengruppen/Netzwerk-Erweiterte-Pflegepraxis.php> am 19.03.2021.
- Delaney, K. R.; Drew, B. L. & Rushton, A. (2019): Report on the APNA National Psychiatric Mental Health Advanced Practice Registered Nurse Survey. In *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 25 (2), S. 146–155. DOI: 10.1177/1078390318777873.
- Dobbins, M. (2017): *Rapid Review Guideline. Steps for conducting a rapid review*. National Collaboration Centre for Methods and Tools. Abgerufen von <http://www.nccmt.ca/resources/rapid-review-guidebook> am 18.03.2021.
- East, L.; Knowles, K.; Pettman, M. & Fisher, L. (2015): Advanced level nursing in England: organisational challenges and opportunities. In *Journal of nursing management* 23 (8), S. 1011–1019. DOI: 10.1111/jonm.12247.
- East, L. A.; Arudo, J.; Loeffler, M. & Evans, C. M. (2014): Exploring the potential for advanced nursing practice role development in Kenya: a qualitative study. In *BMC nursing* 13 (1), S. 33. DOI: 10.1186/s12912-014-0033-y.
- Feistritz, N. R. & Jones, P. O. (2014): A proof-of-concept implementation of a unit-based advanced practice registered nurse (APRN) role: structural empowerment, role clarity and team effectiveness. In *The Nursing clinics of North America* 49 (1), S. 1–13. DOI: 10.1016/j.cnur.2013.11.009.
- Fung, Y.-L.; Chan, Z. C. Y. & Chien, W.-T. (2016): We are different: the voices of psychiatric advanced practice nurses on the performance of their roles. In *Contemporary nurse* 52 (1), S. 13–29. DOI: 10.1080/10376178.2016.1194724.
- Gaidys, U. (2019) *Begriff und Bedeutung von ANP/APN in der europäischen Pflege: Schweiz, Österreich, Deutschland, Großbritannien*. In C. Kures & E. Sittner (Hrsg.) *Advanced Nursing Practice. Die pflegerische Antwort für eine bessere Gesundheitsversorgung*. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Geithner, L.; Arnold, D.; Feiks, A.; Helbig, A. K.; Scheipers, M. & Steuerwald, T. (2016): *Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt*. In K. Wolf, M. Rohs & D. Arnold (Hrsg.). Ludwigshafen. Abgerufen von https://www.e-hochb.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Geithner_et_al-2016-ANP.pdf am 18.03.2021.
- Gerrish, K.; McDonnell, A.; Nolan, M.; Guillaume, L.; Kirshbaum, M. & Tod, A. (2011): The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. In *Journal of advanced nursing* 67 (9), S. 2004–2014. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x.
- Hamric, A. B.; Hanson, C. M.; Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. (2014): *Advanced Practice Nursing. An integrative Approach*. 5th Edition. USA: Elsevier/Saunders.
- Haynert, H. (2011): *Advanced Practice Nurse (APN). Positionspapier Deutschland. „Die kopernikanische Wende“*. *Advanced Practice Nursing*. In P. Ullmann, K. Thissen, B. Ullmann, R. Schwerdt, H. Haynert, B. Grissom, et al. Abgerufen von <http://www.dnapn.de/wp-content/uploads/Positionspapier-des-Deutschen-Netzwerkes-APN-und-ANP%20off.pdf> am 07.11.2021.
- Jackson, A. & Carberry, M. (2015): The advance nurse practitioner in critical care: a workload evaluation. In *Nursing in critical care* 20 (2), S. 71–77. DOI: 10.1111/nicc.12133.
- Khangura, S.; Konnyu, K.; Cushman, R.; Grimshaw, J. & Moher, D. (2012): Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. In *BMC Systematic Reviews* 1 (10). DOI: 10.1186/2046-4053-1-10.
- Ko, A.; Burson, R. & Mianeki, T. (2019): Advanced nursing practice roles: Closing the knowledge gap. In *Nursing management* 50 (3), S. 26–36. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000553494.24977.2d.
- Mayo, A. M.; Ray, M. M.; Chamblee, T. B.; Urden, L. D. & Moody, R. (2017): The Advanced Practice Clinical Nurse Specialist. In *Nursing administration quarterly* 41 (1), S. 70–76. DOI: 10.1097/NAQ.0000000000000201.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Moher D.; Liberati A.; Tetzlaff J.; Altman D. G. & The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. DOI: 10.1371.
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2020): *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken: RefHunter*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und OST. Halle (Saale), St. Gallen. Abgerufen von https://refhunter.eu/files/2020/01/Manual_4.0_VFinal.pdf am 18.03.2021.
- Oddsdóttir, E. J. & Sveinsdóttir, H. (2011): The content of the work of clinical nurse specialists described by use of daily activity diaries. In *Journal of clinical nursing* 20 (9-10), S. 1393–1404. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03652.x.
- Roche, M.; Duffield, C.; Wise, S.; Baldwin, R.; Fry, M. & Solman, A. (2013): Domains of practice and Advanced Practice Nursing in Australia. In *Nursing & health sciences* 15 (4), S. 497–503. DOI: 10.1111/nhs.12062.
- Schober, M. & Affara, F. (2008): *Advanced Nursing Practice (ANP)*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; Hogrefe AG.

- Sevilla Guerra, S.; Miranda Salmerón, J. & Zabalegui, A. (2018): Profile of advanced nursing practice in Spain A cross-sectional study. In *Nursing & health sciences* 20 (1), S. 99–106. DOI: 10.1111/nhs.12391.
- Spichiger, E.; Zumstein-Shaha, M.; Schubert, M. & Herrmann, L. (2018): Focused development of advanced practice nurse roles for specific patient groups in a Swiss university hospital. In *Pflege* 31 (1), S. 41–50. DOI: 10.1024/1012-5302/a000594.
- Ullmann, P. (2011): Advanced Practice Nurse (APN). Positionspapier Deutschland. „Die kopernikanische Wende“. *Advanced Practice Nursing*. In P. Ullmann, K. Thissen, B. Ullmann, R. Schwerdt, H. Haynert, B. Grissom, et al. (Hrsg.). Abgerufen von <http://www.dnapn.de/wp-content/uploads/Positionspapier-des-Deutschen-Netzwerkes-APN-und-ANP%20off.pdf> am 07.11.2021.
- Ullmann-Bremi, A.; Schluer, A.-B.; Finkbeiner, G. & Huber, Y. (2011): The first steps of an ANP-team – challenges and chances of ANP-teams at the Children's University Hospital Zurich. In *Pflege* 24 (1), S. 21–28. DOI: 10.1024/1012-5302/a000088.
- van Hecke, A.; van Bogaert, P.; Decoene, E.; Dobbels, F.; Goossens, E.; Goossens, G. A. et al. (2020): A legal framework on advanced practice nursing in Belgium: what do we and don't we know? In *Acta clinica Belgica*, S. 1–6. DOI: 10.1080/17843286.2020.1795575.
- van Hecke, A.; Goemaes, R.; Verhaeghe, S.; Beyers, W.; Decoene, E. & Beeckman, D. (2019): Leadership in nursing and midwifery: Activities and associated competencies of advanced practice nurses and midwives. In *Journal of nursing management* 27 (6), S. 1261–1274. DOI: 10.1111/jonm.12808.
- Williamson, S.; Twelvetree, T.; Thompson, J. & Beaver, K. (2012): An ethnographic study exploring the role of ward-based Advanced Nurse Practitioners in an acute medical setting. In *Journal of advanced nursing* 68 (7), S. 1579–1588. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05970.x.
- Wong, F. K. Y.; Lau, A. T. Y.; Ng, R.; Wong, E. W. Y.; Wong, S. M.; Kan, E. C. Y. et al. (2017): An Exploratory Study on Exemplary Practice of Nurse Consultants. In *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 49 (5), S. 548–556. DOI: 10.1111/jnu.12324.
- Zahran, Z.; Curtis, P.; Lloyd-Jones, M. & Blackett, T. (2012): Jordanian perspectives on advanced nursing practice: an ethnography. In *International nursing review* 59 (2), S. 222–229. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2011.00943.x.