

Rahmenempfehlung zur Implementierung von Advanced Practice Nursing und Midwifery (APN/APM) in deutschen Krankenhäusern

**Strukturen, Rollenprofile und
Finanzierungsempfehlungen für eine
evidenzbasierte Weiterentwicklung
pflegerischer Expertise**

2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Einleitung	4
<u>2. Implementierungsprozess nach dem PEPPA Framework</u>	4-5
<u>3. Rahmenkonzept für Einrichtungen in Bezug auf die APN/APM Implementierung</u>	7-8
3.1 Tätigkeitsbeschreibung und Aufgabenprofil.....	9
3.2 Stellenprofil APN/APM.....	10-12
3.3 Übersicht Verantwortlichkeiten auf der Leitungsebene am Beispiel eines Universitätsklinikums.....	13
3.4 Beispielhafte Eingruppierung und Vergütungsstruktur.....	14
3.5 Finanzierungsmöglichkeiten für eingesetzte APN/APM.....	15
<u>4. Mögliche strukturelle Verankerung einer APN/APM in der Organisation</u>	14-15
4.1 Organisatorische Zuordnung von APN/APM-Rollen am Uniklinikum Tübingen.....	15-16
4.2 Organisatorische Zuordnung und Eingruppierung von APN-Rollen an der Uniklinik Köln.....	17
<u>5. Multiprofessionalität und Teamzusammenarbeit</u>	18
<u>6. Schlussfolgerung und zentrale Empfehlungen</u>	18
Literaturverzeichnis	19-20
Anhang 1 - Ergänzung zu Punkt 3.5 (Finanzierungsmöglichkeiten)	21
Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele	21-28

Vorwort

Liebe Leser:innen, liebe Kolleg:innen,

Die Krankenhäuser in Deutschland und insbesondere die Universitätskliniken stehen vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits wächst der Versorgungsbedarf durch demografische Entwicklungen, Multimorbidität und eine zunehmende klinische Komplexität. Andererseits verschärfen Fachpersonenbedarf, hohe Fluktuation und steigende Anforderungen an Qualität und Patient:innensicherheit den Handlungsdruck. In dieser Situation brauchen wir mehr als kurzfristige Entlastungsmaßnahmen. Wir brauchen tragfähige, evidenzbasierte Strukturen, die Versorgung nachhaltig stärken für Patient:innen, für Teams und für die Organisationen insgesamt.



Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.

Advanced Practice Nursing und Advanced Practice Midwifery (APN/APM) bieten hierfür einen zentralen Ansatz. Internationale Erfahrungen und Best-Practice-Beispiele in Deutschland zeigen, dass erweiterte Rollen die Versorgung komplexer Patient:innengruppen stärken, Kontinuität verbessern und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern können. Auch in Deutschland wächst die Zahl an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und Hebammen sowie an gelungenen Praxisbeispielen. Was bislang jedoch vielerorts fehlt, ist ein gemeinsam getragener Orientierungsrahmen: Wie können APN/APM-Rollen in unterschiedlichen klinischen Kontexten systematisch entwickelt, klar verortet und wirksam in die Versorgung integriert werden? Welche Governance-Strukturen unterstützen Rollenklarheit und nachhaltige Wirkung? Und wie gelingt eine Finanzierung, die patientennahe wie auch systemische Leistungsanteile angemessen abbildet?

Der vorliegende Leitfaden setzt genau hier an. Er richtet sich an Klinikleitungen, Pflegedirektionen, geburtshilfliche Leitungen, APN/APM selbst sowie an alle, die Verantwortung für Versorgungsentwicklung tragen. Er soll Sicherheit geben, gemeinsame Sprache ermöglichen und konkrete Schritte aufzeigen, von der ersten Bedarfsanalyse bis zum langfristigen Monitoring. Zugleich verstehen wir ihn als Einladung zur Zusammenarbeit: Die Weiterentwicklung erweiterter Rollen gelingt nur, wenn Pflege, Hebammenwesen, Medizin, Therapie, Management, Wissenschaft und Gesundheitspolitik gemeinsam an einem Strang ziehen.

Ich danke allen Autor:innen und Mitwirkenden, die ihre Expertise, ihre Praxiserfahrungen und ihre Perspektive in diesen Leitfaden eingebracht haben. Mein besonderer Dank gilt den Teams in den Universitätskliniken, die bereits heute zeigen, wie evidenzbasierte Rollenentwicklung in der Versorgung wirksam werden kann, oft unter anspruchsvollen Rahmenbedingungen und mit großer professioneller Haltung.

Lassen Sie uns diese Weiterentwicklung gemeinsam gestalten.

Berlin, den 12. März 2026

1. Einleitung

Die Implementierung der Advanced Practice Nurse (APN) sowie Advanced Practice Midwife (APM) Rolle gewinnt im deutschen Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des steigenden Pflegebedarfs sowie der wachsenden Komplexität der Patientenversorgung. Internationale Studien zeigen, dass APNs wesentlich zur Versorgungsqualität, Patientensicherheit und interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen können (Htay, & Whitehead 2021; Bales et al 2025, Fajarini et al 2025).

Definition der Advanced Practice Nurse (APN)

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

(Gemeinsame Definition des DBfK, ÖGKV & SBK 2025)

Auch die APM-Rolle ist in zahlreichen Ländern strukturell verankert und evidenzbasiert beschrieben. Internationale Arbeiten beschreiben Advanced Midwifery Practice/Advanced Midwife Practitioner-Rollen als erweiterte klinische, beratende und leitende Funktionen (Goemaes et al., 2016; Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2018; Cignacco et al., 2024). Studien zeigen zudem, dass (hebammengeleitete) Kontinuitätsmodelle mit weniger Interventionen und hoher Zufriedenheit einhergehen und damit relevante Anknüpfungspunkte für erweiterte Hebammenrollen bieten (Sandall et al., 2016; Renfrew et al., 2014).

Während Länder wie die Schweiz, die Niederlande und Großbritannien bereits etablierte APN-Strukturen vorweisen, steht Deutschland trotz mehrerer Best Practice Beispiele und akademischer Qualifizierungsangebote noch am Anfang einer flächendeckenden Umsetzung (Schober & Affara, 2020; Maier et al., 2018).

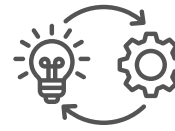
Ziel dieses Leitfadens ist es, Empfehlungen zur Implementierung der APN-/APM-Rolle in deutschen Akutkrankenhäusern zu geben. Dabei werden sowohl aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen und die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigte Weiterentwicklung der erweiterten Pflegepraxis berücksichtigt als auch praxisorientierte Handlungsempfehlungen für Klinikleitungen, Pflegefachpersonen und Entscheidungsträger dargestellt. Der Leitfaden richtet sich an Akteure im akutstationären Bereich, die eine strategische Einführung und Integration der APN-/APM-Rolle planen und umsetzen möchten.



© Canva.com

2. Implementierungsprozess nach dem PEPPA Framework

Bryant-Lukosius & DiCenso (2004)



Schritt 1: Zielpopulation definieren und aktuelles Versorgungsmodell beschreiben (IST-Analyse)

Zu Beginn der Implementierung einer APN-/APM-Rolle steht nicht die abschließende Rollenbeschreibung im Vordergrund, sondern zunächst die Identifikation der Patient:innengruppe, für die ein erweiterter Versorgungsbedarf besteht. Je nach Zentrum und Fachbereich werden hierfür in Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Team und den fachlich Verantwortlichen jene Patient:innen bzw. Versorgungsbereiche bestimmt, in denen komplexe Bedarfe, wiederkehrende Versorgungslücken oder besondere Herausforderungen sichtbar werden. Auf dieser Grundlage wird das aktuell bestehende Versorgungsmodell für diese Zielgruppe beschrieben und analysiert. Dabei werden der bestehende Versorgungsprozess, Schnittstellen, Zuständigkeiten und Ergebnisqualitäten betrachtet, um Versorgungslücken, Defizite und Verbesserungspotenziale systematisch zu identifizieren. Bei der Festlegung der Zielgruppe sollte zudem klar benannt werden, auf welche Praxisdomäne (z. B. ein bestimmtes Krankheitsbild, ein Behandlungssetting oder ein Übergangsbereich im Versorgungsprozess) sich die Versorgung durch die APN/APM primär bezieht.

Schritt 2: Stakeholder identifizieren und Beteiligung sicherstellen

Alle am interprofessionellen Versorgungsgeschehen beteiligten Personen werden identifiziert und die relevantesten klinischen Stakeholder über das Vorhaben informiert. Dieses Netzwerk wird aktiv in den weiteren Entwicklungsprozess eingebunden. Zur Erhebung unterschiedlicher Perspektiven können Einzelinterviews oder Fokusgruppen durchgeführt werden. Partizipativ werden hierzu Arbeitsgruppen gebildet. Mögliche klinische Stakeholder sind alle am interprofessionellen und interdisziplinären Versorgungsgeschehen beteiligte Berufsgruppen, z.B. Pflegende, Ärzt:innen, Therapieberufe, Patient:innenmanagement, Sozialdienst, Brückenpflege. Mögliche externe Stakeholder sind z.B.: Patient:innenvertretungen, Reha-Einrichtungen, Haus- und Fachärzt:innen, Fachgesellschaften.

Neben den klinischen Stakeholdern sind die betroffenen Patientinnen und Angehörigen die wichtigsten einzubeziehenden Stakeholder. Da jeder Implementierungskontext sich unterscheidet, sollten immer auch 2-3 betroffene Patient:innen und deren Angehörige mittels Interviews eingebunden werden und deren Erleben des aktuellen Versorgungsmodells erhoben und mögliche Versorgungsunterbrüche oder Lücken evaluiert werden.

Schritt 3: Bedarf für ein neues Versorgungsmodell bestimmen

Durch die IST-Analyse werden Lücken oder ein ungedeckter Versorgungsbedarf sichtbar, z. B. bei Patient:innengruppen mit einem hochkomplexen Versorgungsbedarf oder in bestimmten Versorgungsettings, der vom aktuellen Versorgungsmodell nicht ausreichend gedeckt werden kann. Der Bedarf für die Schaffung einer neuen APN/APM Rolle sollte sich immer aus den klinischen Bedarfen/Bedürfnissen einer Patient:innengruppe ergeben.

Schritt 4: Versorgungsprobleme priorisieren und Ziele festlegen

Nach der Identifizierung von Versorgungsproblemen werden diese priorisiert und konkrete, überprüfbare Ziele formuliert (z. B. Ergebnis-, Prozess- und Strukturziele). Diese Zieldefinition bildet die Grundlage für die Ausgestaltung des neuen Versorgungsmodells und der APN/APM-Rolle.

Schritt 5: Neues Versorgungsmodell und APN/APM-Rolle definieren

Auf Basis der priorisierten Probleme und Ziele wird ein neues Versorgungsmodell definiert. Es werden notwendige Kompetenzen beschrieben, welche von dem/der APN/APM adressiert werden. Die APN/APM sollten als primäre Basis-Qualifikation auf Masterlevel ausgebildet sein und eine entsprechende fachliche Qualifikation mitbringen bzw. bereit sein, diese noch aufzubauen.

Die Aktivitäten der neuen APN/APM-Rolle orientieren sich an den identifizierten Versorgungsbedarfen und dem neuen Versorgungskonzept. Sie werden in das neue Versorgungsmodell integriert und anhand eines Modells (z. B. Hamric oder Pan-Canadian Framework) schriftlich beschrieben. Eine APN/APM-Rolle kann sich entlang eines Rollenkontinuums – abhängig von Versorgungsbedarf, Setting und regulatorischem Rahmen – stärker in Richtung Clinical Nurse Specialist (CNS) oder Nurse Practitioner (NP) ausprägen. Der CNS ist eine APN-Rolle mit spezialisierter klinischer Expertise in einem definierten Fach-/Problemfeld und verbindet direkte hochspezialisierte Versorgung mit indirekten/systemischen klinischen Beiträgen (z. B. Konsultation, Implementierung evidenzbasierter Standards, Anleitung/Coaching, Versorgungs- und Qualitätsverbesserung). Der NP ist eine APN-Rolle mit Schwerpunkt auf autonomer direkter klinischer Versorgung und bringt ihre klinische Expertise in Beurteilung/Aassessment, Diagnostik und Behandlung ein; je nach Land/Institution umfasst dies auch Verschreibungskompetenzen sowie einen Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsmanagement. Autonomie und Verantwortlichkeit richten sich nach gesetzlichen/regulatorischen Vorgaben (ICN 2020).

Schritt 6: Implementierungsstrategien planen

Diese vier Bereiche der Implementierung sollten durch Strategien adressiert werden:

- Sensibilisierung der Stakeholder (z. B. durch regelhafte Updates, Präsentationen)
 - Administrative Unterstützung und Ressourcen (z. B. regelmäßiger Jour-Fix mit Pflege- und/ärztlichem Management, Arbeitsplatz)
 - Regulatorien und Richtlinien (z. B. Tätigkeitsbereich, erweiterte Kompetenzen durch SOPs festlegen)
 - APN/APM Education (z. B. langfristiger Weiterbildungsplan zur Kompetenzvertiefung)
- Die Wahl und Planung der Implementierungsstrategien erfolgt in Absprache mit den Stakeholdern der Projektgruppe unter Berücksichtigung der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Es wird ein Implementierungsplan festgelegt sowie Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren entsprechend eines Logischen Modells definiert und mögliche fördernde und hemmende Faktoren herausgearbeitet (z. B. SWOT-Analyse).



© Universitätsklinikum Tübingen | Beate Armbruster

Schritt 7: Implementierungsplan initiieren (Einführung vorbereiten & Rollenentwicklung unterstützen)

Zur erfolgreichen Einführung erweiterter Pflegepraxis haben sich strukturierte Rollenentwicklungsprogramme (z. B. Traineeprogramme) bewährt. Sie begleiten die APN/APM systematisch beim Übergang in die neue Rolle und sichern einheitliche Qualitätsstandards. Typische Elemente sind ein begleiteter Onboarding-Prozess, progressive Erweiterung des Verantwortungsbereichs, regelmäßige Supervision/ kollegiale Beratung sowie kompetenzbasierte Entwicklungsziele. Dieses Programm wird als verbindendes Element zwischen Qualifikation, Implementierungsstrategie und Evaluation genutzt.

Schritt 8: Einführung und Umsetzung der APN/APM-Rolle bzw. des neuen Versorgungskonzeptes

Die Einführung erfolgt anhand des zuvor erstellten Implementierungsplans (inklusive Ergebniskriterien sowie fördernde/hemmende Faktoren). Eine Implementierungsphase kann 5 bis 6 Jahre dauern. Der/die Pflegeexpert:in APN/APM erhält im Prozess der Rollenentwicklung regelhaft Unterstützung mittels kollegialer Beratung und/oder Supervision.

Schritt 9: Evaluation und langfristiges Monitoring der APN/APM-Rolle und des Versorgungskonzeptes

Je nach Rolle werden passende Evaluationsmöglichkeiten angewandt, um die Ergebnisse umfassend auszuwerten und den Mehrwert des erweiterten Versorgungsmodells aufzuzeigen. Basierend auf den Ergebnissen der Evaluation wird die Rolle der APN/APM ggf. angepasst. Die APN/APM Rolle sollte fortlaufend gemonitort werden (z. B. Anzahl betreuter Patient:innen, Kontakte, investierte Zeit) und ein Reporting für das Management zur Verfügung gestellt werden.

3. Rahmenkonzept für Einrichtungen in Bezug auf die APN/APM Implementierung



Abschnitt 3 beschreibt die organisationalen Voraussetzungen, die alle PEPPA-Schritte flankieren.

Die erfolgreiche Einführung von APN/APM setzt ein strukturiertes Rahmenkonzept voraus, welches sowohl organisatorische als auch kulturelle Aspekte berücksichtigt. Es geht nicht nur darum, eine neue Rolle zu schaffen, sondern diese nachhaltig in die bestehenden Versorgungs- und Führungsstrukturen zu integrieren. Entscheidend ist, dass die Rolle klar verortet, gut begleitet und durch ein Umfeld unterstützt wird, dass Entwicklung und Innovation ermöglicht.

Strukturelle Verankerung der APN/APM-Rolle

Damit die Rolle ihre Wirkung entfalten kann, ist eine klare institutionelle Einbettung im Pflegemanagement notwendig, die über eine reine „Anbindung“ hinausgeht. Erfolgreiche Systeme etablieren hierfür verbindliche Governance-Strukturen, z. B. in Form eines APN-Steering-Committees, eines APN Practice Council sowie klar definierter Berichts- und Entscheidungswege (z. B. zur Pflegedirektion und zu Bereichsleitungen). Solche Gremien sichern die strategische Ausrichtung, Prioritätensetzung und Qualitätssicherung der APN-/APM-Tätigkeit und verankern die Rolle langfristig in der Organisationsstruktur.

APNs und APMs sollten eng an das pflegerische bzw. geburtshilfliche Leitungsteam angebunden sein. Hierfür sind feste Kommunikationswege sowie regelmäßige Austauschformate zu etablieren, die Transparenz schaffen und die Zusammenarbeit fördern. Wichtig ist, dass APNs/APMs keine disziplinarische Führungsverantwortung übernehmen. Ihr Auftrag liegt in der klinischen Expertise, in der Entwicklung pflegerischer und geburtshilflicher Praxis und in der Unterstützung einer personenzentrierten Versorgung. Eine klare Abgrenzung zu klassischen Leitungsaufgaben ist unerlässlich, um Rollenkonflikte zu vermeiden und Verantwortlichkeiten eindeutig festzulegen.

Internationale Evidenz zeigt zudem, dass Führungskräfte nicht nur „unterstützen“, sondern als aktive Ermöglicher:innen der APN-/APM-Rolle auftreten müssen. Dazu gehört insbesondere, dass sie

- Rollenkonflikte frühzeitig adressieren und moderieren,
- strukturelle und organisationale Barrieren proaktiv managen,
- den Scope-of-Practice der APNs/APMs kommunikativ nach innen und außen verteidigen und
- APNs/APMs konsequent in strategische Gremien und Entscheidungsprozesse einbinden. Vgl. *Bryant-Lukosius et al. 2004; Bryant-Lukosius & Valaitis 2017; Torrens et al. 2020; Fosah et al. 2025; Goemaes et al. 2016, 2018; NHS England 2023.*

Erst durch dieses aktive Ermöglichen kann die Rolle im Alltag wirksam werden und nachhaltig im System verankert werden. Gleichzeitig bedarf es der sichtbaren Rückendeckung durch Führungskräfte, damit die neue Rolle in den Teams akzeptiert und als Bereicherung erlebt wird.

Die Mitarbeit in der direkten Patient:innenversorgung bleibt ein zentraler Bestandteil der Tätigkeit. Die hierfür vorgesehenen Stellenanteile sind verbindlich und transparent zu regeln. Sie orientieren sich nicht an einer „ausgewogenen Balance“ um ihrer selbst willen, sondern primär an den Anforderungen des Versorgungsprozesses und den Bedarfen der spezifischen Patient:innengruppe, die durch die APN betreut wird. Diese Anteile können sich im Verlauf der Rollenentwicklung verändern. Eine klare Struktur der Aufgaben- und Stellenanteile kann insbesondere zu Beginn der Rollenentwicklung hilfreich sein, muss jedoch regelmäßig evaluiert und an die sich verändernden Anforderungen angepasst werden – idealerweise im Rahmen der oben beschriebenen Governance-Gremien.

Netzwerke schaffen und fördern

Ein zentrales Element für die nachhaltige Etablierung der APN-/APM-Rolle ist der Aufbau und die Pflege tragfähiger Netzwerke. Diese Strukturen ermöglichen nicht nur fachlichen Austausch, sondern auch kollegiale Beratung und die gemeinsame Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte.

Netzwerke innerhalb der Einrichtung

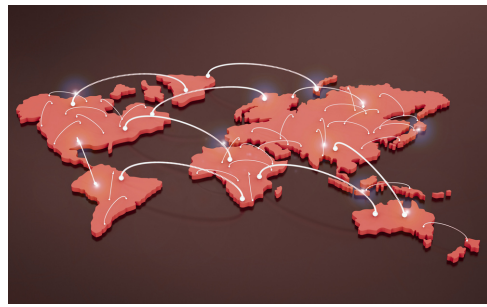
Auf Ebene der einzelnen Klinik bzw. Einrichtung umfasst dies die enge Vernetzung mit pflegerischen und geburtshilflichen Leitungskräften, mit den interprofessionellen Teams sowie mit relevanten Schnittstellen (z. B. Qualitätsmanagement, Education, Forschung). Regelmäßige Besprechungsformate, Fallbesprechungen und projektbezogene Arbeitsgruppen schaffen Transparenz über die APN-/APM-Tätigkeit, fördern gegenseitiges Verständnis und erleichtern die Implementierung neuer Versorgungsmodelle.

Nationale Netzwerke und Fachgesellschaften

Auf nationaler Ebene gehört die aktive Teilnahme an Netzwerken und Fachgesellschaften zum professionellen Selbstverständnis von APNs/APMs. Dazu zählen z. B. APN-/APM-spezifische Berufs- und Fachverbände sowie einschlägige pflege- und hebammenwissenschaftliche Gesellschaften. Die Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Kommissionen oder Projekten ermöglicht es, eigene Praxiserfahrungen in Leitlinien, Positionspapieren und nationalen Strategien einfließen zu lassen und zugleich von aktuellen Entwicklungen, Best-Practice-Beispielen und Forschungsergebnissen zu profitieren.

Internationale Vernetzung

Darüber hinaus gewinnt die internationale Vernetzung zunehmend an Bedeutung. Der Austausch mit APNs/APMs und Forschenden aus anderen Ländern, etwa im Rahmen internationaler Fachgesellschaften, Konferenzen oder Kooperationsprojekten, unterstützt den Transfer evidenzbasierter Konzepte, erleichtert Benchmarking und stärkt die Position der erweiterten Rollen im gesundheitspolitischen Diskurs. Die Einbindung in internationale Communities trägt so wesentlich dazu bei, die eigene Rolle weiterzuentwickeln und an internationalen Standards anzuknüpfen.



© Canva.com

Organisatorische Voraussetzungen

Damit APNs und APMs ihre Rolle effektiv ausfüllen können, müssen Einrichtungen entsprechende organisatorische Rahmenbedingungen schaffen. Dazu gehören klare Tätigkeitsbeschreibungen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen und Hebammen (Bachelor, Master, Promotion), in denen Verantwortungsbereiche, Rollen und Aufgabenprofile eindeutig definiert sind. Diese Transparenz ist grundlegend für eine erfolgreiche Integration in bestehende Teams und Strukturen.

Auch die Bereitstellung geeigneter technischer Arbeitsmittel ist notwendig, um eine effiziente Tätigkeit zu gewährleisten. Dazu zählen moderne Computerarbeitsplätze, mobile Endgeräte sowie Kommunikationsplattformen, die den interdisziplinären Austausch erleichtern. Zentral ist zudem der niedrigschwellige Zugang zu wissenschaftlicher Fachliteratur und Recherche-Ressourcen, wie über elektronische Bibliotheken, Datenbanken (z. B. CINAHL, PubMed) und gegebenenfalls fachbezogene Software. APNs/APMs müssen in der Lage sein, aktuelle Evidenz zeitnah zu recherchieren, zu bewerten und in die Praxis zu integrieren. Ebenso wichtig ist ein Arbeitsplatz in unmittelbarer Nähe zum praktischen Einsatzbereich, da dieser eine enge Verbindung zum Versorgungsgeschehen sicherstellt.

Schließlich spielt auch der Stellenumfang eine zentrale Rolle: Um die Kombination aus direkter Versorgung, Konzeptarbeit, Vernetzung und kontinuierlicher Weiterentwicklung leisten zu können, sollte der Stellenanteil mindestens 75 % betragen. Dies schafft die notwendige Kontinuität und sichert eine nachhaltige Wirkung der Rolle innerhalb der Einrichtung (Denninger et al., 2023).

3.1 Tätigkeitsbeschreibung und Aufgabenprofil



Die Funktion der APN/APM ist darauf ausgerichtet, pflegerische und geburtshilfliche Expertise in besonders komplexen Versorgungssituationen einzubringen und die Versorgungsqualität auf institutioneller Ebene nachhaltig zu stärken. In Anlehnung an das DBfK-Anforderungsprofil und Kocks et al. (2023) agieren APNs/APMs als klinische Expert:innen mit erweiterter Verantwortung für Prozesssteuerung, Entscheidungsunterstützung und Innovationsimpulse. Sie verbinden patientennahe Versorgung mit wissenschaftlicher Evidenz, Organisationsentwicklung und professionellem Leadership („Brücke zur Expertise“).

Ihre Tätigkeit umfasst erweiterte, wissenschaftsbasierte Interventionen, die auf individuelle Patient:innenbedürfnisse, komplexe Versorgungslagen und interprofessionelle Zusammenarbeit ausgerichtet sind. Neben der direkten klinischen Versorgung gehören Coaching, Beratung, Forschungstransfer und Qualitätsentwicklung zu ihren Kernaufgaben.

Schwerpunkte der Tätigkeit

Klinische Expertise einbringen: APNs/APMs übernehmen eine beratende und steuernde Rolle in hochkomplexen Pflege- und Geburtssituationen und unterstützen das Team bei klinischen Entscheidungsprozessen. Beispiel aus dem UK Köln: Durchführung der eigenverantwortlichen, erweiterten pflegerischen Versorgung und Fallsteuerung von Patient:innen mit definierten Erkrankungen/Phänomenen und hochkomplexen Versorgungsbedarfen nach der Methode des Evidence Based Nursing.

Versorgungskontinuität sichern: Durch die enge Begleitung definierter Patient:innengruppen sorgen APNs/APMs für eine nahtlose Betreuung über Sektorengrenzen hinweg und gestalten Übergänge zwischen den Sektoren. Beispiel aus dem UK Essen: Mitwirkung im interdisziplinären Team bei der nachstationären, ambulanten Betreuung von Patient:innen in hochkomplexen Situationen und Vermittlung der Überleitung in eine fachgerechte Betreuung.

Wissens- und Transferfunktion: Als Multiplikator:innen für evidenzbasierte Pflege und Geburtshilfe implementieren APNs/APMs aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis und entwickeln diese weiter. Beispiel aus dem UK Freiburg: Systematisches Einbringen und Verstetigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis anhand des Evidence-Based-Practice-Prozesses, von der Formulierung klinischer Fragen über die Recherche und Bewertung der Evidenz bis zur Implementierung und Evaluation der Wirksamkeit auf Patienten-, Organisations- und Evaluationsebene.

Interprofessionelle Schnittstelle: APNs/APMs koordinieren den Austausch zwischen Berufsgruppen, stärken das gemeinsame Fallmanagement und fördern ein ganzheitliches Versorgungskonzept. Beispiel aus dem Universitätsklinikum Tübingen: Fachliche Begleitung und Koordination komplexer Versorgungsprozesse in Abstimmung mit Ärzt:innen, Pflege und Therapie sowie mit dem Fallmanagement.

Qualitäts- und Praxisentwicklung: Neben der direkten Versorgung initiieren APNs/APMs Projekte zur Weiterentwicklung pflegerischer und geburtshilflicher Strukturen, evaluieren Prozesse und fördern Innovation.

Beispiel aus dem Universitätsklinikum Freiburg: Erstellung klinikinterner Vorgabedokumente und Standards in Kooperation mit Fachkommissionen sowie Ableitung von Maßnahmen aus patient:innenbezogenen Qualitätsindikatoren.

Forschungsanbindung: APNs/APMs wirken an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit, führen Evaluationen durch und tragen durch Publikationen zur Professionalisierung des Berufsfelds bei. Beispiel aus dem Universitätsklinikum Tübingen: Initiierung und Mitwirkung an innovativen Studieninterventionen und Forschungsprojekten; Durchführung und Auswertung von Datenerhebungen sowie Implementierung der Ergebnisse in die Praxis.

3.2 Stellenprofil APN/APM

Das Stellenprofil muss immer je nach Fachbereich (z. B. Onkologie, Intensiv, Kardiologie, Geriatrie) oder Patient:innenpopulation spezifisch angepasst werden. Nachfolgend wird als Beispiel eine Stellenbeschreibung für Pflegeexpert:innen APN – Niveau 7 DQR aus dem Universitätsklinikum Freiburg dargestellt.

Stellenbeschreibung für Pflegeexpert*innen APN (M.Sc./M.A. Pflegewissenschaft)

Niveau 7 DQR | Version 7 | 06.02.2024



Definition	Die Pflegeexpert*in APN (Advanced Practice Nurse) ist ein*e Pflegende*r, „die/der durch eine zusätzliche Ausbildung (mindestens Master-Abschluss) das Fachwissen, die komplexen Entscheidungsfindungsfähigkeiten und die klinischen Kompetenzen für eine fortgeschrittene Pflegepraxis erworben hat“ Sie/er ist in ihrem/seinem Bereich [1] hauptverantwortlich für die Sicherstellung der zeitgemäßen, evidenzbasierten Pflege.¹ Pflege umfasst in diesem Kontext „die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen [...]. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse [...], Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“¹⁻³.
Erforderliche Qualifikationen	• Pflegefachperson mit Grundständigem Studium oder Ausbildung als Pflegefachmann/-frau (mit/ohne pädiatrischer oder geriatrischer Vertiefung), Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in, Krankenschwester/Krankenpfleger; Kinderkrankenchwester/Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger*in, Hebamme/Entbindungspfleger oder Äquivalent. • Abgeschlossenes wissenschaftliches Studium der Pflege (M.Sc./M.A.) oder Äquivalent. • Mehrjährige Berufserfahrung, wünschenswert im speziellen Bereich. • Deutschkenntnisse in Wort und Schrift auf Muttersprachniveau. • Englischkenntnisse fließend in Wort und Schrift (komplexe Texte werden verstanden, Fachdiskussionen im Spezialgebiet mit Muttersprachlern sind problemlos möglich). • Fundierte Kenntnisse der wichtigsten wissenschaftlichen Software (z.B. Literaturverwaltung, Statistikprogramm, Transkriptionsprogramm) sowie Office-Anwendungen.
Erforderliche Kompetenzen nach DQR⁴	Wissen: Verfügt über umfassendes, detailliertes und spezialisiertes Wissen auf dem neuesten Erkenntnisstand in der (Pflege-)Wissenschaft und/oder über umfassendes berufliches Wissen in ihrem/seinem beruflichen Tätigkeitsfeld. Zudem verfügt sie/er über erweitertes Wissen in angrenzenden Bereichen. Fertigkeiten: Verfügt über spezialisierte fachliche oder konzeptionelle Fertigkeiten zur Lösung auch strategischer Probleme in der (Pflege)wissenschaft und/oder in ihrem/seinem beruflichen Tätigkeitsfeld. Sie/er wägt auch bei unvollständiger Information Alternativen ab und entwickelt neue Ideen oder Verfahren, wendet diese an und bewertet sie unter Berücksichtigung unterschiedlicher Beurteilungsmaßstäbe. Sozialkompetenz: Initiiert und leitet Gruppen oder Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen verantwortlich und vertritt ihre Arbeitsergebnisse. Sie/er fördert die fachliche Entwicklung anderer gezielt, und führt bereichsspezifische und -übergreifende Diskussionen. Selbstständigkeit: Definiert für neue anwendungs- oder forschungsorientierte Aufgaben Ziele unter Reflexion der möglichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Auswirkungen, setzt geeignete Mittel ein und erschließt hierfür Wissen eigenständig.

[1] Bei „Bereich“ kann es sich je nach individueller Absprache mit der Pflegedirektion und der Pflegedienstleiter*in um eine Station, eine Klinik, ein Department oder andere Einheiten handeln.

3.2 Stellenprofil APN/APM

Tätigkeitsprofil²⁻⁵

Direct Clinical Practice (Exzellente Fähigkeiten in der direkten und indirekten Pflege):

- Entwicklung und Vertiefung eines Schwerpunkts auf eine Patient*innengruppe im Sinne von Advanced Practice Nursing. Die Patient*innengruppe kann durch eine Diagnose, ein Symptom, ein Setting oder eine Therapie definiert sein.
- Eine klinische Tätigkeit in dieser Patient*innengruppe wird zu 50% erwünscht.

Guidance & Coaching (Coaching, Schulung und Beratung von Patient*innen und Angehörigen):

- Begleitung von Patient*innen und Angehörigen über Stations- und Institutionsgrenzen hinweg. Ggf. Planung des Aufenthaltes in Absprache mit den Patient*innen und dessen Angehörigen.
- Beratung von Patient*innen und Angehörigen.

Consultation (Kollegiale Beratung von Kolleg*innen und anderen Berufsgruppen):

- Beratung von Pflegenden und anderen Berufsgruppen.
- Durchführung von klinikübergreifende Konsultationen/Konsilen bei der Versorgung der eigenen Patient*innengruppe in anderen Fachbereichen.
- Durchführung von Fortbildungen zum eigenen Schwerpunkt im Bereich sowie bereichsübergreifend.
- Durchführung von Fortbildungen zu bereichs- und klinikumsrelevanten Themen.
- Implementierung und Verstetigung von Vorgabedokumenten den eigenen Bereich betreffend oder auch klinikübergreifend, sofern thematisch zugehörig.

Evidence-Based-Practice (Vertieftes Verständnis und konsequente Umsetzung aller Schritte von Evidence-Based-Practice in die Pflegepraxis (1) bei individueller klinischer Entscheidungsfindung auf Patient*innenebene, (2) bei Änderungsprozessen in der klinischen Praxis und (3) zur Evaluation der Praxis):

- Sammlung und/oder Identifikation von Pflegeproblemen der Patient*innen des Bereichs mit Unterstützung von Pflegenden.
- Transfer aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse in die Pflegepraxis und Evaluation des Prozesses und der Ergebnisse.
- Entwicklung und Dissemination von Informationsmaterial für Patient*innen, Angehörige und Pflegende.
- Erstellen klinikinterner Vorgabedokumente in Kooperation mit den jeweiligen Stakeholdern
- Erstellung klinikumsweiter Standards in Kooperation mit der Medizinisch-Pflegerischen Fachkommission und Koordination der dazugehörigen Arbeitsgruppe.
- Publikation wissenschaftlicher Artikel, Vorträge und Poster.
- Erfassen von Forschungsbedarfen und Initiieren von und Beteiligung an Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle klinische Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung.
- Interpretation und Ableitung geeigneter Maßnahmen in Bezug auf patient*innenbezogene Qualitätsindikatoren des Bereichs.

Leadership (pflegefachliche Führungsfähigkeiten auf klinischer, professionsbezogener, systemischer Ebene und in der Gesundheitspolitik):

- Unterstützung der fachlichen Entwicklung von fachweitergebildeten Pflegenden und Bachelor-Pflegenden, Bachelor- und Masterstudierenden sowie Bachelor- Pflegenden in klinischen Rollen (z.B. Pflegefachliche Leitungen, PV) in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle klinisches Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung.
- Koordination der Aktivitäten der pflegefachlichen Leitungen im Bereich, gemeinsam mit den Pflegedienstleitungen und der Pflegedirektion.
- Verantwortlich für die Implementierung, Verstetigung und Evaluation des pflegerischen Schwerpunkts im Bereich, in Zusammenarbeit mit den Pflegefachlichen Leitungen.
- Anstoßen von pflegerischen Veränderungen auf Bereichsebene in Absprache mit der PDL und den Leitungen des Bereichs.
- Beratung des Pflegemanagements und der Pflegefachlichen Leitungen zu pflegerischen Fragestellungen und aktuellen und zukünftigen Entwicklungen.
- Öffentlichkeitsarbeit und Repräsentation der Organisation und des APN-Konzeptes des UKF.
- Berufspolitisches Engagement national und international.

Das Tätigkeitsprofil und ein dazugehörig vorgelegter Projektantrag, gilt als Grundlage für die Zuordnung in die Entgeltgruppe 13 TV UK. Bei Einstieg in eine neue Rolle oder noch im Master befindlich, wird eine Traineephase vorangestellt, welche der Entgeltgruppe 10 TV UK zugeordnet wird.

3.2 Stellenprofil APN/APM

Tätigkeitsprofil	Collaboration (Zusammenarbeit mit Individuen (Patient*innen, Familien, Kollegen) oder Teams auf organisatorischer und politischer Ebene, lokal wie global): • Gezielte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. • Vernetzung mit anderen Pflegeexpert*innen APN und den Pflegefachlichen Leitungen im Bereich. • Regelmäßige Teilnahme an den Pflegeexpert*innen-Runden sowie Pflegefachkonferenzen • Weitergabe von Informationen aus der Pflegeexpert*innenrunde an die Pflegerischen und Pflegefachlichen Leitung des Bereichs. • Teilnahme an interprofessionellen Kommissionen, Gremien, Besprechungen und Arbeitsgruppen / Projekten. • Regelmäßige Besprechungen mit der Pflegedienstleitung. • Aktive Teilnahme an nationalen/internationalen Veranstaltungen zum Schwerpunktthema. Ethical Decision Making (Ethische Entscheidungsfindung) • Sensibilisierung von Pflegenden in Bezug auf pflegeethische Fragestellungen. • Identifikation und Aufgreifen von ethischen Dilemmata. • Durchführen von intra-/interprofessionellen bereichsübergreifenden Fallbesprechungen.
Organisatorische Einbindung	• Die/der Stelleninhaber*in ist dem/der Leiter*in des Pflegedienstes unterstellt. • Sie/er ist pflegefachlich weisungsbefugt gegenüber allen Mitarbeiter*innen in der Pflege in Ihrem/seinem Bereich. • Die/der Stelleninhaber*in ist zur Kooperation mit der Pflegedirektion, dem/der Pflegedienstleiter*in und den anderen Berufsgruppen, verpflichtet. • Die/der Stelleninhaber*in ist zur Kooperation mit der Stabsstelle klinische Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung, verpflichtet. • In medizinischen Belangen bleibt die Zuständigkeit des ärztlichen Dienstes unberührt.

Literatur

1. Schober, Madrean (2023) 'Differentiation of International Advanced Practice Nursing Roles: NP and CNS', in Thomas, S. L. and Rowles, J. S. (eds.), Nurse Practitioners and Nurse Anesthetists: The Evolution of the Global Roles, Advanced Practice in Nursing, Cham, Springer International Publishing, pp. 59–67. [online] Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-031-20762-4_3 (Accessed 24 November 2023)
2. 'Nursing definitions'. ICN - International Council of Nurses. [online] Available from: <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions> (Accessed 24 November 2023)
3. Stewart, David, Kennedy, Annette, Schober, Madrean and Duignan, Martin (2020) 'International Council of Nurses', in Hassmiller, S. B. and Pulcini, J. (eds.), Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective, Advanced Practice in Nursing, Cham, Springer International Publishing, pp. 15–23. [online] Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-20550-8_2 (Accessed 24 November 2023)
4. 'Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen'(2013).
5. Tracy, Mary Fran, O'Grady, Eileen T. and Phillips, Susanne J. (2022) Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing 7th ed., Elsevier Health Sciences.

Hinweis:

Wenn Sie vollständige Textpassagen oder sämtliche Inhalte der Tätigkeits- bzw. Aufgabenbeschreibung für Ihre eigene Klinik übernehmen möchten, wenden Sie sich bitte an die nachstehende Ansprechperson:

Mariele Kulenkampf: pflegedirektion@uniklinik-freiburg.de

3.3 Übersicht Verantwortlichkeiten auf der Leitungsebene am Beispiel eines Universitätsklinikums

Nachfolgend finden Sie anhand des Universitätsklinikum Tübingen ein Beispiel für eine mögliche Aufteilung der Verantwortlichen auf der Leitungsebene. Dies ist selbstverständlich für jedes Krankenhaus individuell zu bestimmen. Wenn Sie Inhalte für Ihre eigene Klinik übernehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Pflegedirektion des Universitätsklinikum Tübingen: pflagedirektion@med.uni-tuebingen.de

Beispiel: Übersicht Verantwortlichkeiten auf der Leitungsebene - Kurzversion Universitätsklinikum Tübingen

Fachverantwortliche Person für ≥ 1 Fachbereich / Station	Disziplinarisch verantwortliche Person mit Vertretung verantworten <u>einen</u> zugewiesenen Funktionsbereich bzw. Station oder Pflege-Organisationseinheit		
APN / APM Clinical Nurse Specialist Nurse Practitioner	Bereich Leitung (BL) Schwerpunkt: Management [Gesamtverantwortung]	Stellv. BL – 1 Schwerpunkt: Medizin/Pflege [Fachexpertin/Pflegeexperte]	Stellv. BL – 2 Schwerpunkt: Anleitung [Kompetenzvermittlung]
Entwicklung interprofessioneller Versorgungskonzepte	Abwesenheitsvertretung für Stellv. BL - 2	Ständige Vertretung der Bereichsleitung	Abwesenheitsvertretung für Stellv. BL - 1
Begleitung Versorgungssteuerung + Pflegeberatung bei hochkomplexen Fällen	Außenvertretung des Bereichs; Aufgabe als Nachhaltigkeitsbotschafter	Sichert Expertise im Bereich hat Fach-WB absolviert Ansprechpartner für StOP's	Sicherstellung der Praxisanleitung mit Erfassung
Evaluierung des Pflege-Versorgungsprozesses (Qualitätssicherung)	Mitwirkung bei Personalauswahl und Personalentwicklung	Abteilungsspezifische Fachqualifikation absolviert (z.B. Pain-Nurse, Diabetes...)	Einarbeitung neuer Kollegen Studierende, Auszubildende FSJ/BFD
Betreuung von Studierenden Gesundheitswissenschaften	Personalplanung/-einsatz Personalbewertung / MAG	Patienten-Assessment Versorgungsbedarf erheben	Begleitung Studierende der Gesundheitswissenschaften
Reflexion des pflegerischen, therapeutischen, geburtshilflichen Handelns auf wissenschaftlicher Basis	Informationssteuerung mit Berichtswesen, Intranet, Öffentlichkeitsarbeit im Verantwortungsbereich	Patienten- und Belegungssteuerung; Beratung / Fallbegleitung Überleitung	Durchführung von internen Fortbildungsmaßnahmen; Einweisung / Belehrungen (z.B. Key-User KIS, Lauris)
Teilnahme an M+M Konferenzen	Arbeitssicherheits- u. MPG-Beauftragte/r* im Bereich	Hygienebeauftragte/r im Bereich	Ethik-Beauftragte Person im Bereich
Fallstudien, (MD-) Gutachten Forschungsbegleitung	QMB: Verantwortet Pat.-Prozess Leitlinien, Risk-MM	Dokumentation und Wundbeauftragte im Bereich	Anwendung Kinästhetics und Resilienz Training
Visitenbegleitung ggf. Verordnungsbefugnis	Beschwerde- und Konflikt-Management	Pflege-Expertenstandards (Haut, Sturz, Ernährung, ...)	Patienten Education und Beratung (ggf. Angehörige)
*) MP-Beauftragte wird empfohlen zur Umsetzung der Pflichtaufgaben (Funktion im Gesetz-/Verordnung nicht vorgesehen); MP-Verantwortliche Person = Ärztliche Klinikleitung; MP-Betreiber = GF/Vorstand der Klinik			

3.4 Beispielhafte Eingruppierung und Vergütungsstruktur



Nachfolgend ist die aktuelle Tarifstruktur zur Eingruppierung der APN/APM (Stand zum September 2025) an den Kliniken dargestellt. Bitte beachten Sie, dass sich Tarifstrukturen regelmäßig anpassen bzw. erhöhen können. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf einen Stichtag. Teilweise sind die neuen Funktionen in den Tarifverträgen bereits aufgenommen. Die Eingruppierungshöhe innerhalb einzelner Tarifsysteme in Deutschland ist ebenso dargestellt.

Zugleich variieren die Ausgestaltung und Eingruppierung der APN-/APM-Rollen zwischen Bundesländern, Trägern und Tarifwerken. Mittel- bis langfristig wäre eine stärkere Homogenisierung der Eingruppierungsvorgaben wünschenswert, um vergleichbare Rahmenbedingungen für klinische Pflegeexpert:innenrollen zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, gegenüber den Tarifpartnern aktiv dafür zu werben, dass die spezifischen Anforderungen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von APNs/APMs in den Entgeltordnungen korrekt und nachvollziehbar abgebildet werden. Nur so lässt sich die erweiterte klinische Rolle auch tariflich angemessen anerkennen und dauerhaft im System verankern.

Tarifsystem	Funktion	Entgeltgruppe	Einstieggehalt	Nach 6. Jahr	Endstufe
TV-UK (AGU)	APN – Trainee	TV-UK E 11	4.198€	5.338€	6.270€
TV-UK (AGU)	APN im Fachbereich	TV-UK E 12	4.328€	5.855€	6.811€
TV-UK (AGU)	APN + Forschung/Drittmittel	TV-UK E 13	4.765€	5.972€	6.926€
TV-L (Länder)	APN – Trainee	E 12	4.194€	5.590€	6.446€
TV-L (Länder)	APN	E 13	4.630€	5.714€	6.580€
TVöD (VKA)	APN – Trainee	E 12	4.295€	5.762€	6.712€
TVöD (VKA)	APN	E 13	4.768€	6.009€	6.834€

3.5 Finanzierungsmöglichkeiten für eingesetzte APN/APM

Aktuell besteht in fast allen Versorgungsbereichen des Krankenhauses die Möglichkeit, eine APN / APM im Personalkörper „Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung“ einzusetzen. Hierfür müssen die Stellen in der Dienstart 01 gebucht werden und in einer Station oder als Hebammen im Kreißaal (Dienstart 03) tätig werden. Grundlage ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV), welche zum Januar 2019 und zum Juli 2024 in Kraft getreten sind; mit dem Gesetz wurde parallel das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aktualisiert. Seitdem werden derzeit noch über das „Pflegebudget“ alle tariflichen Aufwendungen des Krankenhausträgers für sein Pflegefachpersonal und die Hebammen im Kreißaal zu 100% refinanziert.

Ab 2025 müssen in den Entgeltverhandlungen explizit Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss ausgewiesen werden (Bachelor und Master). Im Rahmen der Abbildung von APN-Rollen im Pflegebudget und deren Leistungserfassung über die PPR 2.0 ist zu berücksichtigen, dass APN nach ICN grundsätzlich eine klinisch verankerte Pflege-Rolle ist: APNs erbringen sichere und kompetente Patient:innenversorgung und verbinden diese mit erweiterten Kompetenzen. Für die Abbildung im Pflegebudget bedeutet dies: Sowohl NP- als auch CNS-Rollen können grundsätzlich über das Pflegebudget finanziert werden, sofern sie als klinische Pflege-Rollen im Sinne der APN-Definition umgesetzt sind. Die Personalbemessung kann, abhängig von der konkreten Ausgestaltung im Haus und der Abbildung in der PPR 2.0, über direkt patientenbezogene Leistungsanteile (z. B. pflegerische Minuten in der unmittelbaren Versorgung) und bei CNS-typischen indirekten klinischen Leistungen zusätzlich über den dafür vorgesehenen Anteil (z. B. Overhead/indirekte Zeiten) erfolgen.

In der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Personalbedarfsbemessung wird ausgeführt, dass auf der „Erwachsenen-Normalstation sowie in der Normal-/Intensivstation der Kinderkrankenpflege für je 50 beschäftigte Pflegekräfte ein Vollzeitäquivalent im Overhead für eine leitende Pflegeperson oberhalb der Stationsebene anteilig anzurechnen ist“ (§ 4 Abs. 5 / § 5 Abs. 3 PPBV).

Die Einordnung CNS-spezifischer indirekter klinischer Systemleistungen kann, sofern sie hausintern so definiert und dokumentiert werden, in Analogie zu solchen indirekten/übergeordneten Anteilen erfolgen, ohne den CNS als „patientenfern“ zu klassifizieren.

Bei der Integration in bestehende Personalbemessungsinstrumente ist es von großer Bedeutung, dass die Dokumentationsqualität nachvollziehbar, plausibel und lückenlos ist. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ausrichtung des Pflegebudgets zukünftig ändern könnte. Ein Beispiel zur Finanzierung der Funktion des CNS bietet das Tübinger Modell, das im Anhang des Leitfadens dargestellt ist (siehe Seite 20 - Anhang 1). Es veranschaulicht, wie APN/APM-Strukturen verankert und finanziert werden können. APN-Rollen im Bereich des Funktionsdienstes sind bislang nicht in der Personalbemessung berücksichtigt. Das Hebammenwesen jedoch wird derzeit vollständig über das Pflegebudget refinanziert.



© Universitätsklinikum Tübingen | Beate Armbruster

4. Mögliche strukturelle Verankerung einer APN/APM in der Organisation

4.1 Organisatorische Zuordnung von APN/APM-Rollen am Uniklinikum Tübingen

Das nachfolgende Beispiel bildet die aktuelle Struktur im Universitätsklinikum Tübingen (UKT) ab:

Am UKT werden alle APN/APM mit einem Anteil von mindestens 0,4 VK-Anteilen zwingend in der direkten Patientenversorgung tätig und sind mit diesem Anteil direkt im Stellenplan und der Kostenstelle der Station (Pflege-OE) verbucht. Ein Restanteil (je nach Beschäftigungsumfang bis zu 0,6 VK) ist zentral verortet bei der Pflegedirektion/PDL für übergreifende Aufgaben der Fachaufsicht, der Qualitätsentwicklung, der Lehre, der Forschung.

Mit dieser Struktur hat das UKT gute Erfahrungen gemacht. Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, welche nicht mehr am Patienten tätig werden möchten, sind am UKT für eine APN - Tätigkeit nicht einsetzbar. Die derzeit im Wirtschaftsplan vorgehaltenen Stellen umfassen Kontingente nach Fachbereichen und Departments/Klinikzentren. Die Stellenplanung im Jahr 2025 umfasst 22,0 Vollzeitstellen – finanziert aus dem Pflegebudget:

Fachgebiet/ Versorgungsbereich	Bereich-1	Bereich-2	Bereich-3	Bereich-4	Bereich 5	Gesamt:
Intensiv- und Notfallversorgung	St.93 (1,0)	St. 39 (1,0)	St. 34 (1,0)	Neo3/4 (1,0)		4,0 VK
Syst.-Erkrankungen (Endo.; Infekt.)	St. 75 (1,0)	St. 38 (0,5)	St. 66 (1,0)			2,5 VK
Kardiologie/ Pneumologie	St. 84 (1,0)	St. 26/27 (0,5)	St. 33 (0,5)			2,0 VK
Onkologie – System-Therapie	St. 16 (1,0)	St. 92 (1,0)	St. 40/41 (1,0)	St.55 (1,0)	St.4 (0,5)	4,5 VK
Neurologie, Demenz-/Delir	St. 44 (1,0)	St. 12/13 (0,5)	St. 10 (1,0)	St. 20/21 (0,5)	St. 1 (0,5)	3,5 VK
Psychische Gesundheit/KJP/ PST	St. 12/22 (1,0)	PST-Tal (1,0)				2,0 VK
Organ- Transplantation (Tx)	St. 48 (1,0)	St. 18 (0,5)				1,5 VK
Geburtshilfe / Frauengesundheit	St. 59/61 (1,0)	Kreißsaal (1,0)				2,0 VK

Department/ Bereich	IM	CRONA	UFK	KK	PSYCH	AUG	HAUT	HNO	Σ
VK	5	5	3	4,5	3	0,5	0,5	0,5	22,0 VK

Am UKT werden APN/APM im TV-UK EG-12 eingruppiert. Bei Übernahme eigenständiger Forschungsaktivitäten mit dem mittelfristigen Ziel der Drittmittelakquise (z.B. Industriesponsoring) besteht eine weitere Finanzierungsquelle für die Beschäftigung von APN's /APM's. Der Drittmittelbereich steht am UKT am Anfang einer Entwicklung – Drittmittelkonten sind hierfür eingerichtet. Sollte eine Finanzierung über das Pflegebudget nicht mehr möglich sein, so ist die Alternative des UKT die Finanzierung über den Overhead der PPR 2.0 (s. Punkt 3.5).

- Pflegedienst in der Somatik (ohne Psychiatrie): 1.400 VK
- Overhead für Führung nach PPR 2.0: 28 VK (davon 8 PDLs in Somatik)

Als APN-Stellenanteil verbleiben nach Abzug der PDL-Stellen somit 20 VK für den nicht direkt in der Station gebuchten Anteil für übergreifende / zentrale Aufgaben (PPR-Overhead 28 VK – 8 VK = 20 VK).

- APN/APM 40% Station + 60% fachliche zentrale Führung: aktuell 13,2 VK als zentraler Anteil gebunden von den 22,0 VK's an ausgewiesenen APN/APM-Stellen
- Ausbau und Entwicklung für die Zukunft: 6,8 VK (= weitere 17 Stellen)

4.2 Organisatorische Zuordnung und Eingruppierung von APN-Rollen an der Uniklinik Köln

Die Entwicklung von APN-Rollen ist an der Uniklinik Köln in ein übergreifendes Laufbahnmodell eingebettet (s. Abb. 1). Dieses umfasst drei Entwicklungsstränge: die Führungslaufbahn (u. a. Teamleitung, Pflegedienstleitung, Pflegedirektor/in), die Bildungslaufbahn (Praxisanleitung, Pflegedidaktische Leitung, Leitung Schule, Leitung Bildungsstätte) und die Fachliche Laufbahn (Pflegeexpert:in mit Weiterbildung, mit Bachelor, Pflegeexpert:in APN mit mindestens Master, Fachliche Leitung mit mindestens Master und Leitung Stabsabteilung Pflegepraxis-Entwicklung mit Doktorat).

APNs werden zu 100 % auf dem Stellenplan des Haupteinsatzortes, also einer bettenführenden Station, verbucht. Um eine kontinuierliche Anwesenheit und Ansprechbarkeit der APNs sicherzustellen, arbeiten sie in der Regel von Montag bis Freitag. Sie werden nach TV-L EG 12 eingestuft. Da Zulagen (u. a. Nacht-, Zeit-, Feiertags-, Wochenendzuschläge) wegfallen, kann der Verdienst geringer ausfallen. Diese Verluste werden gegebenenfalls durch Zulagen ausgeglichen. Wenn APNs zu mindestens 50% in Forschungsprojekte eingebunden sind, ist eine Eingruppierung nach EG 13 möglich.

APNs, die überwiegend auf einer Station tätig sind, werden disziplinarisch der pflegerischen Teamleitung unterstellt und – soweit bereits vorhanden – fachlich der Fachlichen Leitung. APNs, die klinik- oder zentrumsübergreifend eingesetzt werden, werden disziplinarisch der zuständigen Pflegedienstleitung und fachlich der Leitung für Pflegepraxisentwicklung unterstellt. Sowohl bei der Personalauswahl als auch bei der Implementierung der APNs wirkt die Stabsabteilung Pflegepraxis-Entwicklung mit. So soll eine einheitliche, systematische Entwicklung der Rollen und Aufgabenprofile sowie Synergien für die Praxisentwicklung in der Uniklinik Köln sichergestellt werden. Die Implementierung der APN-Rolle läuft als Projekt über zwei Jahre.



Abb. 1: Laufbahnmodell an der Uniklinik Köln

5. Multiprofessionalität und Teamzusammenarbeit

Die Implementierung der APN-/APM-Rolle in einem Akutkrankenhaus setzt eine enge Einbindung in bestehende multiprofessionelle Teams voraus.

Integration der APN-/APM-Rolle in multiprofessionelle Teams

APN/APM wirken als zentrale Verbindungspersonen zwischen ärztlichem, pflegerischem, geburtshilflichem und therapeutischem Personal. Sie bringen fundierte klinische Expertise ein, erkennen frühzeitig Versorgungsbedarfe, unterstützen bei der Planung individueller Behandlungs-, Geburtshilfe- und Pflegeprozesse und fördern evidenzbasiertes Arbeiten.

In Deutschland zeigt eine nationale Querschnittsstudie: APNs übernehmen bereits vielseitige Aufgaben im Akutsetting, von direkter Patient:innenversorgung über Anleitung und Beratung bis zu Führungs- und Forschungsaufgaben und nähern sich damit zunehmend dem internationalen Standard an (von der Lühe, 2024).

Kommunikation und Schnittstellenmanagement

Effektive Kommunikation ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für eine gelungene Interprofessionalität. Studien unterstreichen, dass unklare Rollenverteilungen, fehlende Übergabeprotokolle oder ineffizienter Informationsfluss die Zusammenarbeit hemmen können, besonders bei komplexen Patient:innen. Ein systematischer Review zeigt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit in stationären Einrichtungen tendenziell positive Effekte auf patientenberichtete Outcomes haben kann. Jedoch ist die Evidenz aufgrund großer methodischer Unterschiede und hoher Bias-Risiken noch nicht eindeutig (Geese, 2023; Kaiser, 2022). In der Schweiz betonen Fachpersonen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit die Versorgung komplexer Patient:innen insbesondere durch strukturierte, gemeinsame Übergaben und klare Kommunikationswege signifikant verbessern kann (Geese, 2023).

Teamintegration

Ein etabliertes Instrument zur Förderung der Interprofessionalität sind strukturierte interdisziplinäre Visiten am Bett. Sie ermöglichen gemeinsame Entscheidungsfindung, stärken das Vertrauen im Team und verbessern Patient:innenzentrierung sowie -sicherheit (Heip et al., 2022; O'Leary, 2011).

APNs/APMs füllen wesentliche interdisziplinäre Rollen aus und zeigen dabei den Mehrwert für die Patient:innenversorgung auf, unter anderem durch Coaching und kollegiale Beratung (Bales, 2025).

6. Schlussfolgerung und zentrale Empfehlungen

Die Einführung von APN/APM bietet Einrichtungen die Chance, hochkomplexe Versorgungsbedarfe evidenzbasiert, personenzentriert und sektorenübergreifend zu adressieren. Der Leitfaden bündelt hierzu einen praxisorientierten Implementierungsansatz: Mit dem PEPPA Framework wird die Rollenentwicklung konsequent, ausgehend von einer klar definierten Zielpopulation, einer IST-Analyse des Versorgungsmodells und der priorisierten Versorgungsprobleme, gestaltet. Dadurch wird vermieden, dass Rollen primär „von der Qualifikation her“ entwickelt werden, ohne an konkreten Versorgungslücken und messbaren Zielen anzusetzen. Für eine nachhaltige Wirkung ist neben dem Implementierungsprozess vor allem die organisationale Verankerung entscheidend. Einrichtungen benötigen hierfür verbindliche Governance-Strukturen, klare Kommunikations- und Entscheidungswege sowie sichtbare Unterstützung durch Führungspersonen. APNs/APMs entfalten ihren Mehrwert insbesondere dann, wenn Rollen- und Aufgabenprofile eindeutig beschrieben, Schnittstellen aktiv moderiert und Rollenkonflikte früh adressiert werden. Strukturierte Onboarding- und Rollenentwicklungsprogramme unterstützen Rollenklarheit, Akzeptanz im multiprofessionellen Team und die langfristige Integration in klinische Versorgungspfade. Eine transparente Zuordnung von Aufgabenanteilen, eine nachvollziehbare Dokumentation sowie eine indikatorengestützte Erfolgsmessung sind zentrale Voraussetzungen, um die Rolle dauerhaft zu etablieren und in Budget- und Entgeltverhandlungen belastbar zu vertreten.

Kernaussagen für die Praxis:

- APN/APM-Einführung gelingt am besten bedarfsgesteuert (Zielpopulation → Versorgungslücken → Ziele → Rollenprofil).
- Governance, Leitungssupport und klare Schnittstellen sind zentrale Erfolgsfaktoren.
- Rollenentwicklungsprogramme erhöhen Rollenklarheit, Akzeptanz und Nachhaltigkeit.
- Evaluation und Monitoring (Struktur-, Prozess-, Ergebnisindikatoren) ermöglichen iterative Rollenoptimierung.

Literaturverzeichnis

- Bales G, Hasemann W, Kressig RW, et al. Scope of practice, competencies and impact of advanced practice nurses within APN-led models of care for young and middle-aged adult patients with multimorbidity and/or complex chronic conditions in hospital settings: a scoping review. *BMJ Open*. 2025;15:e091170. doi:10.1136/bmjopen-2024-091170.
- Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530–540. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.
- Cignacco E, et al. Advanced Midwifery Practice in Switzerland: development and challenges. *European Journal of Midwifery*. 2024;8:15. doi:10.18332/ejm/185648.
- Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers No. 54*. Paris: OECD Publishing; 2010.
- Denninger NE, Ries KS, Jux C. Faktoren bei der Implementierung von APNs in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum: ein Scoping Review. *Pflege & Gesellschaft*. 2023;28(4):352–367.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Positionspapier: Advanced Nursing Practice in Deutschland. Berlin: DBfK Bundesverband e.V.; 2019.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Rolle des Pflegemanagements zur Etablierung von Advanced Practice Nurses. Berlin: DBfK Bundesverband e.V.; 2025. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Rolle-des-Pflegemanagements-zur-Etablierung-von-Advanced-Practice-Nurses_022025.pdf
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). Gemeinsame Definition (2025). Verfügbar unter: https://dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2025.pdf
- Fajarini M, et al. Effects of advanced practice nurses on health-care costs, quality of care, and patient well-being: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2025;162:104953.
- Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*. 2023;11(3):359. doi:10.3390/healthcare11030359.
- Goemaes R, Beeckman D, Goossens J, Shawe J, Verhaeghe S, Van Hecke A. Advanced midwifery practice: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2016;42:29–37. doi:10.1016/j.midw.2016.09.004.

Literaturverzeichnis

- Heip T, Van Hecke A, Malfait S, Van Biesen W, Eeckloo K. The effects of interdisciplinary bedside rounds on patient centeredness, quality of care, and team collaboration: a systematic review. *J Patient Saf.* 2022;18(1):e40–e44. doi:10.1097/PTS.0000000000000695.
- Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances.* 2021;3:100034. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100034.
- International Council of Nurses (ICN). *Guidelines on Advanced Practice Nursing.* Geneva: ICN Publications; 2020.
- Kaiser L, Conrad S, Neugebauer EAM, et al. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. *Syst Rev.* 2022;11:169. doi:10.1186/s13643-022-02027-x.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. *Advanced Practice (Midwifery) Standards and Requirements.* 2018.
- O’Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, Williams MV. Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med.* 2012;7(1):48–54. doi:10.1002/jhm.970.
- Poghosyan L, Maier CB. Advanced practice nurses globally: responding to health challenges, improving outcomes. *Int J Nurs Stud.* 2022;132:104262. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104262.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet.* 2014;384(9948):1129–1145.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Schober M, Affara F. *Advanced Nursing Practice.* Oxford: Blackwell/ICN; 2006. Deutsche Übersetzung: Spirig R, De Geest S (Übers.). *Advanced Nursing Practice.* Bern: Huber; 2008.
- von der Lühe V, Roos M, Adams A, Scholten N, Köpke S, Dichter MN. Evolution of advanced practice nursing in acute care in Germany: a cross-sectional study of nurses’ scope of practice. *Int Nurs Rev.* 2024. doi:10.1111/inr.1290.

Anhang 1 – Ergänzung zu Punkt 3.5 (Finanzierungsmöglichkeiten)

Zu Finanzierungsmöglichkeiten für eingesetzte APN/APM (3.5)

Tübinger Modell: Beispiel zur Finanzierung der Funktion des CNS

Diese Leitungsebene der Pflege unterhalb einer Geschäftsleitung und oberhalb der Stationsebene kann neben den bekannten PDL-Funktionen (mit dem Schwerpunkt Organisation und Management) künftig auch mit fachlichen Leitungspersonlichkeiten besetzt werden in der Funktion einer APN/APM. Die Stellen der Leitungsebene der Station (Stationsleitung bzw. Pflegerischen Bereichsleitung) werden über den täglichen Pflegegrundwert (§§ 12, 14, 19 PPBV) abgedeckt und aus den Zuweisungsbeträgen für die Pflegestation finanziert. In der Anlage 2 des Referentenentwurfs zur PPBV wird ausgeführt, welche Leistungen darunterfallen - diese sind:

- Besprechungen (Dienstübergabe, Einarbeitung, stationsbezogen Qualitätssicherung)
- Leitungsaufgaben (Personaleinsatz, Dienst- und Mitarbeiterbesprechungen, Kontrollaufgaben)
- Ablauforganisation (Disposition Arznei und Material, Verwaltungsaufgaben, Hygiene)
- Innerbetriebliche Fortbildung
- Kind-/Elternbetreuung (anleiten, kontrollieren, erklären, aufklären)

Somit wäre mit dem Personal-Overhead der PPR 2.0 (1 : 50) eine APN/APM-Struktur dauerhaft finanzierbar. Eine mögliche Skalierung bezogen auf unterschiedliche Krankenhausgrößen ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Welche Anzahl von APN/APM ließen sich über die PPR 2.0 finanzieren abzüglich einer notwendigen PDL-Struktur abhängig von der Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ)?

Akutkrankenhaus	Pflege VZÄ DA 01	Betten	Anzahl Leitung:	APN – PDL
Klein bis 300 Betten	300	300	6 VZÄ	4,5 – 1,5
Mittel bis 600 Betten	600	600	12 VZÄ	9 – 3,0
Groß bis 900 Betten	900	900	18 VZÄ	12 – 6,0
Maximalversorger	1200 - 1500	1.200-1.500	24 – 28 VZÄ	14 – 12

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Erfolgreiche Implementierungsbeispiele aus der Praxis aus den Universitätskliniken Deutschlands

Praxisbeispiel APN Critical Care – Universitätsklinikum Regensburg

Ausgangssituation/ Problemstellung

Durch den demografischen Wandel nimmt die Zahl komplexer Patientensituationen sowie der Versorgungsbedarf chronisch- und multimorbid Erkrankter zu; zugleich steigen hochinvasive Behandlungsverfahren (z. B. eCPR, TAVI) und Critical-Care-Anforderungen auf Allgemeinstationen, während ein Mangel an IMC-Betten die Versorgung zusätzlich erschwert.

Zielsetzung

Veränderte Personalstruktur und Fluktuation. Die ANP-Funktion soll den wachsenden Herausforderungen mit einer Ergänzung im pflegerischen und multidisziplinären Versorgungsauftrag begegnen. Komplexe Patientensituationen und ein erweiterter Pflegebedarf sollen identifiziert und systematisch erfasst, Interventionen geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter des Pflegediensts systematisch sowie individuell durch die ANP-Funktion zu unterstützen.

Umgesetzte Maßnahme/ Vorgehen

Systematische Implementierung entsprechend des PEPPA-Frameworks. Partizipative Umsetzung durch eine Steuerungsgruppe.

- Anwendung eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses zur Beurteilung eines erweiterten Pflegebedarfs.
- Prozessplanung und -begleitung bei erweitertem Pflegebedarf
- Fachliche sowie strategische Beratung
- Patientenzentrierte Unterstützung bei komplexen Situationen
- Anwendung Evidenz basierter Pflege
- Transfer relevanter Forschungsergebnisse in die Praxis
- Enge Zusammenarbeit und fachlicher Austausch mit dem Management, ärztlichem Dienst und beteiligten Disziplinen.

Ergebnisse/ Erfolge

Die Implementierung ist im Sinne von erfolgreichem Changemanagement gelungen. Nachhaltige Informationsstrategien und die Beteiligung aller Stakeholder sind unterstützende Faktoren. Der mitarbeiterbezogene Nutzen ist, deutlich zu erkennen. Wichtig erscheinen neben edukativen sowie kommunikativen Faktoren die Vorbildfunktion in der Ausübung einer erweiterten Pflegekompetenz. Der Pflegeexperte wird als Experte wahrgenommen und genutzt. Die Mitarbeiter beschreiben einen persönlichen Kompetenzzuwachs. Zudem sehen die Mitarbeiter verbesserte Patientenergebnisse und wünschen eine Ausweitung und Verstetigung von ANP.

Systematische Evaluation ist ausführlich einsehbar unter: Dittrich M. & Schuster S. (2021) Evaluation der Rolle eines Pflegeexperten APN-CC. Eine Analyse aus der Mitarbeiterperspektive. Pflegewissenschaft (4) 23, S. 275-281. DOI: 10.3936/11993

Lessons Learned/ Empfehlungen

Ein starker patient:innenzentrierter Ansatz ist sicher vorteilhaft. Die partizipative Entwicklung erscheint das Verständnis und die Akzeptanz zu fördern. Schrittweises Vorgehen, um Erfolge zu ermöglichen. Die Organisation muss sich mit entwickeln. Es können nicht Alle überzeugt werden.

Praxisbeispiel APN in der Hämatonkologie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Bei Patient:innen die die Erstdiagnose Leukämie erhalten, entsteht häufig eine komplexe Versorgungssituation, wobei sich der Krankheitsverlauf potentiell lebensbedrohlich entwickeln kann. Aufgrund der Diagnose, Therapie und deren Folgen kann es zu Komplikationen bzw. Nebenwirkungen kommen, die einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf notwendig machen. Dieser Bedarf konnte bis zur Implementierung der APN-Rolle nicht optimal abgedeckt werden.

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Zielsetzung

Mit der Implementierung einer APN in der Hämatookologie wird das Ziel verfolgt, eine bedarfsgerechte und spezialisierte Information und Edukation der Patient:innen sicherzustellen. Dadurch soll das Selbstmanagement gestärkt und der Umgang mit möglichen Nebenwirkungen unterstützt werden.

Die APN soll eine wichtige Schnittstelle im Behandlungsteam darstellen und die Kontinuität in der komplexen Versorgung garantieren. Die ergänzende Versorgung der Patient:innen durch eine APN soll anhand von Patient Reported Outcomes evaluiert werden, um eine kontinuierliche und auf die Bedürfnisse der Patient:innen fokussierte Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes zu erreichen.

Umgesetzte Maßnahme/ Vorgehen

Die Implementierung der APN-Rolle erfolgt anhand des PEPPA-Frameworks und unter Anwendung der Basistätigkeiten APN des UKE. Ein regelmäßiger Austausch mit den beteiligten Stakeholdern erfasst die Erwartungen und den aktuellen Stand der Entwicklung der APN-Rolle. Die Entwicklung eines Beratungskonzeptes für die Patient:innengruppe, sowie die Erstellung bzw. Aktualisierung bestehender Informationsmaterialien unterstützt die individuelle und gezielte Beratung.

Ergebnisse/ Erfolge

Die APN wird in ihrem Team / im Zentrum als Expertin wahrgenommen und gezielt bei Fragen oder Problemstellungen kontaktiert. Es konnten erfolgreich Strukturen implementiert werden, die eine ergänzende Beratung und Edukation der Patient:innen mit einer Erstdiagnose Leukämie ermöglichen. Dadurch konnte die Kontinuität in der Versorgung der Patient:innen deutlich verbessert werden. Die Evaluation der APN-Rolle sowie der Beratungsintervention wurde geplant und kann zeitnah umgesetzt werden.

Lessons Learned/ Empfehlungen

Der regelmäßige Austausch innerhalb des Behandlungsteams unterstützt die erfolgreiche Umsetzung, schafft Transparenz und Akzeptanz der APN-Rolle. Interventionen müssen auf die Bedürfnisse der Patient:innen ausgerichtet sein, um erfolgreich zu sein.

Praxisbeispiel APN Kinderchirurgie (Universitätsklinikum Heidelberg)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Kinder mit Stoma oder angeborenen gastrointestinalen Fehlbildungen und deren Eltern haben einen hohen pflegerischen Beratungs- und Schulungsbedarf. Sie gelten als besonders vulnerable Patient:innengruppe, da sie stark vom Pflegehandeln der Eltern abhängig sind und der Übergang vom stationären in den häuslichen Bereich mit hohen Risiken verbunden ist. Durch den Umzug der Sektion Kinderchirurgie aus der Chirurgischen in die Kinderklinik bestand eine Versorgungslücke in der spezialisierten pflegerischen Expertise.

Zielsetzung

Ziel der APN-Rolle ist eine kontinuierliche, familienzentrierte pflegerische Begleitung über den gesamten Versorgungspfad hinweg. Komplikationen, Unsicherheiten und unnötige Wiedervorstellungen sollen vermieden und die Handlungssicherheit der Familien gestärkt werden.

Umgesetzte Maßnahmen/ Vorgehen

Entsprechend der Beratungs- und Schulungsbedarfe wurde ein dreigliedriges Versorgungskonzept etabliert. Präoperativ: Vorbereitung, altersgerechte Information und Erwartungsmanagement; Postoperativ: differenziertes Stoma-Assessment, individuelle Versorgung und schrittweise Schulung; Entlassung und Transition: strukturierte Entlassungsplanung, Organisation der Nachsorge und Hilfsmittelversorgung. Je nach Alter wird darauf Wert gelegt, dass das Kind möglichst selbstständig agieren kann. Bei Säuglingen und Kleinkindern steht das Empowerment der Eltern im Vordergrund. Im Verlauf erfolgt der Kontakt zur Nachsorge und die Sicherstellung der häuslichen Versorgung mit Pflegedienst und angepasstem Material.

Ergebnisse/Erfolge

Die strukturierte APN-geleitete Versorgung führt zu hoher Akzeptanz bei Familien, reduziert Ängste und fördert eine sichere häusliche Versorgung. Durch die Prozessgestaltung der APN Rolle wird sichergestellt, dass pflegerische Standards konsistent umgesetzt sowie Versorgungsabbrüche frühzeitig erkannt und vermieden werden.

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Lessons Learned/ Empfehlungen

Spezialisierte pädiatrische APN-Rollen richten sich häufig an kleine und heterogene Patient:innen-gruppen, deren Versorgungsbedarfe stark variieren. Um dennoch eine kontinuierliche und effiziente Versorgung sicherzustellen, wurde die Rolle bewusst auf inhaltlich verwandte Pflegeprobleme erweitert, wie beispielsweise chronische Obstipation oder komplexe angeborene Fehlbildungen.

Die Outcomes, die künftig systematisch evaluiert werden sollen sind: Klinische Outcomes (z.B. Peristomale Hautschäden, Leckagen, Infektionen Arztkontakte und Einweisung), Familienzentrierte Outcomes (z.B. Elternkompetenz, Angst und Unsicherheit, sichere häusliche Versorgung, Lebensqualität, Ökonomische Outcomes (z.B. Verweildauer, Materialverbrauch, Notfallvorstellungen, Entlastung Pflege und Ärzte).

Autor:innen: Luisa Leiby, Carolin Anders
Stand: 21.01.2026

Praxisbeispiel: Einführung einer APN-Rolle in der Onkologie (Uniklinik Köln)

Ausgangssituation

Neben den spezifischen Bedarfen von Patient:innengruppen können auch organisations-bezogene beziehungsweise unternehmens-strategische Ziele ein Kriterium für die Etablierung von APN-Strukturen sein (Spichinger et al., 2018). Um die Zertifizierungsanforderungen der verschiedenen Krebszentren zu erfüllen, die eine Mindestbesetzung mit fachweitergebildeten und/oder akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen vorsehen, wurde eine bereits masterqualifizierte Pflegefachperson gezielt mit dem Aufbau und der Entwicklung der APN-Rolle betraut.

Ziel

Durch die Implementierung der hier beschriebenen APN-Rolle sollten erste praktische Erfahrungen in der Entwicklung erweiterter pflegerischer Rollen gewonnen und zugleich die Versorgung von Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen nachhaltig verbessert werden.

Umgesetzte Maßnahme / Vorgehen

Nach einer Beratung durch den Pflegeexperten Matthias Naegele (vormals Universitätsklinikum Freiburg, jetzt St. Gallen, Schweiz) folgten eine umfassende Literaturrecherche, die Erstellung einer Tätigkeitsbeschreibung sowie die Ausschreibung der Position. Eine erste Gap-Analyse – mit dem Schwerpunkt auf Chemotherapie-induzierter Mucositis – wurde durch die Auswertung der Pflegedokumentation und die Überprüfung bestehender Standards durchgeführt. Strategien zur Verbesserung der systematischen Erfassung und Dokumentation, der Patient:innenschulung und zur Linderung von Beschwerden wurden entwickelt und umgesetzt.

Danach ergab sich für die ANP kurzfristig die Chance, an einem Drittmittelantrag unter Leitung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln mitzuarbeiten. Nachdem der Antrag positiv beschieden wurde, konnte die APN mit einer 50%-Stelle in das Forschungsprojekt eingebunden werden. In diesem Projekt wird ein pflegegeleitetes, integratives Versorgungsmodell für onkologisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren (intVem) entwickelt. Im Rahmen des Projekts werden Bedarfe erhoben, bestehende Angebote analysiert sowie bedarfsgerechte Interventionen entwickelt, implementiert und evaluiert. Das Projekt bezieht gezielt wichtige Akteur:innen aus der Praxis in die Entwicklung mit ein. Die Gestaltung des Aufgabenprofils einer APN für die Betreuung von Patient:innen mit Migrationshintergrund ist ein wichtiges Ziel.

Ergebnisse / Erfolge

Der Aufbau des APN-Profiles erfolgt hier – als Sonderweg – durch Beteiligung an einem Forschungsprojekt zur Identifizierung der spezifischen Bedarfe von Patient:innen mit Migrationshintergrund und der systematischen Entwicklung eines neuen Versorgungsmodells konsequent methodisch und evidenzbasiert.

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Lessons Learned / Empfehlungen

Ursprünglich war eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt nicht geplant – sie erweist sich aber als hilfreich für ein stringentes Vorgehen, das Anschlussfähigkeit und Nachhaltigkeit sichert. Das dabei entstehende Versorgungskonzept besitzt Modellcharakter für weitere Entwicklungen. Dieses Vorgehen ist sicherlich eine Ausnahme, denn die Option, wissenschaftliche Projekte durchzuführen, ist derzeit eher noch selten. Es ist aber grundsätzlich sinnvoll, die APN-Rollen so anzulegen, dass eine Kombination aus direkter Patient:innenversorgung und Forschungsarbeit möglich ist. So kann kontinuierliche Weiterentwicklung nach dem Prinzip der Wissenszirkulation, bei der Praxis und Wissenschaft unmittelbar voneinander profitieren (Vollmar et al., 2017), langfristig gelingen.

Autor:innen: Dr. Immanuel Baar und Dr. Barbara Strohbücker

Stand: 12.12.2025

Literatur

Elisabeth Spichiger, Maya Zumstein-Shaha, Maria Schubert, Luzia Herrmann (2018): Gezielte Entwicklung von Advanced Practice Nurse-Rollen für spezifische Patient(inn)engruppen in einem Schweizer Universitätsspital. *Pflege* 2018 31:1, 41-50. [Url: https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000594](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000594)
Vollmar, H.C., Santos, S., de Jong, A. et al. Wie gelangt Wissen in die Versorgung? *Bundesgesundheitsbl* 60, 1139–1146 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2612-z>

Praxisbeispiel APN Trainee Spezialisierung: Versorgung von Patient:innen mit Parkinson (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Mitarbeitende mit einem abgeschlossenen Masterabschluss, die noch keine sechs Jahre Berufserfahrung in der Praxis vorweisen können, haben häufig zu wenig fachliches Wissen um eine Expert:innenrolle als APN einnehmen zu können. Um den Mitarbeitenden die Möglichkeit der fachlichen Wissenserweiterung, sowie eine konkrete Vorbereitung auf die APN Rolle innerhalb eines klar strukturierten Rahmenkonzeptes zu ermöglichen, wurde das 18-monatige APN Trainee Programm entwickelt.

Die Versorgung von Parkinson-patient:innen weist derzeit insbesondere Lücken zwischen stationärer und ambulanter Versorgung auf. Patient:innen erleben oft eine Diskontinuität in der Behandlung, was zu einer Verschlechterung der Lebensqualität führen kann.

Zielsetzung

Im Rahmen des Trainee Programm soll ein Projekt durchgeführt werden, welches zum einen die Erhebung der aktuellen Versorgungsstruktur sowie die derzeitigen Therapieangebote von Patient:innen mit Parkinson erfasst. Es wird das Ziel verfolgt ein patientenorientiertes Versorgungskonzept zu entwickeln und zu implementieren. Die Evaluation erfolgt anhand festgelegter Kriterien wie z.B. Lebensqualität, Mobilität und der Wiedereinweisung ins Krankenhaus als Notfall.

Umgesetzte Maßnahme/ Vorgehen

Ein Projektantrag, welcher durch die Stationsleitung, pflegerische Zentrumsleitung und die Stabstelle Pflegewissenschaft geprüft wurde, stellt die Grundlage zur Bearbeitung und Umsetzung des Projektes dar. Ergänzend finden im Zusammenhang mit dem Trainee Programm theoretische Inputs, Hospitationen und Selbstlerneinheiten statt, um gezielt fachliche Inhalte aufzufrischen und zu ergänzen. Die Umsetzung erfolgt anhand von Arbeitspaketen, die im Meilensteinplan zeitlich zugeordnet sind.

Ergebnisse/ Erfolge

Eine regelmäßige Evaluation im Abstand von 2 Monaten stellt den Fortschritt der Entwicklung sicher und gibt bei Bedarf Möglichkeiten für zeitnahe Anpassungen im Prozess. Im derzeit noch laufenden Trainee Programm konnten bereits erste Entwürfe für einen Pflegestandard, Schulungsinhalte und das Versorgungskonzept erstellt werden. Es findet bereits nach 10 Monaten im Trainee Programm eine Veränderung bezüglich der fachlichen Ansprechbarkeit und Akzeptanz der Person im Trainee Programm statt. Diese bezieht sich nicht nur auf das pflegerische, sondern auch auf das interprofessionelle Versorgungsteam. Erfolge in Bezug auf die Versorgung der Patient:innen können zum derzeitigen Umsetzungsstand noch nicht berichtet werden.

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Lessons Learned/ Empfehlungen

Bereits während der Umsetzung der ersten APN Trainees zeigt sich, dass die intensive Betreuung sowie das strukturierte Vorgehen die Implementierung der Rollen positiv unterstützen. Es findet eine bessere Vorbereitung auf die spätere Umsetzung der APN Rolle statt, was zusätzlich zu einer verbesserten Akzeptanz führt. Dies kann u.a. auf eine bessere Transparenz zurückgeführt werden, da die einzelnen Projektschritte regelmäßig evaluiert und entsprechend angepasst, sowie den Beteiligten kommuniziert werden.

Für die Umsetzung eines Trainee Programms kann daher eine klare Empfehlung ausgesprochen werden.

Praxisbeispiel APN Herzinsuffizienz (Universitätsklinikum Heidelberg)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Herzinsuffizienz ist eine häufige chronische Erkrankung mit hoher Hospitalisierungsrate und erheblicher Einschränkung der Lebensqualität. Neben der medikamentösen Therapie besteht ein hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf, insbesondere in den Bereichen Krankheitsverständnis, Selbstmanagement und Adhärenz. Die physische Belastbarkeit nimmt bis hin zur Pflegebedürftigkeit ab, was auch zu massiven psychischen Belastungen führt. Hieraus ergibt sich ein erweiterter pflegerischer Bedarf zur Verbesserung der Adhärenz für die Betroffene und ihre Angehörigen.

Zielsetzung

Ziel der APN-Rolle ist die Beantwortung der pflegerischen Bedarfe bei Menschen mit Herzinsuffizienz. Die Verbesserung von Selbstmanagement, Lebensqualität und Versorgungskontinuität kann so auch zu einer Verbesserung der Prognose beitragen. Durch strukturierte Beratung und Edukation sollen Krankheitskompetenz und Eigenverantwortung gestärkt sowie vermeidbare Wiedereinweisungen reduziert werden.

Umgesetzte Maßnahmen/ Vorgehen

Die APN-Rolle wurde 2022 nach dem PEPPA-Framework entwickelt und implementiert. Kern der Rolle ist eine spezialisierte pflegerische Herzinsuffizienzberatung mit Fokus auf: eine individuelle Beratung und Schulung während des stationären Aufenthalts, eine bedarfsorientierte Zieldefinition gemeinsam mit den Betroffenen sowie eine frühzeitige Vorbereitung auf die häusliche Versorgung und Transition. Die aufsuchende pflegerische Herzinsuffizienzberatung der APN erfolgt insbesondere bei Erstdiagnose, kardialer Dekompensation oder Therapieevaluation. Die Weiterbetreuung nach Entlassung wird über bestehende ambulante Versorgungsstrukturen sichergestellt. Ergänzend wurde eine APN-geleitete Sprechstunde etabliert.

Ergebnisse/Erfolge

Die APN fungiert als kontinuierliche, niedrigschwellige Ansprechpartnerin und trägt wesentlich zum Empowerment der Patient:innen sowie zu deren Zufriedenheit bei. Die strukturierte pflegerische Begleitung verbessert das Krankheitsverständnis, die Selbstbestimmtheit im Umgang mit der chronischen Erkrankung, unterstützt den Übergang in die Häuslichkeit und erhöht die wahrgenommene Versorgungsqualität.

Lessons Learned/ Empfehlungen

Die Begleitung über Sektorengrenzen hinweg ist wirksam, erfordert jedoch ausreichende personelle Ressourcen. Die Evaluation der Rolle gestaltet sich aufgrund multipler Einflussfaktoren sehr schwierig, daher sollten multidimensionale Outcomekriterien herangezogen werden (z. B. Lebensqualität, Therapieadhärenz, Sicherheit und Selbstmanagementkompetenz). Eine enge Verzahnung mit bestehenden medizinischen und ambulanten Strukturen ist entscheidend für die Nachhaltigkeit.

Autor:innen: Lena Jung, Carolin Anders

Stand: 21.01.2026

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Praxisbeispiel Einführung der APN-Rolle (Universitätsklinikum Essen)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Pflege beteiligt sich unzureichend an interprofessionellen Gremien wie z.B. Tumorboards oder Qualitätszirkeln. Einzelne Pflegeexpert:innen arbeiten vorrangig monoprofessionell. (Inter-)nationale Entwicklungen der Pflege waren bisher nur rudimentär etabliert; wissenschaftliche Erkenntnisse wurden nicht vollumfänglich in die Pflege integriert. Es bestand eine verminderte Attraktivität des Pflegeberufs aufgrund mangelnder beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Zielsetzung

Sicherstellung einer exzellenten, patient:innen-zentrierten und evidenzbasierten pflegerischen Patient:innenversorgung am UK Essen im interprofessionellen Setting. Anpassung bestehender Konzeptionen an den Anforderungswandel durch veränderte Rahmenbedingungen, u.a. durch: neue pflegerische Versorgungsbedarfe, gesetzliche Vorgaben und Zertifizierungsanforderungen, aktuelle nationale Expertenstandards und (inter-)nationale Leitlinien, interne strukturelle Veränderungen, Delegation von ärztlichen Tätigkeiten. Pflegerische Weiterentwicklung medizinischer Schwerpunkte des UK Essen auf höchstem Niveau und gelungener Theorie-Praxis-Transfer. Personalentwicklung von Pflegefachpersonen, um Karrierewege jenseits von Management und Lehre zu ermöglichen.

Umgesetzte Maßnahmen/ Vorgehen

Unter Leitung der Pflegedirektion wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die zunächst den IST-Zustand analysierte. Auf dieser Grundlage entstand die "Konzeption zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur mit Pflegeexpert:innen". Das Konzept wurde sowohl dem Vorstand wie dem Personalrat vorgelegt. Seit 2018 werden APNs in der Klinik nach folgendem Vorgehen etabliert: Identifikation des Bedarfs, z.B. aufgrund von Versorgungsbrüchen oder hochkomplexen Versorgungssituationen in einer Universitätsklinik, Gründung einer klinikbezogenen Lenkungsgruppe mit interprofessioneller Beteiligung, die zunächst Aufgabenprofile und Anforderungen definiert und

die APN bei der Schärfung des Rollenprofils ab Einstellung unterstützt. Begleitung der Rollenentwicklung durch Pflegewissenschaftler:innen aus der Stabsstelle "Entwicklung und Forschung Pflege" sowie Festlegung einer/eines Mentor:in im Fachbereich. Konzeptioneller Rahmen: Peppa-Framework sowie APN-Rollen nach Hamric.

Ergebnisse/Erfolge

APN-Rollen wurden erfolgreich in mehreren Fachbereichen etabliert. Die Aufgaben decken sich mit international anerkannten APN-Profilen. Pflegeexpert:innen leisten wichtige Beiträge in Konsilen & Pflegevisiten, Unterstützung bei hochkomplexen Versorgungssituationen, Patient:innenberatung, kollegialen Beratungen, Implementierung von evidenzbasiertem Wissen und Netzwerkarbeit. Es zeigt sich ein wachsendes Interesse von Fachkräften an Entwicklungsmöglichkeiten im eigenen Fachbereich. Weitere Fachbereiche melden sich fortlaufend mit Bedarfen an der Integration von APNs.

Lessons Learned/ Empfehlungen

Ein partizipativer, strukturierter Entwicklungsprozess (z.B. über das PEPPA-Framework) ist zentral für die erfolgreiche Rollenimplementierung. Interprofessionelle Lenkungsgruppen fördern Akzeptanz, Transparenz und bedarfsorientierte Entwicklung. Klare Rollen- und Aufgabenprofile sowie eine kontinuierliche Begleitung der Pflegeexpert:innen sind essenziell. Eine Rollenentwicklung kann nur gemeinsam mit dem pflegerischen Leitungsteam und den Pflegefachpersonen aus dem jeweiligen Bereich gelingen. Eine zentrale Koordinierungsstelle (z.B. Stabstelle "Entwicklung und Forschung Pflege") unterstützt Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung. Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss können an die Rolle herangeführt werden (zunächst mit angepasster Aufgabenbeschreibung für Pflegeexpert:innen, ab Masterabschluss dann als APN).

Stand: 29.07.2025

Anhang 2 - Konkrete Praxisbeispiele

Praxisbeispiel Implementierung einer APN auf Station (Medizinische Hochschule Hannover)

Ausgangssituation/ Problemstellung

Aufgrund der demografischen Entwicklung verdichten sich die Aufgaben der Pflege in Krankenhäusern immer weiter. Besonders in Universitätskliniken werden Patient:innen mit einem komplexen Versorgungsbedarf betreut. Dies erfordert eine spezialisierte und erweiterte Pflegepraxis. Aus diesem Grund wurde im Januar 2017 ein Forschungsprojekt zur Implementierung einer APN auf einer neurochirurgischen Station gestartet. Die Laufzeit betrug zwei Jahre.

Zielsetzung

Ziel des Projektes war es darzulegen, dass durch den Einsatz einer APN die Versorgung der Patient:innen sowie die Begleitung der Angehörigen sinnvoll ergänzt und das Pflegeteam entlastet werden kann. Die APN sollte nachhaltig in die Gesundheitsversorgung der Patient:innen auf einer neurochirurgischen Station integriert werden.

Umgesetzte Maßnahmen/ Vorgehen

Für die Implementierung einer APN auf Station war es notwendig, zunächst ihre Stellung im Team, die Rahmenbedingungen, die inhaltliche Ausrichtung sowie das berufliche Profil deutlich zu benennen. Die Einführung wurde durch das international anerkannte PEPPA-Framework geleitet. Ebenso wurden Methoden des Projektmanagements und der Aktionsforschung einbezogen. Die Zuordnung der APN im Organigramm erfolgte durch die Geschäftsführung Pflege in der Stabsstelle Pflegewissenschaft. Alle relevanten Berufsgruppen wurden in das Projekt einbezogen. Vorbehalte wurden gemeinsam lösungsorientiert diskutiert. Mittels qualitativer Interviews stellten sich Patient:innen mit Hirntumoren und deren Angehörige als Gruppe mit hohem Beratungs- und Versorgungsbedarf heraus. Das spätere Tätigkeitsfeld der APN konnte auf diese Weise bereits früh skizziert werden.

Ergebnisse/Erfolge

Durch weitere Befragungen der Mitarbeiter:innen und Patient:innen konnten mögliche Tätigkeitsfelder der APN konkretisiert werden. Es zeigte sich, dass eine wissenschaftlich fundierte Ist-Analyse zur Klärung des Tätigkeitsfeldes sowie eine folgende Funktionsbeschreibung der APN von besonderer Bedeutung ist. Als außerordentlich wichtig hat sich eine sorgfältige Analyse der beteiligten Berufsgruppen herausgestellt. Die Einbeziehung aller wichtigen Ansprechpartner war für das Gelingen des Projektes unabdingbar. Die Position der APN auf der Neurochirurgischen Normalstation der MHH wurde positiv bewertet. Das Stationsteam hat die APN als Ressource erkannt.

Lessons Learned/ Empfehlungen

Die Einführung neuer Stellen kann viel Zeit in Anspruch nehmen. Bei der erstmaligen Einführung einer APN bietet sich ein Einsatzort mit bestehendem komplexen Versorgungsbedarf an. Bei einer fehlenden Vorbildfunktion in einer Einrichtung ist es hilfreich, eine Hospitation bei einer erfahrenen APN durchzuführen. Ein gut ausgestatteter Büroarbeitsplatz, die räumliche Nähe zur Station und ein Zugang zu pflegewissenschaftlicher Literatur ist unumgänglich. Das Abstimmen der Erwartungen und eine transparente Kommunikationsstruktur ist als besonders wichtig einzustufen. Ebenso ist es von großer Bedeutung, die APN in das jeweilige Organigramm der jeweiligen Abteilung einzupflegen, um ihre Position und Kompetenzen sichtbar zu gestalten.

Stand: 2018

Hinweis: gekürzte Version

Impressum

Herausgeber

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken Deutschlands (VPU) e.V.

www.vpuonline.de

E-Mail: info@vpuonline.de

Redaktion und Koordination

- Jennifer Luboeinski (Koordinatorin im VPU)
- in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe APN Rollenklärung im VPU
- mit Unterstützung von Dr. Lynn Leppla (Universitätsklinikum Freiburg) und Inke Zastrow (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Autor:innen

- Carolin Anders (Universitätsklinikum Heidelberg)
- Susanne Arnold (Universitätsklinikum Augsburg)
- Yvonne Dintelmann (Universitätsklinikum Heidelberg)
- André Doherr (Universitätsklinikum Freiburg)
- Gisa Ebeling (VPU e.V.)
- Susanne Fallscheer (Universitätsklinikum Tübingen)
- Marina Filipović (Universitätsklinikum Köln)
- Jennifer Luboeinski (VPU e.V.)
- Klaus Tischler (Universitätsklinikum Tübingen)

Gestaltung und Layout

Jennifer Luboeinski, VPU

Grafiken und Icons

Fotos: © Universitätsklinikum Tübingen | Beate Armbruster

Icons: © Canva.com

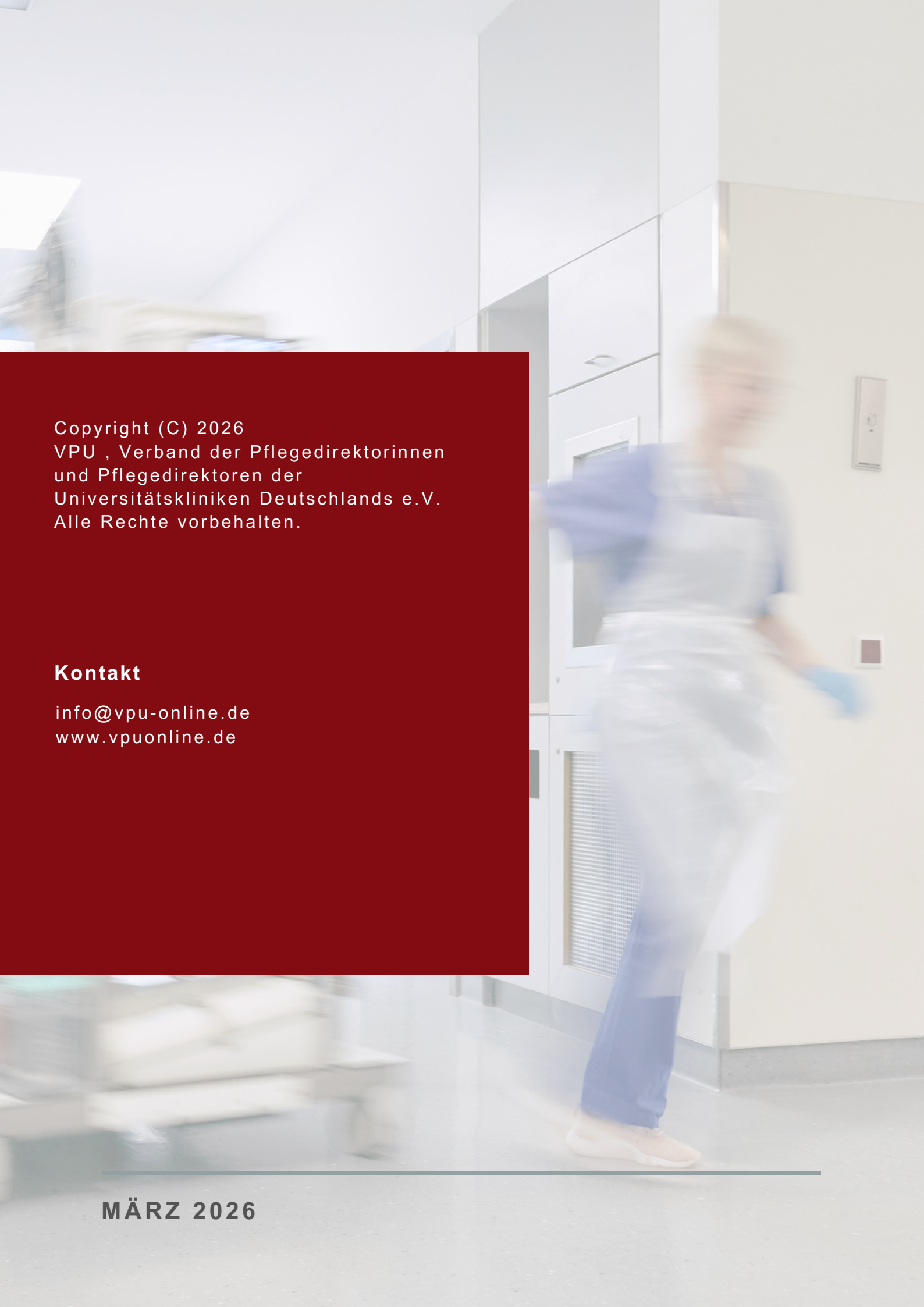
Erscheinungsdatum

März 2026

Copyright

© 2026 Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken Deutschlands (VPU) e.V.

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.



Copyright (C) 2026
VPU , Verband der Pflegedirektorinnen
und Pflegedirektoren der
Universitätskliniken Deutschlands e.V.
Alle Rechte vorbehalten.

Kontakt

info@vpu-online.de
www.vpuonline.de