

ANP - Rahmenkonzept Österreich

Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice



ANP-Rahmenkonzept Österreich

Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice

Autorinnen:

Claudia Leoni-Scheiber

Silvia Neumann-Ponesch

Forum ANP Austria:

Martina Bruckner Natalie Lottersberger Reinhard Schmidt

Beate Czegka Elisabeth Rappold Stefan Tautz

Andrea Kapounek Paul Resetarics Esther Trampusch

(Gabi Burgstaller, Herbert Herbst, Philipp Hermann)*

Lektorat:

Sabine Schlüter, Claudia Zweckmair

Mit freundlicher Unterstützung der FH Oberösterreich.

Fachliches Lektorat:

Margareta Bruckner Martin Fangmeyer Gerhard Müller Martina Spalt

Ana Cartaxo Cornelia Haas Barbara Semlitsch Helmut Täubl

Roland Eßl-Maurer Daniel Hausmann Karin Seper Harald Titzer

Keywords: Rahmenkonzept, Werkzeugkoffer, ANP, Dialog, concept, framework, position paper, dialog

Zitiervorschlag:

Leoni-Scheiber, C., & Neumann-Ponesch, S. (2024). *ANP-Rahmenkonzept Österreich. Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice*. Forum ANP Austria.

* von 2009 bis 2022 im Forum ANP Austria mitwirkende Personen

© Forum ANP Austria,
Jänner 2024

ISBN 978-3-200-09183-2



9 783200 091832

Vorwort

Ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem verlangt nach qualitativ hochwertig ausgebildeten Gesundheitsberufen. Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind eine starke Säule eines solchen Gesundheitssystems und durch ihre Expertise in hohem Maße versorgungsrelevant. Internationale Vergleiche zeigen, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer vertieften und erweiterten Kompetenz im Sinne einer Advanced Nursing Practice die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung nachhaltig verbessern können.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz enthält bereits den Grundstein für eine erweiterte Pflegepraxis. Diesen Grundstein gilt es im Sinne der Anforderungen, die wir heute im Gesundheits- und Pflegebereich vorfinden, weiterzuentwickeln. Dies soll zur Versorgungssicherheit, Patient*innenzufriedenheit und nicht zuletzt zur Attraktivierung der Pflegeberufe beitragen. School Nurses, Community Health Nurses usw. sollen auch in Österreich eine Selbstverständlichkeit werden! Welches enorme Potenzial in der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege steckt, stellen seit Jahren die ANP-Kongresse unter Beweis. Der vom Forum ANP Austria unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus der Pflegepraxis und dem Pflegemanagement erarbeitete ANP-Werkzeugkoffer wird sicherlich eine hilfreiche Grundlage sein, wenn es darum geht, neue Pflegerollen im Sinne der Advanced Nursing Practice auch rechtlich auszugestalten.

Abschließend bedanke ich mich bei allen, die am Forum ANP Austria mitgewirkt haben und mitwirken, für ihren wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich.

Johannes Rauch

**Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz**



Fotocredit: © Marcel Kulhanek/BMSGPK

Kurzfassung

Das Advanced Nursing Practice (ANP)-Rahmenkonzept Österreich 2024 ist das Ergebnis eines breiten und vertieften österreichweiten Dialogs zum Thema ANP/APN (Advanced Practice Nurse) und dient als Werkzeugkoffer und Hilfestellung, ANP in den verschiedenen Settings nachhaltig umzusetzen. Besondere Berücksichtigung bei der Gestaltung des Rahmenkonzepts fanden neben den internationalen Erkenntnissen und Erfahrungen vor allem vielfältige Perspektiven, Potenziale und Kenntnisse österreichischer APNs, Expert*innen der Pflege, Führungskräfte der Pflege, Pflegewissenschaftler*innen und Pflegepädagog*innen. Das ANP-Rahmenkonzept ist ein auf österreichische Rahmenbedingungen ausgerichtetes, pragmatisch anwendbares Dokument, das die vielfältigen Herausforderungen bei der Etablierung von ANP aufzeigt und eine optimierte Versorgung der Bevölkerung zum Ziel hat. Inhaltliche Schwerpunkte sind:

- ANP/APN Implementierung
- ANP/APN Pflegepraxis
- ANP/APN Qualität
- ANP/APN Pflegemanagement

Abstract

The Advanced Nursing Practice (ANP) framework concept Austria 2024 is the result of a broad and in-depth Austria-wide dialogue on the topic of ANP/APN (Advanced Practice Nurse) and serves as a toolbox and aid for the sustainable implementation of ANP in the various settings. In addition to international findings and experience, special consideration was given to the diverse perspectives, potential and knowledge of Austrian APNs, nursing experts, nursing managers, nursing scientists and nursing educators when designing the framework concept. The ANP framework concept is a pragmatically applicable paper geared towards the Austrian framework conditions, which highlights the various challenges in establishing ANP and aims to optimise care for the population. The content focuses on

- ANP/APN implementation
- ANP/APN nursing practice
- ANP/APN quality
- ANP/APN nursing management

Im Rahmenkonzept wird der Begriff „Patient*innen“ verwendet. Dieser ist synonym umzulegen auf Bürger*innen, Bewohner*innen, Klient*innen u. dgl.

Die im Text durch Anführungszeichen („ ...“) markierten Stellen ohne Referenzangaben sind Aussagen von Dialog- bzw. Workshopteilnehmer*innen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung des ANP-Rahmenkonzepts Österreich	1
1.2	Settings und Berufsgruppen	2
2	Methode.....	3
2.1	ANP-Dialoge.....	3
2.2	Workshop am ANP-Kongress 2023	5
2.3	EFN Workgroup ANP.....	5
2.4	Internationale Literatursichtung	5
3	Rahmen und Grundlagen.....	7
3.1	Das Modell von Hamric et al.: Ausgangspunkt internationaler Ausrollung.....	7
3.2	ICN-/EFN-Positions- und Arbeitspapiere.....	8
3.3	Österreichisches ANP-Positionspapier.....	10
4	Das ANP-Rahmenkonzept Österreich	13
4.1	Die Überführung – Implementierung von ANP.....	13
4.1.1	APN-Rollen definieren	14
4.1.2	Kommunikationskonzept/-strategie.....	16
4.1.3	Werkzeuge und Instrumente (Tools) zur Implementierung von ANP	18
4.2	Die Praxis – das Handlungsfeld von ANP.....	22
4.2.1	Verantwortung der APNs	23
4.2.2	Sichtbarkeit der APNs und ihrer Leistungen	24
4.2.3	Marketing von ANP.....	27
4.3	Sicherung und Entwicklung der Qualität durch ANP/APNs	28
4.3.1	Bürger*innenorientierung	30
4.3.2	Qualifikation der APNs.....	32
4.3.3	Empowerment oder „handlungsfähig sein“	35
4.4	ANP im Kontext des Managements	37
4.4.1	Talente fordern und fördern	38
4.4.2	Werte und Haltung	40
4.4.3	Organisation als „Enabler“	42
5	Schlussfolgerungen und Ausblick	44
6	Quellen/Literatur	45

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Die vier Säulen des ANP-Rahmenkonzeptes, jeweils mit ihren drei Elementen</i>	2
Abbildung 2: <i>Hamric's model of Advanced Practice Nursing (IG swissANP, 2013)</i>	7
Abbildung 3: <i>Elemente zur Implementierung der vertieften und erweiterten Pflegepraxis</i>	14
Abbildung 4: <i>PEPPA-Framework (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004, S. 532; Übersetzung der Autorinnen)</i>	19
Abbildung 5: <i>Elemente der ANP/APN-Pflegepraxis</i>	22
Abbildung 6: <i>Elemente zur Sicherung und Entwicklung von Qualität durch ANP/APNs</i>	29
Abbildung 7: <i>Elemente der vertieften und erweiterten Pflegepraxis im Kontext des Managements</i>	37
Tabelle 1: <i>Kernkompetenzen der APNs (EFN, 7.2023, S. 5)</i>	9
Tabelle 2: <i>Gegenüberstellung der Merkmale der Rollen CNS und NP (ICN, 2020, S. 24)</i>	9

Abkürzungen

ANDA	Austrian Nurse Directors Association	HAI(s)	Healthcare-Associated Infection(s)
ANP	Advanced Nursing Practice	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
APN(s)	Advanced Practice Nurse(s)	ICN	International Council of Nursing
BAG	Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit	IG swissANP	Interessengruppe Swiss Advanced Nursing Practice
CAM	Confusion Assessment Method	NMDS	Nursing Minimum Data Set
CI	Corporate Identity	NOC	Nursing Outcomes Classification
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature	NOS	National Occupational Standards
CNS	Clinical Nurse Specialist(s)	NP(s)	Nurse Practitioner(s)
DACH	Deutschland, Austria, Schweiz	NWC	National Workforce Competences
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	OE	Organisationsentwicklung
DD	Differenzialdiagnose(n)	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DGKP	Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in	ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
d.h.	das heißt	PADCS	Postacute Discharge Care Score
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegepraxis	P(F)A	Pflege(fach-)assistenz
DMP	Disease Management Program	PEPPA	Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing
EFN	European Federation of Nurses Associations	PVE(s)	Primärversorgungseinheit(en)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	SNL(s)	Standardized Nursing Language(s)
FH	Fachhochschule	SOP(s)	Standard Operating Procedure(s)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH	u.a.	unter anderem
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz	USP	Unique Selling Proposition
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege	WHO	World Health Organization
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale		

1 Einleitung

Eine sichere, qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheits- und Pflegeversorgung der Bevölkerung ist Ziel unseres österreichischen Systems. Auch wenn die Zielsetzung die gleiche ist wie in anderen Ländern, unterscheidet sich Österreich aufgrund nationaler Bedingungen wie kulturelle Gegebenheiten, Strukturen, Versorgungsprozesse sowie Finanzierung. Selbst innerhalb Österreichs finden wir Versorgungsunterschiede. Der Einsatz von Advanced Practice Nurses (APNs), international schon jahrzehntelang ausgerollt, ist in Österreich in Entwicklung begriffen. Noch gibt es für Entscheidungs- und Rollenträger*innen viele Unsicherheiten, so manche Hürden sind zu bewältigen. Das Rahmenkonzept für Advanced Nursing Practice (ANP) Österreich soll helfen, Fragen, die sich bei der Etablierung von APN-Rollen ergeben, näher zu beleuchten sowie Wege aufzuzeigen, wie in den verschiedenen Settings eigene Konzepte entwickelt und angewendet werden können.

Bei der Entwicklung des Werkzeugkoffers, der Beschreibung unterschiedlicher Methoden zur Umsetzung von ANP, und des ANP-Rahmenkonzepts für Österreich wurden folgende **Prinzipien** berücksichtigt:

- Orientierung am Versorgungsbedarf der Bevölkerung Österreichs
- Orientierung am Gesundheits- und Krankenpflegegesetz mit Option zur Erweiterung
- Orientierung an den realistischen Möglichkeiten und Ressourcen der Gesundheits- und Sozialunternehmen mit Option für Erweiterungen – pragmatische Anwendung
- Dynamik des Werkzeugkoffers: kontinuierliche Weiterentwicklung möglich
- Orientierung an der höchsten verfügbaren Evidenz
- Orientierung an Good Practice International

Das ANP-Rahmenkonzept Österreich basiert auf einer breiten Einbindung von Pflegekräften in den Jahren 2022 und 2023 über alle Bundesländer hinweg (siehe Methode).

1.1 Zielsetzung des ANP-Rahmenkonzepts Österreich

Das Ziel ist, ein umfassendes, dennoch kurzes und bündiges, den heutigen Anforderungen entsprechendes Konzept für den Einsatz von APNs in Österreich bereitzustellen. Eine gute Versorgung der Bevölkerung, die zukünftig von Struktur- und Prozessveränderungen begleitet sein wird, steht ebenso im Fokus des Konzepts wie die Sichtbarkeit der Kompetenzen der hochqualifizierten APNs. Eine Abgrenzung zu weiteren Pflegerollen soll erkennbar, die Zusammenarbeit mit verwandten Gesundheitsberufen verdeutlicht werden.

Das ANP-Rahmenkonzept steht dabei auf vier Säulen:

- Die Überführung/Implementierung von ANP
- Die Praxis/das Handlungsfeld von ANP
- Die Sicherung und Entwicklung von Qualität durch APNs
- ANP im Kontext des Managements

Diese vier Säulen sind in Abbildung 1 inklusive den erarbeiteten drei Elemente pro Säule dargestellt.

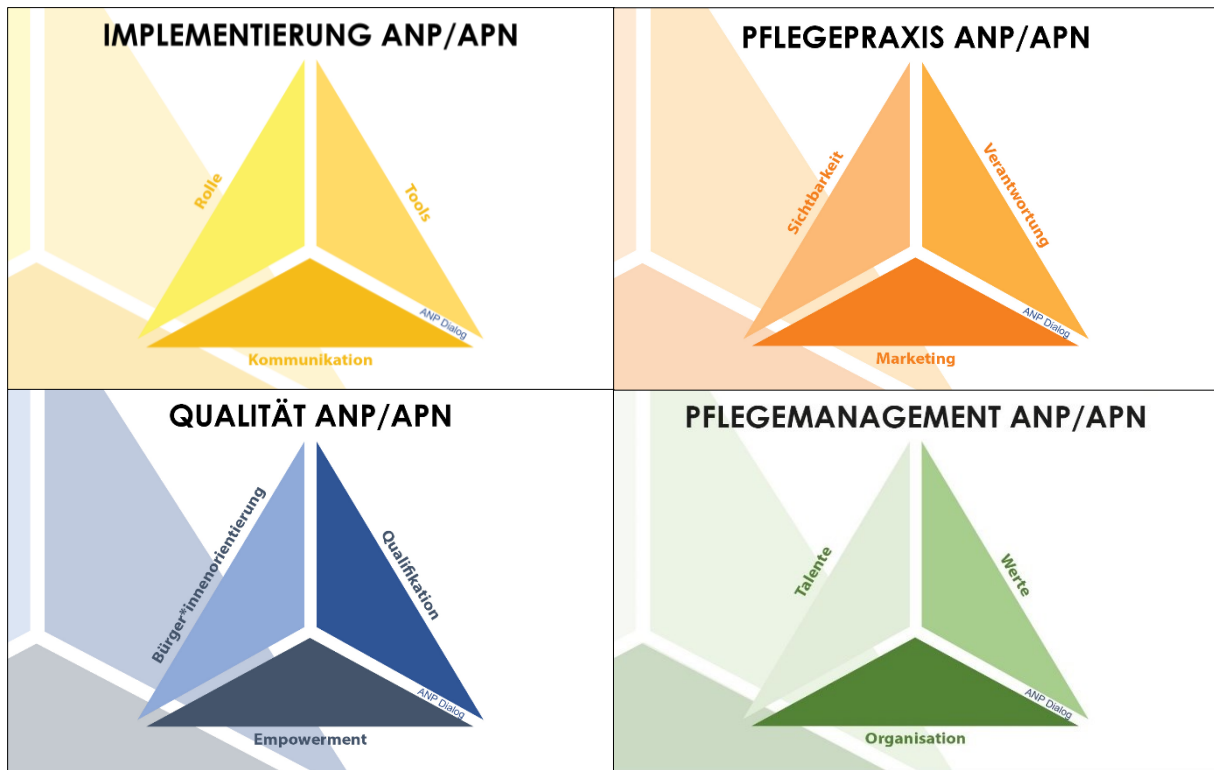


Abbildung 1

Die vier Säulen des ANP-Rahmenkonzeptes, jeweils mit ihren drei Elementen

1.2 Settings und Berufsgruppen

Das ANP-Rahmenkonzept Österreich kann jeder Berufsgruppe des Gesundheits- und Sozialsystems zum Verständnis und zur Rollenklarheit von APNs dienlich sein. Im Besonderen ist es für APNs, Führungskräfte und Pflegepädagog*innen konzipiert.

Das Konzept kann in allen Settings zur Anwendung kommen:

- Stationäre, teilstationäre und mobile Langzeitpflege (inkl. Betreuung von Menschen mit Behinderungen)
- Akutbereich (Krankenanstalten, Rehabilitationsbereich, ...)
- Gemeinschaftspraxen, Primärversorgungseinheiten (PVEs)
- Freiberuflichkeit
- Gemeinden
- Schulen

Darüber hinaus wird es in verschiedenen Programmen gelebt (z.B. Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung).

2 Methode

Das ANP-Rahmenkonzept für Österreich, das den ANP-Werkzeugkoffer umfasst, basiert auf einer breiten Datengrundlage. Neben einer internationalen Recherche zum Thema ANP waren die Rückmeldungen und Diskussionsergebnisse der ANP-Dialoge aus Österreich von besonderer Bedeutung. Diese weisen Möglichkeiten nationaler Wege für eine nachhaltige Implementierung von ANP in Österreich auf. Dem Forum ANP Austria war/ist es wichtig, eine Vielfalt an Umsetzungsverfahren zu identifizieren, die – adaptiert an das jeweilige Unternehmen bzw. Setting – möglichst große Versorgungsqualität aufweisen.

In der Folge wird die Herangehensweise zur Datenerhebung beschrieben.

2.1 ANP-Dialoge

Der ANP-Dialog wurde jeweils als ganztägiger Austausch und Diskussion von Führungskräften in der Pflege und Pflegeausbildung Österreichs zur Thematik ANP gestaltet. Deren Ergebnisse bilden eines der Kernelemente des Rahmenkonzepts. Rund um den Geburtstag von Florence Nightingale fanden diese Gespräche im Mai 2022 an vier Terminen und vier Standorten in Österreich statt.

10. Mai 2022: Linz

11. Mai 2022: Hall in Tirol

13. Mai 2022: Graz

18. Mai 2022: Wien

Im Bewusstsein, dass ANP nur gelingen kann, wenn sich Führungskräfte der Pflege aktiv dafür stark machen, wurden zu den ANP-Dialogen folgende Zielgruppen eingeladen:

- Pflegedirektor*innen/Pflegedienstleitungen Akut- und Langzeitpflege aus allen Settings
- Direktor*innen der Ausbildungsstätten GuKP
- Studiengangsleitungen der FH sowie
- deren Vertretungen

Das Ziel der Veranstaltung lag neben der Darstellung der aktuellen Entwicklungen der Rolle einer APN national und international im Sammeln von Inhalten für die Ausgestaltung eines „ANP-Werkzeugkoffers“, die in ein „Rahmenkonzept ANP Österreich“ eingegliedert werden sollten. In dem Werkzeugkoffer sind Voraussetzungen und Anleitungen zur Implementierung oder (Weiter-)Entwicklung, Charakteristika von ANP und APNs sowie ihre Aufgabenbereiche und Instrumente überschaubar abgelegt. Die Metapher des Werkzeugkoffers impliziert ein sortiertes, griffbereites, praxistaugliches Angebot von wichtigen Werkzeugen als Unterstützung zur Auswahl möglicher Vorgehensweisen innerhalb österreichischer Settings.

An jedem Termin wurden in jeweils vier Arbeitsgruppen die vier oben genannten Themenschwerpunkte bearbeitet.

Als Anregung zu den Themenschwerpunkten setzten ausgewählte Führungskräfte, APNs sowie Expert*innen – in erster Linie aus österreichischen Gesundheitsorganisationen – kurze Impulse aus der bereits lebendigen ANP-Praxis ihres Umfelds. Daran anknüpfend wurde anhand von Initialfragen (diese sind im jeweiligen Schwerpunkt des Ergebnisteils als Infoboxen dargestellt)

die Thematik gezielt vertiefend bearbeitet. Nicht immer wurden alle eingebrachten Fragen beantwortet, teilweise aktuelle Wahrnehmungen darüber hinaus berichtet. Die anwesenden APNs wurden angehalten, ihrer Rolle entsprechend ihre Erfahrungen einzubringen.

Unseren Dank sprechen wir dazu folgenden Impulsgeber*innen aus Österreich, der Schweiz und aus Deutschland aus:

Mag.^a Beatrix **Blasko**, Rudolfinerhaus Wien
Michaela **Doppelreiter**, BSc, Klinik Hietzing
Dipl.PW (FH) Sebastian **Dorgerloh**, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Kaiserswerther
Diakonie Düsseldorf
Mag.^a Claudia **Fida**, BScN, Haus der Barmherzigkeit Wien
Beata **Fuchs**, APN, Klinikum Rohrbach
Georgine **Gattermayr**, MBA, Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern Elisabethinen
Johannes **Hainzl**, APN, ehemals Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien, Caritas NÖ
Anja **Hermann**, MScN, Universitätsspital Basel
Christa **Kneidinger**, MBA, Klinikum Rohrbach
Elisabeth **Leopold**, MSc, Rudolfinerhaus Wien
Mag.^a Daniela **Metzenbauer**, Haus der Barmherzigkeit Wien
MMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth **Rappold**, GÖG, ANP Forum Austria
Mag.^a Sonja **Schrattenecker**, BScN, Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern
Elisabethinen
Claudia **Schwab**, BScN, MSc, ANP, Salzburger Landeskliniken
Mag. Karl **Schwaiger**, Salzburger Landeskliniken
Stefan **Sumerauer**, BSc, MSc, APN, LKH-Univ. Klinikum Graz
Helmut **Täubel**, MScN, LKH Hochzirl-Natters
Christa **Tax**, MSc, ehemalig LKH-Univ. Klinikum Graz
Esther **Trampusch**, BSc, LKH-Univ. Klinikum Graz
Marie Christine **Vencour**, MBA, Klinik Hietzing
Ruth **Weiskopf**, MSc, ehemals Pflegeheime Dornbirn
Marika **Widmann**, MSc, APN, ehemals Pflegeheime Dornbirn

Ein weiterer Dank für die Einladung sei an dieser Stelle der Fachhochschule OÖ, den Tirol Kliniken, der UMIT TIROL in Hall, dem Medizinischen Universitätsklinikum Graz sowie dem Haus der Barmherzigkeit in Wien ausgesprochen, die sowohl für die Räumlichkeiten als auch für die Verpflegung der Besucher*innen aufkamen.

Die überwältigende Teilnehmer*innenzahl von über 200 interessierten Führungskräften aus allen Bundesländern Österreichs ist eine Bestätigung für die hohe Relevanz des zukunftsorientierten Themas ANP in Österreich. Unser Dank gilt insbesondere auch den Diskutant*innen und Teilnehmer*innen der ANP-Dialoge an den vier Standorten, die sich mit viel Führungs- und Praxiserfahrung sowie Ideenreichtum eingebracht haben. Als Ergebnis konnten vielfältige, differenzierte und vertiefte Anregungen für einen „Werkzeugkoffer ANP Österreich“ mitgenommen werden, die dessen Struktur maßgeblich bestimmen.

Am 24. Jänner 2023 hielt das Forum ANP Austria ein österreichweites Webinar mit den Teilnehmer*innen der ANP-Dialoge und weiteren Interessent*innen ab. Es galt, erste Zwischenergebnisse darzulegen, zu reflektieren und die Inhalte mit den Diskutant*innen zu

schärfen. Der Werkzeugkoffer wurde daraufhin für die Anwendung in Österreich weiter verfeinert und präzisiert.

2.2 Workshop am ANP-Kongress 2023

Im Mai 2023 fand anlässlich des 11. ANP-Kongresses in Linz in einem Workshop mit rund 50 Teilnehmer*innen aus ganz Österreich eine weitere Bearbeitung der vier Themen ANP und Praxis, ANP und Implementierung, ANP und Qualitätsmanagement sowie ANP und Pflegemanagement statt. Die daraus resultierenden erweiterten und ergänzenden Inhalte zu den Ergebnissen des Dialogs 2022 rundeten das (zukünftige) Bild zu ANP in Österreich nochmals ab und schärften es.

Auch an dieser Stelle ein Dank an alle Mitwirkenden für ihr großartiges Engagement!

2.3 EFN Workgroup ANP

Seit 2020 arbeiten 15 von 36 europäischen Ländern, darunter auch Österreich, in einer Workgroup der European Federation of Nurses Associations (EFN) an einer Empfehlung für die Umsetzung von ANP in Europa (Belgien, Bosnien, Estland, Finnland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Norwegen, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechien, Vereinigtes Königreich, Zypern und Österreich). Als Leitfaden für die gemeinsame Herangehensweise dient eine Fünf-Jahres-Strategie sowie die 2020 publizierten ICN-Guidelines zu ANP. Das Forum ANP Austria, das seit 2020 in die Diskussionen involviert ist, lehnt sich an das bereits Publierte an. Die Inhalte des ANP-Rahmenkonzepts Österreichs sind mit jenen der EFN und des ICN konform. Für manche der internationalen Empfehlungen (siehe auch Abschnitt 2.4) fehlen allerdings die rechtlichen Gegebenheiten in Österreich.

2.4 Internationale Literatursichtung

Die Literatur zu ANP/APN ist mannigfaltig. Als Orientierung dienen in erster Linie auf internationaler bzw. weltweiter Ebene die aktuellen Leitlinien des Weltbundes der Krankenpflegepersonen (ICN), die globalen strategischen Leitlinien für Pflege und das Hebammenwesen der Weltgesundheitsorganisation 2021 bis 2025 sowie das Arbeitspapier zu APN-Rollen in der Primärversorgung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD):

- ICN Guidelines on Advanced Practice Nursing (ICN, 2020)
- WHO Global strategic directions for nursing and midwifery (WHO, 2021)
- OECD Health Working Papers Nummer 98 zu ANP (Maier et al., 2017)

Auf europäischer Ebene waren die ANP-Grundsatzerklärung der Europäischen Föderation der Pflegeverbände (EFN) wie die Workforce-Matrix sowie der von der schottischen Regierung in Auftrag gegebene „Werkzeugkoffer“ zur Unterstützung der ANP-Entwicklung maßgebend.

- Die Working Papers des EFN (EFN, 2022; 2023) (https://efn.eu/?page_id=15936)
- Supporting the Development of Advanced Nursing Practice. A Toolkit Approach (The Scottish Government, 2008)

Last, but not least – weil am elementarsten für Österreich – die Publikationen aus den DACH-Staaten. Dazu zählen die 4. Auflage Advanced Practice Nursing zur pflegerischen Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK, 2019) und der Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung (DIP, 2022). Darüber hinaus bieten das österreichische ANP-Positionspapier (Neumann-Ponesch, 2014), die Essenz/das Le-porello zum Advanced-Nursing-Practice-Buch (Neumann-Ponesch & Leoni-Scheiber, 2020) und die vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Publikation zur aktuellen Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung (Sottas & Kissmann, 2022) einen guten Überblick.

3 Rahmen und Grundlagen

Bereits vor 15 Jahren begannen österreichische Pflegevertreter*innen, sich intensiver um die Etablierung des Karrieremodells für die Pflegepraxis, der vielfach international bewährten ANP, zu bemühen. Die Notwendigkeit, sich der internationalen Entwicklung anzuschließen, ist der steigenden Versorgungskomplexität geschuldet und wird durch die voranschreitende Akademisierung von Pflegekräften ermöglicht. Die Umsetzung von ANP hat Fahrt aufgenommen: Karrieremodelle, Positionspapiere, Publikationen, Kongresse, der ANP Award Austria, internationale Netzwerke und vor allem die Arbeit von APNs, der ersten Pionier*innen in Österreich, zeigen Früchte. Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen, auf die sich das ANP-Rahmenkonzept für Österreich stützt, dargestellt – das Modell von Hamric et al. in der 5. Auflage (2013), die Publikationen des ICN (2020) und EFN (2022; 2023) sowie das österreichische Positionspapier (2014).

3.1 Das Modell von Hamric et al.: Ausgangspunkt internationaler Ausrollung

ANP ist unmittelbar mit dem Namen Ann Hamric verbunden, einer mehrfach ausgezeichneten, emeritierten Professorin der Virginia Commonwealth University School of Nursing in Richmond. Die Expertin für ANP hat sechs Bücher verfasst: zwei über die Rolle der Clinical Nurse Specialist (CNS) und vier über ANP. Das Konzept rund um das Team von Hamric (Abbildung 2) ist der Rahmen für die internationale Verbreitung, (Weiter-)Entwicklung und Implementierung der vertieften, erweiterten und spezialisierten Pflegepraxis.

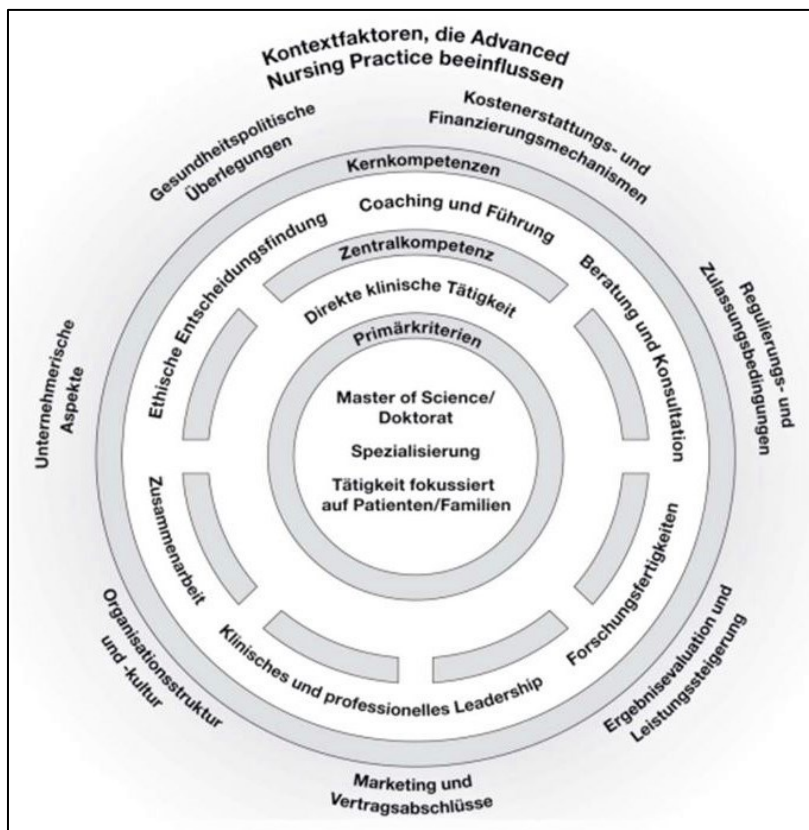


Abbildung 2

Hamric's model of Advanced Practice Nursing (IG swissANP, 2013)

Die in Abbildung 2 innerhalb des äußeren grauen Rings aufgezeigten Kernkompetenzen Coaching und Führung, Beratung und Konsultation, Forschungsfertigkeiten, Klinisches und professionelles Leadership, Zusammenarbeit und Ethische Entscheidungsfindung sind jene Konzeptschwerpunkte, an denen sich die Kompetenzen von APNs festmachen und an die sich heute international alle weiteren Entwicklungen anlehnen. Die außen genannten Kontextfaktoren, in welche das Konzept eingebettet ist, können als förderliche oder – je nach Ausformung – hinderliche Faktoren für eine Implementierung angesehen werden: beispielsweise die Organisationsstruktur und -kultur, Regulierungs- und Zulassungsbedingungen und gesundheitspolitische Überlegungen. Im Besonderen sind diese Merkmale nationalspezifisch ausgeprägt und dementsprechend international unterschiedlich verankert.

3.2 ICN-/EFN-Positions- und Arbeitspapiere

Vielfältige internationale Positions- und Arbeitspapiere dienen als Grundlage, an die sie eine ANP-Definition für Österreich anlehnt. Die Güte der Empfehlungen ist immer im Kontext der nationalen Entwicklung und des jeweiligen „Reifegrads“ der Gesundheitsorganisationen zu sehen. Schober und Affara (2008, S. 183) bemerkten bereits vor einigen Jahren, dass am Anfang der Entwicklung von ANP auf Pflegekräfte gebaut werden muss, „... die zwar keinen akademischen Studienabschluss aufweisen, aber durch entsprechende Erfahrung und Teilnahme an bestimmten akkreditierten oder genehmigten Kursen die notwendigen Kompetenzen erworben haben, um eine solche Tätigkeit auszuüben“. Exemplarisch für Österreich können Diabetesberater*innen genannt werden, die auf Basis jahrelanger Erfahrung und vielfältiger Weiterbildungen eine erweiterte spezialisierte Pflegepraxis leben, wenngleich beispielsweise Forschungskompetenz nicht in dem Ausmaß vorliegt, wie sie heute im Kontext von APNs gefordert wird. Zukünftig anzustreben ist jedenfalls ein Masterabschluss, um die Kernkompetenzen, wie bei Hamric et al. (2013) beschrieben, adäquat ausfüllen zu können.

Diese Forderung erhebt der ICN (2020, S. 6) in Form der Definition einer APN: “An Advanced Practice Nurse (APN) is a generalist or specialised nurse who has acquired, through additional graduate education (*minimum of a master’s degree*), the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for Advanced Nursing Practice, the characteristics of which are shaped by the context in which they are credentialed to practice.” Europäische Pflegevertreter*innen sind aktuell über die EFN bestrebt, den europäischen Raum auf einem ähnlichen ANP-Niveau, wie es vom ICN empfohlen wird, auszurichten: “At a European level, it seems that consistency in APN development would benefit from a more aligned education pathway. APN is a clinical career pathway; to become an APN is a career within nursing ...” (EFN, 2022, S. 3) Die in der EFN Workforce matrix 3+1 (7.2023) beschriebenen Kernkompetenzen (siehe Tabelle 1) spiegeln diese Anforderungen – mindestens Master-Abschluss, Verantwortung komplexer Entscheidungen in einer umfassenden autonomen Praxis, Verschreibungskompetenz, Coaching/Bildung anderer Health Professionals, Forschungskompetenz, evidenzbasiertes Handeln. Die acht Kernkompetenzen, dargestellt in der folgenden Tabelle, sind der Matrix entnommen.

Tabelle 1

Kernkompetenzen der APNs (EFN, 7.2023, S. 5)

Core competencies:	
1.	To have a minimum of master's degree with a protected role/title on ongoing continued professional development at advanced level.
2.	Autonomous practice, built on nursing principles and clinical expertise. This includes building a partnership with people and enabling person centred care. Have authority and responsibility for complex clinical decision-making for individual patients, families, and communities.
3.	Advanced nursing practice which includes excellent communications skills, with a holistic, ethical, equality view of each patient's health and care needs, coordination of care, critical thinking, self-reflection, decision making, planning, treating and evaluation which may include non-pharmaceutical and pharmaceutical prescribing. Also, skills relating to digital services and nursing informatics.
4.	Clinical expertise and capability to autonomously assess, judge and having diagnostic reasoning skills to evaluate care and interventions.
5.	Guide, counsel, educate and delegate to other health professionals about latest practice interventions, act as a mentor and role model, and actively engage in knowledge, transfer with patient communities.
6.	Initiate and lead – policy making, development and facilitation, innovation, and strategic change.
7.	Research development in nursing and quality improvement that includes initiating, leading, fostering implementation and dissemination of evidenced based practice.
8.	Perform health promotion, prevention, and risk reduction.

International ist das ANP-Konzept insbesondere durch zwei Rollen geprägt: jene der*des Clinical Nurse Specialist und jene der*des Nurse Practitioner. Unten (Tabelle 2) die jüngst vom ICN (2020) publizierte Differenzierung der beiden Rollen in deren Guideline. Die Übersetzung erfolgte durch die Autorinnen.

Tabelle 2

Gegenüberstellung der Merkmale der Rollen CNS und NP (ICN, 2020, S. 24)

Clinical Nurse Specialists (CNS)	Nurse Practitioners (NP)
Festgelegter Tätigkeitsbereich in einem bestimmten Fachbereich	Umfassender Tätigkeitsbereich inkl. Verschreibung, Diagnose und Therapie
Bietet in der Regel direkte und indirekte Pflege für Patient*innen mit einer bestimmten Diagnose	Bietet in der Regel eine direkte klinische Versorgung von Patient*innen noch ohne, aber auch mit diagnostizierter Erkrankung
Arbeitet innerhalb eines speziellen Fachbereichs	Arbeitet allgemein in einem Spektrum von Praxisfeldern und Umgebungen

Arbeitet in bestimmten Fachbereichen (z. B. Onkologie, Schmerztherapie, Kardiologie)	Arbeitet mit einer Vielzahl unterschiedlicher Patient*innengruppen/Populationen
Arbeitet selbstständig und kooperativ in einem Team, das einen systemischen Ansatz verfolgt (intra- und interprofessionell, mit anderen Gesundheitseinrichtungen)	Arbeitet selbstständig und in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachkräften
Häufige gemeinsame klinische Verantwortung mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe	Volle klinische Verantwortung und Management der Patient*innengruppe/Population
Berät Angehörige der eigenen und anderer Gesundheitsprofessionen bei der Bewältigung komplexer Pflegesituationen	Führt umfassende fortgeschrittene Assessments und Untersuchungen durch, um Differenzialdiagnosen (DD) zu stellen
Erbringt klinische Versorgung/Pflege im Zusammenhang mit einer festgelegten, differenzierten Diagnose	Initiiert und bewertet Behandlungspläne, basierend auf erweiterten Assessments und Untersuchungen auf der Grundlage von DD
Beeinflusst die klinische und Pflegepraxis durch Leadership, Bildung und Forschung	Engagiert sich in klinischem Leadership, Bildung und Forschung
Bietet selbst evidenzbasierte Pflege an und unterstützt Pflegepersonal und andere Gesundheitsfachkräfte, diese anzubieten	Bietet evidenzbasierte Pflege an
Bewertet Patient*innenergebnisse, um klinische Systemverbesserungen zu ermitteln und zu beeinflussen	Hat häufig die Befugnis, Patient*innen zu überweisen und stationär aufzunehmen
Kann eine gewisse Verschreibungsbefugnis in einem Fachgebiet haben, muss aber nicht	Hat in der Regel eine Verschreibungsbefugnis

Die dargestellte Differenzierung zwischen den beiden ANP-Rollen ist auf europäischer Ebene, innerhalb der Arbeitsgruppe ANP der EFN (der auch Österreich angehört), nicht unumstritten. Die Anforderungen und Ausprägungen beider Rollen sind Gegenstand aktueller Diskussionen, da viele europäische Länder unterschiedliche Professionsausformungen aufweisen.

3.3 Österreichisches ANP-Positionspapier

Das 2014 in 2. Auflage publizierte österreichische Positionspapier ist ein durch Pflegepraktiker*innen, Pflegewissenschaftler*innen, Pflegemanager*innen und Pflegepädagog*innen breit entwickeltes Papier und durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Austrian Nurse Directors Association (ANDAs), die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), den Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) sowie von allen Universitäten, die Pflegewissenschaft als Studium anbieten, mitverantwortet. Darin sind sieben Kernkompetenzen einer APN ausgeführt. Additiv zu Hamrics Modell wurde zum damals frühen Zeitpunkt der Etablierung des Konzepts in Österreich die spezialisierte Pflegepraxis als eigener Punkt aufgenommen.

Spezialisierte Pflegepraxis

Die APN erarbeitet/entwickelt nach ärztlicher Diagnosestellung in ihrem speziellen Handlungsfeld auf Basis umfassender klinischer Assessments und körperlicher Untersuchungen gemeinsam mit den Betroffenen Behandlungspläne. Sie verordnet definierte medizinische Interventionen bzw. diagnostische Verfahren für den weiteren Behandlungsprozess und führt diese selbst durch bzw. delegiert sie. Sie übernimmt Verantwortung für das Krankheitsmanagement und überwacht in partnerschaftlichem Zusammenwirken mit den Betroffenen die Behandlung und Nachsorge. Die APN zeigt sich in allen klinischen Settings (intra- und extramural) für die Stärkung der Gesundheitskompetenz/-förderung der Gesamtbevölkerung verantwortlich.

Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz

Pflege- und Gesundheitsberatung findet im Rahmen komplexer pflegerischer Situationen insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen in unterschiedlichen Settings statt. Beraten werden Betroffene, deren Familien oder Vertrauenspersonen. Ziel ist es, die Ratsuchenden entscheidungs- und handlungsfähig zu machen (zu „empowern“), indem Probleme und Ressourcen identifiziert, Prioritäten gesetzt, die Selbstmanagementkompetenz gefördert sowie individuelle und bedürfnisgerechte Lösungswege gefunden werden. APNs sind in diesem Prozess die Fachexpert*innen, die Ratsuchende unterstützen und sie durch Information, Schulung und Beratung befähigen, langfristig ihre Ziele zu erreichen. Sie brauchen neben fachlichen vor allem interpersonelle, interkulturelle und selbstreflexive Kompetenzen.

Konsultation

Die Konsultation ist die fallbezogene kollegiale Beratung. APNs bringen zu Fragen der Behandlung und Betreuung ihre fachliche Expertise in das multiprofessionelle Team ein. Die Beziehung zu anderen Gesundheitsberufen ist partnerschaftlich ausgerichtet. Die Expertise fließt ebenso in die Entwicklung und Umsetzung neuer pflegerischer Konzepte und in die Organisationsentwicklung ein.

Fachliches Leadership

APNs verfügen über die fachliche Steuerungs- und Leitungsfunktion im Team. Sie agieren innovativ, verändern und entwickeln die Praxis. In diesem Zusammenhang sind sie für Maßnahmen- und Ressourcenplanung sowie für die Gestaltung von Qualifizierungs- und Kompetenzentwicklungsmaßnahmen mitverantwortlich.

Forschung

APNs interpretieren und nützen Forschungsergebnisse in klinischen Entscheidungsprozessen, analysieren und evaluieren pflegerisches Praxishandeln, initiieren Forschungsprojekte und wirken darin mit.

Zusammenarbeit

APNs unterstützen im besonderen Maße die inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit, um komplexe Herausforderungen zielorientiert zu bearbeiten. Die APN bündelt das Wissen der involvierten Partner*innen und entwickelt gemeinsam mit diesen in-

dividuelle bzw. institutionenübergreifende Behandlungs- und Versorgungspläne (auch integrierte Versorgung). Die APN erkennt notwendige Prozesse und Strukturen, um die Zusammenarbeit kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ethische Entscheidungsfindung

APNs nehmen – innerhalb ihres Handlungsfeldes – bei der Entwicklung von Leitlinien und der Etablierung von Strukturen für ethische Entscheidungsfindung eine führende Rolle ein. Dabei bringen sie sich als Fürsprecher*innen für Patient*innen (auch Advocacy) in multiprofessionelle Entscheidungsprozesse ein.

Die Kernelemente des ANP-Rahmenkonzepts für Österreich wurden aus den Ergebnissen der ANP-Dialoge, der Workshops sowie den internationalen Konzepten synthetisiert und auf Machbarkeit unter österreichischen Rahmenbedingungen geprüft.

4 Das ANP-Rahmenkonzept Österreich

Das ANP-Rahmenkonzept Österreich wurde – wie im Kapitel „Methode“ bereits dargelegt – aus vier in den ANP-Dialogen vorgegebenen Themenschwerpunkten erarbeitet, nämlich aus

- der Implementierung dieser vertieften und erweiterten Pflegepraxis,
- der ANP-Pflegepraxis oder dem Handlungsfeld von APNs,
- der damit in Verbindung stehenden Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität und
- der ANP im Kontext des Managements.

In den darauffolgenden Veranstaltungen (Webinar, Workshop) wurden die zuvor etablierten Inhalte weiterentwickelt, ergänzt und adaptiert. Diese synthetisierten Erkenntnisse wurden mit internationalen Konzepten, wie sie in Kapitel 3 dargestellt sind – im Speziellen mit jenen des ICN, der EFN, des DIP und des Scottish Government (2008) – abgeglichen und auf Übertragbarkeit auf bzw. Machbarkeit unter österreichischen Verhältnissen geprüft. Die vier Themenbereiche sind nicht strikt voneinander abgrenzbar, gehen im Gegenteil Hand in Hand, überlappen einander oder sind als iterative Prozesse zu verstehen. Zum besseren Verständnis und zur Nachvollziehbarkeit werden vier Themen etabliert und beschrieben, bei denen jeweils drei Kernelemente hervorgehoben und beschrieben sind.

4.1 Die Überführung – Implementierung von ANP

Soll in einem Unternehmen ANP implementiert werden, sind erste Grundvoraussetzungen dafür

- ein möglichst konsentierter Wille bzw. Überzeugung,
- die Fähigkeit zur organisationalen und individuellen (Kompetenz-)Entwicklung sowie
- die zugesicherte Finanzierung.

Die Implementierung sollte partizipativ im Austausch mit den bestehenden multiprofessionellen Teams und – frühzeitig – unter begleitender Information erfolgen (DIP, 2022, S. 9). Die grundlegende Bereitschaft zur multiprofessionellen, interdisziplinären Entwicklung und Transformation muss gegeben sein. Bewährt haben sich bei der Implementierung von ANP die Kombination von sowohl Bottom-up- als auch Top-down-Prozessen.

Folgende Fragen zur Einführung des Konzeptes wurden in den ANP-Dialogen diskutiert:

- Welche Methode sehen Sie/schätzen Sie als erfolgreich ein, um ANP nachhaltig in Ihrem Unternehmen zu etablieren?
- Wie wird die erweiterte und vertiefte Pflegepraxis sichtbar?
Spezialisierung, Erweiterung, Fortschritt
- Wie können/sollten diese (Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt) sichtbar gemacht werden?
z. B. durch Rollenprofile, in Teamarbeit, über Praxisentwicklung, durch das Implementieren und Evaluieren von Verbesserungen und das Befähigen der Mitarbeiter*innen

- Welche Rolle spielt dabei der Wunsch, Patient*innen und deren Familien nach neuesten Erkenntnissen zu pflegen und zu betreuen, ANP-Forschungsprojekte umzusetzen?
- Lessons learned? Was ist bei der Einführung gut gelungen, was nicht?

Die drei erarbeiteten Kernelemente zur Implementierung von ANP für das Rahmenkonzept Österreich beziehen sich auf die APN-Rollen, die benötigten Instrumente oder auch Tools zur Implementierung und die Kommunikation (siehe Abbildung 3).

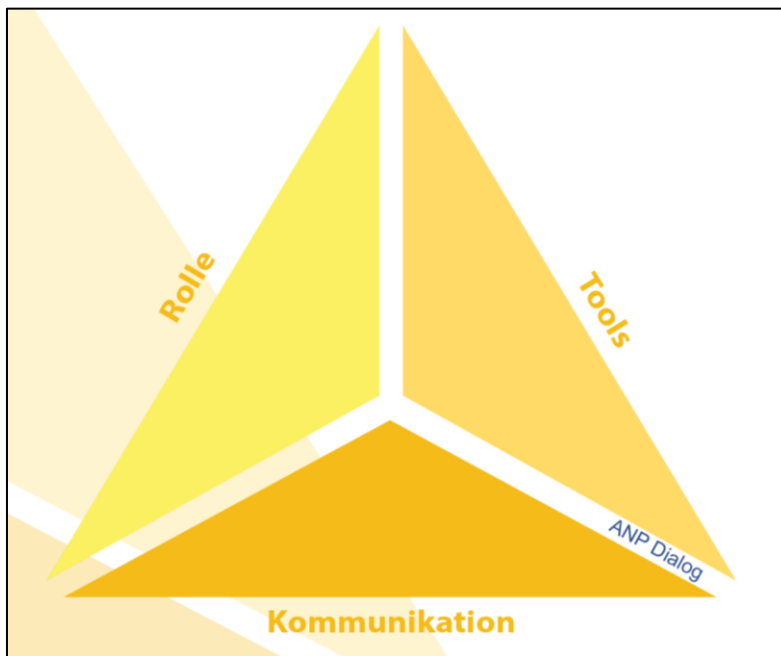
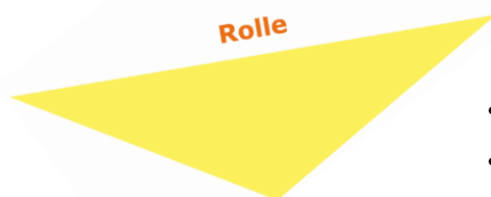


Abbildung 3

Elemente zur Implementierung der vertieften und erweiterten Pflegepraxis

4.1.1 APN-Rollen definieren

Die bei ANP-Implementierung zu etablierende Rolle braucht ein klares Profil, die konkrete Zielgruppe muss definiert werden. Auch bei konkret festgelegtem Rollenprofil muss APNs die Möglichkeit zu autonomem Handeln eingeräumt werden. APNs, die in der Pflegepraxis als wirksam erlebt werden, sind großartige Vorbilder oder Role Models. In der Folge wird das Element der Rolle im Überblick dargestellt.



- Rollenprofil, -entwicklung, -klarheit
- Definition von APN/ANP-Zielgruppen

Rollenprofil, -entwicklung, -klarheit

Im Rahmen der Implementierung sei es wichtig, so die Teilnehmenden des ANP-Dialogs, das Rollenprofil eindeutig und schriftlich festzulegen. Der Umfang von Maßnahmen sowie Schnittstellen intra-, interprofessionell und interdisziplinär sind komplex zu beschreiben. Bei der Erfüllung der Aufgaben sollten die im GuKG definierten Kompetenzbereiche gänzlich zur Anwendung gelangen.

Bedeutsam ist, dass sich bei der Implementierung neuer APN-Rollen bestehende Rollen mit ihren Aufgaben und Zuständigkeiten verändern (DIP, 2022, S. 31), insbesondere die Abgrenzung des „Clinical Leadership“ (Fachführung) von der (bestehenden) organisationalen Führung. Es sollte festgelegt werden, inwieweit „Shared Leadership“ – die Aufteilung von Führungsaufgaben auf zwei oder mehrere Akteur*innen – gelebt werden kann und soll. Das gilt es bereits im Vorfeld zu bedenken und aufzugreifen. Auf diese Weise sollte man diversen Differenzen, dem Konkurrenzdenken und (Rollen-)Konflikten zuvorkommen.

Der Unterschied zwischen dem Einsatzbereich einer DGKP und jenem der APN muss für die Mitglieder des multiprofessionellen Teams klar sein. Daher sind das Komplexitätsniveau der (Pflege-)Behandlung und die Verantwortlichkeit dafür durch die APN organisationsintern festzulegen und in Prozessbeschreibungen nachvollziehbar überzuführen. Es wird damit sichergestellt, dass das benötigte Pflegewissen dort ankommt, wo es seine Wirkung erzielen soll. Dadurch werden Unter- oder Mangelversorgung, aber auch Doppelgleisigkeiten vermieden. Die Bewertung der Komplexität kann in der Aufgabe selbst oder in den an sie gestellten notwendigen Anforderungen liegen. Die APN wird per definitionem herangezogen, wenn es zur Bewältigung der Aufgabe eine notwendige Spezialisierung braucht – Vorbehaltstätigkeiten, wie sie im internationalen Kontext bekannt sind – oder dieser Aufgabe ein besonderer Innovationscharakter innewohnt. Die Anforderungen an eine Pflegesituation können in der Komplexität, der Akuität und/oder der Risiko-/Gefahrengeignetheit liegen. Die Einstufung dieser Merkmale kann, abhängig von der Zielgruppe, mit standardisierten Assessmentinstrumenten wie z.B. dem Komorbiditätsindex, der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), dem „Postacute Discharge Care Score“ (PADCS) oder weiteren erfolgen (Heering, 2020). Die Erkenntnisse und Entscheidungen daraus müssen transparent dokumentiert werden und so den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams zur Verfügung stehen. Auch damit kann Rollenklarheit gelebt und kann Rollenkonflikten vorgebeugt werden.

Des Weiteren sollten dienstrechtliche Regelungen verankert werden, beispielsweise unter welchen Bedingungen Einsätze außerhalb des eigenen Wirkungsbereiches (u.a. Konsiliardienste, präoperative Gespräche, diagnostische Hausbesuche) durchgeführt werden sollen.

Definition von APN-/ANP-Zielgruppen

Darüber hinaus müssen die Zielgruppe jeder APN sowie der jeweilige Einsatz- und Verantwortungsbereich räumlich und inhaltlich unter Beachtung eines möglichst ressourcenschonenden Umgangs und des „Best Point of Service“ verankert werden. Zum Einsatzbereich muss definiert werden, ob die normierte Zielgruppe innerhalb einer Organisationseinheit oder mehrerer Einheiten übergreifend versorgt werden soll.

Für die Teammitglieder muss der Zuständigkeitsbereich der APN klar von dem ihren abgegrenzt werden können. Festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien von Patient*innen wie Grad, Ausprägung oder Instabilität von Krankheitsbildern, z.B. des Delirs, der Demenz, des

Diabetes mellitus, erleichtern die Entscheidung des Zeitpunktes der Übertragung der Verantwortung an die APN. Der langjährig erfahrene CNS im Bereich „Geriatric Care“ Christian Heering (2020, S. 55) hat im deutschsprachigen ANP-Buch dazu ein übersichtliches Ampelsystem, dargestellt auf einem Huddle-Board, vorgestellt. Dabei handelt es sich um ein beschreibbares White-Board, das zur Kommunikation der genannten Einschätzung genutzt wird.

4.1.2 Kommunikationskonzept/-strategie

Wird ANP in einem Unternehmen implementiert, gilt es in erster Linie frühzeitig, antizipativ, umfassend und breit zu kommunizieren. Die Bedeutung der Kommunikation wurde in den Gesprächsrunden mit den Teilnehmenden der ANP-Dialoge vielfach betont. Das Konzept ANP mit seinen Zielen, den ausführenden Personen – sprich APNs – und ihren Kompetenzbereichen, (zu erwartende) Aufgaben und Veränderungen im bestehenden System inklusive der antizipierten Auswirkungen sollen präsentiert werden. Systematische Kommunikation ist in den unterschiedlichen Führungsebenen, innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe Pflege, interdisziplinär und je nach Zielgruppe und Wirkungsbereich über die Systemgrenzen hinaus notwendig. Selbstverständlich braucht es eine fundierte Auseinandersetzung mit der Thematik des gemeinsamen Handelns in den einzelnen Teams.

Die folgenden zwei Hauptkomponenten inklusive Details wurden zum Element „Kommunikation“ zur Implementierung von ANP/APN erarbeitet:

- Transparente Prinzipien des Leitens und Führens
 - Intra- und interprofessionelle Kooperationen, Etablieren von Netzwerken
- Strategische Kommunikation
 - Partizipation des Trägers und der Mitarbeitenden
 - Vertrauensarbeit



Transparente Prinzipien des Leitens und Führens

In den ANP-Dialogen wurde im Zusammenhang mit der Implementierung von ANP immer wieder die Notwendigkeit klarer Prinzipien des Leitens und Führens eingebracht. Leitung meint den formalen Anteil, den Titel der Funktion (z.B. Abteilungsleitung) inklusive der damit verbundenen Rechte und Pflichten, Führung basiert – unabhängig von der festgelegten Funktion – auf der Zustimmung der zu- oder untergeordneten Teammitglieder. Entscheidend ist, dass die Fachführung der APN in Übereinstimmung (Kongruenz) und Abgrenzung zu den der Leitung inhärenten Führungsaufgaben erfolgt. Es kommt gemäß Andreas Buhr (2016) bei den APNs auf das Fokussieren der wesentlichen Punkte an: auf zuverlässiges Handeln im Sinne eines Role Models, auf ziel- und werteorientiertes Vorgehen und darauf, dass die Menschen ins Zentrum des Handelns gestellt werden. Es braucht eine praxisorientierte Vorgehensweise entlang der Bedürfnisse und Bedarfe der Praxis sowie transparente Prozesse. Die Komponente

Führung liegt nahe am Caring, die Protagonist*innen lassen sich auf die Persönlichkeit des Gegenübers ein. Die Beziehung ist geprägt von Vertrauen, Wertschätzung und Respekt, Konflikte werden gemanagt, beide Identitäten gesichert.

Einer der wesentlichen Aspekte ist, dass die formale Leitung Verantwortung an die APN delegiert, Autonomie in Form der Selbstorganisation zulässt und die APN darüberhinausgehend empowert, zu selbstbestimmtem Handeln befähigt/bemächtigt. Dies erfordert insbesondere eine symmetrische Kommunikation (auf Augenhöhe) und umfassende Reflexivität auf beiden Seiten.

Netzwerke sind ausschlaggebend für das Gelingen des fachlichen Leadership. Der erfolgreiche Austausch im multiprofessionellen Team und interdisziplinär stärkt das Commitment an die Rolle der ANP. Kooperationen innerhalb der Berufsgruppe Pflege (intraprofessionell) und mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (z.B. Ärzt*innen, Therapeut*innen) (interprofessionell) sind essenziell für die erfolgreiche Implementierung von ANP. Um erfolgreich kooperieren zu können, also zielgerichtet zusammenzuarbeiten, sind Strukturen und Abläufe einzurichten (z.B. regelmäßige Treffen wie Jour fixes), die nicht von Macht(verhältnissen) bestimmt sind (Juritsch, 2022). Steuerungsmacht, hierarchisches Denken und Handeln müssen der Bildung eines kollektiven Wissens und dem Netzwerken weichen. Bedeutsam sind auch Verantwortliche, die von den APN-Rollen überzeugt sind, ebenso ein Wir-Gefühl im Unternehmen sowie in dessen Teilbereichen. Regionale, nationale und internationale Netzwerke zu pflegen, erweitert den Horizont und fördert die Selbstreflexion. Bewusstheit muss aber auch darüber erlangt werden, dass in den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Netzwerkstrukturen Zeit und Engagement investiert werden muss.

Strategische Kommunikation

Veränderungen, Innovationen, neuen Konzepten gegenüber wird Skepsis und Angst bis hin zu Ablehnung entgegengebracht. Solche Überlegungen und Gefühle sind ernst zu nehmen. In erster Linie gilt es umfassend und breit zu informieren mit dem Ziel, Ängste zu nehmen und Verständnis zu erzeugen. Zielführend ist die Entwicklung einer Implementierungsstrategie mit einem Kommunikationskonzept, in dem sowohl partizipative als auch informative Elemente berücksichtigt werden.

Partizipation, also die Einbindung der Mitarbeitenden, der Führungsebene des Trägers, des Managements usw., erfordert eine frühe und sachgerechte Kommunikation und setzt Offenheit und Bereitschaft für (persönliche) Entwicklungsprozesse voraus. Da die Implementierung von ANP, wie oben bereits dargestellt, die Kombination aus Top-down- und Bottom-up-Prozessen umfasst, muss die Form einer gleichberechtigten und kooperativen Vorgehensweise angestrebt werden. Einigkeit braucht es bezüglich der Antworten auf die Fragen, welche Stakeholder in welchem Ausmaß in die Implementierung eingebunden werden, wer an welchen Entscheidungen beteiligt ist bzw. wer informiert werden muss. Die Konsequenzen der Partizipation, so Schuch (2018), sind nur so wirksam wie die Bereitschaft und die Möglichkeit der Fachkräfte, diese umzusetzen. Partizipation braucht jedoch auch eine starke Führung.

Damit die Implementierung von APNs in oft tradierten Strukturen gelingen kann, braucht es umfassende Information. Mit Informationsveranstaltungen, individuellen Gesprächen, ggf. Hospitationen in Unternehmen, in denen ANP/APNs bereits Fuß gefasst hat/haben, lassen sich Widerstände ab- und Vertrauen aufbauen. Vertrauen bereitet die Basis zur Aufnahme von Informationen, sie fußt auf gegenseitigem Respekt, Wertschätzung, Empathie, die sich in der

Kommunikation wie im Handeln zeigen müssen. Das beinhaltet authentisches Handeln der APN, aktives Zuhören, transparentes Handeln mit Handschlagqualität. Nachhaltig wird diese Vertrauensarbeit also nur dann gelingen, wenn die Sorgen des Gegenübers gehört werden, die Informierenden (APNs und Leitungspersonen) authentisch sind und Mitarbeitende im Sinne der Partizipation von Beginn an ins Boot geholt werden.

Der Abbau von Widerständen und Aufbau von Vertrauen braucht Zeit. Das gilt für Führungsebenen gleichermaßen wie für das multidisziplinäre und -professionelle Team. Hartnäckigkeit und Geduld sind erforderlich bei der bereits oben beschriebenen Vertrauens- und Überzeugungsarbeit, Partizipation der Kolleg*innen intra- und interprofessionell sowie der Managementebenen, um Zustimmung zu erlangen. Die Bedürfnisse der Patient*innen dürfen nicht aus den Augen verloren werden.

Als Teil der Implementierungsstrategie sollte demnach eine Kommunikationsstrategie erarbeitet werden: Wer soll zu welchen Zeitpunkten konkret worüber (Inhalte) über welche Kanäle informiert werden? Je transparenter, je klarer und je einheitlicher kommuniziert wird – das bedeutet offensichtliche, leicht verständliche, widerspruchsfreie Inhalte –, desto weniger Interpretationsspielräume und Missverständnisse bei den Empfänger*innen. Im Implementierungsteam muss klar sein, welche Kernbotschaften an welche Zielgruppe adressiert werden, welche Inhalte Relevanz für wen haben. Insbesondere digital bereitgestellte Informationen (Newsletter, Intranet u. dgl.) können frühzeitig und ansprechend aufbereitet werden.

4.1.3 Werkzeuge und Instrumente (Tools) zur Implementierung von ANP

Zur Implementierung von ANP wird eine Reihe von Tools, Werkzeugen und Instrumenten benötigt. Zum strukturierten Vorgehen sind Implementierungskonzepte wie das PEPPA-Framework (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) dienlich, die Verortung der Rollen im Unternehmen wird grafisch im Organigramm abgebildet. Rollenbeschreibungen zu den einzelnen APN-Rollen gewähren Mitarbeitenden ebenso wie jenen, die an der Stelle interessiert sind, einen Überblick über die zu erwartenden Aufgabenbereiche. Zur Implementierung dieser APN-Rollen sind parallel die notwendigen standardisierten Abläufe in Form von SOPs zu entwickeln, relevante Assessmentinstrumente sowie Datenbankzugänge zu erwerben. Kurz – es braucht, wie unten dargestellt, einen Unternehmensentwicklungsplan zur Steuerung des Unternehmens.



- Implementierungskonzepte (z.B. PEPPA)
- Organigramm und Karrierepfade
- Rahmenvorgaben und Rahmenbedingungen
- Unternehmensentwicklungsplan oder Governance

Implementierungskonzepte (z.B. PEPPA)

Konzepte wie das PEPPA-Framework (siehe Abbildung 4) dienen einer Strukturierung, damit der Implementierungsprozess einer Systematik unterliegt und nicht „zufällig“ erfolgt. Das

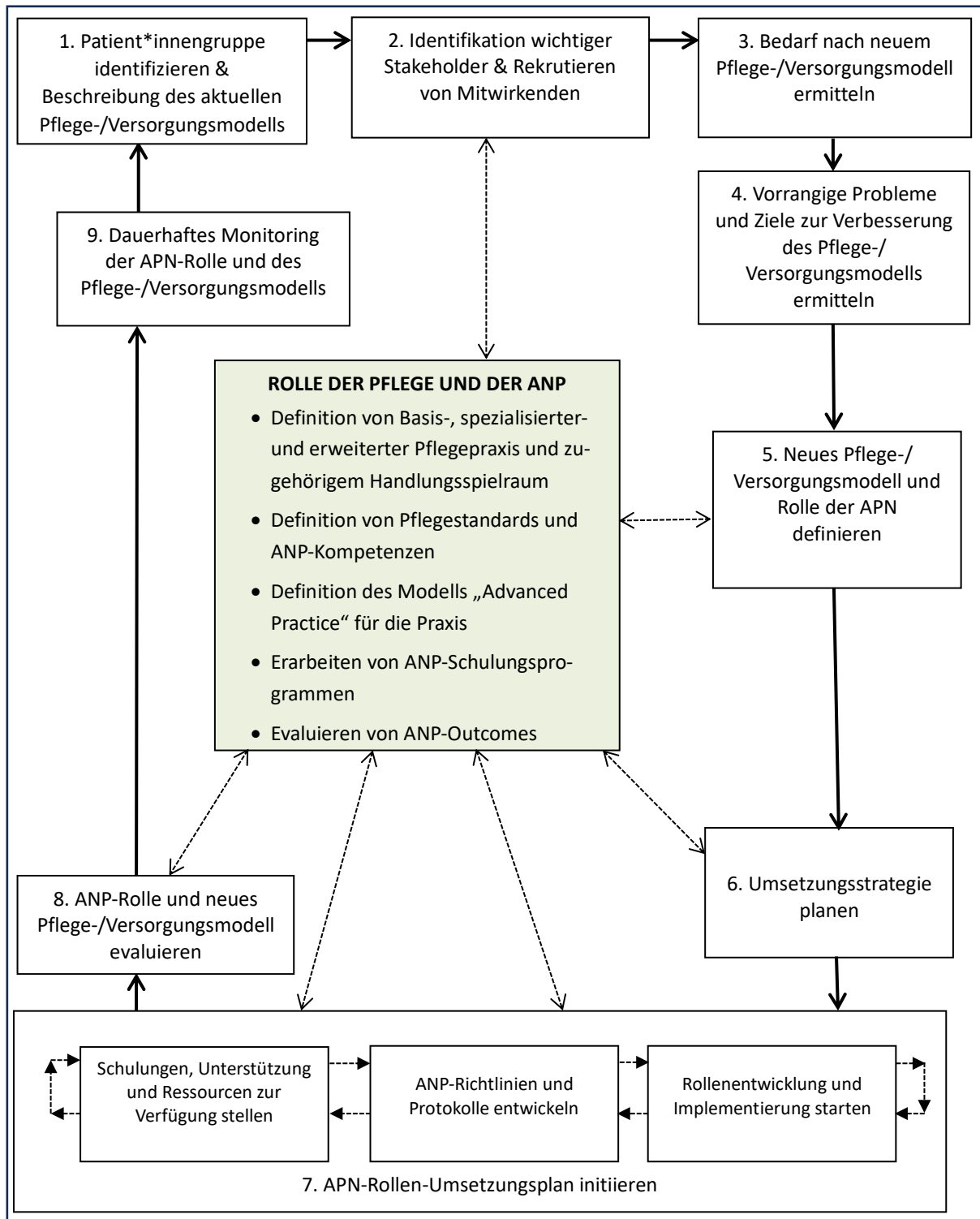


Abbildung 4

PEPPA-Framework (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004, S. 532; Übersetzung der Autorinnen)

Einführen neuer APN-Rollen ist auch ein äußerst komplexer und dynamischer Prozess, der systematisches Vorgehen erfordert. Beeindruckend viele Teilnehmende der ANP-Dialoge haben auf dieses evidenzbasierte, patient*innenfokussierte Framework und ihre Erfahrungen

damit verwiesen. Es wurden damit APN-Rollen entwickelt, implementiert und teilweise auch evaluiert.

Organigramm und Karrierepfade

Neue APN-Rollen können Teams verunsichern, APNs könnten oft nur schwer verortet werden. Grafisch dargestellt in Organigrammen, welche die Aufbauorganisation oder Struktur von Unternehmen darstellen, kann dies einfacher nachvollzogen werden. Wo ist die APN zugeordnet? – Direkt einem Pflgeteam, einer Klinik, einer Stabstelle der Pflegedienstleitung oder einer Abteilung in einer Gemeinde etc. Wichtig ist: Ihr „Platz“ ist für alle gut sichtbar. Durch Organigramme werden mögliche Karrierepfade im Unternehmen sichtbar, sie geben den Mitarbeiter*innen Orientierung und Perspektiven.

Zur Orientierung wichtig sowohl für APNs als auch für alle anderen im Versorgungsteam sind Rollenbeschreibungen. Diese sind deutlich weniger starr, schneller zu adaptieren und können im Vergleich zu Stellenbeschreibungen dynamischer ausgelegt werden. In Rollenbeschreibungen werden das Ziel und die erforderlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Stelle ausgewiesen. Die APN kann weitgehend selbstbestimmt auf das fixierte Ziel hinarbeiten. Konkrete Handlungen werden nicht angeführt, Aufgabenbereiche und Kernaufgaben sehr wohl. Das bietet Orientierung für das multidisziplinäre Team wie für Bewerber*innen. Beide können einschätzen, was sie erwartet.

Rahmenvorgaben und Rahmenbedingungen

Die Einführung von APN-Rollen kann durch die Entwicklung von verschiedenen unterstützenden Maßnahmen erleichtert werden, beispielsweise mit SOPs, „Standard Operating Procedures“ – darunter werden standardisierte Abläufe und Vorgehensweisen verstanden. APNs (je nach Bereich auch DGKPs) können durch generelle SOPs ermächtigt werden, beispielsweise die Dosis der Arzneimittelverabreichung oder die therapeutische Versorgung von Menschen mit Obstipation anzupassen (Halmich, 2022). Diese Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen ist bereits jetzt im GuKG festgehalten (§ 15. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, Absatz 4, Zeile 20). Exemplarisch genannt ist die Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie. Aktuell liegen in Österreich sämtliche APN-Kompetenzen innerhalb der Ausführungen des GuKG, die mit der Novelle von 2023 um die Kompetenz zur Verordnung von Medizinprodukten auf Basis einer Pflege- oder ärztlichen Diagnose erweitert wurde. Dies stellt einen maßgeblichen Baustein zur weiteren Entwicklung von Selbstständigkeit und Professionalität dar, wenngleich darüberhinausgehende Kompetenzerweiterungen wie beispielsweise die international verbreitete Verordnungsbefugnis von Pharmazeutika (ICN, 2021) derzeit nicht angedacht ist.

Unter Verwendung definierter Assessmentinstrumente kann auf Basis des Einschätzungsergebnisses die Pflege von Patient*innen einer APN, einer DGKP bzw. einer Pflegeassistenzperson (PA/PFA) unter Aufsicht delegiert werden. Ein ANP-Konsiliarsystem oder (z.B. diagnostische) Hausbesuche erwiesen sich als zweckmäßig, indem die APNs innerklinisch beispielsweise zum geriatrischen Assessment, zur Delireinschätzung und für die Empfehlung von Handlungsanweisungen gerufen werden. Oder aber sie beurteilen zusammen mit Patient*innen in hochkomplexen Situationen, die entlassen werden sollten, direkt an deren Wohnort, mit deren Familien, inwieweit die selbständige Versorgung zu Hause oder in alternativen Einrichtungen

möglich ist oder in welchem Umfang welche Unterstützung benötigt wird. Dazu braucht es überlegte Vorgehensweisen (z.B. digitaler Zuweisungsprozess, Prüfung passender Assessmentinstrumente, Dokumentation) und klare Regeln bis hin zu einer versicherungstechnischen Abklärung, wenn es beispielsweise außerklinisch zu einem Unfall kommen sollte.

In jeder APN-Rolle, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, ist es erforderlich, Literaturrecherchen zu bestimmten Fragestellungen durchzuführen. Dazu werden neben der Recherchekompetenz entsprechende Bibliotheks- und kostenpflichtige Datenbankzugänge benötigt (z.B. CINAHL).

Unternehmensentwicklungsplan oder Governance

Für alle folgend genannten Themen sollte ein Entwicklungsplan, eine Strategie des Unternehmens vorliegen – eine Strategie, die die Rollenetablierung von APNs miteinschließt. Größer gedacht wird von Governance gesprochen, dem System von Steuerung und Regelungen im Unternehmen, das den Prinzipien Fairness, Rechenschaftspflicht, Verantwortlichkeit und Transparenz folgt (Pechardscheck, 2023).

Verbessert werden kann nur das, was vor und nach einer Intervention gemessen wurde. Ganz nach dem Motto: „If you can't measure it, you can't improve it.“ Dieser Leitsatz wird Peter Drucker zugeschrieben, „dem Erfinder der Managementlehre schlechthin“ (Janßen, 2022). Wird auf die Messung verzichtet, kann die Verbesserung lediglich angenommen, aber nicht belegt werden (siehe auch die Abschnitte 4.2.2, „Sichtbarkeit der APNs und ihrer Leistungen“, sowie 4.3, „Sicherung und Entwicklung der Qualität durch ANP/APNs“). Die Auswahl von Qualitätskennzahlen und -messungen, sei es institutionell, regional oder national, ist daher besonders relevant. Einerseits wird damit die Sensibilität der Mitarbeitenden erhöht – lediglich die Messung eines Phänomens (z.B. Inzidenz von Druckschädigungen) führt bereits zu besseren Ergebnissen (Klein, 2023) – und andererseits braucht es eine fundierte Basis zur Steigerung der Patient*innensicherheit und für Qualitätsentwicklungsmaßnahmen. In der Etablierung des strukturierten Prozesses zur Rollenentwicklung sollte auch die konsequente Würdigung der Leistungen von APNs inklusive Bestätigung des Erreichens und der Aufrechterhaltung des angestrebten Qualitätsniveaus – anhand der oben genannten Kennzahlen – zentraler Grundsatz der Unternehmensführung sein (The Scottish Government, 2008, S. 36).

Das Controlling unterstützt die Unternehmenssteuerung und kann als Teil des strategischen Managements betrachtet werden, es umfasst die Planung, Steuerung und Kontrolle der diversen Unternehmensbereiche. Pflegecontroller*innen und jene aus anderen Bereichen (u.a. Medizin) liefern ausgewählte Daten und prüfen damit die vereinbarte Zielerreichung. APNs können Einfluss auf die Messung von Daten nehmen, die Daten vor dem Hintergrund ihrer Fragen interpretieren und nutzen. Controlling und ANP unterstützen einander wechselseitig.

Der dritte Punkt, der in den ANP-Dialogen angesprochen wurde, ist die eigenständige Abrechnung von Pflegeleistungen beispielsweise nach Schweizer Vorbild. Selbständige APNs, z.B. jene für Diabetes Care, sollten ihre Leistungen direkt mit der Sozialversicherung abrechnen können. Die Wege würden kürzer, die Versorgung von Diabetiker*innen effektiver. Die Leistungsabrechnung könnte mit Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben der Länder, des Bundes oder der Krankenversicherungsträger verknüpft werden. Darin eingebettet stellt die Unternehmensentwicklung ein wichtiges Instrument zur ANP-Implementierung dar.

4.2 Die Praxis – das Handlungsfeld von ANP

Ziel im Themenschwerpunkt Praxis/Handlungsfeld ANP war es, den Beitrag von APNs für die diversen Zielgruppen (u.a. Patient*innen und ihre Familien, Bürger*innen generell), den Unterschied zwischen der Expert*innenrolle APN im Vergleich zu anderen Rollen sowie ihre vielfältigen Einsatzgebiete und -möglichkeiten herauszuarbeiten. Aus der Beantwortung der folgenden Fragen werden drei Kernelemente für Österreich dargelegt – Verantwortung, Sichtbarkeit und Marketing (siehe Abbildung 5).

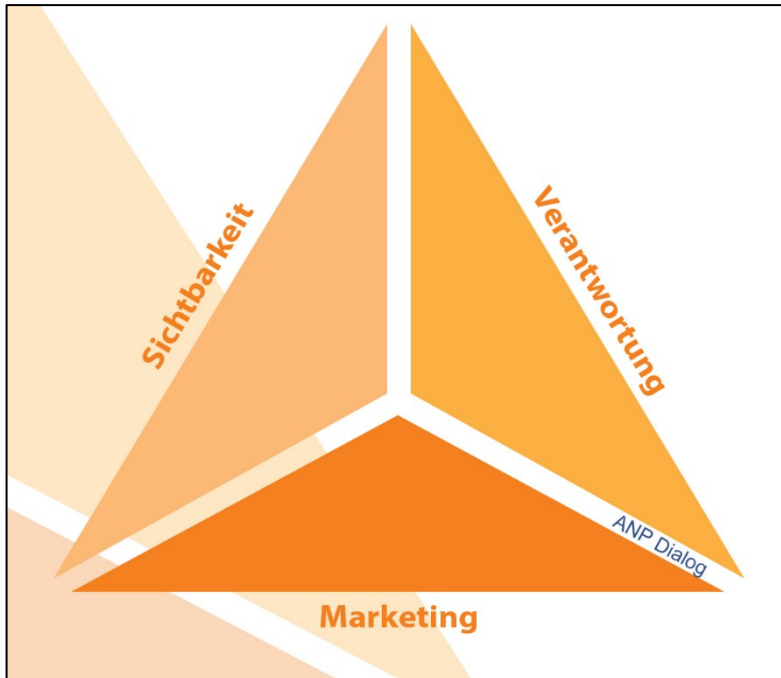


Abbildung 5

Elemente der ANP/APN-Pflegepraxis

Folgende Fragen zur Einführung des Konzeptes wurden in den ANP-Dialogen diskutiert:

- Welches Verständnis hat man in Ihrem Unternehmen von ANP?
Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen Praxis und Theoriearbeit?
Handelt es sich um APN-Teams oder um Einzelpersonen?
- Was sind bzw. was könnten die Beweggründe gewesen sein, um ANP einzuführen?
Worin wird der Mehrwert von ANP gesehen?
- Welches Kompetenzprofil im Unternehmen ist der Rolle zu Grunde gelegt bzw. welche Kompetenzen oder Spezialisierungen werden aufgrund welcher Entwicklungen besonders benötigt oder nachgefragt?
- Vertieftes Patienten*innenverstehen („knowing the patient“):
Was unterscheidet APNs von erfahrenen DGKPs in Spezialbereichen?

4.2.1 Verantwortung der APNs

APNs tragen für die Umsetzung ihrer Expert*innenrolle – das praktische Handeln – Verantwortung nach innen und nach außen. Das wird auch transparent, indem sie klinisches Leadership – auch Fachführung genannt – oder die Fallführung übernehmen. Dazu braucht es eine breite Palette von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, um eine hochwertige und umfassende Pflege zu gewährleisten und diese auch sichtbar zu machen (siehe folgende Darstellung).

- Expert*innenrolle sichtbar machen
- Fachliches/klinisches Leadership – Fallführung
- Kompetenzen schaffen



Expert*innenrolle sichtbar machen

Die Expert*innenrolle an sich impliziert einen hohen Grad an Verantwortung. APNs handeln in einem hohen Maße eigeninitiativ und autonom. Sie brauchen diese Freiräume, um Bedarfe zu erkennen, Mängel und Entwicklungspotenziale in den drei Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis (Donabedian, 1996) zu identifizieren. Sichtbar wird ihre Rolle, indem sie, bezogen auf die Organisationsstruktur, z.B. den Einsatz von Mitarbeitenden mit bestimmten Abschlüssen oder Skills bei unterschiedlich komplexen Patient*innensituationen argumentieren oder wenn sie bei der Prozessgestaltung entscheiden, unter welchen Umständen welche Assessmentinstrumente mit welchen Zielen zur Anwendung gelangen. Darunter fallen aber auch Maßnahmen zur Personalentwicklung wie Coachingangebote, Empfehlungen für Konferenzteilnahmen, die Auswahl von Journalabonnements, die Fort- und Weiterbildung von Kolleg*innen, die Auswahl/der Ankauf technischer Geräte oder die Neuausrichtung von Prozessen, um nur einige darzulegen, die in den ANP-Dialogen genannt wurden. Auch die Ergebnisdimension, wenn APNs die Auswahl, Erhebung und Interpretation von pflegesensitiven Ergebnissen, auch „Nursing-sensitive Quality Indicators“, festlegen, gehört dazu.

APNs tragen auch Verantwortung dafür, Ergebnisse, Kursänderungen etc. innerhalb der eigenen Berufsgruppe, im eigenen Wirkungsbereich/Unternehmen, aber auch darüber hinaus zielgruppenorientiert zu argumentieren und zu kommunizieren. Kennzahlen, Outcome-Veränderungen samt ihren Implikationen sollten der Bevölkerung – den Bürger*innen – in verständlicher Art und Weise ebenso dargelegt werden.

Fachliches/klinisches Leadership – Fallführung

Fachliches Leadership ist eng verbunden mit der Übernahme von Verantwortung. Dies bedeutet, Verantwortung zu tragen, nicht nur für das eigene Handeln, sondern auch für jenes anderer Personen – in der eigenen Berufsgruppe oder im multiprofessionellen Team. Von der APN

werden Antworten erwartet – auf klinische, ethische Fragestellungen und darüber hinaus. Antworten oder Entscheidungen, die abgestützt sind durch gesetzliche Vorgaben, wissenschaftliche Erkenntnisse und organisatorische Anforderungen, die aber auch kongruent zum Unternehmenskodex sind. Dazu braucht es auch die Entwicklung von Verbindungen – Netzwerkarbeit im klassischen Sinne, das Aufbauen von Vertrauen zu diversen Stakeholdern innerhalb und außerhalb des Systems, die Entwicklung von Kommunikationsräumen zum Austausch und vieles mehr, wie bereits in Abschnitt 4.1.2 („Kommunikationskonzept/-strategie“) dargestellt.

APNs übernehmen die Fallführung und gestalten so die konkreten interprofessionellen Versorgungsprozesse. Dabei motivieren sie, beraten, empowern, führen, setzen Prioritäten und entscheiden in den Begegnungen auf Augenhöhe. Sie bedienen sich der Pflege- und medizinischen Fachsprache und sind Role Model. Sie leiten multiprofessionelle Fallkonferenzen, um bestmögliche Gesundheitsergebnisse für die ihnen Anvertrauten zu erreichen. Die begleitende kritische Reflexion des eigenen Handelns sowie der Teammitglieder ist essenziell, dem ANP-Konzept inhärent. Mit Übernahme der Fallführung demonstrieren und festigen sie ihre Entscheidungsautonomie im Rahmen der Professionsentwicklung.

Fachführung erfordert Offenheit wie Reflexivität für Innovationen, generell gegenüber dem technischen Fortschritt, aktuell im Besonderen in KI-gestützten Anwendungen, in der Robotik sowie im Einsatz von Tele-Medizin und Ähnlichem. Im Weiteren siehe Abschnitt 4.3.3 („Empowerment oder handlungsfähig sein“).

Kompetenzen schaffen

Wird ANP eingeführt und soll klinisches Leadership übernommen werden, braucht es umfangreiche Kompetenzen. Die Verantwortung für die Schaffung des notwendigen Kompetenzrahmens für APNs erfordert eine koordinierte Anstrengung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stakeholdern, um sicherzustellen, dass die Einführung von APNs in der Pflegepraxis effektiv und qualitativ hochwertig ist. In den Diskussionen eingebracht wurde ein Kompetenzrahmen in der Ausrichtung, wie er von Hamric et al. (2009; 2013) dargestellt wurde. Unabhängig von der Ausgestaltung der Rolle, der fokussierten Population und dem Setting benötigt die APN grundlegende Kompetenzen in allen beschriebenen Kernkompetenzen, welche in entsprechenden Bildungsprogrammen erworben werden: Sozial- und Methodenkompetenz für die Bereiche Beratung und Konsultation, Zusammenarbeit, Coaching und Führung bis hin zum klinischen und professionellen Leadership. In ausgewählten Bereichen braucht es ggf. ein Mehr, beispielsweise an ethischer Entscheidungsfindungskompetenz, Forschungs- oder Coachingkompetenz. Während Arbeitgeber sicherstellen müssen, dass APNs in ihrer Praxisumgebung angemessene Unterstützung, Ressourcen und Schulungen erhalten, obliegt es den APNs selbst, ihren Kompetenzrahmen aktiv zu gestalten: durch ihre Erfahrungen in der klinischen Praxis, in der Forschung und im Unterricht.

4.2.2 Sichtbarkeit der APNs und ihrer Leistungen

APNs müssen ihre Leistungen und die damit erreichten pflegesensiblen (Patient*innen-)Ergebnisse transparent machen – für die Patient*innen und Bürger*innen ebenso wie für das Unternehmen und die Profession selbst. Dazu braucht es den Einsatz geprüfter Pflegefach-

sprachen, die Etablierung von Qualitätsindikatoren und das Messen der Qualität sowie Investitionen in die Praxisentwicklung und den Theorie-Praxis-Transfer (dargestellt in der folgenden Abbildung).



Pflegefachsprachen und Qualitätsindikatoren

International wird Pflege oft als „invisible profession“ (Germini et al., 2010; Kemmer & Silva, 2007) bezeichnet, weil es nur bedingt gelingt, Pflegeleistungen und -ergebnisse umfassend und sprachlich vereinheitlicht (standardisiert) sichtbar zu machen. Pflegepersonen im Allgemeinen und APNs im Besonderen müssen daher ihre Leistungen und die damit erreichten (Patient*innen-)Ergebnisse transparent machen. Benötigt werden dazu einerseits IT-gestützte, standardisierte Pflegefachsprachen und andererseits Qualitätsindikatoren.

Die Sichtbarkeit von APN-Leistungen gelingt IT-gestützt in der Krankenakte ausschließlich mit ausgewählten standardisierten Pflegefachsprachen („Standardized Nursing Languages“ oder kurz SNLs). Diese verfügen über sogenannte validierte (wissenschaftlich überprüfte) Konzepte und ermöglichen Datenaustausch und -auswertung im Gesundheitswesen. Diese Konzepte umfassen kodierte Begriffe mit international gültigen Definitionen, wie beispielsweise die Pflegediagnosen von NANDA-International (Herdman et al., 2022) oder die pflegesensiblen Patient*innenergebnisse der Pflegeergebnisklassifikation NOC (Moorhead et al., 2024). Werden solche SNLs settingübergreifend über ein ganzes Land eingesetzt, kann damit ein „Nursing Minimum Data Set“ (NMDS), ein minimaler Pflegedatensatz, generiert werden. In Österreich ist das über ELGA realisierbar. Solche Datensätze, die Pflegebedarfe, -leistungen und -ergebnisse umfassen, liefern wichtige Erkenntnisse für die Planung im Gesundheits- und Sozialsystem bis hin zu den Bedarfen an APNs in den diversen Bereichen.

Qualitätsindikatoren sind (weiterzu-)entwickeln und zu implementieren, um die (Patient*innen-)Ergebnisse auf Basis der Leistungen von APNs bewerten zu können. Solche Bewertungen können beispielsweise vorgenommen werden anhand der erhobenen Patient*innenzufriedenheit, der Verbesserung bestimmter Gesundheitsergebnisse wie der Inzidenz gesundheitssystemassoziierter Infektionen, jener von Druckschädigungen oder Sturzereignissen, der Einhaltung von Behandlungsplänen, der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und vermeidbaren Wiederaufnahmen oder des Autonomieindex (siehe auch Abschnitt 4.3.1, „Bürger*innenorientierung“). Durch die Erstellung von Berichten über diese (Gesundheits-)Ergebnisse wird die Leistung sowohl organisationsintern als auch nach außen sichtbar und nachvollziehbar gemacht. Auf gesellschaftlicher Ebene sind die APNs in die Entwicklung einer nationalen Pflegeberichterstattung einzubeziehen.

Die Bemühungen von APNs können auch für Qualitätszertifizierungen genutzt werden, exemplarisch soll das „Baby-friendly Hospital“ oder das „Zertifizierungsprogramm der Deutschen Krebsgesellschaft“ angeführt werden. Auch die politische Einflussnahme in Form von Beratung durch APNs wurde in den ANP-Dialogen diskutiert.

Praxisentwicklung

Die Praxisentwicklung durch Advanced Practice Nurses (APNs) bezieht sich auf den Prozess, durch den APNs ihre klinische Praxis kontinuierlich verbessern, Innovationen einführen und zur Weiterentwicklung der Pflege beitragen. Dies umfasst u.a. die Evaluierung von Praxisstandards, Forschung und evidenzbasierte Praxis sowie die Entwicklung von Praxisrichtlinien. Insbesondere bei der Implementierung wissenschaftlicher Konzepte, Modelle oder Theorien der unterschiedlichen Reichweiten kommt APNs eine Schlüsselrolle zu. Die Etablierung von Interventionen und Standards auf aktueller und bester verfügbarer Evidenz in Kombination mit der Messung und dem Reporting von Qualitätskriterien und Outcomes (siehe oben) sind bedeutende Elemente der ANP-Praxis.

Die Praxis zu entwickeln, bedeutet auch, diese zu beforschen und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Fort- und Weiterbildungen zu planen bzw. an diesen teilzunehmen, Berichte über multiprofessionelle Fallbesprechungen, gemeinsame Entscheidungsfindung und koordinierte Pflege zu verfassen, aus Befragungen von Patient*innen und ihren Angehörigen zu lernen und das Praxisfeld zu entwickeln, durch die Teilnahme an Netzwerken, Konferenzen und Veranstaltungen Erfahrungen und Best Practices kennenzulernen und weiterzuentwickeln.

Theorie-Praxis-Transfer

Vielerorts wird bemängelt, dass die Kluft zwischen Theorie und Praxis größer anstatt kleiner geworden sei. Dies, im Englischen als „Theory-Practice Gap“ bezeichnet, beinhaltet auch die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Während die gelehrte Evidenz immer umfassender wird, dürfte dieses Wissen nur vereinzelt bei den Betroffenen, den Patient*innen ankommen. Um diese Lücke zu verringern, wird der Theorie-Praxis-Transfer diskutiert. Entsprechend aktuellen Erkenntnissen aus der Implementierungswissenschaft gelingt dieser Transfer nicht, weil neues Wissen an gewürdigtem, vorhandenem Wissen andocken muss (de Jong, 2018). Aufbauend auf eine Problemanalyse vor Ort sollen Lösungen gesucht werden, die nicht nur aus der Theorie, sondern aus den reflektierten Teams der Praxis selbst kommen können. Es wird also eine Verbindung zwischen Praxis, Lehre und Forschung gefordert mit gegenseitiger Inspiration und einem zu erwartenden Profit durch geteiltes Wissen. Man spricht hier von Wissenszirkulation. Die Teilnehmenden des ANP-Dialogs erkennen das „Präsentsein“ der APNs in dieser zu „moderierenden“ Wissenszirkulation als eine ihrer wesentlichen Aufgaben.

APNs fördern den zielgerichteten Wissenstransfer und die Wissenszirkulation in der Praxis. Sie sind darauf ausgerichtet, aktuelle Erkenntnisse und evidenzbasiertes Wissen in die direkte Pflegepraxis zu integrieren und mit anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistern zu teilen.

4.2.3 Marketing von ANP

Marketing, so nachzulesen in Gablers Wirtschaftslexikon (Kirchgeorg, 2018), sei die konsequente Ausrichtung des gesamten Unternehmens an den Bedürfnissen des Marktes, aber auch weiteren Anspruchsgruppen wie Mitarbeitenden, dem Staat oder der Umwelt (siehe auch Abschnitt 4.4.1, „Talente“). Die Bedürfnisse der „Kund*innen“ im Gesundheits- und Sozialwesen sind vielfältig und im Wandel begriffen, basierend auf bekannten Phänomenen wie der Überalterung der Gesellschaft aufgrund demografischer Entwicklungen und den damit einhergehenden Herausforderungen wie Zunahme von Multimorbidität, Polypharmazie, Komplexität etc. Eine Antwort auf diese Bedürfnisse, die in den traditionell ausgestalteten Unternehmen wie Spitälern oder Langzeitpflegeeinrichtungen immer schwerer fällt, ist ANP. Entscheidend für diese Marktausrichtung, wie in der Folge dargestellt, ist die Persönlichkeit, die Positionierung der APN, die Bildung von Netzwerken und das Mentorship oder Mentoring.



- Persönlichkeit/Positionierung/Markenbildung
- Netzwerke bilden
- Multiprofessionelles Mentorship

Persönlichkeit/Positionierung/Markenbildung

Auch die APN als Teil des Unternehmens muss sich den Bedürfnissen des Marktes öffnen, sich als neue Rolle etablieren. Das bedeutet, dass sie eine aktive Rolle bei der Bewerbung ihrer Kompetenzen, ihrer Verantwortungsbereiche gegenüber der Zielgruppe (den Patient*innen, Bürger*innen), aber auch den Mitgliedern der eigenen Berufsgruppe und anderer Health Professionals einnehmen muss. Das gilt für den eigenen Wirkungsbereich, das gesamte Unternehmen und über die Systemgrenzen hinweg.

Die eigene berufliche Identität wird authentisch und überzeugend nach außen kommuniziert. Dies kann sowohl für die berufliche Entwicklung als auch für die Sichtbarkeit und Anerkennung in der Gesundheitsbranche von Bedeutung sein. Dafür ist ein Positionierungstool zur Darlegung des „Kundennutzens“ zu erarbeiten. Der*die Bürger*in sollte im Sinne der „Health Literacy“ über die ANP-/APN-Angebote, die Ziele Bescheid wissen. Auf Basis einer Selbstanalyse kann ein professionelles Profil erstellt und kommuniziert werden. Dies setzt entsprechende Kommunikationsfähigkeiten und persönliche Attribute voraus. Insbesondere der Persönlichkeit der APN wurde in den ANP-Dialogen Bedeutung beigemessen – inwieweit sie sich selbst als „empowered“ erlebt, also handlungsfähig und mit der nötigen „Macht“ ausgestattet ist. APNs können jedoch nur gemeinsam mit dem Arbeitgeber agieren, d.h. auf Unternehmensseite braucht es eine „Empowering Organization“ und Managementpersonen, die Unterstützer*innen, aber auch „Enabler“ (Ermöglicher*innen) sind und selbstbestimmtes, autonomes Handeln fördern.

Netzwerke bilden

Netzwerke spielen, wie bereits dargelegt (Abschnitt 4.1.2, „Kommunikationsstrategie“), eine entscheidende Rolle in verschiedenen Aspekten des beruflichen und persönlichen Lebens – sie fördern die berufliche Entwicklung und unterstützen den beruflichen Erfolg. Daher sind Netzwerke insbesondere in einem sich entwickelnden Feld zur Erreichung zielgerichteter Strategien notwendig – vor allem zur Befriedigung der Bedürfnisse der Gesellschaft, der Kund*innen, um notwendige Veränderungen, neue Entwicklungen wahrzunehmen, einzuleiten bzw. zu fördern. Hospitationen im In- und Ausland können helfen, den praktischen Einsatz neuer Technologien etc. mit eigenen Augen zu sehen, die Erfahrung von Kolleg*innen persönlich abzuholen und sich international zu vernetzen. Auf nationaler Ebene braucht es den Schulterschluss mit dem Berufsverband, dem ÖGKV, um gemeinsam die Etablierung insbesondere von Rollen der Primärversorgung wie „School Health Nurses“ oder „Community Health Nurses“ zu forcieren, um niederschwellig die Gesundheit zu fördern oder auch österreichweit den Gebrauch einheitlicher SNLs zu etablieren. Es muss auch Ziel der APNs sein, regionale wie nationale politische Entscheidungsträger*innen sachgerecht zu informieren und zu beraten.

Weiters sollte sich das Engagement in der Mitarbeit in (nationalen wie internationalen) wissenschaftlichen Fachgesellschaften niederschlagen, um einen adäquaten Austausch zwischen Expert*innen zu unterstützen. Eigene Erkenntnisse sollen präsentiert, Erkenntnisse anderer diskutiert und zur weiteren Verwendung geprüft werden. Solche eigenen Arbeiten und Ergebnisse sollen auch in Konferenzbeiträgen und Publikationen in wissenschaftlichen Journals münden, um die Fachöffentlichkeit zu informieren.

Multiprofessionelles Mentorship

Eingebracht wurde zur Unterstützung der Rollenetablierung von APNs und damit der Ausrichtung auf die Bedarfe der Bürger*innen auch das multiprofessionelle Mentorship. Unter Mentoring wird an der Georg-August-Universität in Göttingen (o.D.), Deutschland, eine selbstorganisierte, hierarchisch unabhängige Beziehung zwischen einer erfahrenen Person (Mentor*in) und einer weniger erfahrenen Person (dem Mentee) verstanden. Die*der Mentor*in könnte eine erfahrene APN oder auch ein*e Angehörige*r eines anderen Gesundheitsberufes sein (Ärzt*in, Psycholog*in, Physio-, Ergotherapeut*in u.a.), die*der Mentee die „Junior-APN“. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass bestimmte klinische Aufgaben oder Rollen obligatorisch ein solches Mentoring erfordern, beispielsweise die Aufgabe einer CNS zur Anpassung medizinischer Therapien wie jene der Arzneimittel-dosierung. Dieser Ansatz fördert den Austausch von Wissen, Erfahrungen und Perspektiven über verschiedene berufliche Grenzen hinweg und die beteiligten Personen profitieren voneinander und können auch die jeweils andere Berufsgruppe besser kennenlernen. Für die erste gemeinsame Mentoringphase sind sechs Aspekte besonders relevant, die Reflexion, die Verfügbarkeit der*des Erfahrenen oder des*der Mentors*Mentorin, eine gemeinsame Basis, Beziehung, Unterstützung und Teamgeist (Hoferichter & Volkert, 2020).

4.3 Sicherung und Entwicklung der Qualität durch ANP/APNs

APNs tragen dazu bei, die Qualität in der Pflege zu sichern und weiterzuentwickeln, indem sie ihre erweiterten Kompetenzen in der direkten Patient*innenversorgung, der Koordination von Pflegeleistungen, der Patient*innenbildung, der Forschung und der interprofessionellen

Zusammenarbeit einsetzen. Empowerment, Qualifikation und Bürger*innenorientierung (siehe Abbildung 6) sind Voraussetzungen, dass Dienstleistungen nicht nur effektiv und effizient erbracht werden, sondern auch den Bedürfnissen der Bürger*innen gerecht werden und hohe Qualitätsstandards erfüllen.

In den ANP-Dialogen und Workshops wurden folgende Initialfragen in den Raum gestellt:

- Was umfasst die Pflegequalität der Bürger*innen, Patient*innen, Bewohner*innen? Wie wird diese eingeschätzt?
- Welchen Beitrag leisten APNs zur Qualitätssicherung?
- Wie wird Qualitätsarbeit sichtbar?
- Wie unterscheidet sich die Qualitätsarbeit der APNs von anderen Rollen in der Pflege?

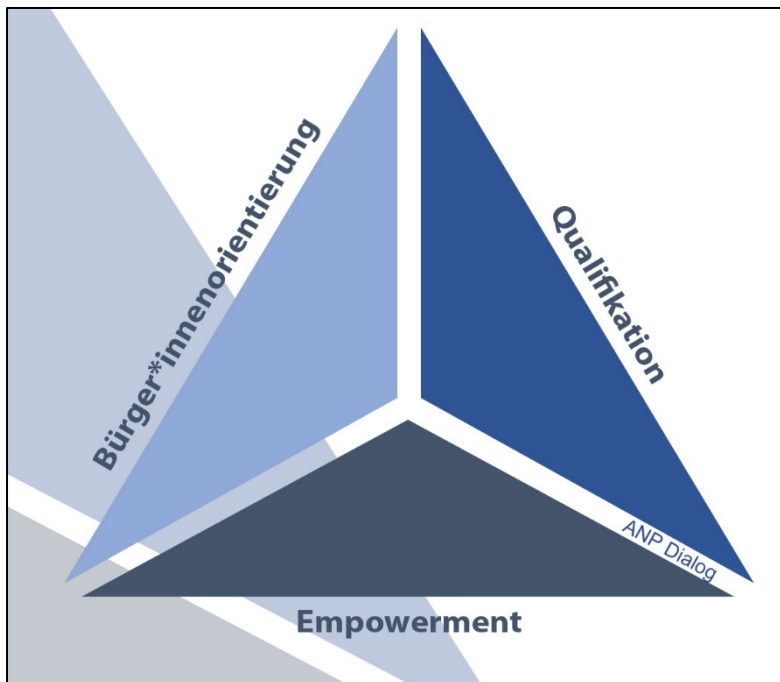


Abbildung 6

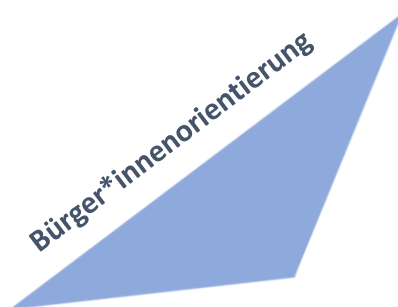
Elemente zur Sicherung und Entwicklung von Qualität durch ANP/APNs

„Die Beste der besten Krankenpflegepersonen gehört ans Krankenpflegebett.“ (Teilnehmer*innen der ANP-Dialoge). APNs sind demnach Praktiker*innen, deren „Einsatzort“ das unmittelbare Umfeld der Patient*innen, Klient*innen und Bewohner*innen ist. Darüber hinaus wurde die Frage nach der Qualität als herausfordernd wahrgenommen und dargestellt. Welche pflegerischen Qualitätskriterien sind eine „Conditio sine qua non“ für eine gute und ausreichende Versorgung der Bevölkerung? Die Ressourcen im Pflege-, Gesundheits- und Sozialsystem sind enden wollend.

Eine Orientierung anhand allgemeingültiger und allgemein akzeptierter Qualitätsmerkmale hilft, Kompetenzanforderungen settingspezifisch festzulegen. Die Qualitätsdefinitionen sind abhängig vom jeweiligen Auftrag der APN und sichtbar in ein Messsystem, in definierte Messgrößen, überzuführen (siehe auch Abschnitt 4.2.2, „Sichtbarkeit der APNs und ihrer Leistungen“). Das „Konzept für den Aufbau eines Pflegereportings“, an der GÖG publiziert (Weißenhofer et al., 2021), kann als Beispiel und Rahmen dienen. Die Managementprozesse sind den Qualitätsanforderungen anzupassen, Aus- und Weiterbildungsanforderungen daran auszurichten und durchzuführen. In den ANP-Dialogen wurden die Aspekte Bürger*innenorientierung, Empowerment und Qualifikation als grundlegend relevant erachtet, die Qualität in der Pflege voranzutreiben. Wie dies im Zusammenspiel mit der Implementierung von ANP in den Einrichtungen zu verstehen ist, wird im Folgenden ausgeführt.

4.3.1 Bürger*innenorientierung

„Es muss bei ihnen [der Bürgerin/dem Bürger] ankommen!“, so der generelle und explizit wichtigste Tenor der Mitwirkenden der ANP-Dialoge und der Workshops, was Qualität in der Versorgung von Patient*innen, Klient*innen, Bewohner*innen – kurzum von Bürger*innen – bedeutet. Leistungen, die im Zuge der Gesundheitsversorgung erbracht werden, dienen der Gesunderhaltung, der Gesundwerdung, dem Wohlbefinden und dem Erhalt der Selbständigkeit der uns anvertrauten Pflegebedürftigen und ihrer Vertrauenspersonen. Zentrale Qualitätsaspekte rund um eine fortgeschrittene und vertiefte Pflegepraxis sind umfassend, ganzheitlich und personenzentriert. Die folgenden bedeutenden pflegerischen Akzente und Aufträge von APNs wurden herausgearbeitet.



- Bedarfe und Bedürfnisse der Bürger*innen
- Partizipation der Bürger*innen/Patient*innen/Klient*innen
- Mitwirkung „Integrierte Versorgung“/ „Prozessmanagement“

Bedarfe und Bedürfnisse der Bürger*innen

Bedarfe und Bedürfnisse von Bürger*innen sind mannigfaltig. Die jeweiligen Konzepte, die in einer individuellen, an der/dem Bürger*in ausgerichteten komplexen Pflegesituation zum Tragen kommen, sind settingspezifisch durch die APN auszuwählen und pflegefokussiert auszurichten. Ressourcen und Leistungen sind dort einzusetzen, wo anhand eines umfassenden Assessments zielgerichtet Bedarfe der Bürger*innen erhoben wurden. Da APNs über vertieftes Wissen verfügen, ist die Definitionsmacht der zu erzielenden Qualität (in Absprache mit den Bürger*innen) bei den APNs zu sehen. Das heißt, APNs legen Mindestqualitätskriterien in ihren Umfeldern fest (welche Daten sind in welcher Form für die Qualitätsmessung erforderlich?), die sich sowohl an der höchsten verfügbaren Evidenz als auch an den organisatorischen Möglichkeiten orientieren. Kennzahlen, Dokumentations- und Controllingsysteme werden durch

die APN entwickelt, adaptiert und in die vorhandenen Systeme überführt, gemessen und gewartet (siehe auch den Abschnitt 4.2.2, „Sichtbarkeit der APNs und ihrer Leistungen“). Die (Patient*innen-)Ergebnisse (Outcomes) werden nach definierten Vorgaben kontinuierlich erhoben, einem Diskurs zugeführt und in die Pflegeentwicklung des Unternehmens übergeführt. Gegebenenfalls sind Qualitätsparameter mit den Verantwortlichen in der Führung als Richtlinie und/oder in Standards festzulegen.

Partizipation der Bürger*innen/Patient*innen/Klient*innen forcieren

APNs arbeiten partizipativ. Gelebte personenzentrierte Ansätze (z.B. McCormack & McCance, 2006; Pelzang, 2013) belegen eine positive Wirkung durch die verstärkte Mitwirkung der Beteiligten am Genesungsprozess. Neben der Chance, eigenes Gesundheitsverhalten zu reflektieren und positiv zu beeinflussen, kann damit auch Fehl-, Unter- und Überversorgung – wie im vorherigen Punkt auch erwähnt – hintangehalten werden. Zudem ist in vielen Umfeldern, beispielsweise in der Pflege von Kindern oder in der Betreuung von psychisch Erkrankten (wenn nicht generell im Sinne der Familienzentrierung), eine Einbindung des sozialen Umfelds unumgänglich. Eine hohe Anpassungsleistung und Flexibilität von den Pflege- und Betreuungskräften, aber auch von deren Kund*innen, ist erforderlich.

Im Gesundheitssystem von morgen wird mehr denn je die Notwendigkeit bestehen, durch ein erhöhtes Gesundheitskompetenzverständnis jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers das Gesundheitssystem zu entlasten. Auch wenn politisch anders kommuniziert, so scheint es unrealistisch, dass für jedes kleinere gesundheitliche Problem Gesundheitsexpert*innen zu jeder Zeit in ausreichend großem Ausmaß zur Verfügung stehen werden. Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit wird, begleitend durch Expert*innen, gestärkt werden müssen.

Mitwirkung „Integrierte Versorgung“ und „Prozessmanagement“

Integrierte Versorgung ist eine nach wie vor wenig beachtete Versorgungsform in Österreich. Zu viele Versorgungsbrüche zwingen die Betroffenen zu einem mehr oder weniger erfolgreichen Durchlavieren durch das Gesundheitssystem. An den Schnittstellen entstehen Ineffizienzen wie z.B. mangelnde Orientierung an nachvollziehbaren Abläufen, unklare Verantwortlichkeiten, Unzufriedenheiten, Fehl- und Mangelversorgung – aber auch Doppelgleisigkeiten in der Versorgung können die Folge sein.

APNs erkennen Lücken im Versorgungssystem und übernehmen die Verantwortung, Lösungen herbeizuführen. Sie setzen sich für eine verstärkte Implementierung eines „Best Point of Service“ ein: Die gesundheits- und pflegerische Leistung ist dort anzusiedeln, wo die Gesundheits- und Pflegeleistung am besten und am kostengünstigsten zu erbringen ist. Versorgungsmodelle, die für Österreich neuartig sind, wie beispielsweise Community Health Nursing/Gemeindeggesundheitspflege oder School Health Nursing/Schulgesundheitspflege – international bewährte Modelle – sind auszuformen und deren Effekte der Bevölkerung sichtbar zu machen.

(Pflege-)Leistungen (gedeckt durch das GuKG), die zwar traditionell, aber nicht notwendigerweise von Ärzt*innen übernommen werden müssen, sind durch APNs auszuführen. International konnte vielfach die positive Auswirkung dieser Maßnahme auf Effektivität und Effizienz

nachgewiesen werden, z.B. für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Primärversorgung (Turi et al., 2023) (siehe auch den Leporello [Advanced Nursing Practice](#); Neumann-Ponesch & Leoni-Scheiber, 2020).

Als weitere Beispiele eines erweiterten „Best Point of Service“ können exemplarisch die Übernahme der Gesundheitsförderung, Beratung und Versorgung von Diabetiker*innen oder von Personen mit komplizierten Wunden sowie das Komplikationsmanagement bei Krebserkrankten außerhalb der Klinik genannt werden. Verhandlungen über die Rahmenbedingungen, beispielsweise mit den Financiers, sind aus der Berufsgruppe heraus zu führen und zu forcieren, um der Bürger*innenorientierung einen weiteren Schritt näher zu kommen.

APNs müssen aktiv ihre Kompetenz in die Entwicklung von Behandlungspfaden und Disease-Management-Programmen (DMP) einbringen. Die Kultur, Behandlungspfade fast ausschließlich auf die Medizin auszurichten, ist einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit (siehe auch Best Point of Service) auf Augenhöhe abträglich und verhindert eine umfassende Beurteilung und Behandlung der Bürger*innen. APNs verantworten gemeinsam mit weiteren Gesundheitsberufen die Fallarbeit. APNs können fehlende Übergänge in der Versorgung aufzeigen und wirken im Rahmen der integrierten Versorgung mit. Ihr Verantwortungsbereich reicht dabei über die Organisationsgrenzen hinaus.

4.3.2 Qualifikation der APNs

Auch im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem können APNs vertieft und erweitert ihre Tätigkeit gesetzeskonform ausüben. Die Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 (Pleschberger & Holzweber, 2020) brachte die Erkenntnis, dass noch lange nicht alle Pflegekompetenzen in der Praxis zur Anwendung kommen. Um eine APN-Rolle einzunehmen, bedarf es spezifischer Kompetenzen, die sich aus Wissen und Handlungsfähigkeit speisen. Fachkompetenz, gepaart mit hoher Sozialkompetenz, ermöglicht einen vertieften Zugang zu den uns anvertrauten Menschen: „Erst im Zusammenspiel aus Evidenz, wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empathie resultiert eine gute Pflege, welche zu guten Patient*innenoutcomes beiträgt. Kompetente Pflegepersonen können die Qualität in der Pflege verbessern und ‚Missed Nursing Care‘ vermeiden.“

APNs zeichnen sich durch ihre Rolle als spezialisierte Praktiker*innen aus, die eine Brücke zwischen der klinischen Praxis und der Integration von Wissen in die Versorgung schlagen, während andere Pflegerollen eher auf Management, Lehre oder Forschung ausgerichtet sind. APNs sind direkt an der Patient*innenversorgung beteiligt und zeichnen sich durch ihre spezialisierten praktischen Fähigkeiten aus. Ihr Fokus liegt auf der direkten Pflegepraxis und der Anwendung fortgeschrittener klinischer Kenntnisse.

Vor diesem Hintergrund wurde „Qualifikation“ von den Teilnehmer*innen der Dialoge und der Workshops weniger durch formale Bildungsabschlüsse definiert, sondern eher durch spezialisierte Fähigkeiten und Qualifikationsanforderungen in der Praxis. Ihr Fokus liegt auf der Wirkungsorientierung, d.h. sie streben danach, positive Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung und -ergebnisse zu erzielen. Erarbeitet wurden die Elemente Erfüllung der Qualitätskriterien, Anwendung des erweiterten vertieften Pflegeprozesses in Kombination mit Fachkompetenz, Beziehungs- und Vertrauensarbeit (siehe Darstellung). Dieses Unterkapitel weist eine enge Verknüpfung zur Bürger*innenorientierung (Abschnitt 4.3.1) und den Talenten (Abschnitt 4.4.1) auf.

- Erfüllen von Qualitätskriterien
- Anwendung des Advanced Nursing Process / Fachkompetenz
- Beziehungs- und Vertrauensarbeit



Erfüllen von Qualitätskriterien

Die Antworten in den Dialogen und Workshops auf die Frage, was denn diese Qualitätskriterien bei APNs beinhalten, sind vielfältig; nachfolgend seien einige Auszüge dargelegt:

„Fähigkeit, innerhalb kurzer Zeit ganz in der Situation zu sein (...), diese Aufmerksamkeit haben und leben.“

„Ein Qualitätskriterium ist, dass niederschwellige Angebote in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen.“

„Qualität ist, Klient*innen zur Selbsthilfe befähigen.“

„Qualität ist die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen“, „Das Nichteintreten eines Ereignisses ist Qualität“, „Man ist froh, wenn nichts passiert im Dienst“.

„(...), wenn der Mensch mit seiner Lebenswelt im Mittelpunkt steht und er an der Pflege partizipiert.“

„Die Weiterentwicklung der Mitarbeiter*innen ist ein Qualitätskriterium.“

„APNs können Wissen/Wissensmanagement kanalisieren.“

„APNs haben Führungsqualität und Bindung zur Organisation.“

„Stabilität in den Teams sichert Qualität.“

Obenstehende Beispiele aus den ANP-Dialogen machen sichtbar, was die Anforderungen und Erwartungen an die ANPs sind und geben Hinweise auf die Anforderungen an die Qualitätsindikatoren. APNs müssen effektiv und effizient arbeiten, sie sind zuverlässige Partner*innen sowohl für das Gesundheitspersonal als auch für die Patient*innen. Sie vermitteln Sicherheit und erhöhen die Patient*innenzufriedenheit. Durch systematische Dokumentation entsteht Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich ANP bedeutet dies, dass neben den fachlichen Kompetenzen auf Soft Skills Wert gelegt werden muss. Diese ergeben sich u.a. aus den Diskussionen der ANP-Dialoge:

Den zu pflegenden Menschen in den Mittelpunkt allen Tuns zu stellen, ist ein Qualitätsmerkmal von Pflegenden und wird von APNs im Besonderen vorausgesetzt bzw. erwartet. Dies drückt sich in der „Akzeptanz der Pflegenden, Wünsche der zu Pflegenden zu berücksichtigen

und nicht über deren Kopf hinweg zu bestimmen“, aus. Die Beachtung und der Einbezug unterschiedlicher Perspektiven von Patient*innen erweist sich als eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale in der Arbeit von APNs. Das verfügbare Wissen und die Kompetenzen sind dabei kreativ und vielfältig im Sinne der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen einzusetzen.

Die Fähigkeit, die eigenen Handlungsspielräume zu erweitern sowie Organisationsprozesse zu entwickeln und Prozess-Ownership zu leben, ist dabei eine bedeutende Qualitätsanforderung an APNs (siehe auch Abschnitt 4.3.3, „Empowerment“).

Anwendung des Advanced Nursing Process/Fachkompetenz

Zur Qualifikation zählt auch, dass APNs den Advanced Nursing Process anwenden können. Ein ausgeprägtes Pflegeverständnis, das Markenzeichen einer APN, findet im täglichen Handlungsgeschehen in Abstimmung und unter Beteiligung der zu pflegenden Person statt. „Anhand der Teilhabe kann man Pflegequalität aufzeigen.“ Es seien einige Aufgaben exemplarisch genannt, die in einem Advanced Nursing Process (Müller Staub et al., 2015), dem erweiterten, vertieften Pflegeprozess, abgebildet werden. Dieser basiert auf validierten (psychometrischen/getesteten) Assessmenttools und auf evidenzbasierten Pflegediagnosen, -ergebnissen und -interventionen, die in Klassifikationssystemen enthalten sind.

(Mit-)Entwicklung, Planung, Auswahl, Durchführung und Evaluation von

- Klinischen Assessments (Körperuntersuchungen des Herzens und der Gefäße, der Lunge, des Abdomens etc.)
- Instrumenten/Skalen (ICF, Barthel Index, CAM etc.).
- Screenings aller Art
- Pflegerischen Diagnose- und Klassifikationssystemen (APNs verfügen über ausgeprägte klinische Entscheidungsfindungskompetenz und kennen ein großes Diagnosespektrum, sie verwenden differenzierte „neuartige Diagnosen“, wie beispielsweise die im ANP-Dialog genannten: Identitätsverlust, Einsamkeit, Langeweile, Autonomie, Selbständigkeit, Selbstbestimmung in der eigenen Lebensumwelt, Anzahl an Psychopharmaka, Fehlmedikationen, ...)
- Guidelines
- Outcome-Messungen (APNs benennen und definieren ihre Spezialisierung und die zugrundeliegenden theoretischen Konzepte entsprechend Kennzahlen und führen diese ins Controllingssystem über)

Beziehungs- und Vertrauensarbeit

„Den deutenden Teil der Pflege leben“, so lautet der Anspruch an die APNs. APNs leisten Beziehungsarbeit und orientieren sich an humanwissenschaftlichen, person- und emotionszentrierten Ansätzen (siehe auch Abschnitt 4.1.2, „Kommunikationskonzept/-strategie“). Beziehungsarbeit ist praktisches Handeln, dem eine gesundheitsfördernde und präventive Absicht zugrunde liegt. APNs sind sich dessen bewusst und setzen ihre Empathiefähigkeit ein, um Vertrauen aufzubauen und Resilienz zu stärken: „Paßt [sic] die Behandlung nicht zum Verständnis der Person von ihrem Kranksein, wird der Heilungsprozeß [sic] behindert und das

Leid verstärkt.“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 30). APNs kennen und wenden sowohl intuitive als auch analytische Schritte im Pflegeprozess an (Schrems, 2018).

4.3.3 Empowerment oder „handlungsfähig sein“

Empowerment, über die Komponenten Bedeutsamkeit, Kompetenz, Einfluss und Selbstbestimmtheit definiert (Lee & Koh, 2001), ist eines der Herzstücke des Konzepts ANP. APNs müssen über Empowerment verfügen bzw. im Rahmen ihrer Tätigkeit erwerben, ansonsten bleiben ihre Möglichkeiten begrenzt. Empowerment in diesem Kontext bedeutet, Autonomie und Handlungskontrolle über ihre beruflichen Angelegenheiten zu erlangen. Es geht darum, den Einzelnen in einer Berufsgruppe die notwendigen Ressourcen, Fähigkeiten und den Glauben an ihre Fähigkeiten zu vermitteln, um aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen und ihre beruflichen Ziele zu erreichen. Das Empowerment einer Berufsgruppe trägt dazu bei, eine unterstützende, selbstbestimmte und befähigte Arbeitsumgebung zu schaffen, die die individuelle und kollektive Wirksamkeit fördert. Es ist ein kontinuierlicher Prozess, der darauf abzielt, die Fähigkeiten und Einflussmöglichkeiten der Mitglieder einer Berufsgruppe zu stärken und selbstverständlich anwaltschaftlich für Bürger*innen zu handeln. Etabliert wurden die drei Bereiche Verantwortungs- und Entscheidungshoheit, Role Model und Advocacy (siehe die folgende Abbildung).

- Verantwortungs- und Entscheidungshoheit
- Role Model
- Advocacy



APNs sind DIE „Botschafter*innen der Pflege“. Ist Raum und Engagement für gelebte ANP gegeben, treten positive Effekte für alle ersichtlich hervor. ANP als Motor für professionalisierte Pflege schafft ein verändertes Verständnis sowohl berufsintern als auch -extern für und über den Pflegeberuf. „Um die Fachkompetenz deutlicher zu machen, bietet die ‚Erweiterte Pflegepraxis (ANP)‘ eine gute Grundlage“ (Zegelin, 2021, S. 8).

Verantwortungs- und Entscheidungshoheit

Die fachliche Führung, gekennzeichnet durch Verantwortungs- und Entscheidungsbefugnis im definierten (Spezial-)Bereich, ist die USP der APN-Rolle. Sich pflegerisch fachlich vollständige Autonomie anzueignen und sie auszuführen, ist zu Beginn der Übernahme der Rolle neuartig und mag eine große Herausforderung für alle im Versorgungsprozess Beteiligten darstellen. Es ist empfehlenswert, das Einfinden in die Rolle nicht dem Zufall zu überlassen, sondern gezielt Begleitung anzubieten. Führungskräfte oder Senior-APNs sind hilfreiche Begleiter*innen.

Die Aufgaben des Clinical Leaders sind in der jeweiligen Stellen- bzw. Rollenbeschreibung ausgeführt (siehe auch Abschnitt 4.1.3, „Werkzeuge“) und umfassen die Festschreibung

- des Komplexitätsniveaus ihres Einsatzbereiches,
- der Fallführung sowie der interprofessionellen Fallbesprechung,
- des Qualitätsniveaus,
- der Implementierung und Messung der Qualitätskriterien,
- der Er- und Überarbeitung von Konzepten,
- der Überführung des aktuellen Wissens in die Praxis bzw. Initiierung der Wissenszirkulation,
- der Entwicklungsgespräche mit Kolleg*innen,
- der Begleitungen und Anleitungen von Kolleg*innen in der Pflege,
- der Schnittstellen zu DGKP, Management und weiteren Berufsgruppen.

Eine mögliche Tandemführung von Pflege-Führungskräften und der fachlichen Führung durch APNs ist anzudenken. Im Weiteren siehe dazu auch Abschnitt 4.1.1 („APN-Rollen definieren“).

Unter Fachführung sind ebenso Anregungen und Mitwirkung an der Etablierung neuer Versorgungsformen, wie Pflegeboards/Konsultationen/„Nurse-led Abteilungen“/Kliniken oder Sounding Boards (beispielsweise wie in England) zu sehen. Politische Beratungen und Beratungen des Managements in Fachangelegenheiten sind eine „Conditio sine qua non“. Dementsprechend ist von Bedeutung, die Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen sowie die Zusammenarbeit zwischen Management, Pflege und weiteren Gesundheitsberufen klar festzulegen.

Role Model

APNs sind Vorbilder: Ihre Möglichkeiten im Handlungsfeld lassen Vorteile in der Versorgung erkennen. Sie übernehmen die Aufgabe des Mentorings für Kolleg*innen und helfen, Wirkung sichtbar zu machen. Das Eigene der Pflege tritt verstärkt hervor. APNs als Role Model (siehe auch Kapitel 4.1, „Implementierung von ANP“) lassen erkennen, dass sie „Menschen mögen und eine Leidenschaft besitzen, mit Menschen zu arbeiten, (...) wertfreie Haltung [haben], vor allem bei Arbeiten mit vulnerablen Gruppen“. APNs sind in der Lage, eigene Grenzen im pflegerischen Umfeld aufzuzeigen, „auch zu sagen, was braucht es nicht“ – durchaus im Sinne der Choosing-Wisely-Initiative (<https://www.choosingwisely.org/>), die in Österreich unter dem Titel „Gemeinsam gut entscheiden“ firmiert (<https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/>).

APNs setzen Prioritäten, auch unter Ressourcenmangel. Sie sind fähig, interprofessionell und interdisziplinär zu arbeiten: Ängste weiterer Berufsgruppen werden genommen. „Pflege ist Reifen“ – dieser pflegetheoretische Ansatz wird nachvollziehbar und stärkt das Selbstbewusstsein (Benner, 1997; Peplau, 1997; Watson, 1996 und viele mehr).

APNs sind (noch) Pionierinnen und Pioniere. Sie werden im Team dann als „Role Model“ erkannt, wenn sie vom multiprofessionellen Team als die richtige Person am richtigen Ort mit der richtigen „Methode“ wahrgenommen werden. Wird die Rolle gut ausgefüllt, können Effekte aufgezeigt werden, und es finden sich – fast von selbst – Nachahmer*innen: „A person looked to by others as an example to be imitated“.

Sie arbeiten dennoch nicht selten gegen Widerstände und dürfen sich dadurch nicht entmutigen lassen. Kontinuierliche Überzeugungsarbeit gehört zum Alltag, Mut zur Lücke wird als Strategie für eine kontinuierliche Implementierung gelebt. Mut des Pflegemanagements,

die Rolle zu verteidigen, stärkt APNs weiter und hält ihnen den Rücken frei. Führungskräfte sind Advokat*innen für APNs und somit für die Pflege an sich.

Advocacy

Durch aktive Beteiligung der Berufsgruppe an Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen, übernehmen sie eine Advokatenrolle für Patient*innen und deren Vertrauenspersonen. APNs engagieren sich, um Autonomie, Würde und Qualität der Pflege für die individuellen Bedürfnisse jeder Patientin*jedes Patienten zu gewährleisten – auch indem sie sprachlich und fachlich in der Lage sind, sowohl eine Übersetzung vom Pflegerisch-Medizinischen ins allgemein Laienhafte wie auch umgekehrt vorzunehmen. Ihr Empowerment versetzt sie in die Lage, dass ihre Haltung und ihr Wissen im Versorgungskontext ernst genommen und eingebracht werden können. Ein Agieren auf der Grundlage eines ethisch-moralischen Kodex ist gegeben.

4.4 ANP im Kontext des Managements

Das Pflegemanagement ist ein entscheidender Akteur bei der erfolgreichen Implementierung von ANP. Es trägt dazu bei, die organisatorischen Strukturen, Ressourcen und die Arbeitsumgebung so zu gestalten, dass die erweiterten Praxisbereiche von APNs effektiv genutzt werden können. Ohne Sensibilität und Unterstützung durch das (Pflege-)Management wird sich die Rolle nicht nachhaltig im Sinne einer optimierten und sicheren Versorgung der Patient*innen etablieren können. Sei das Engagement von APNs noch so groß und von den besten Absichten getragen, die aktuellen hierarchischen Verhältnisse lassen Alleingänge ein-

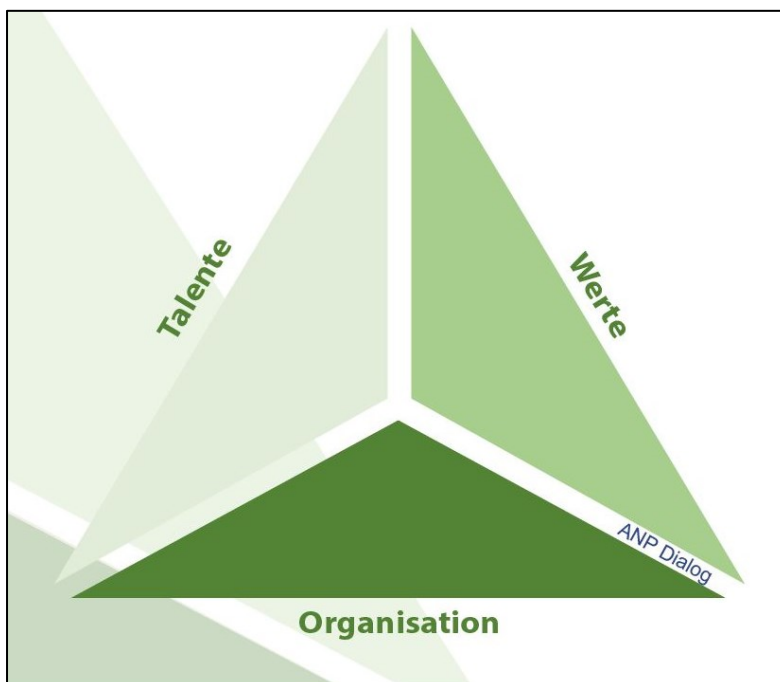


Abbildung 7

Elemente der vertieften und erweiterten Pflegepraxis im Kontext des Managements

einzelner Mitarbeiter*innen nicht zu. Es liegt in der Verantwortung der Führungskräfte, ANP zu verankern, Talente zu entdecken und diese sowie eine Kultur des Miteinanders zu fördern und so die Rahmenbedingungen für die Rolle einer APN zu schaffen.

Der Bereich Pflegemanagement ANP/APN beschreibt sich, wie in der obigen Abbildung dargestellt, durch die drei Faktoren Talente, Werte und Organisation.

Initialfragen in den ANP-Dialogen und Workshops waren:

- Wie kann durch ANP zum Aufbau einer gut funktionierenden Organisationsstruktur (OE) an den Stationen ein Beitrag geleistet werden?
- Wie kann durch ANP ein Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter*innen (im Sinne von Personalentwicklung) erreicht werden bzw. welche Erfahrungen gibt es dazu?
- Wie kann durch ANP der Informationsfluss zwischen Pflorgeteam und gehobenen Führungsebenen erleichtert werden?
- Wie gelingt die Entwicklung einer gemeinsamen Identität innerhalb des Pflorgeteams (CI)? Diese trägt zur Berufs-/Organisationszufriedenheit bei.
- Kann durch ANP-Rollen die Kooperation mit anderen Berufsgruppen verbessert und die Rolle der Pflege in den Einrichtungen gestärkt werden?

4.4.1 Talente fordern und fördern

Jeder beruflichen Rolle sollte grundsätzlich ein gewisses Maß an Talent zugrunde liegen. Motivierte, engagierte und talentierte Pflegekräfte formulieren meist von sich aus ihre Ziele, Möglichkeiten und Wünsche: eine Chance und Ressource für Organisationen. Dazu wurden drei Bereiche erarbeitet: das Schaffen von Karrieremöglichkeiten, das Fördern der APN-Rolle sowie Argumentations- und Sprachfähigkeit (siehe Darstellung).



- Karrieremöglichkeiten schaffen, Talente fördern
- APN-Rolle festigen
- Argumentations- und Sprachfähigkeit

Karrieremöglichkeiten schaffen, Talente fördern

Karrieremodelle in der Pflege sind Strukturen oder Rahmen, die die berufliche Entwicklung von Pflegekräften unterstützen und fördern. Diese Modelle bieten Richtlinien und Möglichkeiten für den Aufstieg, die Weiterentwicklung und Spezialisierung in der Pflegekarriere. Die Vielfalt der Karrieremodelle in der Pflege ermöglicht es den Fachkräften, ihre berufliche Entwicklung gemäß ihren individuellen Interessen, Fähigkeiten und Zielen zu gestalten. Die Fachkarriere ist relativ neu in diesem Kanon. Wie für alle anderen Karrierewege von DGKPs gilt es auch für den Bereich ANP, diese zu entdecken. Es gilt, Stärken zu stärken, wenn diese identifiziert sind und bei den Mitarbeiter*innen der Wille besteht, die Fähigkeiten weiterzuentwickeln und in der Organisation Gebrauch davon zu machen. Die Talente zeigen Bereitschaft, Offenheit und auch immer wieder Begeisterung, Neues zu wagen und sich die APN-Rolle, ihren Stärken entsprechend, anzueignen – dies unter den für sie akzeptablen Rahmenbedingungen.

Pflegemanager*innen haben die Aufgabe, den Talenten frühzeitig Signale zu senden (durch die transparente Darstellung), welche Karrieremöglichkeiten mit welchem möglichen Aufgabenspektrum auf sie warten. Für Mitarbeiter*innen kann eine Selbsteinschätzung mit dem Ziel der Karriereentwicklung hilfreich sein (z.B. NOS und NWC, von der schottischen Regierung empfohlen) (The Scottish Government, 2008).

Karrieremöglichkeiten schaffen, bedeutet auch, Rollen zu etablieren. APNs sind nicht Mädchen für alles, „auch nicht dann, wenn wieder mal Not am Mann ist“, so die Aussage einer Teilnehmenden. Vereinzelt wurde beschrieben, dass gut ausgebildete APNs als Lückenbüßer*innen oder Springer*innen eingesetzt wurden bzw. werden.

Die Rollenetablierung im Unternehmen benötigt Zeit, Unterstützung durch die Managementebenen (von der Stationsebene bis hin zur Pflegedienstleitung), natürlich fachliche Expertise der APN, ihre Präsenz vor Ort in der Pflegepraxis, ihre Selbstwirksamkeit und persönliche Eigenschaften, aber vor allem Rollenklarheit (Werner et al., 2021). Die Etablierung einer klaren Rolle umfasst die explizite Klärung von Ziel(en) und von Handlungs- und Verantwortungsbereich(en). Die zugeschriebenen Kompetenzen müssen von allen Betroffenen anerkannt werden – im multiprofessionellen Team, aus der Perspektive der Stakeholder und der Betroffenen wie Patient*innen und Bürger*innen. Im Toolkit Approach des Scottish Government (2008, S. 35) wird gefordert, dass die Fähigkeiten einer APN durch ein Portfolio von Kompetenzbewertungen nachgewiesen werden sollen, welches die Schlüsselemente der fortgeschrittenen vertieften Praxis auf einem einheitlichen Niveau beinhaltet, aber auch die Bandbreite der Rollen in den differenten klinischen/beruflichen Umgebungen abbildet.

APN-Rolle festigen

APNs können in der Öffentlichkeit und innerhalb eines Unternehmens „ein positives realistisches Bild von Pflege vermitteln“. Eine neue Rolle in einem Team und in einer Organisation, wie die APN eine ist, verfestigt sich jedoch nicht von selbst. Daher ist auch nach Verankerung der Rolle eine Weiterentwicklung der Aufgaben vor dem Hintergrund der Autonomie der Rolle notwendig. Darunter fallen die (Weiter-)Entwicklung der Rolle, die zeitliche Einteilung, einzusetzende Methoden, Geräte/Instrumente, Konzepte. APNs muss Raum für eigeninitiatives, proaktives Handeln zugestanden werden. Die Ausgestaltung des fachlichen Leadership liegt an ihr*ihm, ob dies in der Leitung oder Moderation interdisziplinärer Fallbesprechungen erfolgt, in Form von kollegialen Beratungen, Coachings oder anderen Methoden.

Den möglichen auftretenden Unsicherheiten, Widerständen und Ängsten von Kolleg*innen und weiteren Berufsgruppen muss durch immer wiederkehrende Aufklärung, Information sowie Marketing nach innen und außen begegnet werden (siehe auch Abschnitt 4.1.2). Es muss für alle Mitarbeiter*innen erkennbar und spürbar sein, dass das Management vollkommen hinter der neuen Rolle steht. Die Leistungen und vor allem die Ergebnisse von APN-Arbeit sind regelmäßig mittels vielfältiger Medienarbeit zu kommunizieren. Kolleg*innen aus der Pflege, die durch das Vorhandensein einer APN für sich selbst mehr Sicherheit im Pflegealltag gewinnen, sind im Weiteren positive Stimmungsmacher*innen für eine bessere und schnellere Akzeptanz innerhalb des Unternehmens. Viele Ärzt*innen, die mit APNs arbeiten, möchten diese Rolle nicht missen und befürworten die Implementierung von APNs – ein weiterer Hebel im Marketing der APN-Rolle. Positives Marketing mit dem Ziel des Wiedererkennungswerts von APNs wird unter Anleitung und in Zusammenarbeit mit Marketingspezialist*innen (im Gegensatz zu „selbstgestricktem“ Marketing) durchgeführt.

Argumentations- und Sprachfähigkeit

Sowohl vonseiten der Führungskräfte als auch der APNs ist die *Argumentations- und Sprachfähigkeit* eine wichtige Komponente bei der Darstellung von ANP. Zu vermitteln, welche Effekte durch APNs erzielt werden können, liegt vor allem in den Händen der APNs selbst. Wer sonst könnte glaubhaft machen, was sie leisten und was ihre Aufgaben sind? Den APNs zugrundeliegende Kompetenzen bilden das Fundament ihrer Argumentationsfähigkeit. Argumente sind so in passende Sprache, Worte und Tonlage zu verpacken, dass sie gehört und angenommen werden können. Die richtigen Worte in der richtigen Art und Weise zu finden, ist herausfordernd. Bei der Versorgung von Patient*innen sind andere kommunikative Fähigkeiten gefordert als in einem multiprofessionellen Gesundheitsteam oder bei einer Verhandlung um Ressourcen bei Trägern oder in der Politik. „Die Sprache ist setting- und klient*innenabhängig einzusetzen.“ Den speziellen Anforderungen und Begabungen entsprechend bieten sich vielfältige Kommunikations-, aber auch Persönlichkeitstrainings an, die gezielt durch Führungskräfte und APNs zu forcieren sind. Gute Argumentations- und Sprachfähigkeit sind wichtige Werkzeuge eines effizienten ANP-Marketings.

4.4.2 Werte und Haltung

Der Pflege ist ein humanistisches Menschenbild eigen. Wie in Abschnitt 4.3.2 („Qualifikation der APNs“) betont, legen APNs ihrer Arbeit eine Haltung zugrunde, die rigoros den Menschen in den Mittelpunkt stellt, unabhängig von ihrem Stellenwert in der Gesellschaft. Die drei identifizierten Bereiche sind unten dargestellt.



- Ethisches Fundament der Pflege
- Teamkultur und Rollenverständnis
- Gesunde Fehlerkultur

Ethisches Fundament der Pflege

Werte bilden das ethische Fundament der Pflege und sind entscheidend für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger, fürsorglicher und patient*innenzentrierter Pflege. Pflegekräfte werden ermutigt, diese Werte in ihrem beruflichen Handeln zu verkörpern und zu fördern. Vor diesem Hintergrund geben Führungskräfte APNs Rückhalt, die Pflege ihren ethisch-moralischen Werten entsprechend durchzuführen, bzw. fordern die Bedeutsamkeit ethischen Handelns ein. Führungskräfte zeigen Offenheit und die Bereitschaft, sich für jene dafür notwendigen Rahmenbedingungen einzusetzen. Führungskräfte legen auf eine möglichst wertfreie Haltung der APNs ihren Patient*innen gegenüber Wert und fordern diese ein. Pflegemanager*innen promoten die Rolle der APNs in der Führungsriege (kollegiale Führung, Träger etc.) und geben einen „Kodex“ der Anerkennung und Achtung vor.

APNs, als kompetente und wertvolle Mitarbeiter*innen in multiprofessionellen Teams, erfahren Wertschätzung und befinden sich auf Augenhöhe. Sie können sich auf ihre Führungskräfte verlassen, stimmen sich bzgl. Mitarbeiter*innenentwicklung ab und sind um den Erhalt der Menschenwürde, sei es von Patient*innen oder Mitarbeiter*innen, bemüht. APNs schätzen gute Führungsqualität, was einem Miteinander in der Pflegeentwicklung zugutekommt.

Teamkultur und Rollenverständnis

„Gute Pflege kann nur im Austausch mit allen anderen Partnern im Feld gelingen“. Eine Teamkultur des Miteinanders „funktioniert nur auf Basis gesunder und professioneller Beziehungen“. Die Akzeptanz einer APN ist über Teamentwicklungsmaßnahmen zu festigen. Die Bedeutung und Wichtigkeit aller im Versorgungsprozess Beteiligten ist im Besonderen herauszustreichen. Eine weitere Hierarchisierung der Rollen ist zu vermeiden. Dennoch muss Kompetenz als Wert an sich im Unternehmen eine wichtige und nachvollziehbare Rolle einnehmen: eine Kultur der Kompetenz leben!

Gemäß Scottish Government (2008, S. 10) basieren die Kompetenzen einer APN zur Erfüllung ihrer Rolle auf umfangreichen Kenntnissen und Fähigkeiten und werden unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards zielgerichtet eingesetzt. „Each individual competence covers:

- The work activities which need to be carried out to achieve a particular purpose.
- The quality standards to which these activities need to be performed.
- The knowledge and skills people need to carry out these activities.“

Das APN-Rollenverständnis im Team gilt es durch frühzeitiges Herausarbeiten und Darstellen der Unterschiede von Aufgaben und Kompetenzen der APNs zu stärken, immer mit Blick darauf, die Gleichwertigkeit der Notwendigkeit aller Kompetenzen und Aufgaben in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu braucht es die kontinuierliche Unterstützung der Leitung und ein klares Bekenntnis dazu, dass APNs als APNs agieren.

Gesunde Fehlerkultur

„Es braucht eine Fehler- und Feedbackkultur, die lebt.“ Der Umgang mit Fehlern oder Beinahe-Fehlern ist im österreichischen Gesundheitswesen nahezu ein Tabuthema. Dennoch – oder gerade deswegen – gilt es, dem Sprechen über Fehler gezielt Platz einzuräumen. APNs können für Kolleg*innen die Anlaufstelle sein, wo geschützt und anonym über mögliche Fehlritte gesprochen wird. Denn auch die meisten Beinahe-Fehler bleiben, dem Eisbergmodell folgend,

unter der Oberfläche. Commitment der Führung und Transparenz, welche Rolle die APN beim Umgang mit Fehlern einnimmt, sind vertrauensbildende Maßnahmen, um eine gesunde Fehlerkultur zu etablieren. „Aus Fehlern lernen“ ist die Devise und Haltung.

4.4.3 Organisation als „Enabler“

„Organisation“ bietet Möglichkeiten und befähigt („Enabler“) und schafft Grenzen für ANP. Die Führung des Unternehmens ist jene Instanz, die Rahmenbedingungen ermöglicht bzw. sich für die Umsetzung der APN-Rolle einsetzt. Unter „Organisation“ sind die folgenden Faktoren subsummiert.

- Unterstützende Rahmenbedingungen
- Teamstabilität
- Interdisziplinarität und Netzwerkarbeit



Unterstützende Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen, mit denen APNs unterstützt werden können, sind vielfältig. Hier werden jene, welche in den Dialogen als am wichtigsten genannt wurden, aufgelistet (siehe auch Abschnitt 4.1.3, „Werkzeuge und Instrumente zur Implementierung von ANP“).

- Klares Rollenprofil/-beschreibung im Unternehmen/Differenzierung DGKP/APN
- Karrieremodell ANP-/APN-Rolle in der Praxis verankert
- Konkreter Auftrag durch die Führung an die APN: Prioritätensetzung
- Definierter autonomer Gestaltungsbereich für APNs
- Flache Hierarchiestrukturen
- Zugang zum Controlling und zur Dokumentation/Ergebnismessung
- Bereitstellen von notwendigen Tools und definierten Ressourcen
- Klares Schnittstellenmanagement/SOPs
- Kompetenzgerechte Entlohnung der APNs
- Anreize für Zielerreichung
- Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung in der Rolle der APN
- ANP-/APN-Marketing nach innen und außen
- Büroräumlichkeiten, Zugang zu Internet, Datenbanken

Es braucht „ein positives, förderndes und wertschätzendes Arbeitsumfeld, damit APNs ihr Potenzial entfalten können“.

Ein funktionierendes Wissensmanagement ist wesentlich, um APNs auch personenunabhängig zu implementieren. Die Führungskräfte beauftragen die APNs, das Pflegewissen in ihrem Umfeld zu identifizieren. APNs legen gemeinsam mit den Manager*innen den Wissensbedarf fest und leiten daraus notwendige (Formate von) Fort- und Weiterbildungen ab. Sie kanalisieren vorhandenes Wissen und verantworten, dass das Wissen aktuell in Standards überführt wird, die bekannt sind und zur Anwendung kommen. APNs sind im Weiteren beauftragt, eine Wis-

sensdatenbank (sofern noch nicht vorhanden) zu entwickeln und diese zu warten. Kolleg*innen mit vertieftem Wissen werden über die APNs angehalten und motiviert, ihr Wissen mit anderen strukturiert zu teilen.

Teamstabilität

Das Thema der Teamstabilität erfährt besondere Beachtung. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Rolle einer APN in einem Team nachhaltig implementiert werden kann, scheint in einem sich wenig verändernden Team besser gegeben zu sein. Es ist anzuraten, vor allem die Pionier*innenrolle in einem stabilen Pflegeumfeld mit wenig Mitarbeiter*innenfluktuation erstmalig zu etablieren.

Teamstabilität zu erreichen, ist eine Führungsaufgabe – fachlich wie hierarchisch. Ziel ist, die Kohäsion und Kontinuität innerhalb eines Teams über einen bestimmten Zeitraum aufrechtzuerhalten. Gute Zusammenarbeit, effektive Kommunikation und gemeinsame Ziele kennzeichnen stabile Teams. Teams stabil zu erhalten, erfordert eine bewusste Anstrengung von Führungskräften und Teammitgliedern gleichermaßen. Es ist wichtig, zu betonen, dass Teamstabilität nicht nur das Verbleiben von Mitgliedern im Team bedeutet, sondern auch die Fähigkeit des Teams, sich anzupassen, zu wachsen und gemeinsam erfolgreich zu arbeiten.

Das gelingt u.a. durch gute Führung, klare Kommunikation, teamorientierte Kultur, Anerkennung und Wertschätzung, Entwicklungsmöglichkeiten, gemeinsame Ziele, Teamentwicklung oder effektive Konfliktbewältigung. Mit der Einführung von APNs kann Teamstabilität erreicht werden, aber nur, wenn dabei entstehende Spannungen aktiv erkannt, minimiert und gelöst werden.

Interdisziplinarität und Netzwerkarbeit

Sich gegenseitig über ein Netzwerk interdisziplinär auszutauschen, stärkt die Rolle einer APN. Nationale und internationale Netzwerkarbeit ist geplant, findet regelmäßig statt und ist Teil des Arbeitsauftrags von APNs (siehe auch Abschnitt 4.1.2, „Kommunikation“). Fachliches und Organisatorisches wird „face to face“ geklärt und Erfahrungen, die die Rolle mit sich bringt, als gegenseitige Motivation geschätzt. Gerade als Pionier*in erweisen sich Verbindungen als wertvolle Stütze bei der Gestaltung und Ausformung von Pflegeentwicklungsschritten.

Für das Pflegemanagement bedeutet Integration von Interdisziplinarität und Netzwerkarbeit eine umfassendere, effizientere und qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung. Es braucht jedoch eine proaktive Herangehensweise, klare Strukturen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit über Fachgrenzen hinweg.

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Zusammenfassend gibt die Aussage einer Teilnehmerin an den Dialogen das wieder, woran eine APN zu messen ist: „Gute Pflege ist ein Zusammenspiel aus Qualität, Patient*innensicherheit, persönlicher Zufriedenheit, beruflicher Autorität und der Fähigkeit, angemessene Entscheidungen zu treffen.“

APN ist in Österreich angekommen; die Rolle ist für eine zukunftsorientierte Versorgung der Bevölkerung von Dringlichkeit. Immer wiederkehrende Diskussionen über eine Akademisierung erübrigen sich: Sie ist für die Ausübung spezialisierter, vertiefter und erweiterter Tätigkeiten unabdingbar. Top ausgebildete Pflegekräfte sind Fundament für die erweiterte und vertiefte Praxis, aber „Thus educational achievement does not, in itself, guarantee Advanced Practitioner status“ (The Scottish Government, 2008, S. 35).

Es wird mit vereinten Kräften daran zu arbeiten sein, der APN jene Autonomie und Verantwortung zu übertragen, um im Zusammenspiel mit den Bürger*innen und weiteren Gesundheitsberufen die Gesundheitskompetenz aller zu stärken und neuartige Versorgungsformen zu bilden.

Was ist in Österreich aktuell auf dem Weg und woran ist zu arbeiten?

- Weitere APN-Rollen gehören in allen Settings ausgerollt,
- die Rahmenbedingungen für die APN-Rolle gehören verbessert.
- Eine gesetzliche Verankerung von ANP in Österreich ist in Diskussion.
- Die (nun akademische) Grundausbildung im gehobenen Dienst muss adaptiert und erweitert werden.
- Die EFN wird 2024 eine europäische Umfrage zu ANP durchführen und eine europäische Strategieentwicklung vorlegen.
- Das Forum ANP Austria ist erweitert: Forum ANP Austria Plus, in das weitere pflegerische Fachgesellschaften ihr Know-how einbringen und die Entwicklung von ANP in Österreich vorantreiben.

6 Quellen/Literatur

- Benner, P. & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Streß und Bewältigung*. Hans Huber.
- Benner, P. (1997). *Stufen der Pflegekompetenz*. Hans Huber.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48, 530–540.
- Buhr, A. (2016). *Führungsprinzipien. Worauf es bei Führung wirklich ankommt*. Gabal.
- De Jong, A. (9. April, 2018). *Wissenszirkulation*. Pflege professionell Das Magazin. <https://pflege-professionell.at/tag/wissenszirkulation>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V. (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. DBfK.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2022). *Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“*. DIP.
- Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care* 8 (4), 401–407. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.4.401>
- European Federation of Nurses Associations (EFN) (2022). *EFN Policy Statement on EU Advanced Practice Nursing*. <https://efn.eu/wp-content/uploads/2022/04/EFN-Policy-Statement-on-APN-April-2022.pdf>
- European Federation of Nurses Associations (EFN) (Revised in July 2023). *EFN Workforce matrix 3+1 executive summary*. https://efn.eu/?page_id=8220
- Georg-August-Universität Göttingen (o.D.). *Was ist Mentoring?* <https://www.uni-goettingen.de/de/was+ist+mentoring%3F/512958.html>
- Germini, F., Vellone, E., Venturini, G., & Alvaro, R. (2010). [Nursing outcomes: Instruments for visualizing the effectiveness of nursing care]. *Professioni Infermieristiche* 63 (4), 205–210.
- Halmich, L. L. M. (2022). Medizinische Kompetenzen für DGKP nach Standard Operating Procedures (SOP) am Beispiel der Medikation. *ÖZPR* 3, 90–92.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., & Tracy, M. F. (2013). *Advanced Practice Nursing: A integrative approach* (5th ed.). Saunders Elsevier.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Nursing Practice: An integrative approach* (4th ed.). Saunders.
- Heering, C. (2020). Clinical Leadership. In S. Neumann-Ponesch & C. Leoni-Scheiber (Hrsg.), *Advanced Nursing Practice. verstehen – anwenden – umsetzen* (1. Aufl., S. 49–61). Facultas.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2022). *Pflegediagnosen 2021–2023: Definitionen und Klassifikation*. Recom.
- Hoferichter, F., & Volkert, U. (2020). (Praxis-)Reflexion durch Mehrebenen-Mentoring von Lehramtsstudierenden in der frühen Praxisphase. *HLZ – Herausforderung Lehrer*innenbildung* 3 (1), 620–637. <https://doi.org/10.4119/hlz-2695>

- ICN (2020). *Guidelines of Advanced Practice Nursing*. [ICN APN Report EN WEB.pdf](#)
- ICN (2021). *Guidelines on prescriptive authority for nurses*. <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-publishes-guidelines-prescriptive-authority-nurses>
- IG swissANP (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. www.swiss-anp.ch
- Janßen, R. (2022). Serie: *Management – Anregungen zum Nachdenken und Diskutieren. Teil 3: If you can't measure it, you can't manage it*. <https://acent.de/management-anregungen-zum-nachdenken-und-diskutieren-3/>
- Juritsch, E. (2022). Stehen Kooperation und Konkurrenz in Konkurrenz zueinander oder gibt es dazu auch kooperative Ansätze? *KWF Magazin 1*, 12–15.
- Kemmer, L. F., & Silva, M. J. P. da (2007). Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem 15* (2), 191–198.
- Kirchgeorg, M. (15.02.2018). *Marketing*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/marketing-39435/version-262843>
- Klein, T. (2023). *Prävalenz/Inzidenz von Druckschädigungen bei erwachsenen Patient*innen im internationalen Kontext. Eine Umbrella-Review* [Unveröffentlichte Bachelorarbeit]. fhg Tirol, Standort Reutte.
- Lee, M., & Koh, J. (2001). Is empowerment really a new concept? *International Journal of Human Resource Management 12*, 684–695.
- Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers 98*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing 56* (5), 472–479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of health outcomes*. Elsevier.
- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2015). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.
- Neumann-Ponesch, S. (2014). *Advanced Nursing Practice in Österreich*. Positionspapier, Facultas.
- Neumann-Ponesch, S., & Leoni-Scheiber, C. (2020). *Advanced Nursing Practice*. Facultas.
- Pelzang, R. (2013). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing 19* (14), 912–917. doi: 10.12968/bjon.2010.19.14.49050
- Peplau, H. (1997). *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*. Hans Huber.
- Pechardscheck, S. (29.08.2023). *Was versteht man unter Governance?* <https://www.cio.de/a/was-versteht-man-unter-governance,3671122>
- Pleschberger, S., & Holzweber, L. (2020). *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study*. GÖG.

- Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Hans Huber.
- Schrems, B. (2018). *Verstehende Pflegediagnostik*, 2. Auflage. Facultas.
- Schuch, J. (2018). Partizipation braucht eine starke Führung. Das Zusammenspiel von Fachkräften und Leitung im Rahmen von Partizipation. *KiTa aktuell ND 12*, 245–247.
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2022). *Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung*. Expertenbericht. BAG
- The Scottish Government (2008). *Supporting the development of advanced nursing practice. A Toolkit approach*. CNO Directorate, Scottish Government.
- Turi, E., McMenamin, A., Kueakomoldej, S., Kurtzman, E., & Poghosyan, L. (2023). The effectiveness of nurse practitioner care for patients with mental health conditions in primary care settings: A systematic review. *Nursing Outlook* 71 (4), 101995. doi: 10.1016/j.outlook.2023.101995.
- Watson, J. (1996). *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Hans Huber.
- Weißenhofer, S. et al. (2021). Konzept für den Aufbau eines Pflegereportings. GÖG.
- Werner, J., Dimitriadou-Xanthopoulou, N., Knisch-Wesemann, A., & Meißner, K. (2021). Als Advanced Practice Nurse aktiv die Pflegepraxis mitgestalten. Eine Reflexion. *Pflege* 34 (6), 321–327. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000840>
- WHO (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 202–2025*. World Health Organization.
- Zegelin, A. (2021). Pflegende brauchen Berufsstolz. *Pflegenetz* 1, 4–8