

Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung

Beat Sottas, Stefan Kissmann

Schlussbericht 7.7.2022

Impressum

Mit dem Postulat Streiff 19.4278 «Versorgungslücken schliessen. Es ist Zeit für neue Pflegemodelle» wird der Bundesrat beauftragt zu prüfen, „wie eine gesetzliche Regulierung von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurse) im Gesundheitsberufegesetz zu gestalten ist...“ und wie die Leistungen abgegolten werden sollen.

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG – gestützt auf die Ausschreibung und das Pflichtenheft vom 9.9.2021 – extern in Auftrag gegeben, um einen möglichst neutralen wissenschaftlichen Grundlagenbericht zu erhalten. Dieser soll einerseits die aktuelle Situation der APN in der Schweiz darstellen und andererseits Möglichkeiten sowie Vor- und Nachteile einer Regulierung auch gerade im Vergleich mit der Pflegeexpertinnen und –experten der Höheren Berufsbildung diskutieren.

Die Fragen zur Leistungsabgeltung sind nicht Teil des Auftrags.

Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG oder andere Akteure können somit von der Meinung, respektive vom Standpunkt des BAG abweichen.

Vertragsnummer:	142004769 / 551.2-1/1
Laufzeit des Projektes:	1.11.2021 – 31.07.2022
Autoren:	Dr. Beat Sottas, formative works Stefan Kissmann, formative works
Auftraggeber:	Bundesamt für Gesundheit BAG Nuria del Rey / Daniel Wenger Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
Zitiervorschlag:	Sottas B., Kissmann S. 2022. Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung. Expertenbericht. Bern: BAG
Korrespondenzadresse:	formative works, Rue Max-von-Sachsen 36, 1722 Bourguillon

formative works ist eine Agentur, welche seit 2008 Beratungs- und Evaluationsaufträge für öffentliche Verwaltungen, Hochschulen, Verbände und Unternehmen der Privatwirtschaft im Bereich der Bildungs- und Gesundheitspolitik ausführt sowie mit einem zweisprachigen Team eigene Projekte zur Versorgungsforschung realisiert.

Inhaltsverzeichnis

Glossar und Abkürzungen	5x
Zusammenfassung	6
Résumé (en français)	9
1. Ausgangslage und Auftrag	11
2. Auftragsinterpretation und Methodik	13
3. Definition und Profile	16
3.1 Definitionen Advanced Practice Nurse (APN resp. ANP) / Rollen und Berufsprofil	16
3.2 Umfang der erworbenen Kompetenzen	18
3.3 Vorgaben zur Advanced Nursing Practice des Vereins APN-CH	19
3.4 Physician Assistants / Physician Associates	20
3.5 Nachdiplomstudiengänge (NDS HF)	21
3.6 Höhere Fachprüfungen (HFP)	22
3.7 Ordnungsschema zur Beurteilung der erworbenen Kompetenzen (Taxonomie)	25
4. Ergebnisse	28
4.1 Masterstudiengänge in Pflege	28
4.2 Taxonomischer Vergleich von Beschreibungen der Ausbildungsinhalte	31
4.3 Case-Studies zu HFP und MSc: Selbstdeklaration zu taxonomischen Indikatoren	34
4.4 Registrierung bei APN-CH	39
4.5 Vergleich der Register von APN-CH und Gesundheitsberuferegister GesReg (BAG/SRK) bzw. NAREG (GDK/SRK)	40
4.6 Anzahl Registrierungen bei APN-CH	41
4.7 Erfahrungen mit Privatreglementierung durch die Organisation APN-CH	42
4.8 Erfahrungen mit gesetzlicher Reglementierung in der Waadt	43
5. Qualität in der Versorgung beim Einsatz von Pflegeexpertinnen	44
5.1 Wo und wie arbeiten Advanced Nurse Practitioner (APN / ANP)?	44
5.2 Beitrag zur Versorgung von multimorbid und chronisch Kranken	44
5.3 Erfahrungen und Ergebnisse aus Pilotprojekten	45
5.4 Erfahrungen und Schlüsse aus dem Einsatz von Pflegeexpert:innen HFP	47
6. Antworten auf die Fragen	49
6.1 Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung bezüglich APN in der Schweiz?	49
6.2 Wie ist der Zusammenhang zwischen den APN-Expertenprofilen auf Masterstufe und 1) den Expertenprofilen der Pflege der höheren Berufsbildung 2) weiteren Expertenprofilen und 3) der Ärzteschaft?der Schweiz?	53
6.3 Welches sind die Vor- und Nachteile einer Regulierung der APN-Profile resp. der Masterstufe in der Pflege?	55
7. Bibliographie	57
Anhänge 1-5	59-112

Abbildungen

Abb. 1:	Konzept zur Bearbeitung des Auftrags gem. Methodik der Versorgungsforschung	13
Abb. 2:	Definition der Advanced Practice in Nursing (APN) gem. ICN, 2010	16
Abb. 3:	Advanced Practice: Die Rollen Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP)	17
Abb. 4:	Typologische Unterscheidung der Rollen Clinical Nurse Specialist (CNS bzw. französisch ICLS) und Nurse Practitioner (NP bzw. französisch IPS)	17
Abb. 5:	Hamric Modell mit den APN-Kompetenzen	18
Abb. 6:	Aufbau und Inhalte der Vorbereitungsmodule zur HFP Onkologiepflege am KSSG	23
Abb. 7:	Taxonomie des Lernens und Denkens nach Bloom und Revision Anderson & Krathwohl	25
Abb. 8:	Qualität von Lern- und Denkprozessen in der Taxonomie nach Anderson & Krathwohl mit Anpassungen durch Sottas	26
Abb. 9:	Vergleich der taxonomischen Ordnung der Hochschulbildung und der Berufsbildung	26
Abb. 10:	Vergleich der taxonomischen Auswertung zu NDS und HFP sowie MSc mit APN-Profil	31
Abb. 11:	Vorlage Case Study zur Selbsteinschätzung der Komplexitätsbewältigung	34
Abb. 12:	Vergleich der Selbsteinschätzung der Komplexitätsbewältigung bei Berufs- und Hochschulbildung	35
Abb. 13:	Auswertung Case Studies: Indikator Arbeitsort / Setting	36
Abb. 14:	Auswertung Case Studies: Indikator Selbstdeklaration der eigenen Rolle	37
Abb. 15:	Auswertung Case Studies: Indikator Einsatzkonzept der Pflegeexpert:innen	37
Abb. 16:	Auswertung Case Studies: Indikator Entscheidprozesse	38
Abb. 17:	Auswertung Case Studies: Indikator Charakterisierung der eigenen Tätigkeit	38
Abb. 18:	Trefferliste / Suchergebnis im Register von APN-CH	39
Abb. 19:	Trefferliste / Suchergebnis im Register von APN-CH	39
Abb. 20:	Vergleich der Einträge in den Registern GesReg und APN-CH	40
Abb. 21:	APN-Tätigkeiten (pflegerisch, ärztlich, psychosozial) gem. ICD bei 200 Konsultationen	46
Abb. 22:	Liste französischer Verben	61
Abb. 23:	Liste englischer Verben	61
Abb. 24:	Liste italienischer Verben	62
Abb. 25:	Liste deutscher Verben	63
Abb. 26:	Zuordnung der Verben zu den 6 taxonomischen Stufen	63
Abb. 27:	Startbildschirm	65
Abb. 28:	Taxonomische Gruppen nach Sprache	66
Abb. 29:	Verben und zugehörige Verbformen	66
Abb. 30:	Ausbildungsprogramme und zugehörige Textdateien	67
Abb. 31:	Ausschnitt detaillierte Ergebnisse nach einzelnen Verben für ein Ausbildungsprofil	67
Abb. 32:	Ausschnitt Ergebnisse für ein Ausbildungsprofil nach Gruppen	68

Tabellen

Tab. 1:	NDS Pflege und Anbieter von Anästhesie-, Intensiv- & Notfallpflege	21
Tab. 2:	Fachliche Inhalte der HFP Onkologiepflege mit Lernstunden sowie Lern- und Prüfungsarrangements	24
Tab. 3:	Anzahl Masterabschlüsse Pflege und Anzahl Studierende in den Masterstudiengängen Pflege	28
Tab. 4:	Aktueller Stand der HFP Vorbereitungskurse – Anbieter und Absolvent:innen	30
Tab. 5:	Anzahl Registrierungen auf APN-CH	41
Tab. 6:	Tätigkeitsfelder der registrierten APN	41
Tab. 7:	Befragte Expert:innen	60
Tab. 8:	Herkunft der Verblisten	64

Diagramme Taxonomische Auswertung Modulbeschreibungen 70-78

Case Studies mit Pflegeexpert:innen 79-100

Auswertung der 22 Case Studies / Synopsis

Arbeitsort / Setting	101
Einsatzkonzept	102
Selbstdeklaration der eigenen Rolle	103
Rollenklarheit im Tätigkeitsfeld	103
Rollenkonflikte im Tätigkeitsfeld	104
Dauer seit der Etablierung dieser Pflegeexpert:innen-Rolle	104
Gründe für die Schaffung dieser Pflegeexpert:innen-Rolle	105
Zuweisungsweg / Art der Beauftragung	105
Sozialrechtlicher Status / Anstellungsverhältnis	106
Scope of Practice	106
Klarheit betr. Kompetenzen und Limiten	107
Akzeptanz durch andere Fachpersonen	107
Einschätzung der Zufriedenheit der Patient:innen	108
Abrechnungsmodalitäten	108
Übereinstimmung mit Normrolle von SwissAPN	109
Worin bestehen meine Entscheidungsprozesse?	109
Worin bestehen meine Assessments?	110
Was ist die Reichweite meines Handelns / Wie lange habe ich einen direkten Impact?	110
Welches sind die am häufigsten beteiligten Fachpersonen?	111
Worin besteht meine Aufgabe genau?	111
Was ist mein Handlungsraum?	112
Was tu ich?	112

Glossar und Abkürzungen

AGS	Assistent:in Gesundheit und Soziales
ANP	Advanced Nurse Practitioners
APN	Advanced Practice in Nursing
APN	Advanced Practice Nurses
APRN	Advanced Practice Registered Nurse (US-Bezeichnung)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
BP	Berufsprüfung
CAS	Certificate of Advanced Studies
CHF	Schweizer Franken
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CII	Conseil international des infirmières
CNS	Clinical Nurse Specialist
DAS	Diploma of Advanced Studies
ECTS	European Credit Transfer System
EPA	Entrustable Professional Activity
EPD	Etudes post-diplômes Ecole supérieure, p.ex. Expert.e en soins intensifs diplôm.é.e
EPG	Etudes postgrades au niveau Ecole Supérieure
EPS	Examens professionnels supérieurs
FAGE	Fachangestellte Gesundheit
GDK	Gesundheitsdirektoren-Konferenz
GesBG	Gesundheitsberufegesetz
GesReg	Gesundheitsberuferegister
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée pour la Suisse occidentale
HF	Höhere Fachschule
HFP	Höhere Fachprüfung
HöFa	ehemalige Höhere Fachausbildung in der Pflege (bis ca. Mitte 1990er-Jahre)
HR	Human Resources, Personalmanagement
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICD	International Classification of Diseases
ICLS	Infirmière clinicienne spécialisée
ICN	International Council of Nurses
INS	Institute of Nursing Science, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IUFRS	Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Université de Lausanne

KSSG	Kantonsspital St. Gallen
KSW	Kantonsspital Winterthur
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LUKS	Luzerner Kantonsspital
MSc	Master of Science
MScN	Master of Science in Nursing
NAREG	Nationales Register der Gesundheitsberufe
NDK	Nachdiplomkurs auf Stufe Höhere Fachschule
NDS	Nachdiplomstudium auf Stufe Höhere Fachschule
NP	Nurse Practitioner
OdASanté	Organisation der Arbeitswelt im Bereich der Berufsbildung im Gesundheitswesen
PA	Physician Associates (ex Physician Assistants)
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
USZ	Universitätsspital Zürich
VFP	Verein für Pflegewissenschaft
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Zusammenfassung *Pflegeexpert:innen MSc, APN, NDS & HFP*

Mit dem Postulat «Versorgungslücken schliessen. Es ist Zeit für neue Pflegemodelle» (19.4278) hat NR Marianne Streiff-Feller 2019 den Bundesrat beauftragt zu prüfen, «...wie eine gesetzliche Regulierung von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurses) im Gesundheitsberufegesetz zu gestalten ist, wie ihre Leistungen im KVG (und UVG, MV usw.) aufgenommen werden können und wie eine geeignete Tarifstruktur zur Finanzierung der erbrachten Leistungen aussehen könnte». Das Postulat entspringt der Enttäuschung der Pflegeorganisation, u.a. bei der ablehnenden Haltung bei vielen parlamentarischen Vorstössen zur Stärkung der Pflege, bei der Aufnahme der Masterstufe in das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) und bei der Reglementierung der Advanced Nursing Practice als eigenständiger Beruf.

Der Bundesrat befürwortet grundsätzlich eine Förderung der APN, verweist aber auf die Unschärfe und die nicht opportune Zweckmässigkeit einer Regulierung im Sinne des Vorstosses hin. Zu vergleichbaren Forderungen hat er im Übrigen in Antworten auf viele andere parlamentarische Vorstösse und auf die Pflegeinitiative detaillierte Argumentarien vorgelegt.

Im Zuge der Umsetzung der von Volk und Ständen angenommenen Pflegeinitiative will der Bundesrat mehrere Punkte des Postulats berücksichtigen. Die vorliegende Studie schlägt eine Brücke zwischen dem Postulat und der vom Bundesrat präsentierten ersten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative. Es geht insb. um die Klärung von Differenzen bei Kompetenzen und Einsatzkonzepten von hoch qualifizierten Pflegefachpersonen, den sog. Pflegeexpert:innen.

Als Grundlage für den Postulatsbericht sollen drei Fragestellungen in Form eines Forschungsberichts beleuchtet werden, dessen Augenmerk speziell der Qualität der Versorgung gilt:

- 1) Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung bezüglich APN in der Schweiz (Definition, Rollen, Berufsprofile, Einsatzgebiete)?
- 2) Welches sind Abgrenzungen zwischen Expertenprofilen verschiedener Bildungsniveaus, konkret zwischen den APN-Expertenprofilen auf Masterstufe Pflege und a) den Expertenprofilen der Pflege in der höheren Berufsbildung, b) weiteren Expertenprofilen und c) der Ärzteschaft?
- 3) Welches sind Vor- und Nachteile einer Regulierung der Masterstufe resp. der APN-Profile?

Die im Postulat aufgeworfenen rechtlichen und Finanzierungsfragen sind nicht Teil des Mandats.

Für die Klärung dieser Fragen wurden Methoden aus der Versorgungsforschung und aus der Bildungsforschung eingesetzt. Die Expertenrollen in der Pflege führen zu einem bestimmten Modus der Leistungserbringung – dabei wird traditionellerweise zwischen fachlicher Spezialisierung und generalistischer Breite unterschieden. Expert:innen ermöglichen aber auch Veränderungen in der Versorgung. Dabei stellt sich u.a. die Frage, ob sie unter Anleitung in geführten Prozessen oder mit hoher Autonomie bis hin zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten arbeiten.

Es wurde untersucht, wie die Pflegeexpert:innen auf ihren unterschiedlichen Bildungswegen in der höheren Berufsbildung und im Masterstudium die notwendigen Kompetenzen erlernen. Entscheidend sind dabei u.a. Bildungsziele, Selektionsmuster, Inhalte und Lernformen sowie die Kompetenzevaluation. Nach der Rollenfindung ist zudem das Selbstbild der Pflegeexpert:innen, ihr Verständnis von Rolle und Aufgabe, ihre Konzeption des professionellen Leistungsspektrums sowie die Nutzung der Kompetenzen und die Inanspruchnahme durch Patient:innen von Interesse.

Zur Analyse der Inhalte von 24 Bildungswegen (3 NDS, 8 HFP, 7 Master Pflege, APN-CH) wurde 1) eine softwaregestützte Inhaltsanalyse entwickelt, welche ein Ordnungssystem mit validierten Begriffen in deutscher, französischer, italienischer und englischer Sprache durchsucht und den sechs Bloom'schen Taxonomiestufen des Lernens und der Komplexitätsbewältigung zuordnet; 2) ein leitfadengestütztes Interview mit 51 Experten zu den vorgegebenen Fragen durchgeführt; 3) mit 22 Pflegeexpert:innen (NDS, HFP, MSc) anhand von 23 Indikatoren ermittelt, wie sie ihre Expertise und Rolle einschätzen, wie sie Versorgungsleistungen angehen und ihre Aufgabe charakterisieren und wie sie Entscheide fällen, wie sie sich im Versorgungsprozess verorten und positionieren und wie sie durch Prozess- und Systementwicklung die Versorgungsqualität verbessern.

Ergebnisse

Die Auswertungen der Untersuchungen der Inhalte von 24 Bildungsprogrammen sind in Kap. 4.2 umrissen sowie in Anhang 3 detailliert dargestellt und diskutiert.

Die 22 Fallstudien sind in Kap. 4.3 erläutert sowie in Anhang 4 vollständig abgebildet und in Anhang 5 vergleichend ausgewertet und diskutiert.

Die im Mandat gestellten Fragen sind in Kap. 6 beantwortet.

Die **Definitionen** sind in der Schweiz geklärt: Für Advanced Practice Nurses (**APN**) resp. Advanced Nurse Practitioners (**ANP**) werden die vom International Council of Nurses (ICN) 2020 definierten Standards verwendet: Mindestvoraussetzung ist ein konsekutiver Masterabschluss von 90 ECTS. Die massgebliche Referenz für das Kompetenzrepertoire von APN bildet das sog. Hamric-Modell: Neben den Patientenkonsultation mit pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Aspekten sind erweiterte Kompetenzen beim Verstehen der Forschung, bei klinischer Leadership, Coaching und Beratung, interprofessioneller Zusammenarbeit und ethischer Entscheidungsfindung sowie Kenntnisse in der Outcome-Evaluation und Organisations- und Kulturentwicklung notwendig.

Nachdiplomstudien (**NDS**) sind vor allem für Spezialisierungen in den Bereichen Anästhesiepflege, Notfallpflege und Intensivpflege landesweit etabliert und gut besucht.

Höhere Fachprüfungen (**HFP**) sind nach einem Klärungsprozess von 10 Jahren erst vor kurzem für 7 Spezialisierungen etabliert worden. Weil es „kein Grundrauschen im Feld“ gibt, sind die Angebote gefährdet. Als Schwachpunkte werden genannt: Umsetzung ist nicht steuerbar, Bildungsanbieter haben kaum Anmeldungen, Hin- und Herschieben von Angemeldeten, Arbeit auf Abruf für Dozierende, 60% Selbstlernanteil, ungeklärte Einsatzkonzepte, Zweifel an der Wirtschaftlichkeit dieser Spezialist:innen wegen hoher Grundlast und Personalmangel.

Der Begriff **Pflegeexpert:in ist unklar**. Das Problem scheint einerseits bei den normativen Vorgaben und impliziten Ansprüchen insb. der Höheren Berufsbildung zu liegen, die Kompetenzen nennen, die im Rahmen der Bildungsangebote nicht erreicht werden können. Andererseits beanspruchen auch APN-CH und swissANP diesen Begriff für die Höchstqualifizierten in der Praxis. Die Case Studies zeigen allerdings, dass die Befragten bei sich und bei den anderen die Unterschiede und Abgrenzungen der Kompetenzprofile von Pflegeexpert:innen trennscharf erkennen.

Die **Ausbildung von MSc und APN** ist in der Schweiz sehr erfolgreich und stark nachgefragt. Es gibt 7 Masterstudiengänge Pflege, die bisher knapp 1000 Masterabschlüsse ausstellen konnten. Dazu kommen geschätzt 200 mit ausländischem Master-Diplom.

Bei den Masterstudiengängen gibt es programmatische und inhaltliche Unterschiede, über die akademisch debattiert wird. In der Praxis werden sie wahrgenommen, aber eher als vernachlässigbare Nuancen betrachtet. Die erworbenen Kompetenzen sind vergleichbar, weil sich alle am APN-Modell von Hamric orientieren und ein Grossteil der Studierenden die APN-Vertiefung wählt.

Die **Einsatzkonzepte für Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss** haben sich stark verändert. Das Vorurteil „Wegqualifikation vom Bett ins Büro“ wird deutlich widerlegt durch die Ausrichtung auf die Patientenversorgung in allen Settings, in denen Komplexität und Multimorbidität zusammentreffen: in den meisten Departementen der Zentrums spitäler, auf spezialisierten Abteilungen von Akutspitälern, in den Ambulatorien mit den Schnittstellen zur ambulanten Versorgung, in der Grundversorgung bzw. Hausarztmedizin, in der Spitex, in Pflegeheimen und in der Psychiatrie.

Die früher geäusserten **Vorbehalte gegen Masterstudiengänge sind obsolet geworden**. Die Experteninterviews zeigen, dass ihre Rollen und Funktionen inzwischen breit etabliert sind und die Nachfrage wegen Problemlösefähigkeit in komplexen Versorgungssituationen in allen Settings gross ist. Angesichts der 1000 Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss kann daher anders als 2008 oder 2016 nicht mehr davon gesprochen werden, dass Unklarheiten betr. Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Einsatzkonzept bestehen. Viele Befragte vertreten, dass nicht mehr von „Pilotprojekten“ gesprochen wird, weil die Implementierung von erprobten, flexiblen und erfolversprechenden Versorgungsmodellen mit Masterabsolvent:innen in APN-Rollen weit fortgeschritten ist.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die **Unterschiede zwischen Pflegeexpert:innen** mit unterschiedlichen Bildungswegen und Qualifikationsprofilen – insb. den APN auf Masterstufe, den Pflegeexpert:innen mit NDS und HFP, den Physician Assistants – erscheinen **in der Praxis und in den Betrieben als weitestgehend geklärt**. Auch aus Sicht der Betroffenen werden die Unterschiede trennscharf erkannt und beschrieben. Die Interviews und die Case Studies zeigen, dass in der Praxis deutliche Unterschiede hinsichtlich Herangehensweise und Problemlösung sowie Autonomie und Verantwortungsübernahme bestehen. Jene aus der höheren Berufsbildung können als Pflegeexpertinnen in ihrem spezialisierten Feld perfekt operieren, aber mangels generalistischem Wissen die Verantwortung für komplexere Verläufe nicht tragen, weil Limiten beim Lesen englischer Fachliteratur oder beim Beurteilen pathophysiologischer oder pharmakologischer Zusammenhänge bestehen. Sie arbeiten deshalb vorzugsweise unter Anweisung in geführten Prozessen.

Die Kooperation und **Abgrenzung zwischen APN und der Ärzteschaft** ist weitestgehend geklärt. Bei der Patientenversorgung mit komplexen Fällen erfolgt die Übernahme oder Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten situationsgerecht. In den Case Studies wird vielfach zum Ausdruck gebracht, dass die Reflexions- und Problemlösefähigkeiten der Fachpersonen mit Master-Abschluss eine tragfähige Basis bilden für das dazu erforderliche autonome, selbstverantwortliche Handeln. Der Einsatz von APN ist inzwischen selbstverständlicher Teil des Repertoires an hoch qualifizierten Rollen und Funktionen geworden und die Bedenken betr. Patientensicherheit und Behandlungsfehlern haben sich als unbegründet erwiesen. In der Grundversorgung oder auf Abteilungen mit stabiler Ärzteschaft wird rasch Klarheit erreicht. In Ambulatorien besteht mehr Klärungsbedarf.

Bei den Befragten aus allen Kategorien besteht Konsens, dass die Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss bzw. APN-Profil nicht das Problem, sondern essenzieller Teil der Lösung sind.

Empfehlungen

1 Das Gesundheitsberufegesetz in Art. 2 lit a mit Ziff. 9 Masterstudiengang Pflege ergänzen.

Angesichts des durchschlagenden Erfolgs der Studiengänge, 1000 Master-Abschlüssen, deren erfolgreiche Integration in die Patientenversorgung und der hohen Nachfrage nach Master-Absolventen auf dem Arbeitsmarkt kann nicht mehr davon gesprochen werden, dass Unklarheiten betr. Notwendigkeit, Zweckmässigkeit, Einsatzkonzept oder Patientensicherheit bestehen.

2 Von einer APN-Regulierung durch den Bund ist abzusehen.

Die Übernahme der Vorarbeiten durch swissAPN und die Aufnahme ins Gesundheitsberufegesetz in ähnlicher Form wie im Kanton Waadt erscheinen weder zielführend noch machbar.

Unter den Pflegeexpert:innen würde zwar ein weiteres Distinktionsmerkmal geschaffen, aber unter Berücksichtigung der bisherigen Arbeiten der interessierten Organisationen resultieren daraus keine Mehrwerte für Patienten, Arbeitgeber, Finanzierer und Aufsichtsorgane. Zudem erscheinen die in den Vorarbeiten definierten Einschlusskriterien als streng und sie schliessen Qualifizierte aus, die nicht klinisch tätig sind.

Hinsichtlich Machbarkeit bestehen Bedenken, ob der Bund Fragen zu Berufsausübung zusammen mit einem Partnerarzt, Verschreibung, Delegationskompetenz, Arbeitszeugnisse und Aufsicht regeln kann, weil diese typischerweise in den Hoheitsbereich der Kantone fallen. Zudem müssten auch Anpassungen im KVG und weiteren Gesetzen erfolgen.

Die Regulierung der Masterstufe entfaltet deutlich mehr Nutzen und Wirkung.

3 Bei einer Aufnahme der Masterstufe ins GesBG ist der höheren Berufsbildung kein Nachteilsausgleich zu gewähren.

Es wird befürchtet, dass schlechter qualifizierte Pflegeexpert:innen dadurch in Funktionen gelangen, die sie überfordern, und dass dadurch die Versorgungsqualität herabgesetzt wird.

Résumé *Les expert(e)s en soins infirmiers titulaires ayant des qualifications différentes*

Avec le postulat "Comblar les lacunes en matière de soins. Il est temps de créer de nouveaux modèles de soins" (19.4278), la CN Marianne Streiff-Feller a chargé le Conseil fédéral d'examiner la réglementation des infirmières exerçant la pratique avancée dans la loi sur les professions de la santé et leur rémunération par les assurances sociales.

Le Conseil fédéral est en principe favorable à la promotion des APN, mais il souligne le flou et l'inopportunité d'une réglementation au sens de l'intervention. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, le Conseil fédéral entend prendre en compte plusieurs points du postulat. La présente étude fait le lien entre le postulat et la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins présentée par le Conseil fédéral. Il s'agit en particulier de clarifier les différences de compétences et des concepts d'intervention des expert(e)s en soins infirmiers formés dans les programmes des Hautes Ecoles et la formation professionnelle supérieure.

Trois questions sont examinées portant spécifiquement sur la qualité des soins :

- 1) Quel est l'état actuel du développement des APN en Suisse ?
- 2) Quelles sont les délimitations entre les différents niveaux de formation, soit entre les profils d'experts APN au niveau master en soins infirmiers et a) les profils d'experts en soins infirmiers dans la formation professionnelle supérieure, b) d'autres profils d'experts et c) le corps médical ?
- 3) Quels sont les avantages et les inconvénients d'une réglementation Master et APN ?

Il convient cependant de mettre en évidence que la question 2 concerne la Suisse alémanique où on observe des conflits invoqués par les acteurs militants pour les Ecoles Supérieures.

Des méthodes issues de la recherche sur les services de santé et de la recherche en éducation ont été utilisées pour clarifier ces questions. L'étude s'est penchée sur la manière dont les expert(e)s en soins infirmiers acquièrent les compétences nécessaires au cours de leurs différents parcours de formation dans la formation professionnelle supérieure et les études de master. Les objectifs de formation, les modalités de sélection, les contenus et les formes d'apprentissage ainsi que l'évaluation des compétences sont notamment décisifs. L'enquête porte également sur l'image que les experts en soins infirmiers ont d'eux-mêmes, leur compréhension du rôle et de la tâche, leur conception de la gamme des prestations professionnelles ainsi que leur implication par les patients.

Pour analyser les contenus de 24 filières de formation (3 EPD, 8 EPS, 7 masters en soins infirmiers, le concept élaboré par APN-CH), la présente étude a

- 1) effectué une analyse de contenu avec des termes validés en allemand, français, italien et anglais selon les six niveaux de taxonomie de Bloom sur l'apprentissage et de la maîtrise de la complexité ;
- 2) réalisé un entretien guidé avec 51 experts sur les questions prédéfinies dans le mandat ;
- 3) évalué avec 22 expert(e)s en soins infirmiers (EPD, EPS, MSc), à l'aide de 23 indicateurs, comment ils évaluent leur expertise et leur rôle, comment ils abordent les prestations de soins, comment ils caractérisent leur tâche et comment ils prennent des décisions, comment ils se situent et se positionnent dans le processus de soins et comment ils améliorent la qualité des soins par le développement de processus, d'approches novatrices et des transformations systémiques.

Résultats et discussion

Les évaluations des analyses des contenus de 24 programmes de formation sont présentées au chapitre 4.2. ainsi qu'à l'annexe 3 où elles sont étalées et discutées en détail.

Les 22 études de cas sont expliquées au chapitre 4.3, présentées dans leur intégralité à l'annexe 4. A l'annexe 5 elles sont analysées, évaluées et discutées de manière comparative.

Les réponses aux questions posées dans le mandat sont données au chap. 6.

Les **définitions** sont clarifiées en Suisse : pour la pratique avancée on utilise les normes définies par le Conseil international des infirmières (CII). La condition minimale est un diplôme d'un master consécutif de 90 ECTS. La référence déterminante pour le répertoire de compétences des APN est ce que l'on appelle le modèle Hamric : Outre les consultations de patients, des compétences élargies sont nécessaires pour comprendre la recherche, le leadership clinique, le coaching et le conseil, la collaboration interprofessionnelle et la prise de décision éthique, ainsi que des connaissances en matière d'évaluation des résultats et de développement organisationnel et culturel.

Les **études postgrades (EPG)** sont établies dans tout le pays pour les soins d'anesthésie, les soins d'urgence et les soins intensifs. Ces programmes sont bien fréquentés.

Les **examens professionnels supérieurs (EPS)** n'ont été établis que récemment pour 7 spécialisations, après un processus de clarification de 10 ans. Comme il n'y a "pas de bruit de fond sur le terrain", les formations sont menacées. Plusieurs points faibles sont évoqués : La mise en œuvre n'est pas maîtrisable, les écoles n'ont guère d'inscriptions, les personnes inscrites se voient déplacées d'une école à l'autre et les enseignants glissent dans le travail sur appel, le taux de 60% d'auto-apprentissage est décourageant, l'incorporation n'est pas clarifiée, et il y a des doutes sur la rentabilité de ces spécialistes en raison de la charge de travail et du manque de personnel.

La **notion d'expert(e) en soins infirmiers n'est pas claire**. Le problème semble résider, d'une part, dans la formation professionnelle supérieure, qui réclame des compétences qui ne peuvent pas être atteintes dans le cadre des formations. D'autre part, l'APN-CH et swissANP revendiquent également ce terme pour les personnes les plus qualifiées dans la pratique infirmière.

La **formation de MSc et d'APN** (infirmière de pratique avancée) **est très réussie et très demandée** en Suisse. Il existe 7 filières de master en soins infirmiers qui ont délivré près de 1000 diplômes de master. A cela s'ajoutent probablement 200 titulaires d'un diplôme de master étranger.

Les filières de master présentent des différences de programme et de contenu qui font l'objet de débats académiques. Dans la pratique, elles sont perçues, mais plutôt considérées comme des nuances négligeables. **Les compétences acquises sont comparables**, car elles sont toutes basées sur le modèle de Hamric, et une grande partie des étudiants choisissent l'approfondissement APN.

Les concepts d'intervention des titulaires d'un master ont fortement évolué. Le préjugé "trajectoire du lit au bureau" est clairement démenti par l'**orientation vers la prise en charge de patients complexes et multimorbides** : dans les départements des grands établissements, dans les services spécialisés des hôpitaux de soins aigus, dans les services ambulatoires, dans la médecine de famille, dans les soins à domicile, dans les établissements médico-sociaux et en psychiatrie.

Les **réserves exprimées à l'encontre des filières de master sont devenues obsolètes**. L'enquête montre que la pratique avancée est désormais largement établie à cause de la capacité à résoudre des problèmes dans des situations de soins complexes. Au vu des 1000 titulaires d'un master, on ne peut plus dire qu'il existe des incertitudes quant à la nécessité, l'utilité et le concept d'intervention. De nombreuses personnes estiment que l'on ne parle plus de "projets pilotes", car la mise en œuvre est éprouvée, flexible et prometteur avec des diplômés de master dans les rôles d'APN.

Recommandations

1 Compléter l'article 2, lettre a, de la loi sur les professions de la santé par le chiffre 9 "Filière d'études master en soins infirmiers".

Au vu du succès des filières, des 1000 diplômes de master, de leur intégration réussie dans les soins aux patients et de la forte demande sur le marché du travail, on ne peut plus parler d'ambiguïté quant à la nécessité, l'utilité, le flou du concept d'intervention ou la sécurité des patients.

2 Renoncer à une réglementation APN par la Confédération.

Les travaux préparatoires par swissAPN et l'intégration dans la loi sur les professions de la santé sous une forme similaire à celle du canton de Vaud ne semblent ni adéquates ni réalisables. La réglementation du niveau master a un effet nettement plus bénéfique et convaincant.

3 En cas d'inscription du niveau master dans la LPSan, aucune compensation des désavantages ne doit être accordée à la formation professionnelle supérieure.

Cette proposition relève des cantons alémaniques. Elle peut entraîner des risques pour les patients par des infirmiers/infirmières moins qualifiés.

1. Ausgangslage und Auftrag

Seit vielen Jahren beschäftigen sich Akteure auf Bundesebene, in Verbänden, in Bildungsinstitutionen, in der Wissenschaft und in der Praxis mit Fragen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und in der Grundversorgung. Im Auftrag zum vorliegenden Mandat werden die verschiedenen Stränge dargestellt und anhand des Konzepts einer medizinischen Grundversorgung zueinander in Beziehung gesetzt, das nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische Leistungen subsumiert.

Mehrere bisher unreglementierte Aspekte werden je nach Standpunkt und Interessenlage als Lücke oder als Chance betrachtet. Weil bisher weder die Masterstufe in der Pflege, noch die Berufsausübung im Bereich Advanced Practice im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) behandelt werden und auch direkte Abrechnungsmöglichkeiten ohne ärztliche Anordnung für Pflegefachpersonen fehlen, hat NR Marianne Streiff-Feller 2019 das Postulat «Versorgungslücken schliessen. Es ist Zeit für neue Pflegemodelle» (19.4278) eingereicht. Aufgrund der Annahme wird der Bundesrat beauftragt zu prüfen, «...wie eine gesetzliche Regulierung von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurse) im Gesundheitsberufegesetz zu gestalten ist, wie ihre Leistungen im KVG (und UVG, MV usw.) aufgenommen werden können und wie eine geeignete Tarifstruktur zur Finanzierung der erbrachten Leistungen aussehen könnte».

Die Antwort des Bundesrat befürwortet grundsätzlich eine Förderung der APN, verweist aber wie in anderen Zusammenhängen auch auf die Unschärfen und die nicht opportune Zweckmässigkeit eines Leistungskatalogs, der einer Kategorie von Leistungserbringern vorbehalten ist. Der Bundesrat hat im Übrigen in vielen Antworten auf parlamentarische Vorstösse und auf die Pflegeinitiative detaillierte Argumentarien vorgelegt.

In der Zwischenzeit ist die Pflegeinitiative am 28. November 2021 von Volk und Ständen angenommen worden. Bei deren Umsetzung will der Bundesrat mehrere Punkte des Postulats berücksichtigen. Er schlägt insbesondere vor, in einem ersten Schritt den vom Parlament am 19. März 2021 verabschiedeten indirekten Gegenvorschlag (siehe Pa. Iv. 19.401) mit der Ausbildungsoffensive wiederaufzunehmen. Diese sieht Beiträge des Bundes an die Kantone von 469 Millionen Franken für acht Jahre vor zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, namentlich für die praktische Ausbildung, für Ausbildungsbeiträge an Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung und Beiträge an die Höheren Fachschulen.

Der vorliegende Auftrag schlägt die Brücke zwischen dem Postulat und der vom Bundesrat präsentierten ersten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative. Es geht insbesondere um die Klärung von Differenzen bei Kompetenzen und Einsatzkonzepten bei der Berufsausübung von hoch qualifizierten Pflegefachpersonen, den sog. Pflegeexpert:innen.

Als Grundlage für den Postulatsbericht sollen mit dem Mandat drei Fragestellungen in Form eines Forschungsberichts beleuchtet werden, dessen Augenmerk speziell der Qualität der Versorgung gilt:

- 1) Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung bezüglich **APN in der Schweiz** (Definition, Rollen, Berufsprofile, Einsatzgebiete)?
- 2) Wie ist der Zusammenhang und welches sind **Abgrenzungen zwischen Expertenprofilen verschiedener Bildungsniveaus**, konkret zwischen den APN-Expertenprofilen auf Masterstufe Pflege und
 - a) den Expertenprofilen der Pflege in der höheren Berufsbildung
 - b) weiteren Expertenprofilen und
 - c) der Ärzteschaft?
- 3) Welches sind die **Vor- und Nachteile einer Regulierung der Masterstufe in der Pflege resp. der APN-Profile**?

Zu den drei Hauptfragen sind jeweils Detailspekte zu klären oder zu beurteilen:

Zu Frage 1 über den aktuellen Stand der APN-Entwicklung:

- a) verwendete Definitionen, anvisierte Rollen, subsummierte Kompetenzen, Position APN-CH
- b) Bildungsangebote und Profile; Unterschiede zwischen den Studienprogrammen
- c) Arbeitsorte und Versorgungssettings, Entlastungspotenziale, ggf. internationaler Vergleich
- d) Beitrag zur Versorgung multimorbider und chronisch Kranker in unterschiedlichen Settings
- e) Würdigung von Pilotprojekten, der Regulierung in der Waadt und durch APN-CH
- f) Beurteilung der Lage und ggf. Veränderung seit dem Bundesratsentscheid 2016.

Zu Frage 2 über Abgrenzungen zwischen Expertenprofilen verschiedener Bildungsniveaus:

- a) Würdigung der Erfahrungen mit Expertinnen mit HFP (insb. in Onkologiepflege, in geriatrischer und psychogeriatrischer Pflege, in Palliative Care) oder mit NDS (namentlich Intensivpflege)
- b) Würdigung der Erfahrungen mit Expertinnen mit MAS (namentlich Wound Care, Palliative Care)
- c) Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezogen auf Bildungsinhalte, insb. betr. Einsatzmöglichkeiten von APN-Expertenprofilen und höherer Berufsbildung (insb. Projekt OdASanté)
- d) Abgrenzungen APN-Expertenprofile zu Hausärzt:innen, prakt. Ärzt:innen, Fachärzt:innen, Physician Assistants und Möglichkeiten für Task Shifting.

Zu Frage 3 betr. Vor- und Nachteile einer Regulierung der Masterstufe resp. der APN-Profile:

- a) Vor-/Nachteile der Regulierung bzw. der Nicht-Regulierung der APN-Profile auf Masterstufe
- b) Effekte auf die Berufsentwicklung in der Pflege und die Optimierung der Berufsverweildauer
- c) Regulierungsfolgenabschätzung betr. APN-Regulierung insb. zu steigender Komplexität
- d) Vor-/Nachteile für Arbeitgebende bei der Rekrutierung durch Regulierung/Nivellierung der APN
- e) Klärung von Nachteilen für Höhere Berufsbildung bei Aufnahme der Masterstufe ins GesBG sowie ggf. Optionen zum Nachteilsausgleich.

Die im Postulat aufgeworfenen rechtlichen und Finanzierungsfragen sind nicht Teil des Mandats. Gemäss Gegenvorschlag des Bundesrates wird die Möglichkeit, bestimmte Leistungen direkt ohne ärztliche Anordnung zulasten der Sozialversicherungen abzurechnen, im zweiten Schritt der Umsetzung der Initiative behandelt.

2. Auftragsinterpretation und Methodik

2.1 Konzeptioneller Rahmen der Analyse

Das Projekt ist an der Schnittstelle zwischen Bildungssystem und Versorgungssystem im Gesundheitswesen angesiedelt. Weil Kompetenzen der hier betrachteten hoch qualifizierten Fachpersonen in Bezug gesetzt werden zur Qualität der Versorgung in komplexen Situationen ist es angezeigt, die Studie konzeptionell auf die Methodik der Versorgungsforschung abzustellen. Aspekte der Professionsforschung aus dem Bereich Nursing werden lediglich ergänzend beigezogen.

Im deutschen Sprachraum sind die Arbeiten von Pfaff und Schrappe wegleitend. Abb. 1 zeigt, wie der Auftrag angegangen und wie der Erkenntnisgewinn organisiert wird. Ausgehend von der schematischen Darstellung der 4 Dimensionen Input – Throughput – Output – Outcome zeigt das Fließschema die verschiedenen Schritte.

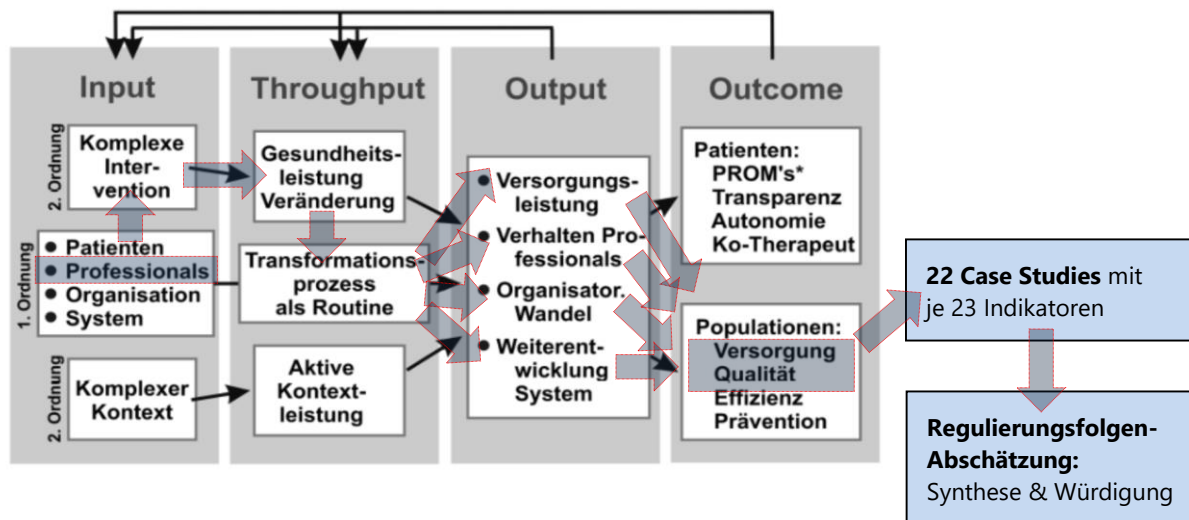


Abb. 1: Konzept zur Bearbeitung des Auftrags gestützt auf die Methodik der Versorgungsforschung nach Schrappe et al. 2017 mit eigenen Ergänzungen

Bei der **Input**-Dimension werden die Fachpersonen mit Bildungsqualifikationen auf verschiedenen Bildungsniveaus als Experten für komplexe Interventionen in einem i.d.R. ebenfalls komplexen Kontext betrachtet. Entscheidend ist dabei, wie sie auf ihrem Bildungsweg zu der dazu notwendigen Kompetenz und Expertise kommen. Im Zentrum des Interesses für die Beurteilung der Bereitstellung von Pflegeexpert:innen stehen dabei die Bildungsziele, curriculare Aspekte, die Selektionsverfahren der Absolvent:innen, didaktische Formate und Lernformen, der effektive Kompetenzerwerb, Leistungsnachweise und Prüfverfahren, Wege der Berufseinmündung bzw. Rollenfindung in der Praxis sowie das Selbstbild der Pflegeexpert:innen und ihre Konzeption des professionellen Leistungsspektrums sowie der Nutzung und der Inanspruchnahme durch Patient:innen.

Bei der **Throughput**-Dimension gilt hier das Interesse den Innovationen und der Transformation bei Nutzung und Inanspruchnahme. Dabei wird im Gesundheitswesen traditionellerweise zwischen den Dimensionen Tiefe („fachliche Spezialisierung“) vs. Breite („generalistisches Repertoire“) unterschieden. Die Expertenrollen ermöglichen einerseits einen bestimmten Modus der Leistungserbringung, sie ermöglichen andererseits aber auch Veränderungen in der Leistungserbringung. In der Ausschreibung sind damit Möglichkeiten des Task-Shiftings genannt, die idealerweise von Pilotprojekten in die Regelversorgung überführt werden. Das Interesse gilt hier also den angestrebten und realisierten Verschiebungen und auch der Frage, ob dies effektiv eine Transformation bis hin zu disruptivem „Off-Label Use“ ist. Dies lässt sich in einem standardisierten Ordnungssystem (Taxonomie) differenzieren, welches die zunehmende Komplexität erfasst.

Die **Output**-Dimension richtet das Augenmerk auf die Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies umfasst die Art der Versorgungsleistungen, die Rolle und das Verhalten der Fachpersonen in den hier betrachteten Expertenrollen, aber auch die Prozess- und Systementwicklung in den Betrieben sowie die Strategien und Erwartungen der Arbeitgeber, wenn sie Mitarbeitende rekrutieren oder sich finanziell an Weiterbildungen und dem Erwerb von Bildungsqualifikationen beteiligen.

Im weiten Feld möglicher **Outcomes** wird in der Versorgungsforschung oft auf die Effekte von medizinischen Interventionen oder die *Experience of Care* durch die Patient:innen fokussiert. Im Rahmen dieser Studie gilt das Interesse hingegen der Verbesserung der Versorgungsqualität als Folge des Einsatzes von Fachpersonen mit Expertenrollen. Aspekte der Effizienz werden als sekundärer Effekt thematisiert; sie sind nicht Gegenstand des Auftrags.

2.2 Organisation des Erkenntnisgewinns

Die Durchführung der Studie wurde nach Massgabe dieses konzeptionellen Rahmens aus der Versorgungsforschung in 4 Arbeitspakete gegliedert. In der Umsetzung hat sich bereits in den ersten Vorgesprächen gezeigt, dass die Interviewten aus arbeitsökonomischen Gründen die Definitions-, Profil- und Qualitätsfragen (bzw. in der Terminologie der Versorgungsforschung Input – Throughput – Output – Outcome) umfassend in einem einzigen Expertengespräch abhandeln wollten. Die Expertengespräche aus Arbeitspaket 1 und 2 wurden entsprechend zusammengelegt.

Arbeitspaket 1: Systematischer Überblick zu den Definitionen und Profilen

Der erste Schritt umfasste Recherchearbeiten zu den Definitionen und Profilen. Die Teilfragen 1a), 1b), 1c), 1e), 2d) sowie 3b) und 3c) wurden mittels systematischer Literaturrecherche erschlossen. Diese wurde ergänzt durch eine Internetrecherche für die Teilfragen 1c, 1d, 1e sowie 2d.

Wichtiger ist die Analyse von Dokumenten und Akten insb. für die Berufsprofile und Bildungsangebote, also zu den Teilfragen 1a), 1b), 1e), 1f), 2a), 2c) sowie 3a), 3b), 3d) und 3e).

Gestützt auf den theoretischen Rahmen und die Taxonomie von Anderson und Krathwohl (2001) wurde dazu vom Mandatnehmer ein Instrument für eine softwaregestützte semantische Inhaltsanalyse entwickelt, welche den umfangreichen Korpus von Modulbeschreibungen und normativen Vorgaben in 24 Bildungsprofilen (3 NDS, 8 HFP, 7 Master Pflege mit 12 Schwerpunkten, APN-CH) (ca. 1000 A4 Seiten im PDF-/Word- und HTML-Format) nach validierten taxonomischen Begriffen gemäss den standardisierten Verbenlisten in deutscher (Grundschober 2018), französischer (Guité 2007), italienischer (De Angelis/Trincherio 2020) und englischer Sprache (University of Arkansas 2014) durchsucht und den sechs Bloom'schen Taxonomiestufen zuordnet (s. Kap. 4.2, 4.3, und Anhang 2).

Arbeitspaket 2: Qualität in der Versorgung

In diesem Arbeitspaket wurden Interviews mit Expert:innen aus dem Bildungswesen, der Praxis und auch Verbänden durchgeführt, um die Fakten, Standpunkte und Einschätzungen jeweils aus Sicht der Betroffenen und Beteiligten zu erfahren. Die Liste ist in Beilage 1 beigelegt.

Die Gespräche folgten einem Leitfaden, der aus den Fragen des BAG abgeleitet wurde. Die Antworten wurden mitgeschrieben, codiert und in einer synoptischen Tabelle anonymisiert erfasst.

Mit Beteiligten aus den APN-Projekten, bei denen der Mandatnehmer in die Evaluation involviert war, wurden zwecks Wahrung der Unabhängigkeit und zur Vermeidung von Schieflagen keine Expertengespräche geführt.

Während die Angefragten eine grosse Bereitschaft für die Teilnahme an Expertengespräche oder Mini-Fallstudien zeigten, reagierten Betriebe während der Erhebungsphase zurückhaltend bei Anfragen für Site Visits bzw. Go Alongs, weil damals die Corona-bedingten Schutzmassnahmen und Sorgfaltsregeln weitergeführt wurden.

Arbeitspaket 3: 22 Case Studies

Mit Blick auf den Zusammenhang zwischen erworbenen Kompetenzen und der Qualität der Leistungserbringung sind die in den Arbeitspaketen 1 und 2 gewonnenen Erkenntnisse in eine Matrix über die Berufsausübung (Praxis) von Fachpersonen in Expertenrollen der Pflege eingearbeitet worden.

Dabei mussten die angefragten Pflegeexpertinnen mit unterschiedlichen Qualifikationen aus der höheren Berufsbildung (HF plus NDS oder HFP) oder mit einem Master-Abschluss (MSc) einer Universität oder Fachhochschule anhand von 23 Indikatoren darstellen, wie sie ihre Expertise und Rolle sowie das Einsatzkonzept einschätzen, wie sie ihre Aufgabe charakterisieren und angehen, wie sie Entscheide fällen, wie sie sich im Versorgungsprozess verorten und wie sie sich im Vergleich zur Normrolle von swissAPN positionieren.

Jeder Indikator ist mit taxonomisch abgestuften Items unterlegt (siehe Kap. 3.5, 4.4, Anhang 2, 3, 4), die in vielen Fällen den Referenzdokumenten von Bildungsgängen oder Praxisfeldern entnommen wurden.

Die Durchführung erfolgte i.d.R. in einem Videomeeting nach dem leitfadengestützten Interview. Dabei wurde der Bildschirm geteilt und die Befragten mussten sich bei jedem Indikator jeweils für dasjenige Item entscheiden, das am besten oder häufigsten ihrer Berufsausübung entspricht.

Die Fallstudien sind im Ergebnisteil in Kap. 4.3 ausgewertet und in Anhang 4 beigelegt.

Im Anhang 5 (ab S. 101) sind die 22 Case Studies für jeden der 23 Indikatoren in einer Matrix bestehend aus Bildungsweg und den taxonomischen Items in synoptischer Form ausgewertet.

3. Definition und Profile

3.1 Definitionen Advanced Practice Nurse (APN resp. ANP) / Rollen und Berufsprofil

Alle Befragten verweisen auf die Definition des International Council of Nurses (ICN) im Positionspapier aus dem Jahr 2000 und insbesondere auf die revidierte Richtlinie 2020¹ als Goldstandard für die Beurteilung, ob Pflegeexpert:innen den Kompetenzumfang erfüllen, um Aufgaben auf dem Niveau der Advanced Practice ausüben zu können.

Als Mindestqualifikation wird ein **Master-Abschluss** einer akkreditierten Hochschule (90 ECTS) verlangt, der durch **Supervision** und **praktische Weiterbildungen** ergänzt wird. Faktisch bedeutet dies, dass eine Pflegeexpertin APN nach ihrem berufsbefähigenden Erstabschluss auf Bachelor-Stufe zusätzliche Lernleistungen von **rund 3000 Stunden** absolvierten muss.

Advanced Nursing Practice (ANP)

Advanced Nursing Practice is a field of nursing that extends and expands the boundaries of nursing's scope of practice, contributes to nursing knowledge and promotes advancement of the profession (RNABC Policy Statement, 2001). ANP is 'characterised by the integration and application of a broad range of theoretical and evidence-based knowledge that occurs as part of graduate nursing education' (ANA, 2010 as cited in Hamric & Tracy, 2019, p. 63).

Advanced Practice Nurse (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 (adapted from ICN, 2008). The two most commonly identified APN roles are CNS and NP.

Advanced Practice Nursing (APN)

Advanced Practice Nursing, as referred to in this paper, is viewed as advanced nursing interventions that influence clinical healthcare outcomes for individuals, families and diverse populations. Advanced Practice Nursing is based on graduate education and preparation along with the specification of central criteria and core competencies for practice (AACN, 2004, 2006, 2015; Hamric & Tracy, 2019).

Advanced Practice Registered Nurse (APRN)

APRN, as used in the USA, is the title given to a nurse who has met education and certification requirements and obtained a license to practice as an APRN in one of four APRN roles: certified registered nurse anesthetist (CRNA), certified nurse-midwife (CNM), Clinical Nurse Specialist (CNS), and certified Nurse Practitioner (CNP) (APRN Consensus Model, 2008).

Clinical Nurse Specialist (CNS)

A Clinical Nurse Specialist is an Advanced Practice Nurse who provides expert clinical advice and care based on established diagnoses in specialised clinical fields of practice along with a systems approach in practicing as a member of the healthcare team.

Nurse Practitioner (NP)

A Nurse Practitioner is an Advanced Practice Nurse who integrates clinical skills associated with nursing and medicine in order to assess, diagnose and manage patients in primary healthcare (PHC) settings and acute care populations as well as ongoing care for populations with chronic illness.

Abb. 2: Definition der Advanced Practice in Nursing (APN) gem. International Council of Nurses (ICN), 2010

In den Interviews zur Advanced Nursing Practice ist deutlich geworden, dass sich alle Pflegefachpersonen auf diese Definitionen beziehen. Für Aussenstehende mögen die teils gleichlautenden Buchstabenkombinationen verwirrend – für Pflegefachpersonen ist klar, was/wer gemeint ist. Im Rahmen des vorliegenden Auftrags werden die hier **grün** markierten Rollen betrachtet. In der Patientenversorgung ist werden dabei oft die Bezeichnungen **APN (Advanced Practice Nurse) und NP (Nurse Practitioner) synonym** verwendet.

Die **gelb** markierte Rolle des Clinical Nurse Specialist (CNS) wird hier nur am Rande betrachtet. Das Postulat Streiff-Feller steht in einem direkten Zusammenhang mit der hier **rot** markierten Registrierung für ein spezialisiertes Einsatzgebiet (siehe dazu auch Regelung Waadt, Kap. 4.8).

¹ https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf

In der Advanced Nursing Practice gibt es zwei unterschiedliche Ausprägungen der Praxis und der Rollen: Es gibt **Clinical Nurse Specialist (CNS)** und **Nurse Practitioners (NP)**.

Zur Unterscheidung wird in der Literatur auf das Schema von Bryant-Lukosius (2010) verwiesen:

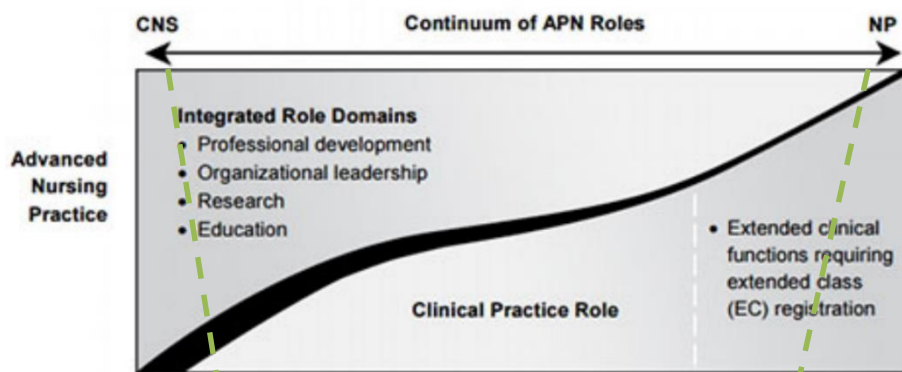


Abb. 3: Advanced Practice ist ein variables Handlungsfeld: Die Rollen Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP) auf einem Kontinuum mit zwei unterschiedlichen Ausprägungen (Donald et al. 2010)

Die geschwungene Diagonale drückt aus, dass diese Rollen auf internationaler Ebene nicht immer trennscharf sind. Der Anteil von klinischen und anderen Verantwortlichkeiten kann variieren je nach Kontext und Bedürfnissen von Patienten, Organisationen und Gesundheitssystemen.

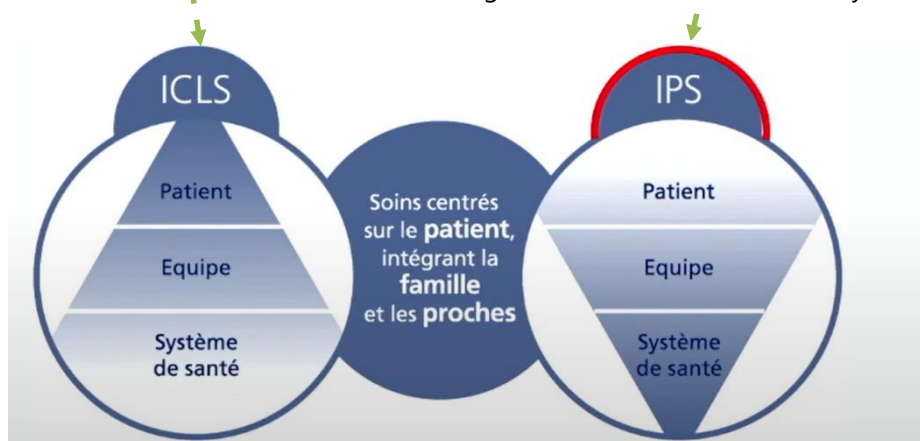


Abb. 4: Typologische Unterscheidung des Kontinuum der Advanced Practice: Rollen Clinical Nurse Specialist (CNS bzw. französisch ICLS) und Nurse Practitioner (NP bzw. französisch IPS) (Quelle: Website IUFRS)

Einprägsam ist die Unterscheidung der beiden Rollen in der Abbildung des IUFRS:

CNS / infirmières cliniciennes spécialisées

Sie sind da für **Pflegeteams**, für kompetenten spezialisierten Support aus der zweiten Linie, für Fachentwicklung, Leadership und Qualitätssicherung.

Diese Rolle reflektiert den State of the Art, identifiziert alte Zöpfe und treibt auf Team- und Systemebene die Kompetenz- und Organisationsentwicklung, die Koordination und interprofessionelle Abstimmung voran

NP / IPS infirmière praticienne spécialisée

Sie fokussieren auf **Patient:innen** (immer öfter in der Grundversorgung) mit komplexen chronischen Verläufen, auf die Vereinbarkeit von Therapien und Lebensbewältigung, die Abstimmung mit anderen Professionals, dem Familiensystem etc.

NPs sind klinisch mit Untersuchungen, Diagnostik, Therapien und Verschreibungen aktiv, andererseits haben sie beratende, edukative und koordinative Aufgaben.

Diese beiden Ausprägungen von ANP-Rollen haben sich **in der Schweiz als zwei voneinander deutlich unterscheidbare Profile etabliert: man ist entweder CNS oder APN / NP / IPS.**

Im Rahmen dieser Studie wird primär die Rolle der (Advanced) Nurse Practitioner betrachtet.

Wenn in der Folge von APN die Rede ist, bezieht sich dies auf Nurse Practitioner.

3.2 Umfang der erworbenen Kompetenzen

Als Orientierungsrahmen für die Kompetenzen von Advanced Practice Nurses (APN) wird weltweit das sog. **Hamric-Modell** benutzt (Hamric 2009, Hamric et al. 2014).

Die Abbildung 5 zeigt das Schalenmodell mit den *Core Competencies* bei der Patientenversorgung/Konsultation, Forschung, klinischen Leadership, Expertise für Coaching und Beratung, Zusammenarbeit und ethischen Entscheidungsfindung. Relevant sind auch Outcome-Evaluationen und Verbesserungen der Leistungen sowie Organisations- und Kulturentwicklung.

Dieses generische Modell nennt:

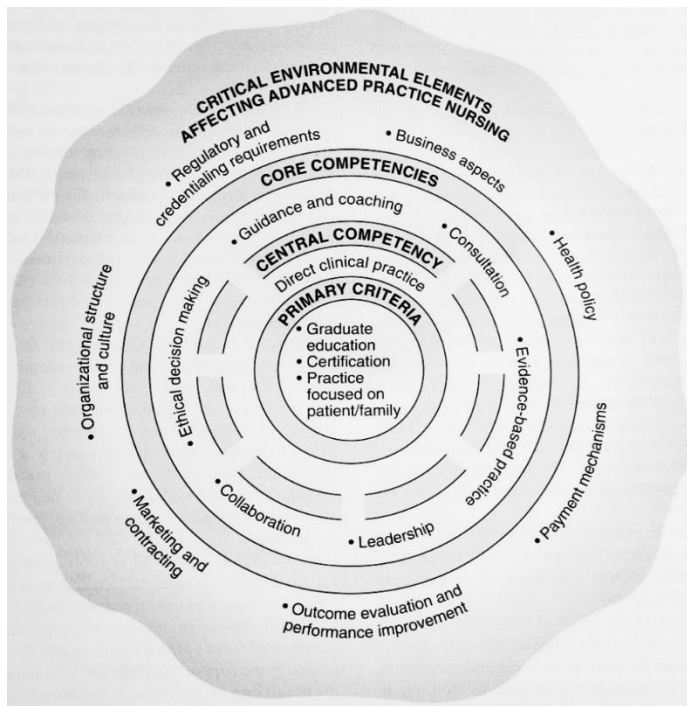


Abb. 5: Hamric Modell mit den APN-Kompetenzen (2009, 2014)

- die **Voraussetzungen / primären Kriterien**
 - Hochschulabschluss Master
 - Berufszulassung
 - Berufsausübung mit Patienten
- die **Zentralkompetenz**
 - Tätig in der direkten klinischen Praxis

- die **sechs Kernkompetenzen**
 - Experten-Coaching und Beratung
 - Konsultationen und Konsilien
 - Evidenzbasierte Praxis
 - Leadership – klinisch/organisatorisch
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Ethische Entscheidungsfindung

- die **kritischen Erfolgsfaktoren**
 - Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
 - Vergütungssysteme
 - Outcome-/ Leistungs-Evaluation
 - Marketing und Verhandlungstechniken
 - Organisations- & Kulturentwicklung
 - Qualifikationsnachweise

Der Bildungsweg bzw. der Masterstudiengang muss deshalb die künftigen APN befähigen,

- Konsultationen selbstständig, eigenverantwortlich und ethisch korrekt durchzuführen
- eine erweiterte und vertiefte Expertise bei der Einschätzung (Assessment) und Beurteilung von pflegerischen Situationen und in der Entscheidungsfindung einzusetzen
- Forschungsmethoden und -ergebnisse kritisch zu prüfen sowie deren Relevanz für die Praxis und die Effekte für die Versorgung einzuschätzen
- Erkenntnisse aus Forschungen im klinischen Handeln und in der Organisation zu implementieren
- andere Gesundheitsfachpersonen und Gruppierungen beratend zu unterstützen
- die Gesundheit von Gruppen, Gemeinden und Populationen zu verbessern
- die theoretischen, empirischen, ethischen und experimentellen Grundlagen der Pflegepraxis zu erklären und im Setting ihrer Berufsausübung anzuwenden
- reflektiert und zielgerichtet pflegerisches Wissen, Forschung und klinische Expertise einzusetzen und diese in die Wissensbestände anderer Disziplinen zu integrieren
- Führungs- und Changemanagement-Fähigkeiten einzusetzen, um die Qualität und die Prozesse zu verbessern und um die gesundheitspolitischen Prozesse in diesem Sinne zu beeinflussen.

3.3 Vorgaben zur Advanced Nursing Practice des Vereins APN-CH

Advanced Practice Nurses haben sich in der Schweiz – ausgehend von den ehemaligen HöFa II, die bis Mitte der 1990er-Jahre in Aarau ausgebildet wurden, – als „Clinical Nurse Specialists (CNS)“ in den Akutspitälern gut etabliert.

Neben der Ausdifferenzierung der Einsatzkonzepte für APN im stationären Bereich ist eine starke Zunahme der Zahl von Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss in der Spitex, in den Institutionen der Langzeitpflege und auch in der Grundversorgung festzustellen.

Weil der Bundesrat im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) in Art. 2 und in nachgelagerten Verordnungen die Masterstufe Pflege trotz vieler parlamentarischer Vorstösse und starker Lobbytätigkeit der Pflegeorganisationen erneut nicht geregelt hatte, wurde unter dem Dach des SBK die Interessengruppe swissANP gegründet, welche sich für die Entwicklung von ANP in der Schweiz einsetzt.

Wegen der in der Praxis feststellbaren Erosion des Begriffs Pflegeexpert:in und dessen Nutzung durch Pflegefachpersonen ohne Master-Abschluss haben die vier Pflegeorganisationen SBK, Swiss Nurse Leaders (Dachorganisation des Pflegemanagements www.swissnurseleaders.ch), Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP www.vfp-apsi.ch), IG Swiss ANP (www.swissanp.ch) und die Lindenhof Stiftung Bern (www.stiftunglindenhof.ch) den Verein "APN-CH: Organisation der Reglementierung" (www.apn-ch.ch) gegründet.

Der Verein hat zum Ziel, einheitliche Kriterien zu definieren, die Pflegefachpersonen dazu berechtigen, den **Titel PflegeexpertIn APN** zu tragen. Dazu gehören Vorgaben unter anderem im Bereich Aus- und Weiterbildung, Berufserfahrung und professionelle Praxis. Mit einer Registrierung als Pflegeexpertin oder Pflegeexperte APN-CH weist eine diplomierte Pflegefachperson nach, dass sie über notwendige Bildungsabschlüsse und Fähigkeiten verfügt, ihre Arbeit autonom auszuführen und die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Im Vorfeld wurde als Grundlage das „Green Paper zu den Rollen und Handlungsfeldern der Pflegeexpertinnen / Pflegeexperten APN - Stand der Reglementierung“ erarbeitet ².

Der Verein APN-CH ist eine private Organisation, die sich ebenfalls auf die Definition des ICN abstützt, die insbesondere für die klinische Praxis durch die Modelle von Hamric, Spross und Hanson (2009) und das sog. PEPPA Framework (Bryant Lukosius & Dicenso 2004) ergänzt werden.

APN-CH strebt zusätzlich nach angelsächsischem Vorbild einen Titelschutz durch eine Erfassung derjenigen Pflegefachpersonen in einem Register an, welche folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Master-Abschluss in Pflege oder Pflegewissenschaft (entweder mit APN-Focus oder mit Assessment, Pharmakologie, erweiterten Interventionen etc.),
- min. 50 Stunden supervidierte Praxis innerhalb von 2 Jahren sowie
- Nachweis einer Anstellung von mindestens 40% als APN mit Beschreibung der Stelle und der Erläuterung der klinischen Praxis.

Für 300 CHF verleiht der Verein dafür einen „markenrechtlich geschützten Titel“ als ‚Pflegeexperte oder Pflegeexpertin APN-CH‘ für eine Laufzeit von 5 Jahren.

Für 200 CHF ist eine Re-Registrierung möglich, sofern Nachweise der kontinuierlichen Weiterbildung und der beruflichen Tätigkeit als Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN-CH eingereicht werden.

² https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/APN/2020_10_30_DEF.GreenPaper_neues_Logo.pdf bzw. https://www.apn-ch.ch/documents/498219/514757/2020+10+30+DEF.GreenPaper_neues+Logo.pdf/5bfaa62c-0693-6a6d-d527-6df6b9c3d916?t=1604074673019

3.4 Physician Assistants / Physician Associates

In der Schweiz hat das Kantonsspital Winterthur KSW 2015 eine Pionierrolle bei der Einführung «Klinischer Fachspezialist:innen» übernommen. In der Zwischenzeit ist an der ZHAW aus dem anfänglichen CAS für erfahrene Pflegefachpersonen ein MAS in Physician Associate Skills mit 60 ECTS geschaffen worden, der verschiedenen Gesundheitsberufen wie z.B. Physiotherapeuten, Pflegefachpersonen, Technischen Operationsassistenten oder Rettungssanitätern offensteht, also solchen mit Bachelor oder HF-Diplom.

Physician Associates, wie diese Fachpersonen in Anlehnung an die federführende amerikanische Fachgesellschaft neuerdings genannt werden, übernehmen im ärztlichen Auftrag medizinische Aufgaben. Gemäss Berufsverband PAS Physician Associates Switzerland gibt es in der Schweiz rund 110 PAs, die neben dem KSW am Luzerner Kantonsspital, am Inselspital, am Kantonsspital Baden, in der Klinik St. Anna in Luzern, im Limattalspital oder am USZ arbeiten.

Physician Associates arbeiten in direkter Delegation von Mediziner:innen. Es werden medizinische und kommunikative Kompetenzen erworben, um insb. in der Chirurgie die Ärzteschaft einerseits in Standardaufgaben zu unterstützen und andererseits die Standards für Routineeingriffe und für Patientenprozesse zu optimieren. Dazu gibt es am KSW eine Aufgabenliste, die ad personam – also im Einzelfall aufgrund der *entrustable professional activities* EPA – klar die Zuständigkeiten und Grenzen festlegt, z.B. beim Schreiben von Berichten, bei Visiten, Medikamentenverordnungen, Diagnostik und Therapien, Rapporten, Entlassungen sowie bei den Aufgaben diverser chirurgischer Sub-Disziplinen. Insgesamt handelt es sich um Aufgaben im medizinisch-klinischen Bereich, im Informationsmanagement und in der Dokumentation sowie in der Koordination, damit die Assistenzärzt:innen entlastet und die Fachärzt:innen sich auf die Kerngeschäfte fokussieren können.

Mit Blick auf die Fragen des Postulats Streiff-Feller kann festgehalten werden, dass es sich bei Physician Assistants bzw. Physician Associates nicht um Pflegeexpert:innen im engeren Sinne handelt und dass sie auch nicht im Aufgabefeld der Pflege konkurrenzierende Aufgaben wahrnehmen. Sie sind ad personam dem ärztlichen Dienst unterstellt, der die Verantwortung für Entscheidungen und die Ergebnisse trägt. Insgesamt fallen sie somit nicht unter die Pflegeprofile, die einer besonderen Abgrenzung zwischen Expertenprofilen verschiedener Bildungsniveaus bedürfen.

Im amerikanischen, britischen oder holländischen Gesundheitssystem sind Physician Associates als eigenständige Berufsrollen etabliert. In der angelsächsischen Welt seit über 50 Jahren, in den Niederlanden seit rund 10 Jahren.

Die **holländische Regulierung**, die 2018 im Zuge der Neuordnung der Grundversorgung in Kraft gesetzt worden ist, stellt im Kontext der Forderungen von SwissAPN einen interessanten Fall dar:

- Physician Assistants und Nurse Practitioners sind gleichgestellte medizinische Fachpersonen
- Selbstständige Berufsausübung und Abrechnung ist für beide gleichermassen erlaubt
- Für beide gibt es die gleiche Positivliste mit erlaubten Tätigkeiten:
 - Injektionen und Impfungen
 - Katheterisierungen
 - Kleinchirurgie
 - Punktionen
 - Endoskopien
 - Kardioversion bei Vorhofflimmern
 - Defibrillation
 - eingeschränkte Verschreibungsrechte.

Diese Reglementierung ist rein medizinisch und unterscheidet sich deutlich von jener des Kantons Waadt, die einen breiten Versorgungsauftrag mit pflegerischen, psychosozialen und medizinischen Aktivitäten umfasst. Anders als in der Schweiz gibt es für beide Qualifizierungswege auf MSc-Stufe.

3.5 Nachdiplomstudiengänge (NDS HF)

Ein Nachdiplomstudium NDS umfasst mindestens 900 Lernstunden. Es steht Pflegefachpersonen mit Diplomen der Höheren Fachschulen offen, die i.d.R. mindestens 12 Monate Berufserfahrung in der Akutpflege vorweisen können. Einige Bildungsanbieter verlangen eine Erfahrung von 6 Monaten im gewählten Fachbereich.

NDS sind modulare, berufsbegleitende Weiterbildungen während 2 Jahren.

Bekannt sind die NDS vor allem für Spezialisierungen in den Bereichen

Anästhesiepflege, Notfallpflege und Intensivpflege.

Reglementierte NDS HF	Anbieter	Bemerkungen
Experte/in Anästhesiepflege NDS HF	AG: AFSAIN, Kantonsspital Aarau BS: Universitätsspital Basel BE: BZPflege FR: HFR Hôpital Fribourgeois GE: HUG	Diese drei Weiterbildungen sind in einem gemeinsamen Rahmenlehrplan geregelt. Dieser bildet die verbindliche Vorgabe für die zu erreichenden Kompetenzen sowie die schulischen und praktischen Teile und ist Grundlage für die Lehrpläne. OdASanté hat einen Diplomzusatz entwickelt, der in der Unterrichtssprache und in Englisch Informationen enthält, um Arbeitgebern im In- und Ausland eine Einschätzung der fachlichen Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen zu ermöglichen. Im Dokument ist beschrieben, wozu eine Person mit dem entsprechenden Abschluss befähigt ist.
Experte/in Intensivpflege NDS HF	GR: BGS Chur LU: XUND	
Experte/in Notfallpflege NDS HF	SG: KSSG Kantonsspital St. Gallen TI : Centro professionale sociosanitario VD: CHUV ZH: Z-INA, HF der OdA Gesundheit Zürich	

Tab. 1: NDS Pflege und Anbieter von Anästhesie-, Intensiv- & Notfallpflege (Quelle: OdA Santé, SBK-ASI)

NDS setzen sich meist aus mehreren Nachdiplomkursen (NDK) zusammen, die an Weiterbildungsinstitutionen und Spitälern auch einzeln besucht und abgeschlossen werden können. Die Angebote zeigen, dass die NDK in 300 Lernstunden punktuelle Spezialisierungen vermitteln, u.a. Akute Pflege, Stoma-, Kontinenz- und Wundpflege, Intermediate Care IMC bzw. Überwachungspflege, Neonatologie, Endoskopie, Parkinson, Demenz, Geriatrie/Gerontologie, Schmerzmanagement, Kinästhesie.

Es ist vorgesehen, diese NDS HF-Abschlüsse in das System der Höheren Fachprüfungen (HFP) zu überführen. Diese Absicht wird kontrovers diskutiert. Eines der Argumente ist die in den Häusern sichergestellte enge Begleitung der Absolvierenden und damit die spezifische Einsatzfähigkeit durch Vertrautheit der Prozesse und der Kultur. Ein anderes Argument ist die Bindung an die Häuser, weil gerade die Pandemie gezeigt hat, dass diese Pflegeexpert:innen knapp sind und von der Konkurrenz abgeworben werden.

Neben diesen reglementierten NDS gibt es weitere Expertenprofile in der Pflege, teils als Varianten der reglementierten Profile:

- OP-Bereich³ die Zusammenarbeit mit der Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie muss neu organisiert werden, weil nur noch am HUG in Genf der Theoriekurs angeboten wird.
- Überwachungspflege, Neonatologie, Notfall Pädiatrie, Intensivpflege Pädiatrie u.a.m.

Offensichtlich gibt es eine grosse Nachfrage nach NDS / NDK; vielerorts wird 2x/Jahr gestartet.

³ https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/weiterbildungen/OP/2022_06_22_Information_spezifisch_de.pdf

3.6 Höhere Fachprüfungen (HFP)

In der Berufsbildung ist die höhere Fachprüfung eine **fortgeschrittene Stufe der Spezialisierung**. In bestimmten Berufen – insb. im gewerblich-industriellen Bereich – ist dieses Diplom als eidg. Meisterdiplom bekannt. Eine höhere Fachprüfung hat ein höheres Anforderungsniveau als eine Berufsprüfung. Eine bestandene höhere Fachprüfung qualifiziert Berufsleute als Expert:innen in ihrem Berufsfeld. Traditionellerweise bereitet sie auf das Leiten eines Unternehmens vor.⁴ Berufs- oder Branchenverbände sorgen als Prüfungsträger dafür, dass die Abschlüsse der eidgenössischen Prüfungen einen direkten Bezug zur beruflichen Praxis und zum Arbeitsmarkt haben. Eine Prüfungsordnung regelt die Zulassungsbedingungen für die einzelnen Prüfungen, das Berufsprofil, die zu erreichenden Kompetenzen, das Qualifikationsverfahren sowie den eidg. Titel. Die Prüfungsträger müssen dem SBFI die Prüfungsordnungen zur Genehmigung einreichen.

OdASanté, die nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, hat – ausgehend vom Masterplan Bildung Pflegeberufe⁵ sowie Arbeiten der GDK und von Verbänden – in einem über 10 Jahre dauernden Klärungs-, Findungs- und Entwicklungsprozess neben den Berufsprüfungen (BP) auch Höhere Fachprüfungen (HFP) für den Pflegebereich entwickelt. Im Verlaufe der Jahre haben sich die Spezifikationen und Zuschnitte der HFP-Spezialisierungen in der Zusammenarbeit mit Fachexpertinnen und Fachexperten leicht verändert.

Unter der Ägide der OdASanté sind sieben Höhere Fachprüfungen Pflege (HFP) entwickelt worden:

- Palliative Care
- Onkologiepflege
- Geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege
- Nephrologiepflege
- Diabetesfachberatung
- Psychiatriepflege
- Berater-in frühe Kindheit (Mütter- und Väterberatung)

Die gesetzlichen Grundlagen der HFP, die Prüfungsordnung und die dazugehörige Wegleitung, der HFP in Onkologiepflege, in Diabetesfachberatung und in Nephrologiepflege wurden im Januar 2019 vom SBFI in Kraft gesetzt. Für jede HFP wurde eine Trägerschaft gegründet und eine Qualitätssicherungskommission eingesetzt.

OdASanté kann die **Umsetzung allerdings nur indirekt mit Prüfungsdurchführungen steuern**. Dazu hat sie den Geschäftsbereich EPSanté als Dienstleisterin und Kompetenzzentrum für die Organisation und Durchführung von Prüfungen für die Träger als externen Kunden geschaffen. Gem. den Bestimmungen des Bundes können von den Trägerschaften der HFP vorbereitende **Kurse** zwar angeboten werden. Diese sind aber **grundsätzlich freiwillig**, zudem sind sie **staatlich nicht reglementiert und unterstehen keiner staatlichen Aufsicht**³.

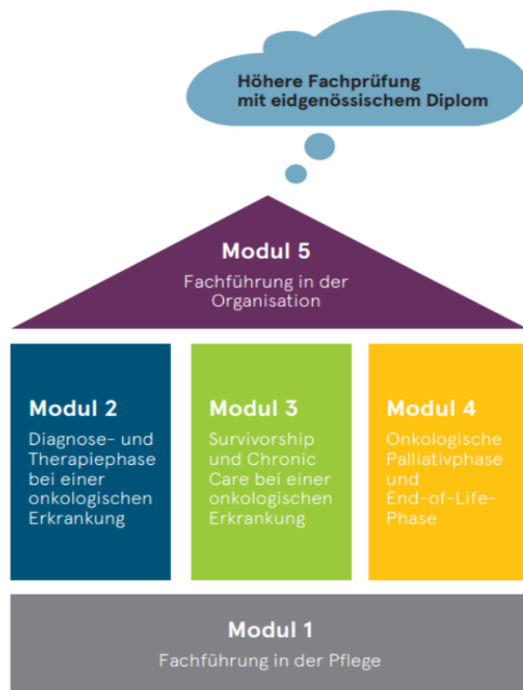
Aus diesem Grunde kann OdASanté Betriebe und Fachpersonen lediglich einladen, die HFP als neue Möglichkeit zur Weiterqualifizierung zu nutzen. Es obliegt dann den Betrieben, Interessierte zu rekrutieren und Anreize zum Besuch der Kurse zu schaffen. **Bildungsanbieter** wie das Berner Bildungszentrum Pflege, Careum Weiterbildung Aarau, XUND Bildungszentrum Luzern oder das Kantonsspital St. Gallen u.a. **tragen das wirtschaftliche Risiko** und bieten die notwendigen Vorbereitungsmodule erst bei genügender Nachfrage und hinreichenden Anmeldungen an.

⁴ <https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/de/home/bildung/hbb/eidgenoessische-pruefungen.html> oder <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/3880>

⁵ PPT-Präsentation Tagung Masterplan Bildung Pflegeberufe am 12.4.2012 in Freiburg www.sbfi.admin.ch/dokumentation/5_berufspruefungenundhoeherefachpruefungenimgesundheitsbereich.pdf.download.pdf

Die Vorbereitung zur Höheren Fachprüfung umfasst 5 Module mit insgesamt **900 Lernstunden**. Berufsbegleitend sind dafür 2-3 Jahre und gut 20'000 CHF inkl. Nebenkosten zu investieren. Der Bund übernimmt max. 10'500 CHF bei bestandener Prüfung, Wenn der Arbeitgeber die Gesamtkosten übernimmt wird i.d.R. eine Verpflichtung für eine Berufsverweildauer von weiteren 3 Jahre ausbedungen.

Als gutes Beispiel wird auf den Vorbereitungskurs zur HFP Onkologiepflege in St. Gallen verwiesen. Aufbau und Inhalte sind in der folgenden Abbildung zusammengetragen.



Zur Prüfung kann sich bei EPSanté anmelden,
 - wer alle fünf Module bestanden hat und
 - im Anschluss an die Vorbereitungsmodule
 - eine Diplomarbeit HFP im Selbststudium verfasst hat.

Die Vorbereitung für die HFP besteht aus 5 Modulen.

Modul 1 und 5 werden gemeinsam und fachübergreifend für alle HFP Vorbereitungskurse in der Pflege angeboten.

Die Module 2 bis 4 sind fachspezifisch im Bereich Onkologiepflege.

Die Inhalte sind unten in Tab. 1 dargestellt.

Abb. 6: Aufbau & Inhalte der Vorbereitungsmodule zur HFP Onkologiepflege am KSSG

Die fachlichen Inhalte werden in Tab. 1 in Beziehung gesetzt zur Lernzeit und Lernform.

	Inhalte	Dauer	Lern-/Prüfarrangement
Modul 1 fachübergreifend	Fachführung in der Pflege · Advanced Nursing Prozess · Clinical Assessment · Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Beratungsprozess · Konflikte, Deeskalation · Wissenschaftliches Arbeiten	200 h	70 h Präsenzunterricht 130 h Selbststudium - Persönliches Portfolio (schriftlich) - Erkenntnisse beim Praxis-transfer (schriftlich) - Fachgespräch dazu (mündlich)
Modul 2 fachspezifisch	Diagnose- und Therapiephase bei einer onkologischen Erkrankung · Edukationsprozess · Schwerpunkte im Clinical Assessment · Pflege- und Beratungsschwerpunkte in der Diagnose- und Therapiephase · Supportive Care · Onkologische Krankheitsbilder, spezifische Therapien, Nebenwirkungsmanagement · Vertieftes Fachwissen zur Therapie-verabreichung von Onkologika	250 h	112 h Präsenzunterricht 138 h Selbststudium - Fallvorstellung (mündlich) - Theorieprüfung (schriftlich)

Modul 3 fachspezifisch	Survivorship und Chronic Care bei einer onkologischen Erkrankung · Edukationsprozess · Selbstmanagement und Beratungsschwerpunkte · Hämato-onkologische Krankheitsbilder, spezifische Therapien und Nebenwirkungsmanagement · Supportive Care und Symptommanagement · Neuro-Onkologie · Multiprofessionelle Kommunikation	150 h	56 h Präsenzunterricht 94 h Selbststudium - Präsentation zu einem ausgewählten Thema anhand einer erlebten Fallsituation (mündlich)
Modul 4 fachspezifisch	Onkologische Palliativphase und End-of-Life-Phase · Edukationsprozess · Pflege- und Beratungsschwerpunkte in palliativ-onkologischen Situationen · Schwerpunkte im Clinical Assessment · Palliativ-onkolog. Symptommanagement · Onkologische Krankheitsbilder, spezifische Therapien und Nebenwirkungsmanagement · Klinische und ethische Entscheidungsfindung · Umgang mit Sterben, Tod und Trauer	200 h	63 h Präsenzunterricht 137 h Selbststudium - Bearbeitung einer Situation (schriftlich) - Wissensprüfung (schriftlich)
Modul 5 fachübergreifend	Fachführung in der Organisation · Konzeptionierung, Evaluation · Konfliktmanagement · Organisationsentwicklung · Advocacy in der Fachführung · Einführung schriftliche Diplomarbeit verfassen	100 h	42 h Präsenzunterricht 58 h Selbststudium - konzeptionelle Praxisarbeit (schriftlich)
Diplomarbeit	Bearbeitung einer Situation aus der beruflichen Praxis. Die Bewältigung der Diplomarbeit setzt voraus, dass Handlungskompetenzen aus mehreren Handlungskompetenzbereichen vernetzt eingesetzt werden.		20-30 S., 1.5 Zeilenabstand (ohne Titelblatt, Zusammenfassung, Inhaltsverzeichnis, Quellenverzeichnis, Anhänge, Beilagen, Abbildungen, Tabellen und Grafiken)
HFP Prüfung	• Präsentation der Diplomarbeit ⁶ • Fachgespräch ⁷ Vertiefte und weiterführende Fragen zu den Themen der Diplomarbeit und der Präsentation. Das eigene Handeln soll in einen übergeordneten Zusammenhang gestellt sowie mögliche Alternativen aufgezeigt werden.	15 Min. 30 Min.	max. 10 Folien

Tab. 2: Fachliche Inhalte der HFP Onkologiepflege mit Lernstunden sowie Lern- und Prüfungsarrangements

⁶ Leitfaden Präsentation und Bewertungskriterien: https://www.odasante.ch/fileadmin/epsante.ch/docs/HFP_Onko/Leitfaden_PT_2_Praesentation_Diplomarbeit_Onko_d_bereinigt.pdf

⁷ Leitfaden Fachgespräch: https://www.odasante.ch/fileadmin/epsante.ch/docs/HFP_Onko/Information_Pruefungsteil_3_Fachgesprach_n.pdf

3.7 Ordnungsschema zur Beurteilung der erworbenen Kompetenzen (Taxonomie)

Die APN und die Expert:innen mit HFP und NDS erwerben auf ihren Bildungsweg Qualifikationen für komplexe Interventionen. Entscheidend ist dabei, wie sie zu der dazu notwendigen Kompetenz und Expertise kommen und wie diese bei ihren unterschiedlichen Bildungswegen zueinander in Bezug gesetzt werden können.

Beim Vergleich und bei der Beurteilung der Bereitstellung von Pflegeexpert:innen ist daher der Blick auf die Input-Dimension, also Bildungsziele, Curricula, Selektionsverfahren, didaktische Formate, Leistungsnachweise und Prüfverfahren, Wege der Berufseinmündung bzw. Rollenfindung in der Praxis sowie das Selbstbild der Pflegeexpert:innen und ihre Konzeption des eigenen professionellen Handelns und des von ihnen erbrachten Leistungsspektrums gerichtet.

Dabei ist es unabdingbar, ein Ordnungssystem zu nutzen, welches eine eindeutige Differenzierung zwischen den betrachteten Sachverhalten und Kategorien erlaubt. In der Wissenschaft wird ein vereinheitlichtes, standardisiertes Verfahren zur Einordnung, Klassifizierung und Kategorisierung als **Taxonomie** bezeichnet.

Taxonomische Ordnungssysteme lassen sich als konzeptionelles Gerüst einsetzen, um ein besseres Verständnis der untersuchten Fakten und Objekte zu erlangen. **Durch die begriffliche Abstufung und Einordnung von Elementen innerhalb einer Kategorie werden die qualitativen Unterschiede und die Komplexitätsgrade erkennbar.** Wichtig ist dabei, dass die taxonomischen Stufen intuitiv unterscheidbar sind.

In der pädagogischen Literatur zum Kompetenzerwerb ist die Taxonomie von Bloom (1973; resp. Bloom et al., 1956) ein bewährtes Modell, um kognitive Leistungen, die Komplexität des Denkens und den Umgang mit Wissen zu beschreiben und zu klassifizieren.

Das Ordnungssystem von Bloom mit den **sechs Stufen** wurde von Anderson und Krathwohl (2001) überarbeitet und mit Elementen ergänzt, die für die vorliegende Analyse von hoher Relevanz sind.

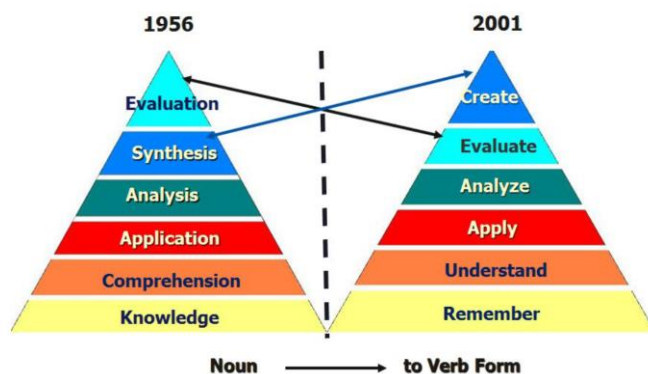


Abb. 7: Taxonomie des Lernens und Denkens nach Bloom (1956) und deren Revision durch Anderson & Krathwohl (2001). Quelle: Wilson (2016)

In der Revision wurden drei wichtige Änderungen vorgenommen:

- 1) Die Substantive wurden durch **Verben** ersetzt: Dies ermöglicht standardisierte Kategorien
- 2) Die Stufen 5 & 6 umgekehrt: **Neuordnung, Transfer, Disruption ist wichtiger** als Fakten beurteilen
- 3) Hinzufügen von **Qualitätsdimensionen**: Faktenwissen (Begriffe, Definitionen, Standardwerte), konzeptionelles Wissen (Theorien, Werte, Bedeutungen, Zusammenhänge, kumulatives Wissen), prozedurales Wissen (Anwendung, spezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten) sowie metakognitives Wissen (z.B. Erkenntnislehre, strategisches Wissen, Alternativen, Evaluation).

Die sechs Stufen bauen aufeinander auf und lassen sich durch spezifische Verben beschreiben. Wie in Kap. 4.3 und 4.4 gezeigt wird, lassen sich damit die Lerninhalte analysieren.

Anderson und Krathwohl stufen **für das erfolgreiche Bewältigen komplexer Prozesse in der modernen Wissensgesellschaft nicht die Beurteilung von Fakten als den kognitiv anspruchsvollsten Prozess ein, sondern das Erzeugen von neuem Wissen sowie dessen kreative Anwendung und Transformation.**

Der Lancet-Report (Frenk 2010) über die Ausbildung von Gesundheitspersonal stellt dies in Abstimmung mit dem ICN-Report konsequent ins Zentrum und fordert, dass Bildungsprozesse **generell transformatives Lernen** zum Ziel haben müssen.

Absolvierende sollen nicht nur befähigt werden, Faktenwissen und Fertigkeiten anzuwenden, sondern vielmehr ein kritisches Urteilsvermögens zu entwickeln, nach wirtschaftlichen und ethischen Gesichtspunkten zu handeln und wertegestützt *Leadership* zu praktizieren. Konkret sollen sie als „Transformatoren“ Position beziehen, sich im Team, in Organisationen und in der Gesellschaft einbringen, sowie bei Herausforderungen die notwendigen Innovationen anstossen.

Level Prozesse	1 Erinnern	2 Verstehen	3 Anwenden	4 Analysieren	5 Evaluieren	6 Transformieren
Wissen über Fakten (factual)	List	Summarize	Classify	Order	Rank	Combine
Wissen über Konzepte (conceptual)	Describe	Interpret	Experiment	Explain	Assess	Plan
Wissen über Handlungsweisen (procedural)	Tabulate	Predict	Calculate	Differentiate	Conclude	Compose
Wissen über Erkenntnisse (metacognitive)	Appropriate use	Execute	Construct	Achieve	Action	Actualise

Abb. 8: Qualität von Lern- und Denkprozessen in der taxonomischen Ordnung nach Anderson & Krathwohl (2001) mit Anpassungen durch Sottas

Diese pädagogischen Entwicklungen sind relevant, weil sie wesentliche Unterschiede zwischen dem Bildungsweg bzw. den Kompetenzen von Pflegeexpert:innen aus der höheren Berufsbildung und von Pflegeexpert:innen aus Hochschulen bzw. einem Masterstudiengang aufzeigen.

In der Berufsbildung setzt das Kompetenzmodell von Brand et al. (2005) einen massgeblichen Standard. Darin wird postuliert, dass das allgemeine Kompetenzverständnis nicht ohne weiteres auf den berufsbildenden Bereich zu übertragen ist, weil die Kompetenzen auf berufliche Handlungs- oder Orientierungsleistungen fokussieren. Das Komplexitätsniveau ist entsprechend von der beruflichen Situation und der in der Praxis geforderten Leistung abzuleiten. Aufgrund dieser „höchst interessanten Divergenz“ (Brandt) schlagen sie ein reduziertes Modell vor.

Level Prozesse	1 Erinnern	2 Verstehen	3 Anwenden	4 Analysieren	5 Evaluieren	6 Transformieren
Wissen über Fakten (factual)	List	Summarize	Classify	Order	Rank	Combine
Wissen über Konzepte (conceptual)	Describe	Interpret	Experiment	Explain	Assess	Plan
Wissen über Handlungsweisen (procedural)	Tabulate	Predict	Calculate	Differentiate	Conclude	Compose
Wissen über Erkenntnisse (metacognitive)	Appropriate use	Execute	Construct	Achieve	Action	Actualise

nach Brand, Hofmeister & Tramm (2005, S. 10)			
Leistung	Reproduzieren	Anwenden/Verstehen	Kritisieren/Reflektieren
Wissensart			
Fakten (Begriffe, Symbole)			
Konzepte (komplexe Wissensstrukturen)			
Prozeduren (Verfahrensweisen, prototypische Handlungsschemata)			

Abb. 9: Vergleich der taxonomischen Ordnung der Hochschulbildung und der Berufsbildung

Im Vergleich wird augenfällig, dass die unterschiedliche pädagogische Konzeption der Bildungswege von Pflegeexpert:innen APN und Pflegeexpert:innen HFP und NDS zu qualitativen Unterschieden führt. Das Hamric-Modell zeigt, dass zur Bewältigung komplexer Pflegesituationen, die charakteristisch für die Advanced Nursing Practice sind, taxonomisch hohe Kompetenzen (Evaluieren & Gestalten/Transformieren sowie das Wissen über Erkenntnisse) benötigt werden.

Während in der Höheren Berufsbildung Evaluieren als Beurteilen von Fakten erlernt wird, beinhaltet das Evaluieren auf Masterstufe die Methoden- und Ergebnisreflexion und liefert Argumente und Instrumente zur Weiterentwicklung und Umgestaltung.

Gestützt auf diesen theoretischen Rahmen und die Taxonomie wurde vom Mandatnehmer ein Instrument für eine softwaregestützte semantische Inhaltsanalyse der normativen Vorgaben in den 24 Bildungsprofilen (3 NDS, 8 HFP, 7 Master Pflege mit 12 Schwerpunkten, APN-CH) anhand der standardisierten Verbenlisten gemacht.

Die Motivation für einen Rückgriff auf eine softwaregestützte Analyse bildet der grosse Umfang des zu analysierenden Korpus. Der Umfang von rund 1000 Seiten in vier Sprachen übersteigt deutlich den Rahmen und die Komplexität, für welchen sich eine herkömmliche qualitative und quantitative Inhaltsanalyse eignet.

Das Ziel der Analyse besteht primär darin, die Profile der einzelnen Ausbildungen zu erfassen und untereinander vergleichbar zu machen. Da Verben entscheidend für die taxonomische Höhe der zu erwerbenden Kompetenzen sind, können durch die Extraktion der benutzten Verben und Formulierungen wesentliche Charakteristika der normativen Inhalte und Outcomes erfasst werden – es geht nicht um das Was, sondern um das Wie. Die Analyse der Verben in Modul- und Ausbildungsbeschreibungen gestattet somit einen geschärften Blick auf die zu erwerbenden Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen. Aus den relativen Häufigkeiten einzelner taxonomischer Kategorien (d.h. der zur Kategorie gehörigen Verben) können in Kombination mit den Rahmenbedingungen (in erster Linie eingesetzter Stundenumfang) Profile generiert werden, welche einen Vergleich der Angebote ermöglichen.

Da gängige Softwarelösungen nicht dazu geeignet sind, Verben in all ihren möglichen semantischen Auftretensformen (Konjugationen) zu identifizieren wurde ein Softwaretool (Natural Language Processing in Python) programmiert, welches ausgehend vom Infinitiv eines Verbs sämtliche Sätze in einem Dokument identifiziert, in welchem dieses Verb im Infinitiv bzw. in konjugierter Form vorkommt. Insgesamt werden die vollständigen Modulbeschreibungen je nach zugrundeliegender Verbenliste (deutsch, französisch, italienisch, englisch) nach jeweils ca. 200 Verben und ihren Variationen (zwischen 4 und 40 Formen) durchsucht.

Wenn - als überschaubares Beispiel - nach dem Verb «aufzählen» gesucht wird, dann wird der Text nach folgenden Formen analysiert: zähltest auf, zählt auf, zählte auf, aufgezählt, zählt auf, zählst auf, zähle auf, aufzählen, zählen auf, aufzählend, zähltet auf, zähltest auf, zählen auf (wobei anstelle der Lehrschräge auch ganze Wortgruppen oder Nebensätze zwischen den Verbteilen stehen können).⁸

Bevor die Dokumente eingelesen werden, muss eine Identifikation der relevanten Passagen vorgenommen werden und je nach Aufbau eines Dokuments ist zum Teil eine geringe formale Vorbearbeitung (Preprocessing) notwendig.

Die identifizierten Sätze werden cursorisch auf Korrektheit und Einschlägigkeit des Suchergebnisses geprüft, um ein quantitatives Profil der zu erwerbenden Kompetenzen zu generieren.⁹

⁸Die Integration der Hilfsverben haben und sein in die Suche bringt keinerlei Mehrwert gegenüber der Suche nach dem Partizip allein.

⁹ Eine detaillierte Darstellung des Analyseprogramms und der Arbeitsschritte befindet sich im Anhang 2.

4. Ergebnisse

4.1 Masterstudiengänge in Pflege

In der Schweiz sind in unterschiedlichen Kontexten 7 Masterstudiengänge Pflege etabliert worden: an den Universitäten von Basel (INS) und Lausanne (IUFRS) jeweils als Institute der Medizinfakultäten, an den Fachhochschulen BFH, ZHAW, OST und SUPSI im Rahmen der Konsolidierung der Studiengänge im Bereich Gesundheit sowie bei Kalaidos/Careum nach der Integration der ehemaligen Kaderschule in Aarau bzw. des WE'G, wo ein Kooperationsmaster mit der Universität Maastricht existierte¹⁰.

Die Zahlen in Tabelle 2 zeigen, dass die Masterstudiengänge Pflege stark nachgefragt sind:

	MSc seit	Anzahl MSc Abschlüsse 2021	MSc Abschlüsse 2021 mit APN Vertiefung	Aktuelle Anzahl MSc Stud	total MSc Pflege Abschlüsse	Bemerkungen betr. APN aktuell im Studium
Universität Basel INS	2000	22	18	92	289 (73 APN)	zudem 23 im DAS ANP plus
Universität Lausanne IUFRS	2007	66	2	190	286	20 mit MScIPS-Profil
Berner Fachhochschule	2007/13	33	6	120	159*	57 mit NP-Profil
ZHAW Winterthur	2007/13	21	1	100	159*	18 mit NP-Profil (+max.25)
OST Fachhochschule	2007/19	19	19	31	89	31 mit NP-Profil
SUPSI	2018	20	20	22	20	22 mit NP-Profil
Kalaidos/Careum	1996/2007	4	13	24	7	20 mit NP-Profil
Total		165	59	557	989	≈ 180-190

Tab. 3: Anzahl Masterabschlüsse Pflege und Anzahl Studierende in den Masterstudiengängen Pflege
(Quelle: Mitteilungen der Studiengangsverantwortlichen)

* Bei BFH und ZHAW gibt es ev. Doppelzählungen aus dem ehemaligen Kooperationsstudiengang

Erstaunlich ist, dass trotz abgelehnter Aufnahme ins damalige Fachhochschulgesetz (2008) und ins Gesundheitsberufegesetz (2016) an den Schweizer Hochschulen fast **1000 Masterabschlüsse** in der Pflege erworben worden sind.

Zu diesen hinzuzuzählen sind geschätzt 200 Masterabschlüsse und Doktorate in Pflege, die teils schon vor Jahrzehnten an ausländischen Hochschulen erworben wurden.

Die Hervorhebung mit den roten Pfeilen zeigt auf, wie viele dieser Absolvent:innen ein NP-Profil haben und damit als Pflegeexpertinnen direkt in die Patientenversorgung gehen (wollen).

An vier der sieben Studienorte haben alle oder fast alle Studierenden diese Richtung gewählt. Insgesamt werden damit in Bälde 320 Nurse Practitioners in der Versorgung tätig sein.

Weil aktuell in den Masterstudiengängen mehrheitlich das NP-Profil gewählt wird, zeigt die Projektion, dass es in drei Jahren im Gesundheitssystem mehr Nurse Practitioners geben wird als z.B. Chiropraktoren (aktuell 425). Angesichts der 1000 Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss, die sehr gesucht sind, kann daher anders als 2008 oder 2016 nicht mehr davon gesprochen werden, dass Unklarheiten betr. Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Einsatzkonzept bestehen.

¹⁰ Der erste Studiengang «Master in Nursing Science» in der Schweiz startete 1996 als Kooperation der Kaderschule für Krankenpflege SRK/WE'G in Aarau und der Universität Maastricht. Ziel war es, "... Akademiker/-innen auszubilden, die über Wissen und Fähigkeiten verfügen, um in Forschung, Beratung, Führung tätig zu sein"
Quelle: <https://www.presseportal.ch/de/pm/100059887/100796319>

Die Studienangebote unterscheiden sich voneinander in programmatischer und inhaltlicher Hinsicht. Dies wird in den Interviews (PF10, BF05, BF07, PF08, PF09, PF04, BF01, PF02, F05, PO12, BO14, BO17, PF24, PF10, PF21, PF28, PF41, PF46) und auch in der Visualisierung der Analyse der Beschreibungen und normativen Vorgaben im Anhang 3 deutlich. Die Befragten erkennen bei den Universitäten eine ausgeprägtere Forschungsorientierung in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Medizinfakultäten und Unispitälern eine stärkere Einbindung in akademische und theoretische Diskurse.

Der Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Basel (Institute of Nursing Science INS) umfasst ein Grundstudium (60 ECTS – gem. Bildungssystematik faktisch ein Bachelorjahr) und ein Aufbaustudium (100 ECTS), welches durch eine Vertiefung in Research oder ANP (20 ECTS) ergänzt wird. Der Charakter dieses Studiengangs ist an angelsächsische Modelle angelehnt. Einerseits hat das INS einen Schwerpunkt mit international beachteter Forschung und vielen Promotionen, andererseits als spezifisches Weiterbildungsangebot das DAS ANP-plus für neue Versorgungsmodelle.

Die Universität Lausanne führt am Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) zwei Masterstudiengänge Pflege: Master Santé (MScSA) und Master ICLS (MScSI) sowie die Maîtrise universitaire IPS (MScIPS). Das Institut ist aus einer breit abgestützten Partnerschaft im Arc Lémanique entstanden: den Universitäten von Lausanne und Genf, den Universitätsspitalern CHUV und HUG, der Fachhochschule HES-SO und der Stiftung La Source mit der gleichnamigen Fachhochschule. Die Mission besteht aus Lehre und Forschung im Bereich der Pflege mit dem Auftrag, Masterstudiengänge und ein Doktoratsprogramm zu realisieren sowie pflegewissenschaftliche Forschung zu realisieren. Das Konzept ist stark von kanadischen Vorbildern geprägt.

Den Fachhochschulen schreiben die Befragten eine ausgeprägtere Praxisorientierung zu. Diese wird in Zusammenhang gebracht mit den verbreiteten Doppelanstellungen bzw. Lehraufträgen an der Hochschule und der Arbeit in der Praxis. Gemäss Einschätzung von Expert:innen und Absolvent:innen stellen die Studiengänge der Fachhochschulen tiefere kognitive Anforderungen, weil Forschung und wissenschaftliche Reputation nicht das primäre Ziel sind (BO14, PO12, PF04, PF02, PO15, BF01, BF50, BO17, PF41, BF52, BF53). Die Zahlen zu Studierenden und Diplomierten zeigen, dass sie gegenüber den beiden universitären Instituten rasch aufgeholt haben und nun mengenmässig auf gleicher Höhe sind.

In der Berufsausübung werden die Differenzen zwischen den Absolvierenden der verschiedenen Studiengänge zwar erkannt und wahrgenommen, aber eher als Nuancen betrachtet. Die Grundlagen in Pathophysiologie, Clinical Assessment / Untersuchungstechniken, Pharmakologie sowie Aspekten von Multimorbidität und Gesundheitskompetenz seien vergleichbar. Wegen den gut etablierten Partnerschaften für den praktischen Unterricht und die Forschung mit Organisationen der Versorgung gebe es bei den APN-Ausrichtungen auch keine Elfenbeintürme. Die Unterschiede bei den akademischen Kompetenzen seien in der konkreten generalistisch ausgerichteten Arbeit der APN letztlich kaum relevant, weil sich alle an der ICN-Rahmenkonzeption und am Hamric-Modell orientieren (BF07, PF08, BF01, PF21, PF20, PF24, BO17, PO15, PO12, PFS10, PF09, PF02, PF41).

Mehrere Befragte stellen fest, dass trotz des Erfolgs der Masterstudiengänge weiterhin eine ungünstige Polarisierung zwischen den universitären Instituten und den Fachhochschulen besteht. Mit Blick auf die Differenzen sprechen sie vom Kultivieren intraprofessioneller Distinktion, von Standortwettbewerb, unfairer Marketing und tendenziösen Werturteilen. Zwar gebe es eine Art Burgfrieden, aber der unterschwellige Streit sei mit Blick auf das Erreichte, die Opportunitäten und auch die Systemrelevanz dieser Pflegeexpert:innen ein bedauerlicher Irrweg und bildungspolitisch verantwortungslos – dieser akademische Disput sei versorgungspolitisch ohnehin irrelevant.

4.2 Pflegeexpert:innen mit höherer Fachprüfung (HFP)

Aufgrund der zögerlichen Umsetzung der sieben HFP-Expertenprofile in der Pflege ist die Verankerung dieses Bildungsweges in den Betrieben und in den Ausbildungsstätten noch nicht möglich gewesen. Der aktuelle Stand der Umsetzung wird in Tab. 4 dargestellt:

	Vorbe- reitungs- kurs	Anbieter	Anzahl Absolvent: innen	Stand Juni 2022
HFP Palliative Care	Ja	KSSG St. Gallen BfGS Thurgau	10 ?	
HFP Onkologiepflege	Ja	BZ Pflege Bern Careum Weiterbildung XUND Luzern KSSG St. Gallen ZHAW Winterthur	? ? ? ? ?	
HFP Geriatrische und ge- ronto-psychiatrische Pflege	nein	Kooperation BZ Pflege Bern und XUND Luzern	?	Zur Zeit sistiert
HFP Nephrologiepflege ¹¹	nein	-	-	Zur Zeit gibt es keine Modulanbieter
HFP Diabetesfachberatung	Ja	FH Gesundheit Freiburg	8 DAS / 1 HFP	Dual Degree mit DAS
HFP Berater-in frühe Kindheit (Mütter- und Väterberatung)	nein	-	-	Zur Zeit gibt es keine Modulanbieter
HFP Psychiatriepflege	nein	-	-	Zur Zeit gibt es keine Modulanbieter
Total	3	7	?	

Tab. 4: Aktueller Stand der HFP Vorbereitungskurse – Anbieter und Absolvent:innen

(Quelle: Mitteilungen von Studiengangsverantwortlichen, Präzisierungen an Beiratssitzung vom 23.6.22)

Weil im Berufsbildungssystem nur die Prüfung reglementiert ist, nicht aber Weg dahin, ist – wie in Kap. 3.5 dargestellt, die Umsetzung nicht steuerbar. Sie hängt wesentlich von den Betrieben ab, die Anreize schaffen müssen, d.h. sie müssen pro Absolvent:in 11'000 CHF plus Arbeitszeit und reduzierte Verfügbarkeit bereitstellen (PF08, PO18, PF09, PF02, PO33, PF41, PO12).

Für die Absolvent:innen ist die lange Zeit von fast 3 Jahren mit dem hohen Selbstlernanteil eine Belastung, die nur äusserst Motivierte auf sich nehmen – gerade für Mütter mit schulpflichtigen Kindern wird dies als fast untragbar geschildert. Ein CAS oder DAS sei für diese einfacher zu managen und biete ein begleitetes Lernumfeld. Junge würden zudem einem berufsbegleitenden Bachelor den Vorzug geben (PO38, PO31, BO14, PO38, PF08, PF19, PF20, PF41, PF22).

Für Bildungsanbieter ist das Vorhalten von Personal und Strukturen für HFP ein Geschäftsrisiko. Weil selbst in Verbänden die Anmeldezahlen unter der Schmerzgrenze bleiben, herrsche ein Klima der Unsicherheit: Interessierte potenzielle Absolvent:innen befürchten, zwischen Bildungsanbietern herumgeschoben zu werden oder nicht abschliessen zu können; Lehrkräfte geraten in „Arbeit auf Abruf“, weil eingeplante Pensen nicht realisiert werden. Da habe sich ein Identitäts- und Reputationsproblem aufgebaut, bei dem es zwar viel Ankündigungsrhetorik und Überlebenshilfe gebe, aber im Hintergrund ein Rückbau stattfinde (PF02, PF04, PF41, BO17, BO14, PF08).

¹¹ <https://www.odasante.ch/pruefungen/#fachexpertein-in-nephrologiepflege-hfp>

¹² <https://www.odasante.ch/pruefungen/#beraterin-frhe-kindheit-hfp>

4.2 Taxonomischer Vergleich von Beschreibungen der Ausbildungsinhalte

Die detaillierten Ergebnisse für jedes der untersuchten 24 Bildungsangebote für MSc, HFP und NDS sind im Anhang 3 beigelegt.

Die Diagramme stellen eine Visualisierung der normativen Lernziele dar. Man sieht, was laut der Programmbeschreibungen erlernt werden soll, bzw. welche kognitiven Kompetenzen angestrebt werden. Die Diagramme geben hingegen keinerlei Auskunft über die Lernarrangements, den Prozess des Kompetenzerwerbs und die effektiven Learning Outcomes.

Basis bilden die sechs taxonomischen Stufen, die in einem Netzdiagramm abgebildet werden:

1. Erinnern, 2. Verstehen, 3. Anwenden, 4. Analysieren, 5. Evaluieren, 6. Gestalten (bzw. Transformieren). Die Werte zu diesen Stufen werden auf den Achsen im Verhältnis der Anteile an Verben eingetragen, welche in den Beschreibungen der Lernziele gefunden wurden. Wenn z.B.

Erinnern den Wert 10% hat und Verstehen 20%, dann ist der eingetragene Wert bei Verstehen doppelt so gross wie der Wert bei Erinnern. Wichtig sind die relativen Verhältnisse zueinander; die absoluten Werte der Dimensionen (0 bis 100) haben für sich genommen keine Aussagekraft und sind deshalb auch ohne Masseinheit. Allerdings sind die absoluten Werte so gewählt, dass der Flächeninhalt des Sechsecks dem Stundenumfang des Ausbildungsprogramms entspricht (z.B. Flächeninhalt 900 für ein Ausbildungsprogramm mit 900 Lernstunden).). Diese Darstellung ermöglicht somit einen intuitiven, visuellen Vergleich der Ausbildungsprogramme. Dabei repräsentiert die relative Ausprägung der Dimensionen das taxonomische Profil, und der Flächeninhalt des Sechsecks bildet den gesamten Stundenumfang ab.

In den nachstehenden Abbildungen sind gruppierte Auswertungen der Beschreibungen dargestellt:

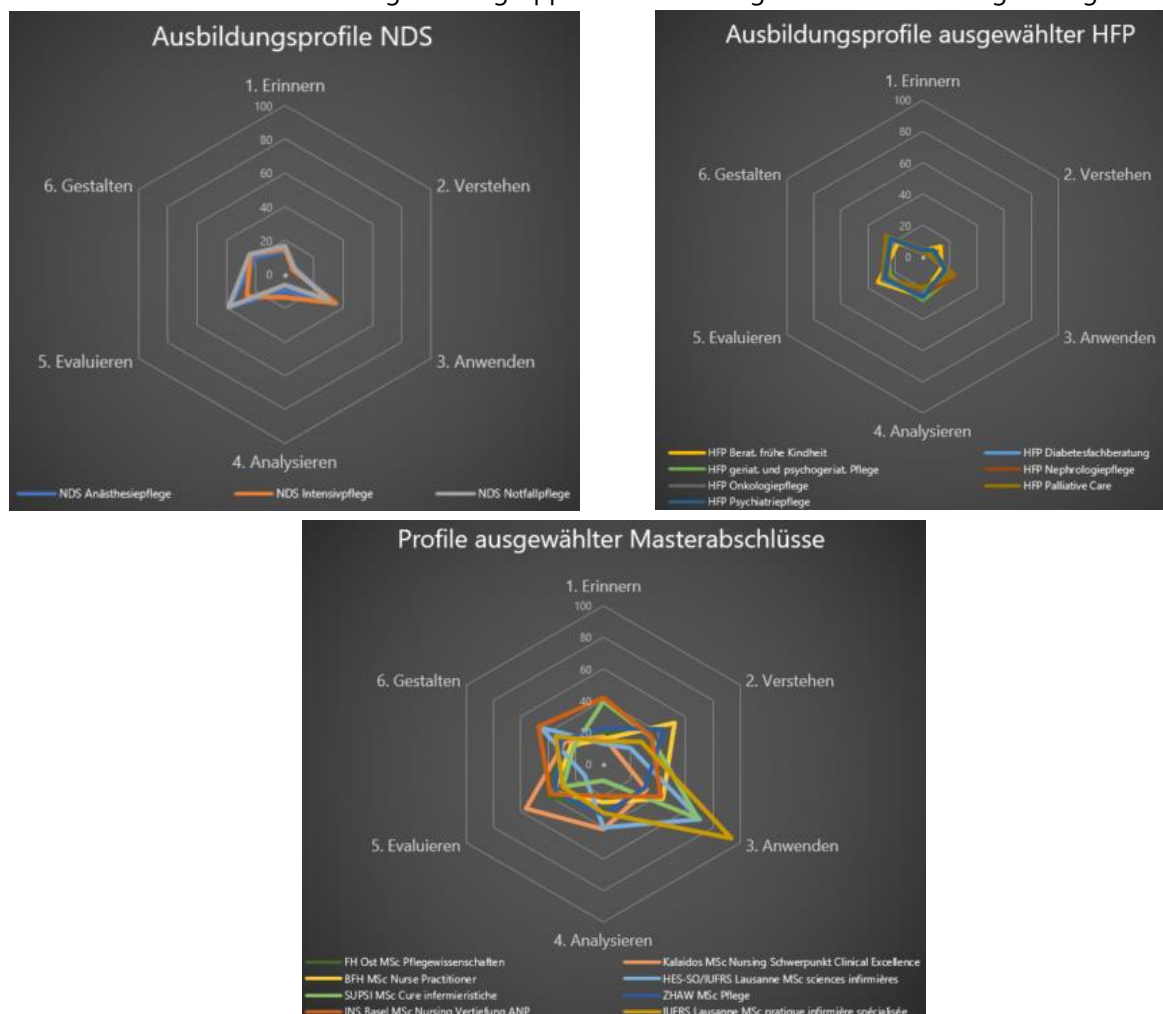


Abb. 10: Vergleich der taxonomischen Auswertungen Vorgaben zu NDS und HFP sowie MSc mit APN-Profil

Im Vergleich wird deutlich, dass es auch in den normativen Beschreibungen signifikante Unterschiede zwischen den Profilen der Pflegeexpert:innen auf den Stufen MSc und HFP bzw. NDS gibt.

NDS:

Für die Nachdiplomstudien mit ihrem Umfang von 900 Stunden fällt auf, dass die Lernziele den Schwerpunkt vor allem auf die Stufen Anwenden und Evaluieren legen. Die Bereiche Erinnern und Verstehen sind jeweils sehr schwach ausgeprägt.

Dies widerspiegelt u.E. einerseits die Kompetenzen, die im Aufgabenspektrum dieser drei spezialisierten Tätigkeiten notwendig sind. Andererseits kann gem. Rahmenlehrplan Pflege darauf abgestützt werden, dass die Grundkompetenzen, das berufsbefähigende Wissen und die Fertigkeiten bereits erworben worden sind.

HFP:

Die Höheren Fachprüfungen haben jeweils auch einen Umfang von 900 Stunden. Auffallend ist, dass alle Beschreibungen mehr oder weniger deckungsgleich sind. Dies ist wohl dem Umstand geschuldet, dass die Dokumente gleich aufgebaut sind und inhaltlich auch in den Begriffen hohe Überschneidungen aufweisen. Auch hier haben die Dimensionen Erinnern (1) und Verstehen (2) durchgängig nur einen geringen Stellenwert bei den Lernzielen. Das Abstützen auf den Rahmenlehrplan gilt auch hier. Etwas ausgeprägter ist allerdings die Absicht, taxonomisch höherwertige Kompetenzen zu vermitteln – insbesondere Evaluieren (5) und Gestalten (6).

MSc:

Die konsekutiven Master der Fachhochschulen haben jeweils einen Umfang von 2700 Stunden (90 ECTS)¹³, während die universitären Master einen Umfang von 3600 Stunden (120 ECTS) haben. Ein Blick auf die Profile zeigt, dass die Schwerpunkte bei der Formulierung der Lernziele unterschiedlich gelegt wurden, wobei jeweils sämtliche Kompetenzdimensionen vorkommen.

Die Master des INS Basel (Vertiefung ANP und Vertiefung Forschung) decken die sechs Dimension relativ gleichmässig ab. Ähnliches gilt für die Master der FH Ost und der ZHAW.

Ein auffälliger Unterschied besteht hinsichtlich der Dimension Verstehen (2). Diese ist bei den Masterprogrammen der FH Ost, der BFH und der ZHAW deutlich ausgeprägt.

Die Dimension Anwenden (3) ist bei den Masterprogrammen des IUFRS, der HES-SO und SUPSI besonders prominent vertreten. Die beiden Master des IUFRS und der HES-SO legen in zweiter Instanz ein vergleichsweise grosses Gewicht auf die Dimension Gestalten (6). Bei der SUPSI liegt der Fokus eher im Bereich Erinnern (1), Verstehen (2), Anwenden (3).

Die Master von Kalaidos und MSc CNS der BFH betonen besonders die Dimension Evaluieren (5).

Wir vermuten, dass die unterschiedlichen Gewichtungen in den Beschreibungen mindestens teilweise durch Einflüsse in der Gründungszeit entstanden sind. Die Betonung von Anwenden und Evaluieren ist in denjenigen Programmen wichtig, die durch Pflegeexpert:innen konzipiert wurden. Verstehen und Gestalten verweist mehr auf sozialwissenschaftliche Einflüsse und die Gewichtung des hermeneutischen Fallverstehens.

SwissAPN:

Das Green Book von APN-CH zeigt eine klare Betonung der Dimension Anwenden (3) gefolgt von den Bereichen Erinnern (1) und Evaluieren (5). Hier geht es um Wissen, Handeln und die verschiedenen Assessments.¹⁴

¹³ Dazu zählt auch der gemeinsame Master des IUFRS Lausanne und der HES-SO.

¹⁴ Diagramm siehe Anhang 3, letzte Graphik.

Die Masterprogramme sind bereits in Kap. 4.1 diskutiert worden. Bei den Ergebnissen zu den HFP drängt sich auch ein Vergleich mit den Selbsteinschätzungen der Pflegeexpert:innen aus diesen Kategorien auf.

Stimmen von Befragten aus der Praxis haben sich skeptisch dazu geäußert, dass die hoch gesteckten Ziele der Vorgaben für die HFP in der Realität eingelöst werden können. In recht tiefer Stundenzahl solle zwar ein reich befrachtetes Programm vermittelt werden, dessen Inhalte könnten aber wegen dem hohen Selbstlernanteil ungenügend mit Peers und Betreuenden reflektiert werden. Auch wenn die normativen Ziele in den Wegleitungen und auch in den Aufzählungen zu den Vorbereitungskursen der HFP anspruchsvolle und komplexe Lernziele ausgedrückt werden, zeigen die verwendeten Verben, dass diese Profile auf Expertise mit einer schmal angelegten Spezialisierung auf Organe oder Krankheiten bzw. Krankheitsverläufe zielen. Ausbilderinnen und Pflegedienstleitungen beschreiben HFP als „1 Level höher in der Fachexpertise als HF“ oder als „Karrierestufe für HF, die nicht in den Bachelor können oder wollen“. Jemand sagt, die Ausschreibungen würden sich an Pflegefachpersonen richten, die mit „Hand und Herz“ mit Patient:innen arbeiten wollen (PF43, PO32, PO18, PF42, PF45).

Die Unterschiede zwischen den Kompetenzen werden besonders im Vergleich mit den MSc-Programmen deutlich, wo das Erreichen dieser hohen Kompetenzniveaus aufbauend auf einem Bachelor und mit einem deutlich höheren Stundenaufwand erreicht werden soll.

Wie nachstehend in den Case Studies mit den Portraits deutlich wird, werden indirekt Aussagen befragter Expert:innen bestätigt, die Nachdiplomstudien und die Höheren Fachprüfungen im Bereich Pflege als die nächste Stufe über HF bezeichnen. Es ist u.E. nur in Ausnahmefällen möglich, dass in der Höheren Berufsbildung die taxonomisch hochwertigen Kompetenzen in vergleichbarem Masse erworben werden können wie in der Hochschule – dabei spielen Selektionseffekte und unterschiedliche kognitive Dispositionen gewiss eine Rolle, aber auch die unterschiedliche Zielsetzung und Programmatik, unterschiedliche Lernformen sowie das auf unmittelbare Einsatzfähigkeit und Handlungssicherheit gerichtete Lernen in einem schmalen, spezialisierten Handlungsfeld.

4.3 Case-Studies zu HFP und MSc: Selbstdeklaration zu taxonomischen Indikatoren

Bei jedem Indikator mussten sich die ProbandInnen jeweils für dasjenige Item entscheiden, das am besten oder häufigsten ihrer Berufsausübung entspricht. Die Pfeile markieren die Items, die taxonomisch für die Komplexität und deren Bewältigung besonders relevant sind.

Indikatorenset	Items mit steigender Komplexität						
Setting	Station kleines Spital	Station Kantons- Spital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant	Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten		komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc		MSc + CAS/DAS
Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP		Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar		absolut klar
Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege- ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten		mit Management
Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre		>6 Jahre
ggf. Neudefinition/Neuaufrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung		anderes
Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt		unselektionierte Patienten, freier Markt
Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig		selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide		Konsultation Therapie Beratung
Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar		absolut klar
Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert		sehr gut akzeptiert
Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden		sehr zufrieden
Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tivvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber		nach TARMED mit ZSR-Nummer
Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon		voll & ganz

Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use; neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Abb. 11: Vorlage Case Study zur Selbsteinschätzung der Komplexitätsbewältigung

- Einsatzkonzept (generalistisch vs. spezialisiert)
- Selbstdeklaration der eigenen Rolle
- Übereinstimmung mit der APN-Normrolle von SwissAPN
- Entscheidungsprozessen (Fakten weitergeben vs. Transformation)
- Reichweite des professionellen Handelns in Tagen
- Beteiligten (Pflegerberufe auf Abteilung vs. Externe Spezialisten)
- Aufgabe (erfassen & weitergeben vs. priorisieren, interpretieren & reorganisieren)
- Tätigkeit (analysieren & ausführen vs. diagnostizieren & gestalten).

[illegible]

Abb. 12: Vergleich der Selbsteinschätzung der Komplexitätsbewältigung bei Berufs- und Hochschulbildung

Die taxonomisch höherwertigen Bildungsziele und der längere Bildungsweg schlagen sich somit deutlich in einer komplexeren Berufsausübung mit Problemlösefähigkeiten bei hoher fachlicher Autonomie nieder: Aspekte wie Fallbeurteilung und Fallführung, Kompetenzen bei der Umsetzung von Massnahmen, die Argumentationsfähigkeit und Reichweite sind signifikant unterschiedlich.

Zur Auswertung der 23 Indikatoren wurden synoptische Tabellen erstellt, welche jeweils den Bildungsweg/erworbenen Abschluss (y-Achse)¹⁵ in Abhängigkeit von der gewählten Kategorie des Indikators (x-Achse)¹⁶ darstellen. Der Name des Indikators ist jeweils links unter dem Diagramm vermerkt. In unterschiedlichen Farben sind die Nummern der Case Studies dort eingefügt, wo die Probanden jeweils das grüne Feld gesetzt haben. In blau sind die MSc-Absolventinnen markiert, rot bezeichnet die Diplomierten der höheren Berufsbildung. Grün sind die Pflegefachpersonen mit Bachelor oder HF+CAS/DAS. Hellblau ist eine Quereinsteigerin mit Doppelqualifikation in der Rehabilitation. Eine vollständige Liste der 22 synoptischen Tabellen befindet sich in Anhang 5.

Stellvertretend sollen an dieser Stelle lediglich einige ausgewählte Ergebnisse präsentiert werden. Die zugrundeliegende Stichprobe von 22 Pflegefachpersonen ist keinesfalls repräsentativ. Sie ist aber geeignet exemplarisch Unterschiede im professionellen Selbstverständnis zu illustrieren und Hinweise darauf zu geben, dass in der Praxis, *on the ground*, vieles klar ist.

Arbeitsort / Setting

MSc + CAS/DAS	A07				A01 A02 A13	A17 A08 A11
MSc		A16	A21		A14	A12 A18
MAS						
BSc + CAS/DAS		M15 M09	M22 M10			
HF + HFP		H05 H03	M19			
HF + NDS	M20					
FaGe+angefangene WB		H04			H06	
FaGe-HF/BP						
Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station univ. Zentrum	Alters- / Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung

Abb. 13: Auswertung Indikator
Arbeitsort / Setting
Selbstdeklaration

In einer Einstiegsfrage haben die Proband:innen angegeben, wo sie arbeiten.

Als Arbeitsort dominiert die Akutversorgung bei allen Kategorien. Die Befragten mit MSc in diesem Setting betonten in den Interviews, dass sie sich klar von den dort ebenfalls tätigen CNS abheben: als APN arbeiten sie in der direkten Patientenversorgung mit komplexen Fällen und übernehmen mit hoher Autonomie ärztliche Tätigkeiten.

Wie in den Expertengesprächen gesagt worden ist, besteht insbesondere im Bereich der stationären Langzeitversorgung Nachholbedarf sowohl für Tertiärabschlüsse als auch für Master. Im ambulanten Bereich (Spitex, Grundversorgung) eröffnen sich viele Opportunities aufgrund der Problemlösefähigkeiten in komplexe Fällen, die nicht nur medizinische Kompetenzen erfordern.

¹⁵ Sortierung der Abschlüsse nach typischer Länge der Bildungswege, da i.d.R. längere Bildungswege mit mehr fachlicher Kompetenz einhergehen.

¹⁶ Auf der x-Achse befinden sich die taxonomisch gestuften Items des jeweiligen Indikators.

Selbstdeklaration der eigenen Rolle

MSc + CAS/DAS					A11	A13 A08 A07 A02 A17 A01
MSc	A18 A14					A16 A12 A21
MAS						
BSc + CAS/DAS	M10 M09 M15			M22		
HF + HFP	H05		M19	H03		
HF + NDS				M20		
FaGe+angefangene WB				H04 H06		
FaGe-HF/BP						
Selbstdeklaration Rolle	PflegeexpertIn	PflegeexpertIn BP	PflegeexpertIn HF+CAS	klinische FachspezialistIn	ANP	PflegeexpertIn / Pflegeexperte APN

Abb. 14: Auswertung Indikator Selbstdeklaration der eigenen Rolle

Der Begriff Pflegeexpertin scheint in der Tat nicht trennscharf abgrenzbar zu sein. Mehrere Befragte sagten, dass sich Pflegefachpersonen nach Weiterbildungen und erst recht nach erworbenen Zusatzqualifikationen wie CAS oder auch HFP-Modulen als Pflegeexpert:innen bezeichnen (M19, M10, M09, M15).

Bei H05 und M19 ist anzumerken, dass es sich um Pflegefachpersonen handelt, die seit vielen Jahren in der gleichen Funktion tätig sind.

Pflegefachpersonen HF mit einem Diplom der höheren Berufsbildung bezeichnen sich gerne als klinische Fachspezialist:innen. Dabei entsteht eine begriffliche Unschärfe gegenüber dem Winterthurer Modell der Physician Assistants/Physician Associates. Gemäss den Befragten besteht allerdings keine Verwechslungsgefahr, weil Aufgabe und Einsatzgebiet unterschiedlich seien.

Einsatzkonzept der Pflegeexpert:innen in Organisation / Betrieb

MSc + CAS/DAS	A07				A17	A02 A13 A01 A08 A11
MSc					A16 A21 A18	A12 A14
MAS						
BSc + CAS/DAS	M09 M15 M10					M22
HF + HFP	H05 H03	M19				
HF + NDS		M20				
FaGe-HF/BP	H06	H04				
Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten

Abb. 15: Auswertung Indikator Einsatzkonzept

Die Einsatzkonzepte zeigen deutlich, dass die unterschiedlichen Bildungswege der verschiedenen Kategorien von Pflegeexpert:innen zu unterschiedlichen Funktionen führen. Die höhere Berufsbildung entfaltet Wirkung bei der Patientenbetreuung in der Akutversorgung eines Spitals – die fachliche Entwicklung in den Teams wird dabei vielfach durch CNS geführt oder moderiert. Die Pflegeexpert:innen aus der höheren Berufsbildung sind daher unter Anweisung und in geführten Prozessen tätig.

Deutlich sichtbar ist, dass MSc-Absolvent:innen in Tätigkeitsfeldern eingesetzt werden, die breite pflegerische, medizinische, kommunikative, ethische und gesundheitssystemische Kompetenzen erfordern, um komplexe, unvorhersehbare Situation zu bewältigen. Es erfolgt eine Ausweitung der Versorgungsaufgaben nach Massgabe von Bedarfen, welcher durch die Medizin nicht abgedeckt werden können. Substitution ärztlicher Tätigkeiten erfolgt auch als Übernahme oder Übertragung von Tätigkeiten, für welche Ärzt:innen generell die Zeit oder die Kompetenzen fehlen.

Worin bestehen meine Entscheidungsprozesse?

MSc + CAS/DAS			A02 A11	A07 A13 A17 A08	A01
MSc				A18 A21 A16 A12	A14
MAS					
BSc + CAS/DAS	M09 M15		M10		M22
HF + HFP	H05 H03	M09			
HF + NDS	M20				
FaGe-HF/BP	H04 H06				
Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien	

Abb. 16: Auswertung Indikator Entscheidungsprozesse

Als Präzisierung der Einsatzkonzepte wird bei der Auswertung dieses Indikators deutlich, wie die Pflegeexpert:innen in die Versorgungsprozesse eingebunden sind und welche Rolle sie dabei spielen. Augenfällig ist hier die Spaltung zwischen MSc-Absolventinnen und den anderen. Die Tätigkeiten der Masterqualifizierten umfassen das systematische kognitive und klinische Bewerten von Diagnosen, Behandlung sowie Versorgungs- und Lebenssituationen, die neue strategische Ansätze erfordern – ihnen werden entsprechend deutlich komplexere Entscheidungsprozesse anvertraut.

Was tu ich?

MSc + CAS/DAS			A11	A02 A13 A17 A08	A01
MSc			A18	A21 A12	A16 A14
MAS					
BSc + CAS/DAS		M09 M10	M15		M22
HF + HFP	M19	H05 H03			
HF + NDS		M20			
FaGe-HF/BP		H04 H06			
Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten	

Abb. 17: Auswertung Indikator Was tu ich? - Charakterisierung der eigenen Tätigkeit

Zum Abschluss wurden die Proband:innen aufgefordert, ihre Tätigkeit anhand von Items aus der Bloom'schen Taxonomie zu charakterisieren. Die deutlichen Unterschiede zwischen der Verortung auf der linken Seite durch Pflegeexpert:innen aus der höheren Berufsbildung und die deutliche Positionierung ganz rechts bei den Hochschulabsolvent:innen bestätigt die zuvor gemachten Angaben zur Komplexität der Tätigkeiten. Daran lässt sich erkennen, dass die taxonomische Höhe der Lernziele direkte Auswirkungen hat; die Rollen, Tätigkeiten und Profile von Master-Absolvent:innen sind mit hoher Autonomie ausgestattet, sie sind weit verbreitet und gut etabliert.

4.4 Das Register von APN-CH

APN-CH führt auf der Website www.apn-ch.ch/register ein Register der Pflegeexpert:innen APN. Mittels einer einfachen Suchmaske kann nach Namen oder Tätigkeitsfeldern gesucht werden.

APN-CH
Pflegeexperte/-in
infirmier/-ère de pratique avancée
infermiere/-a di pratica avanzata

Deutsch FAQ documenti in italiano Downloads Kontakt Login

HOME NEWS ÜBER APN-CH APN REGISTRIERUNG REGISTER

Vorname / Name Alle Tätigkeiten ⌵ SUCHEN

Abb. 18: Suchmaske des Registers von APN-CH

Bei unspezifischer Eingabe des Buchstaben C wird folgende Liste generiert:

Vorname	Name	Registriert seit	Tätigkeiten
Claudia	Siebenhaar	30.03.2021	Pflege im Alter, Ambulante Versorgung
Sarah	Candrian	30.11.2021	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung, Ambulante Versorgung
Corinne	Steinbrüchel-Boesch	30.03.2021	Pflege bei Erwachsenen, Pflege im Alter, Akut-stationäre Einrichtung, Ambulante Versorgung
Monique	Sailer Schramm	30.03.2021	Pflege im Alter, Palliative Care, Ambulante Versorgung, Langzeiteinrichtung
Corina	Sgier	30.03.2021	Andere
Gabriela	Schmid-Mohler	20.01.2021	Somatische Pflege
Azra	Karabegovic	08.06.2021	Ambulante Versorgung
Sabine	Gschwend	14.09.2021	Pflege in der Rehabilitation
Rebecca	Bächtold	08.06.2021	Pflege bei Kinder/Jugendlichen
Anne	Bramaud du Boucheron	15.06.2021	Pflege bei Erwachsenen
Catherine	Buergi	30.01.2022	Andere
Bartosch	Nowak	26.04.2022	Ambulante Versorgung
Bianca	Schaffert- Witvliet	30.11.2021	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung
Christian	Emsden	14.09.2021	Andere
Christa	Wernli-Fluri	30.01.2022	Pflege bei Erwachsenen, Pflege im Alter, Akut-stationäre Einrichtung
Michaela	Moser	30.01.2022	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung
Nicole	Brüll	04.12.2021	Akut-stationäre Einrichtung
Elisabeth	Rüeger-Schaad	30.01.2022	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Palliative Care, Andere
Andrea	Tschopp	03.01.2022	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Palliative Care, Akut-stationäre Einrichtung
Torsten	Schwalbach	10.03.2022	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung
Christine	Jaiteh	30.11.2021	Akut-stationäre Einrichtung
Andrea	Candinas-Lechmann	30.01.2022	Andere
Jenny	Hermeschmidt	30.01.2022	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Palliative Care, Akut-stationäre Einrichtung
Natascha	Nielen	04.05.2022	Pflege im Alter, Langzeiteinrichtung

Abb. 19: Trefferliste / Suchergebnis im Register von APN-CH (Suche nach "C" am 1.6.2022)

4.5 Vergleich der Register von APN-CH und Gesundheitsberuferegister GesReg (BAG/SRK) bzw. NAREG (GDK/SRK)

Neben dem privaten Register für APN gibt es zwei öffentliche, miteinander verknüpfte Register. Das Gesundheitsberuferegister GesReg und das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG sind aktive, personenbasierte Register der nichtuniversitären Gesundheitsberufe.

Das GesReg basiert auf dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) und enthält 9 Berufskategorien. Das NAREG steht unter der Schirmherrschaft der GDK. Basierend auf der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen (IKV) enthält es 21 verschiedene Berufe.

Um eine benutzerfreundliche Lösung anzubieten, werden das GesReg und das NAREG in derselben Applikation des BAG geführt, haben aber unterschiedliche Erscheinungsbilder der Suchmaske.

Aufschlussreich ist der Vergleich der Suchergebnisse bei APN-CH und im GesReg/NAREG z.B. anhand des zufällig ausgewählten Namens Sarah Candrian

The image shows two side-by-side screenshots of professional registers. The left screenshot is from the 'Gesundheitsberuferegister' (GesReg/NAREG) website. It displays the entry for 'Frau Candrian, Sarah'. Under 'Berufe', it lists three professions: 'Pflege (Master FH, Registrierungsnummer: MSc-PFLEG-CH-2019-28), Schweiz (25.10.2019)', 'Pflege (Bachelor FH, Registrierungsnummer: FH-PFLEG-CH-2009-96), Schweiz (20.10.2009)', and 'Pflege (SRK Diplom, Registrierungsnummer: DNII-CH-2002-1303), Schweiz (29.09.2002)'. Under 'Berufsausübungsbewilligungen', it shows 'Pflege, Keine Bewilligung'. Under '90-Tage-Dienstleister', it says 'Keine Einträge vorhanden'. Under 'Weitere Informationen', it lists 'Nationalität 1: Schweiz', 'GLN: 7601002194235', and 'Jahrgang: 1979'. At the bottom, there are buttons for 'GESREG' and 'NAREG'. The right screenshot is from the 'APN-CH' website. It shows a search result for 'Candrian' with the title 'Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung, Ambulante Versorgung'. The search criteria were 'Candrian' and 'Alle Tätigkeiten'.

Vorname	Name	Registriert seit	Tätigkeiten
Sarah	Candrian	30.11.2021	Pflege bei Erwachsenen, Somatische Pflege, Akut-stationäre Einrichtung, Ambulante Versorgung

Abb. 20: Vergleich der Einträge in den Registern GesReg und APN-CH (Abfrage am 1.6.2022)

Der Informationsgehalt der beiden Register weist deutliche Unterschiede auf:

- Das GesReg, das seit 1. Februar 2022 öffentlich ist, zeigt nebst vielen persönlichen Angaben die Abschlüsse und weitere Daten, die für die Aufsicht über die Berufsausübung durch die Kantone relevant sind.

Die Fort- und Weiterbildungstitel sind nicht im GesReg eingetragen. Die gesetzlichen Grundlagen sehen dies nicht vor, da diese Angaben für die Hauptzwecke des Registers (Erleichterung der Bewilligungsabläufe für die Kantone und Gewährleistung der Patientensicherheit durch Information) nicht notwendig sind.

Auch die konkreten Tätigkeiten werden weder im GesBG noch im GesBKV geregelt, weil insb. die Kantone, in deren Kompetenz die Versorgung liegt, spezifische Bestimmungen erlassen können (wie z.B. der Kanton Waadt für die APN bzw. IPS infirmières praticiennes spécialisées).

Die Erfassung im GesReg / NAREG kostet einmalig CHF 130.-

Im Vergleich dazu hat der **Eintrag im APN-CH-Register geringen Informationswert**.

Er ist eine simple Statusmeldung betr. Erfüllung der Anforderungen (MSc, 50 Std. supervidierte Praxis, min. 40% klinisch-praktisch tätig). Die Angaben zu den Tätigkeiten beruhen auf Selbstdeklaration (bzw. dem Anklicken der 12 Items, die in der Pickliste vorgeschlagen werden).

Wichtige Angaben mit Mehrwert für Patienten, Arbeitgeber, Kantone und die Öffentlichkeit wie

- das konkrete Tätigkeitsgebiet (insb. Akutspital, Spitex, Langzeit, Grundversorgung, Prävention, Case Management, Managementaufgabe u.a.m.),
- die Rolle (CNS oder NP)
- die wichtigsten Weiterbildungsdiplome und Qualifikationsnachweise
- Sprachkenntnisse gem. europäischen Sprachenportfolio, insb. B2 und höher
- spezifische Leistungen oder Kompetenzen für komplexe Patienten-/Klientenkategorien
- Sozialrechtlicher Status bzw. Selbstständigkeit oder Anstellung (ev. Grössenordnungen)
- Promotion oder Promotionsprojekt mit Angabe von Disziplin oder Thema

fehlen. Durch diese Limitierungen wird der Anspruch auf der Register-Website relativiert, dass Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN-CH mit der Registrierung und Re-Registrierung „nachweisen, dass sie über das aktuellste Fachwissen verfügen, qualitativ hochstehend und effektiv praktizieren und imstande sind, komplexe Aufgaben effizient zu bewältigen“.

Die Registrierung auf APN-CH kostet CHF 300.- für eine Dauer von 5 Jahren.

Die Weiterführung (Re-Registrierung) kostet 200.-

4.6 Anzahl Registrierungen bei APN-CH

Seit dem 16. März 2021 können sich alle Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz online registrieren lassen. Der aktuelle Stand ist gemäss Verein wie folgt:

Status der Registrierung	Anzahl 15. Mai 2022
Registrierte APN	85
Dossiers in Prüfung	24
Dossiers gestartete Eingabe	25
Abgelehnte Registrierungs-Anträge	0
Registrierungsversuche, nicht genügend	0
Geschätztes Potenzial registrierungsfähiger APN	400-600

Tab. 5: Anzahl Registrierungen auf APN-CH (Quelle: Mitteilung von R. Mahrer)

Tätigkeitsfelder der registrierten APN	Anzahl 15. Mai 2022	Settings	Anzahl 15. Mai 2022
Pflege bei Erwachsenen	85	akut-stationäre Versorgung	43
somatische Pflege	23	ambulante Versorgung	21
Pflege im Alter	20	Langzeiteinrichtungen	4
Palliation	10	Andere	8
Pflege in der Psychiatrie	7		
Pflege bei Kindern/Jugendlichen	6		
Pflege in Rehabilitation	3		

Tab. 6: Tätigkeitsfelder der registrierten APN (Quelle: Mitteilung von R. Mahrer)

Die Angaben zu den Tätigkeitsfeldern sind gem. Angaben von APN-CH mit Unsicherheiten behaftet: es gibt Mehrfachnennungen und einige Registrierte haben keine Tätigkeit angegeben.

Im 2022 soll eine Umfrage neue Zahlen zur Anzahl und Tätigkeit der APN-Fachpersonen liefern.

4.7 Erfahrungen mit Privatreglementierung durch die Organisation APN-CH

Die Aktivitäten der Interessengruppe swissANP und des Vereins APN-CH wurden gelegentlich als „Verzweiflungstat“ bezeichnet, welche eine Antwort auf das Abschmettern vieler Vorstösse zur Verbesserung des Status von hoch qualifizierten Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss und die Ignorierung ihres Beitrags zu einer qualitativ hochstehenden und sicheren Versorgung sei. Dies wird vorab von den Registrierten selber so gesagt, aber auch von Befragten aus der Bildung, der Praxis und auch von Arbeitgebern (PF04, PO12, PO15, PF22, PF25, PF39, BF05, BF46).

Die Meinungen und Einschätzungen zur Registrierung durch APN-CH sind uneinheitlich.

Als **Vorteile** genannt werden: (BF05, PO15, PF10, BF46, PF28, PF22, PF39, PF43, PF34, PF04, PF37)

- Möglichkeit, um das professionelle Standing bestätigt zu erhalten – Club Membership
- Elitenbildung und sozio-professionelle Positionierung – stolz, aufgenommen worden zu sein
- APN-CH liefert guten Orientierungsrahmen und nützliches Argumentarium – hat das Feld geklärt
- Unterbindung der Titelanmassung „Pflegeexpertin“ durch Personen ohne Masterabschluss
- Gütesiegel, welches etwas über die Qualität aussagt
- Sichtbarmachung der mehrdimensionalen Kompetenzen weit über konventionelle Hands-on Pflegeaufgaben hinaus gemäss Hamric-Modell oder PEPPA-Modell.

Als **Nachteile** betrachtet werden: (PF30, BF01, PF02, PF41, PO18, BO14, BO17, BF01, PF23)

- der Titel Pflegeexpertin APN-CH ist eine diffuse Marke mit wenig Unterscheidungswert
- Anpreisung eines „markenrechtlich geschützten Titels“ ist irreführend
- nur ein Distinktions-Label, Markieren eines besonderen Status in der Pflege-Community
- zu einseitig auf Patientenversorgung ausgerichtet; kein Platz für Pflegeexpertinnen im Management, in der Verwaltung, in Public Health, in Versicherungen etc.
- die 40%-Hürde bei Berufsausübung/Anstellung schliesst viele Erfahrene aus
- Vorgaben zur periodischen Registrierung sind im Vergleich mit der Medizin (zu) streng
- die allfällige Titelaberkennung bei Verweigerung der Re-Registrierung schadet den APN; in der Medizin werden erworbene Titel auch nicht aberkannt.

In den Gesprächen wurde die Polarisierung zwischen zwei Lagern deutlich: Es gibt bedingungslosen Befürworter:innen einer APN-Reglementierung und es gibt andere mit Masterabschluss, die der Reglementierung wenig Bedeutung zumessen. Auffallend ist, dass diejenigen, die klinisch in APN-Rollen tätig sind, zumeist für eine APN-Reglementierung sind. Beim Nachfragen nach den Gründen und Erwartungen werden genannt:

- Abgrenzungsmotive (Position geklärt zwischen Sekretärin/MPA und Arzt),
- Identitäts- und Rollenklärung (den Patienten nicht mehr erklären, was eine APN ist und was sie macht (PF10, PF29, PF28, PF40, PF45),
- Schutz der Bezeichnung („jetzt gibt es schon Ausschreibungen, bei denen MPA für APN-Stellen gesucht werden“, PF45)
- Erwartung, dass die klinische Spezialisierung wie bei den Mediziner:innen dann klar erkennbar ist
- Anerkennung der Arbeit von APN nach Diagnose und Akutphase, wenn komplex chronisch erkrankte Patienten eine bessere Lebensqualität erreichen (PF04, PF21, PF23, PF25, PF40, PF45).

Bei den Finanzargumenten lassen sich zwei Themen erkennen:

- Sichtbarkeit der von APN erbrachten Leistungen in den Abrechnungen (Nurse Practitioners wollen nicht unter den ärztlichen Leistungen oder Pauschalen subsummiert werden)
- Selbstständigkeit in freier Praxis und autonome Fakturierung wird in seltensten Fällen angestrebt, weil die Zeit für die Patientenversorgung eingesetzt werden soll und nicht in Tarifdiskussionen und Kämpfe wie die Physiotherapeut:innen oder die Psychotherapeut:innen.

Generell dominieren seitens der MSc-Absolvent:innen hohe Erwartungen an die Registrierung, allerdings erscheint der zu erwartende Nutzen diffus. Geschätzt wird sie als sozialer Marker, aber es ist unklar, wie das Label „Pflegeexpertin APN-CH“ gegenüber der Politik und den Patienten als Hebel eingesetzt werden kann. Eine Befragte brachte es auf wie folgt auf den Punkt: „es ist ein recht aufwändiges diagnostisches Prozedere, das dann doch ohne Konsequenz bleibt“.

4.8 Erfahrungen mit gesetzlicher Reglementierung in der Waadt

Durch die Revision des Gesundheitsgesetz (Loi santé publique) des Kantons Waadt im Jahre 2017 wurde Art. 124bis mit Bestimmungen über das als Beruf bezeichnete Tätigkeitsfeld des *Infirmier praticien spécialisé (IPS)* ergänzt.

Die Ausführungsbestimmungen sind auf Verordnungsstufe in Art. 49 des *Réglement sur l'exercice des professions de santé* (<https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/19904/fr>) festgelegt.

Darin enthält das Kapitel Xter insgesamt 6 Unterkapitel zu IPS:

- Aufgaben der Berufskommission (Registerführung, Titelanerkennung, Festlegung des klinischen Schwerpunkts, Validierung Stellenbeschriebe, Kontrolle Weiterbildungen, Beratung Regierung)
- Definitionen (Aufgaben in Grundversorgung, Akutversorgung, Pädiatrie, psychische Gesundheit)
- Anwendungsfelder (Untersuchungen, Verschreibung, Delegationskompetenz, Arbeitszeugnisse)
- Berufsausübungspflichten zusammen mit dem *médecin partenaire*
- Voraussetzungen (Master, klinischer Schwerpunkt, Weiterbildungsbelege, Registereintragspflicht)
- Haftungsfragen.

Es sind insbesondere die Bestimmungen über die Anwendungsfelder und die Berufsausübung zusammen mit einem Partnerarzt, mit denen in der Schweiz Neuland betreten wurde.

Zur Umsetzung hat der Kanton Waadt die Stelle einer *Infirmière cantonale* geschaffen. Diese hat neben der Aufsichtsfunktion auch eine beratende Funktion bei der Implementierung der IPS in Grundversorgung, Akutversorgung, Pädiatrie sowie im Bereich der psychischen Gesundheit. In der Botschaft heisst es, dass mit dieser Funktion der Wille ausgedrückt werde, « de valoriser et développer une profession appelée à jouer un rôle déterminant dans le développement du système de santé et l'évolution démographique du Canton ».

Frau Teresa Gyuriga Perez hat die Stelle der *Infirmière cantonale* im Februar 2022 angetreten.

Zum Stand der Umsetzung und Verankerung wurden noch keine Daten erhoben. Es gibt auch noch kein operatives öffentliches Register.

Im *Réglement sur l'exercice des professions de santé* fallen 27 Berufe unter den Geltungsbereich: ambulancier, assistant en soins et en santé communautaire, chiropraticien, diététicien, droguiste, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmier, infirmier assistant, infirmier praticien spécialisé, logopédiste-orthophoniste, masseur médical, médecin, médecin-dentiste, opticien ou optométriste, orthoptiste, ostéopathe, pharmacien, physiothérapeute, podologue, psychologue psychothérapeute, sage-femme, techniciens ambulancier, techniciens en analyses biomédicales, techniciens en radiologie médicale, techniciens de salle d'opération, thérapeute de la psychomotricité.

Die festgelegten Bestimmungen zeigen, dass im Kanton Waadt mit dieser Reglementierung Zuständigkeiten und Aufgaben definiert werden, die sich auf die Patientenversorgung und die Aufsicht beziehen und damit gemäss Verfassung typischerweise in den Hoheitsbereich der Kantone fallen.

In den Interviews ist von den registrierten APN und auch von Verbandsvertreter:innen aus der Pflege verschiedentlich gefordert worden, dass der Bund einfach die IPS-Reglementierung des Kantons Waadt übernehmen solle. Obschon diese rechtliche Frage nicht Teil des vorliegenden Auftrags ist und anderweitig geprüft wird, schätzen wir dies als unrealistisch ein. Mit Blick auf die verfassungsmässig limitierten Bundeskompetenzen erscheint eine Übertragung insb. der Bestimmungen über die Anwendungsfelder (Verschreibung, Delegationskompetenz, Arbeitszeugnisse) und die Berufsausübung zusammen mit einem Partnerarzt in die Bundeszuständigkeit u.E. nicht machbar. Zudem würde dazu eine Änderung des Gesundheitsberufegesetzes nicht ausreichen, sondern auch Anpassungen im KVG und weiteren Gesetzen notwendig werden.

Zur Erfüllung der Forderungen von SwissAPN und des Postulats von NR Streiff-Feller wäre es u.E. daher an den einzelnen Kantonen, in ihren jeweiligen Gesundheitsgesetz Regelungen zu Nurse Practitioners einführen, die jenen des Kantons Waadt entsprechen.

5. Qualität in der Versorgung beim Einsatz von Pflegeexpertinnen

5.1 Wo und wie arbeiten Advanced Nurse Practitioner (APN / ANP)?

Alle Befragten berichten übereinstimmend, dass APN zuerst lange nur in grossen Spitälern arbeiteten – ehemals als HöFa II, heute als CNS. Gerade auch wegen der grossen Menge an Master-Absolvent:innen in der Pflege mit Profilen, die explizit auf die Patientenversorgung ausgerichtet werden, habe in jüngster Zeit ein breiter Roll-Out des Einsatzkonzepts von APN insbesondere in allen grösseren Organisationen eingesetzt. Weil die Ergebnisse ihrer Arbeit überzeugen werden sie deshalb vermehrt in allen Settings gesucht, wo Komplexität und Multimorbidität zusammentreffen: in den meisten Departementen der Zentrumsspitäler, auf spezialisierten Abteilungen von Akutspitälern, in den Ambulatorien mit den Schnittstellen zur ambulanten Versorgung, in der Spitex – wobei ab und zu vermutet wird, dass Pflegeheime, Psychiatrie und Grundversorgung zwar viel Potenzial für den Einsatz von APN haben, dass sie dort aber eher untervertreten sind. Auf dem Arbeitsmarkt gebe es noch lange nicht so viele Pflegefachpersonen mit Advanced-Nursing-Profilen wie gesucht seien. Die Rolle sei inzwischen breit etabliert und die Nachfrage in allen Settings gross.

Die exemplarischen Case Studies zeigen, dass ANP mit hoher Autonomie und robusten Fähigkeiten für die kritische Beurteilung von Zusammenhängen im Zusammenspiel mit Medizin, Pflege, Therapieberufen und Sozialer Arbeit Wege für das Gestalten bzw. Transformieren von Optionen in der Komplexversorgung entwickeln. Sie übernehmen je nach Setting Aufgaben von Ärzten bei Assessments, Visiten, Koordination und Qualitätssicherung der Interventionen, Nachbetreuung, Austrittsmanagement sowie beim Coaching. Ein wesentlicher Vorteil ist das breite Einsatzkonzept, das von spezialisierter Akutversorgung sektorenübergreifend in den ambulanten Bereich hineinreicht. Sie verfügen über diagnostische Argumentationsfähigkeit und übernehmen Verantwortung für komplexe Fachthemen, betreuen und versorgen selektionierte oder vulnerable Patientengruppen in der integrierten Versorgung und auch in der Telemedizin. Im Vordergrund stehen fachlich einerseits die direkte Patientenversorgung und andererseits Expertenrollen in der zweiten Linie für Fallbesprechungen, Schulungen und Patientenedukation, Begleitungen in komplexen Situationen, ethischen Dilemmata und das Erkennen, Implementieren und Begleiten von Innovationen im interprofessionellen Austausch mit Medizin, Therapien, Sozialarbeit und Angehörigen.

5.2 Beitrag zur Versorgung von multimorbid und chronisch Kranken

Alle Befragten bestätigen einen hohen Nutzen von APN bei der Versorgung von multimorbid und chronisch Kranken. Die Antworten reichen von „klar gesucht dafür“, über „unbestritten ja“, „offensichtlich“, „extrem wichtig zur Vermeidung von Hospitalisationen“, „zur bio-psycho-sozialen Lebensbewältigung gerade aus deren Sicht und Verhältnissen zentral“, „aufmerksamer hinschauen bei Polypharmazie“, „unbestritten, weil bessere Compliance und mehr Mitwirkung der Patienten und damit bessere Versorgung erreicht wird – und sie erst noch zurückhaltender sind bei der Medikation“ bis „in der Grundversorgung unabdingbar“ (PF21, PO12, PO15, PF37, PF45, PF25, PB03, PF02, PF10, PF24, PF04).

Verschiedentlich wird angeführt, dass mit dieser neuen Kategorie von Fachpersonen die Zunahme multimorbider Patienten aufgefangen werden kann – sie sollen die erste Anlaufstelle werden, das hospital@home ermöglichen und die Nachbetreuung im ambulanten Setting sicherstellen. Mehrfach genannt wird, dass APN mehr Zeit haben, besser zuhören, Zuwendung geben, in Randstunden gerade bei dekompensierenden Angehörigen und psychischen Belastungen besser ansprechbar sind und oft Hospitalisierung verhindern, weil sie Hausbesuche machen (PF02, PF23, PF24, PF10, BF06, PF30, PF40, PF44).

Bei den Befragten aus allen Kategorien besteht Konsens, dass die Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss bzw. APN-Profil nicht das Problem, sondern essenzieller Teil der Lösung sind.

5.3 Erfahrungen und Ergebnisse aus Pilotprojekten

Viele Befragte vertreten entschieden, dass nicht mehr von „Pilotprojekten“ mit erweiterten Pflege- rollen gesprochen wird. Die grosse Menge an Masterabsolvent:innen und der aktuelle Stand weise klar darauf hin, dass die Implementierung von erprobten, flexiblen und erfolgversprechenden Ver- sorgungsmodellen weit fortgeschritten sei (PF24, PF21, PF26, PF02, PF04, BO12, PO15, PO27, BF01, PF02, F34, BF07, PF10, PF40, PF45). Dazu habe es schon sehr viele Publikationen aus der Schweiz (BF05, BF06, BF07, BF51, BF46) und es seien „Dutzende von Studien zu APN aus der Versorgungs- forschung in Vorbereitung“ (PF10, BF07).

In der jüngst erschienen Übersichtsstudie von Eissler und Zumstein-Shaha (2022) werden die Qua- lifikationsanforderungen und Kompetenzfelder der Pflegeexpert:innen komparativ anhand von 13 Publikationen aus den Jahren 2019-2022 aufgearbeitet, um die Frage zu beantworten, ob die aktu- ell beschriebenen Handlungsfelder der Berufsrollen APN, Klinische Fachspezialist:innen KLiF und Medizinische Praxiskoordinatorinnen MPK mit den definierten Kompetenzniveaus übereinstim- men. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die von Ihnen untersuchten, in jüngerer Zeit neu entwickelten „drei Berufsrollen APN, KLiF und MPK als berechtigt bezeichnet werden. Jedoch führt die Neuheit dieser Rollen nach wie vor zu Verwirrung und Kompetenzüberschneidung“. Sie führen dies darauf zurück, dass die Kompetenzbereiche auf unterschiedlichen regulatorischen und fachli- chen Ebenen liegen (Höhere Berufsbildung und Hochschule/Master) und auch die Handlungsfel- der und die delegierbaren bzw. übertragbaren Aufgaben verschieden sind.

Mehrere befragte Expertinnen aus der Versorgungspraxis weisen darauf hin, dass zwar auf über- zeugende Weise viele Projekte mit Master-Absolvent:innen gelingen, beurteilen aber den Wild- wuchs bei den Aus- und Weiterbildungen zu Pflegeexpert:innen in der Höheren Berufsbildung, der Fachhochschulen und Universitäten kritisch. Es nütze der Pflege, den Betrieben und auch der Pati- entenversorgung letztlich wenig, wenn alle irgendeine Höchstqualifikation beanspruchen. In der aktuellen Mangelsituation brauche es alle – aber die Branche, die Kantone und der Gesetzgeber hätten es insb. in der Deutschschweiz verpasst, mit einer kohärenten und abgestimmten Work- force-Strategie die ineffizienten und teuren Konkurrenzsituationen in der Bildung sowie die ideo- logisch motivierten Irrtümer und Widersprüche zwischen den Qualifikationsrahmen zu bereinigen (PF41, PF46, BF02, BF01, PO33, PF47).

Die von uns gesammelten Case Studies zeigen, dass die befragten Pflegeexpert:innen bei sich und bei den anderen die Unterschiede und Abgrenzungen der Kompetenzprofile trennscharf erkennen und bei ihren Leisten bleiben. Das Problem scheint demnach eher bei der Begrifflichkeit Pflegeex- pert:in, den normativen Vorgaben und impliziten Ansprüchen insb. der Höheren Berufsbildung zu liegen, die Kompetenzen nennen, die im Rahmen der Bildungsangebote nicht erreicht werden können. Mit Bezug auf die im Auftrag gestellten Fragen lässt sich feststellen, dass das Kompetenz- niveau von APN gemäss den von Hamric et al. beschriebenen Handlungsfeldern die Fähigkeit um- fasst, komplexe Gesundheitsprobleme fallführend anzugehen, die sowohl pflegerische als auch medizinische und psychosoziale Aspekte umfassen. Dies erfolgt in der Schweiz nun in allen Set- tings, nebst der Akutversorgung im stationären und ambulanten Bereich auch gerade für Patien- tengruppen, die von der Medizin aus schwieriger erreichbar sind. Wirksame Versorgung erfordert nebst der Stabilisierung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ein breit abgestütztes Urteilsvermögen, robuste Kenntnisse der Umsetzung diagnostischer Befunde in therapeutische o- der psychosoziale Interventionen und angemessene Argumentationsfähigkeit gegenüber den Pati- ent:innen, ihren Angehörigen und den diversen Professionals. In den Case Studies wird vielfach zum Ausdruck gebracht, dass die Reflexions- und Problemlösefähigkeiten der Fachpersonen mit Master-Abschluss eine tragfähige Basis bilden für das dazu erforderliche autonome, selbstverant- wortliche Handeln. Auch wenn wir dies in den Case Studies nur exemplarisch darstellen konnten wird doch deutlich, dass deren Berufsausübung inzwischen selbstverständlicher Teil des Reper- toires an hoch qualifizierten Rollen und Funktionen geworden ist und die Bedenken betr. Patien- tensicherheit und Behandlungsfehlern unbegründet sind.

Stellvertretend können an dieser Stelle Ergebnisse aus der Evaluation einer seit über 5 Jahren etablierten Integration einer Pflegeexpertin in der Hausarztmedizin im Zürcher Oberland dargestellt werden (Gysin et al. 2019):

Das Einsatzkonzept im Rahmen einer grossen Grundversorgung zielt auf die Verbesserung der Patientenversorgung angesichts der wachsenden Zahl an Patient:innen in einer unterversorgten Region, der Zunahme an chronischen Krankheitsverläufen, der steigenden Komplexität durch Mental Health-Problematiken und ungünstige soziale Rahmenbedingungen. Die komplexere Nachfrage sollte nicht nur durch Kapazitätserweiterungen im medizinischen Bereich, sondern auch durch Kompetenzerweiterungen im pflegerischen und psychosozialen Kompetenzspektrum aufgefangen werden. Ausgehend vom Hamric-Modell wurde entsprechend nicht ein *Doc Light* gesucht, sondern eine *Heavy Nurse*, welche diesen erweiterten Anforderungen gerecht werden konnte.

Das Aufgabenfeld legt den Fokus auf (ältere) multimorbide Patient:innen in komplexen, psychosozial schwierigen Situationen, deren Lebensqualität bei muskuloskelettalen Schmerzen, schwierigen Diabetesverläufen, Kreislaufproblemen und instabiler psychischer Gesundheit, aber auch Unterstützung bei Verhaltensänderungen, Angehörigengespräche und Patientenverfügungen. In der Akutversorgung fallen kleine Notfälle, Routinebehandlungen von Hals- und Ohrenschmerzen, Blasenentzündungen, Hautverletzungen und Wunden und auch Entlastungen in Spitzenzeiten und Grippephasen an. Ein wichtiges Prinzip war, dass Hausbesuche und Visiten im Pflegeheim etwa die Hälfte der Arbeitszeit ausmachen sollten.

Für die Kategorisierung wurden die professionsassoziierten Aufgaben wie folgt definiert:

Pflegerische Tätigkeiten: Familienanamnese, Instruktion und Anpassung Medikation, Beratung häusliche Pflege, Lungenfunktion und Atemtechniken, Schmerzerfassung, Sturzevaluation und -prävention, Ernährungsfragen, Lebensqualität

Ärztliche Tätigkeiten: Otoskopie, Laborwerte prüfen, Lungen- und Herzauskultation, Spitalüberweisungen, Assessment Bewegungsapparat, Impfbesprechung, Aufklärung nach Krebsdiagnose

Psychosoziale Tätigkeiten: Netzwerke und Rundtischgespräche mit Sozialdiensten u.a. moderieren, Motivationsgespräche und Empowerment, Kriseninterventionen, familiäre Belastungssituationen, Anträge an Sozialversicherungen.

Ein strukturiertes Shadowing von 200 unselektionierten APN-Konsultationen ergibt folgendes Bild:

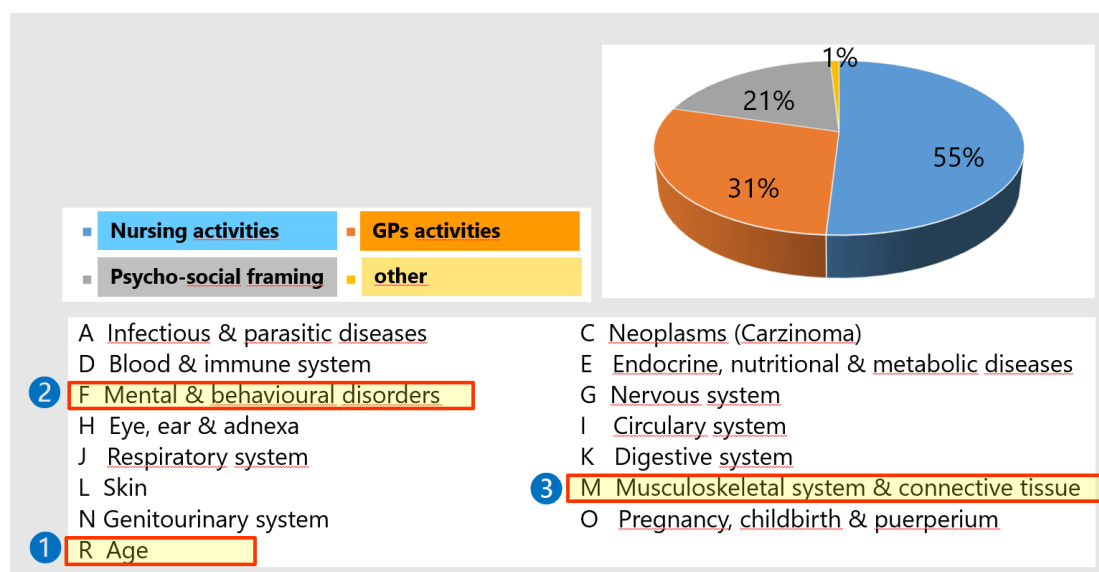


Abb. 21: APN-Tätigkeiten (pflegerisch, ärztlich, psychosozial) und ICD-Zuordnung bei 200 Konsultationen. Die Zahlen 1, 2 und 3 weisen auf die Häufigkeit hin; die meisten Diagnosen sind assoziiert mit dem Alter.

In den Patientenbefragungen in dieser Praxis wurde hervorgehoben, dass die Pflegeexpertin Personen-zentriert und anders als die Ärzte nicht Symptom-zentriert vorgeht. Sie sucht und löst andere Probleme als der Arzt, insbesondere, weil sie länger und genauer zuhört. Patient:innen berichten, dass sie bei der Anamnese offener sind, weniger selektiv antworten und auch Nicht-Medizinisches einbringen. Als Konsequenz hatte sie weniger, aber längere Konsultationen als die Ärztinnen und Ärzte.

5.4 Erfahrungen und Schlüsse aus dem Einsatz von Pflegeexpert:innen HFP

In der Gesamtschau springen mehrere ungünstige Aspekte deutlich ins Auge:

- Es bleibt unklar, wer eigentlich „die Branche“ ist, die HFP will. Die Promotor:innen der HFP-Profile führten offenbar keinen strukturierten Dialog mit Arbeitgebern und HR-Verantwortlichen, den Pflegedienstleitungen und dem Management über Bedarf und Finanzierung. Für kleine und mittel-grosse Spitäler sind HFP ungünstig, sie können nur wenige solcher FachexpertInnen absorbieren, weil der Bedarf zu gering ist. Sie operieren zu sehr in einer fachlichen Nische und lassen sich nur beschränkt einsetzen. Effektiv könne man HFP hier nur bei 10% spezialisierten Aufgaben eines einzigen Krankheitsbildes einteilen, d.h. bei Normalbetrieb gebe es 90% Verschwendung. Im kleinen Spital konkurrenzieren bzw. kannibalisieren der Einsatz von HFP damit die Abdeckung der Grundlast, wenn das Personal ohnehin knapp ist. Demnach könnten sich nur grosse Spitäler mit grossen spezialisierten Stationen HFP leisten (PF02, PF04, PF08, PF10, BO14).

- HFP-Profile sind mit Ausnahme von Onkologiepflege, Diabetespflege oder Hygiene kaum bekannt. Es gibt „Kein Grundrauschen im Feld“, weshalb sie geringe Akzeptanz bei potenziellen Kandidat:innen, bei Arbeitgebern und auch bei den Pflegedienstleitungen haben. Jemand bezeichnete sie in Anlehnung an ein Indianersprichwort als „totes Ross, bei dem der Mut fehle, abzusteigen“¹⁷. Mehrere Vertreter grosser Häuser sagten, sie wollten solche Konstrukte nicht wegen Komplikation in der Führung, der Einsatzplanung und der Einreihung in neue Lohnklassen und würden darum solche Weiterbildungen auch nicht mitfinanzieren (PF10, PF08, PO12).

Seitens der Mitarbeitenden wird deutlich dem Bachelor oder einem DAS Vorrang gegeben.

Gerade der berufsbegleitende Bachelor sei bei gleicher Dauer attraktiver und biete mehr Chancen im Arbeitsmarkt (PF19, PF20, BO14, BO17, PF08, PF04, PF02).

Am Beispiel eines Dual Degree- bzw. Parallelangebots der Hochschule Freiburg für ein DAS oder eine HFP in Diabetespflege lässt sich aufzeigen, welche Elemente ausschlaggebend sind für das DAS: kontinuierliche Betreuung, weniger Ungewissheit wegen kontinuierlicher Leistungsevaluation statt summativer Schlussprüfung sowie geringere Kosten. Somit erscheint die HFP der einzige Weg und die letzte Option für jene, welche die formalen Voraussetzungen für ein Hochschulstudium nicht erfüllen oder für jene, die „etwas wie Master wollen, aber ohne Englisch“.

- Als deutliche Verschlechterung gegenüber den NDS wird angeführt, dass die HFP-Module überfrachtet und zu ambitioniert seien sowie der Lernprozess mit dem hohen Anteil an Selbstlernen individualisiert und isoliert auf „Leitlinien-Lernen“ angelegt sei.

Bezogen auf die Versorgungspraxis können die Erfahrungen wie folgt zusammengefasst werden:

- Pflegeexpert:innen HFP sind als Fachspezialisten über HF insb. im Akutspital einsetzbar; sie können Fakten evaluieren und im ausgebildeten Bereich Patient:innen sicher betreuen.
- Das Rekrutierungsbassin und die Ausgestaltung des Bildungswegs führen dazu, dass sie gegenüber NDS und insb. gegenüber MAS und Master bzw. APN tiefere Qualifikationsprofile haben.

¹⁷ Was macht ein Indianer, wenn er entdeckt, dass er ein totes Pferd reitet? <https://www.in-mediation.eu/das-tote-pferd/>

- Limiten und Schwächen werden genannt bei Aufgaben ausserhalb der Standards zur betrachteten Pathologie. Dort werden zwischen den Bildungsabschlüssen signifikante qualitative Unterschiede bei Wissen, Herangehensweise und Problemlösung gesehen. In den HFP-Modulen stehe das faktenbezogene fachliche Rapportieren im Vordergrund, wogegen die Kompetenzen für Fallbesprechungen und die Kommunikation mit dem Behandlungsteam nachrangig seien.

Als Defizite werden namentlich die fehlende oder ungenügende Basis für die Verwendung von englischer Fachliteratur oder auch Beurteilen pathophysiologischer oder pharmakologischer Zusammenhänge genannt. HFP und APN seien ganz andere Welten. Erstere könnten als Pflegeexpertinnen in ihrer spezialisierten Nische perfekt operieren, aber mangels generalistische Breite die Verantwortung für komplexere Verläufe nicht tragen – « on est focalisé sur l'épaule, mais on ne comprend pas le bras et la main », sagte ein befragter Experte.

- Erschwerend für die Etablierung ist der Umstand, dass es in der Praxis abgesehen von der Onkologie keine Rollenmodelle gibt. Einige Expert:innen sagen, dass die Pflegeexpert:innen HFP mit ihrer schmal angelegten Spezialisierung angesichts der hohen Grundlast in der Pflege in vielen Spitälern nicht wirtschaftlich einsetzbar sind.

Bezogen auf das HFP-Bildungsangebot nennen Vertreter:innen aus der Praxis drei limitierende Faktoren:

- Pflegefachpersonen HF sind oft zufrieden mit Hands-on-Pflege, sie sehen den Mehrwert eines aufwändig zu erarbeitenden HFP-Abschlusses in ihrem Arbeitsfeld nicht.
- Pflegefachpersonen in Teilzeitanstellungen können oder wollen ein solch langfristiges Zusatzengagement nicht eingehen, weil aus der hohen zeitlichen Belastung kaum finanzielle Vorteile resultieren – dies im Gegensatz zu den NDS in Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege.
- Junge wollen sich nicht so lange binden; sie bevorzugen entweder kleine Häppchen (CAS) oder wollen gleich einen substanziellen Schritt machen und absolvieren berufsbegleitend ein Bachelor-Programm, welches nach Abschluss mehr Möglichkeiten bietet.

6. Antworten auf die Fragen

Die im Mandat vorgegebenen Fragen werden in Form einer Synthese beantwortet. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit und zur Vermeidung störender Redundanzen wird an dieser Stelle nicht auf alle Detailfragen eingegangen. Diese sind in den entsprechenden Kapiteln des Berichts aufgearbeitet worden. Der Fokus liegt an dieser Stelle deshalb auf dem Herausarbeiten wichtiger Eckpunkte zu den drei Hauptfragen:

- 1) Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung bezüglich APN in der Schweiz?
- 2) Wie ist der Zusammenhang zwischen den APN-Expertenprofilen auf Masterstufe Pflege und 1) den Expertenprofilen der Pflege in der höheren Berufsbildung 2) weiteren Expertenprofilen und 3) der Ärzteschaft?
- 3) Welches sind die Vor- und Nachteile einer Regulierung der APN-Profile resp. der Masterstufe in der Pflege?

6.1 Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung bezüglich APN in der Schweiz?

Aus den in Kap. 1 aufgeführten Detailfragen werden folgende Aspekte herausgegriffen:

Definitionen APN / ANP	Für Advanced Practice Nurses (APN) resp. Advanced Nurse Practitioners (ANP) werden die vom International Council of Nurses (ICN) 2020 definierten Standards verwendet: - Mindestens konsekutiver Master-Abschluss (90 ECTS) - plus Supervision und praktische Weiterbildungen. Pflegeexpertin APN = ca. 3000 h Lernleistungen nach Bachelor	 In CH geklärt	siehe Kap. 3.1 Abb. 2
CNS oder NP	Die Profile <i>Clinical Nurse Specialist</i> CNS / <i>Nurse Practitioner</i> NP sind unterschiedliche Ausprägungen der Advanced Nursing Practice. In der Schweiz haben sich zwei getrennte Profile etabliert: CNS (= ehemalige HöFa II) sind da für die Pflgeteams und die Pflegeentwicklung; NP machen Patientenbehandlungen bei komplexen Fällen (Diagnostik, Therapie, Lebensqualität, Beratung)	 In CH geklärt	siehe Kap. 3.1 Abb. 3 Abb. 4
Kompetenzen von NP	Bei den Kompetenzen von Nurse Practitioners bildet in der Schweiz das sog. Hamric-Modell die massgebliche Referenz. Zusätzlich zum Durchführen von Patientenkonsultation sind erweiterte Kompetenzen beim Verstehen relevanter Forschung, bei klinischer Leadership, Coaching und Beratung, interprofessioneller Zusammenarbeit und ethischer Entscheidungsfindung sowie Kenntnisse in der Outcome-Evaluation und Organisations- und Kulturentwicklung notwendig.	 In CH in allen MSc-Bildungsgängen etabliert	siehe Kap. 3.2 Abb. 5
Definition des Vereins APN-CH	Die Vorgaben für die Registrierung als Pflegeexpertin APN sind strenger als die ICN-Definition: MSc + 50 Std. Supervision + min. 40% klinische Tätigkeit. Die Registrierung wird von APN als wichtig für die Abgrenzung gegenüber anderen Pflegeexpert:innen ohne MSc dargestellt. Aber in der Praxis kann +/- die Hälfte der MSc die Kriterien des Vereins APN-CH nicht erfüllen. Die Definition mit Ausschlusskriterium 40% wird kontrovers diskutiert.	ZUSTRENG	siehe Kap. 3.3 Kap. 4.7 Abb. 17 Tab. 5, 6

Register von APN-CH	Das Register von APN-CH hat im Vergleich zum öffentlichen Register des Bundes und der Kantone wenig Informationswert. Wichtige Angaben für Kantone, Arbeitgeber, Versicherer od. Patienten fehlen. Bis Mitte 2022 haben sich 85 APN registriert. Gemäss Verein gibt es ein Potenzial von 400-600 APN.	NO VALUE ADDED	siehe Kap. 4.4 Kap. 4.5 Kap. 4.6 Kap. 4.7 Abb. 17
Masterstudiengänge	Es gibt 7 Masterstudiengänge Pflege: - Universitäten: Basel (INS) und Lausanne (IUFRS) - Fachhochschulen: BFH Bern, ZHAW Winterthur, OST St. Gallen, SUPSI Manno TI, Kalaidos/Careum Zürich Diese Hochschulen verzeichnen knapp 1000 Masterabschlüsse in der Pflege. Dazu kommen geschätzt 200 mit ausländischem Master-Diplom. An vier der sieben Studienorte haben alle oder fast alle Studierenden die Richtung Nurse Practitioner gewählt. Bald gibt es im Versorgungssystem mehr Nurse Practitioners als z.B. Chiropraktoren (im Juni 2022: n=425). Auf dem Arbeitsmarkt sind MSc sehr gesucht.	 In CH sind die Fragen betr. Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Einsatzkonzept geklärt.	siehe Kap. 4.1 Tab. 3
Unterschiede zwischen APN-Profilen der MSc-Studiengänge	Es gibt programmatische und inhaltliche Unterschiede. Die Masterprogramme der Universitäten Lausanne und Basel haben eine ausgeprägtere Forschungsorientierung in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Medizinfakultäten und Unispitälern sowie eine stärkere Einbindung in akademische Diskurse. Den Masterprogrammen der Fachhochschulen wird eine ausgeprägtere Praxisorientierung zugeschrieben. In der Berufsausübung werden die Differenzen zwischen den Studiengängen zwar erkannt und wahrgenommen, aber eher als vernachlässigbare Nuancen betrachtet. Die Grundlagen in Pathophysiologie, Clinical Assessment / Untersuchungstechniken, Pharmakologie sowie zu Multimorbidität und Gesundheitskompetenz seien vergleichbar.	 In CH für alle MSc-Bildungsgänge geklärt	siehe Kap. 4.1 Kap. 4.2 Anhang 3
Arbeitsfelder von MSc und APN	Die 1000 MSc arbeiten in unterschiedlichsten Organisationen: häufig in Akutspitälern, seltener in der Spitex, bei Spezialisten und in der hausärztlichen Grundversorgung; ob sie in der Langzeitversorgung untervertreten sind, ist unklar. Viele haben Doppelrollen, die neben Patientenversorgung auch Aufgaben in der Organisationsentwicklung, im Management von Organisationen sowie Lehre und Forschung umfassen. Die gute Sichtbarkeit der Mehrwerte hat rasch zu einer hohen Akzeptanz in allen Settings geführt.	 In CH geklärt	siehe Kap. 4.3 Kap. 5.1 Kap. 5.2 Kap. 5.3 Abb. 3 Abb. 4
Erfahrungen mit APN	Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist der Auffassung, dass die Phase der Pilotprojekte überwunden ist und dass die Implementierung von erprobten, flexiblen und erfolgversprechenden Versorgungsmodellen weit fortgeschritten sei. Beim veränderten Case Mix mit steigender Komplexität, schwierigeren Patient:innen, DRG-Effekten/Ambulantisierung verbessern Masterabsolvent:innen die Patientenversorgung bei offensichtlichen Lücken und Leerstellen.	 In CH geklärt	siehe Kap. 5.3

Einsatzkonzept für APN	Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die hohe Akzeptanz ist die Problemlösefähigkeit und die Sicherung von Adherence in komplexen Versorgungssituationen, die neben spezialisierten Interventionen bei somatischen Aspekten auch Mental Health-Problematiken und ungünstige soziale Rahmenbedingungen umfassen. Diese Komplexität erfordert Kompetenzen im medizinischen Bereich, die mit erweiterten Kompetenzen im pflegerischen und psychosozialen Bereich verknüpft sind. Ausgehend vom Hamric-Modell ist dafür eine <i>Heavy Nurse</i> besser geeignet als ein <i>Doc Light</i>, insbesondere wenn die aufsuchende Versorgung zu Hause oder im Heim einen wichtigen Stellenwert hat. In der Grundversorgung umfasst das Einsatzkonzept folgendes: <u>Pflegerische Tätigkeiten:</u> Familienanamnese, Instruktion und Anpassung Medikation, Beratung häusliche Pflege, Lungenfunktion und Atemtechniken, Schmerzerfassung, Sturzevaluation und -prävention, Ernährungsfragen, Lebensqualität <u>Ärztliche Tätigkeiten:</u> Otoskopie, Laborwerte prüfen, Lungen- und Herzauskultation, Spitalüberweisungen, Assessment Bewegungsapparat, Impfbesprechung, Aufklärung nach Krebsdiagnose <u>Psychosoziale Tätigkeiten:</u> Netzwerke und Rundtischgespräche mit Sozialdiensten u.a. moderieren, Motivationsgespräche und Empowerment, Kriseninterventionen, familiäre Belastungssituationen, Anträge an Sozialversicherungen.	 In CH in diversen Settings geklärt	siehe Kap. 5.3
Reglementierung im Kanton Waadt	Das Gesundheitsgesetz regelt neben 26 anderen Berufen auch den Beruf des <i>infirmier praticien spécialisé</i> (Nurse Practitioner) für Aufgaben in Grundversorgung, Akutversorgung, Pädiatrie und psychischer Gesundheit. Festgelegt werden Anwendungsfelder (Untersuchungen, Verschreibung, Delegationskompetenz, Arbeitszeugnisse) sowie die Pflicht, die Versorgung nur zusammen mit einem <i>médecin partenaire</i> auszuüben. Die Bestimmungen in Art. 124bis zeigen, dass Zuständigkeiten und Aufgaben definiert werden, die sich auf die Patientenversorgung und die Aufsicht beziehen und damit gemäss Verfassung typischerweise in den Hoheitsbereich der Kantone fallen.	NON TRANSFERABLE In jedem Kanton Lösung finden	siehe Kap. 4.8
Regulierung durch den Bund	Die Reglementierung des Kantons Waadt zum <i>infirmier praticien spécialisé</i> (Nurse Practitioner) kann u.E. nicht einfach in ein Bundesgesetz übernommen werden. Die Bundeskompetenzen reichen nicht, um die Bestimmungen zur Berufsausübung und Aufsicht (Verschreibung, Delegationskompetenz, Arbeitszeugnisse, Partnerarzt u.a.m.) national zu regeln. Neben Änderungen des Gesundheitsberufegesetzes sind auch Anpassungen im KVG (insb. Art. 34) und weiteren Gesetzen notwendig.	NON TRANSFERABLE Keine Bundeskompetenz	siehe Kap. 4.8

Veränderungen seit Ablehnung 2016	Die Pflegeinitiative und die Pandemie werden als förderliche Treiber bezeichnet, weil Pflegeexpertinnen mit APN-Aufgaben als Rollenmodelle in allen Settings sichtbar wurden. In den Interviews wurden 3 wesentliche Faktoren genannt: <u>Case Mix</u>: Die steigende Zahl multimorbider und chronisch kranker Personen – oft mit psychischen und sozialen Problemstellungen – habe die Praxis enorm verändert und erfordere bei schwierigeren und älteren Patient:innen mehr Begleitung und Beratung, wofür Ärzt:innen ungenügend ausgebildet seien. Daher sei die Akzeptanz bei Spezialisten in Akutspitälern, bei Hausärzten, bei Organisationsentwicklern und im Management stark gestiegen. Situationsgerecht seien Einsatzkonzepte und Lösungen der Abgeltungsfragen entwickelt worden. <u>Workforce</u>: Die rund 1000 Masterabsolvent:innen stehen zur Verfügung für die Verbesserung der Patientenversorgung bei offensichtlichen Lücken und Leerstellen, weil gesundheitspolitische Lenkungsmaßnahmen Patienten umlagern, aber die Akutversorgung gerade bei komplexen, nicht ausschliesslich somatischen Krankheitsverläufen vieles nicht mehr abdecken kann oder will. <u>Identität</u>: die abwertenden Kommentare zur Akademisierung der Pflege, die öffentlich geäusserten Zweifel an deren Nutzen, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit führte zu einer Sensibilisierung und deutlichen Ausrichtung auf das Hamric-Modell und die Rollen als Nurse Practitioner statt CNS. Bemerkenswert ist der Konsens bei allen Befragten, dass die „amtliche Ablehnung des MSc“ paradoxerweise die beste Werbung für den Studiengang gewesen sei und wesentlich zur Profilschärfung, breiten Akzeptanz und Popularisierung des Masterabschlusses beigetragen hat.	 In CH auf breiter Front geklärt und akzeptiert	siehe Kap. 5.3
--	---	---	-----------------------

6.2 Wie ist der Zusammenhang zwischen den APN-Expertenprofilen auf Masterstufe Pflege und 1) den Expertenprofilen der Pflege in der höheren Berufsbildung 2) weiteren Expertenprofilen und 3) der Ärzteschaft in der Schweiz?

Aus den Detailfragen werden folgende Aspekte herausgegriffen:

Erfahrungen mit NDS	Nachdiplomstudiengänge für Rollen als Pflegeexpert:innen sind vor allem für Spezialisierungen in den Bereichen Anästhesiepflege, Notfallpflege und Intensivpflege landesweit etabliert. Es gibt für diese berufsbegleitende Weiterbildung von 2 Jahren einen Rahmenlehrplan der OdASanté. In der Pandemie hat sich gezeigt, dass Pflegeexpert:innen mit dieser Spezialisierung eine systemkritische Workforce bilden. Es besteht eine grosse Nachfrage nach diesen Spezialist:innen; die 11 Ausbildungsstätten starten oft 2x/Jahr neue Kurse.	 In CH gut etabliert	siehe Kap. 3.5 Tab. 2
Erfahrungen mit HFP	Dieses Konzept regelt wie bei den ehem. Meisterprüfungen nur den Abschluss, nicht aber den Bildungsweg zum Diplom. OdASanté hat in einem Klärungsprozess von 10 Jahren insgesamt 7 Höhere Fachprüfungen Pflege geschaffen. Bisher ist es primär in der Onkologiepflege gelungen, das Konzept zu verankern. Als Schwachpunkt erweist sich, dass die Umsetzung nicht gesteuert werden kann und die Einsatzkonzepte nicht geklärt sind und bei hoher Grundlast diese Spezialist:innen nicht wirtschaftlich eingesetzt werden können.	GEFÄHRDET	Kap. 3.6 Kap. 4.2 Kap. 5.4
HFP Bildungsangebote	Im umkämpften Weiterbildungsmarkt sind die Bildungsangebote nicht angekommen. In den Interviews wird der hohe Anteil an selbstgesteuertem Lernen gerade bei Betreuungspflichten als schwer vereinbar geschildert, weshalb einem CAS oder DAS wegen besserer Lernbegleitung der Vorzug gegeben werde. Bildungsanbieter monieren das Geschäftsrisiko bei Vorhalteleistungen ohne Anmeldungen. Lehrpersonen kritisieren, dass sie in Arbeit auf Abruf hineingeleiten. Weil es „kein Grundrauschen im Feld“ gibt, seien die meisten Bildungsangebote für HFP ein „totes Ross“.		Kap. 3.6 Kap. 4.2 Kap. 5.4

Unterschiede HFP - APN	Das Rekrutierungsbassin und die Ausgestaltung des Bildungswegs zur HFP führen dazu, dass sie gegenüber NDS und insb. gegenüber MAS und Master bzw. APN tiefere Qualifikationsprofile haben. HFP können als Pflegeexpertinnen in ihrer spezialisierten Nische perfekt operieren, aber mangels generalistischem Wissen die Verantwortung für komplexere Verläufe nicht tragen. Limiten bestehen bei Aufgaben ausserhalb der Standards zur betrachteten Pathologie. Als Defizite werden namentlich die fehlende oder ungenügende Basis für die Verwendung von englischer Fachliteratur oder auch Beurteilen pathophysiologischer oder pharmakologischer Zusammenhänge genannt. Die Interviews und die Case Studies zeigen, dass in der Praxis APN deutliche Unterschiede hinsichtlich Herangehensweise und Problemlösung sowie Autonomie und Verantwortungsübernahme bestehen.	Just Different In den Betrieben geklärt sofern eingesetzt	siehe Kap. 5.4 und Auswertung der Case Studies in Anhang 5
Abgrenzung APN – Medizinalberufe	Inzwischen sind Dutzende Pflegeexpertinnen mit Masterabschluss bzw. NP / APN-Profil in der direkten Patientenversorgung mit komplexen Fällen tätig, wo sie i.d.R. mit hoher Autonomie ärztliche Tätigkeiten übernehmen. Sie werden für Versorgungsaufgaben eingesetzt, die durch die Medizin nicht abgedeckt werden können. Weil diese Aufgaben je nach Setting oder Patienten unterschiedlich sind, lässt sich dafür kein einheitliches Organisationsmodell erstellen. Die Übernahme oder Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten erfolgt situationsgerecht. In der Grundversorgung oder auf Abteilungen mit stabiler Ärzteschaft wird rasch Klarheit über Rollen und Kompetenz erreicht. In Ambulatorien besteht mehr Klärungsbedarf.	No Problem In den Betrieben geklärt bei APN Einsatz	siehe Kap. 5.4 und Auswertung der Case Studies in Anhang 5

6.3 Welches sind die Vor- und Nachteile einer Regulierung der APN-Profile resp. der Masterstufe in der Pflege?

Aus den Detailfragen werden folgende Aspekte herausgegriffen:

Regulierung Master	Alle Befragten plädieren für die Anerkennung des Master-Abschlusses und die Aufnahme ins GesBG. Angesichts des durchschlagenden Erfolgs der Studiengänge, der 1000 erfolgreichen Master-Abschlüsse und der hohen Nachfrage nach Master-Absolventen auf dem Arbeitsmarkt herrscht ein verbreitetes „Unverständnis für die Zurückhaltung in Bundesbern“.	to do.. überfällig, in CH gut etabliert	siehe Kap. 5.1 Kap. 5.3
Regulierung APN	Eine APN-Regulierung durch den Bund wird nur von einer kleinen Minderheit der Befragten als notwendig oder nützlich betrachtet. Es sind vor allem jene, welche in den Trägerorganisationen von APN-CH aktiv sind und eine Anerkennung wollen, „dass sie in einer anderen Liga spielen“. Die vom Verein SwissAPN durchgeführte Registrierung mit strengen Einschlusskriterien und Re-Registrierung mit potenzieller Titelaberkennung erscheint insb. im Quervergleich mit den Medizinalberufen als zu streng. In den Interviews wurde gesagt, dass die Pflege die APN-Regulierung überschätzt und falsche Erwartungen hat. Mehrere halten die Regulierungsdebatte für schädlich, weil sie die Pflege auseinanderdividiert oder Anlass für Einschränkungen der heute flexiblen und situationsgerechten Berufsentwicklung sein könnte. Hinterfragt wird auch der Nutzen des Registers von SwissAPN und des Labels Pflegeexpertin APN für Patienten, weil der Informationswert ungenügend ist. Klärungsbedürftig ist ganz grundsätzlich, ob der Bund die Kompetenz hat, Bestimmungen zu erlassen, die jenen des Kantons Waadt entsprechen.	ZUSTRENG Bringt keine Vorteile für Qualitätsverbesserung in der Versorgung Föderalismus	siehe Kap. 4.4 Kap. 4.6 Kap. 4.7 Kap. 4.8
"flexiblere" vs. "strukturierte" Entwicklung	Die Vielfalt der verschiedenen Einsatzkonzepte in allen möglichen Settings zeigt, dass eine "strukturierte" Entwicklung z.B. analog zu den Rahmenlehrplänen der Höheren Fachschulen den Herausforderungen der Versorgungssituation nicht gerecht werden kann. Die flexible Entwicklung in enger Abstimmung mit den Abnehmern der Master-Absolvent:innen führt zu markt- und patientengerechten Kompetenzen und Einsatzkonzepten. Dadurch werden situative Anpassung möglich.	Be Flexible	
Arbeitgeber und APN	Arbeitgeber schätzen die Menge an verfügbaren und flexibel einsetzbaren Master-Absolvent:innen. In den Interviews haben sie überwiegend einen Sonderstatus kritisch beurteilt, weil dieser einen unternehmerisch problematischen Druck auf die Löhne schafft und die aktuell bestehenden Gestaltungsspielräume bei den Einsatzkonzepten einengt.		

Patienten-sicherheit	Das Argument der Gefährdung der Patientensicherheit ist längst durch viele Studien weltweit und auch in der Schweiz widerlegt. Es sind in der Schweiz im hier betrachteten Feld der Pflege-expert:innen mit Masterabschluss keine Gerichtsfälle aufgrund von Fehlern bekannt. Generell kann angemerkt werden, dass in der Schweiz nur sehr selten juristische Beurteilungen von Behandlungsfehlern durch Gesundheitsfachpersonen angestrengt werden.	irrelevant	
Berufsver-weildauer	In den Interviews hat niemand gesagt, dass ein Titelschutz oder eine Regulierung von APN einen direkten Zusammen-hang mit der Berufsverweildauer hat. Deutlich betont wird, dass alle, die einen Master gemacht und sich in APN-Felder hineinentwickelt haben, entweder ihren Platz gefunden haben oder angesichts der Nachfrage kaum beschränkte Möglichkeiten zu beruflicher Mobilität haben	irrelevant	
Hürden bei Abrechnung	Für APN in einem Angestelltenverhältnis sehen die Befragten keine prinzipiellen Hürden. Massgeblich ist, wie die Arbeit-geber die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Abrechnungs-systeme und die Spielräume nutzen. In den Gesprächen und in den von uns durchgeführten Evaluationen wurden in keinem Fall von Schwierigkeiten berichtet. Dazu gibt es eine Expertenmeinung von Prof. Dr. Ueli Kieser (Universität St. Gallen), der die Verrechnung als ärztliche Leistung als zulässig erachtet, insb. wenn auf Art. 35, Ziff. 2 lit. e Bezug genommen wird („Leistungserbringer sind Perso-nen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, oder Organisationen, die solche Personen beschäftigen“). Dies gilt nicht für Selbstständige.	 Prinzipiell geklärt bei Anstellung	
Nachteile für HFP bei Auf-nahme der Masterstufe ins GesBG	Viele Befragte aus dem Bildungsbereich und der Praxis sind der Meinung, diese Frage werde 10 Jahre zu spät gestellt, weil die Anschlusslösung nicht zeitgerecht geschaffen worden sei. Das Opportunitätsfenster für HFP sei nun zu und die Leute würden mit den Füßen abstimmen – sie gehen lieber in ein CAS oder absolvieren berufsbegleitend ein Bachelor-Studium.	irrelevant	
Nachteilsaus-gleich für HFP	Die Frage hat für erhebliche Irritation gesorgt – sowohl bei Vertreter:innen des Bildungsbereichs als auch jenen aus der Praxis. Nachteilsausgleich funktioniert nicht – wozu denn auch? Soll man „jene belohnen, die schlechtere Bildungsangebote absolvieren und dadurch indirekt die Versorgungsqualität herabsetzen?		

7. Bibliographie

- Anderson L W, Krathwohl D R (eds.). 2001. A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Longman
- APN-CH. Green Paper zu den Rollen und Handlungsfeldern der Pflegeexpertinnen / Pflegeexperten APN - Stand der Reglementierung. Undatiert. https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/APN/2020_10_30_DEF.GreenPaper_neues_Logo.pdf
- BAG. 2013. Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments Nr. 27, S. 1ff.
- Bloom B S, Engelhart M D, Furst E J, Hill W H, Krathwohl D R (eds.). 1956. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay Company, Inc.
- Bloom B S (Hrsg.). 1973. Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim: Beltz.
- Brand W, Hofmeister W, Tramm T. 2005. Auf dem Weg zu einem Kompetenzstufenmodell für die berufliche Bildung. bwp@ Nr. 8: 1-
- Bryant-Lukosius D, DiCenso A. 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nurses roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540
- Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Degen Kellerhals S, Fliedner M, Grossmann F, Henry M, Herrmann L, Koller A, Schwendimann R, Ulrich A, Weibel L, Callens B, De Geest S (2016). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 1–9
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M. et al. (2016). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (2), 201–209
- Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, DiCenso A. 2010. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership*, 23, 189-201. Retrieved from <http://www.longwoods.com/publications/nursing-leadership/22240>
- Eissler C, Zumstein-Shaha M. 2022. Kompetenzniveaus neuer Rollen in der Schweizer Gesundheitsversorgung: eine Literaturrecherche. In: Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00958-w>
- Frenk J et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet Commission. Vol 376: 1923-1958. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. 2019. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 20 (1), 163.
- Hamric A B. 2009. A definition of advanced practice nursing. In Hamric, Spross & Hanson, eds. *Advanced practice nursing: an integrative approach*, 4 th Ed. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Hamric A B, Hanson C M, Tracy M F, O'Grady E T. 2014. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 5th. Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier / Saunders.
- Hplus 2018. Stellungnahme HFP geriatrische und psychogeriatrische Pflege. https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Vernehmlassungen/2018/de/20181115_H_Stellungnahme_HFP_Fachexperte_geriatrische_und_psychogeriatrische_Pflege.pdf
- ICN 2020. GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING. https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf

- Jaccard Ruedin H, et al. 2009. Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Document de travail 35. Neuchâtel: Obsan
- Schönenberger N, Sottas B, Merlo C, Essig, S., Gysin S. 2020. Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: A qualitative study. *BMC Nursing* 19(90), 1-10. DOI: 10.1186/s12912-020-00482-2.
- Schrappe M et al. 2017. Definition und Abgrenzung. In: Pfaff H et al.: *Lehrbuch Versorgungs-forschung*. Stuttgart: Schattauer
- Schibli D. 2013. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. In: *Soziale Sicherheit CHSS 3/2013*: 117-120.
- Serena A, Dwyer A A, Peters S, Eicher M. 2018. Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration. *J Nurs Scholarsh* 50(5), 540–548. DOI: 10.1111/jnu.12411.
- Sottas B, Brügger S. 2012. *Ansprechstrukturen : Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung*. Careum Verlag, Zürich.
- Sottas B. 2018. Skill-mix innovations and developments in primary and chronic care settings in Switzerland. In: Wismar M, Glinos I A, Sagan A.(eds.) *Patients, peers, professionals*. European Health Observatory, Brussels.
- Stürmer N, Frei I A, Nicca D. 2021. Erfahrungen von Advanced Practice Nurses mit einem klinischen Weiterbildungsstudiengang im Kontext ihrer beruflichen Entwicklung. In: *Pflege* (2021), 1–8 <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000822>
- Wilson L O 2016. The Second Principle. <https://thesecondprinciple.com/essential-teaching-skills/blooms-taxonomy-revised/>

Anhang 1 Befragte Expert:innen

Case Study

Praxis	Iris Albisser-Zeugin	Inselspital Bern	Diabetesfachberaterin	M19
Praxis	Jeanine Altherr	Spitex Zürich Sihl	Pflegeexpertin APN	A13
Praxis	Robert Ammann	APZ Bruggwiesen	Pflegedirektor	
Praxis	Sandra Arnold	Kantonsspital Uri	Fachverantwortliche Pflege	M09
Bildung	Ursina Baumgartner	Kalaidos FH Gesundheit	Ehemalige Rektorin	
Bildung	Thomas Beer	FH OST Sankt Gallen	Leiter MSc-Studiengang	
Bildung	Monica Bianchi	SUPSI	Responsabile della Formazione MSc	
Praxis	Isabelle Brunner	Kantonsspital St. Gallen	Pflegefachfrau Onkologie	H04
YPraxis	Michael Döring	Kantonsspital Luzern	Pflegedirektor	
Bildung	Manuela Eicher	CHUV / IUFRS	Direktorin IUFRS	
Bildung	Christian Eissler	Berner Fachhochschule	Leiter MSc-Studiengang	
Praxis	Daniel Flach	Praxis Südland Bern	Geschäftsführer	
Bildung	André Fringer	ZHAW	Co-Leiter MSc Pflege	
Praxis	Katrin Funk	Kantonsspital Luzern	Pflegeexpertin LUKS APN1	M15
Praxis	Larissa Gehrig	Spitex Zürich Sihl	Leiterin Spezialdienstleistungen & Pflegeentwicklung	
Praxis	Odette Haefeli	good people tomorrow	Ehem. Leiterin Kompetenzzentrum Bildung & Entwicklung Unispital BS	
Bildung	Jörg Haslbeck	Careum / Kalaidos	Prorektor Lehre	
Bildung	Claudia Huber *	HES-SO Santé Freiburg	DAS / HFP Diabetespflege	
Praxis	Esther Indermaur *	Thurvita AG Wil	Leitung ambulante Dienste	A01
Praxis	Lukas Item	medBase AG Winterthur	Praxisentwicklung APN	
Praxis	Priska Kast *	Kantonsspital St. Gallen	Pflegefachfrau Brustzentrum	H05
Praxis	Tanja Kauer *	Viva Eichhof Luzern	Absolventin HFP Palliative Care	H06
Praxis	Andrea Käppeli	Spital Muri AG	Leitung Praxisentwicklung	A07
Bildung	Claudia Kubli *	Artiset	Leiterin Berufs- und Personalentwicklung Alter Deutschschweiz	
Praxis	Claudia Lecoultré	CHUV	Présidente du GIC swiss-ANP	
Praxis	Fatbardha Lekaj	Kantonsspital Uri	Pflegeexpertin	M10
Praxis	Angelika Locher	Kantonsspital Winterthur	Leiterin Berufsbildung	
Bildung	Cédric Mabire	IUFRS	Leiter MSc-Studiengang	
Bildung	Romy Mahrer	Nursing Science & Care	Vorstand swiss-APN / Registrierung	
Praxis	Isabelle Mathier	medBase AG	Leitende APN Zentrum Neuwiesen	A17

Bildung	Jörg Meyer *	XUND BZ Luzern	Direktor	
Praxis	Mirjam Michel	Inselspital	Fachbereichsleiterin, Diabetes UDEM	
Praxis	Christophe Nakamura	CHUV	IPS Gériatrie	
Praxis	Nicole Pfäffli	Spital Limmattal	NDS in Onkologiepflege	M20
Praxis	Anja Renner	Inselspital Bern	APN, Expertin Pflege ILD	A21
Praxis	Sylvia Rosery	Kantonsspital Uri	Pflegedirektorin	
Praxis	Monique Sailer	MediZentrum Täuffelen	APN Hausarztpraxis	A08
Bildung	Monika Schäfer	Inselspital Bern	Bereichsleitung Aus-/Weiterbildung	
Praxis	Claudia Siebenhaar*	mediX AG Zürich	APN Hausarztpraxis	A02
Praxis	Silvan Studer	Praxis Südland Bern	APN Hausarztpraxis	A11
Praxis	Christine Teuscher	Praxis Südland Bern	APN Hausarztpraxis	A12
Praxis	Mirjam Thomi	Inselspital	APN Pädiatrische Spitex	A14
Praxis	Flavia Thüring	Praxis Aesch LU	APN Hausarztpraxis	A18
Bildung	Eva Tola *	BZ Pflege Bern	Leitung Weiterbildung	
Praxis	Luzia Vetter	Kantonsspital Luzern	APN Anästhesiepflege	A16
Bildung	Birgit Vosseler	FH OST Sankt Gallen	Leiterin Departement Gesundheit	
Praxis	Susanne Wiedmer *	Kantonsspital SG, Onko	Studiengangsverantwortliche HFP	H03
Bildung	Petra Wittwer *	OdASanté	stv. Geschäftsleiterin	
Praxis	Anna Ziegler	Hirslanden	Nursing Policies & Development	
Bildung	Franziska Zúñiga	INS Universität Basel	Leitung Masterstudiengang	
Praxis	Anonym			M22

* empfohlen aus Konsultation OdASanté

Tab. 7: Befragte Expert:innen

Die im Bericht verwendeten Codes beziehen sich auf diese befragten Personen.

P = aus der Praxis

B = aus dem Bildungsbereich

F = Rekrutierung durch formative works

O = Empfehlung oder Rekrutierung durch OdaSanté

Diese sind jeweils durch Laufnummer ergänzt

Beispiele PO12, PF02, BF07, BO17 etc.

Die Case Studies (s. Anhang 4) haben Laufnummern, die von diesen Codes verschieden sind.

Anhang 2 Standardisierte Verben aus der Taxonomie von Bloom (1956) sowie Anderson und Krathwohl (2001)

Französische Verben

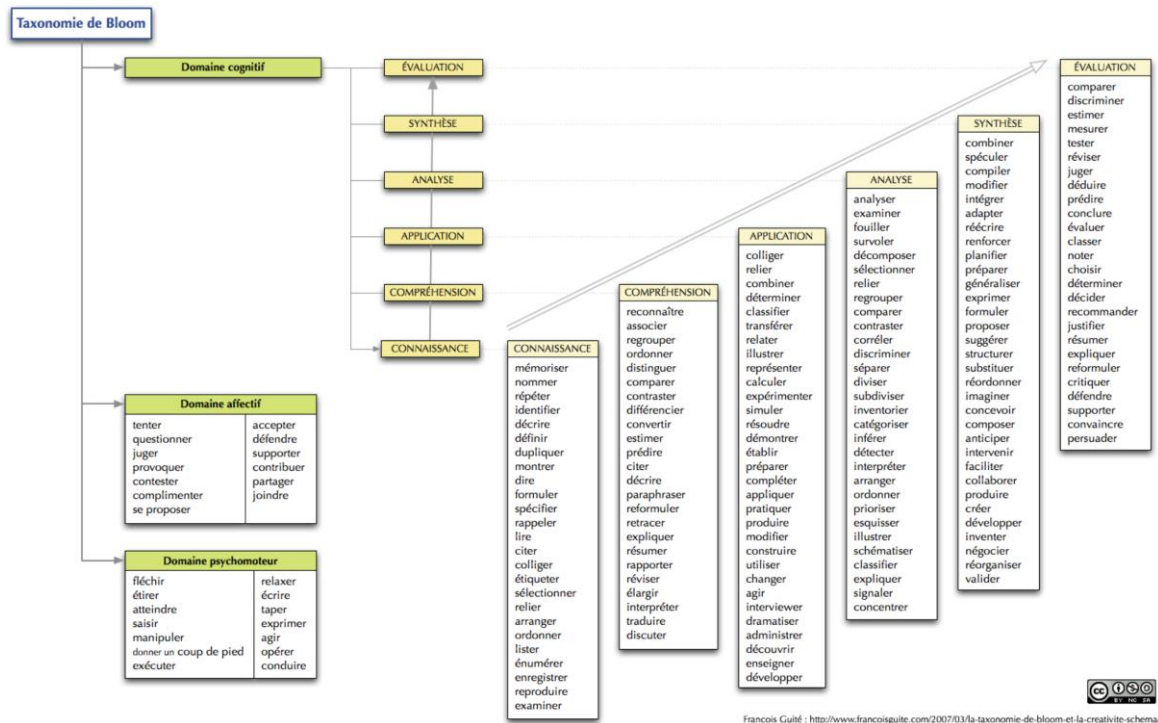


Abb. 22: Liste französischer Verben (Guité F. 2007. <http://www.francoisguite.com/wp-content/uploads/2011/10/TaxonomieBloom1.png>)

Englische Verben (hier wird exemplarisch die Kurzliste eingefügt)

Table 2. The Cognitive Processes dimension — categories & cognitive processes and alternative names

lower order thinking skills			higher order thinking skills		
remember	understand	apply	analyze	evaluate	create
recognizing • identifying recalling • retrieving	interpreting • clarifying • paraphrasing • representing • translating exemplifying • illustrating • instantiating classifying • categorizing • subsuming summarizing • abstracting • generalizing inferring • concluding • extrapolating • interpolating • predicting comparing • contrasting • mapping • matching explaining • constructing models	executing • carrying out implementing • using	differentiating • discriminating • distinguishing • focusing • selecting organizing • finding coherence • integrating • outlining • parsing • structuring attributing • deconstructing	checking • coordinating • detecting • monitoring • testing critiquing • judging	generating • hypothesizing planning • designing producing • constructing

(Table 2 adapted from Anderson and Krathwohl, 2001, pp. 67–68.)

Abb. 33: Liste englischer Verben (<https://www.celt.iastate.edu/wp-content/uploads/2015/09/Revised-BloomsHandout-1.pdf>)

Italianische Verben

Tassonomia degli obiettivi educativi	Descrittori	Indica studenti in grado di...	Possibili prestazioni osservabili
<i>Ricordare</i>	Conoscenza generale di base nel settore di lavoro o di studio	Arrivare alla conoscenza, con il supporto di libri di testo avanzati, di alcuni temi d'avanguardia nel proprio campo di studio	Riconoscere, richiamare, citare, localizzare (fatti, principi, concetti generali, teorie, situazioni, eventi, oggetti)
<i>Comprendere</i>	Conoscenza e capacità di comprensione	Possedere competenze di comprensione adeguate per ideare e sostenere argomentazioni nel proprio campo di studi e di lavoro	Interpretare, esemplificare, riassumere, inferire, confrontare, spiegare, riassumere (concetti, testi, procedure, processi)
<i>Applicare</i>	Conoscenza e capacità di comprensione applicate; capacità di applicazione pratica delle competenze acquisite	Applicare conoscenze, capacità di comprensione e abilità nel risolvere problemi a tematiche conosciute e/o non familiari, inserite in contesti più ampi (o interdisciplinari) connessi al proprio settore di studio e di lavoro	Eseguire, implementare, attuare, risolvere (un modello, una teoria, un compito)
<i>Analizzare</i>	Capacità di analisi e sintesi; capacità di gestione delle informazioni	Gestire e trasformare contesti di lavoro o di studio complessi, che richiedono nuovi e diversificati approcci strategici	Differenziare, organizzare, attribuire, scomporre, discriminare, selezionare (elementi, dati, testi, situazioni, problemi, procedure, schemi)
<i>Valutare</i>	Autonomia di giudizio; capacità di valutazione	Raccogliere ed interpretare i dati rilevanti. Integrare le conoscenze e gestire la complessità, formulare giudizi. Esaminare e sviluppare le prestazioni proprie e di altri	Verificare, criticare, monitorare, giudicare, esaminare (dati, opinioni, testi, prodotti)
<i>Creare</i>	Creatività nell'applicazione delle conoscenze; capacità di innovazione; capacità di lavorare in modo autonomo	Dimostrare effettiva padronanza, capacità di innovazione, autonomia, integrità tipica dello studioso e del professionista e impegno continuo nello sviluppo di nuove idee o processi all'avanguardia in contesti di lavoro, di studio e di ricerca	Generare, pianificare, produrre, riorganizzare, inventare, costruire, ipotizzare (idee, ipotesi, soluzioni, prodotti)

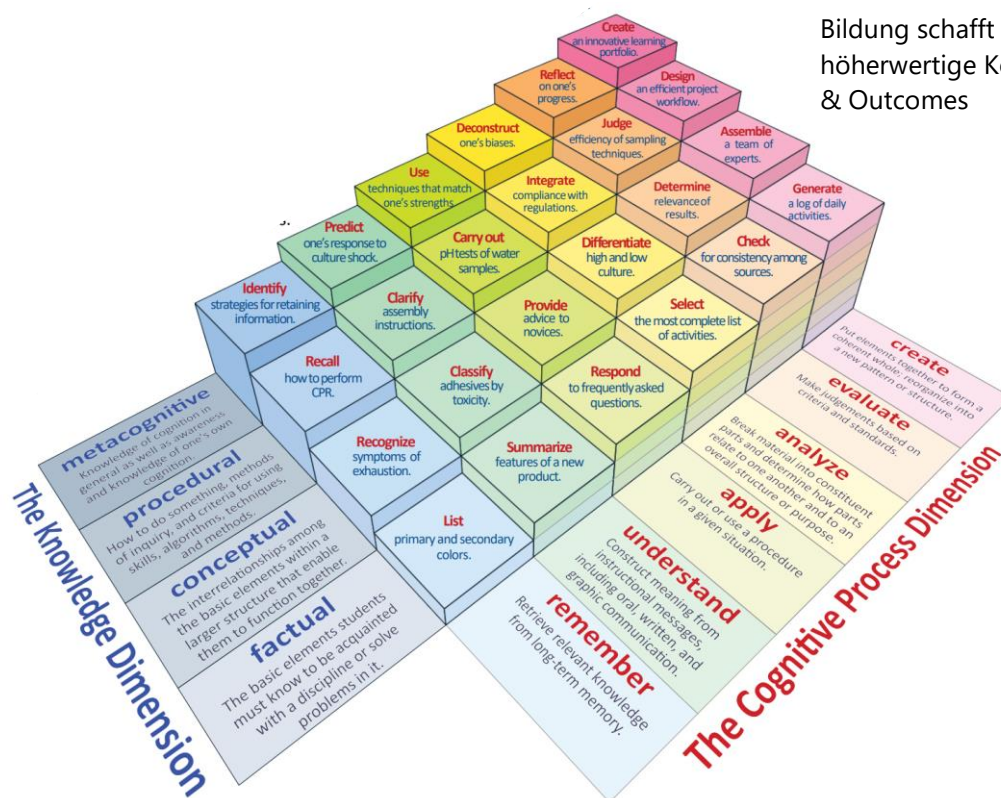
Abb. 44: Liste italienischer Verben (De Angelis, Trinchero 2020)

Deutsche Verben (hier wird exemplarisch die Kurzliste eingefügt)

ERINNERN	VERSTEHEN	ANWENDEN	ANALYSIEREN	EVALUIEREN	GESTALTEN
• Abbilden • Ableiten • Abrufen • Aufzählen • Benennen • Entsinnen • Identifizieren • Nennen • Wieder-erkennen • Wiedergeben	• Beschreiben • Darlegen • Einordnen • Erklären • Erläutern • Illustrieren • Kategorisieren • Klarstellen • Klassifizieren • Kontrastieren • Untergliedern • Veranschaulichen • Zusammenfassen	• Anwenden • Ausführen • Bestimmen • Durchführen • Erledigen • Implementieren • Umsetzen • Verwenden	• Abgrenzen • Analysieren • Bestimmen • Darstellen • Differenzieren • Gliedern • Integrieren • Kohärenz finden • Organisieren • Strukturieren • Unterscheiden • Verknüpfen	• Abwägen • Argumentieren • Auswählen • Beurteilen • Bewerten • Diskutieren • Einschätzen • Erheben • Evaluieren • Gewichten • Interpretieren • Kritisieren • Priorisieren • Prüfen • Testen • Urteilen	• Designen • Diagnostizieren • Entwerfen • Entwickeln • Erfinden • Erstellen • Erzeugen • Generieren • Gestalten • Hypothesen formulieren • Konstruieren • Planen • Produzieren

Abb. 55: Liste deutscher Verben (Grundschober 2018)

Zuordnung der Verben zu den 6 taxonomischen Stufen nach Anderson & Krathwohl 2001



Bildung schafft taxonomisch höherwertige Kompetenzen & Outcomes

Abb. 66: Zuordnung der Verben zu den 6 taxonomischen Stufen nach Anderson & Krathwohl 2001

Für das erfolgreiche Bewältigen komplexer Prozesse ist nicht die Beurteilung von Fakten das Wichtigste, sondern das Erzeugen von neuem Wissen sowie dessen kreative Anwendung, Neugestaltung und Transformation.

Automatisierte Verbensuche - detaillierte Methodenbeschreibung des Analyseprogramms

Die Verben

Die relevanten Verben wurden validierten Listen zur Formulierung von Lernzielen entnommen, welche für alle relevanten Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch) existieren. Die zugehörigen Verbformen wurden teilautomatisiert aus frei zugänglichen Online-Wörterbüchern extrahiert.

Die Verblisten wurden anhand der folgenden Quellen erstellt:

Sprache	Quelle
Französisch	Université Laval, Bureau de soutien à l'enseignement: Taxonomie de Bloom. https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/taxonomie_cognitif.pdf Abruf: 15.01.2022 Francois Guité: Taxonomie de Bloom: http://www.francoisguité.com/2007/03/la-taxonomie-de-bloom-et-la-creativite-schema/ Abruf: 15.01.2022
Italienisch	Marta De Angelis, Roberto Trinchero 2020: Progettare la valutazione per competenze nell'istruzione superiore/Design competence assessment in higher education. <i>Giornale Italiano della Ricerca Educativa/Italian Journal of Educational Research</i> , S. 43-44 angelehnt an Anderson & Krathwohl (2001)
Deutsch	Florian Gröbblinghoff 2015: nexus impulse für die Praxis Nr. 2: Lernergebnisse praktisch formulieren. Hrsg: Hochschulrektorenkonferenz (Bonn), S. 5
Englisch	Jessica Shabatura 2014: Bloom's Taxonomy Verb. University of Arkansas. https://tips.uark.edu/blooms-taxonomy-verb-chart/ Chart Abruf: 15.01.2022

Tab. 8: Herkunft der Verblisten

Die einzige Abweichung von diesen Listen bestand darin, dass die Verben „unterstützen“, „soutenir“ und „support“ (in italienischer Liste keine Entsprechung) entfernt wurden, da diese im Kontext von Pflegeausbildungen häufig als Aktivitätsbeschreibung vorkommen, aber nichts mit *Learning Outcomes* zu tun haben.

Die Dokumente

Die Beschreibungen der Ausbildungen liegen in Form von PDF, Word-Dateien und HTML-Dateien (Websites) vor. Bei einem Teil der Ausbildungsprogramme handelt es sich um ein einzelnes Dokument bei anderen um ein Ensemble von Modulbeschreibungen.

Preprocessing

Die Dokumente müssen in einfache Textdateien umgewandelt werden. Dies geschieht bei PDFs durch ein automatisiertes Text-Parsing, bei den anderen Dokumenten durch manuelles Kopieren der Textpassagen in Textdateien. Beide Techniken liefern je nach Struktur des zugrundeliegenden Dokuments zum Teil leicht fehlerhafte Resultate zurück, in der Form, dass die Reihenfolge der Worte verändert sein kann (insbesondere bei Tabellen). Die meisten dieser Fehler spielen für die folgende Wortsuche allerdings keine Rolle und es gibt keinen Grund anzunehmen, dass daraus ein systematischer Fehler resultieren sollte.

Die relevanten Passagen in diesen Dokumenten, d.h. die Lernziele bzw. die zu erlernenden Kompetenzen, müssen in den Textdokumenten in der Folge visuell identifiziert und selektioniert sowie die übrigen Textelemente aus den Dateien gelöscht werden.

Die einzelnen Textdateien werden in einem nächsten Schritt vom Analyseprogramm eingelesen. Die Texte werden in der Folge normalisiert. Die wesentlichen Schritte der Normalisierung sind in diesem Fall, dass Zeilenumbrüche, Sonderzeichen (z.B. Bulletpoints) und überzählige Leerschläge entfernt werden. Weiterhin werden am Zeilenende getrennte Worte zusammengezogen und Grossbuchstaben in Kleinbuchstaben umgewandelt.

Analyse

Die normalisierten Texte werden mithilfe von Regular Expressions (basierend auf Satzzeichen) in einzelne Sätze zerlegt. Jeder einzelne Satz wird mithilfe komplexer Regular Expressions nach dem Vorkommen jedes einzelnen Verbs in seinen unterschiedlichen Formen durchsucht. Wird das Verb in einer Form angetroffen, wird ein Treffer markiert und der Satz für die Ergebnisdarstellung gespeichert.

Als Resultat steht am Ende die Liste der Verben, zusammen mit der Anzahl Treffer in allen Texten eines Ausbildungsprogramms. Zusätzlich wird jeweils der Satz angezeigt, in welchem eine Form des Verbs gefunden wurde.

Ergebnisprüfung

In einer kursorischen Überprüfung der Resultate, d.h. der extrahierten Sätze, wurde Folgendes festgestellt:

- Die Ergebnisse der Analyse deutscher und italienischer Texte sind ausreichend gut, so dass keine Nachbearbeitung vorgenommen werden muss.
- Für die französischen Texte wurde festgestellt, dass es Probleme bei Substantiven gibt, welche orthographisch gleich wie die gesuchten Verbformen sind. Da die Substantive vergleichsweise häufig vorkamen, resultierte daraus eine signifikante Verschiebung der Ergebnisse. Da das Phänomen nur wenige Substantive betraf und diese sich in den Texten über Regular Expressions gut identifizieren lassen, wurden die entsprechenden Substantive aus den zu analysierenden Texten entfernt und die Analyse erneut ausgeführt.
- Für die wenigen englischen Texte zeigte sich eine Vielzahl von Fällen, in welchen die gesuchten Verben einem Substantiv gleich sind. Da sich die Substantive in englischen Texten nicht ohne weiteres über Regular Expressions finden und entfernen lassen, wurden die Ergebnisse von Hand nachbearbeitet. Das bedeutet, dass die Einträge in der Ergebnisliste durchgegangen und nur die Fälle, in denen es sich tatsächlich um die gesuchten Verben handelte, behalten wurden. Es kann hier vermerkt werden, dass sich die angewandte Technik einer automatisierten Verbensuche nicht für englische Texte eignet, da ein umfangreiches manuelles Postprocessing notwendig ist.

In der Folge sind einige Screenshots aus dem Programm zu sehen:

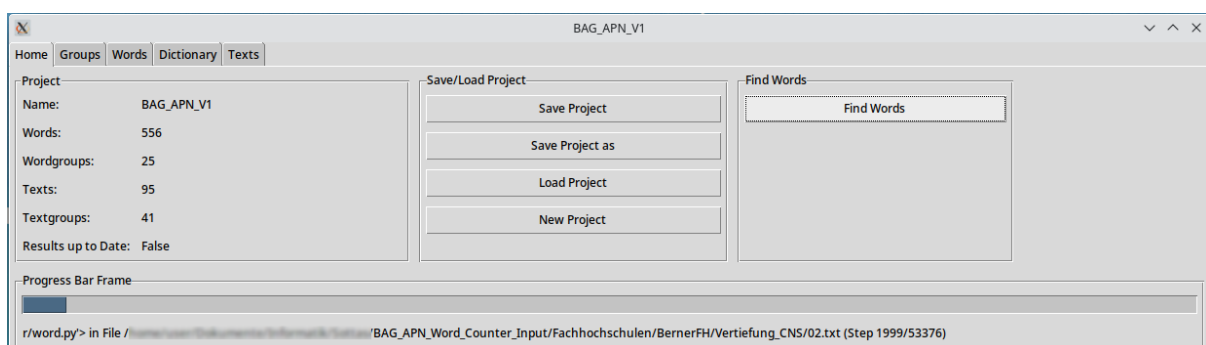


Abb. 27: Startbildschirm (laufende Verbensuche)

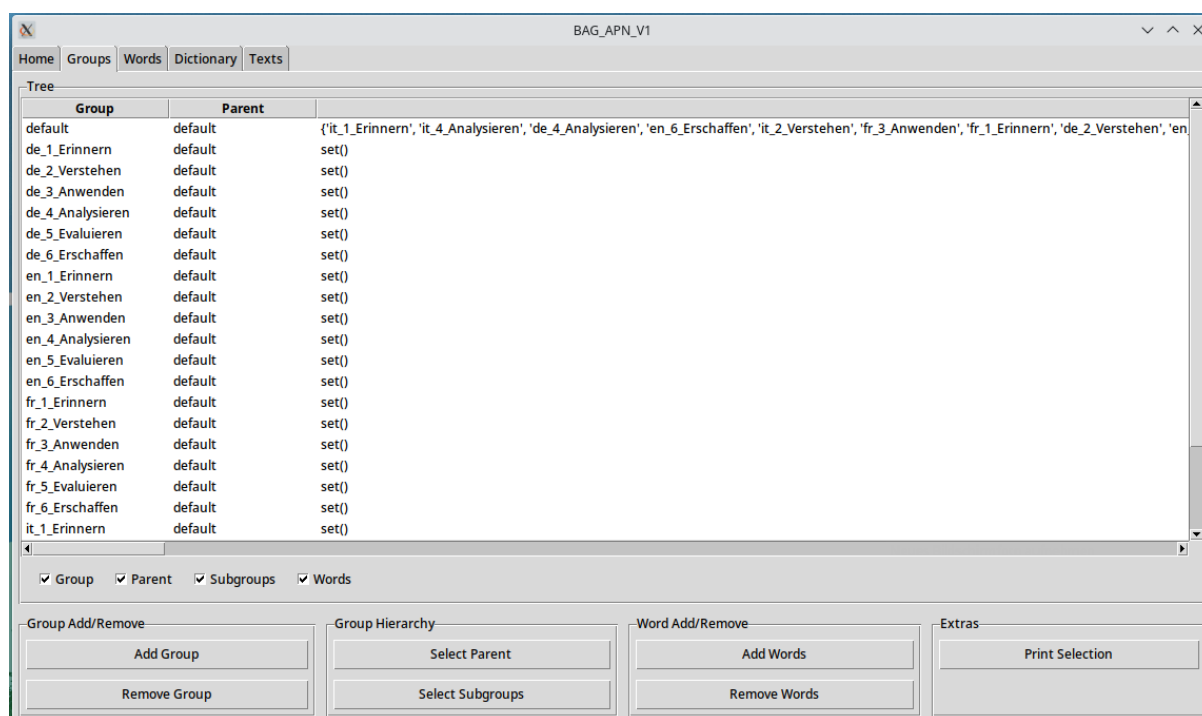


Abb. 28: Taxonomische Gruppen nach Sprache

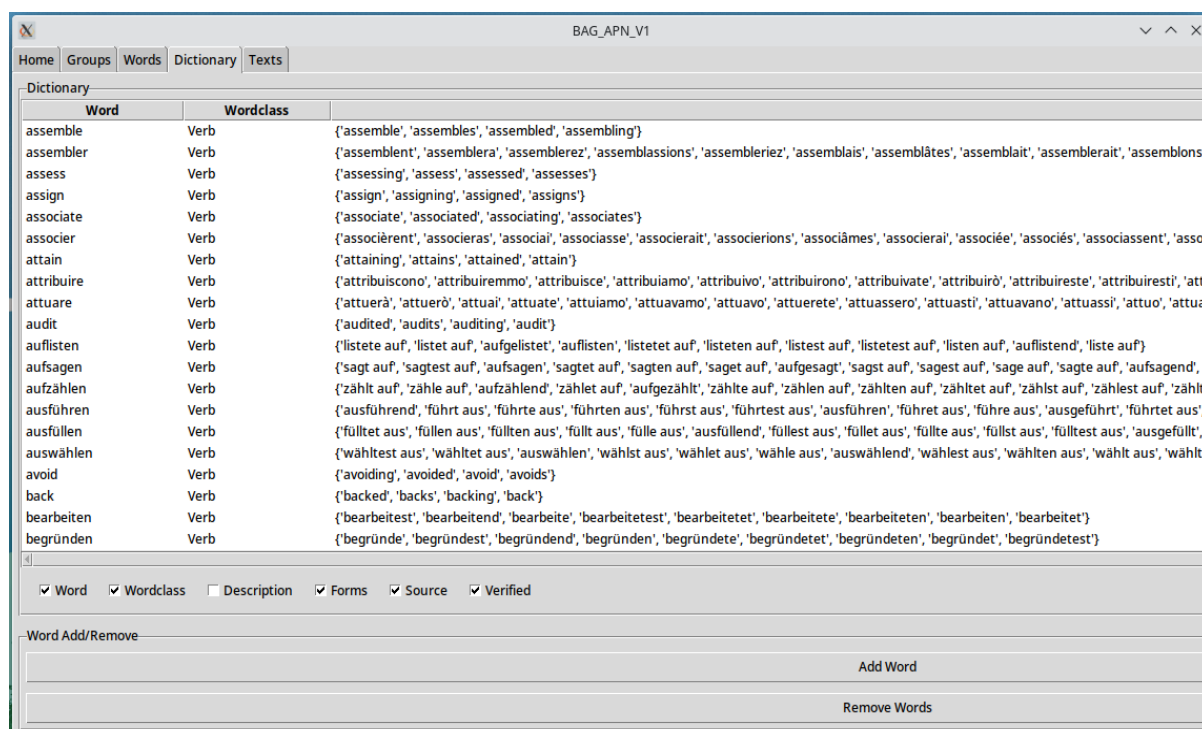


Abb. 29: Verben und zugehörige Verbformen

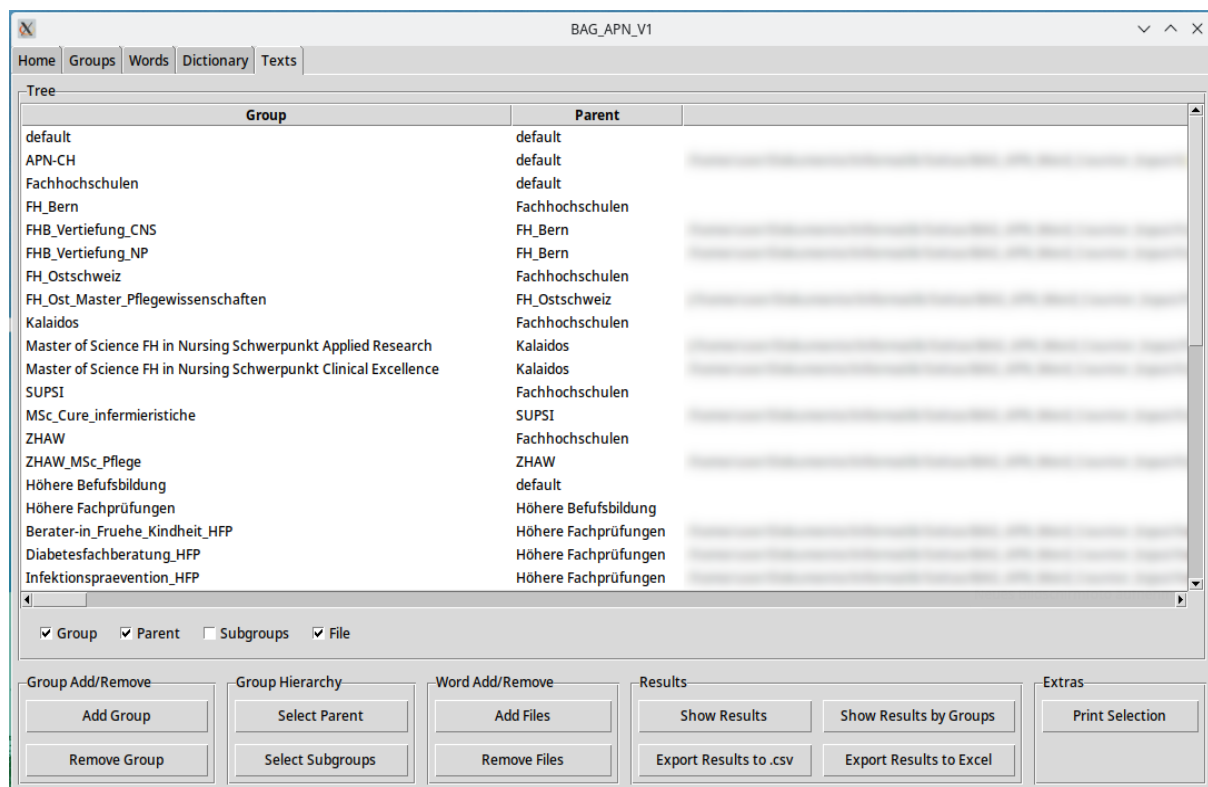


Abb. 30: Ausbildungsprogramme und zugehörige Textdateien (rechts unkenntlich)

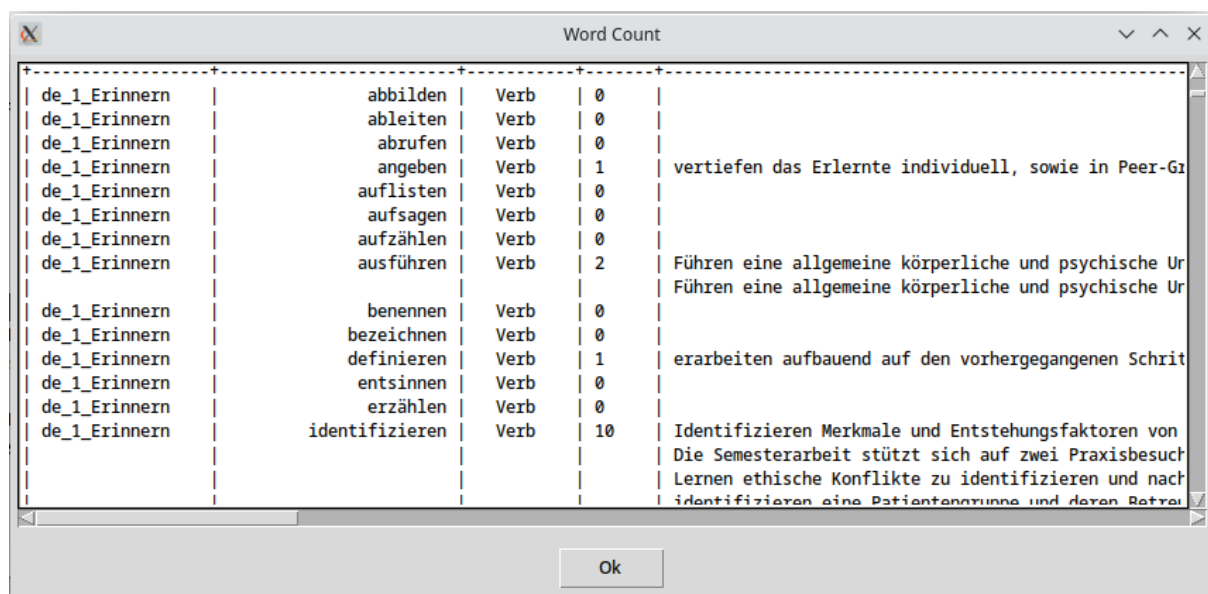


Abb. 31: Ausschnitt detaillierte Ergebnisse nach einzelnen Verben für ein Ausbildungsprofil

Word Count		
Word: zusammenfassen (Verb)	1	
Word: übertragen (Verb)	0	
de_3_Anwenden	24	
Word: anwenden (Verb)	10	
Word: ausführen (Verb)	2	
Word: ausfüllen (Verb)	0	
Word: bearbeiten (Verb)	0	
Word: benutzen (Verb)	0	
Word: berechnen (Verb)	0	
Word: bestimmen (Verb)	0	
Word: drucken (Verb)	0	
Word: durchführen (Verb)	8	
Word: eintragen (Verb)	0	
Word: erledigen (Verb)	0	
Word: formatieren (Verb)	0	
Word: herausfinden (Verb)	0	
Word: illustrieren (Verb)	0	
Word: implementieren (Verb)	1	
Word: löschen (Verb)	0	
Word: lösen (Verb)	0	
Word: planen (Verb)	0	
Word: umsetzen (Verb)	0	
Word: verwenden (Verb)	3	
de_4_Analysieren	10	
Word: Kohärenz_finden (Verb)	0	
Ok		

Abb. 32: Ausschnitt Ergebnisse für ein Ausbildungsprofil nach Gruppen

Anhang 3 Taxonomische Auswertung der in den Modulbeschreibungen verwendeten Verben

Die 24 Diagramme stellen eine Visualisierung der angestrebten Lernziele in den untersuchten 24 Aus- und Weiterbildungen in den Bereichen NDS, HFP und MSc dar. Man sieht, was laut der Programmbeschreibungen erlernt werden soll, bzw. welche kognitiven Kompetenzen angestrebt werden. Die Diagramme geben hingegen keinerlei Auskunft über die Lernarrangements, den Prozess des Kompetenzerwerbs und die effektiven Learning Outcomes.

Jede der 24 Beschreibungen hat eine bestimmte Farbe:



Die Basis bilden die sechs taxonomischen Stufen, welche in einem Netzdiagramm abgebildet werden:

1. Erinnern, 2. Verstehen, 3. Anwenden, 4. Analysieren, 5. Evaluieren, 6. Gestalten (bzw. Transformieren). Die Werte zu diesen Stufen werden auf den Achsen im Verhältnis der Anteile an Verben eingetragen, welche in den Beschreibungen der Lernziele gefunden wurden. Wenn z.B. Erinnern den Wert 10% hat und Verstehen 20%, dann ist der eingetragene Wert bei Verstehen doppelt so gross wie der Wert bei Erinnern. Wichtig sind die relativen Verhältnisse zueinander; die absoluten Werte der Dimensionen (0 bis 100) haben für sich genommen keine Aussagekraft und sind deshalb auch ohne Masseinheit. Allerdings sind die absoluten Werte so gewählt, dass der Flächeninhalt des Sechsecks dem Stundenumfang des Ausbildungsprogramms entspricht (z.B. Flächeninhalt 900 für ein Ausbildungsprogramm mit 900 Lernstunden). Diese Darstellung ermöglicht somit einen intuitiven, visuellen Vergleich der Ausbildungsprogramme. Dabei repräsentiert die relative Ausprägung der Dimensionen das taxonomische Profil, und der Flächeninhalt des Sechsecks bildet den gesamten Stundenumfang ab.

In jedem Netzdiagramm ist der Wert 0 im Schnittpunkt der Achsen eingezeichnet. Dadurch werden Schief lagen bei bestimmten Kompetenzdimensionen einfacher erkennbar.

NDS

Programm: NDS Intensivpflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	12,8 %
2. Verstehen	4,7 %
3. Anwenden	29,1 %
4. Analysieren	11,6 %
5. Evaluieren	22,1 %
6. Gestalten	19,8 %
Kommentar: Ca. 50% der Beschreibung gemeinsam mit NDS Anästhesiepflege und NDS Notfallpflege	



Programm: NDS Notfallpflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	14,0 %
2. Verstehen	5,4 %
3. Anwenden	24,7 %
4. Analysieren	5,4 %
5. Evaluieren	31,2 %
6. Gestalten	19,4 %
Kommentar: Ca. 50% der Beschreibung gemeinsam mit NDS Anästhesiepflege und NDS Intensivpflege	



Programm: NDS Anästhesiepflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	11,2 %
2. Verstehen	5,2 %
3. Anwenden	28,4 %
4. Analysieren	7,8 %
5. Evaluieren	31,0 %
6. Gestalten	16,4 %
Kommentar: Ca. 50% der Beschreibung gemeinsam mit NDS Intensivpflege und NDS Notfallpflege	

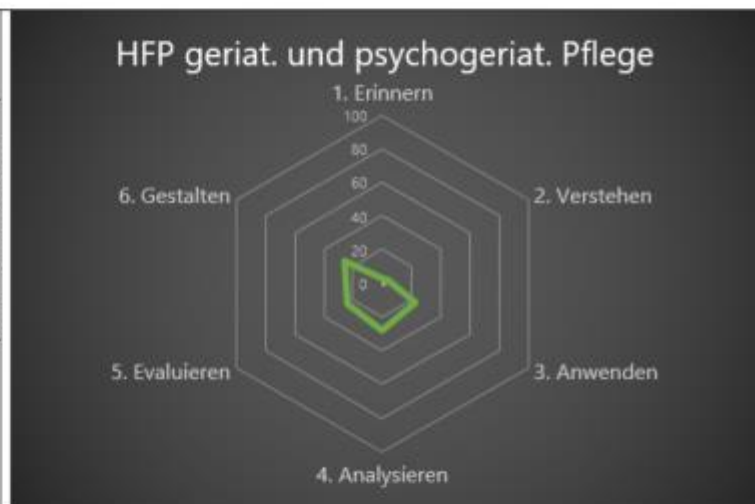


HFP

Programm: HFP Diabetesfachberatung	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	2,8 %
2. Verstehen	5,2 %
3. Anwenden	19,4 %
4. Analysieren	23,0 %
5. Evaluieren	28,6 %
6. Gestalten	21,0 %
Kommentar: Evaluieren ist als Kernkompetenz für die Verlaufskontrolle beim Diabetesmanagement gesetzt.	



Programm: HFP geriatrische und psychogeriatrische Pflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	2,5 %
2. Verstehen	3,5 %
3. Anwenden	21,4 %
4. Analysieren	25,9 %
5. Evaluieren	22,4 %
6. Gestalten	24,4 %
Kommentar: Ausgewogene Verteilung der Ziele zu Anwenden, Evaluieren, Gestalten mit Analysieren als wichtigster Kompetenz.	



Programm: HFP Infektionsprävention	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	14,0 %
2. Verstehen	5,8 %
3. Anwenden	22,1 %
4. Analysieren	11,6 %
5. Evaluieren	22,1 %
6. Gestalten	24,4 %
Kommentar: Erinnern = aktualisiertes Wissen über Infektionen ist relativ hoch. Anwenden, Evaluieren und Gestalten sind für sicheres und rasches Handeln zentral.	



Programm:	
HFP Nephrologiepflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	3,2 %
2. Verstehen	4,1 %
3. Anwenden	22,6 %
4. Analysieren	23,0 %
5. Evaluieren	24,9 %
6. Gestalten	22,1 %
Kommentar:	
Gleichmässige Verteilung der Anteile der Stufen Anwenden, Analysieren, Evaluieren und Gestalten.	



Programm:	
HFP Onkologiepflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	4,3 %
2. Verstehen	6,7 %
3. Anwenden	20,4 %
4. Analysieren	18,8 %
5. Evaluieren	27,1 %
6. Gestalten	22,7 %
Kommentar:	
Evaluieren ist deutlich prominenter als die anderen Kompetenzstufen.	



Programm:	
HFP Palliative Care	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	4,6 %
2. Verstehen	3,9 %
3. Anwenden	21,6 %
4. Analysieren	18,1 %
5. Evaluieren	27,0 %
6. Gestalten	24,7 %
Kommentar:	
Kompetenzgewichtung ähnlich wie Onkologiepflege. Das Gestalten ist höher als in anderen HFP.	



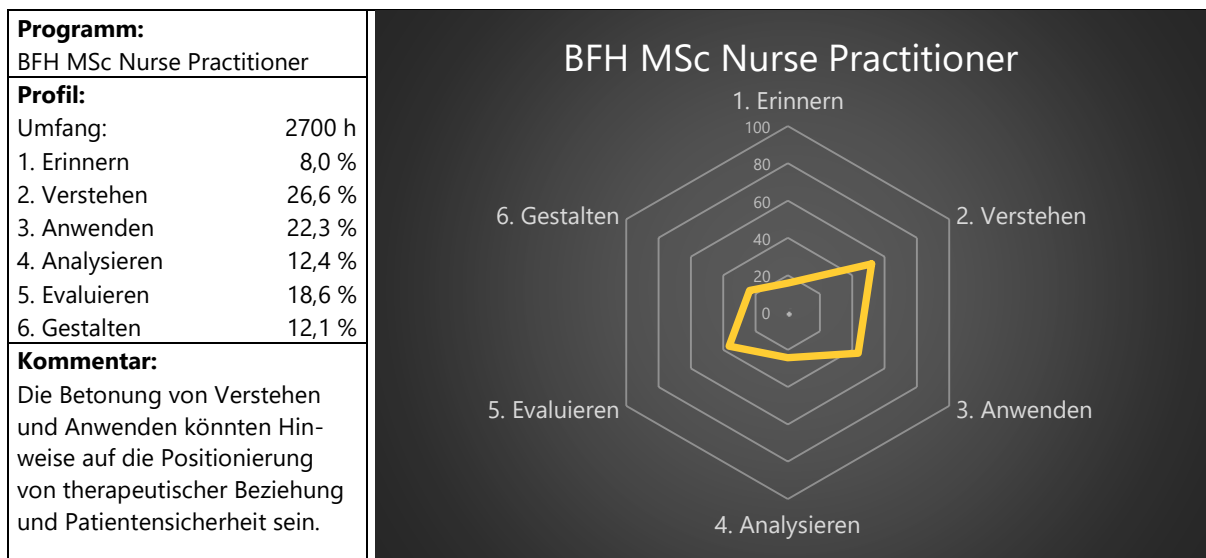
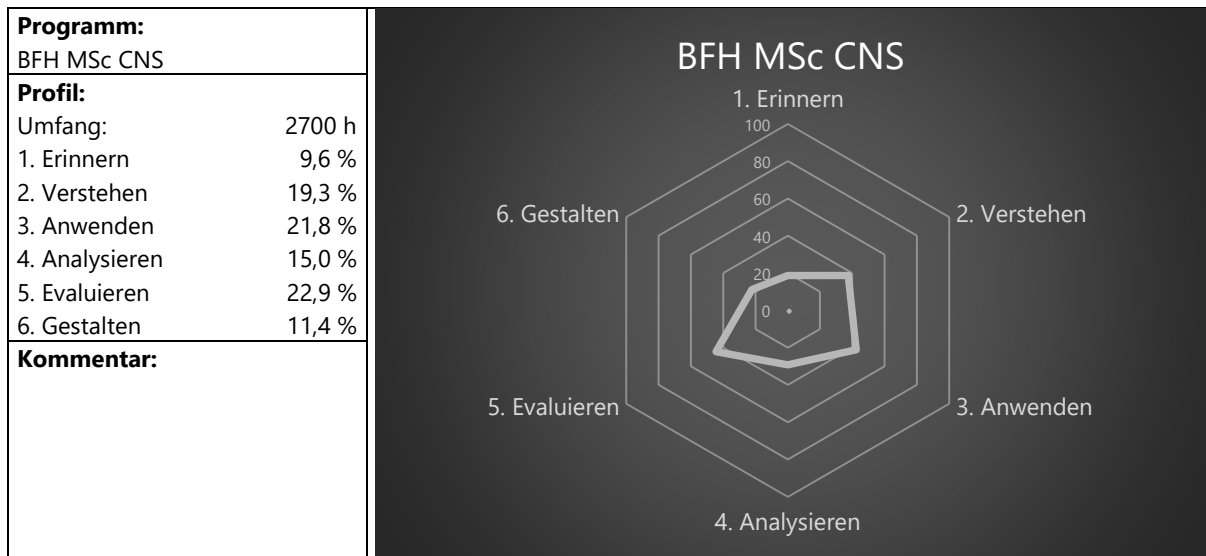
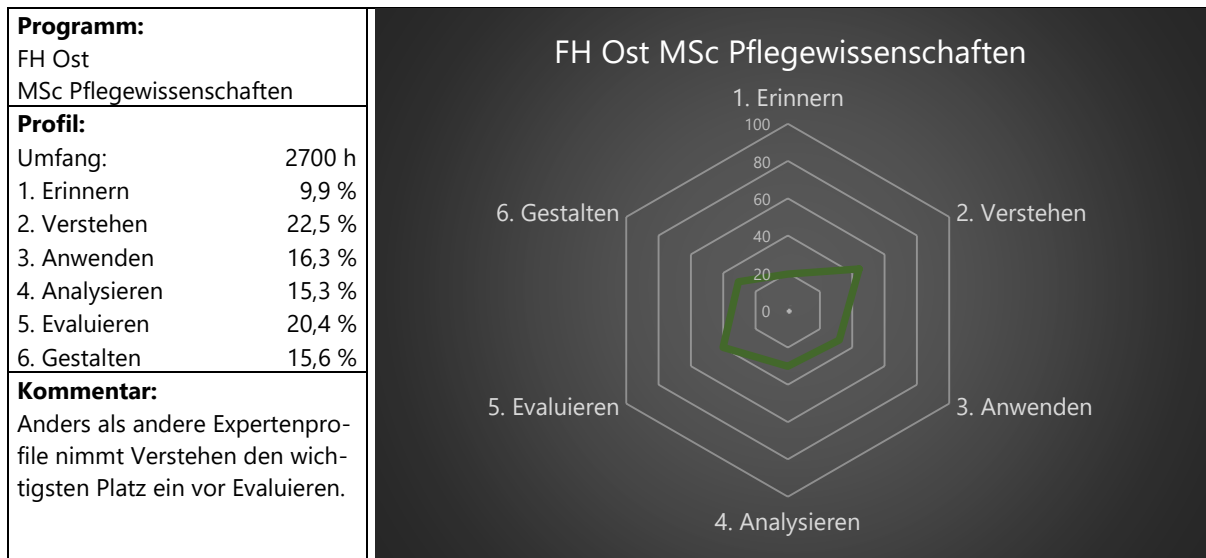
Programm:	
HFP Psychiatriepflege	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	4,1 %
2. Verstehen	7,8 %
3. Anwenden	15,4 %
4. Analysieren	24,2 %
5. Evaluieren	26,3 %
6. Gestalten	22,2 %
Kommentar:	
Evaluieren und Analysieren sind die herausragenden Kompetenzziele.	



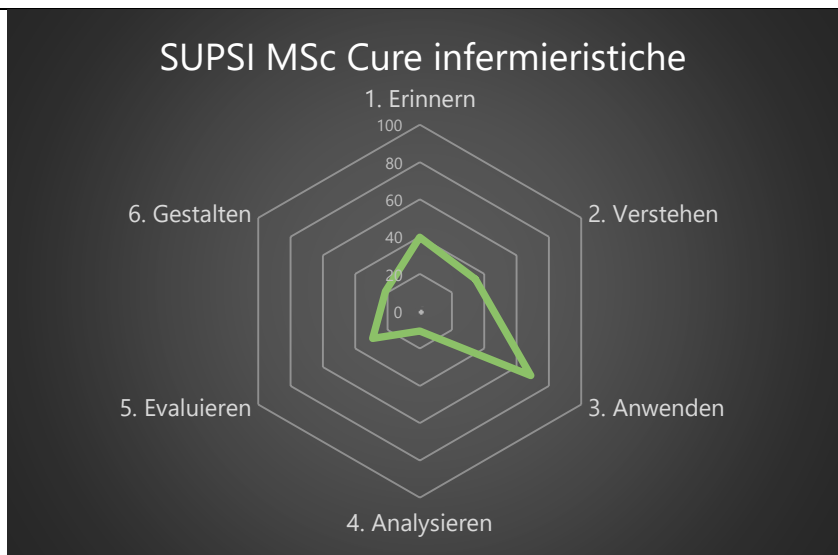
Programm:	
HFP Beratung frühe Kindheit	
Profil:	
Umfang:	900 h
1. Erinnern	3,7 %
2. Verstehen	12,2 %
3. Anwenden	13,3 %
4. Analysieren	23,4 %
5. Evaluieren	30,3 %
6. Gestalten	17,0 %
Kommentar:	
Diese HFP gehört nicht zu den in der vorliegenden Analyse betrachteten Profile für Pflegeexpert:innen.	



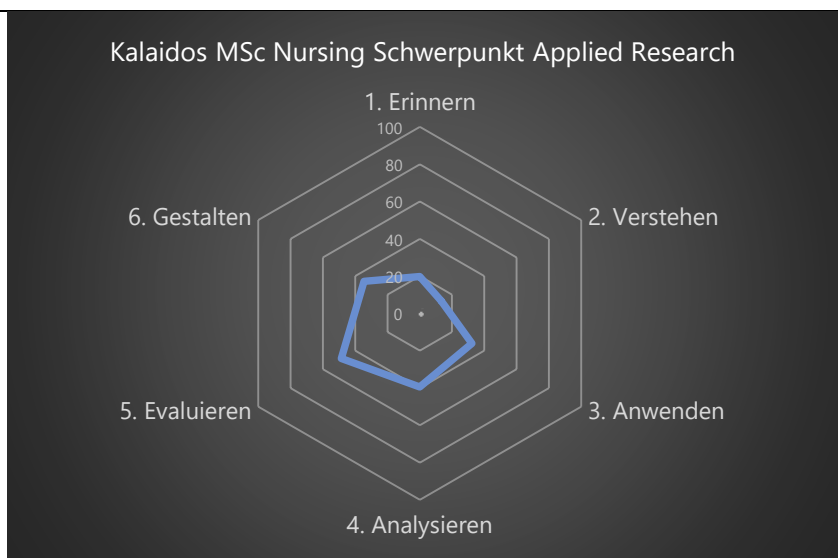
MSc



Programm: SUPSI MSc Cure infermieristiche	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	19,5 %
2. Verstehen	16,9 %
3. Anwenden	33,8 %
4. Analysieren	5,2 %
5. Evaluieren	14,3 %
6. Gestalten	10,4 %
Kommentar: Das Anwenden erscheint stark übergewichtet, insb. gegenüber den hohen Kompetenzstufen Evaluieren und Gestalten	



Programm: Kalaidos MSc Nursing Schwerpunkt Applied Research	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	10,5 %
2. Verstehen	7,1 %
3. Anwenden	17,2 %
4. Analysieren	21,0 %
5. Evaluieren	25,8 %
6. Gestalten	18,4 %
Kommentar: Evaluieren ist das meistgenannte Kompetenzziel dieses Forschungsmasters, gefolgt von Analysieren.	



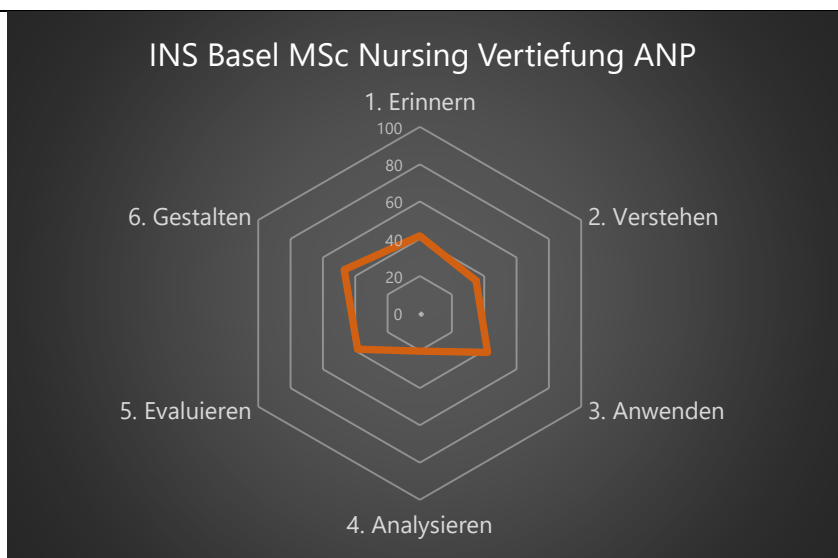
Programm: Kalaidos MSc Nursing Schwerpunkt Clinical Excellence	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	9,4 %
2. Verstehen	6,1 %
3. Anwenden	17,1 %
4. Analysieren	22,0 %
5. Evaluieren	30,2 %
6. Gestalten	15,1 %
Kommentar: Evaluieren ist auch im APN Profil dieser Hochschule zentral. Überraschend tief erscheint die Kompetenzstufe Gestalten.	



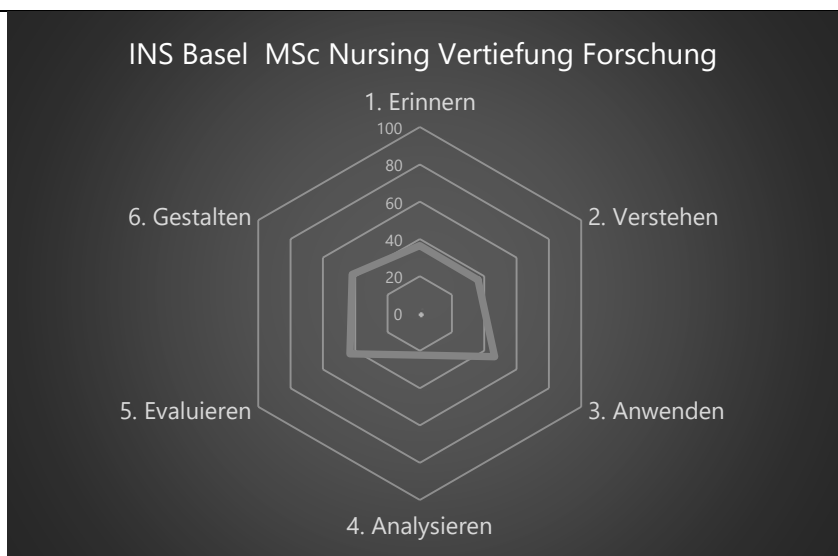
Programm: ZHAW MSc Pflege	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	11,5 %
2. Verstehen	22,7 %
3. Anwenden	15,7 %
4. Analysieren	16,3 %
5. Evaluieren	18,2 %
6. Gestalten	15,7 %
Kommentar:	



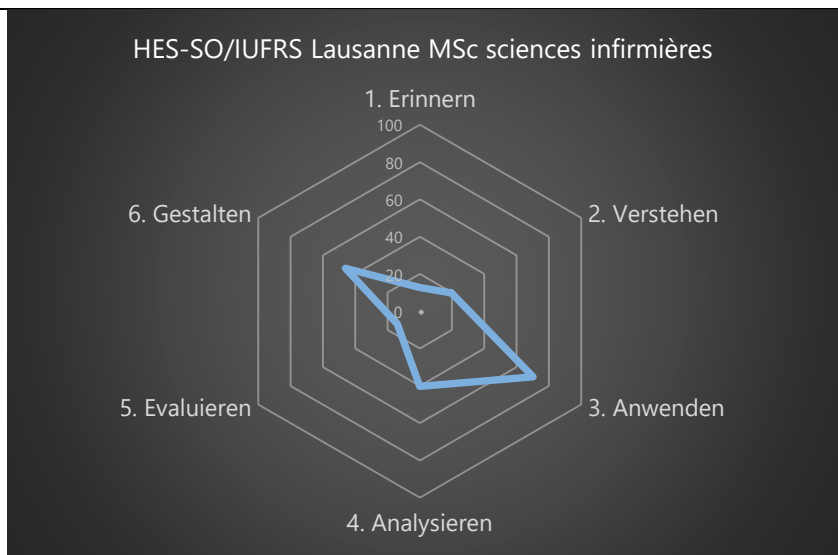
Programm: INS Basel MSc Nursing Vertiefung ANP	
Profil:	
Umfang:	3600 h
1. Erinnern	18,6 %
2. Verstehen	15,6 %
3. Anwenden	18,7 %
4. Analysieren	9,0 %
5. Evaluieren	17,2 %
6. Gestalten	20,9 %
Kommentar: Viele gleiche Module wie INS Basel MSc Nursing Vertiefung Forschung	



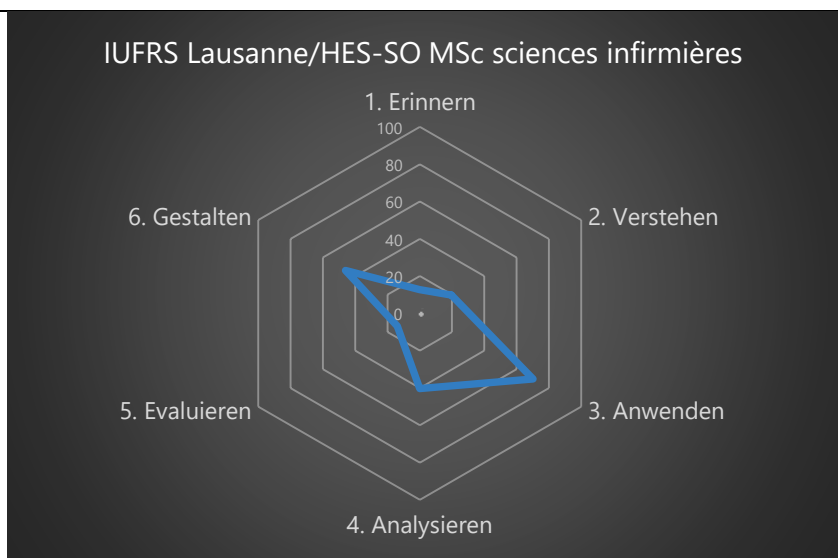
Programm: INS Basel MSc Nursing Vertiefung Forschung	
Profil:	
Umfang:	3600 h
1. Erinnern	16,1 %
2. Verstehen	15,9 %
3. Anwenden	20,5 %
4. Analysieren	9,9 %
5. Evaluieren	19,1 %
6. Gestalten	18,5 %
Kommentar: Viele gleiche Module wie INS Basel MSc Nursing Vertiefung ANP	



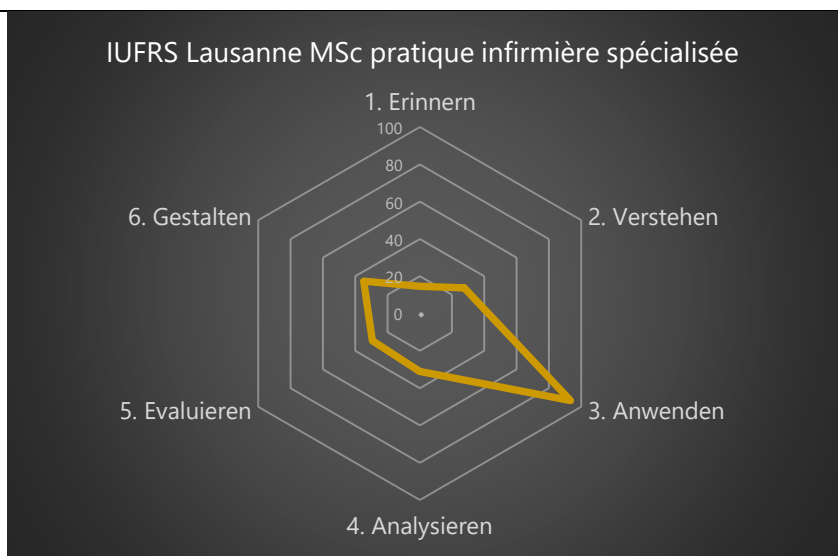
Programm: HES-SO/IUFRS Lausanne MSc sciences infirmières	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	6,3 %
2. Verstehen	9,7 %
3. Anwenden	34,7 %
4. Analysieren	19,9 %
5. Evaluieren	6,8 %
6. Gestalten	22,7 %
Kommentar: Gleiches Programm wie IUFRS Lausanne/HES-SO MSc sciences infirmières	



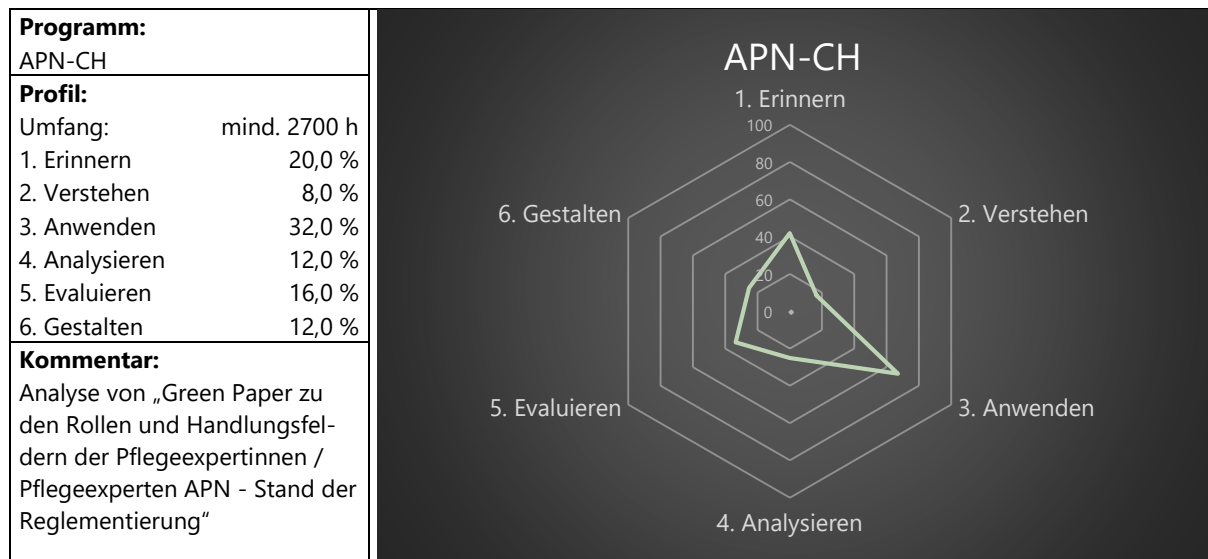
Programm: IUFRS Lausanne/HES-SO MSc sciences infirmières	
Profil:	
Umfang:	2700 h
1. Erinnern	6,3 %
2. Verstehen	9,7 %
3. Anwenden	34,7 %
4. Analysieren	19,9 %
5. Evaluieren	6,8 %
6. Gestalten	22,7 %
Kommentar: Gleiches Programm wie HES-SO/IUFRS Lausanne MSc sciences infirmières	



Programm: IUFRS Lausanne MSc pratique infirmière spécial- isée	
Profil:	
Umfang:	3600 h
1. Erinnern	6,3 %
2. Verstehen	11,9 %
3. Anwenden	40,5 %
4. Analysieren	13,5 %
5. Evaluieren	12,7 %
6. Gestalten	15,1 %
Kommentar: Anwenden in dieser Gewich- tung verweist auf Prio Patientensicherheit	



APN-CH



Anhang 4 Case Studies mit Pflegeexpert:innen

tudy Expertenrollen in der Pflege

Isabelle Brunner
Dipl. Pflegefachfrau HF, Ambulante Onkologie KSSG



H04

Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters- / Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
Einsatzkonzept: Rolle HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF	HF - HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
Selbstdenkulation Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Priska Kast
KSSG Brustzentrum



H05

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	andere
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Tanja Kauer
Spitex Kriens, Viva Eichhof HFP Palliative Care in Ausbildung



H06

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant	Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten		komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc		MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP		Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar		absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege-Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten		mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre		>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung		andere
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt		unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	andere	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig		selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide		Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar		absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert		sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden		sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber		nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon		voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrolle in der Pflege

Susanne Wiedmer
Studiengangsleiterin HFP Onkologiepflege KSSG



H03

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantons-Spital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle HFP	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt zu Hause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF (FH) + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege- ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaufrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheidung	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR-Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tivvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustands- veränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB, kardio-vask., abdominale, neurolog, muskuloskelettal	selber klinische Entscheidung mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Sandra Arnold
Fachverantwortliche Pflege, Kantonsspital Uri



M09

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz. Pat. Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	Klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege-Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe Interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR-Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resumieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Iris Albisser-Zeugin
Diabetesfachberaterin Inselspital Bern



M19

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuhause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz. Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR-Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tiververtrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustands- veränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB: kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Haus	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Katrin Funk
Pflegeexpertin APN 1 LUKS



M15

1	Setting	Station, kleines Spital	Station, Kantonsspital	Station, Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant, Spitex	ambulant, Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	Klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR-Nr., aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Fatbardha Lekaj
Pflegeexpertin, Kantonsspital Uri



M10

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alten-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprof. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr., aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Nicole Pfäffli
Spital Limmattal, Onkologie



M20

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz. Pat. Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF + NDS	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

S (weiblich, >50 J., anonym)



M22

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz. Pat. Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdenkulation Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofession. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen z.B. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	Innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Studie Expertenrollen in der Pflege

Jeanine Altherr
Pflegeexpertin APN Spitex Zürich Sihl



A13

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant SpiteX	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege-Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. SpiteX	SpiteX selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in SpiteX	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardi-vask., abdominale, neurolog, muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin SpiteX ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Indermaur Esther
Thurvita WII SG



A01

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantons- Spital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuhause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	Klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexpertise APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege- Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	> 6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tivvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustands- veränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Haus	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Name Andrea Käppeli
Spital Muri AG



A07

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Isabelle Mathier
APN Medbase Zentrum Winterthur Neuwiesen



A17

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaufrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARME auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARME mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Anja Renner MSc
Pflegeexpertin APN ILD Insepspital



A21

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdklärung Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr., aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resumieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt- häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Monique Sailer Schramm
APN Medizentrum Täuffelen



A08

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantons- Spital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitez	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuhause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege- Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitez	Spitez selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitez	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tivvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien im Rahmen des Patientenziels
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustands- veränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB: kardio-vask., abdominale, neurolog, muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitez ambulant	v.a. psychosoziale, Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Haus	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	Befunde erheben & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Claudia Siebenhaar
APN Medix / teilselbstständig



A02

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantons Spital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zufolge	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachexpertin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflege- fachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege- Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots- differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten- management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versor- gungsprozesse im Spital	Pflege- & Versor- gungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versor- gungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administra- tiververtrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARIMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARIMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustands- veränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB: kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Haus	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Silvan Studer
APN Praxis Südland Bern



A11

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz. Pat. Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	Klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR-Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med. geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Christine Teuscher
APN Praxis Südland Bern



A12

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege-Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprof. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr., aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Mirjam Thomi
Unispital Insel / Pädiatrische Spitex



A14

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	Klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuausrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	kardio-vask., untersuchen Ressourcen, Empowerment zum Managen, Übersetzen Med	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Flavia Thüring-D'Amico
APN Hausarztpraxis Aesch LU



A18

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit Therapeutinnen	mit anderen Pflege-Expertinnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprof. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardi-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resumieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	Innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Case Study Expertenrollen in der Pflege

Luzia Vetter
APN Anästhesie LUKS



A16

1	Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station Univ.Zentrum	Alters-/ Pflegeheim	ambulant Spitem	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung
2	Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten
3	Bildungsweg & Abschluss	FAGE - HF - BP	HF - BP + HFP	BSc + CAS/DAS	MAS	MSc	MSc + CAS/DAS
4	Selbstdeklaration Rolle	Pflegeexpertin	Pflegeexpertin BP	Pflegeexpertin HF+CAS	klinische Fachspezialistin	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN
5	Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
6	Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management
7	Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre
8	ggf. Neudefinition/Neuaustrichtung und Gründe dafür	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebotsdifferenzierung	anderes
9	Auftrag/Zuweisungsweg	Patientenmanagement Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitem	Spitem selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt
10	Rechtsverhältnis/sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen
11	Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitem	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofession. Entscheide	Konsultation Therapie Beratung
12	Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar
13	Akzeptanz durch andere Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert
14	Zufriedenheit der PatientInnen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden
15	Leistungsabrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer
16	Übereinstimmung mit „APN-Normrolle“ gem. Swiss APN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Scope of Practice

a	Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien
b	Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog., muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung
c	Reichweite des professionellen Handelns / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen
d	Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitem ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten
e	Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren
f	Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung
e	Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Anhang 5 Auswertung der 22 Case Studies

Arbeitsort / Setting

MSc + CAS/DAS	A07				A01 A02 A13	A17 A08 A11
MSc		A16	A21		A14	A12 A18
MAS						
BSc + CAS/DAS		M15 M09	M22 M10			
HF + HFP		H05 H03	M19			
HF + NDS	M20					
FaGe-HF/BP		H04			H06	
Setting	Station kleines Spital	Station Kantonsspital	Station univ. Zentrum	Alters- / Pflegeheim	ambulant Spitex	ambulant Hausarztpraxis / Grundversorgung

In einer Einstiegsfrage haben die Proband:innen angegeben, wo sie arbeiten.

Als Arbeitsort dominiert die Akutversorgung bei allen Kategorien. Die Befragten mit MSc in diesem Setting betonten in den Interviews, dass sie sich klar von den dort ebenfalls tätigen CNS abheben: als APN arbeiten sie in der direkten Patientenversorgung mit komplexen Fällen und übernehmen mit hoher Autonomie ärztliche Tätigkeiten.

In einigen Expertengesprächen wurde die Feststellung bzw. die Vermutung geäussert, dass insbesondere im Bereich der stationären Langzeitversorgung in Pflegeheimen Nachholbedarf sowohl für Tertiärabschlüsse als auch für Master-AbsolventInnen besteht. Im ambulanten Bereich (Spitex, Grundversorgung) eröffnen sich viele Opportunitäten aufgrund der Problemlösefähigkeiten in komplexen Fällen, die nicht nur medizinische Kompetenzen erfordern.

Einsatzkonzept

MSc + CAS/DAS	A07				A17	A02 A13 A01 A08 A11
MSc					A16 A21 A18	A12 A14
MAS						
BSc + CAS/DAS	M09	M15	M10			M22
HF + HFP	H05 H03		M19			
HF + NDS			M20			
FaGe-HF/BP	H06		H04			
Einsatzkonzept: Rolle APN bzw. HFP / NDS	Pflege & Qualität Station & Institution	Pflegeprozesse spezialisiert auf Organsysteme	Pflegeprozesse IPS / Notfall	Pflegeprozess Austritt-zuHause	Substitution ärztlicher Tätigkeiten	komplexe akute & psychosoz Pat Praxis & Visiten

Die Einsatzkonzepte zeigen deutlich, dass die unterschiedlichen Bildungswege der verschiedenen Kategorien von Pflegeexpert:innen zu unterschiedlichen Funktionen führen.

Die höhere Berufsbildung entfaltet Wirkung bei der Patientenbetreuung in der Akutversorgung eines Spitals – die fachliche Entwicklung in den Teams wird dabei vielfach durch CNS geführt oder moderiert. Die Pflegeexpert:innen aus der höheren Berufsbildung sind daher unter Anweisung und in geführten Prozessen tätig.

Deutlich sichtbar ist, dass MSc-Absolvent:innen in Tätigkeitsfeldern eingesetzt werden, die breite pflegerische, medizinische, kommunikative, ethische und gesundheitssystemische Kompetenzen erfordern, um komplexe, unvorhersehbare Situation zu bewältigen. Es erfolgt eine Ausweitung der Versorgungsaufgaben nach Massgabe von Bedarfen, welcher durch die Medizin nicht abgedeckt werden können. Substitution ärztlicher Tätigkeiten erfolgt auch als Übernahme oder Übertragung von Tätigkeiten, für welche Ärzt:innen generell die Zeit oder die Kompetenzen fehlen.

Selbstdeklaration der eigenen Rolle

MSc + CAS/DAS					A11	A13 A08 A07 A02 A17 A01
MSc	A18 A14					A16 A12 A21
MAS						
BSc + CAS/DAS	M10 M09 M15			M22		
HF + HFP	H05		M19	H03		
HF + NDS				M20		
FaGe-HF/BP				H04 H06		
Selbstdeklaration Rolle	PflegeexpertIn	PflegeexpertIn BP	PflegeexpertIn HF+CAS	klinische FachspezialistIn	ANP	Pflegeexpertin / Pflegeexperte APN

Der Begriff Pflegeexpertin scheint in der Tat nicht trennscharf abgrenzbar zu sein.

Mehrere Befragte sagten, dass sich Pflegefachpersonen nach Weiterbildungen und erst recht nach erworbenen Zusatzqualifikationen wie CAS oder auch HFP-Modulen als Pflegeexpert:innen bezeichnen (M19, M10, M09, M15). Bei H05 und M19 ist anzumerken, dass es sich um Pflegefachpersonen handelt, die seit vielen Jahren in der gleichen Funktion tätig sind.

Pflegefachpersonen HF mit einem Diplom der höheren Berufsbildung bezeichnen sich gerne als klinische Fachspezialist:innen. Dabei entsteht eine begriffliche Unschärfe gegenüber dem Winterthurer Modell der Physician Assistants/Physician Associates. Gemäss den Befragten besteht allerdings keine Verwechslungsgefahr, weil Aufgabe und Einsatzgebiet unterschiedlich seien.

Rollenklarheit im Tätigkeitsfeld

MSc + CAS/DAS			A11		A01	A17 A07 A13 A02 A08
MSc			A14	A21	A18 A12 A16	
MAS						
BSc + CAS/DAS			M10		M09 M15 M22	
HF + HFP					M19 H05	H03
HF + NDS					M20	
FaGe-HF/BP			H04 H06			
Rollenklarheit	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar

Wie bereits beim Einsatzkonzept und der Selbstdeklaration deutlich geworden ist, gibt es generell kaum Probleme mit der Rollenklarheit. Die jeweiligen Pflegeexpert:innen bewegen sich in Feldern, in denen die Aufgaben ausreichend umrissen sind. Wenn neue Rollen und Funktionen für Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss geschaffen werden dauert es rund ein Jahr, bis sich die Verhältnisse geklärt haben.

Rollenkonflikte im Tätigkeitsfeld

MSc + CAS/DAS	A02 A17 A08				A11 A13	A07 A01
MSc	A18 A21			A14 A16	A12	
MAS						
BSc + CAS/DAS	M09 M15		M10			M22
HF + HFP			H03		M19	H05
HF + NDS			H04	M20		
FaGe-HF/BP			H06			
Rollenkonflikte	mit FAGE und anderen Pflegefachpersonen	mit TherapeutInnen	mit anderen Pflege-ExpertInnen	mit Fachärzten	mit Hausärzten	mit Management

Bei den Rollenkonflikten sind die intraprofessionellen Reibereien zwischen unterschiedlichen Kategorien von Pflegefachpersonen deutlich erkennbar. Trotz langjähriger fachlicher und organisatorischer Pflegeentwicklung sind diese längst nicht überwunden. Nurse Practitioners haben zudem gerade in Ambulatorien noch nicht in allen Fällen ihr Wirken gegenüber behandelnden Ärzt:innen überzeugend darlegen können.

Bei Konflikten mit dem Management ist zu fragen, ob die neue Rolle bottom-up oder top-down geschaffen worden ist.

Dauer seit der Etablierung dieser Pflegeexpert:innen-Rolle

MSc + CAS/DAS		A17 A11		A13		A08 A07 A02 A01
MSc		A12 A18		A21 A16	A14	
MAS						
BSc + CAS/DAS				M09		M10 M22 M15
HF + HFP		H03				M19 H05
HF + NDS						M20
FaGe-HF/BP	H06	H04				
Dauer seit Etablierung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	>6 Jahre

Die neuen Rollen von Pflegeexpert:innen – gerade auch derjenigen mit Masterabschlüssen – sind nicht so neu und unklar, wie in der politischen Diskussion oft behauptet wird. Nachdem die CNS seit langem in den Spitälern tätig sind, sind mittlerweile auch die NP gut etabliert.

Rollen mit HFP-Profil sind neu, weil sie erst gerade offiziellisiert wurden.

Im Bereich der Regelabschlüsse HF und BSc ist die langjährige Pflegeentwicklung erkennbar.

Gründe für die Schaffung dieser Pflegeexpert:innen-Rolle

MSc + CAS/DAS	A07			A02	A11 A08 A17 A13 A01	
MSc	A14	A16			A18 A12 A21	
MAS						
BSc + CAS/DAS	M10 M09 M15	M22				
HF + HFP	H05 M19			H03		
HF + NDS		M20				
FaGe-HF/BP	H04			H06		
Gründe für Neuausrichtung	Inhouse Pflege-Entwicklung	Eigeninitiative / Weiterbildung	Personalmangel	Reorganisation Institution	Fusion & Angebots-differenzierung	anderes

Während im Bereich der Höheren Berufsbildung die Pflegeentwicklung der letzten Jahre sichtbar ist, weisen die Ergebnisse bei den Master-Absolvent:innen darauf hin, dass diese massgeblich die Transformationsprozesse im Versorgungssystem ermöglichen, mittragen und mitgestalten. Es braucht diese neuen Rollen, um dem steigenden Bedarf, der Komplexität und der Ressourcenknappheit zu begegnen.

Zuweisungsweg / Art der Beauftragung

MSc + CAS/DAS	A07			A13 A01	A08 A02 A11 A17	
MSc	A14 A16			A21	A12 A18	
MAS						
BSc + CAS/DAS	M10 M09 M15			M22		
HF + HFP	H03 M19				H05	
HF + NDS	M20					
FaGe-HF/BP	H04	H06				
Zuweisungsweg Beauftragung	Patienten-management Spital	Versorgung angestellt in Heim od. Spitex	Spitex selbstständig	selektioniert Case Management	selektioniert in Absprache mit Hausarzt	unselektionierte Patienten, freier Markt

MSc-Absolvent:innen werden Patienten auf ganz unterschiedlichen Wegen zugewiesen. Im Unterschied zu HFP-, NDS- und Bachelor-Profilen geschieht dies häufiger in eigener bzw. geteilter Verantwortung oder Übertragung von Aufgaben. HFP und NDS agieren in einem fachlich geführten Kontext.

Sozialrechtlicher Status / Anstellungsverhältnis

MSc + CAS/DAS	A07 A01 A13	A11 A02 A17 A08				
MSc	A16 A14 A21	A18 A12				
MAS						
BSc + CAS/DAS	M09 M22 M10 M15					
HF + HFP	H05 H03 M19					
HF + NDS	M20					
	H04					
FaGe-HF/BP	H06					
Sozialrechtlicher Status	angestellt öffentlich	angestellt in Privatpraxis	anderes	<25% selbstständig nicht in Pflege	>50% selbstständig	selbstständige Abrechnung mit Versicherungen

Weil in der Pflegeinitiative und auch im Postulat Streiff-Feller die Möglichkeiten zur selbstständigen Abrechnung mit den Sozialversicherungen eine herausragende Bedeutung haben, wurde abgefragt, ob dies in der Berufsausübung relevant ist.

Die Selbstdeklaration zeigt, dass es keine Unterschiede gibt: Selbstständigkeit ist auch bei APN nicht etabliert. In den Interviews haben zudem nur zwei Befragte gesagt, dass sie Nurse Practitioners kennen, die sich eine Selbstständigkeit vorstellen könnten – im Allgemeinen würden auch die hochqualifizierten Pflegeexpert:innen einer Anstellung den Vorrang geben.

Scope of Practice

MSc + CAS/DAS					A07	A01	A08 A11	A17 A02	A13
MSc						A16	A18 A14	A21 A12	
MAS									
BSc + CAS/DAS	M10	M09	M15						M22
HF + HFP		H05 H03							M19
HF + NDS		M20							
		H04		H06					
FaGe-HF/BP									
Scope of Practice	Pflege- & Versorgungsprozesse im Spital	Pflege- & Versorgungsprozesse in Spitex	Pflege- & Versorgungsprozesse Heim&Langzeit	Experten-Coaching & InnovationsMgt	hochkomplexe interprofess. Entscheide			Konsultation Therapie Beratung	

Der in der Literatur oft beschriebene Unterschied zwischen Pflegeexpert:innen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus wird in den Case Studies deutlich: Die Absolvent:innen der Höheren Berufsbildung arbeiten in geführten Kontexten, die Master-AbsolventInnen sind mit hoher Autonomie im klinisch tätig, wo sie mit ihren Kompetenzen, ihrem Urteilsvermögen und ihrer Argumentationsfähigkeit komplexe Probleme lösen und/oder Patienten selber versorgen.

Klarheit betr. Kompetenzen und Limiten

MSc + CAS/DAS			A11	A13 A01 A02	A07	A08 A17
MSc					A18 A14 A21 A12	A16
MAS						
BSc + CAS/DAS				M15	M09 M22	M10
HF + HFP					M19	H05 H03
HF + NDS					M20	
FaGe-HF/BP			H06	H04		
Kompetenzen & Limiten	noch sehr unklar	mehr als 1x/Woche unklar	mehr als 1x/Monat unklar	eher klar	zumeist klar	absolut klar

In der Selbstdarstellung sehen die Befragten keine Probleme, die eigenen Kompetenzen und Limiten zu erkennen. Dies kann auch im Sinne der Pflegeinitiative als Argumente und Votum für Verantwortungsübertragung an Pflegeexpert:innen betrachtet werden.

Akzeptanz durch andere Fachpersonen

MSc + CAS/DAS					A02 A13	A17 A07 A01 A08 A11
MSc					A14 A12 A21 A18 A16	
MAS						
BSc + CAS/DAS					M09	M10 M15 M22
HF + HFP					M19	H03 H05
HF + NDS					M20	
FaGe-HF/BP					H04	H06
Akzeptanz durch Fachpersonen	sehr schlecht akzeptiert	oft nicht akzeptiert	gelegentlich nicht akzeptiert	eher akzeptiert	meist akzeptiert	sehr gut akzeptiert

Die Befragten haben keine oder kaum Akzeptanzprobleme; die Organisationsentwicklung in der Pflege trägt Früchte: es braucht alle – und sie können im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen eingesetzt werden.

Die von der Führungsebene gelegentlich geäußerten Vorbehalte gegenüber HFP-Absolvent:innen haben sich in den Case Studies nicht niedergeschlagen.

Einschätzung der Zufriedenheit der Patient:innen

MSc + CAS/DAS					A01 A17	A07 A13 A11 A02 A08
MSc				A21	A18 A16	A12 A14
MAS						
BSc + CAS/DAS					M09 M10 M15	M22
HF + HFP					M19	H05 H03
HF + NDS					M20	
FaGe-HF/BP					H04	H06
Zufriedenheit Patient:innen	sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	gelegentlich unzufrieden	eher zufrieden	meist zufrieden	sehr zufrieden

Die wenigen exemplarischen Beispiele können selbstredend nicht die Zufriedenheitsbefragungen bei Patienten ersetzen, die auf nationaler oder betrieblicher Ebene durchgeführt werden.

In der Selbsteinschätzung der Fachpersonen sind Patient:innen mit der Versorgung und Betreuung in hohem Mass zufrieden. Umgekehrt scheint das Einsatzkonzept damit den Anforderungen und erwarteten Kompetenzen im Handlungsfeld der Befragten zu entsprechen.

Abrechnungsmodalitäten

MSc + CAS/DAS	A13 A01 A07				A17 A02 A08 A11	
MSc	A16				A14 A12 A18 A21	
MAS						
BSc + CAS/DAS	M10 M09 M15 M22					
HF + HFP	H03 M19				H05	
HF + NDS	M20					
FaGe-HF/BP	H04 H06					
Leistungs-abrechnung	habe keine ZSR Nummer, arbeite im Monatslohn	habe ZSR.Nr.; aber bin angestellt	selbstständig gem. Administrativvertrag SBK	DRG Codierung, Betrieb rechnet ab	gem. TARMED auf EAN/GLN Nr. Arbeitgeber	nach TARMED mit ZSR-Nummer

In Übereinstimmung mit den Angaben zum sozialrechtlichen Status (Anstellungsverhältnis) wird über den Arbeitgeber abgerechnet. Dies gilt sowohl für die Grundversorgung als auch für den spitalambulantem Bereich.

Übereinstimmung mit Normrolle von SwissAPN

MSc + CAS/DAS					A01 A02 A13	A07 A11 A17 A08
MSc					A18 A14 A21	A12 A16
MAS						
BSc + CAS/DAS		M22 M10	M09 M15			
HF + HFP			H05 H03			M19
HF + NDS				M20		
FaGe-HF/BP	H04 H06					
Rolle gem. SwissAPN	weiss nicht	mein Profil entspricht gar nicht swissAPN	ist auf einer anderen Ebene	hat kaum Elemente von swissAPN	ich mache das meiste davon	voll & ganz

Das Argument von SwissAPN, dass nicht hinreichend Qualifizierte in die APN-Rollen hindrängen und sich unkorrekterweise einen APN-Titel anmassen wird nicht bestätigt. Bei M19 handelt es sich um eine Diabetesfachberaterin mit langjähriger Erfahrung; auf Nachfrage hat sie erklärt, dass sie sich nicht APN nennt, aber sich im Berufsalltag in einer solchen Rolle sieht.

Insgesamt ist die APN-Definition (im Gegensatz zum Begriff Pflegeexpert:in) in der Pflege als Unterscheidungskriterium eventuell weniger strittig als von SwissAPN postuliert wird.

Worin bestehen meine Entscheidungsprozesse?

MSc + CAS/DAS			A02 A11	A07 A13 A01 A17 A08
MSc				A18 A16 A21 A12 A14
MAS				
BSc + CAS/DAS	M09 M15	M10		M22
HF + HFP	H03 H05 M19			
HF + NDS	M20			
FaGe-HF/BP	H04 H06			
Entscheidungsprozess	Fakten über letzte / nächste 6 h an Pflege/Therapie/ Med geben	Zuordnen von Befunden zu Richtlinien	Für Befunde Optionen in Literatur recherchieren	Off-Label Use: neue Lösungen durch Transformation von Richtlinien

Als Präzisierung der Einsatzkonzepte wird bei der Auswertung dieses Indikators deutlich, wie die Pflegeexpert:innen in die Versorgungsprozesse eingebunden sind und welche Rolle sie dabei spielen. Augenfällig ist hier die Spaltung zwischen MSc-Absolventinnen und den anderen. Die Tätigkeiten der Masterqualifizierten umfassen das systematische kognitive und klinische Bewerten von Diagnosen, Behandlung und Versorgungs- und Lebenssituationen, die neue Ansätze in der Versorgungsstrategie erfordern – ihnen werden entsprechend deutlich komplexere Entscheidungsprozesse anvertraut.

Worin bestehen meine Assessments?

MSc + CAS/DAS			A01 A13	A11 A07	A17 A08 A02
MSc			A18	A12 A21 A16 A14	
MAS					
BSc + CAS/DAS	M15	M09 M10	M22		
HF + HFP	M19	H05 H03			
HF + NDS		M20			
		H04 H06			
FaGe-HF/BP					
Assessment	Fakten über Vitaldaten- und Zustandsveränderungen rapportieren	im Rahmen der Verantwortung Massnahmen + Techniken fachgemäss einsetzen	selber untersuchen zB. kardio-vask., abdominale, neurolog. muskuloskelettal	selber klinische Entscheide mit auf Labor, Diagnostik, Bildgebung	

Die Befragten ordnen sich kohärent in die Items ein, die sie gemäss Rahmenlehrplan der Höheren Berufsbildung oder den Modulbeschreibungen der Master-Studiengänge erfüllen sollen. Nach Massgabe des vertieften Wissens, der erweiterten Kompetenzen und besseren Urteilsfähigkeit kann auf ein umfassenderes Repertoire an Instrumenten für das Assessment eingesetzt werden.

Was ist die Reichweite meines Handelns / Wie lange habe ich einen direkten Impact?

MSc + CAS/DAS				A07 A13 A01 A02 A17 A08 A11
MSc			A16	A18 A21 A12 A14
MAS				
BSc + CAS/DAS	M10	M09	M15	M22
HF + HFP				H03 H05 M19
HF + NDS	M20			
	H04	H06		
FaGe-HF/BP				
Reichweite / direkter Impact	ca. 1 Tag	2-3 Tage	ca. 1 Woche	mehrere Wochen

Pflegeexpert:innen mit Masterabschluss übernehmen umfassendere Versorgungsaufgaben, wodurch längere Handlungsketten mit Nachkontrollen, dem Monitoring von Entwicklungen und Feedbackmechanismen entstehen. Sie sind daher in der Berufsausübung weniger von der oft beklagten Zerstückelung der Pflegeprozesse betroffen, wo die Aufgaben kurzfristig immer wieder neu delegiert werden.

Welches sind die am häufigsten beteiligten Fachpersonen?

MSc + CAS/DAS			A13 A17 A02	A07 A11 A01 A08
MSc	A18			A21 A16 A14 A12
MAS				
BSc + CAS/DAS	M10 M15	M09		M22
HF + HFP	H03		M19 H05	
HF + NDS	M20			
	H06	H04		
FaGe-HF/BP				
Beteiligte	v.a. Pflege, FAGE, AGS	v.a. Medizin auf Abteilung	v.a. Medizin Spitex ambulant	v.a. psychosoziale Fachpersonen oder med. Spezialisten

Im stationären Bereich arbeiten Pflegeexpert:innen eingebettet in die Pflegeprozesse des Hauses. Die hohe Autonomie und das eigenverantwortliche Handeln bringt MSc in direkten Austausch mit der Medizin bzw. den *médecins partenaires*, wie es im Gesundheitsgesetz des Kantons Waadt heisst.

Worin besteht meine Aufgabe genau?

MSc + CAS/DAS			A11	A07 A13 A01 A17 A08 A02
MSc			A18 A12	A21 A16 A14
MAS				
BSc + CAS/DAS	M15	M09	M10	M22
HF + HFP			H03 M19 H05	
HF + NDS	M20			
			H06 H04	
FaGe-HF/BP				
Aufgabe	genau erfassen + weitergeben	beschreiben + resümieren	einordnen + priorisieren	interpretieren + reorganisieren

Es gibt eine Tendenz zu taxonomisch höherwertigen Aufgaben bei MSc. Die Unterscheidung ist aber nicht trennscharf. Auffällig ist allerdings, dass die beiden höchsten Kompetenzstufen der Bloom'schen Taxonomie von Absolvent:innen der höheren Berufsbildung nicht genannt werden. Dies ist ein Hinweis, dass die MSc auch in vergleichbaren Tätigkeitsbereichen deutlich anspruchsvollere und komplexere Aufgaben übernehmen.

Was ist mein Handlungsraum?

MSc + CAS/DAS			A07 A08	A02 A13 A01 A17 A11
MSc		A16		A21 A18 A12 A14
MAS				
BSc + CAS/DAS	M10	M09 M15		M22
HF + HFP	H03	H05 M19		
HF + NDS	M20			
FaGe-HF/BP		H04	H06	
Handlungsraum	auf Station / im Hause	innerhalb der gleichen Institution	Schnittstelle Austritt - häusliche Versorgung	bio-psycho-soziale Lebensbewältigung

Während die Pflegeexpert:innen aus der Höheren Berufsbildung und jene mit BSc-Abschluss in klar umrissenem Rahmen mit kontinuierlicher Rückversicherungsmöglichkeit tätig sind – also geführt und unter Anleitung arbeiten –, gehen MSc-Absolvent:innen in Handlungsfelder, die spezialisierte Problemlösefähigkeiten erfordern, insb. Kompetenzen zur Beurteilung von komplexen Sachverhalten bei denen sie auch die Verantwortung für die Versorgung übernehmen.

Was tu ich?

MSc + CAS/DAS			A11	A02 A13 A01 A17 A08 A07
MSc		A18		A21 A16 A12 A14
MAS				
BSc + CAS/DAS		M09 M10	M15	M22
HF + HFP	M19	H05 H03		
HF + NDS		M20		
FaGe-HF/BP		H04 H06		
Was tu ich?	verstehen & anwenden	analysieren & ausführen	abgrenzen & abwägen	diagnostizieren & gestalten

Zum Abschluss wurden die Proband:innen aufgefordert, ihre Tätigkeit anhand von Items aus der Bloom'schen Taxonomie zu charakterisieren. Die deutlichen Unterschiede zwischen der Verortung auf der linken Seite durch Pflegeexpert:innen aus der höheren Berufsbildung und die deutliche Positionierung ganz rechts bei den Hochschulabsolvent:innen bestätigt die zuvor gemachten Angaben zur Komplexität der Tätigkeiten. Daran lässt sich erkennen, dass die taxonomische Höhe der Lernziele direkte Auswirkungen hat; die Rollen, Tätigkeiten und Profile von Master-Absolvent:innen sind mit hoher Autonomie ausgestattet, sie sind weit verbreitet und gut etabliert.