



Arbeitskreis Heilkunde Community Health Nurse

Primärversorgung im Team – Wie Community Health Nurses
und Hausärzt:innen Verantwortung neu verteilen können

Vorwort des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die größte nationale Interessenvertretung der professionellen Pflege in Deutschland. Er setzt sich dafür ein, die professionelle Pflege zu stärken und ihre Rolle in einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln und auszubauen.

Seit fast zehn Jahren engagieren wir uns – ermöglicht durch die Förderpartnerschaft mit dem Bosch Health Campus und in verschiedenen Projektphasen umgesetzt durch die Agnes-Karll-Gesellschaft – für die Implementierung und Weiterentwicklung der Rolle der Community Health Nurse. Dabei geht es nicht nur um ein neues Rollenprofil, sondern um die Frage, wie Primärversorgung in Deutschland künftig gestaltet sein muss, damit sie den Bedarfen der Bevölkerung gerecht wird.

Unser Gesundheitswesen steht an einem Wendepunkt: demografischer Wandel, die Zunahme chronischer und komplexer Erkrankungen, Fachkräftemangel, regionale Versorgungsengpässe und überlastete Strukturen prägen die aktuelle Situation. Zugleich wächst der Bedarf an Prävention, Gesundheitsförderung, kontinuierlicher Begleitung und sozialräumlicher Vernetzung. Ein „Weiter so“ kann es nicht geben. Vorhandene Ressourcen und fachliche Potenziale müssen besser genutzt werden und in Einsatz kommen.

Mit dieser Publikation legen wir die Ergebnisse des Arbeitskreises Heilkunde vor. Ziel war es, Community Health Nurses und praktisch tätige Ärzt:innen an einen Tisch zu bringen und gemeinsam eine neue Aufgabenverteilung in der Primärversorgung zu diskutieren. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie Aufgaben künftig kompetenzorientiert, sinnvoll und im Interesse der Patient:innen verteilt werden können. Entstanden ist ein wegweisender Vorschlag. Er versteht sich zugleich als Einladung zur weiteren fachlichen, politischen und rechtlichen Diskussion. Denn interprofessionelle Zusammenarbeit beginnt nicht erst im Versorgungsalltag. Sie beginnt bei der Gestaltung der Strukturen!

Dass Ärzt:innen und Community Health Nurses diesen Prozess gemeinsam geführt haben, ist ein wichtiges Signal. Es zeigt, dass Veränderung möglich ist, wenn

Professionen bereit sind, Verantwortung und Versorgung neu zu denken und gemeinsam zu gestalten. Nicht das Nebeneinander einzelner Berufsgruppen wird die Primärversorgung der Zukunft prägen, sondern die Zusammenarbeit im Team – und genau das brauchen wir: eine Versorgung, die medizinische, pflegerische, präventive und soziale Anliegen zusammendenkt. Eine Versorgung, die Menschen in ihrem Lebensumfeld erreicht und die Bevölkerung in den Mittelpunkt stellt. Eine Primärversorgung, die ihrem Namen gerecht wird.

Diesen Weg wollen wir weitergehen: gemeinsam mit den Gesundheitsprofessionen, mit Politik, Wissenschaft und den Patient:innen. Die vorliegende Publikation ist dafür ein wichtiger Schritt. Sie markiert keinen Abschluss, sondern einen Ausgangspunkt für weitere Diskussionen und die konkrete Umsetzung.

Vera Lux

Präsidentin des DBfK

Geleitwort des Bosch Health Campus

Für den Bosch Health Campus ist die Weiterentwicklung einer starken, integrierten Primärversorgung eine zentrale Zukunftsaufgabe unseres Gesundheitssystems. Die vorliegende Publikation der Arbeitsgruppe Heilkunde des DBfK zu möglichen Aufgabenbereichen der erweiterten Heilkundeübertragung an Community Health Nurses greift ein Thema auf, das angesichts des demografischen Wandels, steigender chronischer Erkrankungen und zunehmender Versorgungsengpässe von hoher gesundheitspolitischer Relevanz ist.

Community Health Nurses (CHN) können einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, Gesundheitsversorgung wohnortnah, niedrigschwellig und patientenorientiert zu gestalten. Als akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen stärken sie Prävention, Gesundheitsförderung und Kontinuität in der Versorgung und begleiten Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen – insbesondere dort, wo der Zugang zu medizinischer Versorgung schwieriger wird. Internationale Erfahrungen zeigen seit vielen Jahren, dass erweiterte pflegerische Rollen die Qualität und Effizienz der Primärversorgung nachhaltig verbessern können.

Auch in Deutschland wächst das Bewusstsein dafür, dass eine zukunftsfähige Primärversorgung multiprofessionelle Teams und neue Formen der Zusammenarbeit benötigt. Die aktuellen Entwicklungen im Primärversorgungssystem sowie die politische Diskussion um erweiterte Kompetenzen für Pflegefachpersonen markieren wichtige Schritte auf diesem Weg. Die Stärkung erweiterter Pflegerollen und die gesetzliche Verankerung von Community Health Nursing sind aus Sicht des Bosch Health Campus wesentliche Voraussetzungen, um den steigenden Versorgungsbedarfen einer alternden und zunehmend multimorbiden Gesellschaft gerecht zu werden.

Der Bosch Health Campus begleitet und fördert diese Entwicklung seit vielen Jahren aktiv gemeinsam mit der Agnes-Karl-Gesellschaft vertreten durch den DBfK.

Die vorliegenden Empfehlungen leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Sie zeigen Perspektiven auf, wie erweiterte heilkundliche Aufgaben verantwortungsvoll, qualitätsgesichert und patientenzentriert an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen übertragen werden können. Damit unterstützen sie nicht nur die Wei-

terentwicklung des Berufsbildes der Community Health Nurse, sondern auch die notwendige Transformation unseres Gesundheitssystems hin zu einer stärker integrierten, koordinierten und bedarfsgerechten Primärversorgung.

Wir danken allen Beteiligten für ihre engagierte Arbeit und wünschen der Publikation eine breite Resonanz in Praxis, Wissenschaft und Gesundheitspolitik.

Dr. Katja Vonhoff

Leitung Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen

Inhalt

Vorwort des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe	2
Geleitwort des Bosch Health Campus	3
Inhalt	4
Abbildungen	5
Tabellen	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Zusammenfassung	8
1. Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen	10
2. Einführung: Rolle und Aufgaben der CHN	11
3. Vorbehaltsaufgaben und Heilkundeübertragung	14
4. Erweiterte heilkundliche Aufgaben der CHN – Status quo	16
5. Methodik zur Entwicklung des Scope of Practice	20
6. Fallbeispiel: Erkrankung, Patientengeschichte und Continuum of Care	22
6.1 Der Fall Andreas Kuhlmann im Zeitverlauf	22
6.2 Continuum of Care	25
7. Ergebnisse des Arbeitskreises und Sounding Boards entlang des Continuum of Care	27
7.1 Diagnostik	31
7.2 Akuttherapie	34
7.3 Krankenhausbehandlung	37
7.4 Langzeitbetreuung	40
7.5 Rehabilitation und Langzeitpflege	44
7.6 Palliative Versorgung	46
7.7 Übertragung der Ergebnisse auf eine andere Erkrankung	48
8. Interprofessionelle Zusammenarbeit	49
9. Weitere Ergebnisse des Arbeitskreises und Sounding Boards	50
9.1 Aspekte der Aus- und Weiterbildung der CHN	50
9.2 Anstellungsverhältnisses der CHN	51
9.3 Leistungsvergütung und Abrechnung	52
10. Fazit und Ausblick	53
Literatur	55
Impressum	59

Abbildungen



Abbildung 1: Aufgaben einer Community Health Nurse, mit KI erstellt	12
Abbildung 2: Adaptiertes Continuum of Care; eigene Darstellung	25
Abbildung 3: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt Diagnostik; erstellt durch KI	33
Abbildung 4: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt Akuttherapie; erstellt durch KI	36
Abbildung 5: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt Krankenhausbehandlung; erstellt durch KI	39
Abbildung 6: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt Langzeitbetreuung; erstellt durch KI	43
Abbildung 7: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt Rehabilitation und Langzeitpflege; erstellt durch KI	45
Abbildung 8: Übersicht Ergebnisse im Abschnitt: palliative Versorgung; erstellt durch KI	47

Tabellen



Tabelle 1: Delegierbare erweiterte heilkundliche Maßnahmen, eigene Darstellung	17
Tabelle 2: Beispiel einer Status-Ampel mit Kriterien und Maßnahmen am Fallbeispiel; eigene Darstellung	29
Tabelle 3: Präzisierungen der erweiterten heilkundlichen Maßnahmen einer CHN bei der Anwendung auch Diabetes mellitus Typ 2 entlang des Continuum of Care	48

Abkürzungsverzeichnis



Abkürzung	Bedeutung
ABCDE-Schema:	Ist ein Leitfaden aus der Notfallmedizin für die Einschätzung von Patient:innen. A=Airway; B= Breathing; C=Circulation; D=Disability (neurologischer Status); E=Exposure
ABI	Knöchel-Arm-Index
ACP	Advance Care Planning
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
AU-Bescheinigung	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BEEP	Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BMV-Ä	Bundsmantelvertrag der Ärzte
BtM	Betäubungsmittel
CGM	Continuous Glucose Monitoring
CHN / CHNs	Community Health Nursing / Community Health Nurse(es)
CoC	Continuum of Care
CRP	C-reaktives Protein
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
D-Dimer	Laborparameter: Spaltprodukte des Fibrins
DMP	Disease Management Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
EKG	Elektrokardiogramm
ePA	elektronische Patientenakte
FAST-Sonographie	Focused Assessment with Sonography for Trauma
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HbA1c	Hämoglobin-A1c-Wert; Laborparameter, der den Durchschnitt des Blutzuckers der letzten 8-12 Wochen anzeigt.
HeilPrG	Heilpraktikergesetz
HKP	Häusliche Krankenpflege
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KHK	Koronare Herzkrankheit
KIM-Mail	Kommunikation im Medizinwesen - hochgesicherter E-Mail-Dienst

NP	Nurse Practitioner
PfIBG	Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz)
PfIStudG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PHN	Public Health Nurse
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
proBNP	N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide ist ein Laborparameter der u. a. zur Diagnostik der Herzinsuffizienz verwendet wird.
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung



Die aktuellen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem erfordern neue Wege in der ambulanten Patient:innenversorgung. Die Kompetenzen aller Gesundheitsfachberufe müssen konsequent genutzt und an den Kernkompetenzen ausgerichtet werden.

Einer dieser neuen Wege ist die Implementierung der Rolle der Community Health Nurse (CHN) in der primären Gesundheitsversorgung. Sie ist eine auf Masterniveau qualifizierte Pflegefachperson und gehört zur Gruppe der Advanced Practice Nurses (APN). Ihr Schwerpunkt liegt auf Prävention, Gesundheitsförderung und Primärversorgung.

Im Arbeitskreis Heilkunde des Projekts „Community Health Nurse – Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln“ wurde ein Vorschlag erarbeitet, wie Aufgaben in der Primärversorgung zwischen Community Health Nurses und Hausärzt:innen mit Fokus auf die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten neu geordnet werden können.

Das Vorgehen zur Erarbeitung des Vorschlags wurde an die Methode der Fokusgruppe angelehnt. Jeweils vier CHNs und vier in der Versorgung tätige Ärzt:innen haben in acht Sitzungen entlang des Modells des Continuum of Care und anhand einer Beispielerkrankung vorrangig erweiterte heilkundliche Aufgaben und Ausführungszuständigkeiten sowie deren Grundlagen und Handlungsgrenzen besprochen. Nach der Ausarbeitung der Ergebnisse wurden diese einem Soundingboard zur Kommentierung vorgelegt und die Anmerkungen in einer digitalen Sitzung näher erörtert. Bewusst sollten im gesamten Prozess die aktuellen gesetzlichen Grundlagen und leistungsrechtliche Regelungen außer Acht gelassen werden.

Aus diesem Arbeitsprozess ergeben sich die folgenden Kernergebnisse als Aufgaben, die auch durch eine CHN durchgeführt werden können:

1. Eigenverantwortliches Handeln der CHN und interprofessionelle Zusammenarbeit

- Ziel ist eine eigenverantwortliche Handlungsweise der CHN bei gleichzeitiger Kenntnis der eigenen Kompetenzgrenzen
- Hinzuziehung ärztlicher Expertise in akuten oder komplexen Situationen sowie bei Unsicherheiten
- Arbeitsgrundlagen sind Behandlungsalgorithmen, Arzneimittellisten sowie interprofessionell

weiterentwickelte Disease-Management-Programme und Leitlinien

2. Anamnese, Untersuchung, weiterführende Diagnostik, Befunde und Diagnosestellung

- Eigenverantwortliche Erhebung einer Anamnese
- Eigenverantwortliche Durchführung von Basisuntersuchungen sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitversorgung
- Eigenverantwortliche Durchführung einfacher Diagnostik im Rahmen von Behandlungsalgorithmen
- Befundauswertung und -besprechung innerhalb klar definierter Grenzen
- Diagnosestellung nur bei einfachen Erkrankungen

3. Therapie, Verordnung, Überweisungen und Bescheinigungen

- Verordnung von Arzneimitteln auf Grundlage von Behandlungsalgorithmen und Arzneimittellisten (Erst- und Folgeverordnung)
- Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unter definierten Voraussetzungen
- Ausstellen von Überweisungen in Ausnahmefällen
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln gemäß weiterentwickelnden gesetzlichen Regelungen
- Erstellung / Aktualisierung des Medikationsplans
- Eigenverantwortliche Feststellung eines Bedarfs an Leistungen zur Rehabilitation und Beantragung solcher Maßnahmen
- Feststellung des Bedarfs an häuslicher Krankenpflege sowie Verordnung, Erweiterung und Verlängerung der Verordnung

4. Langzeitversorgung und Leistungen der Prävention und Vorsorge

- Aufgabenschwerpunkt ist die lebensweltnahe Langzeitversorgung
- Koordination, Navigation und kontinuierliche Begleitung chronisch kranker Menschen
- Eigenverantwortliche Therapieanpassung im Rahmen von Behandlungsalgorithmen

- Eigenverantwortliche Impfungen, Gesunden- und Krebsvorsorgeuntersuchungen
- Beratung, Aufklärung, Schulung und Anleitung zu Therapien sowie die Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement
- Beratung zu gesunder Lebensführung
- Advanced Care Planning

5. Sektorenübergreifende Versorgung und besondere Versorgungsbereiche

- Einbindung der CHN in das Entlassmanagement
- Frühzeitiger Kontakt mit Patient:innen nach der Entlassung aus stationärer Versorgung
- Eigenverantwortliche Wundversorgung im Rahmen der individuellen Kompetenz und Einbindung spezialisierter Wundexpertise bei Bedarf
- Palliative Versorgung in intensivierter interprofessioneller Zusammenarbeit; SAPV-Folgeverordnungen

In einer letzten Sitzung wurde die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine andere chronische Erkrankung diskutiert, mit dem Ergebnis, dass sich keine wesentlichen Änderungen, sondern ausschließlich Konkretisierungen ergeben.

Darüber hinaus wurden zentrale Anforderungen deutlich gemacht, damit Aufgaben erfolgreich durch eine CHN übernommen werden können:

1. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Dokumentation

- Grundlage ist eine multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Es müssen interprofessionelle Austauschformate etabliert werden
- Gemeinsame Datenbasis mit Schreib- und Lese-rechten der CHN in der elektronischen Patientenakte (ePA)
- Datenintegrierte Telekonsile, insbesondere in Regionen mit geringer Versorgungsdichte

2. Qualifikationen und Qualitätssicherung

- Deutschlandweit einheitliche Grundkompetenzen der CHNs
- Ausreichende Praxisanteile während und / oder nach dem Studium
- Standardisierte Weiterbildungs- und Vertiefungs-module, gegebenenfalls gekoppelt an zusätzliche Versorgungsberechtigungen

- Registrierung sowie verpflichtender Nachweis von Fort- und Weiterbildungen

3. Rahmenbedingungen, Finanzierung und Haftung

- Unterschiedliche Anstellungsmodelle sind möglich; auch eine selbstständige Tätigkeit ist denkbar
- Voraussetzung ist eine verbindliche und rechtlich abgesicherte Kooperation mit Hausärzt:innen
- Klare Regelung der haftungsrechtlichen Verantwortung auch im Bereich des wirtschaftlichen Handels für die von CHNs erbrachten Leistungen
- Eigenes Budget bzw. geeignete Finanzierungsstrukturen
- Einfache und praktikable Abrechnungsmöglichkeiten

Die Ergebnisse des Arbeitskreises zeigen, dass Community Health Nurses einen wichtigen Beitrag hin zu einer zukunftsfähigen und patient:innenzentrierten Primärversorgung in Deutschland leisten können. Ihr Mehrwert liegt insbesondere in der Verbindung von individueller Versorgung, Prävention, Krankheitsmanagement, Edukation, Koordination und sozialräumlicher Versorgungsplanung. Erweiterte heilkundliche Aufgaben können das Aufgabenprofil sinnvoll ergänzen, dürfen die Rolle der CHN jedoch nicht darauf verengen. Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Einführung sind klare rechtliche und fachliche Rahmenbedingungen, verbindliche Qualifikationsstandards, Behandlungsalgorithmen, Arzneimittelpositivlisten, Haftungsklarheit, digitale Einbindung sowie tragfähige interprofessionelle Kooperations- und Vergütungsstrukturen. Community Health Nursing sollte fester Bestandteil der Regelversorgung werden und wissenschaftlich begleitet evaluiert werden.

1. Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen



Das deutsche Gesundheitswesen steht vor tiefgreifenden Herausforderungen. Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der Fachkräftemangel führen zu einem steigenden Versorgungsbedarf bei gleichzeitig begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen. Insbesondere der zunehmende Hausärztinnen- und Hausärztemangel, sektorale Versorgungsstrukturen und eine unzureichende Koordination der Versorgung erschweren eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Primärversorgung. Gleichzeitig werden durch verkürzte Krankenhausverweildauern zunehmend komplexe Versorgungsaufgaben in den ambulanten Bereich verlagert, wodurch der Handlungsdruck auf die primäre Gesundheitsversorgung weiter zunimmt.¹

Darüber hinaus besteht in Deutschland ein historisch gewachsenes und bis heute umfassend aufrechterhaltenes ärztliches Monopol in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Das fachliche Know-how der Gesundheitsberufe außerhalb der ärztlichen Profession wird dadurch bislang nicht ausreichend einbezogen. Damit bleiben erhebliche Potenziale ungenutzt, was das System ineffizient macht und unnötig verteuert.²

Auch ein Primärarztsystem würde diese Problematik voraussichtlich nicht grundlegend lösen, da die vorhandenen Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe weiterhin nur unzureichend einbezogen würden. Eine Neuordnung der Aufgaben in der primären Gesundheitsversorgung ist daher unumgänglich. Ein steigender Bedarf an medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen bei gleichzeitig sinkender Zahl insbesondere von Hausärzt:innen macht ein Primärarztsystem von somit Anfang an nicht funktionsfähig. Notwendig ist vielmehr ein grundlegender Wandel hin zu einer multiprofessionellen und echten Primärversorgung, die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Pflege, Therapie, Rehabilitation und Palliation integriert. Eine solche Versorgung kann nur im Team gelingen. Bestehende Interessenslagen erschweren jedoch diese notwendige Weiterentwicklung.³

Vor diesem Hintergrund gewinnt Community Health Nursing als international etabliertes Versorgungsmodell zunehmend an Bedeutung. Community Health Nurses (CHNs) übernehmen erweiterte pflegerische und medizinische Aufgaben in der Primärversorgung, koordinieren Versorgungsprozesse, fördern Prävention und Gesundheitskompetenz und begleiten Menschen mit chronischen Erkrankungen kontinuierlich. Die Etablierung von CHN im Besonderen und die Integration der Pflege in die Primärversorgung im Allgemeinen kann ein wesentlicher Baustein zur Sicherung einer zukunftsfähigen, interprofessionellen Gesundheitsversorgung sein und ist in Deutschland längst überfällig.

Auch gesundheitspolitisch zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab. Während das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) vor allem auf kurzfristige Kostendämpfung abzielt und damit die Gefahr birgt, Versorgungsprobleme zwischen den Sektoren zu verlagern und nicht nachhaltig zu lösen, werden parallel mit dem angekündigten Advanced Practice Nurse (APN) - Gesetz die rechtlichen Voraussetzungen für erweiterte heilkundliche Kompetenzen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen geschaffen.

Die Übernahme von weiteren heilkundlichen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen ist ein wichtiger Bestandteil für die Weiterentwicklung von CHN- und APN-Rollen in Deutschland. Sie trägt dazu bei, Voraussetzungen, Chancen und Grenzen einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung zu identifizieren und so eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, insbesondere in unterversorgten Regionen, zu gewährleisten.

1 Bosch Health Campus(2025); Burgi / Igl (2021)

2 Wisniowski et. al. (2025)

3 Wisniowski et. al. (2025); World Health Organization (WHO) (2026a)

2. Einführung: Rolle und Aufgaben der CHN



Das **Berufsbild** der Community Health Nurse ist in Deutschland noch vergleichsweise jung. In anderen Ländern hingegen hat Community Health Nursing bereits eine lange Tradition und ist fest in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung integriert. Die historischen Wurzeln reichen zu Lillian Wald zurück, die 1893 mit der öffentlichen Gesundheitspflege ein neues Handlungsfeld professioneller Pflege begründete. Sie vertrat die Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit eng mit den Lebensbedingungen der Menschen, insbesondere mit sozialen, hygienischen und wohnumfeldbezogenen Faktoren, verknüpft sind.⁴

CHNs sind **hochschulisch auf Masterniveau qualifizierte Pflegefachpersonen** die, dadurch erweiterte pflegerische sowie medizinische Kompetenzen besitzen. Sie sind **generalistisch als Advanced Practice Nurses** bzw. Nurse Practitioners (NP) ausgebildet.⁵ Zu den **Kernkompetenzen** von APNs zählen u. a. die direkte klinische Praxis, evidenzbasiertes Handeln, die Durchführung umfassender Assessments, die partizipative Versorgungsplanung sowie die Anleitung, Schulung und Beratung von Patient:innen und ihren Angehörigen.⁶ Darauf aufbauend verfügen CHNs über spezifisches Fachwissen im Bereich des Community Health Nursing, insbesondere in der Primärversorgung, der Prävention und Gesundheitsförderung. Zu ihren Tätigkeiten gehören die direkte Versorgung von Patient:innen, aber auch bevölkerungsbezogene Aufgaben im Sinne von Public Health.⁷

Die **Rolle der CHN ist international unterschiedlich** ausgestaltet– sowohl hinsichtlich des Aufgabenspektrums als auch bei der Berufsbezeichnung und Ausbildungswege. In Finnland etwa arbeiten Public Health Nurses (PHN) auf Bachelorniveau. Sie sind in Mutter-Kind-Zentren oder Primärversorgungszentren tätig und übernehmen den Erstkontakt bei gesundheitlichen Fragen. PHNs entscheiden eigenständig, ob eine ärztliche Konsultation erforderlich ist und behandeln einfache Erkrankungen eigenverantwortlich. Ihr Aufgabenprofil

entspricht im Kern dem einer CHN.⁸

In Kanada wird die vergleichbare Rolle im Rahmen eines Masterstudiums ausgebildet und als Nurse Practitioner bezeichnet. Das Aufgabenportfolio umfasst Anamnese, Diagnostik einschließlich der eigenständigen Diagnosestellung, Einleitung von Therapien, Beratung zu gesundheitsförderlichem Verhalten sowie Unterstützung beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen. NP arbeiten dort weitgehend autonom.⁹

Primärversorgung geht in diesen Ländern auch deutlich über Primärmedizin hinaus und ist nicht auf eine hausarztzentrierte, akutmedizinische Versorgung reduziert. Die Publikation orientiert sich an der Definition für Primärversorgung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie ist ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz, der sich am Recht aller Menschen auf den bestmöglichen Gesundheitszustand orientiert. Ziel ist, Gesundheitssysteme zu stärken und Versorgung näher die Lebenswelten der Menschen zu bringen. Dazu gehören integrierte Gesundheitsdienste über den gesamten Lebensverlauf hinweg, Maßnahmen zur Berücksichtigung sozialer und struktureller Einflussfaktoren von Gesundheit sowie die Befähigung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Primärversorgung umfasst ineinandergreifend Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativversorgung ebenso wie pflegerische, psychosoziale und soziale Anliegen der Patient:innen. Im Mittelpunkt steht ein ganzheitliches Verständnis von Versorgung und die multiprofessionelle Versorgung im Team.¹⁰

In Deutschland befindet sich die Rolle der CHN derzeit im Aufbau. Die Bundesregierung der 21. Legislaturperiode plant die Einführung der APN als generalistisch ausgebildete Pflegefachperson auf Masterniveau. Darauf aufbauend soll sich die spezialisierte Rolle der CHN entwickeln.¹¹

Wegweisend für die **Entwicklung des CHN-Konzepts**

4 PennNursing - University of Pennsylvania (2026)

5 International Council of Nurses (ICN) (2020); Lamar Universität (2017)

6 Hamric (2014)

7 International Council of Nurses (ICN) (2020); Lamar Universität (2017)

8 Finnish nurses association (2026); Schmitt-Sausen (2010)

9 Canadian Nurses Association (2026)

10 World Health Organization (WHO) (2026a)

11 Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) et. al. (2025)

in Deutschland sind die Arbeiten des DBfK, insbesondere im Rahmen der vom Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung geförderten CHN-Projektphasen, sowie im Rahmen des Programms „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT)“. Für das deutsche CHN-Konzept wurden die **Aufgabenbereiche** in Anlehnung an die WHO definiert (Abbildung 1).¹² Die drei zentralen Bereiche – **Gesundheitsförderung, Prävention** und **Krankheitsmanagement** – wurden um den **Gesundheitsschutz** ergänzt. Die Querschnittsaufgaben gelten für alle vier Bereiche. Je nach Einsatzort und regionalen Bedarfen variiert die Ausgestaltung der CHN-Tätigkeiten.¹³

Das ist auch der Grund, warum es derzeit in Deutschland **kein einheitliches Konzept für CHN** geben kann, das auf alle Regionen übertragbar ist. Die Schwerpunktsetzung und das Aufgabenprofil der CHN-Rolle müssen sich an den spezifischen Bedarfslagen der Bevölkerung in der jeweiligen Region orientieren. Sie werden im Rahmen einer regionalen Bedarfsanalyse systematisch erfasst, etwa durch ein Community (Health) Assessment bzw. ein Community Health Needs Assessment.¹⁵ Hierfür können verschiedene quantitative Datenquellen herangezogen werden, darunter epidemiologische Studien, amtliche Statistiken, Bürgerbefragungen sowie Routine- und Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen. Eine ausschließliche Orientierung an Versorgungs- und Routinedaten greift jedoch zu kurz. Diese Daten bilden vor allem bestehende Angebote und deren Inanspruchnahme ab. Sie erlauben nur begrenzt Rückschlüsse darauf, ob die entwickelten Angebote tatsächlich passgenau für die Bevölkerung sind und ob Unter-, Über- oder Fehlversorgung vermieden werden kann. Aus diesem Grund sollten qualitative Perspektiven der Bevölkerung ergänzt werden. Dazu zählen insbesondere Erfahrungen, Präferenzen und wahrgenommene Barrieren der Bevölkerung sowie Einschätzungen lokaler Akteur:innen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Gemeinwesen. Erst durch die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten entsteht ein umfassendes Bild der regionalen Versorgungssituation. Auf dieser Grundlage können CHN-Angebote anschließend partizipativ und bedarfsorientiert ausgestaltet werden. Die Beteiligung der Bevölkerung und relevanter lokaler Akteur:innen ist dabei nicht nur ein methodischer Schritt, sondern zugleich ein zentraler Bestandteil der CHN-Rolle, um Angebote auf Gruppen- und Gemeindeebene gemeinsam mit den jeweiligen Zielgruppen zu konzipieren,

Übersicht der Aufgabenbereiche

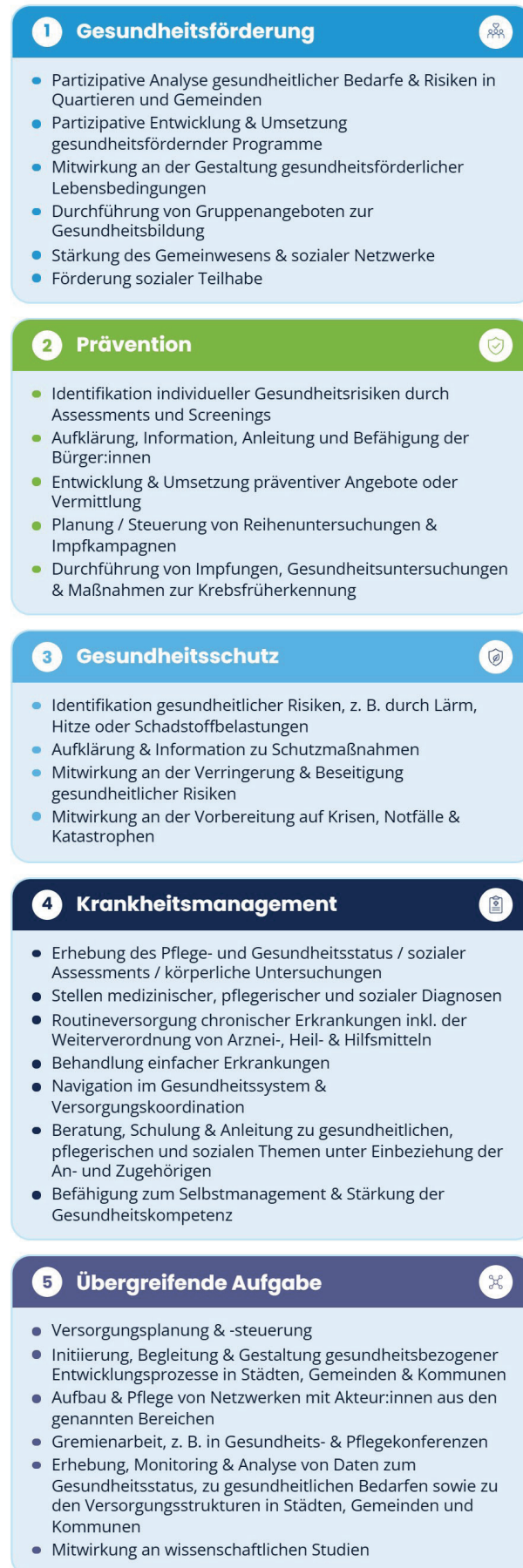


Abbildung 1: Aufgaben einer Community Health Nurse, mit KI erstellt; in Anlehnung an ¹⁴

¹² World Health Organization (WHO) (2017)

¹³ Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022)

¹⁴ Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022); World Health Organization (WHO) (2017)

¹⁵ American Hospital Association (2023); Anderson / McFarlane (2019)

umzusetzen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.¹⁶ Zudem ist dieser empirische Prozess nicht einmalig, sondern als fortlaufender, iterativer Entwicklungsprozess angelegt, um auf Veränderungen der Bedarfslagen und Rahmenbedingungen reagieren zu können. Folglich muss auch das Rollenbild der CHN regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden.¹⁷

Weitere Informationen zu Rollenprofilen, Ausbildungswegen und Aufgaben in der Primärversorgung finden sich in der Broschüre „*Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*“ des DBfK.¹⁸

Diese Publikation stellt die **Ergebnisse des Arbeitskreises Heilkunde** dar. Im Mittelpunkt standen **erweiterte heilkundliche Maßnahmen**, die über die im Bachelorstudium vermittelten heilkundlichen Kompetenzen hinausgehen. Sie sind vor allem im Krankheitsmanagement verortet, können jedoch auch in weiteren Handlungsfeldern, wie bei Reihenuntersuchungen oder Impfkampagnen relevant sein. Eine nähere Erläuterung des Verständnisses von Heilkunde und erweiterten heilkundlichen Maßnahmen erfolgt in den Abschnitten 3 und 4.

CHN darf nicht allein über erweiterte heilkundliche Aufgaben beschrieben werden. Bereits im Krankheitsmanagement leisten CHNs einen substanziellen Mehrwert, weil sie gesundheitliche, pflegerische und soziale Bedarfe systematisch zusammenführen (vgl. Abbildung 1). Pflegefachpersonen mit Masterabschluss wie APN oder CHN verfügen über erweiterte Kompetenzen, um Patient:innen und Angehörige zu beraten, Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement zu fördern, komplexe häusliche und soziale Lebenslagen einzuschätzen und daraus koordinierte, bedarfsgerechte Interventionen abzuleiten. Damit schließen sie eine zentrale Lücke zwischen medizinischer Behandlung, pflegerischer Versorgung und alltagsnaher Unterstützung. Erweiterte heilkundliche Aufgaben ergänzen dieses Profil sinnvoll: Sie ermöglichen eine stärker integrierte Versorgung aus einer Hand, tragen zu einer effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen im Gesundheitssystem bei und können zugleich die Kontinuität, Zugänglichkeit und Wirksamkeit der Versorgung für Patient:innen verbessern.¹⁹

Aus den Aufgabenbereichen ergeben sich vier zentrale Einsatzfelder der CHN:

- Primärversorgungszentren,
- ambulante Pflege,
- Öffentlicher Gesundheitsdienst und
- Kommunen.²⁰

Weitere mögliche Einsatzorte sind beispielsweise Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitshäuser, Pflegestützpunkte, Kontakt- und Beratungsstellen, Schulen, Betriebe sowie Ministerien auf Bundes- und Landesebene.²¹ Für all diese Bereiche ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit eine wesentliche Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung. Mit Blick auf diese Publikation ist insbesondere die Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen von Relevanz.

16 CDC (2026); World Health Organization (WHO) (2001); Nolting et. al. (2011)

17 CDC (2026); World Health Organization (WHO) (2001)

18 Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2018)

19 Wisniewski et. al. (2025); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2018); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022)

20 Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022)

21 Scheydt / Hegedüs (2022)

3. Vorbehaltsaufgaben und Heilkundeübertragung



Während Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung, insbesondere mit akademischer Qualifikation, auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes eigenverantwortlich vorbehaltene pflegerische Aufgaben wahrnehmen und die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess tragen (§ 4 PflBG), ist die eigenständige Ausübung von Heilkunde gesondert geregelt. Diese wurde durch § 4a PflBG rechtlich verankert. Pflegefachperson mit entsprechender erlernter Kompetenz führen damit innerhalb klar definierter Bereiche eigenverantwortlich heilkundliche Tätigkeiten aus. **Der Pflegeberuf ist somit ein Heilberuf.**

Besonders hervorzuheben ist, dass der gesetzliche Rahmen für die Übertragung und eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen inzwischen deutlich weiterentwickelt wurde. Neben den professionsrechtlichen Regelungen des Pflegeberufgesetzes (§§ 4 und 4a PflBG), dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Ausbildung erweiterte heilkundliche Kompetenz erlernt haben und ausführen können, bestehen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches mit § 15a SGB V sowie § 64d und § 63c SGB V leistungsrechtliche Grundlagen. Diese sehen eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in strukturierten Versorgungssettings vor, womit die leistungsrechtliche Kompetenz gegeben wird. Der § 64d SGB V konkretisiert hierbei insbesondere die Möglichkeit, heilkundliche Tätigkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen eigenverantwortlich auszuüben, sofern Qualifikation, Aufgabenabgrenzung und Verantwortungsstrukturen klar geregelt sind. Diese Regelungen führen frühere Modellvorhaben nach § 63 SGB V systematisch in eine Regelversorgung über und markieren einen Paradigmenwechsel von der reinen Delegation hin zur rechtlich abgesicherten funktionalen Substitution.

Zu beachten ist, dass unter dem Heilkundebegriff des Pflegeberufgesetzes in der Fassung des Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetzes von 2026 (BEEP) die Befugnis zur Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen folgende Leistungsbereiche umfasst:

- Maßnahmen, die Pflegefachpersonen bereits heute kompetenzgerecht erbringen und die als heilkundlich einzuordnen sind,

- Maßnahmen, die derzeit noch ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind, jedoch bereits heute von Pflegefachpersonen übernommen werden könnten, sowie
- Maßnahmen, die bislang ärztlich vorbehalten waren und für die Pflegefachpersonen zusätzliche Kompetenzen im Rahmen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PflStudStG) erwerben.

Dies gilt für alle beruflich und hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen sowie für Pflegefachpersonen mit qualifizierten Weiterbildungen. Sie besitzen nach dem Berufsrecht die Erlaubnis zur kompetenzentsprechenden, eigenverantwortlichen Heilkundeausübung.

Im Mittelpunkt des BEEP steht der neue § 15a SGB V („Behandlung durch Pflegefachpersonen“), der Pflegefachpersonen ermöglicht, ausgewählte bislang ärztlich vorbehaltene Leistungen eigenverantwortlich und auf Grundlage einer medizinischen oder pflegerischen Diagnosestellung zu übernehmen. § 15a Abs. 1 SGB V konkretisiert, dass Pflegefachpersonen diese Leistungen im Sinne einer Substitution kompetenzentsprechend erbringen dürfen, sofern sie die erforderlichen Qualifikationen durch ihre berufliche oder hochschulische Ausbildung, ergänzende staatlich anerkannte Weiterbildungen oder Berufserfahrung sowie eine staatliche Kompetenzfeststellung nachweisen. Die leistungsrechtlichen Voraussetzung nach § 73 d SGB V werden derzeit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen erarbeitet.

Mit Blick auf das geplante Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz (APN-Gesetz) ist vorgesehen, dass hochschulisch auf Masterniveau qualifizierte Pflegefachpersonen – etwa APN und CHN – aufgrund ihres Studiums und des entsprechenden Berufszugangs umfassende weitere heilkundliche Kompetenzen erwerben und zur eigenverantwortlichen, kompetenzgerechten Heilkundeausübung befugt sind. Im Leistungsrecht würde dies perspektivisch bedeuten, dass sie über die Regelungen des BEEP hinaus weitere bislang ärztliche Leistungen eigenständig erbringen und abrechnen sowie zusätzliche Verordnungen im Rahmen der Regelversor-

gung vornehmen können. Hierzu sind aber die berufsrechtlichen und leistungsrechtlichen Kompetenzen in Form einer Gesetzgebung noch nicht vorhanden.

Die Ausübung erweiterter heilkundlicher Kompetenzen durch Pflegefachpersonen ist wichtig, weil sie eine qualifikationsgerechte Nutzung vorhandener pflegerischer Expertise ermöglicht, Versorgungsprozesse effizienter gestaltet und Wartezeiten sowie Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen reduziert. Ein konkretes Beispiel ist die Versorgung mit Inkontinenzmaterial: Obwohl Pflegefachpersonen den Bedarf einschätzen, die Versorgung

organisieren und den Verlauf beurteilen können, erfolgt die formale Verordnung bislang ausschließlich durch Ärzt:innen. Dadurch entstehen unnötige Abstimmungswege und Verzögerungen. Die Erweiterung heilkundlicher Befugnisse – hier die Verordnung von Hilfsmitteln im Sinne des SGB V – schafft einen neuen Verantwortungs- und Handlungsraum für die Pflege, der Versorgung effizienter, direkter und patient:innenorientierter macht und so die Versorgung in der Regelversorgung stabilisiert und entlastet.

4. Erweiterte heilkundliche Aufgaben der CHN – Status quo



Um die Themen des Arbeitskreises rechtlich einzuordnen, wird im Folgenden der Status erweiterter heilkundlicher Maßnahmen dargestellt. Grundlegend ist dabei, wie in Abschnitt 3 bereits ausgeführt, dass Pflege ein Heilberuf ist und dass es bereits eine Vielzahl an heilkundlichen Tätigkeiten gibt, die durch Pflegefachpersonen ausgeübt werden können. Diese heilkundlichen Tätigkeiten sind jedoch nicht vorrangiger Gegenstand dieser Publikation, sondern vielmehr heilkundliche Tätigkeiten, die über diesen Bestand hinausgehen und im weiteren Verlauf als erweiterte heilkundliche Maßnahmen bezeichnet werden.

Eine zentrale rechtliche Grundlage für die Einordnung dieses Abschnitts bildet das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz – HeilprG) aus dem Jahr 1939 (berufsrechtliche Sicht). In § 1 Abs. 1 HeilprG heißt es:

„Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.“

In § 1 Abs. 2 HeilprG findet sich die Legaldefinition der Ausübung der Heilkunde:

„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

Das Rechtsgutachten von Burgi und Igl (2021) verdeutlicht zu den vorherigen Ausführungen, dass „[...] die Ausübung von Heilkunde den Ärzten und Heilpraktikern [...]“²² vorbehalten ist.

Aus berufsrechtlicher Perspektive stellen heilkundliche Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen aufgrund entsprechender Kompetenzen aus Berufsausbildung und / oder Studium ausüben können, bereits eine Ausnahme im Sinne von § 1 Abs. 2 HeilprG dar. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 15a SGB V i. V. m. § 73d SGB V (vgl. Abschnitt 3) werden derzeit erarbeitet. Darüber hinaus weist das Gutachten von Burgi und Igl (2021) darauf hin, dass aus sozialrechtlicher Perspekti-

ve ausschließlich Ärztinnen und Ärzte zur medizinischen Behandlung befugt sind. Zugleich besteht jedoch die Möglichkeit, bestimmte Tätigkeiten zu delegieren, sofern diese durch Ärztinnen und Ärzte angeordnet werden und die fachliche Verantwortung bei ihnen verbleibt.²³ Die sogenannte Delegation ist mit spezifischen ärztlichen Sorgfaltspflichten verbunden:

- **Auswahlpflicht:** Die Ärztin bzw. der Arzt hat eine Person auszuwählen, die aufgrund ihrer Ausbildung und praktischen Fähigkeiten zur Durchführung der jeweiligen Leistung geeignet ist.
- **Anleitungspflicht:** Die ausgewählte Person ist so anzuleiten, dass sie die übertragene Aufgabe selbstständig und ohne Gefährdung der Patient:innen ausführen kann.
- **Überwachungspflicht:** Die Ärztin bzw. der Arzt hat die ordnungsgemäße Durchführung der delegierten Leistung zu kontrollieren.²⁴

Allerdings sind nicht alle ärztlichen Tätigkeiten delegationsfähig. Im Anhang zu Anlage 24 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wird beispielhaft aufgeführt, welche Leistungen delegiert werden können und welche Mindestqualifikationen hierfür erforderlich sind.²⁵ Von einer Delegation ausgeschlossen sind Tätigkeiten, die eine höchstpersönliche Leistungserbringung durch Ärztinnen und Ärzte erfordern. Hierzu zählen: „Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.“²⁶ Dieser Katalog bezieht sich ausschließlich auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung.²⁷ Die Rechtsprechung hat klare Grenzen

23 Burgi / Igl (2021), S. 120 ff.

24 Burgi / Igl (2021), S. 59

25 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023)

26 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015)

27 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015)

herausgearbeitet, welche ärztlichen Kernleistungen nicht delegierbar sind; diese decken sich im Wesentlichen mit den Vorgaben des BMV-Ä.²⁸ Von besonderer Relevanz ist zudem die Anlage 8 (Delegations-Vereinbarung) zum BMV-Ä, da CHNs im Rahmen der ambulanten Versorgung auch in der Häuslichkeit der Patient:innen tätig werden.²⁹ Diese Vereinbarung bildet die Grundlage für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen, die qualifikatorisch mind. nichtärztliche Praxisassistent:innen auf Anordnung von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen durchführen.³⁰ Darüber hinaus definiert sie sowohl die Voraussetzungen für die Versorgung im häuslichen Umfeld als auch die Qualifikationsanforderungen an nichtärztliches Personal, das delegierte Leistungen erbringt.³¹

Auf Grundlage der in Abschnitt 2 dargestellten Aufgaben einer CHN ergibt sich somit ein differenziertes Bild der Tätigkeitsfelder mit Fokus auf delegierbare sowie nicht delegierbare erweiterte heilkundliche Aufgaben (Tabelle 1).

Keine Ausübung von Heilkunde im Sinne der in Abbildung 1 vorgenommenen Einordnung und damit auch keine dem Arztvorbehalt unterliegenden Tätigkeiten sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention – mit Ausnahme von Gesundheitsuntersuchungen und Impfungen – sowie Aufgaben im Rahmen des Bevölkerungsschutzes. Gleiches gilt im Bereich des Krankheitsmanagements für die Navigation im Gesundheitssystem, die Koordination der Versorgung, die allgemeine gesundheitsbezogene Beratung, sowie für die Beratung und Förderung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz.³² Sie wurden deshalb nicht im Rahmen des Arbeitskreises dezidiert besprochen.

Tabelle 1: Delegierbare erweiterte heilkundliche Maßnahmen, eigene Darstellung³³

Aufgabe	Tätigkeiten (exemplarisch)	Delegierbar	Nicht delegierbar
Erhebung einer Anamnese	• Haupt- und Nebenbeschwerden • Vorgeschichte • Medikamentenanamnese • Vegetativum • Genuss- und Suchtmittel • Familien- und Sozialanamnese³⁴	X ³⁵	
Körperliche Untersuchung	• Auskultation, Perkussion, Inspektion, Palpation • Orientierende neurologische Untersuchung • Vitalparameter³⁶		X ³⁷

28 Burgi / Igl (2021), S. 53 f.

29 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023)

30 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023)

31 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023)

32 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015); Bundesärztekammer (2024); GKV-Spitzenverband (2021); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022)

33 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015); Bundesärztekammer (2024); Burgi / Igl (2021)

34 Scheibe (2016)

35 Mit ärztlicher Validierung und Ergänzung, Bezieht sich auf alle Tätigkeiten

36 Scheibe (2016)

37 Die Anlage 24 der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung enthält lediglich die Mindestqualifikation der Medizinischen Fachangestellten. In der Anlage ist die körperliche Untersuchung nicht als delegierbare Leistung aufgeführt. Im Positionspapier der Bundesärztekammer wird dies als Aufgabe der Physician Assistance beschrieben (Bundesärztekammer (2024). Bezieht sich auf alle Tätigkeiten

Einleitung von Diagnostik	• Indikationsstellung für weitere Diagnostik • Aufklärung und Einholen der Einwilligung • Durchführung von Leistungen wie bspw. EKG • Beauftragung von Fremdleistungen wie Labor	(X) ³⁸
Befundauswertung und Befundbesprechung	• Beinhaltet auch die Aufklärung der Patient:innen über die Befunde.	X
Diagnosestellung	• Beinhaltet auch die Aufklärung der Patient:innen über die Diagnose, weiteres Vorgehen, Prognose etc.	X
Therapiefestlegung	• Beinhaltet auch die Aufklärung der Patient:innen über die Therapie, Verhalten, Nebenwirkungen oder Notfallmanagement.	X
(Erst-) Verordnung von Arzneimitteln		X
(Erst-) Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln		X ³⁹
Ausstellung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans		X
Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Ausstellen der Bescheinigung		X
Einschreibung und Durchführung von Disease-Management-Programmen		X
Beratung, Anleitung, Schulung und Aufklärung zu bestehenden Erkrankungen und deren Therapie		X ⁴⁰

38 Die Indikationsstellung für Untersuchungen ist nicht delegierbar, die reine Durchführung ausgewählter Untersuchungen, wie Erstellung eines EKG oder die Blutabnahme mit der Beauftragung von Laborleistungen ist delegierbar. Eine Unterstützung bei der Aufklärung ist ebenfalls möglich. Bezieht sich auf alle Tätigkeiten

39 Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten (SGB XI) können unter bestimmten Voraussetzung auch durch Pflegefachpersonen empfohlen werden (GKV-Spitzenverband (2021).

40 Leistungen sind teilweise delegierbar, wie bspw. die Anleitung zur Nutzung von Medizinprodukten wie einem Blutzuckermessgerät oder die Vermittlung von Inhalten von standardisierten Informationsbögen. Die Aufklärung und Beratung zu spezifischen Erkrankungen der Patient:innen erfordert die höchstpersönliche Leistungserbringung des Arztes (Burgi / Igl (2021), S. 54 f.).

Feststellen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und Ausstellen von Verordnungen zur Krankenhausbehandlung und erforderlichen Verordnungen für den Krankentransport		X
Entlassmanagement aus (teil-) stationären Behandlungen	X ⁴¹	
Ausstellen von Überweisungen zu Fachärzt:innen und zur Diagnostik		X
Anpassung von eingeleiteten Therapien		X
Vorsorgeleistungen / Gesunden-untersuchungen	• Check-Ups ab 35 Jahre • Krebsvorsorgeuntersuchungen	(X) ⁴²
Schutzimpfungen		(X) ⁴³
Standardisierte erweiterte Assessments		(X) ⁴⁴
Indikation und Verordnung von Leistungen der Rehabilitation		X
Verordnung häuslicher Krankenpflege		X
Einleitung von SAPV		X
Wundversorgung	X	
Erstellung medizinischer Befundberichte	X ⁴⁵	

41 Ist grundsätzlich Aufgabe der entlassenden (teil-) stationären Einrichtung gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement. Aufgaben werden multiprofessionell erbracht, damit sind auch einzelne Leistungen des Entlassmanagements delegierbar bzw. unterliegen nicht dem Arztvorbehalt (GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen et. al. (2023).

42 Durchführung bestimmter Untersuchungen nach ärztlicher Indikationsstellung und Anordnung sind delegierbar wie bspw. die Durchführung eines Hämoccult-Tests.

43 Die Durchführung / Injektion von Schutzimpfungen ist delegierbar.

44 Delegierbare Durchführung.

45 Vorbereitung der Befunde ist delegierbar.

5. Methodik zur Entwicklung des Scope of Practice



Die Einführung neuer Berufsbilder wie der CHN kann Fragen zur Zusammenarbeit, Leistungserbringung, Zuständigkeiten und Verantwortung, zur Budgetverteilung sowie zu Haftungsfragen aufwerfen und damit Unsicherheiten erzeugen. Vor diesem Hintergrund war es ein zentrales Anliegen, diese Fragen – zumindest in Teilen – interprofessionell zu klären. Eine **Aufgaben- und Verantwortungsverteilung** zwischen auf Masterniveau qualifizierten Pflegefachpersonen und Hausärzt:innen ist aus anderen Ländern grundsätzlich bekannt, kann jedoch aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme und rechtlicher Rahmenbedingungen nicht ohne Weiteres übertragen werden.⁴⁶ Zusätzliche Relevanz gewinnt das Vorhaben durch die Absicht der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, die Advanced Practice Nurse im Rahmen eines **Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes** (APN-Gesetz) gesetzlich zu verankern.⁴⁷

Ziel des Arbeitskreis Heilkunde war es, Fragen zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Maßnahmen in der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland zu klären. Dabei wurde ein Vorschlag für eine Neuordnung von Aufgaben entwickelt sowie für einen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der CHN in Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen erarbeitet (Scope of Practice).

Für die Erarbeitung des Scope of Practice waren folgende Fragestellungen handlungsleitend:

- Welche erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung kann die CHN eigenständig ausführen?
- Welche erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sind nur in Delegation möglich, und welche erfordern die höchstpersönliche Leistungserbringung der ärztlichen Profession?
- Welche Bedingungen und Handlungsgrundlagen sind für die Erbringung erweiterter heilkundlicher Aufgaben im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung durch die CHN erforderlich?

- Wie kann die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Erbringung erweiterter heilkundlicher Aufgaben im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung durch die CHN ermöglicht werden?

Die **Ergebnisse sollen als Impulse dienen** für eine mögliche Neuordnung von Aufgaben zwischen Hausärzt:innen / Hausärzten und Community Health Nurses. Für die Umsetzung muss die aktuelle Rechtslage weiterentwickelt werden.

Für die Bearbeitung der Fragestellungen wurde – wie in Abschnitt 6.2 näher erläutert – das **Continuum of Care als Modell** gewählt. Dieses umfasst sechs Teile, die in insgesamt sechs Sitzungen besprochen wurden.⁴⁸ Ergänzend dazu wurden eine Einführungssitzung sowie eine Weitere zur Klärung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine andere Erkrankung sowie zu Aspekten der interprofessionellen Zusammenarbeit durchgeführt.

Methodisch wurden die Sitzungen an das Vorgehen von Fokusgruppen angelehnt. Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion, die auf ein spezifisches Erkenntnisinteresse und ein vorgegebenes Thema ausgerichtet ist. Charakteristisch ist, dass in der Auswertung primär die diskutierten Inhalte sowie deren Entstehung und Veränderung im Gesprächsverlauf betrachtet werden, während eine tiefgreifende Deutung sozialer Konstruktionen weniger im Vordergrund steht.⁴⁹ Die Sitzungen wurden aufgezeichnet (ausschließlich Ton), anschließend paraphrasiert, in Protokollen dokumentiert und den Teilnehmenden zur Abstimmung vorgelegt. Zur Strukturierung der Diskussionen wurde ein Leitfaden entwickelt, der nahezu ausschließlich auf erweiterte heilkundliche Maßnahmen fokussierte. Berücksichtigt wurden insbesondere die, die zum Aufgabenspektrum einer CHN gehören und derzeit entweder nur delegierbar sind oder in den Bereich der höchstpersönlichen Leistungserbringung durch Ärzt:innen fallen (vgl. Abschnitt 4).⁵⁰ Diese Inhalte wurden den jeweiligen Abschnitten des Continuum of Care zugeordnet. Die Sitzungen fanden ausschließlich digital

46 Butler et. al. (2026); Laurant et. al. (2018)

47 Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) et. al. (2025)

48 Prados (2023); Klapper (2023); World Health Organization (WHO) (2026b)

49 Bär et. al. (2020), S. 207 ff.

50 Bär et. al. (2020), S. 207 ff.

(Zoom) im Zeitraum Oktober 2025 bis April 2026 statt.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden gezielt zur Mitwirkung eingeladen. Die Gruppe bestand aus je vier in der primären Versorgung praktizierenden Ärzt:innen sowie CHNs bzw. Personen in vergleichbaren Funktionen. Leider konnte über alle Sitzungen hinweg keine durchgängige Beteiligung aller Mitwirkender erreicht werden. Die Sitzungen wurden durch zwei Mitarbeitende des DBfK bzw. der Agnes-Karll-Gesellschaft moderiert und zugleich live visualisiert.

Im Anschluss an die inhaltliche Er- und Aufarbeitung wurde ein Sounding Board zur Reflexion der Ergebnisse zusammengestellt. Unter den Mitwirkenden waren Vertreter:innen des ärztlichen Standes (u. a. Ärztekammern), wissenschaftlicher Institute, Universitäten, Regierung bzw. Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Vertreter:innen der pflegerischen Professionen aus Hochschulen und Berufsverbänden. Dabei wurde eine ausgewogene Besetzung beider Professionen angestrebt; zusätzlich war ein:e Patient:innenfürsprecher:in eingeladen. Das aufgearbeitete Manuskript wurde den Teilnehmenden vorab zugesandt, verbunden mit der Bitte um Kommentierung. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurde eine einmalige digitale Zoom-Sitzung strukturiert (Fokus auf die häufigsten und wichtigsten Anmerkungen) und durchgeführt, in Tonform aufgezeichnet, paraphrasiert und zusammenfassend dokumentiert. Die Ergebnisse der Gruppen der erarbeitenden Personen (als Arbeitsgruppe bezeichnet) und der Diskussion aus dem Sounding Board werden im Fortgang gemeinsam dargestellt. Abweichende Ansichten werden hervorgehoben.

Die **Erstellung des Scope of Practice** durch Arbeitsgruppe und Sounding Board sollte erstens unter der Prämisse erfolgen, dass eine CHN für die jeweiligen Tätigkeiten qualifiziert ist, dies durch entsprechende Nachweise sowie erfolgreich abgeschlossene Prüfungen belegen kann und ausreichend Praxiserfahrung hat, damit eine Handlungssicherheit besteht, um die diskutierten Maßnahmen fachgerecht umzusetzen.

Zweitens sollten aktuelle rechtliche Regelungen und bestehende Abrechnungslogiken bewusst nicht in die Erarbeitung einbezogen werden. Hintergrund war, dass das Vorhaben eine mögliche neue Aufgabenordnung sichtbar machen sollte, worauf anschließend rechtliche Rahmenbedingungen und leistungsrechtliche Regelungen entwickelt oder angepasst werden.

Während der Erarbeitung und Reflexion wurden zudem Themenbereiche angesprochen, die keine erweiterten heilkundlichen Maßnahmen darstellen. Dazu zäh-

len z.B. Aspekte der Aus- und Weiterbildung von CHN. Diese Themen wurden dennoch protokolliert und finden sich in den nachfolgenden Ausführungen wieder. Um den Rahmen des Vorhabens handhabbar zu halten, wurde eine Eingrenzung vorgenommen: Im Mittelpunkt steht die Aufgabenverteilung zwischen Hausärzt:innen und Community Health Nurses. Damit soll nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass andere Berufsgruppen in der Primärversorgung weniger bedeutsam sind. Eine solche Lesart würde dem in Abschnitt 2 dargestellten Verständnis von Primärversorgung widersprechen. Gute Versorgung gelingt nur im interprofessionellen Team.



6. Fallbeispiel: Erkrankung, Patientengeschichte und Continuum of Care



6.1 Der Fall Andreas Kuhlmann im Zeitverlauf

Herr Andreas Kuhlmann, 52 Jahre, arbeitet Vollzeit als Lager- und Logistikmitarbeiter in einem mittelständischen Betrieb. Die Tätigkeit ist körperlich fordernd – viel Heben, Tragen und zügiges Gehen – und genau dabei spürt er seit einigen Monaten, dass „etwas nicht stimmt“. Er lebt mit seiner Ehefrau in einer Mietwohnung im dritten Stock ohne Aufzug. Die erwachsenen Kinder sind bereits ausgezogen, kommen aber regelmäßig zu Besuch. Sozial wirkt er gut eingebunden, doch sein Alltag ist eng getaktet: wenig Bewegung, unregelmäßige Mahlzeiten, häufig Fertiggerichte. In der Familienanamnese bestehen kardiovaskuläre Risiken (Vater: Herzinfarkt mit 58 Jahren). Herr Kuhlmann hat lange

geraucht und berichtet, inzwischen „fast aufgehört“ zu haben – gelegentlich greift er dennoch zur Zigarette. Beim ersten Besuch in der Hausarztpraxis schildert er Schwindelbeim schnellen Aufstehen, dumpfe Kopfschmerzen, innere Unruhe sowie eine deutliche Minderung der Leistungsfähigkeit. Besonders belastend ist für ihn, dass er rasch außer Atem gerät z. B. beim Treppensteigen. Die Arbeit könne er noch ausführen, benötige aber häufiger Pausen. Brustschmerzen verneint er, Ohnmachtsanfälle ebenfalls. Im Gespräch wirkt er angespannt und besorgt, zugleich wird deutlich, dass er die Beschwerden lange „weggeschoben“ hat.

Dabei zeigt sich auch die Alltagsrealität: Er arbeitet zu Zeiten, in denen sich Termine schwer planen lassen, und ein Arztbesuch fühlt sich für ihn wie ein zusätzlicher Kraftakt an. So wurden die Symptome über längere Zeit toleriert.

In der Untersuchung zeigt sich ein deutlich erhöhter Blutdruck, außerdem Adipositas Grad I. Herr Kuhlmann berichtet, dass die Unterschenkel abends gelegentlich anschwellen. Basal sind diskrete feuchte Rasselgeräusche möglich – zunächst unspezifisch, in Kombination mit der Belastungsdyspnoe jedoch als Warnsignal zu werten.

Die Hausarztpraxis startet eine strukturierte Abklärung: Blutdruckmessreihen bzw. 24 h-Messung, EKG und Labor. Das EKG zeigt Sinusrhythmus mit Hinweisen auf Linksherzbelastung, jedoch keine akuten Ischämiezeichen. Zur weiteren Abklärung wird eine Echokardiografie veranlasst. Es entsteht eine typische „Zwischenzeit“: Verdachtsmomente sind vorhanden, doch bis zur weiterführenden Diagnostik vergehen Tage bis Wochen. Zusätzlich muss Herr Kuhlmann geeignete Facharzttermine finden und koordinieren – eine spürbare Belastung im ohnehin fordernden Alltag. In dieser Phase arbeitet er weiter unter körperlicher Beanspruchung, die Symptome schwanken.

Nach Anamnese, Untersuchung und Diagnostik werden die Diagnosen gestellt: arterielle Hypertonie und chronische Herzinsuffizienz (initial klinisch Stadium NYHA II).

Es folgt die leitlinienorientierte Therapieeinleitung mit dem Ziel, den Blutdruck zu senken und die Herzinsuffizienz zu stabilisieren. Die Medikamente werden schrittweise eingeschlichen und kontrolliert. Parallel erfolgt eine überblicksartige Beratung zu Gewichtsreduktion in realistischen Schritten, salzärmerer Ernährung, alltagsnahe Ausdauertraining (zunächst Gehtraining), Unterstützung beim Rauchstopp sowie dem Erkennen von Warnzeichen (rasche Gewichtszunahme, zunehmende Atemnot, neue Ödeme). Herr Kuhlmann wird in das Disease-Management-Programm (DMP) Chronische Herzinsuffizienz eingeschrieben. Die Hausarztpraxis vereinbart eine Weiterbetreuung einmal pro Quartal, in der Einstellungsphase zusätzliche kurzfristigere Termine. In der Praxis wirkt das strukturiert – im Alltag ist es jedoch schwer für die betroffene Person, Empfehlungen in stabile Routinen zu überführen: Protokolle sollen geführt, Warnzeichen richtig eingeordnet, Ernährung umgestellt und Bewegung aufgebaut werden, während er körperlich arbeitet, wenig Reserven hat und täglich drei Stockwerke ohne Aufzug bewältigen muss.

In den folgenden Monaten stabilisieren sich die Werte: Der Blutdruck sinkt deutlich, Ödeme treten seltener auf.

Dennoch bleibt er beim Treppensteigen und beim Tragen schwerer Lasten spürbar eingeschränkt. Er ist weiterhin arbeitsfähig, merkt aber, dass er früher „mehr Luft“ hatte. In den Quartalskontrollen werden Gewicht, Blutdruckprotokolle, Symptome, Laborwerte und die Medikamentenverträglichkeit überprüft; die Praxis dokumentiert die DMP-Parameter. Gleichzeitig zeigt sich: Es fehlt nicht an medizinischer Kompetenz, sondern es entsteht eine Lücke zwischen dem medizinischen Plan und der Umsetzung im Alltag.

Im Winter des folgenden Jahres meldet sich Herr Kuhlmann kurzfristig: Fieber, Abgeschlagenheit, starke Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Befund und Diagnose sprechen für eine Angina tonsillaris. Das akute Problem wird korrekt behandelt. Die Akutsituation bindet jedoch Zeit und Aufmerksamkeit; für einen systematischen Blick auf mögliche Herzinsuffizienz-Warnzeichen bleibt in solchen Kontakten häufig wenig Raum.

Etwa zwei Jahre nach Erstdiagnose kommt es zum Einschnitt: Herr Kuhlmann erscheint unangemeldet, blass und hochgradig kurzatmig. Er berichtet von zunehmender Luftnot über mehrere Tage – zunächst bei Belastung, inzwischen auch in Ruhe. Er könne nachts kaum liegen (Orthopnoe), habe deutlich an Gewicht zugenommen, die Beine seien „extrem dick“. Dazu komme ein Engegefühl in der Brust, ohne klare Schmerzspitzen. In der Untersuchung zeigen sich eine deutliche Hypoxie, feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen und klinische Zeichen schwerer Stauung. Der Eindruck ist eindeutig: kardiale Dekompensation mit Lungenödem. Die Praxis leitet die Akutversorgung ein und veranlasst die sofortige stationäre Aufnahme.

Im Krankenhaus wird die Diagnose bestätigt; unter intensiver Entwässerung stabilisiert er sich. Zusätzlich wird eine koronare Herzkrankheit (KHK) festgestellt, die zuvor klinisch nicht im Vordergrund stand, aber es zeigt sich: Warnzeichen waren vorhanden, wurden jedoch nicht früh genug so aufgegriffen.

Nach Stabilisierung wird Herr Kuhlmann entlassen. Der Entlassbrief enthält einen aktualisierten Medikamentenplan, Empfehlungen zur Gewichtskontrolle, zur Wahrnehmung von Warnzeichen sowie zeitnahe Kontrollen von Nierenwerten und Elektrolyten. Die Hausarztpraxis sieht ihn zeitnah wieder, passt die Therapie an und intensiviert die Kooperation mit der Kardiologie. Dennoch ist die Entlassphase für Herrn Kuhlmann unübersichtlich: neue Tabletten, geänderte Dosierungen, mehrere Kontrollaufträge. Er möchte alles „richtig machen“, ist aber zugleich erschöpft und spürt den Druck, möglichst schnell wieder zu funktionieren.

Im weiteren Verlauf verschlechtert sich die Kondition trotz optimierter Therapie. Aus Angst vor Luftnot bewegt sich Herr Kuhlmann zunehmend weniger – ein Teufelskreis aus Inaktivität, Muskelabbau und schneller Erschöpfung. Es wird eine stationäre Rehabilitation eingeleitet. Dort lernt er Bewegungstherapie, atemerleichternde Strategien, Ernährung und Selbstmanagement. Nach der Reha fühlt er sich stabiler und psychisch gefestigter. Nach der Rückkehr in den Alltag (Treppen, Arbeit, Stress) zeigt sich jedoch, wie fragil die Umsetzung bleibt, wenn Unterstützung und Begleitung im Alltag der betroffenen Person nicht eng verfügbar sind.

Über die Jahre schreitet die Herzinsuffizienz fort, Dekompensationen werden häufiger; schließlich erreicht er Stadium NYHA IV. Die Prognose ist infaust, der Pflegebedarf erheblich. Die Versorgung wird palliativ ausgerichtet, zunächst zu Hause mit Einbindung eines Pflegedienstes. Es geht um Hilfsmittel, Pflegegradbeantragung, die Suche nach verfügbaren Versorgungsstrukturen,

Krisenpläne, Symptomkontrolle und Vorsorgedokumente. Trotz Unterstützung durch die Hausarztpraxis steigt die Koordinationslast für Herrn Kuhlmann und die Belastung der Ehefrau deutlich – auch, weil er selbst nicht mehr so mitwirken kann, wie er es sich wünscht. Als zusätzliche Belastung entsteht am rechten Unterschenkel ein Ulcus cruris venosum. Eine regelmäßige Wundversorgung wird etabliert.

Mit fortschreitender Schwäche, wiederkehrenden Dyspnoeepisoden, zunehmender Abhängigkeit und hoher Angehörigenbelastung ist die Versorgung zu Hause schließlich nicht mehr möglich. Nach Gesprächen mit Praxis, Pflegedienst und palliativem Team entscheidet sich die Familie für die Versorgung in einem Hospiz. Dort stehen engmaschige Symptomkontrolle, psychosoziale Begleitung und Entlastung der Angehörigen im Vordergrund; auch die Wundversorgung kann professionell fortgeführt werden.

6.2 Continuum of Care

Zur Bearbeitung der zentralen Fragestellung dieses Arbeitskreises wurde das **Continuum of Care (CoC)** (Verlaufscontinuum) als modellhafte Arbeitsgrundlage herangezogen.⁵¹ Es umfasst alle Lebens-

phasen und bildet den Versorgungsverlauf ab. Abbildung 2 gibt einen Überblick über das CoC in einer für den Arbeitskreis adaptierten Darstellung.

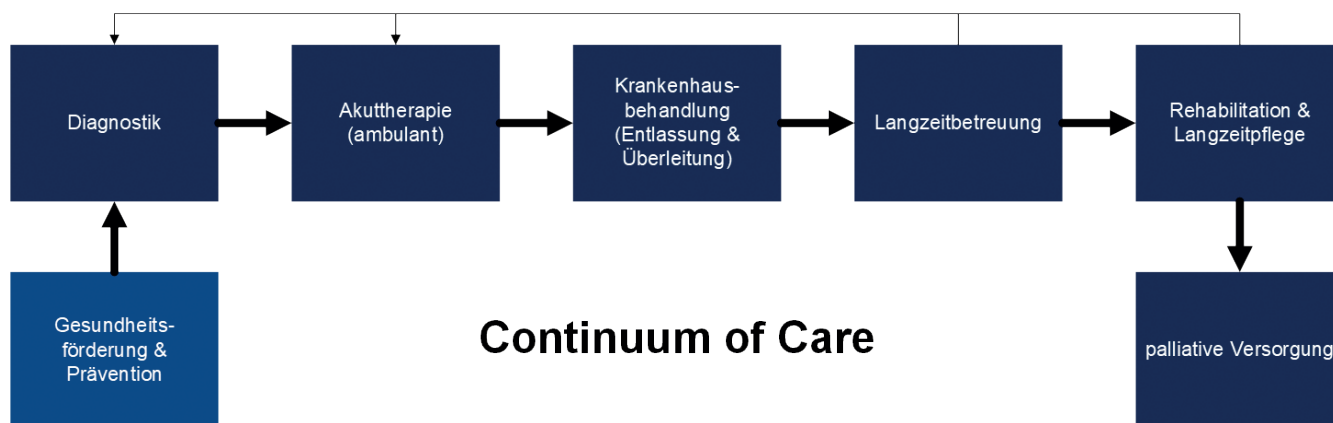


Abbildung 2: Adaptiertes Continuum of Care; eigene Darstellung⁵²

- **Gesundheitsförderung und Prävention** sind zentrale Ansatzpunkte, um Erkrankungen zu vermeiden, ihre Manifestation zu verzögern und Folgekomplikationen zu reduzieren. Auf diese Weise kann auch der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben beziehungsweise deren Ausmaß verringert werden. Im deutschen Versorgungssystem ist dieser Bereich im Vergleich zur Kuration weiterhin unterrepräsentiert.⁵³ Gesundheitsförderung und Prävention gehören zu den Kernaufgaben einer CHN (vgl. Abschnitt 2). Dies umfasst auch Maßnahmen, die stärker auf der Ebene von Gemeinschaften ansetzen. Im Rahmen dieses Arbeitskreises wurden in diesem Bereich nur erweiterte heilkundliche Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen vertieft.⁵⁴ Grundsätzlich sind präventive Leistungen als Querschnittsaufgabe über alle Phasen des CoC hinweg zu verstehen.⁵⁵ Maßnahmen wie Beratung zu einem gesunden Lebensstil stellen keine heilkundlichen Maßnahmen dar und waren daher nicht Bestandteil des Gesprächsleitfadens.⁵⁶
- **Diagnostik:** Im Fallbeispiel bildete dieser Prozessschritt den Eintrittspunkt des Patienten in das Gesundheitssystem. Am Anfang stehen Problemschilderung und Anamnese, gefolgt von körperlicher Untersuchung und ggf. weiterführender Diagnostik (z. B. Labor, apparative Untersuchungen, ggf. Screening). Der Prozessschritt endet mit der Diagnosestellung / Verdachtsdiagnose. Im Arbeitskreis wurde die Behandlung einfacher / unkomplizierter Erkrankungen in diesem Abschnitt diskutiert.
- **Akuttherapie:** Im Beispielfall erfolgt die erste Akutbehandlung ambulant. Im Fokus standen die Verordnung bzw. Einleitung von Therapie sowie Heilmitteln, Krankheits- und Therapieaufklärung, die Einbindung strukturierter Programme (z. B. DMPs), Lebensstilberatung (als unterstützende Maßnahme), Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, Indikationsstellung und Vorbereitung einer Krankenhausbehandlung.
- **Krankenhausbehandlung:** Für diesen Arbeitskreis war die Krankenhausbehandlung als Abschnitt des CoC relevant in Bezug auf: Einweisung/Überleitung, das Entlassmanagement sowie die anschließende direkte Weiterbetreuung nach Entlassung. Grund ist, dass die CHN primär im ambulanten Bereich verortet ist, eher nicht in der stationären Versorgung, aber an Schnittstellen tätig wird.⁵⁷

51 Klapper (2023); World Health Organization (WHO) (2026b); Prados (2023)

52 In Anlehnung an Klapper (2023)

53 Zeeb et. al. (2025); Robert Koch Institut (RKI) (2026b)

54 Burgi / Igl (2021), S. 73 f.

55 Klapper (2023); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2018)

56 Burgi / Igl (2021), S. 73 ff.

57 Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022); Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2018)

- **Langzeitbetreuung:** Dieser Abschnitt umfasst Aufgaben im Zusammenhang mit der Betreuung chronisch erkrankter Menschen. Thematisiert wurden unter anderem: Verlaufskontrollen und Monitoring, Weiterverordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Impfungen und Gesundheitsuntersuchungen, Umsetzung von Vorsorgeprogrammen, erweiterte Assessments (z. B. Funktionalität, Selbstmanagement, psychosoziale Lage), Wundversorgung oder Notfallsituationen im Rahmen von Hausbesuchen. Dies ist eine weitere Kerntätigkeit der CHN (vgl. Abbildung 1).
- **Rehabilitation und Langzeitpflege:** Im Arbeitskreis wurde diskutiert: die Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP). Letztere kann jedoch auch in anderen Prozessschritten erforderlich werden. Die Betreuung von Patient:innen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde im Arbeitskreis nicht vertieft. Sie wäre denkbar, wurde hier jedoch eher in der Rolle einer APN verortet.⁵⁸

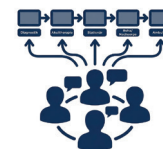
- **Palliative Versorgung:** In weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien muss die palliative Versorgung rechtzeitig besprochen, geplant und umgesetzt werden. Themen des Arbeitskreises waren: die Einleitung einer SAPV-Versorgung, die Überleitung in ein Hospiz oder Advanced Care Planning.

Die Themenstruktur des Arbeitskreises entlang des CoC wurde dem Fallbeispiel angepasst. Bestimmte Versorgungsleistungen können in mehreren Abschnitten auftreten (z. B. Lebensstilberatung, HKP, Wundversorgung). Zudem verläuft das CoC nicht linear. Wie in Abbildung 2 ersichtlich, bestehen Rückkopplungsschleifen, etwa wenn im Rahmen der Langzeitbetreuung Komorbiditäten auftreten. In solchen Fällen wird eine Rückkehr in frühere Abschnitte des CoC erforderlich.⁵⁹

58 Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2019), S. 8

59 Klapper (2023)

7. Ergebnisse des Arbeitskreises und Sounding Boards entlang des Continuum of Care



Zu Beginn dieses Kapitels definiert die Arbeitsgruppe grundlegende Aussagen und Begrifflichkeiten für ein gemeinsames Verständnis, die für alle Phasen des Continuum of Care gelten.

Begriffliche Festlegungen

1. „Eigenverantwortlich“

Der Begriff eigenverantwortlich wurde im Arbeitskreis in folgendem Sinne verwendet: Die CHN stellt (in manchen Prozessschritten die Diagnose), die Indikation, leitet eine Maßnahme / Intervention ein, überwacht und evaluiert den Zustand der Patient:innen und trägt die volle Verantwortung inkl. des potenziellen Haftungsrisikos. Dies entspricht dem rechtlichen Begriff der **Substitution**. Die CHN erkennt dabei die Grenzen der eigenen Kompetenzen und zieht erforderlichenfalls eine kompetente Person / Berufsgruppe hinzu.

2. Invasive Maßnahmen

In der medizinischen Terminologie sind invasive *Maßnahmen* „[...] Untersuchungen und Behandlungen, bei denen Instrumente in den Körper eingeführt werden – zum Beispiel in Blutgefäße oder die Bauchhöhle.“⁶⁰

Im Rahmen des Arbeitskreises wurde der Begriff für Interventionen bei Patient:innen verwendet, deren Durchführung nach der derzeitigen Rechtslage die **höchstpersönliche Leistungserbringung** durch eine Ärztin oder einen Arzt erfordert. Hierzu zählen bspw. Untersuchungen und Therapien im Bereich des Strahlenschutzrechts. Darüber hinaus ergänzend Maßnahmen, die mit erheblichen Kosten verbunden sind.

3. Meilensteingespräche⁶¹

Bei der Erarbeitung des Scope of Practice wurden relevante Zeitpunkte sichtbar, an welchen eine **umfassende Reevaluation der Versorgung** stattfinden muss z. B. die Entlassung aus einer stationären Behandlung oder die Einleitung einer Palliativversorgung.

Unter einem Meilensteingespräch versteht die Arbeitsgruppe einen **strukturierten Austausch** über den **aktuellen Stand** der Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten, verbunden mit der Reevaluation der Indikationen, der gemeinsamen Festlegung der nächsten Schritte und Ziele sowie der Aufgaben- und Rollenverteilung. Vorgesehen ist dieses Gespräch zwischen Hausarzt/Hausärztin und CHN – im besten Fall unter Einbezug der betroffenen Person. Der Einbezug weiterer relevanter Berufsgruppen ist ausdrücklich erwünscht. Meilensteingespräche sollen zeitnah, persönlich oder per Videosprechstunde, nach Erreichen des jeweiligen Meilensteins stattfinden. Die Arbeitsgruppe verständigte sich auf eine Frist von zwei Wochen.

4. Interprofessionelle Abstimmung

Als interprofessionelle Abstimmung definiert die Arbeitsgruppe eine Absprache zwischen Hausarzt/Hausärztin und CHN bei Unklarheiten oder Rückfragen für die Klärung „**der kleinen Fragen zwischendurch**“. Die Abgrenzung zu den Meilensteingesprächen ist, dass der Rahmen deutlich kleiner gesteckt ist. Beispiele sind das Auftreten von Red Flags oder auffällige Befunde.

⁶¹ Der Begriff „Meilensteingespräch“ wurde im Soundingboard kontrovers diskutiert. Ein Teil der Mitglieder kann sich mit der Bezeichnung anfreunden, da sie in diesem Kontext bislang nicht eindeutig besetzt ist. Ein anderer Teil empfindet die fehlende Bekanntheit des Begriffs als eher befremdlich. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff häufig mit dem Projektmanagement assoziiert wird, was für den vorliegenden Anwendungsfall nicht als passend angesehen wird.

Die Abstimmung muss unverzüglich erfolgen; sie kann persönlich, digital oder telefonisch stattfinden und muss dokumentiert werden. Ziel ist die Sicherung der Versorgungsqualität, indem mind. zwei Professionen mit ihren Perspektiven den Fall einordnen und das weitere Vorgehen abstimmen.

5. Fallbesprechungen

In dieser Publikation bezeichnet der Begriff Fallbesprechung ein **geplantes, regelmäßiges und patient:innenbezogenes Austauschformat** zwischen der CHN und einem Hausarzt oder einer Hausärztin. Anwendung findet es vor allem in der Langzeitbetreuung und dient dazu, einen gemeinsamen Informationsstand herzustellen, offene Fragen zu klären sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken. Sie sollten mindestens einmal pro Quartal stattfinden. Ein höherer Turnus ist abhängig vom Gesundheitszustand der Patient:innen, dem Erkrankungsbild sowie ggf. den Vorgaben des DMP oder eines Behandlungsalgorithmus festzulegen. Hier kann besonders die Anwendung standardisierter Kommunikationsmodelle zur Vermeidung von Rückspracheschleifen hilfreich sein. Die Durchführung kann flexibel erfolgen (telefonisch, persönlich, per Videokonferenz etc.). Wesentlich sind eine verlässliche Kooperation, die Etablierung fester Zeitfenster sowie die klare Ausgestaltung als Gespräch zwischen Ärzt:in und CHN. Zudem sollte eine Mindestzeit pro Patient:in definiert werden.

Grundannahmen, Rahmenbedingungen und Instrumente

In der Diskussion der Arbeitsgruppe wurde mehrfach die Notwendigkeit von **Behandlungsalgorithmen** (auch Therapiealgorithmen) besprochen. Behandlungsalgorithmen sind systematische Abfolgen von Behandlungsschritten, die sich daran orientieren, ob definierte Ziele erreicht werden (z. B. Symptomkontrolle, Labor- und Vitalparameter) oder nicht. In der Praxis werden sie häufig als Flussdiagramme dargestellt.⁶² Typischerweise beschreiben Behandlungsalgorithmen konkret, **was wann zu tun ist**, einschließlich Abzweigungen je nach Befund oder Verlauf. Häufig enthalten sie u. a. folgende Elemente:

- **Indikation:** Für welche Gruppe von Patient:innen gilt der Algorithmus,

- **Entscheidungspunkte:** z. B. Grenzwerte, Befundkonstellationen,
- **Therapiestufen** mit Handlungskorridor (Eskalation/Deeskalation),
- **Verlaufskontrolle:** Monitoring, Follow-up-Zeiten, Zielparameter und
- **Zuständigkeiten** der beteiligten Berufsgruppen.⁶³

In solchen Algorithmen sind häufig sogenannte **Red Flags** eingebettet. Diese Alarmzeichen sind Symptome oder Konstellationen, die auf potenziell schwere, zeitkritische oder lebensbedrohliche Ursachen hinweisen. Sie ziehen die Notwendigkeit einer raschen Abklärung nach sich.⁶⁴ Gleichmaßen sollten auch sogenannte **Yellow Flags** berücksichtigt werden. Sie bezeichnen psychosoziale, psychologische und verhaltensbezogene Risikofaktoren, die den Verlauf einer Erkrankung ungünstig beeinflussen können und werden insbesondere im Kontext muskuloskelettaler Beschwerden verwendet. Im Unterschied zu Red Flags weisen Yellow Flags nicht auf eine gefährliche organische Ursache hin, sondern machen auf Faktoren aufmerksam, die u. a. das Risiko für Chronifizierung, Funktionsverlust oder Arbeitsunfähigkeit erhöhen können.⁶⁵

Zusammengenommen stellen **Behandlungsalgorithmen** mit integrierten Red Flags / Yellow Flags die zentrale **Handlungsgrundlage** für die eigenverantwortliche Erbringung erweiterter heilkundlicher Maßnahmen durch die CHN dar. Sie definieren Aufgaben, Handlungskorridore und Grenzen – und legen fest, ab wann Ärzt:innen in die Behandlung einzubeziehen sind. Sie erfordern eine bundesweite Gültigkeit. Sie können auch ermöglichen, dass weitere Maßnahmen wie die radiologische Überweisung zur Durchführung des Lungenkrebs-Screenings oder Facharztüberweisung im Rahmen der DMPs, durch die CHN eigenverantwortlich umgesetzt werden können.

In Deutschland bestehen bereits **Leitlinien und DMPs** die, bislang primär auf die ärztliche Profession fokussiert sind. Diese könnten genutzt und systematisch um Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie zur sektor- und professionsübergreifenden Aufgabenverteilung ergänzt werden. Perspektivisch sollten Leitlinien und DMPs interprofessionell entwickelt und um die Rollen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen erweitert werden.

62 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026a); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026b); Adli et. al. (2005)

63 Campbell et. al. (1998); Margolis (1983); Lawal et. al. (2016); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026a); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026b)

64 Koppenberg et. al. (2019); Verhagen et. al. (2016)

65 Nicholas et. al. (2011); Government of South Australia (2026)

Es kann erweiternd **ein praxistaugliches Eskalations-system** in Form einer Status-Ampel eingeführt und auch in Behandlungsalgorithmen eingebettet werden. Es er-

leichtert die standardisierte Einschätzung, schafft klare Zuständigkeiten und Eskalationswege. Ein Beispiel dafür zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Beispiel einer Status-Ampel mit Kriterien und Maßnahmen am Fallbeispiel; eigene Darstellung

Status	Kriterien	Eigenständige Maßnahmen der CHN
Grün stabil / Routine	➤ Stabiler Verlauf ➤ DMP-Routine ➤ Befunde / Werte im Zielkorridor ➤ keine Warnzeichen	✓ Regelmäßige Verlaufskontrollen inkl. Anamnese/Assessment ✓ Laborkontrollen nach Standard (z. B. gemäß DMP, Algorithmus, Leitlinie) ✓ Folgeempfehlungen im Rahmen definierter Prozesse / Absprachen / entsprechend bestehenden Qualifikationen der CHN ✓ Dokumentation und patient:innenbezogene Beratung / Selbstmanagementförderung
Gelb leichte Abweichungen / engmaschige Kontrolle	➤ Leichte Abweichungen vom Zielkorridor (z. B. Blutdruck moderat erhöht) ➤ beginnende Ödeme / Beinschwellung, Gewichtszunahme ➤ aber keine Red Flags	✓ Therapieanpassung nach festgelegtem Algorithmus / Protokoll (z. B. Stufenschema) ✓ Engmaschige Kontrolle (z. B. innerhalb von 24–48 Stunden, ggf. mit telemedizinischer ärztlicher Einbindung bei Abstimmungserfordernis) ✓ Strukturierte Dokumentation inkl. Begründung der Anpassung ✓ Information an den / die Hausärzt:in (z. B. kurzer Bericht/Vermerk) und ggf. Terminempfehlung
Rot akute oder subakute Verschlechterung / Notfallpfad	➤ Akute Symptome oder subakute Verschlechterung, z. B. Atemnot, massive Ödeme, Verwirrtheit, Kreislaufinstabilität, thorakale Schmerzen, deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustands ➤ Bestehende Red Flags	✓ Sofortige ärztliche Konsultation (Hausärzt:in / ärztlicher Bereitschaftsdienst bzw. Notfallmanagement) ✓ Priorisierte Ersteinschätzung (ABCDE-Schema o. ä.) ✓ Organisation der weiteren Versorgung (Transport / Rettungsdienst) und lückenlose Dokumentation

In der nachfolgenden Darstellung wird die Notwendigkeit einer **Arzneimittel-Positivliste** hervorgehoben. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe ist sie die Grundlage für die **Erst- und Weiterverordnung von Arzneimitteln**. Im Sounding Board wurde ergänzt, dass die Befugnis zur Erst- und Weiterverordnung an spezifische Qualifikationen der CHN gebunden und in die jeweiligen Behandlungsalgorithmen integriert werden muss; letzteres gilt auch für die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Darüber hinaus ist es erforderlich, klare Kriterien und Rahmenbedingungen für die Erst- und Folgeverordnung einzelner Arzneimittel festzulegen. Ein Handlungsspielraum bei Folgeverordnungen kann größer ausgestaltet werden, da hier eine ärztliche Indikationsstellung vorausgegangen ist. Die Ausweitung der **Positivliste** auf **Heil- und Hilfsmittel** sowie **diagnostische Maßnahmen** ist denkbar. Für Hilfsmittel bestehen bereits Verordnungsmöglichkeiten durch Pflegefachpersonen im Rahmen des SGB IX. Für die Tätigkeit von CHNs wäre jedoch eine Erweiterung dieser Befugnisse auf den Leistungsbereich des SGB V erforderlich.

Abschließend weist die Arbeitsgruppe darauf hin, dass sich nicht alle Graubereiche umfassend regulieren lassen, daher benötigt es ein pragmatisches und reflektiertes Vorgehen, dass Versorgungsprozesse verbessert und durch effizientere Aufgabenverteilung alle Berufsgruppen entlastet.

Nachfolgend werden die erweiterten heilkundlichen Aufgaben als Diskussionsverlauf aus Arbeitskreis und Soundingboard entlang des Continuum of Care unter Anwendung des Beispielfalles dargestellt, um verschiedenen Perspektiven der Beteiligten darzustellen. Jeweils am Ende der Unterkapitel 7.1 bis 7.6 werden die konkreten Ergebnisse grafisch dargestellt. Dies ist ausdrücklich als Vorschlag zu verstehen. Für eine konkrete Umsetzung bedarf es einer vertiefenden Diskussion. Abgerundet wird das Kapitel mit der Prüfung der Ergebnisse auf Anwendbarkeit auf eine andere chronische Erkrankung.

Die Arbeitsgruppe unterschied nicht danach, ob die Aufgaben der CHN u. a. in einer Arztpraxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum, einem Primärversorgungszentrum oder im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen, auch wenn bestimmte Behandlungsorte im Einzelfall nachfolgend naheliegend erscheinen. Weitere Ergebnisse hierzu werden in Abschnitt 9.2 dargestellt. Es ist als settingunabhängig zu verstehen.

7.1 Diagnostik

Der primäre Fokus im Bereich Diagnostik muss darauf liegen, **schwerwiegende Verläufe und Erkrankungen auszuschließen**. Dies wird durch die Einhaltung von Red Flags sowie von definierten Behandlungsalgorithmen und Standards gewährleistet.

Erstkontakt und standardisierte Ersteinschätzung

Der Erstkontakt von Patient:innen beginnt – vorbehaltlich einer noch zu implementierenden standardisierten **Ersteinschätzung** – mit der Erhebung einer Anamnese. Eine Ersteinschätzung kann bereits am Empfang (bspw. durch medizinische Fachgestellte) bzw. vor dem Erstkontakt mittels eines digitalen Scoring-Verfahrens erfolgen. Abhängig vom Score erfolgt die Erstkontaktsteuerung:

- Niedriger Score: Erstkontakt durch die CHN
- Hoher Score: Erstkontakt durch Ärzt:in

Nutzbar ist hierfür bspw. das SmED-System, das im Rahmen der 116117 eingesetzt wird. Nach Durchführung der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung werden als Ergebnis eine empfohlene Versorgungsebene sowie eine Dringlichkeitsstufe ausgegeben. Denkbar wäre, dass bei den Versorgungsebenen „Vertragsarzt“ oder „vertragsärztliche Telekonsultation“ in Kombination mit der Dringlichkeitsstufe „Medizinische Behandlung nicht innerhalb von 24 Stunden erforderlich“ eine CHN den Erstkontakt übernehmen könnte. Wichtig ist, dass die im Rahmen der digitalen Ersteinschätzung oder der telefonischen Ersteinschätzung über die 116117 erhobenen Daten anschließend an die zuständige Vertragsarztpraxis übermittelt werden, damit diese über den Ersteinschätzungsbefund informiert wird und Doppelabfragen reduziert werden.

Die **Anamnese** kann symptomfokussiert erfolgen; bei unbekannten Patient:innen sollte dies ausführlicher in allen Dimensionen, wie medizinisch, pflegerisch oder psychosozial erfolgen. Die Durchführung kann eigenverantwortlich durch die CHN erfolgen. Voraussetzung ist ein Vorgehen nach festgelegten Standards wie z. B. durch definierte Mindestinhalte und Dokumentationsanforderungen. Zwingend muss eine vollständige Medikamentenanamnese sein, insbesondere mit Blick auf kürzliche Änderungen, Interaktionen und Einnahmehäufigkeit.

Hier können konkrete Protokolle und Scores Verwendung finden, ebenso klare Kriterien zur Entscheidung, ob ein akutes, subakutes oder chronisches Krankheitsgeschehen Behandlungsanlass ist. Bei chronischen Erkrankungen können bestimmte Verschlechterungen tolerierbar sein, sofern sie charakteristisch sind; hierfür sind spezifi-

sche Kriterien zu entwickeln und verbindlich festzulegen.

Ärztliche Rücksprache ist erforderlich bei Unsicherheiten, akuten Situationen und beim Auftreten von Red Flags. Ist jedoch ein Behandlungsalgorithmus für weiterführende Maßnahmen etabliert, kann die CHN bereits weitere Schritte einleiten, z. B. bei Verdacht auf Myokardinfarkt: unverzügliche Information der Ärztin / des Arztes, Troponin-Schnelltest, EKG.

Körperliche Untersuchung

An die Anamnese schließt die körperliche Untersuchung an. Die CHN kann eigenverantwortlich Basisuntersuchungen durchführen, beispielsweise:

- Messung von Vitalparametern und Körpermaßen (z. B. Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung, Blutzucker, Größe, Gewicht),
- Auskultation (z. B. Herz, Lunge, Karotiden),
- Inspektion und Palpation (z. B. untere Extremitäten, Abdomen),
- orientierende neurologische Untersuchung oder
- in der hier beschriebenen Konstellation: Abschätzung des zentralen Venendrucks.

Es sollten etablierte Verfahren und Algorithmen verwendet werden (z. B. ABCDE-Schema). Rücksprache ist zu halten, wenn neue Auffälligkeiten oder Verschlechterungen festgestellt werden. Eine ärztliche Nachvalidierung ist im Standardfall nicht erforderlich.

Weiterführende Diagnostik liegt im ärztlichen Ermessen; Gleiches gilt für intime oder invasive Untersuchungen (z. B. gynäkologische oder rektale Untersuchungen).

Einleitung weiterführender Diagnostik

Die Einleitung diagnostischer Maßnahmen kann durch die CHN eigenständig erfolgen, wenn sie in Standards bzw. Behandlungsalgorithmen verbindlich verankert sind – z. B. eine Langzeitblutdruckmessung zur Abklärung einer arteriellen Hypertonie sowie zusätzlich diagnostische Schritte, die sich als logische Folgehandlung aus der Basisdiagnostik ergeben (z. B. Blutabnahme nächster Schritt: Auswahl der Laborparameter und Beauftragung der Analyse). Die Grenzen eigenständigen Handelns ergeben sich aus den zuvor festgelegten Behandlungsalgorithmen ggf. weiteren Standards.

Als eigenverantwortliche Aufgabe der CHN ist der Einsatz von Point-of-Care-Diagnostik (patientennahe Sofort-

diagnostik) sinnvoll. Dazu gehören u. a. die Durchführung von Schnelltests sowie die unmittelbare Bestimmung von Parametern wie CRP, D-Dimer, proBNP oder COVID-19 oder die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen. Daran schließen sich die Auswertung der Ergebnisse sowie ggf. deren Weiterleitung und eine interprofessionelle Abstimmung an.

Befundauswertung und Komplexitätssteuerung

Die Auswertung diagnostischer Befunde ist nach ihrer Komplexität zu differenzieren. Grundsatz: Bei Auffälligkeiten ist eine Rücksprache erforderlich. Bei einfachen Untersuchungen ist eine unmittelbare Befundung durch die CHN nötig (z. B. FAST-Sonographie).

Mit zunehmender Anzahl pathologischer Befunde steigt die Komplexität und die Notwendigkeit einer integrativen Gesamtschau. Dies überschreitet in der Regel den Kompetenzbereich der CHN. Als Ansatz (weiter zu präzisieren) wird die Einführung einer **Komplexitätsampel** vorgeschlagen:

- Grün (CHN-geführt möglich): wenige Vordiagnosen, wenige pathologische Befunde, überschaubare Medikation,
- Gelb / Rot (ärztliche Mitwirkung erforderlich): mehrere Vordiagnosen, Polypharmazie, instabile und/oder zahlreiche pathologische Befunde.

Bei der Entwicklung einer solchen Komplexitätsampel sind Eskalations- und Rückführungsstufen mitzudenken, z. B.: auffälliges EKG → ärztlich angeleitete weiterführende Diagnostik → ggf. Rückführung in die CHN-geführte Versorgung.

Verdachtsmomente, Diagnosestellung und fallabschließende Versorgung bei einfachen Erkrankungen

Die Arbeitsgruppe formulierte, dass **CHNs Verdachtsmomente** benennen können. Die Stellung einer **medizinischen Diagnose** nach ICD sei, mit Ausnahme einfacher Krankheitsbilder, **ärztliche Aufgabe**. Im Soundingboard wurde diese Einschränkung jedoch hinterfragt, da sie als zu eng gefasst bewertet wurde. Die Verdeutlichung erfolgte am Beispiel der Wundversorgung: Eine CHN oder APN kann ein Ulcus cruris fachlich / diagnostisch einordnen und anschließend im Rahmen eines Konsils den zuständigen Arzt bzw. die zuständige Ärztin zur Abklärung der Ursache hinzuziehen. International sei es in vielen Gesundheitssystemen üblich, dass Nurse Practitioners ICD-Diagnosen stellen können. Eine generelle Ausnahme für Deutschland sollte daher kritisch hinterfragt werden. Um sich internationalen Standards anzunähern,

könnte insbesondere der Abschnitt V der ICD-11, der die Beschreibung und Klassifikation der Funktionsfähigkeit umfasst, als gemeinsam genutzter Zuständigkeitsbereich etabliert werden.⁶⁶ Dies würde eine interprofessionelle Zusammenarbeit stärken und die Kompetenzen von APN / CHN angemessen berücksichtigen.

Die Arbeitsgruppe kam weiterhin zu dem Ergebnis, dass bei **unkomplizierten Erkrankungen** wie Erkältungskrankheiten, akuten Magen-Darm-Infekten oder unkomplizierten Harnwegsinfekten eine **fallabschließende Versorgung durch CHN** möglich ist. Dies kann auch die Arzneimittelverordnung sowie die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung umfassen, sofern eine einfache Konstellation vorliegt und entsprechende Leitlinien bzw. Behandlungsalgorithmen bestehen. Für komplexe Situationen - näher zu konkretisieren – z. B. bei Multimorbidität, Schwangerschaft oder Säuglingen, sah die Arbeitsgruppe eine Grenze der eigenverantwortlichen CHN-Versorgung. In diesen Fällen sei ärztliche Expertise regelhaft hinzuzuziehen. Im Soundingboard wurde hierzu diskutiert, dass die Einschätzung über das Vorliegen einer einfachen Erkrankung nicht immer eindeutig ist. Studien zeigten hierzu unterschiedliche Ergebnisse. Es wurde jedoch auch betont, dass ein genereller Ausschluss multimorbider Patient:innen aus der CHN- oder APN-Versorgung nicht sachgerecht seien. Gerade multimorbide Patient:innen und komplexe Versorgungssituationen gehören zu den zentralen Zielgruppen von CHN und APN. Internationale / nationale Erfahrungen zeigen, dass erweiterte pflegerische Rollen in solchen Versorgungskontexten gute Ergebnisse erzielen können. Entscheidend sei daher nicht der pauschale Ausschluss bestimmter Patient:innengruppen, sondern eine multiprofessionelle Versorgung mit klaren Zuständigkeiten, abgestimmten Prozessen und verbindlichen Algorithmen. Weder Ärzt:innen noch CHN können komplexe Patient:innen allein umfassend versorgen. Zugleich wurde die Begrifflichkeit der **Multimorbidität** als Abgrenzungskriterium kritisch bewertet (Soundingboard). Der Begriff sei in der Praxis unscharf und bedürfe einer differenzierten Betrachtung. Nicht jede Multimorbidität führt per se zu einer komplexen oder instabilen Versorgungssituation.

Für Fälle, in die eine fallabschließende Versorgung einer Erkrankung durch CHN nicht abklingt, sich verschlechtert oder Komplikationen auftreten, ist eine ärztliche Abklärung vorzusehen. Bei Versorgungsengpässen kann Telemedizin eine ergänzende Konsultationsmöglichkeit sein.

66 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2026)

Diagnostik

1



Erstkontakt und Ersteinschätzung

- Eine standardisierte Ersteinschätzung könnte bereits am Empfang oder digital erfolgen.
- Je nach Risiko-Score kann entschieden werden:

niedriger Score:
Erstkontakt durch CHN

hoher Score:
Erstkontakt durch Ärzt:in

2



Anamnese durch CHN

- Die CHN kann die Anamnese eigenverantwortlich übernehmen, wenn sie nach festen Standards erfolgt.
- Bei unbekannten Patient:innen ist oft eine umfassendere Erhebung nötig, inklusive medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Aspekte.
- Ärztliche Rücksprache ist nötig bei Unsicherheiten, akuten Situationen sowie Red Flags oder Yellow Flags.

3



Körperliche Untersuchung

- Die CHN kann Basisuntersuchungen eigenverantwortlich durchführen, zum Beispiel:
 - Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung, Blutzucker, Größe und Gewicht
 - Auskultation von Herz, Lunge oder Karotiden
 - Inspektion und Palpation von Abdomen oder Extremitäten
 - orientierende neurologische Untersuchung
 - Abschätzung des zentralen Venendrucks
- Bei neuen Auffälligkeiten oder Verschlechterungen ist ärztliche Rücksprache notwendig.

4



Einleitung weiterführender Diagnostik

- Die CHN kann diagnostische Maßnahmen selbst einleiten, wenn diese in Standards oder Algorithmen verankert sind.
- Beispiele sind Langzeitblutdruckmessung, Blutabnahme oder Laboranforderungen.
- Point-of-Care-Diagnostik wird als sinnvolle CHN-Aufgabe beschrieben, etwa Schnelltests, CRP, D-Dimer, proBNP, COVID-19-Tests oder Ultraschall.

5



Befundauswertung und Komplexität

- Einfache Befunde kann die CHN auswerten.
- Bei Auffälligkeiten ist Rücksprache erforderlich.
- Mit mehreren pathologischen Befunden steigt die Komplexität und damit die Notwendigkeit ärztlicher Mitwirkung.

6



Verdachtsmomente und Diagnosestellung

- CHN können begründete Verdachtsmomente benennen.
- In der Regel medizinische Diagnose durch Arzt / Ärztin

7



Versorgung einfacher Erkrankungen

- Bei unkomplizierten Erkrankungen kann eine fallabschließende Versorgung durch CHN möglich sein, zum Beispiel bei:
 - Erkältungskrankheiten
 - akuten Magen-Darm-Infekten
 - unkomplizierten Harnwegsinfekten
- Dies könnte auch Arzneimittelverordnung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung umfassen, sofern klare Leitlinien und Algorithmen bestehen.



Grenzen der eigenverantwortlichen CHN-Versorgung

- Bei komplexen Situationen ist ärztliche Expertise notwendig, zum Beispiel bei instabilen Verläufen, Schwangerschaft, Säuglingen oder unklaren Krankheitsbildern.
- Wenn eine zunächst einfache Erkrankung nicht abklingt, sich verschlechtert oder Komplikationen auftreten, muss ärztlich abgeklärt werden.

7.2 Akuttherapie

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Einleitung der Therapie, insbesondere die Erstverordnung von Arzneimitteln, dem zugehörigen Medikationsplan sowie erneut die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Weitere Themen sind DMPs, Beratungs-, Schulungs- und Anleitungsleistungen sowie die Einweisung zur stationären Behandlung.

Arzneimitteltherapie und Medikationsplan

Im Beispielfall stellt die Verordnung einer Arzneimitteltherapie den ersten therapeutischen Ansatz dar. Eine eigenverantwortliche Arzneimittelverordnung **durch CHNs wird als möglich erachtet**, ist jedoch an **klare Voraussetzungen** gebunden:

- Erforderlichkeit klar definierte Handlungskorridore in Form standardisierter Behandlungsalgorithmen sowie eine Positivliste der verordnungsfähigen Arzneimittel. Schmerzmittel sind einzubeziehen. Kritisch zu berücksichtigen sind komplexe Fallkonstellationen wie Multimedikation oder relevante Begleiterkrankungen.
- Für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Positivliste ist eine strukturierte Gefährdungs- und Risikobewertung erforderlich.
- Für die meisten Arzneimittel wird vor der Verordnung eine interprofessionelle Abstimmung empfohlen, was als Bestandteil der Qualitätssicherung verstanden wird.
- Bei Arzneimitteln mit besonderem Kontrollbedarf (z. B. erforderliche Laboruntersuchungen vor oder während der Therapie) muss die CHN entsprechende Kontrollen anordnen, durchführen und fachgerecht interpretieren.

Bei erhöhtem Risiko, besonderem Kontrollbedarf oder Abweichungen vom Standardprozess wird die ärztliche Einbindung notwendig. Die Mitglieder des Soundingboards betonen in diesem Zusammenhang, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit oberste Priorität haben muss. Eine Erstverordnung von Arzneimitteln durch eine CHN mit Fokus auf die Arzneimittelgruppen des Fallbeispiels ist ungünstig. Kritisch bewertet wurde auch eine eigenverantwortliche Verordnung von Antibiotika. In diesem Bereich bestehen sektorenübergreifend erhebliche Herausforderungen, im Hinblick auf Resistenzentwicklungen. Im Krankenhausbereich wurden für die ärztliche Profession bereits strengere Regelungen etabliert. Für den ambulanten Bereich sollten vergleichbare Anforderungen ebenfalls berücksichtigt werden. Daher ist eine eigenverantwortliche Verordnung von Antibiotika durch

CHN nicht zu empfehlen.

Patient:innen haben Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans, wenn mindestens drei systemisch wirkende Arzneimittel über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen verordnet werden.⁶⁷ Eine Mitwirkung der CHN bei der Erstellung und Aktualisierung dieses Medikationsplans ist möglich und sinnvoll. Es wird ein qualitätssicherndes Vier-Augen-Prinzip empfohlen. Die zweite prüfende Person muss dabei nicht zwingend der ärztlichen Profession angehören, sondern kann beispielsweise auch eine Apotheker:in sein.

Weitere vorgeschlagene Eckpunkte sind:

- Auch bei Änderungen des Medikationsplans sollte eine Validierung erfolgen; diskutiert wurde eine zeitliche Fristbindung.
- Nach Krankenhausentlassungen sind Anpassungen des Medikationsplans auf Basis des Entlassbriefs möglich, erfordern jedoch einen klar definierten Handlungsalgorithmus.
- Aufgrund der ärztlichen Mitverantwortung soll der / die behandelnde Ärzt:in den Medikationsplan innerhalb einer festgelegten Frist validieren; alternativ wurde interprofessionelle Abstimmung benannt.
- Die technische und rechtliche Voraussetzung ist die Ausstattung der CHN mit einem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Damit müssen folglich auch der Zugriff auf Medikamentenlisten bzw. den Medikationsplan sowie entsprechende Schreibrechte ermöglicht werden.

Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Diejenige **Person, die eine Diagnose stellt, muss auch berechtigt sein, die entsprechende Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen**. Die AU-Bescheinigung wurde als integraler Bestandteil des diagnostisch-therapeutischen Prozesses verstanden. Damit liegt die Zuständigkeit von Ärzt:innen insbesondere im Bereich akuter Erkrankungen. Eine Ausnahme bildet die fallabschließende Behandlung **einfacher Erkrankungen** durch CHNs (vgl. Abschnitt 7.1), bei denen auch die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit möglich sein muss.

67 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021)

Beratung, Aufklärung, Schulung, Anleitung und DMPs

Beratung, Schulung, Anleitung und Aufklärung sind zentrale Bestandteile der Versorgung im Rahmen von DMPs und auch für die kontinuierliche Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen von hoher Bedeutung. Sie zielen darauf ab, Patient:innen zu befähigen, ihre Erkrankung und die zugehörige Therapie zu verstehen, Herausforderungen im Alltag zu bewältigen und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Ein Fokus liegt dabei auf der Förderung des Selbstmanagements, also der Fähigkeit, mit der Erkrankung im Alltag eigenständig, informiert und situationsangemessen umzugehen.

CHNs können in diesem Zusammenhang **das gesamte Spektrum von Beratung, Schulung, Anleitung und Aufklärung** erbringen. Sie informieren über Krankheitsbilder, Therapien und Risiken, leiten Patient:innen im Umgang mit Symptomen, Medikamenten, Hilfsmitteln oder Messverfahren an, schulen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und unterstützen die Patient:innen dabei, Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu bewerten und anzuwenden. Dadurch tragen sie zur Stärkung von Autonomie, Adhärenz, Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement bei. CHNs sind durch ihre Qualifikation besonders gut für diese Aufgaben geeignet. Aufbauend auf der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachperson sowie einem ergänzenden bzw. einem primärqualifizierenden Bachelorabschluss verfügen sie über die erforderlichen Kompetenzen, um Beratung, Schulung, Anleitung und Aufklärung eigenverantwortlich durchzuführen. Als eigenständiger Aufgabenbereich der CHN ist daher auch die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation von Beratungs-, Schulungs-, Leitungs- und Aufklärungsangeboten für chronisch erkrankte Menschen zu verankern. Dies umfasst auch Gruppenschulungen sowie zertifizierte Schulungsprogramme im Rahmen von DMPs. Der Arbeitskreis sieht hierin ein zentrales Aufgabenfeld der CHN, da neben dem Nutzen für Patient:innen auch eine Entlastung der hausärztlichen Praxen erwartet wird, denen für diese zeitintensiven Leistungen häufig nicht ausreichend Ressourcen und Qualifikation zur Verfügung stehen.

Die eigenverantwortliche **Einschreibung** von Patient:innen bestehende DMPs durch die CHN ist umsetzbar und wird als potenzieller Hebel zur Steigerung der Einschreibequoten bewertet.

Weitere diskutierte Punkte sind:

- Als prioritäre Zielgruppen werden DMP-Teilnehmende sowie Menschen mit häufigen chronischen Erkrankungen („Volkskrankheiten“) benannt.

- Der Bedarf an Beratungsleistungen wird als hoch und zeitintensiv eingeschätzt; die Einbindung von CHN soll Gesundheitskompetenz, Lebensstil und Selbstmanagement fördern und eine kontinuierliche Betreuung mit einer festen Ansprechperson ermöglichen.
- Die Aufklärung zu Arzneimitteln, Therapien und zum Komplikationsmanagement kann die CHN innerhalb klar definierter Grenzen übernehmen, vor allem wenn sie Erstverordnungen vornimmt, vorausgesetzt die fachliche Qualifikation sowie Umsetzungskompetenz sind vorhanden.
- Inhalte umfassen u. a.: Aufklärung zur Erkrankung, zur Therapie und zum Notfallmanagement; Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten; Lebensstilberatung; Schulung, Beratung und Anleitung von Patient:innen und Angehörigen zu gesunder Lebensführung, zum Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Krankenhauseinweisung

Stellt die CHN die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung fest, kann sie die Krankenhauseinweisung ausstellen und die Aufnahme organisieren, wenn eine vorherige interprofessionelle Abstimmung mit der ärztlichen Profession erfolgte und diese auf dem Einweisungsschein / in der digitalen Dokumentation nachvollziehbar festgehalten wird (ggf. einschließlich der Organisation von Transportmitteln). Das Ziel ist die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen. Für Hausbesuche wird ein vorgelagertes Telekonsil als praktikabler und effizienter Weg zur ärztlichen Einbindung benannt.

Akuttherapie

1



Arzneimittelverordnung durch CHN

- Eine eigenverantwortliche Verordnung von Arzneimitteln durch Community Health Nurses wird grundsätzlich als möglich gesehen.
- Dafür braucht es klare Voraussetzungen, insbesondere:
 - standardisierte Behandlungsalgorithmen
 - klar definierte Handlungskorridore
 - eine Positivliste verordnungsfähiger Arzneimittel
 - strukturierte Risiko- und Gefährdungsbewertungen
- Eine eigenverantwortliche Verordnung von Antibiotika durch CHN wird nicht empfohlen.

2



Ärztliche Einbindung bei Arzneimitteln

- Bei erhöhtem Risiko, besonderem Kontrollbedarf oder Abweichungen vom Standardprozess soll ärztliche Rücksprache erfolgen.

3



Medikationsplan

- Die CHN kann sinnvoll an Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans mitwirken.
- Empfohlen wird ein Vier-Augen-Prinzip, wobei die zweite prüfende Person auch Apotheker:in sein kann.
- Ärztliche Validierung oder interprofessionelle Abstimmung soll innerhalb festgelegter Fristen erfolgen.

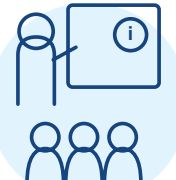
4



Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

- Grundsätzlich soll die Person, die eine Diagnose stellt, auch eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen dürfen.
- Bei akuten Erkrankungen bleibt dies vor allem Aufgabe der Ärzt:innen.
- Bei einfachen Erkrankungen, die CHN fallabschließend behandeln können, sollte auch eine AU-Bescheinigung durch CHN möglich sein.

5



Beratung, Schulung, Anleitung und Aufklärung

- Diese Leistungen sind zentral Aufgabe in der Versorgung chronisch kranker Menschen und in DMPs.
- Ziel ist es, Patient:innen beim Verständnis ihrer Erkrankung, der Therapie und des Alltagsmanagements zu unterstützen.
- Besonders wichtig sind Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement, Autonomie und Therapietreue.
- Inhalte der Beratung durch CHN (bspw.):
 - Aufklärung über Erkrankung, Therapie und Notfallmanagement
 - Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten
 - Lebensstilberatung
 - Schulung von Patient:innen und Angehörigen
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Unterstützung beim Umgang mit chronischen Erkrankungen

6



Krankenhauseinweisung

- Wenn eine CHN die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung feststellt, kann sie die Einweisung ausstellen und die Aufnahme organisieren.
- Voraussetzung ist eine vorherige interprofessionelle Abstimmung mit Ärzt:innen, welche nachvollziehbar dokumentiert werden muss.

7.3 Krankenhausbehandlung

Die Ergebnisse der Sitzung fokussieren auf die Kommunikation mit dem Krankenhaus – im Hinblick auf die Aufnahme und den stationären Aufenthalt, das Entlassmanagement sowie die direkte Weiterbetreuung nach einer stationären Behandlung.

Aufnahme und stationärer Aufenthalt

Bei der Aufnahme und während des stationären Aufenthalts fungiert die CHN als zentrale Ansprechperson für den ambulanten Bereich. Eine Aufgabe besteht darin, eventuelle Rückfragen der Klinik über die Versorgung vor der Krankenhauseinweisung und welche Unterstützungsstrukturen bereits bestanden zu beantworten.

Darüber hinaus wurden in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen der behandelnden Klinik Aufgaben der CHN im Rahmen der Entlassplanung und der Überleitung in das anschließende Versorgungssetting ausgelotet:

- Die frühzeitige Entlassplanung liegt aktuell in der Verantwortung des Krankenhauses. Die CHN kann diesen Prozess unterstützen und Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen. Dafür muss der derzeitige gesetzliche Rahmen angepasst werden.
- Koordination des Informationsflusses zwischen Klinik und Nachversorgung: Die CHN betrachtet die Versorgung mehrdimensional, kennt den Sozialraum der Community und kann passende Unterstützungsangebote gezielt einbeziehen. Daher erscheint es sinnvoll, Aufgaben des Entlassmanagements teilweise an die CHN zu übertragen bzw. sie verbindlich einzubinden. Versorgungsbrüche an Sektorengrenzen könnten dadurch reduziert oder vermieden werden.
- Einbindung von Angehörigen und Zugehörigen: Angehörige und Zugehörige sollten frühzeitig einbezogen werden, vor allem wenn sie die Versorgung nach der Entlassung übernehmen oder maßgeblich unterstützen. Informationslücken oder Missverständnisse bergen ein Gefährdungspotential.
- Sicherstellung eines lückenlosen Medikationsmanagements: Patient:innen und Angehörige benötigen einen vollständigen und verständlichen Medikationsplan zur Entlassung. Zudem ist die Weiterverordnung vor der Entlassung so zu organisieren, dass Therapieunterbrechungen vermieden werden. Dazu gehört auch die Prüfung, ob geplante Maßnahmen im ambulanten Setting

realistisch umsetzbar sind, etwa Labor- oder Blutentnahmen am Wochenende zur Dosissteuerung.

Übergänge zwischen Versorgungsinstanzen sollen insgesamt „ineinandergreifend“ gestaltet werden. Ambulante Akteure (einschließlich CHN) müssen vor der Entlassung aktiv werden können, etwa um Verordnungen und Hilfsmittel vorzubereiten bzw. zu organisieren.

Weiterverordnungen nach Entlassung: Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel

Im Beispielfall führt die CHN am Entlassungstag einen Hausbesuch durch, sichtet Entlassbrief, Empfehlungen und Medikation und prüft, ob der Gesundheitszustand dem bei Entlassung dokumentierten Zustand entspricht. Dies soll Grundlage der Weiterbetreuung und für weitere (heilkundliche) Schritte, insbesondere für Weiterverordnungen sein.

Eine Weiterverordnung von Medikamenten gemäß Entlassbrief ist unter folgenden Voraussetzungen durch die CHN möglich:

- Basis ist eine Medikamenten-Positivliste, die die Verordnungsfähigkeit regelt.
- Keine Arzneimittel mit hohem Gefährdungspotenzial oder ggf. solche, deren Dosierung/Anwendung therapeutische Entscheidungen erfordert (z. B. auf Grundlage von Laborparametern). Diese müssen ärztlich verordnet werden bzw. durch CHN nach ärztlicher Rücksprache.
- Die Weiterverordnung sollte zeitlich bis zur Wiedervorstellung beim betreuenden Hausarzt bzw. der betreuenden Hausärztin (Meilensteingespräch) begrenzt sein. Ziel ist die Vermeidung von Versorgungsbrüchen.

Als besondere Herausforderung wurde diskutiert, wenn leitliniengerechte Medikamente im Entlassbrief nicht aufgeführt sind und das Unterlassen der Verordnung nicht begründet wird. Beispielhaft wurde Nitroglycerin genannt. Dies ist anspruchsvoll, da das Medikament potenziell kritische Reaktionen auslösen kann, weswegen eine interprofessionelle Abstimmung erforderlich wäre. Dieses Vorgehen ist analog auf alle Arzneimittel anzuwenden, die außerhalb der Positivliste liegen. Eine direkte Kontaktaufnahme mit der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt in der Klinik wurde als nicht praktikabel eingeschätzt.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Entlassung möglicherweise nicht alle für die weitere

Versorgung erforderlichen Hilfsmittel verordnet wurden. In solchen Fällen muss die CHN befugt sein, entsprechende Verordnungen nachträglich auszustellen. Hierfür sollte der bestehende Hilfsmittelkatalog weiterentwickelt werden. Pflegefachpersonen verfügen bereits im Kontext des SGB XI über Verordnungsmöglichkeiten in Form von Empfehlungen. Daran anknüpfend sollten CHN erweiterte Verordnungsbefugnisse im Bereich des SGB V erhalten. Die Regelungen sollten so ausgestaltet werden, dass CHN alle standardisierten Hilfsmittel verordnen können. Ausgenommen bleiben hochpreisige sowie individuell angefertigte Hilfsmittel, welche vorher einer interprofessionellen Abstimmung bedürfen. Ziel ist medizinische Erfordernisse zu prüfen und unnötige Kosten für das Gesundheitssystem zu vermeiden.

Entsprechendes gilt für die Weiterverordnung von im Entlassbrief empfohlenen Heilmitteln, wie Physiotherapie für deren Verordnung die CHN befugt sein sollte.

Wenn im Entlassbrief eine fachärztliche Weiterbetreuung empfohlen wird, sind Überweisungen nicht Aufgabe der CHN, weil dies meist keine zeitkritische Maßnahme darstellt.

Wiedervorstellung in der Hausarztpraxis und Meilensteingespräche

Die Entlassung aus einer stationären Behandlung ist ein Meilenstein im Versorgungsprozess und daher ist ein Meilensteingespräch erforderlich, um die weiteren Schritte interprofessionell abzustimmen. Dieses sollte zeitnah erfolgen; die Arbeitsgruppe hat hierfür eine Frist von zwei Wochen festgelegt. Die Wiedervorstellung kann – sofern eine persönliche Vorstellung nur mit hohem organisatorischem Aufwand möglich ist oder der Zustand der Patient:innen dies nicht zulässt – auch im Rahmen eines telemedizinischen Konsils erfolgen.

Krankenhausbehandlung

Kommunikation zwischen CHN, Krankenhaus und ambulanter Versorgung



1 Rolle der CHN bei Aufnahme und stationärem Aufenthalt



- CHN fungiert als zentrale Ansprechperson

2 Unterstützung der Entlassplanung



- Die Entlassplanung liegt grundsätzlich beim Krankenhaus.
- Die CHN kann diesen Prozess unterstützen und perspektivisch auch Aufgaben im Entlassmanagement übernehmen.
- Sie kennt den Sozialraum, vorhandene Unterstützungsangebote und kann diese gezielt einbinden.

3 Hausbesuch nach Entlassung



- Die CHN kann am Entlassungstag oder am nächsten Werktag einen Hausbesuch durchführen.
- Dabei prüft sie Entlassbrief, Empfehlungen, Medikation und Gesundheitszustand.
- Dieser Hausbesuch dient als Grundlage für die weitere Versorgung und mögliche Weiterverordnungen.

4 Weiterverordnung von Medikamenten



- Eine Weiterverordnung durch die CHN ist grundsätzlich möglich, wenn sie auf dem Entlassbrief basiert.
- Voraussetzung ist eine definierte Medikamenten-Positivliste.
- Medikamente mit hohem Risiko oder notwendiger therapeutischer Entscheidung, etwa aufgrund von Laborwerten, sollen ärztlich verordnet werden.
- Die Weiterverordnung durch die CHN soll zeitlich begrenzt sein.

5 Hilfsmittelverordnungen nach Entlassung



- Wenn notwendige Hilfsmittel im Entlassprozess nicht verordnet wurden, sollte die CHN diese nachträglich verordnen dürfen.
- Standardisierte Hilfsmittel sollten grundsätzlich durch CHN verordnet werden können.
- Hochpreisige oder individuell angefertigte Hilfsmittel sollten nur nach interprofessioneller Abstimmung verordnet werden.

6 Heilmittelverordnungen



- Auch Heilmittel, zum Beispiel Physiotherapie, die im Entlassbrief empfohlen werden, sollten durch die CHN weiterverordnet werden können.
- Dadurch soll eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden.

Überweisungen zu Fachärzt:innen



- ✗ Überweisungen an niedergelassene Fachärzt:innen sind in der Regel nicht Aufgabe der CHN.



7.4 Langzeitbetreuung

Der Abschnitt Langzeitbetreuung im Continuum of Care behandelt eine der **Kernaufgaben einer CHN**: Routineversorgung bei bestehenden chronischen Erkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen beziehungsweise Screenings, Impfungen, Wundversorgung sowie der Umgang mit akuten Situationen bei Hausbesuchen. Die Routineversorgung kann in verschiedenen Settings stattfinden, wie in einer Arztpraxis, in einem Primärversorgungszentrum oder im Rahmen eines Hausbesuchs.

Für diesen Abschnitt gelten die in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Inhalte entsprechend. Somit werden die Bereiche Diagnostik, vgl. Abschnitt 7.1, oder Akuttherapie, vgl. Abschnitt 7.2, hier auf die Langzeitversorgung konkretisiert.

Im Rahmen der Routineversorgung wurde diskutiert, ob eine Begrenzung auf bestimmte Krankheitsbilder, etwa häufige chronische Erkrankungen sinnvoll ist. Die Arbeitsgruppe befürwortet dies, dass Sounding Board konkretisiert, dass sich eine solche Begrenzung insbesondere auf Aufgaben beziehen soll, die derzeit noch Ärzt:innen vorbehalten sind. Tätigkeitsbereiche wie Edukation, Koordination, Pflege und Prävention, sofern kein Arztvorbehalt besteht, sind von dieser Begrenzung ausgenommen.

Bei chronischen Erkrankungen ist eine **koordinierte Leistungserbringung** erforderlich, die eine zentrale, eigenverantwortliche Aufgabe der CHN darstellt mit Schwerpunkt darauf, als **erste Ansprechperson** für Patient:innen zu fungieren und sie in die jeweils zuständigen Versorgungsbereiche zu navigieren. Konsultationen sowie der interprofessionelle Austausch sind dabei bedarfsorientiert zu initiieren.

Diagnostik in der Langzeitbetreuung

Dies umfasst die für die jeweilige Erkrankung definierten diagnostischen Leistungen, beispielsweise aus den Behandlungsalgorithmen oder DMPs. Sie können eigenverantwortlich durch die CHN umgesetzt werden. Dazu zählen – wie im Beispielfall – die Prüfung auf relevante Komorbiditäten, weiterführende diagnostische Maßnahmen, etwa die Veranlassung und / oder Durchführung einer Langzeitblutdruckmessung oder eines EKGs, die Beauftragung von Fremdleistungen (bspw. Labor), die Auswertung der Befunde sowie die Besprechung der Ergebnisse mit den Patient:innen. Auffällige Befunde, die den Handlungsspielraum aus den Behandlungsalgorithmen überschreiten, werden an betreuende Hausärzt:innen weitergegeben, um das weitere Vorgehen abzustimmen.

Die CHN kann eigenverantwortlich DMPs umsetzen. Es handelt sich um strukturierte Programme, in denen Indikationen für fachärztliche Weiterleitungen bereits definiert sind, womit Überweisungen auch durch CHNs ausgestellt werden können. Darüber hinaus ist eine indikationsgebundene Weiterleitung denkbar: Erkennt eine CHN z. B. ein diabetisches Fußsyndrom als Red Flag, sollte sie direkt an eine Podologin bzw. einen Podologen und ggf. an ein:e Chirurg:in weiterleiten dürfen, ohne dass zuvor zwingend eine hausärztliche Konsultation erfolgen muss. Voraussetzung ist, dass der Prozess standardisiert erfolgt und nachvollziehbar dokumentiert wird.

Treten bei der Langzeitversorgung auffällige Befunde auf, werden diese mit Blick auf das weitere Vorgehen im interprofessionellen Austausch thematisiert. Bei geringer Dringlichkeit kann dies auch erst bei Fallbesprechungen erfolgen. Werden hingegen Red Flags festgestellt, ist eine unverzügliche Rücksprache mit der zuständigen ärztlichen Fachperson oder bei entsprechender Dringlichkeit, die Einleitung geeigneter Rettungsmaßnahmen vorgesehen. Die Grundlage sind die Regelungen des Behandlungsalgorithmus.

Sind in diesen Kontrollmaßnahmen oder diagnostische Schritte vorgesehen, deren Indikation im konkreten Einzelfall unklar erscheint, wird dies interprofessionell, bspw. bei Fallbesprechungen abgestimmt. Ziel ist die Patient:innensicherheit und die Vermeidung unnötiger Untersuchungen.

Therapie und Verordnungen in der Langzeitbetreuung

In der Langzeitbetreuung können sich erforderliche **Therapieanpassungen** ergeben, die im Rahmen des **Handlungskorridors der jeweiligen Behandlungsalgorithmen** durch die CHN eigenverantwortlich umsetzbar sind. Bei Unsicherheit ist eine interprofessionelle Rücksprache erforderlich und dann, wenn der Handlungsspielraum regelmäßig ausgeschöpft wird oder zusätzliche Erkrankungen die Versorgungssituation komplexer machen. Weitere Kontrollbedarfe aufgrund der Therapieanpassung, bspw. die Überprüfung von Laborparametern, müssen eigenverantwortlich durch die CHN umgesetzt werden.

Als zwingend erforderlich wurde eine interprofessionelle Therapiereevaluation der Patient:innen in regelmäßigen Abständen besprochen, etwa im Rahmen von Fallbesprechungen. Dies dient der Sicherstellung, dass der Therapieverlauf kontinuierlich überprüft wird und neue oder bessere Therapieoptionen nicht aus dem Blick geraten.

Für bereits bestehende Medikationen kann die CHN Folgeverordnungen für Arzneimittel eigenverantwortlich ausstellen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- das Arzneimittel ist in einer Positivliste bzw. im Behandlungsalgorithmus enthalten.
- Die erforderlichen Kontrollbefunde aus der Diagnostik sind unauffällig.

Im Rahmen des Fallbeispiels wurde erörtert, wie vorgehen ist, wenn ein Patient während einer Routinekontrolle Schmerzen äußert und um die **Verordnung eines Schmerzmittels** bittet. Der Konsens war, dass bei Schmerzen unklarer Ursache eine eigenverantwortliche Verordnung stärker wirksamer Analgetika durch die CHN abgelehnt wird, da die Situation als akuter Behandlungsanlass eingeordnet wurde und ärztliche Diagnostik erfordert. Benannte Schmerzmittel beinhalten dann das Risiko einer Symptommaskierung. Die CHN sollte stattdessen, eine interprofessionelle Absprache einleiten, zur sicheren Selbstmedikation beraten und Patient:innen über relevante Red Flags informieren. Die Verordnung von **Betäubungsmitteln** ist ausgeschlossen.

Akutsituation im Hausbesuch

Sollte während des Hausbesuchs eine akute Situation festgestellt werden, besteht die vorrangige Aufgabe der CHN darin, die Situation fachlich fundiert einzuschätzen und ggf. ärztliche Expertise hinzuzuziehen, ggf. auch telemedizinisch oder notärztlich (vgl. Abschnitt 7.1 und 7.2).

Wundversorgung

Eine **eigenverantwortliche Überweisung / Weiterleitung** an pflegerische Wundexpertise durch die CHN (z.B. an Wundmanager:in/Home-Care) wurde ausdrücklich befürwortet. Dies gilt v. a. für **chronische Wunden** wie Dekubitus, Ulcus cruris oder Wunden beim diabetischen Fußsyndrom. Darüber hinaus wurde konkretisiert, dass Pflegefachpersonen mit spezialisierter Wundexpertise und / oder erweiterten akademischen Kompetenzen auf Grund des Masterstudiums das **Wundmanagement einschließlich therapeutischer Maßnahmen und entsprechender Verordnungen** vorgeben sollten. Hier wurden auch andere pflegerische Rollen erwähnt, da die CHN nicht per se über spezielle Wundexpertise verfügt. Besonders für o. g. Wundbilder wurde eine Diagnosestellung durch Pflegefachpersonen (mit Fachweiterbildung, Bachelorabschluss und APN mit geprüfter Wundexpertise) als möglich gesehen. Bei komplexer oder unklarer Ursache (z.B. exulzierende Karzinome) sei hingegen ärztliche Diagnostik und die Einbeziehung der Hausarztpraxis erforderlich – außer wenn in palliativen Situationen

Diagnostik nicht mehr vordergründig ist und die Symptomlinderung dominiert.

Als fachliche Voraussetzungen wurden benannt:

- Pflege / CHN / APN muss die Wunddiagnose kontinuierlich bewerten und bei Veränderungen Anpassungen vornehmen.
- Interprofessionelle Absprachen sind grundlegend sinnvoll, da Wundversorgung eine interprofessionelle Leistung ist.
- Es braucht Kriterien für ärztliche Konsultation mit Eskalationswegen („Red Flags“) sowie verbindliche Versorgungsprotokolle (z. B. Nekrosen, Infektionszeichen, zunehmende Schmerzen, ausbleibender Therapieerfolg) und eine regelmäßige Rückmeldung an die Hausarztpraxis in festzulegenden Intervallen.
- Bei sichtbaren Infektionszeichen könne die CHN einen Wundabstrich durchführen – sofern die Fachkompetenz gegeben ist. Laborparameter (z.B. CRP) sind in der Wundversorgung häufig eher unspezifisch und eher bei systemischen Entzündungszeichen relevant.

Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Gegensatz erwerben nach Anlage 5 der PflAPrV die Kompetenz, heilkundliche Aufgaben bei Menschen mit chronischen Wunden eigenverantwortlich zu übernehmen. Dazu gehören u. a. die leitliniengestützte Durchführung und Bewertung von Assessments, die Planung, Steuerung und Evaluation evidenzbasierter Pflege- und Therapieprozesse einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten und Hilfsmitteln sowie die Beratung und Schulung von Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen.

Im Soundingboard bestand Einigkeit darüber, dass Pflegefachpersonen die Wundversorgung eigenverantwortlich übernehmen können. In diesem Zusammenhang wurden jedoch mehrere Aspekte benannt, die weiterer fachlicher Diskussion bedürfen. Nach Auffassung einiger Mitglieder sollte die für den o. g. Umfang der Wundversorgung erforderliche vertiefte Expertise eher in erweiterten pflegerischen Rollen, bspw. bei CHN und / oder APN mit entsprechender Zusatzqualifikation verortet werden. Begründet wurde dies mit der fachlichen Komplexität und dem breiten Spektrum der Wundversorgung. Die hierfür notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen können nach Einschätzung dieser Mitglieder in primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen aufgrund der bereits hohen curricularen Anforderungen nur schwer in der erforderlichen Tiefe vermittelt werden.

Prävention / Check-ups / Vorsorge

Die CHN informiert über notwendige Untersuchungen, berät und koordiniert die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen. Einige der Gesundheitsuntersuchungen können eigenverantwortlich durch die CHN durchgeführt und / oder eingeleitet werden:

- Der **Gesundheits-Check-up** (18–34 Jahre einmalig, ab 35 Jahren alle drei Jahre) kann eigenverantwortlich umgesetzt werden. Die Auswertung, die Beratung zu Lebensstil, Bewegung, ggf. Suchtmittelkonsum und ggf. Präventionsempfehlungen (z. B. zur Vorlage bei der Krankenkasse) ebenfalls. Bei auffälligen Befunden, die eine weiterführende Diagnostik/Therapie erfordern, oder wenn Red Flags vorliegen, ist eine Übergabe an die zuständige Hausärztin/den zuständigen Hausarzt zu realisieren.⁶⁸
- **Früherkennung Hautkrebs:** Beratung zur Leistung und Vermittlung an zur Durchführung berechnigte Ärzt:innen.⁶⁹
- **Früherkennung Darmkrebs:** Die CHN berät im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung eigenverantwortlich über die Möglichkeit der Durchführung eines Hämokulttests oder einer Koloskopie. Sollte für die Beratung zu dieser Vorsorgeleistung eine Fortbildung erforderlich sein, ist diese in Anspruch zu nehmen. Die Durchführung, Auswertung und Befundbesprechung des Hämokulttests erfolgt eigenverantwortlich durch die CHN. Falls sich Patient:innen für eine Koloskopie entscheiden, vermittelt die CHN an die durchführenden Stellen (eine Überweisung ist nicht erforderlich). Bei auffälligen Befunden ist eine Übergabe an die zuständige Hausärztin / den zuständigen Hausarzt zu realisieren.⁷⁰
- **Früherkennung Brustkrebs / Gebärmutterhalskrebs und Genitalkrebs / Prostata- und Genitalkrebs / Aortenscreening:** Beratung zur Leistung und Vermittlung an zur Durchführung berechnigte Ärzt:innen.⁷¹
- **Früherkennung Lungenkrebs:** Hier ist ein vorgelagertes Screening und die Beratung der Patient:innen erforderlich; dies kann nach erfolgter Fortbildung eigenverantwortlich durch die CHN durchgeführt werden. Ebenfalls die Überweisung / Weiterleitung an die Radiologie zur Durchführung der Untersuchung. Die Zugangskriterien

sind klar definiert (z. B. Alter, Raucherstatus); zudem erfolgt vor Durchführung des CTs ohnehin eine radiologische Prüfung und medizinische Absicherung. Darüber hinaus handelt es sich bei der Beratung um ein Screening und nicht um eine diagnostische Leistung. Bei auffälligem Befund ist eine Übergabe an die zuständige Hausärztin/den zuständigen Hausarzt zu realisieren.⁷²

Schutzimpfungen nach **STIKO-Empfehlungen** werden als eigenverantwortlich durchführbar beschrieben – einschließlich Indikation, Verordnung, Aufklärung und Durchführung –, sofern entsprechende Kompetenzen vorhanden sind (Kenntnisse zu Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungsmanagement). Ausgenommen werden u. a. Schwangere, Kinder und Hochrisikogruppen (z. B. immunsupprimierte Personen); zudem sind STIKO-Kontraindikationen verbindlich und die Regelungen fortlaufend zu beachten.⁷³

Standardisierte, nicht-invasive erweiterte Assessments einschließlich Auswertung und Beratung, wie bspw. das geriatrische Basisassessment, können von CHNs eigenverantwortlich durchgeführt werden. Bei auffälligen Ergebnissen erfolgt eine interprofessionelle Abstimmung mit zuständigen Hausärzt:innen. Dieses Vorgehen gilt sinngemäß auch für weitere standardisierte Assessments. Im Rahmen des **Soundingboards** wurde ergänzt, dass Pflegefachpersonen häufig für die Durchführung nicht-invasiver erweiterter Assessments bereits über die erforderliche Kompetenz und Berechtigung verfügen. Das hier beispielhaft aufgeführte Instrument liefert wichtige Informationen für das pflegerische Assessment und bildet eine wesentliche Grundlage für die pflegerische Planung und Ableitung geeigneter Maßnahmen.⁷⁴

Allgemeine präventive Beratung, z. B. zu gesunder Lebensführung, Bewegung, Suchtmittelkonsum u. a., kann durch CHN eigenverantwortlich durchgeführt werden, da es sich nicht um heilkundliche Maßnahmen handelt.⁷⁵ Im Soundingboard wurde besprochen, dass diese Inhalte bereits in der Pflegeausbildung sowie im Bachelorstudium thematisiert werden.

68 Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b)

69 Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b)

70 Gemeinsamer Bundesausschuss (2025a)

71 Gemeinsamer Bundesausschuss (2020);
Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b);
Gemeinsamer Bundesausschuss (2025a)

72 Deutscher Ärzteverlag GmbH (2026); Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b)

73 Robert Koch Institut (RKI) (2026a)

74 Vgl. Kompetenz-Centrum Geriatrie(2026)

75 Burgi / Igl (2021), S. 73 f.

Langzeitbetreuung

1 Koordination



- Bei chronischen Erkrankungen ist eine koordinierte Versorgung besonders wichtig.
- Die CHN als erste Ansprechperson für Patient:innen.

2 Diagnostik in der Langzeitbetreuung



- CHNs können definierte diagnostische Leistungen eigenverantwortlich durchführen, wenn diese in Behandlungsalgorithmen oder DMPs vorgesehen sind.
- Beispiele: Prüfung auf Komorbiditäten, Langzeitblutdruckmessung mit anschließender Befundauswertung und Besprechung der Ergebnisse mit Patient:innen.

3 Umgang mit abnormalen Befunden



- Auffällige Befunde, die außerhalb des festgelegten Handlungsspielraums liegen, müssen an die Hausärztin oder den Hausarzt weitergegeben werden.

4 DMPs und Überweisungen



- CHNs können DMPs eigenverantwortlich umsetzen.
- Da in DMPs Überweisungen klar definiert sind, könnten CHNs sie in diesen Fällen auch ausstellen.

5 Therapieanpassungen in der Langzeitbetreuung



- Anders als in der Akutversorgung können in der Langzeitbetreuung Therapieanpassungen notwendig werden. CHNs können diese eigenverantwortlich vornehmen, wenn sie innerhalb des festgelegten Handlungskorridors bleiben.

6 Regelmäßige interprofessionelle Reevaluation



- Der Therapieverlauf und Therapieoptionen sollen regelmäßig interprofessionell überprüft werden.

7 Folgeverordnungen durch CHN



- Für bestehende Medikationen (Positivliste) können CHNs Folgeverordnungen ausstellen.

8 Schmerzmittelverordnung



- Bei Schmerzen unklarer Ursache soll die CHN keine eigenverantwortliche Verordnung stärker wirksamer Schmerzmittel vornehmen.

9 Akutsituationen beim Hausbesuch



- Wenn die CHN während eines Hausbesuchs eine akute Situation erkennt, soll sie diese fachlich einschätzen. Bei Bedarf muss ärztliche Expertise hinzugezogen werden, auch telemedizinisch.

10 Wundversorgung



- Eine eigenverantwortliche Weiterleitung an spezialisierte Wundexpert:innen.
- Pflegefachpersonen mit spezialisierter Wundexpertise und/oder erweiterten akademischen Kompetenzen können Wundmanagement einschließlich Diagnose, therapeutischer Maßnahmen und Verlaufsbehandlung festlegen.
- Red Flags und Eskalationskriterien müssen klar definiert sein.

11 Prävention, Check-ups und Vorsorge



- Information und Koordination.
- Eigenverantwortliche Durchführung von Gesundheits-Check-ups.
- Beratung, Information, ggf. Durchführung und/oder Überweisung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen.
- Bei auffälligen Befunden ist die Hausarztpraxis einzubeziehen.

12 Schutzimpfungen



- Impfungen nach STIKO-Empfehlungen können durch CHNs eigenverantwortlich durchgeführt werden. Dies umfasst Indikation, Verordnung, Aufklärung und Durchführung.
- Ausgenommen sind unter anderem Schwangere, Kinder und Hochrisikogruppen wie immunsupprimierte Personen.

7.5 Rehabilitation und Langzeitpflege

Dieser Abschnitt beschreibt die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Weiterbetreuung der Patient:innen während des Aufenthalts in Rehabilitationseinrichtungen einschließlich des Entlassmanagements sowie die Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

Für Patient:innen mit **bestehenden Diagnosen** (hier: KHK, chronische Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie) sollte die Möglichkeit bestehen, dass CHNs eine Indikation für Rehabilitationsmaßnahmen stellen können, woraus sich folgende Aufgaben ergeben:

- die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung erforderlicher medizinischer sowie weiterführender Antragsunterlagen,
- die Beantragung der Maßnahme sowie
- die Unterstützung der Patient:innen bei der Inanspruchnahme der Leistungen.

Als Voraussetzungen und Eckpunkte wurden folgende Aspekte festgehalten:

- **Indikationsstellung und Abgrenzung des Verschlechterungstyps:** Rehabilitationsmaßnahmen werden in der Regel eingeleitet, wenn infolge des Gesundheitszustands Einschränkungen im Alltag auftreten oder eine Pflegebedürftigkeit droht. Vor einer Beantragung ist zu prüfen, ob es sich um eine normale krankheitsbedingte (ggf. saisonale) Verschlechterung handelt oder um eine akute bzw. subakute Verschlechterung.
- **Einbindung ärztlicher Ansprechpartner:innen und Abschluss der Akutbehandlung:** Besteht ein akuter oder subakuter Behandlungsbedarf oder Unsicherheit in der Einschätzung, sind Hausärzt:innen einzubeziehen. Eine Rehabilitationsmaßnahme soll erst eingeleitet werden, wenn die akutmedizinische Behandlung abgeschlossen ist.
- **Objektivierung der Einschätzung:** Zur nachvollziehbaren Beurteilung sollen standardisierte Instrumente (z. B. Fragebögen, strukturierte Assessments) genutzt werden. Dabei sind An- und Zugehörige einzubeziehen, da sie den Verlauf und funktionelle Veränderungen im Alltag gut beschreiben können. Diese Einschätzung kann durch die CHN durchgeführt werden.
- **Geltungsbereich und interprofessionelle Abstimmung:** Gemeint sind alle Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme psychosomatischer

Rehabilitationsmaßnahmen. Dort erfordert die Indikationsklärung und Einleitung grundsätzlich eine interprofessionelle Abstimmung.

Während der Rehabilitationsmaßnahme und im Entlassmanagement

Die Entlassung aus einer Rehabilitationseinrichtung entspricht den Aufgaben der CHN beim Entlassmanagement nach einer Krankenhausbehandlung (vgl. Abschnitt 6.3). Analog gelten die bereits beschriebenen Vorschläge zur Arzneimittelversorgung sowie zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (vgl. 7.2 und 7.3). Die primäre Leistungszuständigkeit liegt jedoch bei den Rehabilitationseinrichtungen, daher sollte durch die CHN dann eine Kontaktaufnahme erfolgen, wenn z. B. Hilfsmittel nicht in erforderlichem Umfang verfügbar oder Anpassungen notwendig sind (Frage der Zuständigkeit und Abrechnung).⁷⁶

Häusliche Krankenpflege und Meilensteingespräch

Sofern nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme die Verordnung häuslicher Krankenpflege erforderlich ist (im Beispielfall die behandlungspflegerische Leistung „Anziehen von Antithrombosestrümpfen“), muss die CHN, Erst- und Folgeverordnungen gemäß Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie ausstellen können; hierfür wäre eine entsprechende Anpassung der HKP-Richtlinie erforderlich. Darüber hinaus sollte die CHN die Möglichkeit haben, Leistungen bei bestehender Indikation zu erweitern, bspw. regelmäßige Blutdruckmessungen. Auffällige Befunde sind an die zuständige Hausärztin bzw. den zuständigen Hausarzt weiterzugeben, damit eine angemessene Diagnostik und ggf. Therapieanpassung eingeleitet werden kann.

Die Entlassung aus der Rehabilitation stellt erneut einen Behandlungsmeilenstein dar und erfordert ein Meilensteingespräch.

Rehabilitation und Langzeitpflege

1 Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen durch CHN



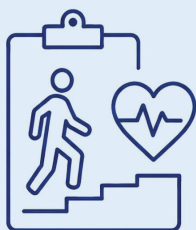
- CHN können bei bestehenden Diagnosen, zum Beispiel KHK, chronischer Herzinsuffizienz oder arterieller Hypertonie, grundsätzlich einen Rehabilitationsbedarf einschätzen, die Indikation stellen und die Leistung beantragen.
- Vor der Beantragung muss geprüft werden, ob es sich um eine normale krankheitsbedingte Verschlechterung oder um eine akute beziehungsweise subakute Verschlechterung handelt. Bei akutem oder subakutem Behandlungsbedarf muss zuerst die Akutbehandlung abgeschlossen werden.
- Bei Unsicherheiten oder akutem/subakutem Behandlungsbedarf ist die Hausärztin oder der Hausarzt einzubeziehen.

2 Rolle der CHN während der Reha und beim Entlassmanagement



- Die CHN übernimmt eine moderierende Rolle an den Schnittstellen zwischen Reha-Einrichtung, ambulanter Versorgung und Patient:innen.
- Sie unterstützt die abgestimmte Überleitung in die nachfolgende Versorgung.
- Die Aufgaben ähneln dem Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt.

3 Häusliche Krankenpflege



- Wenn nach der Reha häusliche Krankenpflege erforderlich ist, sollte die CHN Erst- und Folgeverordnungen ausstellen können.
- CHN sollten bei bestehender Indikation Leistungen der häuslichen Krankenpflege erweitern können.

7.6 Palliative Versorgung

Im Abschnitt palliative Versorgung wurde anhand des Fallbeispiels (nun fortgeschrittene Herzinsuffizienz im Stadium NYHA IV und infauste Prognose) diskutiert, welche heilkundlichen Aufgaben eine CHN in der palliativen Versorgung übernehmen kann.

Allgemeine Rolle der CHN in der palliativen Versorgung

Die CHN ist in der palliativen Versorgung primär als Akteurin, die Kontinuität, Orientierung und Moderation an der Schnittstelle zwischen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und anderen Versorgungsstrukturen sicherstellen kann. Zugleich wurde betont, dass heilkundliche Tätigkeiten in der Palliativversorgung überwiegend im Verantwortungsbereich des SAPV-Teams liegen. Die „Nische“ der CHN im SAPV-Kontext ist daher klar zu definieren und abzugrenzen. Als besonders relevant wurde eine dauerhafte Einbindung der CHN auch bei laufender SAPV benannt: An- und Zugehörige haben häufig viele Fragen und benötigen Unterstützung, um den Beginn palliativer Prozesse zu verstehen und anzunehmen.

Advanced Care Planning (ACP)

ACP zielt darauf ab, zukünftige medizinische Entscheidungen frühzeitig so zu klären, dass Patient:innen auch dann entsprechend ihrer persönlichen Werte, Wünsche und Vorstellungen behandelt werden, wenn sie sich aufgrund einer Erkrankung nicht mehr selbst äußern können. Dabei werden nicht nur medizinische Maßnahmen berücksichtigt, sondern auch Anliegen wie pflegerische, psychosoziale oder spirituelle Bedürfnisse. Zudem können mögliche Notfallsituationen vorab bewertet und ein Vorgehen vorbereitet werden.⁷⁷ In einem professionellen Gesprächsprozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) wird ein Rahmen für den Fall eines Verlusts der Einwilligungsfähigkeit entwickelt – mit dem Ergebnis aussagekräftiger Verfügungen.⁷⁸

ACP wird als geeignetes **eigenverantwortliches Aufgabenfeld der CHN bewertet**, in dem sie Patient:innen sowie An- und Zugehörige fachkundig unterstützen kann. Dies sollte idealerweise frühzeitig erfolgen und nicht erst beim Vorliegen einer palliativen Situation.

Häusliche Krankenpflege und SAPV

Wenn die Versorgung zu Hause erfolgt und eine Erweiterung der HKP notwendig wird, wurde bestätigt: Bei vorliegender Indikation kann die CHN eine Erweiterung der HKP eigenständig verordnen (vgl. Abschnitt 6.5).

Die Einleitung einer SAPV wurde als zentraler Versorgungsmeilenstein beschrieben, für den ein Meilensteingespräch erforderlich ist. Im Ergebnis wurde differenziert:

- **Erstverordnung SAPV:** Nach interprofessioneller Klärung kann die Erstverordnung – bei vorliegender Indikation – durch den Hausarzt / die Hausärztin oder durch die CHN erfolgen.
- **Folgeverordnung SAPV:** Bei bereits bestehender Betreuung kann eine Weiter-/ Folgeverordnung eigenständig durch die CHN vorgenommen werden.
- **Koordination häuslicher Versorgung:** Grundsätzlich sollte die CHN die Sicherstellung der häuslichen Versorgung koordinieren (inkl. Organisation / Einbindung von Hilfsmitteln, soweit regional üblich). Erforderlich ist dabei ein kontinuierlicher Austausch zwischen SAPV, Hausarztpraxis und CHN.
- **Zudem wurde betont:** SAPV übernimmt i. d. R. nicht die gesamte Versorgung, sondern spezialisierte Leistungen (z. B. Symptomlinderung, Notfallbereitschaft, Behandlungsplan, Anleitung sowie psychosoziale Unterstützung), während hausärztliche und CHN-Grundleistungen bestehen bleiben (vgl. Abschnitt 6.4).⁷⁹

Übergänge in andere Versorgungseinrichtungen und Befundbögen

Für den Übergang in ein Hospiz wurde diskutiert, ob die CHN einen medizinischen Befundbericht erstellen kann. Als praktisches Hindernis wurde der derzeitige Datenzugang benannt (die Hausarztpraxis verfügt meist über vollständige Daten, die CHN ggf. nicht). Mit flächendeckenden Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte (ePA) wäre dies erleichtert und erforderliche Befundbögen können durch die CHN erstellt und signiert werden. Für Befundberichte anderer Settings (Kurzzeitpflege/stationäre Pflege) bestehen bei einheitlicher Dokumentation keine Bedenken. Verordnungen für nachfolgende Einrichtungen erfordern jedoch interprofessionelle Zusammenarbeit wobei Koordination und Moderation der Überleitung Aufgaben der CHN darstellen.

Bei der Rolle des SAPV-Teams wurde hervorgehoben, dass diese in der Praxis häufig die Hospizplatzsuche und zugehörige Formalitäten übernimmt. Ein Schwerpunkt der CHN liegt in der Begleitung der Familie sowie in der Organisation der Rückführung des häuslichen Pflegearrangements (z. B. Hilfsmittelrückgabe, Anleitung der An- und Zugehörigen).

77 In der Schmitt et. al. (2016)

78 In der Schmitt et. al. (2016)

79 GKV-Spitzenverband (2022)

Palliative Versorgung



1 Rolle der CHN in der Palliativversorgung



- Die CHN übernimmt vor allem Koordination, Moderation, Begleitung und Orientierung an Versorgungsschnittstellen.
- Sie wirkt an der Schnittstelle zwischen SAPV, Hausarztpraxis, Patient:innen, Angehörigen und weiteren Versorgungsstrukturen.

2 Bedeutung für Angehörige



- An- und Zugehörigen Unterstützung und Orientierung bieten.

3 Advanced Care Planning



- ACP soll frühzeitig klären, welche medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Wünsche Patient:innen für zukünftige Situationen haben.
- Die CHN kann Patient:innen und Angehörige eigenverantwortlich bei Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung unterstützen.
- ACP sollte idealerweise frühzeitig erfolgen und nicht erst in einer palliativen Situation.

4 Häusliche Krankenpflege



- Wenn zu Hause eine Erweiterung der häuslichen Krankenpflege nötig ist, kann die CHN diese bei vorliegender Indikation eigenständig verordnen.

5 Einleitung und Verordnung von SAPV



- Eine Erstverordnung der SAPV kann nach gemeinsamer Klärung durch Hausärzt:in oder CHN erfolgen.
- Folgeverordnungen der SAPV können bei bestehender Betreuung eigenständig durch die CHN vorgenommen werden.

6 Koordination zwischen SAPV, Hausarztpraxis und CHN



- Es braucht einen kontinuierlichen Austausch zwischen SAPV-Team, Hausarztpraxis und CHN.
- Hausärztliche Versorgung und CHN-Grundleistungen bleiben weiterhin bestehen.

7 Rolle des SAPV-Teams beim Hospizübergang



- In der Praxis übernimmt häufig das SAPV-Team die Hospizplatzsuche und Formalitäten.
- Die CHN unterstützt vor allem die Familie.

8 Befundberichte für andere Einrichtungen



- Bei einheitlicher Dokumentation bestehen grundsätzlich keine Bedenken, dass CHN Befundberichte auch für Kurzzeitpflege oder stationäre Pflege erstellen.
- Verordnungen für nachfolgende Einrichtungen erfordern jedoch meist interprofessionelle Zusammenarbeit.

7.7 Übertragung der Ergebnisse auf eine andere Erkrankung

Die Diskussion im Arbeitskreis brachte eine Aufgabenverteilung sowie Bezüge zu erweiterten heilkundlichen Maßnahmen zwischen der CHN und Ärzt:innen in der primären Gesundheitsversorgung zutage. Diese Aspekte wurden anhand einer Beispielerkrankung erörtert. Im letzten Schritt wurde geprüft, ob sich die Inhalte auch auf eine andere chronische Erkrankung übertragen lassen. Dafür wurde Diabetes mellitus Typ 2 ausgewählt. Mit rund 7.533.000 Betroffenen in Deutschland zählt er zu

den häufigsten chronischen Erkrankungen und umfasst eine Vielzahl erweiterter heilkundlicher Maßnahmen, die für die Leistungserbringung durch eine CHN relevant sind.⁸⁰

Nach der Diskussion konnten keine wesentlichen Änderungen der zuvor definierten eigenverantwortlichen CHN-Tätigkeiten bei der Übertragung auf Diabetes mellitus Typ 2 festgestellt werden. Es erfolgten nur Präzisierungen, wie in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 3: Präzisierungen der erweiterten heilkundlichen Maßnahmen einer CHN bei der Anwendung auch Diabetes mellitus Typ 2 entlang des Continuum of Care

Abschnitt des Continuum of Care	Präzisierung
Diagnostik	- Wunden sollten verstärkt beachtet und strukturiert dokumentiert werden. In entsprechenden Fällen kann ein Wundabstrich indiziert sein. - Ein wiederkehrendes Screening auf diabetische Folgeerkrankungen ist erforderlich, mit dem Ziel der frühestmöglichen Erkennung und einer zeitnahen Überweisung zur weiterführenden Diagnostik. Besonders hervorgehoben wurde dabei die regelmäßige Fußkontrolle – auch als DMP-unabhängige eigenverantwortliche Präventionsleistung durch CHN. - Erweiterte Aufgabe (optional): Als zusätzliche CHN-Aufgabe kann die Durchführung einer Dopplersonographie zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (ABI) in Betracht gezogen werden. - Aufgrund möglicher Komorbiditäten und der damit verbundenen erhöhten Komplexität ist zur Befundauswertung die Einbeziehung ärztlicher Expertise früher erforderlich.
Akuttherapie	- Ein besonderes Augenmerk sollte auf Schulungen zum Notfallmanagement (Hypo- und Hyperglykämie) sowie auf der Stärkung des Selbstmanagements liegen. Hier ist auch die eigenverantwortliche Durchführung von Gruppenschulungen bei Diabetiker:innen (zertifizierte Schulungsprogramme) als Aufgabe für die CHN hinzuzufügen. - Eine fallabschließende, eigenverantwortliche Behandlung einfacher Erkrankungen durch die CHN ist weiterhin möglich, sofern der Diabetes als stabil eingestuft werden kann.
Langzeitbetreuung	- Festlegung eines HbA1c Toleranzbereichs: Bei Veränderungen sind multifaktorielle Ursachen (z. B. veränderte Lebensumstände) zu berücksichtigen. - Einbeziehung von Diabetestechnologie (CGM-Systeme/Sensoren): CHN muss befugt sein, Sensordaten auszulesen und gemeinsam mit dem Patienten eigenverantwortlich zu evaluieren (supported self-management). - Die Evaluation der Lebensführung (z. B. Gewichtsreduktion, Steigerung der körperlichen Aktivität) sollte im Rahmen der Langzeitbetreuung erfolgen; Insulindosen sind interprofessionell / nach Behandlungsalgorithmus anzupassen. - Ein besonderes Augenmerk sollte auf regelmäßigen (repetitiven) Schulungen zum Notfallmanagement (Hypo- und Hyperglykämie) sowie auf der Stärkung des Selbstmanagements liegen. - Therapieanpassungen (z. B. Anpassung des Insulinschemas) erfolgen im Rahmen des Handlungskorridors des Behandlungsalgorithmus. - Überweisungen an ein Wundzentrum können durch die CHN erfolgen, sofern eine interprofessionelle Absprache stattgefunden hat. Die Wundversorgung kann bei vorhandener Expertise auch eigenverantwortlich durch die CHN übernommen werden.

8. Interprofessionelle Zusammenarbeit



Für die Einführung der CHN in Deutschland sowie die damit verbundene Neuorientierung der Aufgaben, wie sie im vorherigen Kapitel vorgeschlagen wurde, ist die **interprofessionelle Zusammenarbeit eine zentrale Voraussetzung**. Vor diesem Hintergrund hat sich die Arbeitsgruppe mit ausgewählten Fragestellungen zu diesem Themenfeld auseinandergesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen sind als Diskussions- und Arbeitsgrundlage zu verstehen, bedürfen einer weiteren fachlichen Abstimmung und sollten in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

Austauschformate zu den Patient:innen, wie in den Begriffsdefinitionen in Abschnitt 7 festgehalten, sind erforderliche Ansätze, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten und den patient:innenbezogenen Austausch sicherzustellen. Diese Formate sollten zur neuen Normalität werden und zugleich zeitlich umsetzbar sein, da CHN durch die Umsetzung bestimmter Leistungen Kapazitäten in der Hausarztpraxis schafft.

Aspekte der Dokumentation

Für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es verlässliche Schnittstellen, um Informationen zwischen den jeweiligen Dokumentationssystemen auszutauschen. Ein **gemeinsamer Informationsstand** – etwa als Grundlage für Abspracheformate – ist zwingend erforderlich und ein zentraler Erfolgsfaktor in der Praxis. Wenn Schnittstellen schwerfällig sind, viele Rückkopplungsschleifen entstehen, Fragen offen bleiben und kein Echtzeit-Zugriff auf gemeinsame Dokumentationen über Praxissoftware bzw. eine gemeinsame ePA möglich ist, entstehen erhebliche Hürden, die CHN als „echten“ Versorgungsakteur zu etablieren.

Sämtliche Aufgaben, die von einer CHN umgesetzt werden und zuvor in der Hausarztpraxis durchgeführt wurden, müssen inkl. aller relevanten Informationen an die Hausarztpraxis zurückgemeldet und dokumentiert werden. Für weiterführende Informationen kann ergänzend ein Portal genutzt werden, über das die Hausarztpraxis bei Bedarf gezielt zusätzliche Inhalte abrufen kann.

Vorrangig sollte jedoch angestrebt werden, dass Daten strukturiert in der ePA verfügbar sind und von dort in die Praxis- und Dokumentationssysteme übernommen werden können. Im Rahmen der Implementierung der ePA muss sichergestellt werden, dass CHNs auf die

für ihre Tätigkeit erforderlichen Daten zugreifen können und über die notwendigen Schreibrechte verfügen. Dies betrifft u. a. die Dokumentation von Anamnese, Untersuchungs- und Verlaufsbefunden sowie die Pflege und Aktualisierung des Medikationsplans. Als pragmatische Übergangslösung wurde ein digitaler Verlaufsbrief als Informationsaustausch zwischen Hausarztpraxis und CHN diskutiert, der aber digital übermittelt werden muss (z. B. per KIM-Mail).

Welche Informationen die Hausarztpraxis im Detail benötigt, ist umfangreich und nicht abschließend zu definieren. Sinnvoll ist ein Ansatz, bei dem die Hausarztpraxis selbst festlegen kann, welche Informationen sie abrufen und einsehen möchte. Der Umfang des Informationsaustauschs hängt zudem von den organisatorischen Rahmenbedingungen ab. In einem Primärversorgungszentrum ist ein Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Systemen nicht erforderlich, wenn alle Beteiligten im selben System dokumentieren.

Im Kontext der ePA ist außerdem sicherzustellen, dass nicht alle eingetragenen Inhalte für Patient:innen oder alle Beteiligten gleichermaßen einsehbar sind, sondern ausschließlich für die jeweils behandelnden Akteur:innen – etwa bei sensiblen Befunden oder Bilddaten.

Telekonsile

Für die **Durchführung von Telekonsilen** stehen bereits geeignete Portale zur Verfügung. Dabei muss das patient:innenbezogene Teilen von Informationen (z. B. per Screensharing) möglich sein. Zudem ist sicherzustellen, dass Telekonsile und die relevanten Ergebnisse in die ePA eingebunden, dokumentiert und für die weiterbehandelnden Akteur:innen verfügbar gemacht werden.

Für dringende Anliegen – z. B. bei akuten Situationen im Hausbesuch durch die CHN – braucht es eine **verlässliche ärztliche Ansprechbarkeit**, etwa durch eine:n diensthabende:n Hausärzt:in oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ein entsprechendes Angebot kann z. B. über 116117 abgebildet werden. Auch hier müssen die Daten der betreuenden Hausarztpraxis im Nachgang über Schnittstellen zur Verfügung gestellt werden.

9. Weitere Ergebnisse des Arbeitskreises und Sounding Boards



9.1 Aspekte der Aus- und Weiterbildung der CHN

Im Arbeitskreis wurden verschiedene Aspekte der **Aus- und Weiterbildung** von Community Health Nurses diskutiert. Dabei wurde auch auf die Phase unmittelbar nach dem Studiumabschluss hingewiesen. In dieser ist davon auszugehen, dass noch nicht in allen Versorgungssituationen eine ausreichende fachliche Handlungssicherheit besteht, um Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verantwortungsgrenzen zuverlässig einzuschätzen. Dies ist nicht nur aus Perspektive der Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit relevant, sondern auch für die CHN selbst: Für die Übernahme einer neuen Rolle bedarf es der fachlichen und persönlichen Überzeugung, den Anforderungen der Tätigkeit gerecht werden zu können. Fachexpertise entsteht dabei nicht allein durch die im Studium erworbenen Grundlagen, sondern entwickelt sich zusätzlich durch praktische Erfahrung. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit ist hierbei zentral, da sie Orientierung bietet, fachliche Sicherheit unterstützt und dazu beiträgt, die Grenzen des eigenen Handelns klar zu definieren.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Handlungssicherheit von CHN in den Folgejahren deutlich verbessern wird, wenn die im Studium erworbenen Kompetenzen bereits während der Ausbildung in der Praxis angewendet, geübt und vertieft werden können. Aufgrund derzeitiger gesetzlicher Rahmenbedingungen ist dies jedoch nur begrenzt möglich. Daher wurde ein **Traineeprogramm** im Anschluss an den Masterabschluss vorgeschlagen, das ein „Praktizieren unter Aufsicht“ ermöglicht, wie es bspw. in der Schweiz etabliert ist.⁸¹ Die Mitglieder des Soundingboards sehen darüber hinaus die Möglichkeit, **praktische Ausbildungsanteile stärker in das Studium selbst zu integrieren**. Vorgeschlagen wurde dafür ein **praktisches Jahr**, angelehnt an das Medizinstudium, in dem CHN unter Aufsicht praktische Handlungssicherheit aufbauen können. Ein solcher Rahmen könnte zugleich die Akzeptanz des neuen Versorgungsmodells stärken. Übermäßige Rückspracheschleifen mit niedergelassenen Ärzt:innen, die insbesondere aus Unsicherheit ent-

stehen können, würden andernfalls die Prozesseffizienz beeinträchtigen.

Es wurde auch deutlich, dass für Deutschland eine bundesweite **Einheitlichkeit der Grundkompetenzen in CHN-Studiengängen**, verbunden mit entsprechenden Prüfungsanforderungen sinnvoll ist. Diese Standardisierung ist v. a. für potenzielle Arbeitgeber:innen bedeutsam, da dadurch verlässliche Ausbildungs- und Kompetenzprofile entstehen. So müsste nicht bei jeder Bewerbung zunächst das jeweilige Curriculum des Studienabschlusses im Detail geprüft werden.

Gleichzeitig ist es im Rahmen eines Masterstudiums nicht realistisch, alle relevanten Krankheitsbilder und Behandlungsalgorithmen in ausreichender Tiefe abzudecken. Für das Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit, ein generalistisches Masterprofil im Sinne einer APN gesetzlich zu regeln ist dies relevant. Daher empfiehlt die Arbeitsgruppe die Entwicklung eines **modularen Qualifikationssystems**. Die Module sollten sich auf ausgewählte Erkrankungen, Syndrome oder Versorgungsbereiche beziehen und der fachlichen Vertiefung dienen. Der erfolgreiche Abschluss eines Moduls könnte ergänzend zur einheitlichen Grundqualifikation dazu berechtigen, das jeweilige Krankheitsbild oder Syndrom eigenständig (bezogen auf erweiterte heilkundliche Tätigkeiten) zu betreuen. Beispiele hierfür wären Module zu Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder weiteren chronischen Erkrankungen mit hoher Versorgungsrelevanz. Das System hätte den Vorteil, CHN-gestützte Versorgungsangebote flexibel an den medizinischen Fortschritt und an regionale Versorgungsschwerpunkte anpassen zu können. Das Prinzip krankheits- bzw. indikationsbezogener Module könnte in einem **„Nationalen Kompetenzkatalog für CHN“** formalisiert werden. Dies ermöglicht eine bundesweite Vergleichbarkeit und beugt der Zersplitterung durch unterschiedliche Einzelanforderungen der Landesbehörden bzw. Landespflegekammern vor. Den gesetzgebenden Stellen sollte hierfür eine Übersicht erforderlicher Zusatzqualifikationen zugearbeitet werden.

81 APN-CH: Organisation der Reglementierung (2026)

Besonderer Klärungsbedarf besteht im Bereich der Verordnung von Arzneimitteln. Hier könnte eine spezifische Zusatzqualifikation erforderlich sein. Ein Mitglied des Soundingboards wies jedoch darauf hin, dass Kompetenzen zur Arzneimittelverordnung bereits im Bachelorstudium angebahnt und im Masterstudium vertieft werden sollten. Auf diese Weise könnte eine spätere Zusatzqualifikation entweder entbehrlich werden oder zumindest mit geringerem Aufwand erfolgen.

Für **Fort- und Weiterbildungen** von CHN muss eine **verbindliche Struktur** geschaffen werden. Dazu gehören eine **Fortbildungspflicht** sowie eine **Registrierung** von CHN mit dem Ziel der Versorgungsqualität, Patient:innensicherheit und Transparenz.

9.2 Anstellungsverhältnisse der CHN

In der Arbeitsgruppe gab es keine Präferenz hinsichtlich des **Anstellungsverhältnisses**. Als mögliche Modelle wurden u. a. eine Anstellung in niedergelassenen Hausarztpraxen oder in (integrierten) Gesundheitszentren genannt, ebenso die Anstellung bei Kommunen oder eine Tätigkeit in einer eigenen Praxis, wie sie beispielsweise in Frankreich realisiert wird.⁸² Für die beiden letztgenannten Modelle bedarf es **tragfähiger Kooperationsmodelle** mit ärztlichen Ansprechpartner:innen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit benötigt es in allen Modellen.

Im Soundingboard wurde das **Anstellungsverhältnis** unter zwei Gesichtspunkten betrachtet. Zum einen wurde die Notwendigkeit einer vertragsrechtlichen Kooperation zwischen der CHN und dem Hausarzt bzw. der Hausärztin bestätigt, bei der Zuständigkeiten klar geregelt sein müssen, um bspw. übermäßige Rückfragen oder Kompetenzkonflikte zu vermeiden.

Zum anderen wurde diskutiert, dass die Zustimmung zum eigenverantwortlichen Arbeiten der CHN, v. a. in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Langzeitbetreuung, davon abhängt, ob die CHN direkt in einer Hausarztpraxis oder Vergleichbarem angestellt ist. Eine eigenständige Entscheidungsbefugnis der CHN wird in diesem Fall eher akzeptiert werden, da ein direkter Einbezug des Hausarztes bzw. der Hausärztin gewährleistet ist. Bei einer externen Anstellung der CHN besteht die Befürchtung, dass Informationen verloren gehen und neue Kommunikationsbarrieren entstehen könnten.

⁸² Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (2026);
Cabinet d'infirmières (2026)

9.3 Leistungsvergütung und Abrechnung

Fragen zur Vergütung von Leistungen und zur Abrechnung waren kein primärer Bestandteil des Arbeitskreises, trotzdem wurden einzelne Aspekte diesbezüglich diskutiert und sollen im Folgenden als Impulse dargestellt werden.

Die Diskussionen bezogen sich vor allem auf Budgetfragen im Zusammenhang mit Verordnungen, die durch eigenverantwortliche Tätigkeiten von CHNs vorgenommen werden. Eine CHN, die Leistungen erbringt – etwa die Weiterverordnung von Arzneimitteln oder die Anforderung von Laborleistungen – muss über ein **eigenes Budget** verfügen. Somit sind entsprechende leistungrechtliche Voraussetzungen erforderlich, wie z. B. Abrechnungsziffern im EBM oder Pauschalen, um Leistungen abbildbar zu machen. Dies wurde am Beispiel der Wundversorgung konkretisiert. Aktuell wäre wegen geltender Regelungen eine CHN nicht in der Lage, bspw. Wundaufgaben eigenständig zu verordnen/abzurechnen. Für diese Tätigkeit müsste zusätzlich der Hausarzt oder die Hausärztin einbezogen werden und steht somit einer eigenverantwortlichen Leistungserbringung entgegen, verursacht zusätzliche, vermeidbare Prozessschritte und reduziert die Effizienz der Versorgung. **Gleichzeitig wurde deutlich, dass eine CHN mit einem eigenen Budget auch entsprechende Verpflichtungen übernehmen müsste**, d. h. die Haftung für mögliche Behandlungsfehler sowohl als auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit von Verordnungen.

Ein weiteres Thema in Kontext der Vergütung betraf **Kommunikationsleistungen**, wie der vorgeschlagene interprofessioneller Austausch oder Meilensteingespräche. Die Leistung muss abrechenbar sein sowohl für die CHN als auch für den Hausarzt bzw. die Hausärztin. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinträchtigt wird. Für regelmäßige Fallbesprechungen könnten Pauschalen eingeführt werden, die abhängig von der Komplexität des Patient:innenfalls abgerechnet werden können. Dabei sollten Mindestanforderungen an die Leistung gekoppelt sein, etwa hinsichtlich des zeitlichen Aufwands oder der Dokumentation. Dies betrifft auch weitere Kommunikationsanlässe wie Telekonsile oder Meilensteingespräche. Auch hierfür wären Pauschalen denkbar zzgl. Erschwerniszuschläge bei besonders komplexen Versorgungssituationen.

Abschließend benannte die Arbeitsgruppe einen dringenden Bedarf, die Abrechnung in der ambulanten Versorgung insgesamt zu vereinfachen, auch mit Blick auf die ärztliche Profession. Die Abrechnung kann inhaltlich komplex sein; die elektronische Dokumentation sollte jedoch Leistungen möglichst automatisiert codieren oder auf Basis der dokumentierten Inhalte automatisierte Vorschläge zur Codierung generieren. Anschließend erfolgt die manuelle Bestätigung oder Anpassung. Perspektivisch sind im Zuge der Digitalisierung auch stärker automatisierte Abrechnungsverfahren denkbar. Diese müssten zugleich wirksame Mechanismen enthalten, um Fehlkodierungen und Upcoding zu verhindern.

10. Fazit und Ausblick



Die Ergebnisse des Arbeitskreises Heilkunde zeigen, dass Community Health Nurses einen wichtigen Beitrag hin zu einer zukunftsfähigen Primärversorgung in Deutschland leisten können. Angesichts zunehmender chronischer Erkrankungen, regionaler Versorgungsengpässe, wachsender Koordinationsbedarfe und begrenzter personeller Ressourcen reicht eine ausschließlich arztzentrierte Perspektive auf nicht mehr aus. Erforderlich ist vielmehr eine **kompetenzorientierte Aufgabenverteilung im interprofessionellen Team**, die medizinische, pflegerische, präventive, rehabilitative, palliative und sozialräumliche Aspekte der Versorgung miteinander verbindet. Die CHN als eine Rolle ist hierfür besonders geeignet, weil sie individuelle Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsmanagement, Edukation, Koordination und gemeindenaher Versorgungsplanung in einer Rolle zusammenführt.

Der im Arbeitskreis entwickelte Vorschlag macht deutlich, dass **erweiterte heilkundliche Maßnahmen eine sinnvolle Ergänzung des Aufgabenprofils** der CHN darstellen können. Sie machen jedoch nicht allein die Rolle der CHN aus. Community Health Nursing umfasst deutlich mehr als die Übernahme bislang ärztlich vorbehaltenen Tätigkeiten. Gerade in der Langzeitbetreuung chronisch erkrankter Menschen, in der Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement, in der Einschätzung häuslicher und sozialer Lebenslagen, in der Koordination von Versorgungsprozessen sowie in der partizipativen Entwicklung regionaler Angebote liegt ein wesentlicher Mehrwert der CHN für Patient:innen, Angehörige, Kommunen und das Versorgungssystem insgesamt.

Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass die **Übertragung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nicht pauschal, sondern innerhalb klar definierter Rahmenbedingungen erfolgen muss**. Voraussetzungen sind u.a. verbindliche Behandlungsalgorithmen, Positivlisten für verordnungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, definierte Eskalationskriterien, einheitliche Qualifikationsanforderungen, rechtlich abgesicherte Kooperationsstrukturen sowie transparente Haftungs- und Verantwortungsregelungen. Die CHN muss eigenverantwortlich handeln können, zugleich aber die Grenzen ihres Handlungsspielraums kennen und ärztliche Expertise wo erforderlich einbeziehen (können).

Besonders deutlich wurde, dass eine Aufgabenneuordnung **nicht als Eingriff in die Hausarztmedizin verstanden werden sollte**. Sie ist als Beitrag zu einem

notwendigen Wandel von einer ärztlich geprägten Primärmedizin hin zu einer umfassenderen Primärversorgung. Hausärzt:innen bleiben elementare Akteur:innen in der Versorgung, deren Expertise benötigt wird. Gleichzeitig kann die CHN durch die Ausführung definierter Aufgaben, durch kontinuierliche Begleitung und durch niedrigschwellige Erreichbarkeit dazu beitragen, Versorgungsprozesse zu stabilisieren, unnötige Schnittstellen zu reduzieren und das Versorgungskontinuum für Patient:innen zu verbessern. Der Nutzen entsteht dabei nicht durch ein Nebeneinander einzelner Berufsgruppen, sondern durch ein verbindliches, gut strukturiertes Zusammenwirken im Team, die entsprechend vergütet werden müssen.

Ein zentrales Ergebnis ist, dass **interprofessionelle Zusammenarbeit nicht dem Zufall überlassen** werden darf. Sie benötigt feste Formate des vergüteten interprofessionellen Austauschs und der Abstimmung, klare Zuständigkeiten sowie eine gemeinsame Informationsbasis. Mit Blick auf unterversorgte Räume müssen Telekonsile regelhaft etabliert und vergütet werden, damit interprofessionelle Versorgung gelingen und Versorgung sichergestellt werden kann. Dafür benötigt die CHN Zugang zur ePA einschließlich Schreib- und Leserechten. Ohne all dem kann die CHN ihre Rolle als eigenständige Versorgungsakteurin nicht wirksam ausfüllen.

Die Diskussionen haben zugleich Grenzen und offene Fragen sichtbar gemacht. Nicht alle Sachverhalte konnten abschließend geklärt werden. Weiterer Klärung bedürfen u.a. die Frage der Diagnosestellung durch CHN, die Abgrenzung einfacher und komplexer Versorgungssituationen sowie die Kriterien für die ärztliche Hinzuziehung.

Für die weitere Entwicklung sind mehrere Schritte erforderlich:

1. **Gesetzliche Verankerung** der CHN als eigenständige Rolle des Advanced Practice Nursing in der primären Gesundheitsversorgung.
2. Entwicklung eines bundesweit abgestimmten **Kerncurriculums** für CHN als Spezialisierung der APN mit definierten Grundkompetenzen, Prüfungsanforderungen und praktischen Ausbildungsanteilen. Ergänzend sollten indikations- oder versorgungsbereichsbezogene Module für die fachliche Vertiefung und Weiterentwicklung konzipiert werden, etwa zu Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Wundversorgung oder Arzneimitteltherapiesicherheit.

3. Interprofessionelle Erarbeitung und regelmäßige Aktualisierung von **Behandlungsalgorithmen, Arzneimittellisten und Eskalationssystemen**. Gleiches gilt für Disease-Management-Programme und Leitlinien, dort muss die interprofessionelle Leistungserbringung künftig deutlicher sichtbar werden.
4. Vertiefte Prüfung **haftungsrechtlicher Fragen** für die eigenverantwortliche Arbeit der CHN. Ein entsprechendes Gutachten wird der Bosch Health Campus gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK im Jahr 2026 veröffentlichen.
5. Schaffung eigenständiger **leistungsrechtlicher Grundlagen** und einfacher Abrechnungswege für CHN-Leistungen sowie für interprofessionelle Kommunikationsformate.
6. Verpflichtende digitale Einbindung der CHN und der gesamten pflegerischen Berufsgruppe in die **Telematikinfrastruktur**.

Darüber hinaus sollten die hier entwickelten Vorschläge praktisch erprobt, wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die Rolle der CHN darf dabei nicht auf Modellprojekte beschränkt, sondern muss ein **fester Bestandteil der Regelversorgung** sein. Die Evaluation dient der Qualitätssicherung und konzeptionellen Weiterentwicklung. Dabei sind nicht nur klinische Endpunkte zu berücksichtigen, sondern auch Versorgungsqualität, Zugangs-

gerechtigkeit, Entlastungseffekte für Hausarztpraxen, Wirtschaftlichkeit oder interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Perspektiven von Patient:innen und Angehörigen müssen ebenfalls einbezogen werden, denn sie kennen ihre Bedarfe, Barrieren und Ressourcen am besten.

Insgesamt versteht sich der vorliegende Vorschlag nicht als abschließendes Regelwerk, sondern als fachlicher Ausgangspunkt für die weitere Diskussion. Diese müssen mit weiteren für die primäre Gesundheitsversorgung relevanten Berufsgruppen und Handlungsfeldern geführt werden. Für eine gute Primärversorgung werden alle benötigt.

Diese Publikation zeigt, dass eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zwischen Hausärzt:innen und CHNs möglich und sinnvoll sein kann, wenn sie qualitätsgesichert, rechtlich abgesichert, digital unterstützt und interprofessionell ausgestaltet wird. Die Einführung der CHN bietet die Chance, eine Primärversorgung zu entwickeln: näher an den Lebenswelten der Menschen, kontinuierlicher in der Begleitung, stärker präventiv ausgerichtet und besser vernetzt. Damit kann Community Health Nursing zu einem zentralen Baustein einer bedarfsgerechten, patient:innenzentrierten und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in Deutschland werden.

Literatur



1. **Adli, M. et. al. (2005):**
Algorithmusgestützte Behandlung stationärer Patienten: das Berliner Algorithmusprojekt in: Akute und therapieresistente Depressionen, hrsgg. v. Michael Bauer et. al., Berlin/Heidelberg 2005, S. 477–487, URL: http://link.springer.com/10.1007/3-540-28049-9_35, 21.07.2026.
2. **American Hospital Association (2023):**
Community Health Assessment Toolkit, URL: <https://www.healthychcommunities.org/resources/toolkit/files/prepare>, 26.08.2026.
3. **Anderson, Elizabeth T. / McFarlane, Judith M. (2019):**
Community as partner: theory and practice in nursing, Eighth edition, Philadelphia 2019.
4. **APN-CH: Organisation der Reglementierung (2026):** Anforderungen, URL: <https://apn-ch.ch/registrierung/anforderungen/>, 06.05.2026.
5. **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026a):**
Formate und Verbreitung von Leitlinien | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., URL: <https://www.awmf.org/regelwerk/formate-und-verbreitung-von-leitlinien/>, 05.05.2026.
6. **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2026b):**
Regelwerk | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., URL: <https://www.awmf.org/regelwerk/>, 05.05.2026.
7. **Bär, Gesine et. al. (2020):**
Fokusgruppen in der partizipativen Forschung in: Partizipative Forschung, hrsgg. v. Susanne Hartung et. al., Wiesbaden 2020, S. 207–232, URL: http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-30361-7_7, 07.05.2026.
8. **Bosch Health Campus (2025):**
Das deutsche Gesundheitssystem im Wandel - Lösungsansätze für die 21. Legislaturperiode 2025, URL: <https://www.bosch-health-campus.de/de/publikation/das-deutsche-gesundheitssystem-im-wandel>, 03.08.2026.
9. **Bundesärztekammer (2024):**
Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, Berlin 2024, URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_.2025_.pdf, 11.06.2026.
10. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2026):**
ICD-11 in Deutsch – Testversion, URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, 01.08.2026.
11. **Burgi, Martin / Igl, Gerhard (2021):**
Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland 2021, URL: <https://www.nomos-elibrary.de/index.php?doi=10.5771/9783748924319>, 03.04.2024.
12. **Butler, Michelle et. al. (2026):**
Substitution of nurses for physicians in the hospital setting for patient, process of care, and economic outcomes, in: Cochrane Database of Systematic Reviews, Heft 2 (2026) 12.02.2026, URL: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013616.pub2>, 13.02.2026.
13. **Cabinet d’infirmières (2026):**
Accueil, URL: <https://www.cabinet-infirmiere.fr/>, 06.05.2026.
14. **Campbell, Harry et. al. (1998):**
Integrated care pathways, in: 10.01.1998, URL: <https://www.bmj.com/content/316/7125/133>, 05.05.2026.
15. **Canadian Nurses Association (2026):**
Nurse Practitioners, URL: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>, 11.03.2026.
16. **CDC (2026):**
Community Planning for Health Assessment: CHA & CHIP, URL: <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/public-health-strategy/public-health-strategies-for-community-health-assessment-health-improvement-planning.html>, 20.04.2026.

17. Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) et. al. (2025):

Verantwortung für Deutschland - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 2025, URL: https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf, 11.03.2026.

18. Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (2026):

Infirmier, URL: <https://www.ordre-infirmiers.fr/infirmier>, 06.05.2026.

19. Deutscher Ärzteverlag GmbH (2026):

Lungenkrebs-Screening - LKS, URL: <https://lungenkrebs-screening.aerzteverlag.de/>, 06.05.2026.

20. Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2018):

Community Health Nursing in Deutschland - Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum, Berlin 2018, URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>, 26.03.2026.

21. Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2019):

Advanced Practice Nursing Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung 2019, URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>, 15.04.2024.

22. Deutscher Berufsverband für Pflegefachberufe (DBfK) (2022):

Community Health Nursing Aufgaben und Praxisprofile 2022, URL: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf, 11.04.2024.

23. Finnish nurses association (2026):

Opiskele sairaanhoitajaksi, URL: <https://sairaanhoitajat.fi/en/profession-and-skills/study-to-become-a-nurse/>, 11.03.2026.

24. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020):

Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten 2020, URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/GU-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf, 06.05.2026.

25. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025a):

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme - oKFE-Richtlinie 2025, URL: <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3860/oKFE-RL-2025-05-15-iK-2025-07-22.pdf>, 06.05.2026.

26. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025b):

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen 2025, URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4074/KFE-RL_2025-12-18_iK-2026-03-12.pdf, 06.05.2026.

27. GKV-Spitzenverband (2021):

Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI, Berlin 2021, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/himi_empfehlungen_verlautbarungen/2021_12_20_Hilfsmittel_Richtlinie_40_Abs_6_SGB_XI_Stand_01.03.22.pdf, 11.06.2026.

28. GKV-Spitzenverband (2022):

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 2022, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/sapv/20221026_SAPV-Erwachsene-Rahmenvertrag.pdf, 05.05.2026.

29. GKV-Spitzenverband (2026):

Entlassmanagement, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/r_entlassmanagement/entlassmanagement_reha.jsp, 05.05.2026.

30. GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen et. al. (2023):

Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) 2023, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp, 01.08.2023.

31. Government of South Australia (2026):

Yellow Flag screening in lumbar disorders, URL: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/Public+Content/SA+Health+Internet/Clinical+Resources/Clinical+Programs+and+Practice+Guidelines/Medical+conditions/Orthopaedics/Lumbar+disorders/Clinical+resources+for+lumbar+disorders/Yellow+Flag+screening+in+lumbar+disorders>, 21.07.2026.

- 32. Hamric, Ann B. (Hrsg.) (2014):** Advanced practice nursing: an integrative approach, 5. ed, St. Louis, Missouri 2014.
- 33. In der Schmitten, J. et. al. (2016):** Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Heft 04 (17) 13.07.2016, S. 177–195.
- 34. International Council of Nurses (ICN) (2020):** Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020, URL: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN.pdf, 05.10.2024.
- 35. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021):** Medikationsplan, URL: <https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/medikationsplan>, 21.04.2026.
- 36. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023):** Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Altenoder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) 2023, URL: https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-08-delegationsvereinbarung/08_Delegation.pdf, 11.03.2026.
- 37. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / GKV Spitzenverband (2015):** Anlage 24 - Vereinbarung Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal, Berlin 2015, URL: https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf, 11.06.2026.
- 38. Klapper, Bernadette (2023):** Einführung von Community Health Nurses: Hürden überwinden, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 2 (77) 2023, S. 26–31.
- 39. Kompetenz-Centrum Geriatrie (2026):** Assessments in der Geriatrie, URL: <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie>, 28.07.2026.
- 40. Koppenberg, Joachim et. al. (2019):** «Red Flags» und Schocksymptome, in: Praxis, Heft 13 (108) 09.2019, S. 845–849.
- 41. Lamar Universität (2017):** What Is Community Nursing?, URL: <https://degree.lamar.edu/online-programs/healthcare/rn-to-bsn/what-is-community-nursing/>, 25.01.2026.
- 42. Laurant, Miranda et. al. (2018):** Nurses as substitutes for doctors in primary care, in: Cochrane Database of Systematic Reviews, Heft 2 (2019) 16.07.2018, URL: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>, 30.07.2024.
- 43. Lawal, Adegboyega K. et. al. (2016):** What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review, in: BMC Medicine (14) 23.02.2016, S. 35.
- 44. Margolis, Carmi Z. (1983):** Uses of Clinical Algorithms, in: JAMA, Heft 5 (249) 04.02.1983, S. 627–632.
- 45. Nicholas, Michael K. et. al. (2011):** Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal, in: Physical Therapy, Heft 5 (91) 01.05.2011, S. 737–753.
- 46. Nolting, Hans-Dieter et. al. (2011):** Faktencheck Gesundheit -Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Gütersloh 2011, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Unterschiede.pdf, 20.04.2026.
- 47. PennNursing - University of Pennsylvania (2026):** What is a Public Health Nurse?, URL: <https://www.nursing.upenn.edu/nhhc/home-care/what-is-a-public-health-nurse/>, 05.03.2026.
- 48. Prados, Diana Gosálvez (2023):** Kontinuität der Versorgung – WHO-Kooperationszentrum für Primärversorgung 2023, URL: <https://primaryhealthcare4people.org/glossary-oms/continuum-of-care/>, 07.05.2026.
- 49. Robert Koch Institut (RKI) (2026a):** Epidemiologisches Bulletin 4/2026 2026, URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=6, 06.05.2026.
- 50. Robert Koch Institut (RKI) (2026b):** Bericht zu Pflegebedürftigkeit und Einschränkungen in der funktionalen Gesundheit, URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Neuigkeiten-und-Presse/Meldungen-PM/Meldungen/2026-05-05_Pflegebericht.html, 07.05.2026.

51. Scheibe, Florian (2016):

Heidelberger Standarduntersuchung:
Handlungsanweisungen zur Durchführung
der körperlichen Untersuchung, 3. Auflage mit
mehr als 700 Fotos, Grafiken und Schemata
sowie zahlreichen über unser Videoportal
zugänglichen Lehrvideos, Heidelberg 2016.

52. Scheydt, Stefan / Hegedüs, Anna (2022):

Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des
Community Health Nursing: Eine narrative
Literatursynthese, in: HeilberufeScience,
Heft 1–2 (14) 28.11.2022, S. 9–18.

53. Schmitt-Sausen, Nora (2010):

Finnisches Gesundheitssystem: Durchorganisiert,
effizient, gut?, in: Deutsches Ärzteblatt 2010.

54. Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2026):

invasiv, URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/glossar/invasiv.html>, 05.05.2026.

55. Verhagen, Arianne P. et. al. (2016):

Red flags presented in current low back pain
guidelines: a review, in: European Spine Journal,
Heft 9 (25) 01.09.2016, S. 2788–2802.

56. Wisniowski, Nora et. al. (2025):

Primärversorgung als Systemreform:
Interprofessionalität und Heilkundeübertragung
zukünftig gestalten, in: Gesundheits- und
Sozialpolitik, Heft 5 (79) 2025, S. 48–55.

57. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023):

Daten zur Erkrankung Typ-2-Diabetes in
Deutschland. – AOK Gesundheitsatlas
Deutschland, URL: <https://gesundheitsatlas-deutschland.de>, 06.05.2026.

58. World Health Organization (WHO) (2001):

Community health needs assessment : an
introductory guide for the family health nurse in
Europe 2001, URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/38cf794a-f57d-4a24-b212-199888f8e91f/content>, 20.04.2026.

59. World Health Organization (WHO) (2017):

ENHANCING THE ROLE OF COMMUNITY
HEALTH NURSING FOR UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE 2017.

60. World Health Organization (WHO) (2026a):

Primary health care, URL: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>, 20.07.2026.

61. World Health Organization (WHO) (2026b):

UHC service planning & models of care, URL:
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>, 07.05.2026.

62. Zeeb, Hajo et. al. (2025):

Public health in Germany: structures, dynamics,
and ways forward, in: The Lancet Public Health,
Heft 4 (10) 04.2025, S. e333–e342.

Impressum



Herausgegeben von: Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH
vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Telefon: +49 (0)30-2191570
E-Mail: chn@dbfk.de
Internet: www.dbfk.de
Autor: Robert Bitterlich

Mitherausgegeben von: Bosch Health Campus GmbH
Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
www.bosch-health-campus.com
Autorin: Carmen Lamparter

Ansprechpersonen: Pressestelle des DBfK: presse@dbfk.de; 030 219157-0
Bosch Health Campus: Carmen Lamparter, carmen.lamparter@bosch-health-campus.com

Redaktionelle Betreuung: Ivonne Köhler-Roth

Layout: DILG DESIGN, www.dilg.net

Bildnachweis: Für Illustrations- und Mockup-Zwecke werden in dieser Broschüre teilweise KI-generierte Bilder eingesetzt (u. a. erstellt mit Higgsfield). Die abgebildeten Personen sind synthetisch erzeugt und stellen keine realen, existierenden Personen dar.

© 2026

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen halb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.

Zitierhinweis: Agnes-Karll-Gesellschaft / Bosch Health Campus (Hrsg.) (2026). Arbeitskreis Heilkunde Community Health Nurse: Primärversorgung im Team - Wie Community Health Nurses und Hausärz:innen Verantwortung neu verteilen können.
Berlin. <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Arbeitskreis-Heilkunde.pdf>

Das Projekt „Community Health Nurse – Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln (CHN Phase IV)“ wurde von der Bosch Health Campus GmbH gefördert. Wir bedanken uns für die Förderung und Unterstützung durch die Bosch Health Campus GmbH.

Unser herzlicher Dank gilt allen Personen, die an der Erarbeitung des Scope of Practice maßgeblich mitgewirkt haben.



**Agnes-Karll-Gesellschaft für
Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH**
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570
E-Mail: chn@dbfk.de

www.dbfk.de
www.facebook.com/dbfk.de
[@DBfK_Pflege](https://www.instagram.com/DBfK_Pflege)