



**Bosch Health
Campus**

der Robert Bosch Stiftung



Rechtsgutachten zur Community Health Nurse in Deutschland

Eigenverantwortliche Heilkunde-
ausübung im Wege der Substitution –
Eine haftungsrechtliche Einordnung

Prof. Dr. Alexandra Jorzig

In Kooperation:



Grußwort des Bosch Health Campus

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung erfordert neue Antworten auf die Herausforderungen des demografischen Wandels, einer steigenden Zahl chronisch erkrankter Menschen sowie des zunehmenden Fachkräftemangels. Für den Bosch Health Campus ist die Weiterentwicklung einer starken, integrierten und patientenzentrierten Primärversorgung deshalb eine zentrale Zukunftsaufgabe.

Das vorliegende Rechtsgutachten ist auf Grundlage der fachlichen Arbeit der Arbeitsgruppe Heilkunde entstanden und baut auf deren intensiven Analysen und Diskussionen auf. Es leistet einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Debatte über die Übertragung erweiterter heilkundlicher Aufgaben an Community Health Nurses in Deutschland. Erstmals werden die rechtlichen Rahmenbedingungen systematisch aufgearbeitet und konkrete Perspektiven für die Weiterentwicklung erweiterter Pflegekompetenzen aufgezeigt.

Das Rechtsgutachten setzt hierfür ein wichtiges Signal. Es schafft eine fundierte Grundlage für die gesundheitspolitische und fachliche Diskussion über die Ausgestaltung erweiterter heilkundlicher Kompetenzen und liefert wertvolle Impulse für die gesetzliche und strukturelle Weiterentwicklung von Community Health Nursing in Deutschland.

Der Bosch Health Campus begleitet diese Entwicklung seit vielen Jahren gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Unser gemeinsames Ziel ist es, die Potenziale akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen für eine moderne, integrierte Primärversorgung nutzbar zu machen und so die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nachhaltig zu stärken.

Wir danken allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Heilkunde sowie den Autorinnen und Autoren des Rechtsgutachtens für ihr außerordentliches Engagement und ihre fachliche Expertise.

Wir wünschen der Publikation eine breite Resonanz in Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik.

Dr. Katja Vonhoff

Leitung, Bosch Health Campus

Vorwort

des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

Die Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem sind nicht zu übersehen und erfordern dringende Reformen. Dabei braucht es Veränderungen, die nicht allein auf kurzfristige Einspareffekte zielen. Denn dies würde Probleme lediglich in die Zukunft verschieben. Ziel muss es sein, Finanzierung und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu sichern.

Zu den dringend gebotenen Reformen gehört die Weiterentwicklung einer primär ärztlich dominierten Gesundheitsversorgung hin zu einer echten Primärversorgung im Team, die nach internationalen Vorbildern Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Pflege, Therapie, Rehabilitation und Palliation miteinander verbindet.

Die unterschiedlichen Rollen des Advanced Practice Nursing, zu denen auch die Community Health Nurse (CHN) gehört, sind international in der Primärversorgung etabliert und übernehmen dort eigenverantwortliche Aufgaben in der Patient:innenversorgung. Die Agnes-Karll-Gesellschaft hat mit Förderung des Bosch Health Campus bereits einen Vorschlag vorgelegt, wie Aufgaben zwischen CHNs und Hausärzt:innen effizient und kompetenzorientiert neu geordnet werden können. Die Ergebnisse des Arbeitskreises Heilkunde zeigen einen möglichen Scope of Practice für CHNs auf.

Mit einer solchen Neuordnung stellen sich auch vergütungs- und haftungsrechtliche Fragen. Im Projekt „Community Health Nurse – Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln (CHN-Phase IV)“ wurde deshalb auf Grundlage der Ergebnisse des Arbeitskreises Heilkunde, der aktuellen Rechtslage sowie bestehender Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen für CHN ein Gutachten beauftragt. Es untersucht Haftungsfragen bei eigenverantwortlich durchgeführten Leistungen der CHN und mögliche Auswirkungen auf die ärztliche Haftung.

Mit den beiden Publikationen stellen wir Handlungsgrundlagen für politische Entscheidungsträger:innen zur Verfügung. Die Erkenntnisse sollten in die weitere gesetzliche und strukturelle Ausgestaltung der Rolle der Advanced Practice Nurse und insbesondere der CHN einfließen.

Wir freuen uns, dieses Gutachten vorlegen zu können, und danken Frau Prof. Dr. Alexandra Jorzig und ihren Kolleg:innen für die rechtliche Einordnung sowie dem Bosch Health Campus für die Förderung und Unterstützung bei der Weiterentwicklung der CHN in Deutschland.

Vera Lux

Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

Leitsätze zur Haftung der Community Health Nurse

1. Die CHN haftet für eigenverantwortlich erbrachte heilkundliche Leistungen nach dem Maßstab einer ordentlich ausgebildeten CHN auf Masterniveau (§630a Abs.2 BGB); der ärztliche Haftungsmaßstab gilt nicht, der bloße Pflegestandard ebenfalls nicht.
2. Die Aufklärungspflicht der CHN (§§630d, 630e BGB) umfasst zwingend den Hinweis auf die eigenverantwortliche – nichtärztliche – Leistungserbringung; ohne wirksame Einwilligung liegt rechtswidrige Körperverletzung vor.
3. Der Träger haftet eigenständig für Auswahl-, Organisations- und Überwachungsverschulden; insbesondere für die Abgrenzung von Substitution und Delegation sowie für ausreichenden Versicherungsschutz.
4. Tätigkeiten außerhalb des BEEP-Rahmens (Arztvorbehalt) begründen strafbare unerlaubte Heilkundeausübung nach §5 HeilprG zusätzlich zur zivilrechtlichen Haftung.
5. Lückenlose Dokumentation der Rechtsgrundlage jeder Maßnahme (Substitution vs. Delegation) ist keine bloße Organisationspflicht, sondern haftungsrechtliches Gebot mit Beweislastfolgen (§630h BGB).
6. Bei der Substitution entfällt – anders als bei der Delegation – das Risiko eines Übernahmefehlers der CHN, da der Gesetzgeber den zulässigen Tätigkeitsrahmen abschließend bestimmt.
7. Die Substitution bewirkt strukturell eine Haftungsentlastung der Ärzteschaft: delegationsspezifische Pflichten (Anleitung, Überwachung, Interventionspflicht) entfallen; der Arzt scheidet als Anspruchsgegner des Patienten aus.
8. § 15a SGB Vi.V. m. dem Bundesvertrag (Scope of Practice, § 73d SGBV) ist für die angestellte CHN im GKV-Rahmen als Rechtsgrundlage ausreichend; ein APN-Gesetz ist insoweit nicht zwingend erforderlich, bleibt aber rechtspolitisch geboten für CHN außerhalb der GKV zur Beseitigung der strafrechtlichen Restunsicherheit (§ 1/5 HeilprG) und zum Titelschutz.
9. Solange kein anerkannter Berufsstandard der CHN existiert, ist der Haftungsmaßstab des §630a Abs.2 BGB nicht abschließend bestimmbar; die Pflegewissenschaft ist zur verbindlichen Standardsetzung verpflichtet. Die CHN hat den Patienten auch über das Fehlen eines kodifizierten Berufsstandards aufzuklären.

Inhaltsverzeichnis

A. Problemaufriss und Untersuchungsgegenstand	7
I. Ausgangslage im deutschen Gesundheitssystem	7
II. Untersuchungsgegenstand	8
B. Berufsbild: Community Health Nurse	9
I. Kompetenzen	10
II. Aufgaben und Tätigkeiten	11
III. Einsatzbereiche	12
C. Rechtslage auf dem Gebiet der Heilkunde vor Einführung des BEEP	12
I. Heilkundenausübung nach HeilprG/BÄO	12
II. Heilkundenausübung nach sektoraler Heilpraktikererlaubnis	14
III. Heilkundenausübung nach Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3b, 3c SGB V a. F. ...	14
D. Das BEEP als neue Rechtsgrundlage für die Tätigkeit der CHN	17
I. Gesetzgebungsgeschichte und Inkrafttreten	17
II. Zentrale Regelungen des BEEP	18
1. Neuer § 15a SGB V – Eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen	18
2. Neuer § 73d SGB V – Eigenverantwortliche Leistungen in der vertrags- ärztlichen Versorgung	18
3. Neuer § 112a SGB V – Eigenverantwortliche Heilkunde im Krankenhaus	19
4. Überführung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung	19
5. Änderungen im Pflegeberufegesetz (kurz: PflBG)	19
E. Scope of Practice des DBfK für die CHN anhand Continuum of Care	20
I. Grundlage	20
II. Continuum of Care	21
1. Diagnostik	21
2. Akuttherapie	21
3. Krankenhausbehandlung	22
4. Rehabilitation und Langzeitpflege	23
5. Palliative Versorgung	24
6. Langzeitversorgung	25

F. Haftungsrechtliche Einordnung der Ausübung von Heilkunde durch CHN	26
I. Delegation und Substitution – eine Abgrenzung	27
1. Delegation	27
a) Begriffsbestimmung	27
b) Haftungskonstellationen	28
aa) Nichtärztliches Personal	28
bb) Krankenhaus	28
cc) Arzt	30
2. Substitution	30
a) Begriffsbestimmung	31
b) Haftungskonstellationen	31
aa) Krankenhaus	31
bb) Arzt	31
cc) CHN	32
(1) Zivilrechtliche Haftung	32
(2) Strafrechtliche Haftung	32
(3) Haftungsgründe	33
(a) Übernahmefehler	33
(b) Behandlungsfehler	33
(c) Aufklärungsfehler	36
(d) Dokumentationsfehler	37
G. Versicherungsrechtliche Aspekte	40
H. Fazit	42
I. Historische Zäsur: das BEEP als Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitsberufsrecht	42
II. Substituierende Heilkundeausübung: das neue haftungsrechtliche Leitbild	42
III. Die vier haftungsrechtlichen Risikozonen der CHN	43
IV. Die Kehrseite: Haftungsentlastung der Ärzteschaft	44
V. Träger- und Systemhaftung: die institutionelle Verantwortungsdimension	45
VI. Die strukturelle Haftungslücke: fehlendes APN-Gesetz	45
VII. Beweislast und Dokumentation: die operative Haftungsvorsorge	47
VIII. Gesamtbewertung und Ausblick	48
Quellenverzeichnis	49
Impressum	54

A. Problemaufriss und Untersuchungsgegenstand

I. Ausgangslage im deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor strukturellen Herausforderungen erheblichen Ausmaßes. Der demographische Wandel führt auf der Patientenseite dazu, dass in den kommenden Jahren ein stetig wachsender Pflegebedarf besteht. Bereits Ende 2023 waren 5,69 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).¹ Laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung soll sich diese Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 sogar um weitere rund 2 Millionen erhöhen.² Auf der anderen Seite, der Behandlerseite, wird der in der Gesundheitsbranche ohnehin schon bestehende Fachkräftemangel durch den demnächst bevorstehenden Eintritt der „Babyboomer“ in den Ruhestand weiter verschärft.³

Steht einer wachsenden und immer komplexer werdenden Nachfrage nach medizinischer Behandlung auf Patientenseite eine immer geringere Anzahl an möglichen Behandlern zur Verfügung, erscheinen weitreichende Versorgungsengpässe nahezu unausweichlich.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest hat kürzlich darauf hingewiesen, dass in Niedersachsen mehrere hundert Hausarztstellen unbesetzt sind – Tendenz steigend. Gerade in ländlichen Regionen seien daher lange Wege zum Hausarzt, überlastete Praxen und steigende Wartezeiten bereits heute vielerorts Realität.⁴

Um dieser Dynamik – gerade den drohenden Versorgungsengpässen – etwas entgegenzusetzen, wird bereits seit längerer Zeit darüber diskutiert, inwiefern es zulässig ist, ärztliche Leistungen auf Pflegekräfte zu übertragen.⁵ Durch eine solche Kompetenz- und Befugnisserweiterung sollen zum einen die Pflegeberufe grundsätzlich attraktiver gemacht werden, zum anderen können die Pflegekräfte Ärzte bei ihrer Arbeit weitreichender entlasten.⁶ Im Jahr 2017 hat die Agnes-Karll-Gesellschaft daher in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (kurz: DBfK) und mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung das Projekt Community Health Nursing

1 Statistisches Bundesamt, Bevölkerung – Mehr Pflegebedürftige. Laut früheren Berechnungen des Statistischen Bundesamts wurde für die Jahre 2020 und 2030 von 2,9 Millionen bzw. 3,4 Millionen pflegebedürftiger Menschen ausgegangen, Bundesgesundheitsministerium, Referentenentwurf – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, S. 58.

2 Vorwort der Robert Bosch Stiftung GmbH, zit. nach Burgi/Igl, CHN, S. 7.

3 Ebd.

4 Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 2026, S. 60. ferner Scheydt/Hegedüs, HBSscience 2023, 9 (10), die ebenfalls auf „einen drohenden regionalen Versorgungsmangel v. a. im ländlichen Raum, u. a. aufgrund der sinkenden Zahl an Hausarztpraxen“ aufmerksam machen.

5 Bergmann, MedR 2009, 1 ff.; Spickhoff/Seibl, MedR 2008, 463 ff. Ausführlich zu den Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Leistungen Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 39 ff.

6 Vgl. Bauer, GewA 2012, 13; Charité, Pflegekompetenzreform: Alles rund um Advanced Practice Nurses.

ins Leben gerufen.⁷ Ziel des Projekts ist die Etablierung der Community Health Nurse (kurz: CHN) als Berufsbild in Deutschland. Eine CHN soll als spezialisierte Pflegefachperson zur eigenständigen Ausübung von Heilkunde befugt sein.⁸

Im ersten Schritt des Projekts wurde ein mögliches Aufgaben- und Leistungsprofil einer CHN ausgearbeitet. Der zweite Schritt beinhaltete sodann die Entwicklung eines Curriculums für einen entsprechenden Masterstudiengang Community Health Nursing. Angeboten wird der Studiengang grundsätzlich an der Universität Witten/Herdecke, der Evangelischen Hochschule Dresden, der Universität Bremen, der APOLLON Hochschule und der Hochschule Bochum.⁹

Die Schaffung des Berufsbilds Community Health Nurse haben sich die Parteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP in ihrem Koalitionsvertrag („Mehr Fortschritt wagen“, 2021–2025) ausdrücklich zu einem Ziel der Legislaturperiode gesetzt.¹⁰

Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (kurz: BEEP), das am 6. November 2025 vom Bundestag verabschiedet und nach Durchlaufen des Vermittlungsausschusses am 19. Dezember 2025 auch vom Bundesrat gebilligt wurde, trat nun zum 1. Januar 2026 die maßgebliche gesetzliche Grundlage für die eigenverantwortliche Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen in Kraft.¹¹

II. Untersuchungsgegenstand

Das vorliegende Gutachten beschäftigt sich im Wesentlichen mit den folgenden zwei Fragen:

1. Welche heilkundlichen Maßnahmen soll eine CHN eigenverantwortlich im Wege der Substitution durchführen?
2. Welche haftungsrechtlichen Konsequenzen ergeben sich aus der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung?

Um sich mit diesen Fragen eingehend auseinanderzusetzen zu können, soll in diesem Rechtsgutachten zunächst der Beruf der Community Health Nurse (kurz: CHN) dargestellt werden. Über welche Kompetenzen verfügt eine CHN? Welche Aufgaben soll sie übernehmen? Und wo kann eine CHN sinnvollerweise eingesetzt werden? Anschließend soll die Rechtslage vor der Einführung des Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege auf dem Gebiet der Heilkunde dargelegt werden. Es geht mithin um die Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um zulässigerweise eigenverantwortlich Heilkunde auszuüben. Nachdem

7 Hess.-LT. Drs. 20/4990, S. 1.

8 DRK, Community Health Nursing, S. 2; Herber, Stellungnahme zur Erprobung des GemeindeschwesterPlus-Modells in NRW, S. 3; Klapper, Gesundheits- und Sozialpolitik 2023, 26 (27).

9 Bewerbungen an der Universität Witten/Herdecke sind momentan nicht möglich, da sich der Studiengang „derzeit in einem Weiterentwicklungs- und Neuausrichtungsprozess“ befindet, Universität Witten/Herdecke, CHN – Community Health Nursing Master.

10 SPD, Mehr Fortschritt wagen – Koalitionsvertrag, S. 64.

11 BGBl. I 2025, Nr. 371.

aufgezeigt wurde, welche gesetzlichen Veränderungen mit der Einführung des BEEP einhergehen, wird der Frage nach einer möglichen Haftung der CHN bei der Vornahme heilkundlicher Tätigkeiten nachgegangen. In diesem Zusammenhang wird ausführlicher beschrieben, welche Konsequenzen sich bei der Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Gegensatz zur bloßen Delegation ärztlicher Maßnahmen aus haftungsrechtlicher Sicht ergeben. Zudem wird auch dargestellt, inwiefern sich die möglichen Haftungskonstellationen für Krankenhausträger und die Ärzteschaft durch die eigenständige Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten durch die CHN verändern. Abschließend wird in dem Rechtsgutachten der Frage nach einer Berufshaftpflichtversicherung für CHN nachgegangen.

B. Berufsbild: Community Health Nurse

Während sich das Berufsbild der CHN in Deutschland noch in der Entwicklung befindet, ist es in anderen Ländern – etwa in England, Finnland und Spanien¹² oder auch in den USA und Kanada¹³ – bereits seit längerer Zeit als Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung etabliert.¹⁴ Bei einer CHN handelt es sich um eine Form einer Advanced Practice Nurse (kurz: APN).¹⁵ Eine APN ist – grob übersetzt – eine Pflegeexpertin.¹⁶

Die WHO definiert den Begriff Community Health Nursing wie folgt:

„Ein spezieller Bereich der professionellen Pflege, der die Kompetenzen der Pflege, der öffentlichen Gesundheit und einiger Phasen der sozialen Unterstützung vereint und als Teil des gesamten öffentlichen Gesundheitsprogramms zur Förderung der Gesundheit, zur Verbesserung der Bedingungen im sozialen und physischen Umfeld und zur Rehabilitation von Krankheiten und Behinderungen fungiert.“¹⁷

Das für dieses Rechtsgutachten wesentliche Merkmal einer CHN liegt in ihrer Qualifikation zur Einbeziehung in die Primärversorgung als eigenständiger Leistungserbringer.¹⁸

12 DBfK, Community Health Nursing.

13 Burgi/Igl, CHN, S. 25. Auch in Australien, Irland oder auf den Philippinen übernehmen hochspezialisierte Pflegekräfte Aufgaben, die in Deutschland der Ärzteschaft vorbehalten sind, Charité, Pflegekompetenzreform: Alles rund um Advanced Practice Nurses.

14 Klapper, Gesundheits- und Sozialpolitik 2023, 26 f.

15 Vgl. Burgi/Igl, CHN, S. 10; Deutscher Pflegerat, Positionspapier „Community Health Nurse“, S. 1; Petersen-Ewert/Iversen/Nock/Waidhas, Community Health Nursing, S. 5.

16 Charité, Pflegekompetenzreform: Alles rund um Advanced Practice Nurses.

17 Zit. nach Schade, Community Health Nursing in der kommunalen Gesundheitsversorgung, S. 5.

Die Definition ist übersetzt nach WHO, Human Resources for Health Observer Series No. 18, S. 5.

18 Vgl. Hess.-LT. Drs. 20/4990, S. 1.

I. Kompetenzen

Bei einer CHN handelt es sich um eine Pflegeexpertin mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau.¹⁹ Das Masterstudium Community Health Nursing baut auf eine bestehende Grundausbildung im Bereich der Pflege auf.²⁰ Aufgrund ihres Studiums sind CHN dazu befähigt, „die Entstehung und Verläufe chronischer Krankheiten positiv zu beeinflussen, sowie pflegewissenschaftliche Lösungsansätze zu untersuchen und anzuwenden.“²¹ CHN sind aufgrund ihrer wissenschaftlichen Kompetenzen dazu in der Lage, übergeordnete Aufgaben in der Versorgungspraxis zu übernehmen sowie präventive und pflegerische Maßnahmen zu konzipieren und auch durchzuführen.²² Die Besonderheit des Studiengangs Community Health Nursing liegt indes in seinem Bezug zur öffentlichen Gesundheitspflege, wobei ein klarer Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung gelegt wird.²³

Durch die bereits erwähnten Fähigkeiten zur Übernahme und Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten stellen CHN eine gezielte Entlastung für Hausärztinnen und Hausärzte dar. Nicht selten sind Hausärztinnen und Hausärzte für viele Menschen – gerade für ältere und/oder Menschen, die in ländlichen Regionen wohnen – bei gesundheitlichen Fragestellungen die erste Anlaufstelle. Eine gute Erreichbarkeit und ein breites Versorgungsspektrum bei gleichbleibender Qualität kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn man der immer weiter schwindenden Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten etwas entgegensetzt.²⁴ An diesen Punkt knüpft nun die Etablierung des Berufsbilds CHN an. Die CHN ist ein eigenständiger Leistungserbringer, der in der Community verwurzelt ist und sich gerade um die gesundheitlichen Belange von älteren/bedürftigen Menschen kümmert.²⁵

Community Health Nursing setzt sich maßgeblich aus Wissen aus den Berufsfeldern Pflege, Sozialarbeit und Public Health zusammen.²⁶

Nach der Agnes-Karll-Gesellschaft verfügen CHN unter anderem über Kompetenzen zur:

- Bearbeitung neuer komplexer Aufgaben und Problemstellungen
- eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld
- verantwortlichen Leitung von Gruppen oder Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen
- Vertretung ihrer Arbeitsergebnisse im interdisziplinären Team und zur Führung einer fachlichen, bereichsspezifischen und übergreifenden Diskussion
- Erschließung von eigenständigem Wissen zur Bewältigung neuer anwendungs- und/oder forschungsorientierter Aufgaben²⁷

19 Deutscher Pflegerat, Positionspapier „Community Health Nurse“, S. 1.

20 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 2.

21 Iversen/Nock/Waidhas/Petersen-Ewert, Pflege & Gesellschaft 2024, 115 (117).

22 Apollon Hochschule, Master Community Health Nursing.

23 DBfK, Community Health Nursing.

24 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 2.

25 Vgl. Iversen/Nock/Waidhas/Petersen-Ewert, Pflege & Gesellschaft 2024, 115 (117).

26 Reuschenbach, Community Health Nursing, S. 11.

27 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 2 f.

II. Aufgaben und Tätigkeiten

Basierend auf den angezeigten Kompetenzen kommen CHN unterschiedliche Aufgaben zu, wobei sich diese stark danach orientieren, in welchem Einsatzfeld (Setting) die CHN tätig wird.²⁸

CHN übernehmen Aufgaben in der Primärversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung.

DBfK: „Das zentrale Aufgabenfeld von Community Health Nurses umfasst die ganzheitliche Versorgung von Menschen aller Altersgruppen – sowohl in Phasen der Gesundheitserhaltung als auch bei Krankheit. Sie fungieren als Ansprechpartner:innen in Fragen der Krankheitsprävention sowie bei chronischen und komplexen Erkrankungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit – einschließlich deren Prävention.“²⁹ Auch Disease Management und Monitoring gehören zu den Kernaufgaben von CHN.³⁰

Die Agnes-Karll-Gesellschaft hat zusammenfassend folgende Aufgaben gelistet, die **unabhängig** vom jeweiligen Setting einer CHN zukommen:

- Sichern der Primärversorgung und Versorgungskontinuität
- Begleiten von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Sturzprophylaxe/Rauchentwöhnung)
- Durchführen von Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen
- Veranlassen von Screenings im Rahmen der Krebsvorsorge und andere Check-ups
- Behandeln von Bagatellerkrankungen (z. B. Erkältung)
- Steuern des Monitorings und des Managements chronischer Krankheiten (Disease Management)
- Unterstützen des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten durch Beratung und Anleitung
- Gewährleisten der Versorgungskoordination und integrierte (zwischen den Sektoren vernetzte) Versorgung³¹

Abhängig vom jeweiligen Setting übernimmt eine CHN noch folgende Tätigkeiten:

- Beratung der Patientinnen und Patienten
- klinisches Assessment (körperliche Untersuchung und Anamnese)
- Befähigung von Patientinnen und Patienten
- Gesundheitsförderung und -erhaltung
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
- Koordination und Kooperation (Steuerung der Versorgung)
- Bedarfserhebung (im Bereich Public Health)³²

28 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 8.

29 DBfK, Community Health Nursing.

30 Petersen-Ewert/Iversen/Nock/Waidhas, Community Health Nursing, S. 5.

31 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 8.

32 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 9. Noch ausführlicher zu möglichen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern einer CHN Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 13 ff.

III. Einsatzbereiche

CHN können in unterschiedlichen Bereichen zum Einsatz kommen. In den Ländern, in denen der Beruf bereits etabliert ist, sind CHN in der Regel in kommunalen Zentren für die Primärversorgung beschäftigt.³³ In Deutschland wurde im sog. CoSta Projekt der Einsatz von CHN in der Poliklinik Veddel, einem Stadtteilsgesundheitszentrum in Hamburg-Veddel (sog. PORT-Zentrum), erprobt.³⁴ Weitere mögliche Bereiche sind der öffentliche Gesundheitsdienst, medizinische Versorgungszentren, das Quartiersmanagement³⁵ oder auch Einrichtungen der Selbsthilfe.³⁶

C. Rechtslage auf dem Gebiet der Heilkunde vor Einführung des BEEP

Neben der Frage nach der Finanzierung³⁷ der Versorgung durch die CHN begleitet ein weiterer Aspekt die Debatte rund um die Etablierung des Berufsbilds CHN in Deutschland: Vielfach wurde darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch CHN bislang nicht gegeben seien.³⁸

Im Folgenden wird nun auf die Rechtslage bezüglich der Befugnis zur Ausübung von Heilkunde eingegangen, um die veränderte Rechtslage durch die Einführung des BEEP und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Haftung von CHN verständlich zu machen.

I. Heilkundeausübung nach HeilprG/BÄO

Das deutsche Gesundheitssystem war lange Zeit von einer strikten Trennung von ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit geprägt. Nach § 2 Abs. 5 BÄO i. V. m. § 1 Abs. 1 HeilprG ist die Ausübung von Heilkunde grundsätzlich die Aufgabe der Ärzteschaft. Insofern wird auch davon gesprochen, die Ärzte würden über das Behandlungsmonopol verfügen.³⁹ Allerdings ist die Heilkundeausübung nicht gänzlich der Ärzteschaft vorbehalten. Wer Heilkunde ausüben möchte, ohne als Arzt bestellt zu sein, bedarf gem. § 1 Abs. 1 HeilprG einer Erlaubnis. Die Erteilung einer solchen Erlaubnis erfolgt nach dem Bestehen einer amtlich durchgeführten Kenntnisüberprüfung durch das zuständige Gesundheitsamt.⁴⁰

33 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 14 ff. mit zahlreichen Beispielen aus dem Ausland.

34 Petersen-Ewert/Iversen/Nock/Waidhas, Community Health Nursing, S. 7.

35 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 3, 68.

36 Drebes, RDG 2023, 346.

37 Klapper, Gesundheits- und Sozialpolitik 2023, 26 (30); Vorschläge zur Finanzierung bei Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 26.

38 Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing, 2018, S. 51; Agnes-Karll-Gesellschaft, Community Health Nursing in Deutschland, 2019, S. 24; DBfK, Community Health Nursing.

39 Bauer, GewA 2012, 13 (14).

40 Bezirksregierung Arnsberg, Heilpraktiker*innen.

Ausnahmen von dieser Erlaubnispflichtigkeit für heilkundliche Tätigkeit i. S. d. § 1 Abs. 2 HeilprG ergeben sich für Zahnärzte und Psychotherapeuten. Zahnärzte und Psychotherapeuten, die aufgrund ihrer Approbation oder Erlaubnis in dem für sie gesetzlich vorgesehenen angestammten Bereich tätig werden, bedürfen für heilkundliche Tätigkeiten in diesem Bereich keiner Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 HeilprG.⁴¹ Etwas anderes ergibt sich aber dann, wenn die Angehörigen dieser Gesundheitsfachbereiche diese Bereiche verlassen und außerhalb ihres Berufsprofils tätig werden.⁴²

Eine inhaltliche Ausgestaltung des Begriffs „Heilkunde“ findet sich zwar nicht in § 2 Abs. 5 BÄO – dort wird lediglich davon gesprochen, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ ist –, allerdings sieht § 1 Abs. 2 HeilprG eine Definition von „Heilkunde“ vor:

Ausübung von 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.

Die Rechtsprechung legt den Begriff der Heilkunde weit aus, um so möglichst jede nichtärztliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Heilkunde zu erfassen.⁴³ Von der Heilkunde ausgeschlossen sind allerdings Bereiche, in denen die Behandlung keinerlei Fachkenntnisse voraussetzt oder Schäden für den Patienten nicht zu befürchten sind.⁴⁴ Ob Heilkunde ausgeübt wird oder nicht, richtet sich nach objektiven Maßstäben.⁴⁵ Das bedeutet, dass auch derjenige Heilkunde ausüben kann, der explizit angibt, keine Heilkunde ausüben zu wollen.

Zwar normiert § 1 Abs. 3 HeilprG, dass, wer Heilkunde ausübt, die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ führt, gleichwohl ist es Ärzten aus Gründen des Patientenschutzes nicht gestattet, nach außen hin auch als Heilpraktiker aufzutreten.⁴⁶

Wer Heilkunde ausübt, ohne dazu befugt zu sein, macht sich nach § 5 HeilprG strafbar.

41 Spickhoff/Schelling, § 1 HeilprG Rn. 19. Vgl. auch NK-HeilprG/Haage, § 1 Rn. 2.

42 Beispiele bei Spickhoff/Schelling, § 1 HeilprG Rn. 21.

43 BVerfGE 78, 179 (192); 106, 62 (107).

44 BVerwGE 35, 308 (310f.); 66, 367 (369); 94, 269 (274f.).

45 Spickhoff/Schelling, § 1 HeilprG Rn. 15.

46 „Es besteht die konkrete Gefahr, dass der Patient bei einer Personalunion von Arzt und Heilpraktiker in der Regel nicht erkennt, in welcher Eigenschaft ihm der Behandelnde entgegentritt, weil eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche nicht möglich ist.“, VGH München, NVwZ-RR 1998, 113 (115).

II. Heilkundenausübung nach sektoraler Heilpraktikererlaubnis

Neben der Ausübung von Heilkunde aufgrund gesetzlicher Regelungen im HeilprG und im ärztlichen Berufsrecht besteht weiterhin die Möglichkeit, durch eine sektorale Heilpraktikererlaubnis zur Heilkundenausübung befugt zu sein.⁴⁷ Während das BVerwG zunächst noch davon ausgegangen ist, dass eine Heilpraktikererlaubnis „unteilbar“ ist,⁴⁸ hat es diese Rechtsauffassung im zweiten „Psychotherapeutenurteil“ aufgegeben.⁴⁹ Im Gegensatz zur ärztlichen Approbation ist die Heilpraktikererlaubnis nach nunmehr gefestigter Rechtsprechung „teilbar“.⁵⁰

Bei einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis wird dem Anspruchsteller nicht grundlegend die Befugnis zur Heilkundenausübung zugesprochen, sondern er darf lediglich auf einem abgrenzbaren Gebiet oder auch nur in einer speziellen Therapieform heilkundlich tätig werden.⁵¹ Da die Erlaubnis lediglich eingeschränkt erteilt wird, erfolgt insofern auch nur eine eingeschränkte Kenntnisprüfung durch das zuständige Amt.⁵²

Neben Zahnärzten und Psychotherapeuten hat das Bundesverwaltungsgericht auch bei Logopäden, Ergotherapeuten, Chiropraktikern und Podologen die Möglichkeit einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis bejaht.⁵³

III. Heilkundenausübung nach Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3b, 3c SGB V a. F.

Dem schon seit längerer Zeit sich verschärfenden Mangel an Hausärzten, gerade in strukturschwachen Regionen wie z. B. den neuen Bundesländern, hat der Gesetzgeber bereits 2008 mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (kurz: PfwG) versucht entgegenzutreten.⁵⁴

Ein vom Gesetzgeber ausgewiesenes Ziel des PfwG war u. a. die weitergehende Einbeziehung von Pflegefachkräften in medizinische Versorgungskonzepte. Pflegefachkräfte sollten durch das PfwG dazu ermächtigt werden, als eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung auftreten zu können.⁵⁵

Es gab zwar schon vor der Einführung des PfwG rechtlich die Möglichkeit, ärztliche Tätigkeiten im Wege der sog. Delegation auf nichtärztliches Personal zu übertragen. Diese Möglichkeiten wurden dem Gesetzgeber zufolge aber „nicht umfassend genutzt“.⁵⁶

47 Krit. zur fehlenden gesetzlichen Regelung der sektoralen Heilpraktikererlaubnis Kenntner, NVwZ 2020, 438.

48 BVerwG, NJW 1970, 1987.

49 BVerwG, NJW 1993, 2395.

50 BVerwG, NVwZ-RR 2010, 111.

51 Spickhoff/Schelling, § 1 HeilprG Rn. 29.

52 MAH MedR/Kazemi/Goebel, § 15 Rn. 172.

53 BVerwG, NVwZ-RR 2020, 450 (Logopäden); BVerwG, NVwZ 2020, 483 (Ergotherapeuten), BVerwG, NJW 2021, 2754 (Chiropraktiker); BVerwG, NVwZ-RR 2025, 337 Rn. 20 (Podologen).

54 BR.-Drs. 718/07, S. 233. S. auch Becker/Kingreen/Huster, SGB V, § 63 Rn. 9.

55 BR.-Drs. 718/07, S. 66.

56 BR.-Drs. 718/07, S. 233.

Im Rahmen des PfWG wurde daher folgende Änderung des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) vorgesehen:

„8. In § 63 werden nach Absatz 3a folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Absatz 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetzes geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Absatz 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“⁵⁷

Bei den in § 63 Absatz 3b, c SGB V a. F. genannten Modellvorhaben handelt es sich nach § 63 Absatz 1 SGB V um Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung, die von den Krankenkassen und ihren Verbänden im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchgeführt oder vereinbart werden.

Während bei den Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b SGB V a. F. die dort aufgelisteten Tätigkeiten nur von der Pflegekraft vorgenommen werden, wenn es sich bei der in Rede stehenden Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, sehen die Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V a. F. gerade die Übertragung von Maßnahmen vor, die als selbständige Ausübung von Heilkunde zu qualifizieren sind. Jedenfalls bei § 63 Absatz 3c SGB V a. F. handelt es sich um eine Regelung der sog. Substitution ärztlicher Leistungen.⁵⁸

Passend zu der durch das Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V a. F. eingeräumten Substitution wurde auch § 15 Absatz 1 S. 1 SGB V a. F. mit dem PfWG dahingehend geändert, dass die ärztliche Behandlung nicht mehr ausschließlich Ärzten vorbehalten ist.⁵⁹

⁵⁷ BR.-Drs. 718/07, S. 66.

⁵⁸ Zu dem Ergebnis gelangt Abanador nach eingehender Analyse, Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 60 ff.; BeckOGK-SGB V/Roters, § 63 Rn. 30. Nach Huster liegt gleichermaßen auch bei § 63 Abs. 3b SGB V a. F. ein Fall der Substitution, nicht der Delegation, vor, Becker/Kingreen/Huster, SGB V, § 63 Rn. 9. Anders wohl Krauskopf/Krauskopf, SGB V, § 63 Rn. 22 (Stand April 2026).

⁵⁹ § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V a. F.: Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist, BR.-Drs. 718/07, S. 65.

Welche konkreten heilkundlichen Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung durch die Pflegekraft vorgenommen werden dürfen, sollte nach § 63 Absatz 3c S. 3 SGB V a. F. in Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgearbeitete Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (a. F.) ist am 22. März 2012 in Kraft getreten.

Die Richtlinie ist so ausgestaltet, dass bei den von der Pflegefachkraft übernommenen bzw. durchgeführten ärztlichen Tätigkeiten zwischen diagnose⁶⁰ und prozedurenbezogenen⁶¹ heilkundlichen Tätigkeiten unterschieden wird. Bei den diagnosebezogenen heilkundlichen Tätigkeiten liegt eine Beschränkung auf bestimmte Krankheiten (Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Verdacht auf Demenz (nicht palliativ), Verdacht auf Hypertonus (ohne Schwangerschaft)) vor. Im Rahmen dieser Krankheiten sind übertragene Tätigkeiten Assessment, Planung einzuleitender Interventionen und die Umsetzung des Therapieplans. Bei den prozedurenbezogenen heilkundlichen Tätigkeiten sind u. a. Injektions- und Stomatherapie oder auch der Wechsel von Trachealkanülen aufgeführt.

Sämtliche heilkundlichen Tätigkeiten, die nach der Richtlinie auf das nichtärztliche Personal übertragen werden können, setzen allerdings eine vorherige ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus.⁶²

Nach alledem ist fraglich, wieso erst mit der Einführung des BEEP eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die eigenverantwortliche Heilkundenausübung durch CHN geschaffen wurde, schließlich war bereits vor dem BEEP möglich, mit einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis oder nach einem Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V a. F. als nichtärztliches Gesundheitsfachpersonal selbständig heilkundliche Tätigkeiten durchzuführen. Das Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V a. F. hat in der Praxis allerdings wenig Anklang gefunden – es gab lediglich ein entsprechendes Modellvorhaben an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Witten. Zudem wurden die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 5 Satz 1 SGB V im Regelfall auf längstens Jahre befristet, stellten also ohnehin keine Dauerlösung dar.⁶³

Während die Ausübung von Heilkunde durch CHN in der Theorie auf die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V a. F. hätte gestützt werden können, ist es rechtlich nicht möglich, einer CHN eine sektorale Heilpraktikererlaubnis zu gestatten.

60 GBA, Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V (a. F.), S. 6 ff.

61 GBA, Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V (a. F.), S. 27 ff.

62 § 3 Abs. 1 Satz 1 RL-GBA § 63 Abs. 3c SGB V (a. F.).

63 Burgi/Igl, CHN, S. 90, 100.

Die sektorale Heilpraktikererlaubnis ist für die Gesundheitsfachberufe vorgesehen, die qua ihrer Ausbildungsziele nicht zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung befähigt sein sollen. Bei CHN ist aber ein wesentliches Ausbildungsziel gerade die Qualifizierung zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten.⁶⁴ Richtigerweise kommen Burgi/Igl in ihrem Rechtsgutachten zu den rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von CHN in Deutschland zu dem Ergebnis, dass es einer gesetzlichen Neuregelung bedarf, damit CHN eigenverantwortlich heilkundlich tätig werden dürfen.⁶⁵

D. Das BEEP als neue Rechtsgrundlage für die Tätigkeit der CHN

Der Bundesgesetzgeber hat im Rahmen des BEEP eine sozialrechtliche Norm geschaffen, nach welcher bestimmte Pflegefachpersonen bestimmte ärztliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen können. Von der Regelung ausgenommen sind heilkundliche Tätigkeiten der CHN außerhalb der vertragsärztlichen GKV-Versorgung – also gegenüber Selbstzahlern, im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in privatärztlichen Kooperationen. Eine allgemeine berufsrechtliche Grundlage, auf die die eigenverantwortliche Heilkundeübung durch bestimmte Pflegefachpersonen gestützt werden kann, hat der Gesetzgeber bislang nicht geschaffen (Stand: August 2026). Die Einführung eines bereits von Burgi/Igl in ihrem Rechtsgutachten (2021) geforderten APN-Gesetzes⁶⁶ – also eines speziellen Berufsgesetzes für die APN bzw. CHN als Form der APN – hat das Bundesgesundheitsministerium unter Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) im Juli 2026 für das zweite Halbjahr 2026 angekündigt; das Gesetz befindet sich derzeit in inhaltlicher Vorbereitung und ist noch nicht verabschiedet.⁶⁷

I. Gesetzgebungsgeschichte und Inkrafttreten

Das BEEP knüpft unmittelbar an das Pflegestudiumsstärkungsgesetz (kurz: PflStudStG) an, das die akademische Pflegeausbildung neu aufgestellt hat. Das BEEP wurde am 6. November 2025 vom Bundestag verabschiedet. Im Anschluss rief der Bundesrat wegen des gleichzeitig im Gesetz enthaltenen GKV-Sparpakets den Vermittlungsausschuss an; dieser legte einen Einigungsvorschlag vor, dem Bundestag und Bundesrat am 19. Dezember 2025 zustimmten. Das Gesetz trat am 1. Januar 2026 in Kraft.

64 Burgi/Igl, CHN, S. 99 f.

65 Zu unterschiedlichen Möglichkeiten, z. B. auf Bundes- oder auf Landesebene, Burgi/Igl, CHN, S. 196 ff.

66 Burgi/Igl, CHN, S. 105 ff.

67 S. DÄbL., Advanced Practice Nursing.

II. Zentrale Regelungen des BEEP

1. Neuer § 15a SGB V – Eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen

Die für den Bereich der Heilkundenausübung wohl gewichtigste Änderung stellt der mit dem BEEP neu eingeführte § 15a SGB V dar:

Nach § 15a Abs. 1 SGB V dürfen Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen ärztlicher Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB V eigenverantwortlich erbringen. Im Unterschied zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung nach den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V a. F. bedarf es nicht zwingend einer vorherigen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung.

Gem. § 15a Abs. 1 Nr. 1 SGB V dürfen die Pflegefachpersonen nach pflegerischer Diagnose bestimmte Leistungen eigenverantwortlich erbringen. Welche Leistungen das genau sind, soll im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2026 in einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen i. S. d. § 71 Abs. 2 SGB XI in einem Vertrag vereinbart werden. Gleiches gilt nach § 112a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V auch für erbrachte Leistungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung – es gilt diesbezüglich lediglich eine andere Frist (31. Juli 2027). Zudem soll von den gerade genannten Verbänden ein Leistungskatalog für eigenverantwortlich zu erbringende Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der für diese Leistungen erforderlichen Hilfsmittel, nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erstellt werden. Für derartige Leistungen bedarf es aber nach § 15a Abs. 1 Nr. 2 SGB V einer erstmaligen ärztlichen Verordnung.

Ferner ist in § 15a Abs. 2 SGB V nunmehr festgelegt, dass die Pflegefachpersonen die sog. Pflegeprozessverantwortung wahrnehmen. Durch die Regelung soll gesetzlich klargestellt werden, dass die Pflegeprozessverantwortung den Pflegefachpersonen vorbehalten ist und nicht dem ärztlichen Leistungsspektrum zugeordnet wird.⁶⁸

2. Neuer § 73d SGB V – Eigenverantwortliche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Der bereits erwähnte § 73d SGB V ermöglicht die eigenverantwortliche Erbringung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich der Verordnung häuslicher Krankenpflege. Hierüber werden die Leistungen durch die Selbstverwaltungspartner (KBV, GKV-Spitzenverband, Pflegespitzenorganisationen, Pflegeheimträger) in einem Bundesvertrag definiert und ausgehandelt. Zugleich sollen nach § 73d Abs. 2 SGB V die erforderlichen Qualifikationen der Pflegefachpersonen festgelegt werden.

3. Neuer § 112a SGB V – Eigenverantwortliche Heilkunde im Krankenhaus

§ 112a SGB V n. F. erstreckt die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen auch auf den stationären Bereich, orientiert an den Leistungen nach § 73d SGB V.

4. Überführung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung

Die bestehenden Kompetenzerweiterungsmodule aus den Modellvorhaben nach § 64d SGB V – Diabetes mellitus, chronische Wunden und Demenz – werden durch das BEEP in die Regelversorgung überführt.⁶⁹ Pflegefachpersonen erhalten damit in diesen Bereichen die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung, ohne dass es einer ärztlichen Einzelanordnung bedarf. Die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c, 3d SGB V a. F. laufen im Übrigen aus.⁷⁰

5. Änderungen im Pflegeberufegesetz (kurz: PflBG)

Durch Änderungen in §§ 4a und 14a PflBG sowie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden die neuen Kompetenzen verbindlich in Ausbildung und Qualifizierung verankert. So heißt es nun im neuen § 4a (Eigenverantwortliche Heilkundenausübung) PflBG: Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen befugt.

⁶⁹ BT.-Drs. 21/1511, S. 160.

⁷⁰ BT.-Drs. 21/1511, S. 160. S. auch § 63 Abs. 3b SGB V: Modellvorhaben nach den Absätzen 3b oder 3c in der bis zum 29. Dezember 2025 geltenden Fassung, die bis zum 29. Dezember 2025 begonnen wurden, können weitergeführt werden.

E. Scope of Practice des DBfK für die CHN anhand Continuum of Care

I. Grundlage

Der DBfK hat im Rahmen des Projekts Community Health Nursing (CHN) einen Arbeitskreis gegründet. Ziel des Arbeitskreises ist es, Vorschläge zur Neugestaltung der Aufgabenverteilung in der primären Gesundheitsversorgung zu entwickeln und heilkundliche Aufgaben für Community Health Nurses zu konkretisieren. Als Ergebnis soll ein Scope of Practice für CHN erstellt werden, wobei immer mit der Grundannahme gearbeitet werden sollte, dass CHN gesetzlich verankert und berechtigt sind, eigenständig bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten auszuführen.

Der Scope of Practice wurde vom Arbeitskreis über einen längeren Zeitraum hinweg in acht Sitzungen entwickelt. Die möglichen heilkundlichen Aufgaben von CHN wurden entlang des Continuum of Care diskutiert. Das Continuum of Care (Versorgungskontinuum) beschreibt die Phasen, in denen Patienten medizinisch und pflegerisch begleitet werden – mit möglichen Rückkopplungen zwischen den einzelnen Versorgungsstufen.

Die einzelnen diskutierten Versorgungsstufen sind:

1. Diagnostik
2. Akuttherapie
3. Krankenhausbehandlung
4. Rehabilitation und Langzeitpflege
5. Palliative Versorgung
6. Langzeitversorgung

Bevor sich der Arbeitskreis mit den einzelnen Versorgungsstufen beschäftigen konnte, wurde in der ersten Sitzung erarbeitet, an welcher Erkrankung die heilkundlichen Aufgaben entlang des Continuum of Care denn diskutiert werden sollen. Der Arbeitskreis hat sich letztlich auf einen Symptomkomplex chronischer kardiovaskulärer Erkrankungen festgelegt, bestehend aus: arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit und chronische Herzinsuffizienz.

II. Continuum of Care

1. Diagnostik

Die Arbeitsgruppe sieht die strukturierte Anamnese grundsätzlich als übertragbare Aufgabe für CHN an, sofern klare Rahmenbedingungen bestehen. Wesentliche Voraussetzungen sind standardisierte Anamneseschemata, Simulationstrainings, evidenzbasierte Algorithmen und definierte Red Flags.

Eine Rücksprache mit einem Arzt ist erforderlich bei Unsicherheiten, akuten Situationen, auffälligen Befunden oder Abweichungen von Standardalgorithmen. Bei klar standardisierten Abläufen (z. B. Ruhe-EKG oder Blutentnahme nach festem Schema) kann die CHN eigenständig handeln.

Als eigenständig durchführbare Untersuchungen wurden u. a. Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung, Blutzucker und Größe, Gewicht, BMI genannt. Nicht übertragen werden sollen hingegen komplexe Untersuchungen mit hohem Risiko sowie intime Untersuchungen (z. B. gynäkologische oder digitale rektale Untersuchung).

Diagnostik durch CHN ist möglich, wenn standardisierte Diagnostikpfade bestehen, keine invasiven Verfahren erforderlich sind, keine hohen Kosten entstehen und keine Strahlenschutzvorschriften betroffen sind. Ärzten vorbehalten bleiben bspw. Belastungs-EKG, Überprüfung der Lungenfunktion und invasive oder besonders komplexe Diagnostik.

Die Auswertung einfacher Untersuchungen soll möglichst durch die Person erfolgen, die diese durchgeführt hat. Mit zunehmender Komplexität (Mehrfacherkrankungen, Polypharmazie, mehrere pathologische Befunde) steigt jedoch die Notwendigkeit ärztlicher Mitwirkung.

Deshalb wurde eine Komplexitätsampel vorgeschlagen:

- Grün: wenige Diagnosen → CHN kann eigenständig handeln
- Gelb/Rot: komplexe Krankheitsbilder → ärztliche Beteiligung erforderlich

2. Akuttherapie

Am Beispiel eines Patienten mit arterieller Hypertonie und chronischer Herzinsuffizienz wurde diskutiert, ob CHN Medikamente wie Ramipril, Metoprolol, Spironolacton oder Dapagliflozin erstmals verordnen können. Der Arbeitskreis gelangt diesbezüglich zum Ergebnis, dass ein Handlungskatalog mit klaren Algorithmen entwickelt werden soll sowie zusätzlich eine Positivliste der Arzneimittel, die CHN verordnen dürfen. Die Risikobewertung der Medikamente (Akut- oder Dauermedikation) muss dabei berücksichtigt werden. Bei vielen Medikamenten muss vor der Verordnung eine ärztliche Abstimmung erfolgen. Arzneimittel mit notwendiger Laborkontrolle erfordern hingegen, dass CHN diese Kontrollen eigenständig veranlassen, durchführen und bewerten können.

Zur Erstellung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans wurden folgende Eckpunkte diskutiert: Bei der Ersterstellung eines Medikationsplans mit mehreren Medikamenten soll ein Vieraugenprinzip gelten. Die zweite prüfende Person kann auch Apotheker sein. Änderungen des Medikationsplans sollen innerhalb einer definierten Frist validiert werden. Nach Krankenhausentlassungen sollen standardisierte Algorithmen für die Übernahme des Medikationsplans gelten. Voraussetzung für die Umsetzung ist ein elektronischer Heilberufsausweis für CHN.

Die Einschreibung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in ein DMP wurde als geeignete Aufgabe für CHN angesehen. Durch die Einbindung von CHN könnten gleichzeitig die Einschreibequoten erhöht und hausärztliche Praxen entlastet werden.

Wenn eine stationäre Behandlung notwendig erscheint, darf die CHN künftig organisatorische Aufgaben übernehmen. Dabei gilt, dass vor der Ausstellung einer Krankenhauseinweisung eine ärztliche Rücksprache erforderlich ist. Erst danach kann die CHN die Einweisung ausstellen und organisieren. Die Rücksprache soll dokumentiert oder digital validiert werden.

3. Krankenhausbehandlung

Anhand eines Patienten mit arterieller Hypertonie, chronischer Herzinsuffizienz und neu diagnostizierter koronarer Herzkrankheit wurde diskutiert, welche Aufgaben CHN bereits während des stationären Aufenthalts übernehmen können. Die Arbeitsgruppe sieht insbesondere folgende Aufgaben:

- feste Ansprechperson für das Krankenhaus sein
- Informationen zur bisherigen Versorgung bereitstellen
- frühzeitige Entlassplanung gemeinsam mit Klinik und Nachversorgung koordinieren
- kontinuierlichen Informationsfluss zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung sicherstellen
- Verständlichkeit und Vollständigkeit des Medikationsplans prüfen
- Weitergabe aller relevanten Informationen an die nachsorgenden Versorgungsstrukturen sicherstellen

Weitere Aufgaben sind:

- Prüfung, ob geplante Maßnahmen ambulant überhaupt umsetzbar sind (z. B. notwendige Laborkontrollen)
- Beratung zu Notfallvorsorge und Vorsorgedokumenten
- Organisation von Hilfsmitteln bereits vor der Entlassung
- aktive Mitgestaltung sektorenübergreifender Übergänge zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung

Grundsätzlich sollen CHN zudem Medikamente gemäß Entlassbrief weiterverordnen dürfen. Ausgenommen sind Medikamente mit hohem Risiko oder solche, deren Einsatz von therapeutischen Entscheidungen oder Laborwerten abhängt. Für diese Medikamente bleibt die ärztliche Verordnung erforderlich. Als Grundlage für die Weiterverordnung soll eine Positivliste festlegen, welche Arzneimittel CHN weiterverordnen dürfen.

Auch die Kompetenzen der CHN bezüglich der Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln sollen ausgeweitet werden, damit die Versorgung ohne Verzögerungen fortgeführt werden kann.

Genannt wurden insbesondere:

- Hilfsmittel nach Krankenhausentlassung (wenn diese vergessen wurden)
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

Sofern ein leitliniengerechtes Medikament (Nitroglycerin) im Entlassbrief fehlt, ist eine Nachverordnung durch die CHN trotzdem grundsätzlich denkbar. Voraussetzung ist jedoch eine ausreichende Dokumentation. Da Nitroglycerin potenziell risikobehaftet ist, soll vor einer Verordnung eine interprofessionelle Abstimmung erfolgen, wobei Rücksprachen mit Krankenhausärzten im Alltag häufig schwierig umzusetzen sind.

Nach der Krankenhausentlassung soll die CHN den Patienten im häuslichen Umfeld begleiten. Dabei wurde empfohlen, den Behandlungspfad in definierte Meilensteine zu gliedern, an diesen Meilensteinen eine ärztliche Vorstellung – möglichst gemeinsam mit der CHN – vorzusehen, Hausarzttermine bedarfsgerecht und zeitnah statt unmittelbar am nächsten Werktag zu planen und durch frühzeitige Weiterverordnungen und interprofessionelle Abstimmungen unnötige Akuttermine zu vermeiden.

4. Rehabilitation und Langzeitpflege

CHN können bei bereits gesicherter Diagnose grundsätzlich die Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme stellen. Sie sollen den Reha-Antrag erstellen, die Beantragung begleiten und die Koordination übernehmen. Voraussetzung dafür ist, dass keine akute oder schubförmige Verschlechterung vorliegt. Besteht der Verdacht auf eine akute Erkrankung, muss zunächst eine haus- oder fachärztliche Abklärung erfolgen. Eine Rehabilitation setzt grundsätzlich eine abgeschlossene Akutbehandlung voraus.

Die zuvor entwickelten Grundsätze gelten grundsätzlich auch bei anderen Rehabilitationsformen, wie z. B. bei der onkologischen Rehabilitation oder der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Eine Ausnahme bilden demgegenüber psychosomatische Rehabilitationen, die grundsätzlich interprofessionell indiziert werden sollen.

CHN sollen ferner Erstverordnungen häuslicher Krankenpflege ausstellen können, Folgeverordnungen eigenständig übernehmen und sämtliche Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege verordnen dürfen, sofern dies medizinisch erforderlich ist.

Hochpreisige oder individuell angepasste Hilfsmittel sollen vor der Verordnung interprofessionell abgestimmt werden. Gleichzeitig wurde betont, dass Rehabilitationseinrichtungen ihre Verantwortung für die vollständige Hilfsmittelversorgung wahrnehmen müssen. Der bestehende Hilfsmittelkatalog soll entsprechend erweitert werden.

5. Palliative Versorgung

Die CHN übernimmt vor allem eine koordinierende und begleitende Funktion zwischen Primärversorgung und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (kurz: SAPV). Die Einleitung einer SAPV stellt einen wichtigen Versorgungsmeilenstein dar und erfordert eine interprofessionelle Abstimmung. Während einer laufenden SAPV sollte die CHN weiterhin eingebunden bleiben. Eine zentrale Aufgabe ist die kontinuierliche Unterstützung und Begleitung von Angehörigen – auch über den Tod des Patienten hinaus.

Die CHN kann ACP-Gespräche (Advanced Care Planning) eigenverantwortlich durchführen, Patienten bei der Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht beraten, Angehörige systematisch in den Entscheidungsprozess einbeziehen, den gesamten ACP-Prozess aufgrund ihrer kontinuierlichen Beziehung zu den Patienten begleiten.

Benötigt ein Patient in der palliativen Versorgung zusätzliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, soll die CHN diese – entsprechend den Ergebnissen der vorherigen Sitzung – bei entsprechender Indikation eigenständig erweitern können.

Vor Einleitung einer SAPV ist eine interprofessionelle Fallbesprechung erforderlich. Nach gemeinsamer Indikationsstellung kann die Erstverordnung durch die Hausarztpraxis oder die CHN erfolgen. Bereits bestehende SAPV-Leistungen sollen von der CHN eigenständig weiterverordnet werden können. Die CHN soll den Übergang in die SAPV koordinieren, die Kommunikation zwischen Hausarztpraxis und SAPV sicherstellen, die häusliche Versorgung organisieren und den Überblick über den gesamten Versorgungsprozess behalten.

CHN können bei entsprechender Fachkompetenz Wundabstriche durchführen. Laboruntersuchungen (z. B. CRP) sind bei lokalen Wundinfektionen häufig nur eingeschränkt hilfreich. Entscheidungen über Antibiotika und Schmerzmedikation sollen interprofessionell getroffen werden. Die Verordnung von Betäubungsmitteln wird ausdrücklich nicht als Aufgabe der CHN angesehen.

Medizinische Befundberichte könnten künftig von der CHN erstellt werden, sofern ein vollständiger Zugriff auf die Patientendaten (z. B. über die elektronische Patientenakte) besteht. In der Praxis unterstützt häufig das SAPV-Team die Organisation eines Hospizplatzes. Die CHN übernimmt insbesondere die Begleitung der Familie sowie die Koordination des Übergangs in die Hospizversorgung. Beim Wechsel ins Hospiz soll die CHN auch die Rückführung des häuslichen Pflegearrangements (z. B. Rückgabe von Hilfsmitteln) koordinieren.

6. Langzeitversorgung

Innerhalb definierter Behandlungsalgorithmen können CHN die Indikationsstellung für Laboruntersuchungen, Blutentnahmen, die Anforderung diagnostischer Leistungen, die Auswertung standardisierter Laborwerte und die Anpassung therapeutischer Maßnahmen eigenverantwortlich übernehmen. Ebenso können diagnostische Routineuntersuchungen wie Ruhe-EKG, Langzeit-EKG oder Langzeitblutdruckmessungen eigenverantwortlich veranlasst und bewertet werden, sofern sie Bestandteil definierter Behandlungspfade sind. Gleichzeitig wurde betont, dass jede diagnostische Maßnahme regelmäßig hinsichtlich ihrer weiteren Indikation überprüft werden muss. Untersuchungen mit erhöhtem Risiko oder besonderer Komplexität (z. B. MRT) erfordern weiterhin eine enge interprofessionelle Abstimmung.

CHN sollen eigenverantwortlich Schnelltests und Point-of-Care-Untersuchungen durchführen, auswerten und – abhängig vom Ergebnis – weitere Maßnahmen einleiten oder ärztliche Rücksprache halten können. Als Beispiele wurden CRP, D-Dimer, proBNP sowie COVID-Tests genannt.

Ergänzend wurde hervorgehoben, dass CHN nach einem strukturierten sozialen Assessment eigenverantwortlich Maßnahmen des Social Prescribing einleiten können. Hierdurch sollen soziale Unterstützungsangebote gezielt in die Versorgung chronisch erkrankter Menschen integriert werden.

F. Haftungsrechtliche Einordnung der Ausübung von Heilkunde durch CHN

Nachdem die rechtlichen Rahmenbedingungen für den eigenverantwortlichen Einsatz von CHN in der Gesundheitsversorgung dargelegt wurden, sollen abschließend mögliche Haftungsfälle bei der Ausübung von Heilkunde durch CHN dargelegt und analysiert werden.

Dem Gesetzgeber ist mit dem neu geschaffenen § 15a SGB V ein rechtspolitischer Durchbruch gelungen. Gleichwohl lässt die Verankerung der Befugnis bestimmter Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde im SGB V eine strukturelle Lücke offen, die haftungsrechtlich relevant ist. § 15a SGB V gilt ausschließlich „im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch“ – also nur innerhalb der vertragsärztlichen GKV-Versorgung. Eine CHN, die außerhalb dieses Rahmens heilkundlich tätig wird – sei es gegenüber Selbstzahlern, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Gemeinwesenarbeit oder in privatärztlichen Kooperationen –, handelt ohne Deckung durch § 15a SGB V als Grundlage für eine Ausnahme vom Arztvorbehalt; für sie gilt § 1 HeilprG unverändert fort, es sei denn, sie verfügt über eine Heilpraktikererlaubnis oder wird im Rahmen ärztlicher Delegation tätig.

Der vom DBfK vorgelegte „Scope of Practice“ ist eine fachlich-inhaltliche Empfehlung, kein Rechtsinstrument. Der rechtlich bindende Leistungskatalog entsteht erst durch den Bundesvertrag nach § 73d SGB V, den KBV, GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Pflegeorganisationen miteinander abschließen. Auch dieser Bundesvertrag entfaltet seine Wirkung ausschließlich im GKV-Abrechnungsrahmen und schafft keine bundesweite Regelung zu Befugnissen und Zuständigkeiten der CHN im berufsrechtlichen Sinne. Gerade vor dem Hintergrund zu erwartender Kooperationen von CHN und Ärzten kommt der gesetzlichen Klarstellung fachlicher Zuständigkeiten besondere Bedeutung zu: Es sollte normativ klar geregelt sein, welche Zuständigkeiten der CHN zukommen, um ihren Tätigkeitsbereich von dem des Arztes verbindlich abzugrenzen. Ohne ein Gesetz, das die Haftungskonstellationen bei der heilkundlichen Tätigkeit von CHN adressiert, sind sowohl CHN als auch Ärzte mit erheblichen Rechtsunsicherheiten konfrontiert.

Da ein spezielles APN-Gesetz als berufsrechtlicher Haftungsrahmen für die heilkundliche Tätigkeit von CHN bislang fehlt, muss für die Frage nach möglichen Haftungskonstellationen auf die allgemeinen Regelungen des Zivil- und Strafrechts zurückgegriffen werden

Da der neu geschaffene § 15a SGB V bestimmten Pflegefachpersonen die Befugnis einräumt, selbständig heilkundlich tätig zu werden, handelt es sich bei diesen Tätigkeiten um Fälle der sog. Substitution. Dieser Begriff und die sich bei einer Substitution für die handelnden Personen ergebenden haftungsrechtlichen Konsequenzen können indes nicht begreiflich gemacht werden, wenn nicht vorab die im (Arzt-) Haftungsrecht so relevante Unterscheidung zwischen der Delegation und der Substitution ärztlicher Leistungen dargelegt wird.

I. Delegation und Substitution – eine Abgrenzung

1. Delegation

a) Begriffsbestimmung

Die Delegation bezeichnet die Übertragung von beruflichen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere, wobei die Übertragung jeweils durch einen Delegierenden an einen Delegationsempfänger übertragen wird.⁷¹ Eine Definition des Begriffs ist gesetzlich nicht verankert.⁷² Zusammenfassen lässt sich der Begriff aber als die unter fachlicher Verantwortung des Arztes stehende einmalige oder wiederholte Übertragung unter Arztvorbehalt stehender Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal.⁷³

Bei der Delegation verbleibt die fachliche Verantwortung für das „Ob“ (Anordnungsverantwortung) der delegierten Maßnahme bei dem Arzt, die Verantwortlichkeit für das „Wie“ (Durchführungsverantwortung) geht auf den Delegationsempfänger über.⁷⁴

Seit einem Urteil des BGH aus dem Jahr 1975 ist grundsätzlich die Möglichkeit der Delegation höchstrichterlich anerkannt.⁷⁵ In der rechtswissenschaftlichen Literatur und Praxis wird aber darüber gestritten, welche Maßnahmen delegationsfähig sind und welche nicht. Grundlegende Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Delegation sind weder vom Gesetzgeber noch von der Rechtsprechung formuliert worden.⁷⁶ Vielmehr gibt es zahlreiche Gerichtsurteile, die sich im Einzelfall damit beschäftigen, ob eine zulässige Delegation vorlag oder nicht.⁷⁷

Fest steht jedenfalls, dass Maßnahmen, die dem sog. Kernbereich ärztlicher Leistungen zuzuordnen sind, nicht auf nichtärztliches Personal übertragen werden dürfen.⁷⁸ Welche Maßnahmen diesem Bereich zuzuordnen sind, ist ebenfalls nicht klar geregelt, sondern für jeden Einzelfall zu beurteilen.⁷⁹ Lediglich das OLG Dresden hat

71 Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 213.

72 Der Begriff leitet sich vom lateinischen „delegare“ ab, was wiederum hinschicken, anvertrauen oder auch übertragen bedeutet, Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 3.

73 Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 213. Vgl. auch Bonvie, Delegation und Substitution, S. 1.

74 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 119; Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 214. Vgl. ferner Schabram, Delegation und Substitution, S. 1 f.; Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Steinhilper, § 30 Rn. 61.

75 BGH, NJW 1975, 2245 (2246).

76 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 40; Bergmann, Delegation und Substitution, S. 25 (28); Burgi/Igl, CHN, S. 53; Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 58; Spickhoff/Spickhoff, § 4 GOÄ Rn. 12; Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Steinhilper, § 30 Rn. 60.

77 S. nur die von Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 221 (Fn. 209) aufgezählten Urteile.

78 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 45; Bergmann, Delegation und Substitution, S. 25 (28). Vgl. auch Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Steinhilper, § 30 Rn. 66.

79 Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 58; Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 226; BeckOGK-BGB/T. Voigt, § 823 Rn. 1031.

sich dahingehend eingelassen, dass eine nicht delegierbare Leistung vorliegt, wenn es sich bei der zu delegierenden Maßnahme um eine solche handelt, die namentlich aufgrund ihrer Art und Schwierigkeit, der Umstände ihrer Erbringung oder der Gefährlichkeit und/oder Unvorhersehbarkeit zwingend von einem Arzt erbracht werden muss.⁸⁰

Beispielhaft werden in der Delegationsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands die Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung oder auch Aufklärung und Beratung des Patienten als Bestandteil des Kernbereichs ärztlicher Leistungen aufgeführt.⁸¹

Da das nichtärztliche Personal, die Angehörigen der sog. Heilhilfsberufe (z. B. Pflegepersonal), im Rahmen der Vornahme einer übertragenen ärztlichen Tätigkeit lediglich auf Anordnung des Arztes hin agieren,⁸² wird bei diesen Tätigkeiten nach allgemeiner Rechtsauffassung nicht der Erlaubnisvorbehalt des HeilprG nach § 1 HeilprG ausgelöst.⁸³

b) Haftungskonstellationen

Im Rahmen einer Delegation können unterschiedliche Behandlungsfehler vorliegen, die wiederum unterschiedliche haftungsrechtliche Konsequenzen mit sich bringen.

aa) Nichtärztliches Personal

Sofern die delegierte Tätigkeit an sich fehlerhaft ist, besteht eine Haftung des nichtärztlichen Personals aus dem allgemeinen Deliktsrecht (§§ 823 BGB). Eine solche Haftung wird jedoch regelmäßig dadurch verhindert, dass das nichtärztliche Personal im Rahmen der Delegation aufgrund einer ärztlichen Anordnung handelt. Der Nicht-Arzt kann vorbringen, er habe die ärztliche Anweisung ausgeführt, sodass überprüft wird, ob der Schaden darauf beruht, dass der Arzt das nichtärztliche Personal nicht hinreichend eingewiesen und überwacht hat. Eine vertragliche Haftung des Fachpersonals scheidet aus, da dieses in einem Angestelltenverhältnis tätig wird, sodass entweder der Krankenhausträger oder ein Arzt in niedergelassener Praxis einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abschließt.⁸⁴

bb) Krankenhaus

Für einen schuldhaft verursachten Behandlungsfehler durch das nichtärztliche Personal muss das Krankenhaus als Arbeitgeber regelmäßig einstehen. Wird der Behandlungsvertrag zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten geschlossen, handelt das nichtärztliche Personal bei der Delegation als „Erfüllungsgehilfe“ für das Krankenhaus. Das bedeutet, dass der Nichtarzt die vertraglichen Verpflichtungen des Krankenhauses gegenüber dem Patienten erfüllt.

80 OLG Dresden, RDG 2008, 240 (241).

81 S. § 2 Anlage 24-BMV-Ä. Eine ausführliche Auflistung delegierbarer Leistungen in der Praxis findet sich demgegenüber bei Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 238.

82 Eine zulässige Delegation setzt stets eine ärztliche Anordnung voraus, Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 57.

83 NK-HeilprG/Haage, § 1 Rn. 12; Stock, Rechtsgutachten Heilpraktikerrecht, S. 17.

84 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 175 f.

Da sich der Einrichtungsträger seines Personals zur Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen bedient, muss es sich den vom Personal verursachten Schaden über § 278 BGB zurechnen lassen. Eine Möglichkeit, sich von der Haftung freizustellen bzw. zu exkulpieren, gibt es bei § 278 BGB nicht. Bei dieser Norm handelt es sich um eine Regelung einer verschuldensunabhängigen Haftung.

Zudem kann das nichtärztliche Personal die delegierte Tätigkeit auch als Verrichtungsgehilfe ausüben. Handelt das Personal dabei fehlerhaft, ist der dem Patienten entstandene Schaden gem. § 831 Abs. 1 Satz 1 BGB durch das Krankenhaus zu ersetzen, sofern das Krankenhaus sich nicht nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB exkulpieren kann. Nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB hat der Geschäftsherr seinen Verrichtungsgehilfen ordnungsgemäß auszuwählen und zu überwachen.

Da es sich bei Krankenhäusern bzw. Krankenhausträgern häufig um juristische Personen handelt, die aufgrund mangelnder fachlicher Qualifikation nicht selbst dazu in der Lage sind, die erforderlichen Auswahl- und Überwachungspflichten wahrzunehmen, werden diese Pflichten oft dem Chefarzt überantwortet.⁸⁵ Um sich also nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB haftungsrechtlich entlasten zu können, muss der Krankenhausträger den Nachweis erbringen, dass der Chefarzt das übrige Personal sorgfältig ausgewählt und überwacht hat. Im Gegensatz zur Haftung nach § 278 BGB ist die in § 831 Abs. 1 BGB statuierte Einstandspflicht des Geschäftsherrn nicht verschuldensunabhängig.

Da bei der Delegation eine ärztliche Tätigkeit durch den Arzt auf das nichtärztliche Personal übertragen wird, kann im Einzelfall streitig sein, ob das nichtärztliche Personal als Erfüllungs- bzw. Verrichtungsgehilfe des Krankenhausträgers oder des delegierenden Arztes zu qualifizieren ist. Beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag wird der Krankenhausträger alleiniger Vertragspartner des Patienten, sodass der Krankenhausträger sämtliche ärztliche und nichtärztliche Leistungen dem Patienten schuldet. In diesem Falle ist das nichtärztliche Fachpersonal unstreitig sowohl als Erfüllungsgehilfe nach § 278 BGB als auch als Verrichtungsgehilfe gem. § 831 Abs. 1 Satz 1 BGB des Krankenhausträgers anzusehen.⁸⁶

Etwas anderes ergibt sich beim sog. gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag. Bei diesem Vertrag wird ein freiberuflich tätiger niedergelassener Arzt dazu berechtigt, den Patienten unter Inanspruchnahme der für die Behandlung notwendigen Mittel zu versorgen. Der Arzt hat ein Weisungsrecht gegenüber dem ihm zur Verfügung gestellten Krankenhauspersonal und ist gegenüber dem Patienten der Schuldner der ärztlichen Leistungen. Nach nunmehr herrschender Auffassung muss sich der Arzt den Schaden beim gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag nach § 278 BGB zurechnen lassen, wenn der Nichtarzt im Pflichtenkreis des Arztes tätig wurde oder es besondere Instruktionen vom Arzt gegeben hat. Beruht der Schaden auf einer speziellen Weisung des Arztes, agiert das nichtärztliche Personal auch als Verrichtungsgehilfe

⁸⁵ Bergmann, Delegation und Substitution, S. 25 (31).

⁸⁶ Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 179.

des Arztes, sodass eine Einstandspflicht des Krankenhauses nach § 831 Abs. 1 Satz 1 BGB von vorneherein ausscheidet.⁸⁷

cc) Arzt

Sofern der Arzt der Arbeitgeber des Nicht-Arztes ist, kommt ein Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt und dem Patienten zustande, sodass ein Fehler des Nicht-Arztes dem Arzt über § 278 BGB zuzurechnen ist. Darüber hinaus kommt eine deliktische Einstandspflicht des Arztes für den vom nichtärztlichen Personal verursachten Schaden nach § 831 Abs. 1 Satz 1 BGB in Betracht. Von dieser Einstandspflicht kann der Arzt sich aber nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB freizeichnen. Agieren Arzt und Nicht-Arzt gemeinsam im Krankenhaus, können im Einzelfall – aber nur bei einem gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag (!) – Fehler bei der Durchführung der delegierten Tätigkeit auf den Arzt zurückfallen, wenn der Nicht-Arzt als dessen Erfüllungs- bzw. Verrichtungsgehilfe einzuordnen ist.

Darüber hinaus hat der Arzt eigene delegationsspezifische Verpflichtungen zu beachten. Zunächst muss der Arzt überprüfen, ob die anvisierte Tätigkeit delegationsfähig ist oder nicht.⁸⁸ Delegiert der Arzt eine Tätigkeit, die nicht delegationsfähig ist, liegt in jedem Falle ein Behandlungsfehler vor, für den der Arzt in Anspruch genommen werden kann.⁸⁹ Zudem hat der Arzt sorgfältig zu überprüfen, ob die Person, der die Aufgabe anvertraut werden soll, zur Erbringung dieser Leistung in der Lage ist. Der Arzt muss sich vergewissern, dass diese Person die notwendige fachliche Qualifikation aufweist (Auswahlpflicht).⁹⁰

Im Zuge der Übertragung der ärztlichen Tätigkeit muss der Arzt den Delegationsempfänger sorgfältig anleiten (Anleitungspflicht). Nach der Delegation hat der Arzt den Behandlungsvorgang zu überwachen, um notfalls zu intervenieren (Überwachungspflicht).⁹¹ In diesem Beispiel ist noch wichtig anzumerken, dass der Arzt nicht originär für den Fehler des nichtärztlichen Personals „einsteht“, sondern haftbar gemacht wird, weil ein Verstoß gegen die ärztlichen Pflichten vorliegt.

Weil der Arzt das Personal nicht ordnungsgemäß ausgewählt oder überwacht hat, liegt ein Behandlungsfehler des Arztes vor.⁹² Haftungsansprüche des Patienten gegenüber dem Arzt ergeben sich, je nachdem, wie die vertragliche Beziehung ausgestaltet ist, aus Deliktsrecht (§§ 823 ff. BGB) oder aus Vertragsrecht (§ 630a Abs. 2, 280 Abs. 1 BGB).⁹³

2. Substitution

Von der Delegation unterscheidet sich die Substitution in rechtlich bedeutsamer Art und Weise.

⁸⁷ Zu alledem Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 175 ff.

⁸⁸ Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 224 f.

⁸⁹ Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 57.

⁹⁰ Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 233. S. auch Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 24 f.

⁹¹ Bergmann, Delegation und Substitution, S. 25 (30); Bonvie, Delegation und Substitution, S. 17 (21).

⁹² Vgl. Bergmann, MedR 2009, 1 (4).

⁹³ Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 178.

a) Begriffsbestimmung

Der Begriff entstammt dem lateinischen substituere und bedeutet allgemein Ersetzung oder Ersatz. Im vorliegenden Kontext wird bei einer Substitution eine ärztliche Tätigkeit dauerhaft auf eine nichtärztliche Berufsgruppe übertragen.⁹⁴ Der Arzt wird also bezüglich dieser Tätigkeit „ersetzt“. Während bei der Delegation nur das „Wie“ der Maßnahme dem Nichtarzt übertragen wird – die Entscheidung über das „Ob“ bleibt beim Arzt –, geht bei der Substitution auch die Entscheidung über das „Ob“ (Anordnungsverantwortung) vom Arzt auf den Dritten über.⁹⁵

b) Haftungskonstellationen

aa) Krankenhaus

Für den Einrichtungsträger macht es haftungsrechtlich praktisch keinen Unterschied, ob ein Behandlungsfehler im Wege der Substitution oder der Delegation verursacht wurde. Als Arbeitgeber hat das Krankenhaus für sein Personal einzustehen und muss sich patientenschädigendes Verhalten regelmäßig über § 278 BGB (vertraglich) oder § 831 Abs. 1 Satz 1 BGB (deliktisch) zurechnen lassen. Ob der Fehler einem angestellten Arzt oder einer angestellten CHN unterlaufen ist, ist insofern irrelevant.⁹⁶ Etwas anderes würde sich nur dann ergeben, wenn die Fehler der CHN dem Krankenhaussträger nicht zugerechnet werden, weil die CHN weder als Erfüllungs- (§ 278 BGB) noch als Verrichtungsgehilfe (§ 831 Abs. 1 Satz BGB) des Krankenhauses qualifiziert werden kann. Das wäre der Fall, wenn der Behandlungsvertrag zwischen der CHN und dem Patienten geschlossen werden würde. Damit eine CHN selbständig Behandlungsverträge mit den Patienten abschließen kann, muss sie aber auch liquidationsberechtigt sein – entweder im Hinblick auf eine Privatvergütung oder aufgrund der Zulassung zum GKV-Versorgungssystem.⁹⁷

bb) Arzt

Der Arzt haftet als Arbeitgeber der CHN gleichermaßen wie auch der Krankenhaussträger. Im Unterschied zur Delegation ergibt sich für den Arzt aber eine Haftungsentlastung im klassischen Krankenhaus-Setting. Sofern nämlich das Krankenhaus Vertragspartner des Patienten ist und demnach die CHN in Erfüllung bzw. Verrichtung der dem Krankenhaus obliegenden Pflichten agiert, muss der Arzt bei der Substitution nicht für einen Behandlungsfehler der CHN einstehen. Die Substitution zeichnet sich schließlich gerade dadurch aus, dass keine begrenzte Übertragung der ärztlichen Tätigkeit vorliegt (Übertragung des „Wie“), sondern die CHN vielmehr eigenständig heilkundlich tätig wird (Übertragung des „Ob“ und des „Wie“).

Da die Tätigkeit in Eigenverantwortung der CHN durchgeführt wird, bestehen für den Arzt auch keine delegationsspezifischen Pflichten zur Anleitung und Überwachung der Behandlung durch die Pflegekraft.⁹⁸ Daraus folgt zudem, dass der Arzt auch nicht überprüfen muss, ob die Tätigkeit durch die CHN vorgenommen werden darf oder nicht.

94 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 4. Vgl. auch Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 60.

95 Jorzig/Sarangi, 1. Teil, 3. Kap., Rn. 219; Schabram, Delegation und Substitution, S. 1.

96 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 183; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 238.

97 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 186.

98 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 237.

cc) CHN

Die durch das BEEP bestimmten Pflegefachpersonen zugeschriebenen Befugnisse zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung führen auf der einen Seite zur haftungsrechtlichen Entlastung von Ärzten, auf der anderen Seite zu einer weitergehenden Belastung der Pflegefachpersonen.⁹⁹

(1) Zivilrechtliche Haftung

Angestellte CHN haften bei fehlerhafter Behandlung des Patienten nicht aus einem Behandlungsvertrag, da dieser entweder mit dem Arzt als Praxisinhaber oder dem Krankenhausträger geschlossen wird. Freiberuflich tätige CHN schließen hingegen selbst einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten ab und haften bei Fehlern nach § 280 BGB i. V. m. dem Behandlungsvertrag.¹⁰⁰ Unabhängig von den vertraglichen Rahmenbedingungen haftet die CHN aus allgemeinen deliktsrechtlichen Vorschriften (§§ 823 ff. BGB).¹⁰¹

Da durch die Einführung von § 15a Abs. 1 Satz 1 SGB V die ärztliche Anordnung als Voraussetzung für die Zulässigkeit der Durchführung der heilkundlichen Maßnahmen durch nichtärztliches Personal weggefallen ist, kann sich das nichtärztliche Personal im Schadensfall auch nicht mehr darauf berufen, sie habe lediglich auf ärztliche Anordnung hin gearbeitet. Die CHN ist mitunter für den gesamten Behandlungsverlauf zuständig und demnach haftungsrechtlich verantwortlich.

Zudem besteht eine haftungsrechtliche Besonderheit bei einer selbständig arbeitenden CHN. Eine CHN kann zwar eigenverantwortlich Patienten behandeln, allerdings kann es Fälle geben, in denen ein Arzt zu Rate gezogen werden muss. In diesen Fällen ist es keineswegs ausgeschlossen, dass bei einem Fehler des Arztes allein der Arzt haftbar gemacht werden kann. Der BGH hat in einem Urteil ausgeführt, dass eine Hebamme, die gem. § 4 HebG dazu befugt ist, in einem speziellen Bereich (Geburts-hilfe) heilkundlich tätig zu werden, nach § 278 BGB für Fehler eines von ihr zugezogenen Arztes einzustehen hat.¹⁰² Zieht also eine selbständige CHN einen Arzt zu Rate, kann sie für Fehler des Arztes haften, obwohl der Arzt im medizinischen Bereich der CHN eigentlich „übergeordnet“ ist.

(2) Strafrechtliche Haftung

Jeder heilkundliche Eingriff – auch der indizierte und lege artis durchgeführte Eingriff – erfüllt grundsätzlich den Tatbestand der Körperverletzung nach § 223 Abs. 1 StGB.¹⁰³ Regelmäßig ist der Eingriff aber durch eine Einwilligung des Patienten nach § 228 StGB gerechtfertigt.¹⁰⁴ Fehlt es hingegen an einer wirksamen Einwilligung, z. B. aufgrund mangelhafter Aufklärung des Patienten, liegt gerade keine Rechtfertigung nach § 228 StGB vor und eine Strafbarkeit der CHN kommt in Betracht.

99 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 237.

100 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 183.

101 Vgl. Quaas/Zuck/Clemens/Quaas, Medizinrecht, § 14 Rn. 59.

102 In dem Fall ging es um die Haftung der Betreiberin eines Geburtshauses, die in ihrem Prospekt nicht nur die Betreuung durch Hebammen, sondern auch ärztliche Leistungen in Aussicht stellte, BGH, NJW 2005, 888.

103 BGHSt 11, 111 (112); BGHSt 43, 306 (308).

104 Brinkmann, RDG 2011, 168 (170).

Führt ein Behandlungsfehler der CHN zu einer Körperverletzung oder sogar zum Tod des Patienten, kommt eine strafrechtliche Haftung wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) bzw. fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) in Betracht. Grundlage für die Strafbarkeit ist dabei der Verstoß gegen die objektive Sorgfaltspflicht, die von einer ordentlich ausgebildeten CHN zu erwarten ist.¹⁰⁵

Handelt die CHN außerhalb des durch das BEEP und den Bundesvertrag definierten Tätigkeitsrahmens (d. h. nimmt sie heilkundliche Tätigkeiten vor, die weiterhin dem Arzt vorbehalten sind), liegt bei fehlender Heilpraktikererlaubnis ein Verstoß gegen § 1 Abs. 1 HeilprG vor, der gemäß § 5 HeilprG mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft wird.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang allerdings die Frage, mit welchen eigenverantwortlich ausgeübten heilkundlichen Tätigkeiten sich die CHN außerhalb des ihr zugestandenen Bereichs bewegen würde, schließlich müssen die für bestimmte Pflegefachpersonen vorgesehenen Tätigkeiten erst gem. § 15a Abs. 1 Nr. 1–3 SGB V von den in § 73d Abs. 1 Nr. 1–3 SGB V genannten Stellen vertraglich festgelegt werden. Für gerade diese Zeit, bis zur Fertigstellung der Leistungskataloge, hat der Gesetzgeber in § 15a Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine Übergangsregelung vorgesehen. Zur Bestimmung des Leistungsumfangs ist demnach auf Anlage 1 des nach § 64d Abs. 1 Satz 4 SGB V geschlossenen Rahmenvertrags Rückgriff zu nehmen.¹⁰⁶

(3) Haftungsgründe

Während sich die haftungsrechtlichen Konsequenzen aus der Befugniserweiterung für Pflegekräfte dahingehend zusammenfassen lassen, dass Ärzte entlastet, die Pflegekräfte hingegen dahingehend belastet werden, dass sie auch für die weiteren ihnen zugeschriebenen Tätigkeiten einzustehen haben, ist fraglich, für welche Art von Fehlern eine CHN potenziell haften kann.

(a) Übernahmefehler

Ein Übernahmefehler liegt vor, wenn die CHN eine Tätigkeit vornimmt, für die ihr die Qualifikation oder die Kenntnisse fehlen.¹⁰⁷ Zieht man den vom DBfK vorgeschlagenen Scope of Practice heran, käme ein Übernahmefehler zum Beispiel in Betracht, wenn die CHN komplexe Untersuchungen mit hohem Risiko eigenständig durchführen würde.¹⁰⁸ In der Praxis dürften sich Übernahmefehler durch CHN aber in Grenzen halten, schließlich wird der Tätigkeitsbereich von Pflegefachkräften durch den Gesetzgeber genau beschrieben.¹⁰⁹

(b) Behandlungsfehler

Eine Behandlung kann fehlerhaft sein, wenn bei der medizinischen Versorgung eine Behandlung an den Tag gelegt wird, die nach dem Erkenntnisstand der medizinischen

¹⁰⁵ Vgl. MüKo-StGB/Hardtung, § 222 Rn. 9 f.

¹⁰⁶ Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 62.

¹⁰⁷ Vgl. zum Übernahmefehler eines Arztes Quaas/Zuck/Clemens/Quaas, Medizinrecht, § 14 Rn. 74 f.

¹⁰⁸ S. S. 15.

¹⁰⁹ Vgl. Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 190.

Wissenschaft der gebotenen Sorgfalt nicht genügt und demnach unsachgemäß ist.¹¹⁰ Um einen Behandlungsfehler handelt es sich z. B. bei einer Fehlinterpretation von erhobenen oder sonst vorliegenden Befunden (sog. Diagnosefehler).¹¹¹

Grundvoraussetzung für die Annahme eines Behandlungsfehlers ist die Unterschreitung des im Zeitpunkt der Behandlung gültigen objektiven medizinischen Sorgfaltsmaßstabs.¹¹² Fraglich ist aber, wann bei der eigenverantwortlichen Heilkundenausübung durch CHN eine solche Standardunterschreitung – und demnach ein Behandlungsfehler – vorliegt.

Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung gilt der sog. Facharztstandard.¹¹³ Der BGH hat den Facharztstandard wie folgt definiert:

„Der Standard gibt Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.“¹¹⁴

Da sich sowohl die medizinische Wissenschaft als auch die praktischen ärztlichen Erfahrungen stetig weiterentwickeln, sich in einem fortdauerndem Fluss befinden, ist der Facharztstandard folgerichtig nicht starr festgelegt, sondern hat sich gerade der Dynamik auf dem Gebiet der Wissenschaft anzupassen. Da sich der Facharztstandard stetig verändert, müssen Ärzte auch gewisse Fortbildungen ableisten.¹¹⁵ Grundsätzlich richtet sich der Sorgfaltsmaßstab danach, was von einem besonnenen und gewissenhaften Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppe erwartet werden kann (sog. Gruppensorgfalt).¹¹⁶ Auf den vorliegenden Fall bezogen würde das bedeuten, dass sich die CHN bei ihrer Heilkundenausübung nicht am Facharztstandard messen lassen muss.

Von diesem Grundsatz wird bei der Delegation eine Ausnahme gemacht. Obwohl bei der Delegation eine ärztliche Tätigkeit durch nichtärztliches Personal durchgeführt wird, muss die Behandlung durch das nichtärztliche Personal dem Facharztstandard genügen.¹¹⁷ Der Arzt bedient sich bei der Delegation einer nichtärztlichen Fachkraft zur Erbringung einer ärztlichen Leistung. Aufgrund der bestehenden Anordnungs-

110 BeckOGK-BGB/T. Voigt, § 823 Rn. 955.

111 Spickhoff/Greiner, § 839 BGB Rn. 66.

112 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 189.

113 Frahm, NJW 2021, 216; BeckOK-BGB/Katzenmeier, § 630a Rn. 161; vgl. auch Quaas/Zuck/Clemens/Quaas, Medizinrecht, § 14 Rn. 134. Einen über den Facharztstandard hinausgehenden „Chefarztstandard“ gibt es nicht, OLG Köln, BeckRS 2018, 8838 Rn. 12. Zudem können von der Praxis entwickelte Leitlinien den Standard repräsentieren, sie müssen das aber nicht tun, sodass auch bei fehlenden Leitlinien eine Bestimmung des medizinischen Standards durch einen Sachverständigen erfolgen kann, OLG Bamberg, NStZ-RR 2026, 661 (662); s. dazu Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 9.

114 BGH, NJW 2016, 713 (714).

115 Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Kern/Rehborn, § 96 Rn. 27.

116 Bergmann, MedR 2009, 1 (6).

117 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 173.

Anleitungs- und Überwachungspflichten handelt es sich im Endeffekt bei der delegierten Maßnahme weiterhin um eine ärztliche Leistung. Die delegierte Tätigkeit gilt im rechtlichen Sinne als vom Arzt höchstpersönlich erbracht und kann demnach auch so abgerechnet werden.

Im Gegensatz zur Delegation wird bei der Substitution keine ärztliche Tätigkeit von einem Arzt auf einen Nicht-Arzt übertragen, sondern der Gesetzgeber legt fest, dass bestimmte, vormals ärztliche Tätigkeiten auch durch nichtärztliches Personal erbracht werden können. Sofern also eine CHN eine substituierte Tätigkeit ausübt, muss ein Arzt weder vorab entscheiden, ob die CHN diese Tätigkeit überhaupt ausüben darf, noch muss er die CHN anleiten oder überwachen.

Die CHN übt die heilkundliche Tätigkeit schließlich eigenverantwortlich aus, da der Gesetzgeber ihr diese Möglichkeit eingeräumt hat. Demnach liegt auch im rechtlichen Sinne keine vom Arzt höchstpersönlich erbrachte Leistung vor.

Dieser Unterschied zwischen der Delegation und der Substitution führt nun dazu, dass eine Ausnahme vom Grundfall der Annahme der Gruppensorgfalt bei der Heilkundenausübung durch CHN nicht angezeigt ist. Wird die CHN entsprechend tätig, ist der Facharztstandard nicht der haftungsrechtlich relevante Sorgfaltsmaßstab.

Dagegen spricht im Übrigen nicht, dass bei der „Unterschreitung“ des Facharztstandards das Patientenwohl gefährdet wäre.¹¹⁸ Zum einen lässt sich argumentieren, dass hochspezialisierte Pflegefachkräfte, wie die CHN es sind, aufgrund ihrer Spezialisierung vielleicht sogar besser dazu geeignet sind, die ihnen zugewiesenen heilkundlichen Tätigkeiten auszuüben, als es manche Ärzte sind.¹¹⁹ Zum anderen gilt es grundsätzlich die Entscheidung des Gesetzgebers zu respektieren: Der Gesetzgeber hat sich bewusst dafür entschieden, gewisse ärztliche Tätigkeiten zu substituieren. Diese Entscheidung hat er aber nur getroffen, weil er der Meinung ist, dass diese Tätigkeiten nicht zwingend von einem Arzt durchgeführt werden müssen, sondern – auch ohne Einbuße beim Patientenschutz – ebenfalls durch bestimmte Pflegefachkräfte.¹²⁰ Nach alledem richtet sich das heilkundliche Handeln einer CHN an dem ihr eigenen Berufsstandard aus. Ein solcher spezieller pflegefachlicher Standard muss freilich erst entwickelt werden. In diesem Zusammenhang kann man sich am Facharztstandard orientieren und somit sogar der vermeintlichen Gefahr einer Verschlechterung in der Primärversorgung wirksam entgegenreten.

In Anlehnung an den dynamischen Charakter des Facharztstandards ist auch ein spezieller Standard für CHN nicht einmal beschrieben, sondern entwickelt sich stetig fort. Insofern ist es primär die Aufgabe der Pflegewissenschaften, den relevanten „CHN-Standard“ fortdauernd auszuarbeiten. Relevant sind für den Pflegestandard zudem die Ausbildungs- bzw. Prüfungsordnungen der jeweiligen Berufe.¹²¹ Während

118 S. nur die Nachweise bei Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier, § 10 Rn. 61 (Fn. 258, 259).

119 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 196.

120 Überzeugend Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 197: „Wenn der Gesetzgeber die Substitution will, muss als logische Konsequenz auch der Facharztstandard weichen.“

121 BeckOK-BGB/Katzenmeier, § 630a Rn. 179.

ein entsprechendes Curriculum bzw. entsprechende Curricula zum Studiengang Community Health Nursing schon bestehen, können die Pflegewissenschaften einen Berufsstandard für die CHN nur dann entwickeln, wenn klar ist, welche (heilkundlichen) Aufgaben und Tätigkeiten von einer CHN durchgeführt werden können. Insofern ist die Grundvoraussetzung für die Etablierung – und eine über einen längeren Zeitraum hinweg wachsende Entwicklung – des Berufsstandards für CHN, dass die in § 73d Abs. 1 SGB vom Gesetzgeber benannten Stellen einen Leistungskatalog vereinbaren, der die ärztlichen Behandlungen festlegt, die CHN vornehmen dürfen. CHN können nur dann im geplanten Umfang heilkundlich tätig werden, wenn ihr Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereich gesetzlich klar vorgegeben ist, weil sich nur in dem Falle ein haftungsrechtlich notwendiger Berufsstandard für CHN erarbeiten lässt.

(c) Aufklärungsfehler

Die CHN trifft im Rahmen ihrer eigenständigen Heilkundenausübung die Pflicht, den Patienten über relevante Aspekte der Behandlung aufzuklären.¹²² Da es sich bei der Aufklärung des Patienten um eine Tätigkeit handelt, die bislang dem Kernbereich ärztlicher Leistungen zugeordnet wird,¹²³ ist die Delegation der Aufklärung an nicht-ärztliches Personal unzulässig.¹²⁴ Daraus folgt allerdings keineswegs, dass der CHN bei substituierten Leistungen nicht die Aufklärungszuständigkeit zukommt. Wie bereits mehrfach ausgeführt, bestehen gewichtige rechtliche Unterschiede zwischen der Delegation und der Substitution, welcher der Übertragung geltender Maßstäbe bei der Delegation auf die Substitution im Wege stehen. Bei der Substitution tritt die CHN als eigenständiger Leistungserbringer in der Primärversorgung auf, sodass es am delegationstypischen Über-Unterordnungs-Verhältnis (Arzt/Nicht-Arzt) mangelt.¹²⁵ Es erscheint dann auch nicht sachgemäß, dem Arzt eine Aufklärungspflicht zu übertragen, wenn er überhaupt nicht für die Behandlung verantwortlich ist. Wenn der Gesetzgeber bestimmten Pflegekräften die Befugnis einräumt, heilkundlich Patienten zu behandeln, ist es konsequent, dass die Pflegekraft als Behandler den Patienten ordnungsgemäß aufzuklären hat.¹²⁶ Andernfalls würde man den Grundgedanken der gesetzgeberisch vorgegebenen Substitution – Entlastung der Ärzteschaft und Stärkung der Pflegeberufe – nicht ausreichend würdigen.

Besteht ein Behandlungsvertrag zwischen der CHN und dem Patienten, ist die Aufklärung wesentlicher Bestandteil der vertraglichen Leistungspflichten der CHN (§ 630e BGB). Bei fehlerhafter oder gar unterbliebener Aufklärung des Patienten macht sich die CHN schadensersatzpflichtig.

Auch ohne einen solchen Vertrag ist die CHN dazu verpflichtet, den Patienten ordnungsgemäß aufzuklären. Die Aufklärungspflicht der CHN als eigenständiger Leistungserbringer ergibt sich aus dem Grundsatz der sog. Körperverletzungsdoktrin.¹²⁷

122 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 238. Ausführlich zu den Aufklärungsinhalten Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Kern, § 72 Rn. 1 ff.

123 S. S. 20 (Fn. 79).

124 Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Steinhilper, § 30 Rn. 67.

125 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 239.

126 Abanador, Substitution ärztlicher Leistungen, S. 200 ff.; Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 239 f.

127 Ziegler, GesR 2021, 483 (486).

Jeder Heileingriff erfüllt grundsätzlich den Tatbestand der Körperverletzung gem. § 223 Abs. 1 StGB. Die Körperverletzung kann jedoch durch eine Einwilligung des Patienten gerechtfertigt sein. Damit die Einwilligung des Patienten ihre rechtfertigende Einwilligung entfalten kann, muss der Patient aber vor dem Heileingriff über den Heileingriff hinreichend aufgeklärt worden sein. Wird der Patient nur unzureichend aufgeklärt, liegt keine rechtfertigende Einwilligung des Patienten vor.¹²⁸

Die Konsequenz aus einer fehlerhaften Aufklärung durch die CHN ist eine deliktsrechtliche Haftung (§§ 823 ff. BGB) sowie eine Strafbarkeit nach den §§ 223 ff. StGB.¹²⁹ Rechtsunsicherheiten bestehen hinsichtlich der Frage, ob der Patient über den Umstand, dass die CHN heilkundlich tätig wird, von der CHN aufgeklärt werden muss oder nicht. Im Rahmen der Delegation herrscht sowohl im Schrifttum als auch in der Praxis kein einheitliches Bild darüber, ob der Arzt den Patienten dahingehend aufklären muss, dass die vorgesehene Maßnahme delegiert wird bzw. werden soll.¹³⁰ Nach hier vertretener Auffassung ist zunächst von einer entsprechenden Aufklärungspflichtigkeit der CHN auszugehen. Der Grund liegt in dem bislang fehlenden Standard bezüglich des von der CHN einzuhaltenden Sorgfaltsmaßstabs. Ist ein solcher Standard indes entwickelt, kann lediglich noch diskutiert werden, ob die CHN über diesen neuen Berufsstandard aufklären muss.

Die Pflichtigkeit der CHN zur Vornahme eines Aufklärungsgesprächs führt im Übrigen zum Ergebnis, dass die CHN eigenverantwortlich eine Leistung erbringen darf, die vor der Einführung des BEEP nicht einmal im Wege der Delegation von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden durfte, weil sie dem Kernbereich ärztlicher Tätigkeit zugeordnet wurde.

(d) Dokumentationsfehler

Neben dem Behandlungsfehler und dem Aufklärungsfehler bildet der Dokumentationsfehler eine eigenständige haftungsrechtliche Fallgruppe, der im Kontext der eigenverantwortlichen Heilkundenausübung durch die CHN besondere Bedeutung zukommt. Die Dokumentationspflicht der CHN ergibt sich aus zwei voneinander unabhängigen Rechtsgrundlagen. Zum einen aus § 630f BGB als primärer gesetzlicher Pflicht, die jeden Behandelnden im Sinne des § 630a BGB trifft und die CHN mit Inkrafttreten des BEEP unmittelbar bindet. Zum anderen aus dem Behandlungsvertrag selbst: Die ordnungsgemäße Dokumentation ist zugleich eine vertragliche Nebenpflicht nach § 241 Abs. 2 BGB i. V. m. § 630a BGB, deren Verletzung – unabhängig von einem Behandlungsfehler im engeren Sinne – Schadensersatzansprüche begründen kann, wenn dem Patienten hierdurch ein Schaden entsteht.

§ 630f Abs. 1 BGB verpflichtet die Behandelnde, zum Zeitpunkt der Behandlung oder unmittelbar danach in einer Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Für die CHN ergibt sich daraus eine gegenüber dem klassischen

¹²⁸ BeckOGK-BGB/T. Voigt, § 823 Rn. 875.

¹²⁹ Vgl. BGH, NJW 1980, 1905 (1906).

¹³⁰ Ausführlich zum Streitstand Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 157 ff.

Pflegebereich erweiterte Dokumentationspflicht: Sie hat nicht nur die inhaltliche Durchführung der heilkundlichen Maßnahme zu dokumentieren – also Befund, Diagnose, Therapieentscheidung und Verlauf –, sondern auch deren Rechtsgrundlage. Jede eigenverantwortlich erbrachte Leistung muss als solche erkennbar sein und von ärztlich delegierten Tätigkeiten klar abgegrenzt werden. Diese doppelte Dokumentationspflicht ist eine unmittelbare Konsequenz der durch das BEEP eingeführten Substitution: Da die Letztverantwortung nicht mehr beim Arzt liegt, muss die Dokumentation für sich allein belegen, auf welcher Rechtsgrundlage die CHN tätig geworden ist.

Im Einzelnen lassen sich vier Fallgruppen des Dokumentationsfehlers unterscheiden, die jeweils unterschiedliche haftungsrechtliche Folgen auslösen.

- Erstens die vollständig unterlassene Dokumentation einer durchgeführten heilkundlichen Maßnahme.
- Zweitens die lückenhafte Dokumentation, bei der zwar eine Aufzeichnung vorliegt, wesentliche Angaben – etwa die erhobenen Befunde, die Therapieentscheidung oder die Rechtsgrundlage der Maßnahme – fehlen.
- Drittens die verspätete Dokumentation, die nicht mehr unmittelbar nach der Behandlung, sondern erst nachträglich erfolgt und dadurch an Beweiskraft verliert.
- Viertens die inhaltlich unrichtige oder nachträglich veränderte Dokumentation, die im Haftungsfall als Indiz für ein Verschulden gewertet werden kann und im Extremfall den Vorwurf einer Beweisvereitelung begründet.

Die haftungsrechtlichen Konsequenzen eines Dokumentationsfehlers ergeben sich aus §630h BGB, der für den Bereich der Behandlungshaftung spezifische Beweislastregeln normiert. Grundsätzlich trägt der Patient die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers sowie dessen Kausalität für den eingetretenen Schaden. Dieses Regel-Ausnahme-Verhältnis wird durch §630h Abs. 3 BGB zugunsten des Patienten verschoben, wenn die CHN eine Maßnahme nicht oder nicht vollständig dokumentiert hat, die sie nach §630f BGB hätte dokumentieren müssen: Es wird dann vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht getroffen wurde. Die Beweislast für das Gegenteil – also dafür, dass die Maßnahme dennoch ordnungsgemäß erfolgt ist – liegt in diesem Fall bei der CHN. Dieser Beweislastnachteil kann im Haftungsfall entscheidend sein, denn die CHN muss nun den Nachweis erbringen, dass trotz fehlender Aufzeichnung *lege artis* gehandelt wurde.¹³¹

Eine spezifisch für die CHN relevante Konstellation betrifft die fehlende Dokumentation der Rechtsgrundlage. Weist die Patientenakte nicht aus, ob die CHN eigenverantwortlich nach BEEP oder auf ärztliche Anordnung hin tätig geworden ist, entsteht im Haftungsfall eine Zuordnungsunsicherheit von erheblicher praktischer Bedeutung: Ist unklar, ob Substitution oder Delegation vorlag, ist auch unklar, wer die Letztverantwortung trägt – die CHN oder der anordnende Arzt. Diese Unklarheit wirkt prozessual zulasten der CHN, da sie als Behandelnde die Darlegungs- und Beweislast für den ordnungsgemäßen Ablauf ihrer eigenverantwortlichen Tätigkeit trägt. Für Trägereinrichtungen ergibt sich hieraus eine klare organisatorische Pflicht:

131 §630h Abs. 3 BGB; vgl. BGH, Urteil vom 27.04.2021 – VI ZR 84/19, NJW 2021, 2116 (Dokumentationspflicht und Beweislastumkehr); Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, §630h BGB Rn. 14 ff.

Die interne Dokumentationsvorgabe muss die Angabe der Rechtsgrundlage für jede heilkundliche Maßnahme als zwingenden Bestandteil vorsehen.

Von den Dokumentationsfehlern im engeren Sinne zu unterscheiden ist die Konstellation, in der ein grober Behandlungsfehler vorliegt, der zugleich mangelhaft dokumentiert wurde. Hier greift § 630h Abs. 5 BGB: Bei einem groben Behandlungsfehler – also einem Fehler, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt – wird die Ursächlichkeit des Fehlers für den Gesundheitsschaden des Patienten vermutet. Die Beweislast für die fehlende Kausalität liegt damit bei der CHN. Grobe Behandlungsfehler im CHN-spezifischen Kontext sind etwa die evident fehlerhafte Insulindosisanpassung ohne ausreichende Befunderhebung oder die unterlassene Weiterüberweisung an einen Arzt trotz offensichtlicher Dringlichkeitssymptome. Sind diese Fehler zusätzlich nicht oder nur unvollständig dokumentiert, kumulieren Behandlungs- und Dokumentationsfehler zu einem für die CHN im Haftungsfall kaum widerlegbaren Beweislastnachteil.¹³²

Ergänzend ist auf das Einsichtsrecht des Patienten nach § 630g BGB hinzuweisen, das durch die eigenverantwortliche Tätigkeit der CHN ebenfalls unmittelbar aktiviert wird. Der Patient hat das Recht, jederzeit Einsicht in seine Patientenakte zu nehmen. Eine Verweigerung oder Verzögerung der Einsichtsgewährung durch die CHN oder deren Einrichtungsträger stellt eine eigenständige Vertragspflichtverletzung dar, die – bei Nachweis eines kausalen Schadens – Schadensersatzansprüche begründen kann. Im Kontext der CHN ist dieses Recht besonders relevant, da Patienten möglicherweise erstmals mit einer eigenverantwortlich heilkundlich tätigen Pflegefachperson konfrontiert sind und ein gesteigertes Interesse an der Nachvollziehbarkeit der Behandlungsentscheidungen haben.

Mit der Legitimation zur eigenständigen Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Pflegefachpersonal kommt es zu einem Paradigmenwechsel im gesamten Gesundheitswesen: Aufgrund des neu eingeführten § 15a Abs. 1 SGB V können CHN einen Patienten mitunter vollständig allein behandeln. Da nicht einmal das Aufklärungsgespräch durch einen Arzt zu erfolgen hat, da die CHN als eigenständiger Leistungserbringer gegenüber dem Patienten auftritt, ist regelmäßig bloß bei besonders komplexen medizinischen Vorgängen ein Arzt zu Rate zu ziehen.

Mit den neu gewonnenen Befugnissen geht allerdings auch eine besondere Verantwortung einher: Da die CHN eigenständig tätig wird, kann sie sich haftungsrechtlich nicht mehr dadurch exkulpieren, dass sie auf bloße Anordnung eines Arztes gehandelt hat. Bei fehlerhafter Aufklärung des Patienten kommt zudem eine Strafbarkeit nach §§ 223 ff. StGB in Betracht. Es muss sich nicht nur das Selbstverständnis von Pflegefachpersonen ändern, die haftungsrechtlichen Risiken für das Pflegefachpersonal erfordern auch eine Auseinandersetzung mit Änderungen auf dem Gebiet der Berufshaftpflichtversicherungen.

132 § 630h Abs. 5 BGB; BGH, Urteil vom 10.11.1987 – VI ZR 39/87, NJW 1988, 762 (grober Behandlungsfehler und Kausalitätsvermutung); BT.-Drs. 17/10488, S. 35.

G. Versicherungsrechtliche Aspekte

Private Haftpflichtversicherungen decken in aller Regel das berufsrechtliche Haftungsrisiko von Akteuren im Gesundheitswesen nicht ab.¹³³ Für nichtärztliches Personal besteht keine Versicherungspflicht.¹³⁴ Es gibt keine entsprechende bundes- oder landesgesetzliche Regelung und auch keine standes- bzw. berufsrechtliche Verpflichtung. Anders sieht es z. T. bei der Ärzteschaft aus.¹³⁵ In § 21 MBO-Ä ist eine Verpflichtung des Arztes zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung vorgesehen. Allerdings handelt es sich bei der Musterberufsordnung für Ärzte lediglich um unverbindliche Empfehlungen der Kammern auf Bundesebene.¹³⁶ Es gibt jedoch Landesärztekammern, die die in § 21 MBO-Ä ausgesprochene Empfehlung in eigener Zuständigkeit umgesetzt haben.¹³⁷ Sofern eine CHN bei einem Arzt angestellt ist, besteht ausreichender Versicherungsschutz über den Arzt als Arbeitgeber. Die Berufshaftpflichtversicherung von Ärzten umfasst nicht nur die eigene ärztliche Tätigkeit, sondern deckt üblicherweise auch Schäden ab, die durch die nichtärztlichen Mitarbeiter entstanden sind.¹³⁸ Auch wenn man dahingehend argumentieren kann, dass die Pflicht des Arztes, sich ausreichend zu versichern, zur Konsequenz haben muss, dass der Arzt eine Versicherung abschließt, die auch durch nichtärztliches Personal verursachte Schäden umfasst,¹³⁹ ist es für die angestellte CHN unerlässlich, eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, wenn der Arzt seiner standesrechtlichen Pflicht gar nicht oder jedenfalls nicht ausreichend nachkommt.¹⁴⁰

Eine berufsrechtliche Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung besteht für Krankenhausträger nicht.¹⁴¹ Tatsächlich verzichteten bis in die 80er Jahre hinein nicht wenige Krankenhäuser, vor allem Universitätskliniken, auf einen derartigen Versicherungsschutz und regulierten geltend gemachte Schäden aus eigenem Vermögen.¹⁴² Krankenhäuser griffen im Schadensfall auf sog. Selbstversicherungsfonds zurück.¹⁴³ Das nichtärztliche Personal lief in diesen Konstellationen Gefahr, vom Krankenhausträger in Regress genommen zu werden, wobei in manchen Krankenhäusern den Mitarbeitenden ein Freistellungsanspruch gegenüber dem Krankenhausträger eingeräumt wurde.¹⁴⁴ Besteht aber, wie mittlerweile üblich, eine Betriebshaftpflichtversicherung auf Seiten des Krankenhauses, umfasst diese Versicherung auch die

133 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 197.

134 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 197.

135 Zur Doppelfunktion der sog. Heilwesenhaftpflichtversicherung Jorzig/Berger, 2. Teil, 7. Kap., Rn. 1.

136 Hartwig/Säcker in Veith/Gräfe/Gebert, PHdB-VersProz § 17 Rn. 22.

137 S. nur § 21 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen werden aufgeführt bei Hartwig/Säcker in Veith/Gräfe/Gebert, PHdB-VersProz § 17 Rn. 23 ff. Vgl. auch Wenzel/Weidinger, Der Arzthaftungsprozess, Kap. 2 Rn. 934.

138 Jorzig/Berger, 2. Teil, 7. Kap., Rn. 3; Ratzel/Luxenberger/Ratzel, Handbuch Medizinrecht, § 13 Rn. 17; Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Rehborn/Kern, § 25 Rn. 12; Wenzel/Weidinger, Der Arzthaftungsprozess, 2. Kap. Rn. 984.

139 So Möhle, Haftpflichtversicherung im Heilwesen, S. 226.

140 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen.

141 BeckRA-HdB/Keilbar/Ziegler, § 28 Rn. 158; Van Bühren, r+s 2001, 485.

142 Van Bühren/Van Bühren, r+s 2001, 485.

143 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 204.

144 Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, S. 204.

persönliche gesetzliche Haftpflicht der Mitarbeitenden.¹⁴⁵ Fehlt die Betriebshaftpflichtversicherung, ist die CHN dringend dazu angehalten, eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, da im medizinischen Bereich geltend gemachte Schäden oft mit mindestens fünfstelligen Summen beziffert werden.

Selbständig arbeitende CHN sind weder über einen Krankenhausträger noch über einen Arzt als Arbeitgeber möglicherweise mitversichert und somit bestehenden Haftungsrisiken vollumfänglich allein ausgesetzt. Vor der Einführung des BEEP war Pflegefachpersonal nicht selbständig, sondern regelmäßig im Angestelltenverhältnis tätig, sodass ein Arzt oder ein Krankenhausträger als Dienstherr vom Geschädigten in Anspruch genommen werden konnte und auch wurde. Zudem konnte das Pflegefachpersonal nur dann heilkundlich tätig werden, wenn es auf Anordnung eines Arztes handelte, sodass bei Behandlungsfehlern in der Regel der Arzt haftungsrechtlich als Verantwortlicher galt.

Diese Rechtslage hat sich allerdings gravierend geändert: Durch die Befugniserweiterung zugunsten des Pflegefachpersonals kann das Pflegefachpersonal als eigenständiger Leistungserbringer tätig werden. Ärzte werden dementsprechend haftungsrechtlich entlastet, da sie mitunter zu keinem Zeitpunkt der Behandlung des Patienten involviert werden müssen. Für einen von der CHN begangenen Behandlungsfehler hat daher auch die CHN und nicht etwa der Arzt einzustehen. Diesem Umstand muss die CHN hinreichend Rechnung tragen und aus eigenem Interesse gegebenenfalls eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abschließen, auch wenn sie dazu gesetzlich nicht verpflichtet ist.

¹⁴⁵ Jorzig/Berger, 2. Teil, 7. Kap., Rn. 3; MAH VersR/Anschlag, § 19 Rn. 18 f.; vgl. auch Ratzel/Luxenberger/Ratzel, Handbuch Medizinrecht, § 13 Rn. 18.

H. Fazit

I. Historische Zäsur: das BEEP als Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitsberufsrecht

Das am 1. Januar 2026 in Kraft getretene Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) markiert eine Zäsur in der Geschichte des deutschen Gesundheitsberufsrechts. Erstmals wird der seit dem Heilpraktikergesetz von 1939 geltende Arztvorbehalt des § 1 HeilprG nicht bloß punktuell durch Modellvorhaben erprobt, sondern in der Regelversorgung strukturell durchbrochen. Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation – und damit namentlich Community Health Nurses (CHN) – dürfen nunmehr in klar definierten klinischen Bereichen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich ausüben, ohne dass es einer ärztlichen Einzelanordnung bedarf. Die Substitution ärztlicher Leistungen durch die CHN hat den Status des rechtspolitischen Postulats verlassen und ist positives Recht geworden.

Dieser Schritt ist gleichermaßen folgerichtig wie rechtlich anspruchsvoll. Folgerichtig ist er, weil die Versorgungsrealität – ein strukturell wachsender Hausärztemangel, eine alternde Bevölkerung mit zunehmend komplexen Erkrankungsbildern und nachweislich niedrigschwellige Versorgungsbedarfe in ländlichen Regionen – seit Jahren danach drängt, hochqualifiziertes nichtärztliches Personal stärker in die Primärversorgung einzubeziehen. Internationale Vorbilder wie Finnland, Großbritannien, Kanada und die Niederlande belegen, dass Advanced Practice Nurses ein breites Spektrum primärmedizinischer Leistungen sicher und qualitativ hochwertig erbringen können.¹⁴⁶ Rechtlich anspruchsvoll ist die Substitution allerdings deshalb, weil mit dem Wegfall der ärztlichen Letztverantwortung für den konkreten Behandlungsakt eine neue Verantwortungsarchitektur entsteht – mit tiefgreifenden Konsequenzen für das Haftungsrecht.

II. Substituierende Heilkundenausübung: das neue haftungsrechtliche Leitbild

Das haftungsrechtliche Herzstück des BEEP liegt in der Neudefinition des Verantwortungssubjekts. Bei der Delegation ärztlicher Leistungen verbleibt die Letztverantwortung beim anordnenden Arzt; die Pflegeperson handelt weisungsgebunden. Bei der Substitution hingegen – und hierauf ist das Konzept der CHN explizit ausgerichtet – handelt die CHN aus eigenem berufsrechtlichem Recht heraus. Sie trifft die klinische Entscheidung eigenständig. Sie stellt die pflegerische Diagnose. Sie trägt die Verantwortung für das Ergebnis.

Dies hat unmittelbare zivilrechtliche Folgen: Mit Inkrafttreten des BEEP und der Erbringung eigenverantwortlicher Leistungen nach § 15a SGB V n. F. bzw. im Rahmen des Bundesvertrages nach § 73d SGB V schließt die CHN – unmittelbar oder

¹⁴⁶ Parker/Hill, International Journal of Nursing Sciences 4 (2017), 196 ff.; Gerz u. a., Integrative Journal of Nursing and Medicine 6 (2025), 2; DBfK, Community Health Nursing, www.dbfk.de (Juni 2026).

vermittelt über ihre Einrichtung – einen Behandlungsvertrag nach § 630a BGB. Der geschuldete Leistungsstandard ergibt sich aus § 630a Abs. 2 BGB: Behandlung nach den zum Zeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards. Maßstab ist nicht der Standard des Facharztes, aber auch nicht jener der klassischen Pflegefachperson; maßgeblich ist der Standard einer ordnungsgemäß ausgebildeten und erfahrenen Community Health Nurse auf Masterniveau. Diesen Standard muss sie dauerhaft erfüllen – und an ihm wird sie im Haftungsfall gemessen.¹⁴⁷

III. Die vier haftungsrechtlichen Risikozonen der CHN

Die eigenverantwortliche Heilkundenausübung durch die CHN erzeugt vier strukturell unterschiedliche haftungsrechtliche Risikozonen, die in ihrer Gesamtheit das Haftungsprofil der neuen Berufsrolle bestimmen.

1. Das Diagnoserisiko. Die symptomfokussierte Anamnese, die körperliche Untersuchung (Auskultation, Inspektion, Palpation, Perkussion) sowie die Beurteilung der klinischen Dringlichkeit sind genuine heilkundliche Akte, für die die CHN künftig eigenverantwortlich einsteht. Ein Diagnosefehler – etwa die Fehlbeurteilung einer beginnenden Sepsis als pflegerelevantes Dekubitusereignis oder die Unterschätzung eines kardialen Befundes im Rahmen eines Routinebesuchs – begründet bei kausalem Gesundheitsschaden deliktische Haftung aus § 823 Abs. 1 BGB und vertragliche Haftung aus §§ 280, 630a BGB. Das Risiko liegt hier besonders darin, dass die CHN ohne unmittelbaren ärztlichen Rückhalt handelt und daher die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Weiterüberweisung an einen Arzt allein trifft. Ein Unterlassungsfehler – die unterbliebene Weiterüberweisung trotz erkennbarer Dringlichkeit – kann den schwersten Haftungsfall begründen.

2. Das Therapierisiko. In den durch das BEEP freigegebenen Bereichen (Wundversorgung, Diabetesmanagement, Demenz) trägt die CHN die volle Therapieverantwortung. Eine fehlerhafte Insulindosisanpassung, eine kontraindizierte Wundauflage oder eine ungeeignete nicht-medikamentöse Intervention bei Demenz sind eigenverantwortlich zu vertretende Behandlungsfehler im Sinne des § 630a Abs. 2 BGB. Rechtlich bedeutsam ist dabei, dass der Maßstab mit der Qualifikation steigt: Wer sich als CHN mit Masterabschluss legitimiert, eigenverantwortlich zu handeln, wird auch nach diesem erhöhten Qualifikationsniveau bewertet. Eine Berufung auf den bloßen Pflegestandard scheidet aus.

3. Das Aufklärungsrisiko. Nach §§ 630d, 630e BGB setzt jeder heilkundliche Eingriff die informierte Einwilligung des Patienten voraus. Die CHN trifft im Rahmen substituierend erbrachter Leistungen eine eigenständige Aufklärungspflicht, die jene des Arztes funktional ersetzt. Der Patient ist namentlich darüber aufzuklären, dass die Leistung nicht durch einen Arzt, sondern eigenverantwortlich durch eine CHN erbracht wird. Fehlt diese spezifische Aufklärung – oder ist sie inhaltlich unvollständig –, handelt die CHN ohne wirksame Einwilligung. Dies begründet zivilrechtliche

¹⁴⁷ § 630a Abs. 2 BGB; vgl. BGH, NJW 1995, 776 (Facharztstandard); zur CHN: Burgi/Igl, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Nomos 2021, S. 118.

Haftung unabhängig davon, ob die Maßnahme *lege artis* durchgeführt wurde. Strafrechtlich erfüllt eine Heilkunde ohne wirksame Einwilligung den Tatbestand der Körperverletzung nach § 223 StGB, auch bei medizinisch erfolgreicher Behandlung.

4. Das Kompetenzüberschreitungsrisiko. Das gravierendste Haftungsszenario liegt in der Überschreitung des durch BEEP und Bundesvertrag definierten Tätigkeitsrahmens. Wer als CHN heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich vornimmt, die nach wie vor dem Arztvorbehalt unterliegen – etwa die Erstdiagnose internistischer Erkrankungen, die Verschreibung rezeptpflichtiger Arzneimittel außerhalb der freigegebenen Bereiche oder invasive Eingriffe –, handelt ohne berufsrechtliche Legitimation. Die Folgen sind eine Ordnungswidrigkeit nach § 5 HeilprG, strafrechtliche Relevanz wegen unerlaubter Heilkundeausübung sowie zivilrechtliche Haftung ohne jede Haftungsprivilegierung. Der Behandlungsvertrag ist in diesem Fall von Anfang an ohne Rechtsgrundlage geschlossen worden; etwaige Einwilligungen decken die Rechtswidrigkeit nicht ab.

5. Der Übernahmefehler. Demgegenüber entfällt bei der Substitution ein Risiko, das bei der Delegation regelmäßig zu beachten ist: der Übernahmefehler. Da der Gesetzgeber selbst abschließend festlegt, welche heilkundlichen Tätigkeiten die CHN eigenverantwortlich ausüben darf, muss die CHN diese Frage nicht selbst beurteilen. Anders als der Arzt bei der Delegation – der eigenverantwortlich prüfen muss, ob eine konkrete Tätigkeit überhaupt delegationsfähig ist – trägt die CHN kein Haftungsrisiko für die Entscheidung, ob sie die Leistung erbringen darf. Der Gesetzgeber hat diese Entscheidung ihr abgenommen. Dieser haftungsrechtliche Vorteil der Substitution gegenüber der Delegation verdient besondere Hervorhebung.

IV. Die Kehrseite: Haftungsentlastung der Ärzteschaft

Die haftungsrechtliche Analyse der Substitution wäre einseitig, würde sie nur die Haftungserweiterung der CHN beleuchten. Die Substitution bewirkt zugleich eine strukturelle Haftungsentlastung der Ärzteschaft, die in ihrer Tragweite nicht zu unterschätzen ist.

Bei der Delegation trägt der Arzt die Letztverantwortung. Er muss prüfen, ob eine Tätigkeit delegationsfähig ist – eine Rechtsfrage, die bis heute nicht abschließend geklärt ist –, er muss das nichtärztliche Personal ordnungsgemäß anleiten, seine Ausführung überwachen und gegebenenfalls intervenieren. Kommt er diesen delegationspezifischen Pflichten nicht nach, begeht er einen Behandlungsfehler und haftet dem geschädigten Patienten gegenüber persönlich. Gerade für angestellte Krankenhausärzte stellt dieses Haftungsregime eine erhebliche Belastung dar.

Bei der Substitution entfällt diese Verantwortungsstruktur vollständig. Der Gesetzgeber – nicht der Arzt – legt fest, welche Tätigkeiten die CHN eigenständig ausüben darf. Der Arzt trifft keine Delegationsentscheidung, er ordnet nichts an, er überwacht nicht. Soweit die CHN nicht beim Arzt angestellt ist, hat dieser für ein etwaiges Fehlverhalten der CHN grundsätzlich nicht einzustehen. Der Arzt fällt als potenzieller

Anspruchsgegner des Patienten weg. Die Substitution entlastet die Ärzteschaft damit haftungsrechtlich genau in dem Maße, in dem sie die CHN belastet – die Haftungsverschiebung ist strukturell symmetrisch.

V. Träger- und Systemhaftung: die institutionelle Verantwortungsdimension

Die haftungsrechtliche Analyse wäre unvollständig, würde sie sich auf die individuelle Verantwortung der CHN beschränken. Das BEEP schafft nicht allein eine neue Berufspflicht – es schafft zugleich eine neue institutionelle Verantwortungsarchitektur. Der Einrichtungsträger, der CHN beschäftigt, haftet nach §§ 831, 278 BGB für Auswahl-, Organisations- und Überwachungsverschulden.

Konkret bedeutet das: Der Träger muss sicherstellen, dass nur qualifizierte CHN im Rahmen ihrer BEEP-Befugnisse tätig werden, dass die Grenze zwischen eigenverantwortlicher (substituierender) und delegierter (ärztlich angeordneter) Tätigkeit in jedem Einzelfall klar dokumentiert wird, dass aktuelle Qualifikationsnachweise vorliegen und lückenlos archiviert sind und dass der Haftpflichtversicherungsschutz die neuen Tätigkeitsbereiche explizit umfasst. Ein Organisationsfehler – etwa das Fehlen klarer interner Protokolle zur Weiterüberweisung oder eine unzureichende Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche – begründet eine eigenständige Trägerhaftung, die von der Frage, ob der CHN selbst ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, unabhängig ist.¹⁴⁸

Besonders prekär ist die versicherungsrechtliche Dimension: Die bisherigen Berufshaftpflichtversicherungen vieler Pflegeeinrichtungen wurden auf der Grundlage des alten Rechtsstandes konzipiert – einer Welt, in der Pflegefachpersonen keine eigenverantwortliche Heilkunde ausübten. Mit dem BEEP ist diese Grundlage teilweise entfallen. Träger, die versäumen, ihre Versicherungsverträge anzupassen, riskieren im Schadensfall eine Deckungslücke von erheblichem Ausmaß.

VI. Die strukturelle Haftungslücke: fehlendes APN-Gesetz

So bedeutsam das BEEP als rechtspolitischer Durchbruch ist – es lässt eine strukturelle Lücke offen, die haftungsrechtlich unmittelbare Relevanz hat. Deutschland verfügt, anders als Großbritannien, Finnland oder Kanada, über kein umfassendes Gesetz zum Advanced Practice Nursing (APN-Gesetz), das den Scope of Practice der CHN bundeseinheitlich und abschließend normiert. Das von Burgi/Igl (2021) bereits vor Verabschiedung des BEEP geforderte APN-Gesetz ist inzwischen politisch angekündigt: Das Bundesgesundheitsministerium unter Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat im Juli 2026 angekündigt, das APN-Gesetz noch im zweiten Halbjahr 2026 vorzulegen; die Inhalte befinden sich in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie einer Expertengruppe in Vorbereitung. Das Gesetz ist damit rechtspolitisch aktiv adressiert, aber

148 §§ 831, 278 BGB; Refresher Zentrum, BEEP-Gesetz 2026, März 2026; ppm-online.org, Pflegefehler – Haftungsrecht, April 2026.

noch nicht verabschiedet. Die strukturelle Lücke besteht daher zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Gutachtens (August 2026) fort.¹⁴⁹

Indes ist zu differenzieren: Für den GKV-finanzierten Kernbereich der CHN-Tätigkeit ist § 15a SGB V in Verbindung mit dem Bundesvertrag nach § 73d SGB V – dem sog. Scope of Practice – als Rechtsgrundlage prinzipiell ausreichend. Wenn der Gesetzgeber in § 15a SGB V die eigenverantwortliche Heilkunde durch Pflegefachpersonen ausdrücklich erlaubt, schafft er damit durch logische Notwendigkeit zugleich eine implizite Ausnahme vom Arztvorbehalt des § 1 HeilprG: Es wäre in sich widersprüchlich, dieselbe Tätigkeit sozialrechtlich zu ermächtigen und berufsrechtlich zu kriminalisieren. Ein eigenständiges APN-Gesetz ist für die angestellte CHN in GKV-Einrichtungen daher nicht zwingend erforderlich, solange der Bundesvertrag seinen konkreten Leistungskatalog vollständig definiert hat.

Gleichwohl bestehen drei strukturelle Lücken, die § 15a SGB V und der Scope of Practice nicht schließen können und die ein APN-Gesetz rechtspolitisch weiterhin geboten erscheinen lassen. Erstens gilt § 15a SGB V ausdrücklich nur im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch – also ausschließlich innerhalb der GKV. Die CHN, die im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Privatversorgung oder in der Gemeinwesenarbeit außerhalb des GKV-Abrechnungsrahmens heilkundlich tätig wird, hat durch § 15a SGB V keine Deckung; für sie gilt § 1 HeilprG ungekürzt fort. Gerade der sozialmedizinische Gemeinwesenansatz der CHN – Hausbesuche, Quartiersarbeit, niedrigschwellige Beratung – vollzieht sich häufig in diesem rechtlich ungesicherten Bereich. Zweitens ist die implizite HeilprG-Ausnahme durch § 15a SGB V dogmatisch vertretbar, aber nicht durch expliziten Gesetzestext abgesichert; in einem Strafverfahren nach § 5 HeilprG wäre diese Frage erstmals richterlich zu entscheiden – eine Ungewissheit, die der CHN nicht zumutbar ist. Drittens schützt § 15a SGB V den Titel Community Health Nurse nicht; ein Berufsrecht, das Titelschutz gewährt und berufsrechtliche Selbstverwaltung ermöglicht, setzt ein eigenständiges Heilberufsgesetz auf Bundesebene voraus.

Die Folge ist eine Rechtsunsicherheit, die die CHN und deren Einrichtungen strukturell belastet: Der durch § 73d SGB V n. F. vorgesehene Bundesvertrag, der die konkreten Leistungen und Qualifikationsanforderungen festlegt, befindet sich im Entstehungsprozess. Solange er noch nicht vollständig in Kraft ist, fehlt die unmittelbar anwendbare gesetzliche Ermächtigung für viele Einzelmaßnahmen der CHN. Die Berufung auf das BEEP als abstrakte Öffnungsklausel genügt haftungsrechtlich nicht. Es besteht mithin das Risiko, dass eine CHN im guten Glauben handelt, im Rahmen ihrer BEEP-Befugnisse zu operieren, tatsächlich aber noch kein wirksamer Bundesvertrag für die konkrete Leistung existiert – mit der Konsequenz, dass der Arztvorbehalt fortgilt und die Leistungserbringung rechtswidrig ist.

Haftungsrechtlich ist dieses Szenario bedeutsam: Rechtswidrigkeit des Handelns schließt zivilrechtliche Haftung nicht aus, sondern begründet sie gerade. Träger und CHN tragen deshalb bis zur vollständigen Implementierung des Bundesvertrages

149 Burgi/Igl, CHN, Nomos 2021, S. 118; DBfK, BEEP-Gesetz: zentrale Neuerungen und Bewertung, Dezember 2025.

die Pflicht, für jede eigenverantwortlich erbrachte Leistung aktiv zu verifizieren, ob diese bereits vom BEEP-Regime gedeckt ist.

Eng damit verbunden ist eine weitere, bislang weitgehend übersehene Lücke: Es fehlt derzeit an einem anerkannten Berufsstandard der CHN, an dem ein Behandlungsfehler im Sinne des § 630a Abs. 2 BGB überhaupt gemessen werden könnte. Da die Haftung nach dieser Vorschrift stets das Unterschreiten des „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ voraussetzt, ist dessen Nichtexistenz nicht nur ein berufsstandspolitisches Desiderat, sondern ein haftungsrechtliches Problem von unmittelbarer Relevanz. Die Pflegewissenschaft ist daher dringend gehalten, diesen Standard verbindlich auszuarbeiten. Bis zu seiner Etablierung bewegt sich die haftungsrechtliche Beurteilung der CHN-Tätigkeit in einem Graubereich, der für Patienten wie für CHN gleichermaßen unbefriedigend ist.¹⁵⁰

Aus dem Fehlen des Berufsstandards ergibt sich nach hier vertretener Auffassung zudem eine eigenständige Aufklärungsdimension: Die CHN dürfte verpflichtet sein, den Patienten auch darüber zu informieren, dass für ihre heilkundliche Tätigkeit derzeit kein abschließend kodifizierter Berufsstandard existiert. Dies folgt aus dem allgemeinen Gebot der Selbstbestimmungsaufklärung nach § 630e BGB, das den Patienten in die Lage versetzen soll, eine informierte Entscheidung zu treffen. Wer nicht weiß, dass der Behandelnde nach einem noch nicht vollständig ausgeformten Berufsstandard handelt, kann diese Entscheidung nicht vollständig informiert treffen.

VII. Beweislast und Dokumentation: die operative Haftungsversorgung

Im haftungsrechtlichen Ernstfall entscheidet die Dokumentation. § 630f BGB verpflichtet die Behandelnde zur sorgfältigen Führung einer Patientenakte; § 630h BGB knüpft Beweislastfolgen daran. Für die CHN bedeutet dies eine doppelte Dokumentationspflicht: Sie muss nicht nur den Inhalt ihrer Maßnahme dokumentieren, sondern auch deren Rechtsgrundlage – d. h. ob die Maßnahme eigenverantwortlich nach BEEP (Substitution) oder auf ärztliche Anordnung hin (Delegation) erfolgte. Diese Unterscheidung ist im Haftungsfall von zentraler Bedeutung, denn sie bestimmt, wer die Letztverantwortung trägt.

Unterbleibt diese Dokumentation oder ist sie lückenhaft, droht nach § 630h Abs. 3 BGB eine Beweislastumkehr zulasten der CHN bzw. des Trägers. Bei einem groben Behandlungsfehler – etwa der evident fehlerhaften Insulindosierung oder der unterlassenen Weiterüberweisung trotz klarer Dringlichkeitssymptome – kehrt sich die Beweislast für die Kausalität gemäß § 630h Abs. 5 BGB ohnehin zugunsten des Patienten um. Eine lückenlose, zeitnahe und inhaltlich präzise Dokumentation ist damit nicht bloß organisatorische Sorgfalt, sondern genuin haftungsrechtliches Gebot.

¹⁵⁰ Zum Erfordernis eines anerkannten fachlichen Standards nach § 630a Abs. 2 BGB als Bezugspunkt der Haftung: BT-Drs. 17/10488, S. 19; vgl. auch Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 630a BGB Rn. 32 ff.; zum fehlenden CHN-Berufsstandard: DBfK, BEEP-Gesetz: zentrale Neuerungen, Dezember 2025.

VIII. Gesamtbewertung und Ausblick

Das BEEP ist der notwendige und überfällige Rechtsrahmen für eine Versorgungsrealität, die der bisherige starre Arztvorbehalt nicht mehr abzubilden vermochte. Es schafft jedoch keine haftungsrechtliche Vereinfachung – im Gegenteil. Es überträgt der Community Health Nurse eine genuine Behandlungsverantwortung, die bislang allein Ärztinnen und Ärzten vorbehalten war. Damit verbunden ist die volle Geltung des medizinischen Behandlungsrechts: der Behandlungsvertrag nach § 630a BGB, die Aufklärungspflicht nach §§ 630d, 630e BGB, das Behandlungsfehlerhaftungsregime der §§ 630a ff. BGB, die strafrechtliche Verantwortung nach §§ 222, 223, 229 StGB und die berufsrechtliche Sanktionierbarkeit.

Was sich verändert, ist die Zurechnungsstruktur: An die Stelle der ärztlichen Letztverantwortung tritt die eigenverantwortliche Fachkompetenz der CHN. An die Stelle der Delegation tritt die Substitution. Diese Verschiebung ist rechtspolitisch gewollt und im Hinblick auf die Versorgungslage geboten – sie verlangt aber nach klaren institutionellen Rahmenbedingungen, nach einer vollständigen Implementierung des Bundesvertrages nach § 73d SGB V, nach angepasstem Versicherungsschutz. Für den GKV-finanzierten Regelfall ist § 15a SGB V in Verbindung mit dem Scope of Practice als Rechtsgrundlage tragfähig; ein APN-Gesetz bleibt rechtspolitisch geboten, ist jedoch für die angestellte CHN im GKV-Rahmen nicht zwingend erforderlich. Das BMG hat das APN-Gesetz im Juli 2026 für das zweite Halbjahr 2026 angekündigt; bis zu seiner Verabschiedung besteht die dargestellte Regelungslücke fort.

Solange diese Rahmenbedingungen noch nicht vollständig etabliert sind, bewegen sich die CHN und ihre Träger in einem rechtlichen Übergangszustand, der Sorgfalt im Doppelsinne verlangt: klinische Sorgfalt bei der Leistungserbringung und rechtliche Sorgfalt bei der Verortung jeder einzelnen Maßnahme im Koordinatensystem von Substitution, Delegation und Arztvorbehalt. Das Recht hat mit dem BEEP die Weichen gestellt. Ob die CHN ihr volles Versorgungspotenzial entfalten kann, hängt nun davon ab, wie konsequent die Institutionen, Träger und die Profession selbst diesen Rahmen mit Leben füllen.

Quellenverzeichnis

Abanador, Michelle: Die Zulässigkeit der Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlichen Pflegepersonals – Zugleich ein Beitrag zu §63 Abs.3c SGB V, in: Düsseldorfer Rechtswissenschaftliche Schriften, Juristische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Band 94, Baden-Baden 2011

Achterfeld, Claudia: Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, in: Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 15, Katzenmeier, Christian (Hrsg.), Berlin/Heidelberg 2014

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.): Community Health Nursing in Deutschland – Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen, Berlin 2019

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.): Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum, Berlin 2018

Artz, Markus/Brückner, Bettina u. a. (alle Hrsg.): beck-online.GROSSKOMMENTAR, BGB, München 2026

Bauer, Stefan: Gegenwart und Zukunft der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, GewA 2012, S. 13–16

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (beide Hrsg.): SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar, 9. Aufl., München 2024

Bergmann, Karl-Otto: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen – Eine Bestandsaufnahme aus haftungsrechtlicher Sicht, in: Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt ..., Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.)/Jorzig, Alexandra/Uphoff, Roland (Schriftl.), in: MedR – Schriftenreihe Medizinrecht, Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Berlin/Heidelberg, 2010, S. 25–45

Bergmann, Karl-Otto: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, MedR 2009, S. 1–10

Bezirksregierung Arnsberg: Heilpraktiker*innen, abrufbar unter: <https://www.bra.nrw.de/umwelt-gesundheit-arbeitsschutz/gesundheits-und-pflege/heilpraktikerinnen>, zuletzt abgerufen am: 31.07.2026

Bonvie, Horst: Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht, in: Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt, Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.)/Jorzig, Alexandra/Uphoff, Roland (Schriftl.), in: MedR – Schriftenreihe Medizinrecht, Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Berlin/Heidelberg, 2010, S. 17–24

Brinkmann, Oliver: Strafrechtliche Sanktionierung ärztlicher Kunstfehler, RDG 2011, S. 168–174

van Bühren, Hubert W./van Bühren, Hubert M.: Der Haftpflichtversicherungsschutz des Krankenhauses, r+s 2001, S. 485–493

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PfLBRefG_RefE.pdf, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Burgi, Martin/Igl, Gerhard: Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, in: Schriften zum Sozialrecht, Band 61, Axer, Peter u. a. (Hrsg.), Baden-Baden 2021

Charité: Pflegekompetenzreform: Alles rund um Advanced Practice Nurses, abrufbar unter: <https://karriere.charite.de/karrieremagazin/pflegekompetenzreform-advanced-practice-nurses>, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Clausen, Tilman/Schroeder-Printzen, Jörn (beide Hrsg.): Münchener Anwalts Handbuch – Medizinrecht, 4. Auflage, München 2026 (zitiert als MAH MedR/Bearbeiter)

Deutscher Pflegerat: Community Health Nursing, abrufbar unter: <https://dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/index.php>, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Deutscher Pflegerat: Positionspapier „Community Health Nurse“, abrufbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/07/DPR_Positionspapier_Community-Health-Nurse.pdf, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Deutsches Ärzteblatt: Vermischtes – Advanced Practice Nursing soll noch in diesem Jahr gesetzlich geregelt werden, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/advanced-practice-nursing-soll-noch-in-diesem-jahr-gesetzlich-geregelt-werden-ba4a86d5-050b-4119-a403-5bdce690a3a4>, zuletzt abgerufen am: 24.08.2026

Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Thesenpapier – Wege zu Community Health Nursing in Deutschland – Szenarien für die Etablierung eines gemeindebasierten und gesundheitsfördernden Angebots, Version 2.0, Berlin 2023

Drebes, Jürgen: Community Health Nursing (CHN): Ein neuer Baustein der Gesundheitsversorgung in Deutschland, RDG 2023, S. 346–347

Erb, Volker/Schäfer, Jürgen (beide Hrsg.) Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Band 4: §§ 185–262, 5. Auflage, München 2025 (zitiert als MüKo-StGB/Bearbeiter)

Frahm, Wolfgang: Der Behandlungsfehler in der Arzthaftung, NJW 2021, S. 216–218
Haage, Heinz: NomosKommentar – Heilpraktikergesetz, 2. Auflage, Baden-Baden 2013 (zitiert als: NK-HeilprG/Bearbeiter)

Hamm, Christoph (Hrsg.): Beck'sches Rechtsanwaltshandbuch, 12. Aufl., München 2022
Hau, Wolfgang/Poseck, Roman (beide Hrsg.): BeckOK BGB, 78. Edition, Stand 01.05.2026, München 2026

Herber, Oliver Rudolf: Stellungnahme zur Erprobung des GemeindeschwesterPlus-Modells in NRW am 8. Februar 2022 – Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken! Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken! GemeindeschwesterPlus-Modell in NRW erproben! Drucksache 17/15641, abrufbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-4806.pdf>, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Hessischer Landtag: Kleine Anfrage Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 03.02.2021 – Community Health Nursing – Delegation und Substitution – und Antwort Minister für Soziales und Integration, Drucksache 20/4990, abrufbar unter: <https://starweb.hessen.de/cache/DRS/20/0/04990.pdf>, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Höra, Knut/Schubach, Arno (beide Hrsg.): Münchener Anwalts Handbuch – Versicherungsrecht, 5. Aufl., München 2022 (zitiert als: MAH VersR/Bearbeiter)

Jorzig, Alexandra (Hrsg.): Handbuch Arzthaftungsrecht – Fehlerkategorien – Schadensregulierung – Mandats- und Verfahrensgestaltung – Praxistipps, 2. Aufl., Heidelberg 2021

Kenntner, Markus: Vergabe von sektoralen Heilpraktikererlaubnissen nach Verwaltungsermessen, NVwZ 2020, S. 438–442

Klapper, Bernadette: Einführung von Community Health Nurses: Hürden überwinden, Gesundheits- und Sozialpolitik 2023, S. 26–31

Körner, Anne/Krasney, Martin/Mutschler, Bernd/Rolfs, Christian (alle Hrsg.): beck-online.GROSSKOMMENTAR – Kasseler Kommentar, SGB V, München 2026

Laufs, Adolf/Katzenmeier, Christian/Lipp, Volker: Arztrecht, 9. Auflage, München 2026

Laufs, Adolf/Uhlenbruch, Wilhelm (beide Begr.)/Kern, Bernd-Rüdiger/Rehborn, Martin (beide Hrsg.): Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage, München 2019

Möhle, Jürgen: Haftpflichtversicherung im Heilwesen, Frankfurt am Main 1992

Petersen-Ewert, Corinna/Iversen, Linda/Nock, Annike Morgane/Waidhas, Lukas: Community Health Nursing im Gesundheitszentrum – Eine praxisorientierte Handlungsempfehlung, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (Hrsg.), Hamburg 2024

Petersen-Ewert, Corinna/Iversen, Linda/Nock, Annike Morgane/Waidhas, Lukas: Community Health Nursing für Menschen mit chronischen Erkrankungen in einem interprofessionellen Team, Pflege & Gesellschaft 2024, S. 115–128

Quaas, Michael/Zuck, Rüdiger/Clemens, Thomas/Gokel, Julia Maria: Medizinrecht – Öffentliches Medizinrecht – Pflegeversicherungsrecht – Arzthaftpflichtrecht – Arztstrafrecht, 4. Aufl., München 2018

Ratzel, Rudolf/Luxenberger, Bernd (beide Hrsg.): Handbuch Medizinrecht, Bonn 2008
Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen: DBfK fordert Community Health Nurse gegen Hausärztemangel – Niedersachsen, RDG 2026, S. 60–61

Reuschenbach, Bernd: Community Health Nursing – Neue Aufgaben in der Versorgung „Community“, abrufbar unter: https://pflege-in-muenchen.de/wp-content/uploads/Abschluss_02_KSH_Muenchen.pdf, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Schabram, Peter: Delegation und Substitution: Vertragsärztliche Sicht, in: Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt ..., Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.)/Jorzig, Alexandra/Uphoff, Roland (Schriftl.), in: MedR – Schriftenreihe Medizinrecht, Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Berlin/Heidelberg, 2010, S. 1–15

Schade, Miriam: Community Health Nursing in der kommunalen Gesundheitsversorgung – Modellprojekt des Gesundheitsreferats der LHM im 24. Stadtbezirk, abrufbar unter: https://stadt.muenchen.de/dam/jcr:f587c527-a7dd-4710-ad2d-b689ae370cfb/Fachvortrag%202025_Community%20Health%20Nursing%20in%20der%20kommunalen%20Gesundheitsvorsorge.pdf, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Scheydt, Stefan/Hegedüs, Anna: Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing – Eine narrative Literatursynthese, HBScience 2023, S. 9–18

SPD: Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit – Koalitionsvertrag zwischen der sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/ Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), abrufbar unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Spickhoff, Andreas: Medizinrecht, Beck'sche Kurz-Kommentare, Band 64, 4. Auflage, München 2022

Spickhoff, Andreas/Seibl, Maximilian: Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, MedR 2008, S. 463–473

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung – Mehr Pflegebedürftige, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Stock, Christof: Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt von Prof. Dr. Christof Stock, Simmerath 2021

Universität Witten/Herdecke: CHN – Community Health Nursing Master – Das Studium für Pflegefachpersonen, die mehr wollen als klassische Pflege, abrufbar unter: <https://www.uni-wh.de/studium/studienangebot/master-studiengaenge/community-health-nursing-master>, zuletzt abgerufen am: 29.07.2026

Veith, Jürgen/Gräfe, Jürgen/Gebert, Yvonne (alle Hrsg.): Der Versicherungsprozess – Ansprüche und Verfahren – Praxishandbuch, 4. Aufl., Baden-Baden 2020

Wagner, Regine/Knittel, Stefan (beide Hrsg.): Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung – Kommentar, Band 1: SGB I, SGB IV, §§ 1–26 SGB V, Stand: April 2026, München 2026 (zitiert als: Krauskopf/Bearbeiter, SGB V § Rn.)

Wenzel, Frank (Hrsg.): Der Arzthaftungsprozess – Medizinschaden – Fehler-Folgen-Verfahren, Köln 2012

World Health Organization (WHO): Enhancing the role of Community Health Nursing for universal Health Coverage, Human Resources for Health Observer Series No. 18, abrufbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d679ac34-354a-485c-8d3d-365a64d1f61d/content>, zuletzt abgerufen am: 30.07.2026

Ziegler, Hans-Berndt: Mein Kopf gehört mir! – Das Ende der Therapiefreiheit,
in: GesR 2021, S. 483–489

Impressum

Herausgegeben von

Bosch Health Campus GmbH
Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
www.bosch-health-campus.com

Mitherausgegeben 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
www.dbfk.de
(Auftraggeber des Gutachtens)

Verantwortlich

Dr. Katja Vonhoff, Bosch Health Campus GmbH

Kontakt am Bosch Health Campus

Carmen Lamparter
carmen.lamparter@bosch-health-campus.com

Autorin

Prof. Dr. iur. Alexandra Jorzig
Fachanwältin für Medizinrecht
JORZIG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Shadowplatz 12
40212 Düsseldorf
www.jorzig.de

1. Auflage, September 2026

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

Zitationshinweis

Bosch Health Campus/Agnes-Karll-Gesellschaft (Hrsg.) (2026). „Rechtsgutachten zur Community Health Nurse (CHN) in Deutschland. Eigenverantwortliche Heilkundeausübung im Wege der Substitution – Eine haftungsrechtliche Einordnung.“. Stuttgart.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Bosch Health Campus GmbH
**Robert Bosch Centrum für
Innovationen im Gesundheitswesen**

Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart | Germany

www.bosch-health-campus.com

Eine Einrichtung der

 **Robert Bosch
Stiftung**