

Das Aufgabenprofil der Community Health Nurse in Deutschland kann in Anlehnung an internationale Erfahrungen grob so skizziert werden:

- Übernahme von häufig vorkommenden Routinetätigkeiten:
 - Überprüfung des Gesundheitszustandes,
 - Überwachung der Medikamenteneinnahme,
 - Durchführung gängiger Assessments (z. B. geriatrisches Assessment, Assessment von Risikofaktoren, auch zur psychischen Verfasstheit, Kognition, psychosomatischen Beschwerden),
 - häufige Untersuchungen wie Blutentnahmen, Blutdruckmessung, EKG etc.,
 - Erhebung von Befunden, Dokumentieren von Abweichungen,
 - Behandlung von Bagatellerkrankungen, leichten Infektionen, einfachen Verletzungen.
- Übernahme des Patientenerstkontakts und weiterführende Betreuung sowie Erstkontakt bei Personen mit dringlichem Konsultationswunsch.
- Patientenmanagement bei (stabilen) chronischen Erkrankungen als Schwerpunkt von Community Health Nursing. Es werden pflegerische Kernkompetenzen abgefragt zu Selbstmanagement inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen, Beratungen. Nach Abuzahra et al. (2017) sind das Patienten mit Diabetes Mellitus, rheumatoider Arthritis, Parkinson-Syndrom, kardiovaskulären Erkrankungen, HIV-AIDS; Management von Patienten mit Hauterkrankungen, gastrointestinalen Beschwerden, malignen Erkrankungen, nach Strahlentherapie, Inkontinenzmanagement, zur Alkoholberatung.
- Beratung und Schulungen, gesundheitsbezogene- und Lebensstilberatungen, im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention.
- Stärkung und Beratung zur psychischen Gesundheit, insbesondere Monitoring und Surveillance.
- Casemanagement (Steuerung der Versorgungsprozesse, auch in Absprache mit anderen Berufsgruppen und Leistungserbringern Kümmerer, der die Fäden in der Hand hält). Dazu gehören die Weiterleitung/Überweisung zum Facharzt, ins Krankenhaus, Überleitung, bzw. Entlassmanagement an stationäre oder ambulante Pflegedienste sowie die Koordinierung der Leistungserbringung durch die Akteure im System (Koordination von Untersuchungen und Therapien).
- Gesundheitsförderung und Prävention: Erheben der Gesundheitsbedarfe der Patienten und Angehörigen im Primärversorgungszentrum, aber auch in der Region, insbesondere in Bezug auf vulnerable Gruppen (dazu gehören auch ältere Menschen), also bevölkerungsabhängig, krankheitsabhängig oder abhängig vom Setting/Aufgabenfeld. Die Maßnahmen werden bevölkerungsspezifisch oder krankheitsspezifisch geplant, durchgeführt und evaluiert.
- Bindeglied zwischen der Kommune (z. B. ÖGD, Gesundheitsamt, Quartiersmanagement, Nachbarschaftsverein) und dem Primärversorgungszentrum.
- Leadership im Sinne von Leitungsaufgaben im Primärversorgungszentrum.

(in Anlehnung an Abuzahra et al. 2017; vgl. auch Schaeffer 2017)