



## Anlage 2: Aufgabenbeschreibung PFP

**Tabelle 1: Aufgaben in der Vorbereitungsphase**

Nummer	Aufgabe	Zeitraum/ Dauer
1.1	Analyse der (vor PRIMA) bestehenden Arbeitsorganisation der Praxis, insbesondere der Teamstrukturen, d. h. der Aufgaben und Rollen der einzelnen Teammitglieder in Bezug auf definierte Versorgungsbedarfe bzw. Patienten-Gruppen (instabil/ drohend instabil).	Q3/25 – Q4/25
1.2	Erarbeitung einer Segmentierung der Patientenpopulation der Praxis: Für die Durchführung von PRIMA unmittelbar relevant sind die (drohend) instabilen chronisch kranken Patienten. Darüber hinaus sollten – insbesondere, wenn die Praxis auch das Ersteinstufigssystem SmED einsetzt – praxisindividuell weitere Subgruppen definiert und bei den folgenden Schritten zur Anpassung der Arbeitsorganisation berücksichtigt werden (z. B. weitere Untergliederung der Patienten mit akuten Behandlungsanlässen).	Q3/25 – Q4/25
1.3	Analyse der Optimierungspotenziale der Praxis in Bezug auf Kontinuität, Komprehensivität und Subsidiarität (näheres siehe Handbuch) der bestehenden Versorgungsprozesse (z. B. Optimierung der Koordination/Case Management bei bestimmten Patienten-Subgruppen/Versorgungsanlässen; Steigerung der Komprehensivität durch ergänzende Leistungen, die zu einer höheren Abdeckung der Versorgungsbedarfe beitragen; Möglichkeiten zur Freisetzung von Kapazitäten durch Verlagerung von Aufgaben innerhalb des Teams usw.). Die Analyse erfolgt unter Bezugnahme auf die zuvor definierten Patienten-Gruppen (instabil und drohend instabil).	Q3/25 – Q4/25
1.4	Erarbeitung einer modifizierten praxisspezifischen Arbeitsorganisation, die die erweiterte Teamstruktur (einschließlich der PFP) sowie ggf. den Einsatz von SmED berücksichtigt und die Aufgaben und Rollen der Teammitglieder i. S. der zuvor identifizierten Optimierungspotenziale ggf. neu zuordnet.	Q3/25 – Q4/25
1.5	Sofern die Praxis SmED nutzt: Integration von SmED in die Disposition der Praxis (Steuerung der Terminvergabe, Zuordnung von Kontaktanlässen zu praxisinternen Ansprechpartnern/Teams) und Absolvierung der SmED-Schulung.	Q4/25
1.6	Teilnahme an der Schulung für PFP und ggf. an Qualitätszirkeln und weiteren projektbezogenen Workshops und Veranstaltungen sowie Befragungen	Q3/25 – Q4/25

**Tabelle 2: Aufgaben in der Rekrutierungsphase**

Nummer	Aufgabe	Zeitraum/ Dauer
2.1	Die teilnehmenden Praxen identifizieren ihre Patienten ab 18 Jahren, bei denen in mindestens zwei der vorangehenden vier Quartale die „Chronikerpauschale“ (EBM-GOP) bzw. bei HzV-Patienten die P3-Pauschale abgerechnet wurde (Näheres siehe Handbuch. Die genaue Vorgehensweise wird praxisindividuell unter Nutzung des PVS in der Vorbereitungsphase festgelegt.)	Q4/25 – Q1/26
2.2	<p>Der Prozess der Ansprache der Patienten wg. Teilnahme an PRIMA wird praxisintern abgestimmt. Auf dieser Grundlage werden die Patienten bzgl. einer Teilnahme an PRIMA angesprochen und bei Einwilligung formal in das Projekt eingeschlossen.</p> <p>Die Ansprache und Aufnahme der Patienten erfolgt sukzessive ab dem ersten Quartal der Interventionsphase (Q1/2026) und wird beendet, wenn die im Stichprobenplan für die Praxis vorgesehene Zahl von Patienten (112 Patienten) erreicht ist, bzw. spätestens zum Ende von Q2/2026.</p> <p>Es wird angenommen, dass die beschriebene hochmorbide Patientengruppe fast jedes Quartal den Hausarzt aufsucht. Dies bedeutet, dass nahezu alle Patienten innerhalb des ersten Quartals angesprochen werden können.</p>	Q1/26 – Q2/26
2.3	Im Zusammenhang mit dem Einschluss erhalten die Patienten nicht nur schriftliches Material zu den PRIMA-Interventionen, sie vereinbaren auch einen ersten Termin mit der PFP für das Eingangs-Assessment (L2, vgl. Tabelle 4).	Q1/26 – Q2/26

**Tabelle 3: Projekt- und studienbezogene Aufgaben in der Interventionsphase**

Nummer	Arbeitsschritte (AS)	Zeit- raum/ Dauer
3.1	<p><b>Dokumentation und Berichterstattung</b>                      Ordnungsgemäße Dokumentation von Patientendaten, Interventionen (GVL/ Organisationsentwicklung) und Ergebnissen sowie in regelmäßigen Abständen stattfindende Berichterstattung über den Fortschritt des Projekts. Die PFP tragen durch kontinuierliche Dokumentation (Arbeitstagebuch), Analysen und Feedback zur Erstellung der Finalversion des PRIMA-Handbuchs bei.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.2	<p><b>Qualitätssicherung</b>                      Die PFP beteiligt sich an der Qualitätssicherung des Projekts, indem sie beispielsweise an der Weiterentwicklung von Protokollen und Dokumentations-Richtlinien mitwirkt, Abweichungen dokumentiert und Feedback zur Verbesserung von Prozessen gibt (u. a. Inhalte des PRIMA-Handbuchs).                      Ferner nimmt sie an den monatlich stattfindenden Qualitätszirkeln teil und bereitet eigene Inputs zu den Qualitätszirkelsitzungen vor.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.3	<p><b>Koordination und Organisation</b>                      Terminplanung und Koordination mit PRIMA-Konsortium bspw. zu zusätzlichen Schulungsbedarfen, Problemen oder generellen Abstimmungsterminen während der Interventionsphase.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.4	<p><b>Kommunikation</b>                      Im eigenen Team sowie PRIMA-Team übergreifender Austausch bspw. zu (Hindernissen bei) der Umsetzung der Organisationsentwicklung. Ggf. bei Fragen direkte Ansprache an das PRIMA-Konsortium. Zuständigkeit für Umsetzung von Regelkommunikation im Team.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.5	<p><b>Ressourcenmanagement</b>                      Einsatz-/Kapazitätsplanung insb. auch bei Patientenversorgung.                      Abstimmungsaufwand mit HA und Praxisteam, ggf. Anpassung der Rollen(-verteilung) im Team.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.6	<p><b>Krisenmanagement</b>                      Bei unvorhergesehenen Situationen oder Ereignissen, die bspw. die Organisationsentwicklung oder Interventionsumsetzung gefährden können, kann die PFP schnell reagieren, Maßnahmen ergreifen und die Beteiligten informieren, um negative Auswirkungen zu minimieren.</p>	Q1/26 – Q2/27
3.7	<p><b>Regionale Netzwerkarbeit</b>                      Die PFP informiert die Versorgungspartner der HA-Praxis sowie weitere relevante Stakeholder in der jeweiligen Region über ihre Aufgaben und Funktionen, vereinbart gemeinsame Prozesse und Vorgehensweisen im Rahmen der Versorgungs-koordination, recherchiert ggf. Leistungen oder Leistungserbringer.</p>	Q1/26 – Q2/27

**Tabelle 4: Patientenbezogenen Aufgaben während der Interventionsphase  
(Q1/2026 – Q2/2027)**

<b>GVL: L1*</b>	<b>Einbindung der PFP in hausärztliche Konsultationen</b>
Leistungsinhalt/ -beschreibung	<p>Die regulären (geplanten) ärztlichen Konsultationstermine der von der PFP betreuten (drohend) instabilen Patienten werden durch die PFP vor- und nachbereitet, ggf. nimmt die PFP bei Einverständnis der Patienten an den Konsultationen teil.</p> <p>In der Vorbereitung fasst die PFP alle relevanten Informationen zusammen, nimmt ggf. im Vorfeld mit den Patienten Kontakt auf, sorgt dafür, dass Ergebnisse von Untersuchungen (z. B. Labor) zum Konsultationstermin vorliegen und organisiert und beurteilt nötige Vitalwerte. Laborbesprechung nur bei auffälligen Befunden durch HA, Befunde ohne Auffälligkeiten können durch die PFP kommuniziert werden. Während der Nachbearbeitung wird von der PFP ggf. der (zuvor erstellte) Versorgungsplan aktualisiert und die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und Vereinbarungen mit den Patienten vorbereitet. u. U. sind auch Angehörige oder professionell Pflegende in die Vorbereitung einzubeziehen. Im Rahmen der Nachbearbeitung bespricht die PFP mit dem Patienten sowie ggf. den Angehörigen oder professionell Pflegenden die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und Vereinbarungen und inwieweit ggf. noch Fragen/Unklarheiten bestehen. Der Versorgungsplan wird durch die PFP aktualisiert.</p>
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	3x/Jahr, 20 Minuten

<b>GVL: L2*</b>	<b>Eingangs- und Folge-Assessments zur fundierten Beurteilung der Versorgung in der häuslichen Umgebung des Patienten</b>
Leistungsinhalt/ -beschreibung	<p>Die Termine der Eingangs- und Folge-Assessments finden als Haus- oder Pflegeheimbesuche der PFP statt.</p> <p>Nach Einwilligung in die Teilnahme an PRIMA sucht die PFP die Patienten in ihrer regulären häuslichen Umgebung (Privathaushalt, Pflegeeinrichtung) auf, um das Eingangs-Assessment durchzuführen. Das Eingangs-Assessment umfasst zum einen die Sammlung von Informationen mit Hilfe des durch PRIMA entwickelten Instruments. Zum anderen werden patientenindividuell spezifische Informationen erhoben oder Gespräche mit Beteiligten an der Versorgung geführt, die in einer vorangehenden Abstimmung mit HÄ bzw. Praxisteam festgelegt werden.</p> <p>Im Mittelpunkt stehen die Aspekte soziale Unterstützung und Versorgungssituation in der häuslichen Umgebung, Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Versorgern und die Einschätzung von Risiken für Verschlechterungen und Dekompensationen.</p> <p>Im Rahmen von L2 obliegt es der PFP (1) die für die Aufstellung bzw. regelmäßige Aktualisierung des Versorgungsplans (vgl. GVL L3) benötigten</p>

	<p>ergänzenden Informationen zu sammeln, (2) die Umsetzung des bestehenden Versorgungsplans durch den Patienten (Adhärenz, Krankheitsselbstmanagement), An- und Zugehörige (Kompetenz, Überforderung usw.) sowie ggf. beteiligte weitere Leistungserbringer zu beurteilen, (3) die Erforderlichkeit von zusätzlichen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu beurteilen sowie (4) ggf. durch Beratungsgespräche vor Ort mit den an der Versorgung des Patienten Beteiligten auf eine Verbesserung der Versorgungssituation bzw. eine wirksame Prävention von Verschlechterungen/Dekompensationen hinzuwirken.</p> <p>Nach dem Erst-Assessment wird im Regelfall in jedem Folgequartal ein Folge-Assessment in der häuslichen Umgebung durchgeführt, um Veränderungen der Situation rechtzeitig erkennen und darauf reagieren zu können. Die Inhalte der Folge-Assessments entsprechen im Grundsatz denen des Eingangs-Assessments bzw. werden an die Entwicklung der gesundheitlichen, sozialen und Versorgungssituation angepasst.</p> <p>In spezifischen Situationen, z. B. nach einem Akutereignis oder Krankenhausaufenthalt, kann L2 in Einzelfällen auch in kürzerem zeitlichem Abstand wiederholt werden.</p> <p>Die PFP dokumentiert den Haus-/Pflegeheimbesuch und berichtet dem HA. Aufgrund der im Rahmen von L2 gewonnenen Erkenntnisse wird ggf. der Versorgungsplan aktualisiert bzw. spezifische Koordinationsaktivitäten der PFP ausgelöst.</p>
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	4x/Jahr; 70 Minuten

<b>GVL: L3*</b>	<b>Koordination der Versorgung</b>
Leistungsinhalt/-beschreibung	<p>Die PFP erstellt in Abstimmung mit HA und auf Basis des Eingangs-Assessments einen Versorgungsplan. Der Versorgungsplan umfasst bspw. die geplante Häufigkeit und Inhalte der Kontakte im Rahmen der Proaktiven Verlaufskontrolle (L5) bzw. der intensiven Begleitung/Hausbesuche/Pflegeheimbesuche (L2), die notwendigen Koordinierungsaufgaben (L3) oder die indizierten Maßnahmen der Patientenedukation (L6). Ferner sind bisher ungedeckte Versorgungsbedarfe wie bspw. nicht wahrgenommene Heilmittelverordnungen oder bisher nicht beantragte Pflegegrade sowie Aspekte des Risikomanagements und der Krisenintervention durch die PFP in den Versorgungsplan aufzunehmen. Das Praxisteam analysiert kontinuierlich für alle Patienten den Bedarf an Versorgungscoordination durch die Praxis und formuliert entsprechende Aufträge an die PFP (sowie ggf. andere Teammitglieder). Die PFP ermittelt ihrerseits ggf. zusätzlich bestehende (und der Praxis bisher nicht bekannte) Koordinierungsbedarfe der Patienten. Darüber hinaus entstehen akute Koordinierungsbedarfe bei bestimmten Versorgungsanlässen (z. B. stationäre Behandlung). Die PFP koordiniert die Versorgung gemäß dem festgestellten Bedarf (z. B. Sicherung des Informationsaustauschs an Schnittstellen; Organisation von Versorgungsleistungen; Unterstützung bei der Beantragung/Inanspruchnahme von sonstigen Unterstützungs-</p>

	leistungen). Die PFP gestaltet entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen und, je nach Koordinierungsbedarf der Patienten, Schnittstellen zu anderen Gesundheitsfachberufen selbstständig. Sie unterstützt HA bei Verordnungen von Medizinprodukten und Hilfsmitteln. Zudem nutzt sie ihr pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um Patienten kommunikativ zu unterstützen.
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	2x/Jahr; 10 Minuten

<b>GVL: L4*</b>	<b>Interprofessionelle Fallbesprechung</b>
Leistungsinhalt/-beschreibung	Die PFP ist für die Vor- und Nachbereitung der regelmäßig zu allen von der PFP betreuten Patienten stattfindenden interprofessionellen Fallbesprechungen zuständig. In der ersten Fallbesprechung berichtet die PFP dem Praxisteam/HÄ über die Ergebnisse des Eingangs-Assessments. Gemeinsam werden Schlussfolgerungen für die weitere PRIMA-Versorgung des Patienten gezogen. Fallbesprechungen finden in jedem Fall im Zusammenhang mit spezifischen Ereignissen (z. B. Krankenhausbehandlung, Umstellung der Therapie) und ansonsten in geplanten Zeitabständen statt. Die Ergebnisse aller Fallbesprechungen werden durch die PFP dokumentiert.
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	3x/Jahr; 10 Minuten

<b>GVL: L5*</b>	<b>Proaktive Verlaufskontrolle</b>
Leistungsinhalt/-beschreibung	Die PFP führt in Absprache mit HA sowie nach Maßgabe des Versorgungsplans proaktiv Verlaufskontrollen durch, indem sie regelmäßig telefonischen Kontakt zu den Patienten (ggf. auch zu an der Versorgung Beteiligten) aufnimmt, um den zwischenzeitlichen Verlauf zu erheben (Fragen zum Gesundheitszustand, zur Umsetzung vereinbarter Maßnahmen usw.) und ggf. notwendige zusätzliche Maßnahmen zu veranlassen (z. B. Arztkonsultation). L5 dient auch dazu, Hinweise auf einen ungeplanten Interventionsbedarf frühzeitig zu erkennen und unnötige Vorstellungen in der Praxis oder Notfallkontakte/stationäre Behandlungen zu vermeiden. Die proaktiven Verlaufskontrollen ergänzen die Arztkonsultationen und Haus-/Pflegeheimbesuche im Sinne einer engmaschigen Begleitung durch die Hausarztpraxis.
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	4x/Jahr; 10 Minuten

<b>GVL: L6*</b>	<b>Patientenedukation</b>
Leistungsinhalt/ -beschreibung	<p>Die PFP und das Praxisteam planen, inwieweit bei einzelnen Patienten sowie bei (z. B. aufgrund von Diagnosen definierten) Gruppen von Patienten ein Bedarf an Maßnahmen zu Beratung/Aufklärung, Anleitung und Schulung besteht, der durch die Angebote im Rahmen der Regelversorgung (z. B. DMP-Programme) nicht abgedeckt wird bzw. die spezifischen Patientenbedarfe besser berücksichtigt. Dabei sollen insbesondere Patienten einbezogen werden, die sich derzeit (noch) in einer stabilen Erkrankungsphase befinden und durch die bereits in der Regelversorgung existierenden edukativen Maßnahmen nicht erreicht werden. Es sollen entsprechend angepasste Angebote gemacht bzw. entwickelt werden.</p> <p>Die PFP recherchiert bzw. erarbeitet entsprechende Maßnahmen – im Idealfall unter Nutzung von evidenzbasierten Programmen/Maßnahmen – und macht den Patienten entsprechend an die individuelle Situation angepasste Angebote. L6 findet je nach konkreter Situation der Patienten entweder einzelfallbezogen oder als Gruppenangebot statt. Im Falle einer Durchführung als Gruppenmaßnahme wird der für den Einzelfall kalkulierte Zeitbedarf für L6 für eine längerdauernde Edukationsmaßnahme gepoolt.</p> <p>Problem- und anlassbezogene Beratungen, Anleitungen und ggf. Schulungen (auch von Angehörigen) tragen auch bei bereits instabilen Patienten dazu bei die Versorgungssituation zu stabilisieren.</p>
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer je Pat.	2x/Jahr; 10 Minuten

<b>GVL: L7*</b>	<b>Bearbeitung von Patientenfragen, inkl. Krisenintervention</b>
Leistungsinhalt/ -beschreibung	<p>Die PFP steht den von ihr betreuten Patienten als direkter Ansprechpartner (telefonisch, per elektronischer Kommunikation) zur Verfügung. Ziel ist es, dass die Patienten außer in Notfällen bei akut auftretenden Fragen, Bagatellerkrankungen oder Veränderungen der gesundheitlichen Situation zunächst die PFP kontaktieren, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Sofern die teilnehmende Praxis das System SmED nutzt, wird der Kontakt zur PFP i. S. von L7 entsprechend hinterlegt.</p> <p>Im Rahmen des Gesprächs klärt die PFP, inwieweit ggf. eine unmittelbare Arztkonsultation erforderlich ist, ob das Anliegen bei dem nächsten regulären Vorstellungstermin geklärt werden kann bzw. wie sie selbst ggf. reagieren kann (z. B. durch L2: Haus-/Pflegeheimbesuch). Die PFP dokumentiert die Patientenfragen und unterrichtet den HA je nach Anliegen der Patienten ggf. unmittelbar oder im Rahmen von L4.</p>
Durchschnittliche Häufigkeit und Dauer	3x/Jahr; 10 Minuten

\*Es ist zu beachten, dass es sich bei der Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen (GVL L1 – L7) von anderen Mitgliedern des Praxisteam als den Pflegefachpersonen (PFP) um nicht interventionskonforme Tätigkeiten handelt, die über die Regelversorgung abzurechnen sind.