

Expert*innenpapier „Personalbesetzung Notaufnahme“

Derzeit sind Notaufnahmen in Bezug auf ihre personelle Besetzung und Qualifikation äußerst heterogen ausgestattet (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023). Ein Grund dafür liegt in den unterschiedlichen Ausrichtungen dieser, mit verschiedenen Organisations- und Aufgabendefinitionen, und ist historisch begründet. Mit der Etablierung von Zentralen Notaufnahmen (ZNA) sowie Kliniken für Akut- und Notfallmedizin und der Professionalisierung der Notfallpflege wird in den letzten Jahren jedoch ein Wandel sichtbar (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2020a). In der zu erarbeitenden Verordnung kann daher, unter Verweis auf bestehende Leitlinien, die zusätzlich qualifiziertes Personal fordern, nur die Basis beschrieben werden.

Der Einsatz eines Instruments zur Personalbedarfsermittlung, wie es im stationären Setting durch die PPR 2.0 vorgesehen ist, ist aufgrund des Fehlens eines validen Messinstrumentes für den Bereich der Notfallpflege für Erwachsene derzeit nicht möglich und kann daher erst in zukünftigen Verordnungen Berücksichtigung finden (KHPfIEG, 2022, Artikel 1, Nr. 3a.). Die Ermittlung des Personalbedarfs mithilfe der PPR 2.0 orientiert sich an der Anzahl stationärer Patient*innen und deren pflegerischen Versorgungsbedarfen (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], 2022). Dieses Prinzip ist jedoch nicht auf den Bereich der Notaufnahmen übertragbar. Das pflegerische Aufgabenspektrum in diesem Bereich umfasst unter anderem die pflegerische Einschätzung des Gesundheitsrisikos, des individuellen Pflegebedarfs und die daraus resultierende Versorgung. Darüber hinaus werden Ersteinschätzungen zur Behandlungsdringlichkeit, Beratung und Anleitung von Patient*innen sowie Zu- und Angehörigen, assistierenden ärztlichen Tätigkeiten und Unterstützung- und Verwaltungsaufgaben von Pflegefachpersonen durchgeführt. Gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) muss jederzeit die validierte Ersteinschätzung aller Notfallpatient*innen innerhalb von 10 Minuten gewährleistet werden (Delegation an Pflegefachpersonal), was neben den bereits genannten pflegerischen Aufgaben eine adäquate personelle Ausstattung erfordert. Zudem ist es erforderlich, zusätzliches Personal im Falle eines unvorhersehbar erhöhten Patient*innenaufkommens (MANV, Terror, Naturkatastrophen, usw.) vorzuhalten. Die Patient*innenströme und der Schweregrad der Fälle sind damit nicht abzuschätzen und unterliegen variablen und diversen Einflussfaktoren. Aus diesen Gründen kommt der Notaufnahme eine zentrale Rolle bei der Bewältigung interner und externer Schadenslagen sowie im Rahmen der Belegungssteuerung der Klinik zu.

Zudem benötigt es durch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in der Pflege eine Festlegung qualifikatorischer Voraussetzungen in Bezug auf die Übernahme erforderlicher Tätigkeitsprofile. Einzubeziehen sind hierbei Pflegehilfspersonen, 3-jährig ausgebildete Pflegefachfrauen/-männer, fachweitergebildete Notfallpflegefachpersonen und akademische Qualifikationsgrade. Bisher sind die bereichsspezifischen „Vorbehaltsaufgaben“ bzw. Tätigkeitsdefinitionen anhand der einzelnen Qualifikationsgrade nicht einheitlich definiert.

Quantitativer und qualitativer Personalbedarf in der direkten Patient*innenversorgung

Die Einführung bindender und settingangepasster Personaluntergrenzen, die durch das Vorliegen eines bis dato noch nicht existierenden validen Messinstrumentes zur bedarfsgerechten Berechnung des Personals der Gesundheitsfachberufe in Notaufnahmen ersetzt werden

könnten, braucht die Beachtung vorhandener und fachspezifischer Rahmenbedingungen und Bedarfe. Diese werden im Folgenden aufgeführt.

- Anwesenheit (24/7) von mindestens zwei 3-jährig examinierten Pflegefachpersonen, davon mindestens eine Pflegefachperson mit Weiterbildung im Bereich der Notfallpflege (entsprechend den Strukturanforderungen des G-BA von 2018 und 2020 (G-BA, 2020 a&b) unabhängig der Größe der ZNA).
- Anwesenheit einer 3-jährig examinierten Pflegefachperson (idealerweise mit Fachweiterbildung Notfallpflege), wie von der Emergency Nursing Association für die Ersteinschätzung empfohlen (Emergency Nursing Association [ENA], 2017). Diese muss gesondert im Stellenplan ausgewiesen sein.
- Entsprechend der Größe der ZNA ist eine separate administrative Stelle vorzusehen, mit Qualifikationsniveau einer*s Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. gleichwertigen Qualifikation. Die Anzahl der erforderlichen Verwaltungspersonen staffelt sich entsprechend der Versorgungslevel der ZNA:
 - Basisnotfallversorgung: 4 Verwaltungspersonen
 - Erweiterte Notfallversorgung: 5 Verwaltungspersonen
 - Umfassende Notfallversorgung: 6 VerwaltungspersonenSofern es zu einer Überschreitung von 30.000 Patient*innenkontakten je Versorgungsstufe kommt, ist pro weiteren 10.000 Patient*innenkontakten eine zusätzliche Verwaltungsperson erforderlich.
- Anwesenheit von einjährig examinierten Pflegehilfspersonen, zur Unterstützung bei zusätzlichen anfallenden administrativen Tätigkeiten sowie dem Qualifikationsniveau entsprechenden Tätigkeiten im Rahmen der Patient*innenversorgung.
- Herauszustellen ist, dass die Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs nur durch Pflegefachpersonen vorgenommen werden darf. Angesichts der zunehmenden Verweildauer, insbesondere von hochaltrigen und multimorbiden Patient*innen in der ZNA, wird die Ersteinschätzung des individuellen Pflegebedarfes immer wichtiger (PflBG, 2021, §4, Abs. 2; DGINA, 2022; Michael et al., 2023).

Die Vorgabe einer 30 %igen Fachkraftquote in der Maximalversorgung erscheint als nicht ausreichend, um Gefährdungen zu vermeiden. Langfristig sollten mindestens 50 % der Pflegefachpersonen über eine Fachweiterbildung Notfallpflege und/oder einem entsprechenden Studium verfügen. Diese Forderung übersteigt deutlich die derzeitigen Vorstellungen des Ministeriums, insbesondere für den Bereich der Intensivstationen. Daher ist es notwendig, dass entsprechende Expert*innengruppen die vom Gesetzgeber vorgesehenen Vorgaben neu definieren und qualitative Empfehlungen für die Besetzung aussprechen. Die Anerkennung von Studiengängen und Fachweiterbildungen sind dabei zu berücksichtigen.

Personelle Erfordernisse im Bereich Management sowie Aus- und Weiterbildung

Neben Tätigkeiten im Rahmen der Patient*innenversorgung müssen in Bezug auf die Stellenbeschreibung auch manageriale¹ und pädagogische Bedarfe berücksichtigt werden. Dazu gehören die Freistellung der hauptamtlichen Leitung und ggf. deren Stellvertretung(en), entsprechend der Größe und Strukturen der ZNA. Ebenso gilt es praktische Anleiter*innen mit entsprechender Qualifikation (Weiterbildung im Bereich Notfallpflege inkl. Weiterbildung Praxisanleitung), gemäß verschiedener Aus- und Weiterbildungscurricula freizustellen sowie demgegenüber zusätzliche Stellenanteile (10 % je Teilnehmer*in) für die praktische Aus- und

¹ Der Begriff „managerial“ bezieht sich auf Tätigkeiten und Aufgaben im Bereich des Managements. Es bezeichnet die Aktivitäten, die mit der Organisation, Koordination und Überwachung von personellen und materiellen Ressourcen verbunden sind, um die Patient*innenversorgung pflegerisch sicherzustellen und grundlegende und spezifische Ziele zu erreichen. Im Kontext der Stellenbeschreibung gehören hierzu Aufgaben u.a. im Bereich der prozessualen und organisationalen Steuerung, der Erledigung von administrativen Tätigkeiten, die Personaleinsatzplanung, -entwicklung und -controlling, die sich auf die jeweilige Abteilung und/oder Teams beziehen.

Weiterbildung vorzusehen. Letzteres entspricht ca. 16 Stunden pro Monat pro Teilnehmer*in (in Bezug auf Weiterbildungsmaßnahmen durch geringere Einsatzzeiten durchschnittlich 8 Stunden pro Monat). Darüber hinaus müssen die Ausfallzeiten der Weiterbildungsteilnehmer*innen durch Unterrichtszeiten und externen Einsätzen mit einem Stellenanteil von 40 % berücksichtigt werden. Somit ergibt sich die Notwendigkeit je Aus- und Weiterbildungsteilnehmer*in einen zusätzlichen Stellenanteil von mindestens 50 % einzuplanen. In Anbetracht u.a. steigender fachlicher Anforderungen sollte hier in den nächsten Jahren eine Anpassung nach oben erfolgen.

Personalbedarf anhand von Patient*innenkontakten und Bindungszeiten

Die im Berliner Tarifvertrag Pro Personal vereinbarten Personaluntergrenzen von 1:1025 Patient*innenkontakten im Jahr (Tarifvertrag Pro Personal Vivantes [TV PPV], 2021) sowie die von den Fachgesellschaften geforderten 1:1200 Patient*innenkontakten im Jahr pro Pflegefachperson (Behringer et al., 2019) können als Anhaltspunkte herangezogen werden. Hier benötigt es jedoch noch wissenschaftlich gestützte Bewertungen, um verlässliche Aussagen einer angemessenen und bedarfs- und bedürfnisgerechten Personalbesetzung zu treffen.

Zum einen müssen vor dem Hintergrund der geplanten Krankenhausstrukturreform neben der Einstufung der ZNA auch die Einstufung der Kliniken in die definierten Level beachtet werden. Zum anderen ist es dringend erforderlich eine personelle Vorhaltung für die Versorgung u.a. im Schockraum (Bernhard et al., 2022; Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. [DGU], 2022; Tarifvertrag Entlastung [TV-E], 2022) Cardiac Arrest Center und Chest Pain Unit zu berücksichtigen. Dies gilt ebenso für integrierte Holding Areas und Intermediate Care (IMC) Abteilungen.

Der von den Fachgesellschaften geforderte Schlüssel, mit Berücksichtigung der Bindungszeiten von Pflegefachpersonen auf Basis bestimmter Ersteinschätzungskategorien basiert überwiegend auf Kennwerten einer Erhebung von 2010 bis 2011, deren Daten 2016 veröffentlicht wurden. Bisher fehlen jedoch geeignete Kennzahlen sowie Beschreibungen und Modelle zur Evaluation von Bindungszeiten des Pflegefachpersonals im Rahmen ihrer pflegerischen Tätigkeiten.

Die Empfehlungen von 1200 Patient*innenkontakten pro Pflegefachperson (Behringer et al., 2019) sind daher und angesichts der zunehmenden Komplexität sowie der längeren Verweildauer der Patient*innen in den Notaufnahmen als nicht mehr adäquat und ausreichend zu betrachten. Zum aktuellen Zeitpunkt können die getroffenen Vereinbarungen aus Berlin und NRW als Richtwert gesehen werden. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass ein Fall mehrere Patient*innenkontakte verursachen kann.

Erfassungsinstrumente, die den Personalbedarf in Notaufnahmen flächendeckend und einheitlich erheben, neben der PPR 2.0 für den normalstationären und Inpuls® für den intensivmedizinischen Bereich, existieren derzeit nicht. Aus Studien (z.B. Fiebig, 2019, Fiebig et al., 2018 oder Baumberger & Hunstein, 2009) ist bekannt, dass der Personalbedarf mittels epaAC (effiziente Pflegeanalyse AcuteCare, siehe epaCC GmbH, 2023; Hunstein, 2016) vorhergesagt werden kann. Diese Studien beziehen sich aber nur auf Normalstationen. Die Einführung eines Personalbedarfsinstrumentes im Bereich der Notfallversorgung benötigt angesichts des bestehenden Arbeitsaufwandes und Patient*innenaufkommens eine digitale und dokumentativ schlanke Lösung.

Ein geeigneteres Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs stellt die mittlere Personalbindungszeit/Einschätzungsstufe dar. Hierbei darf allerdings keine einfache Multiplikation der mittleren Bindungszeit mit der Anzahl der Patient*innen erfolgen, da dieses Vorgehen methodisch fehlerhaft ist und zu einer Einschränkung der Patient*innensicherheit führen kann. Die Ermittlung der Bindungszeit ist zudem äußerst komplex und wird bislang nur im Rahmen von Beobachtungsstudien erfasst (Behringer et al., 2019). Hier bedarf es einer zeitnahen

Weiterentwicklung. Zu inkludieren sind auch personelle Ressourcen im Bereich der Erstein-schätzung (24/7), Administration und Management, gemäß diesem Papier (s.o.), sowie die Vorgaben des G-BA.

Personalbedarf im Rahmen einer prolongierten Schockraumversorgung und auf Auf-nahmestationen

Die Strukturkriterien des G-BA fordern die Vorhaltung einer Aufnahmestation, die der ZNA zu-geordnet ist (G-BA, 2020a). Spezifische Vorgaben zur technischen Ausstattung und zum Lei-stungsspektrum existieren nicht.

Entsprechend den Zielen einer Aufnahmestation (auch sog. Decision Units) die Planung und Steuerung von Patient*innen sowie deren stationäre und ambulante Weiterbehandlung (Nor-malstation, IMC, Intensive Care Unit (ICU)) zu koordinieren und somit eine wesentliche Rolle für eine optimierte Belegungssteuerung einzunehmen, ist eine personelle Besetzung des Pfl-egefachpersonals analog der Empfehlung zur Besetzung der IMC-Stationen von 1:4 anzuset-zen. Gemäß dem Beschluss des G-BA sollen intensivpflichtige Patient*innen innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf eine Intensivstation verlegt werden (G-BA, 2020a), wobei diese Anforderung derzeit allerdings nicht als flächendeckend umsetzbar erscheint (Dziegielewski et al., 2023). Hier ist anzumerken, dass die Hauptkompetenz der ZNA in der Notfallversorgung und nicht in der Intensivtherapie liegt, da in Bezug auf letzteres auch andere personelle und qualifikatorische Voraussetzungen erforderlich sind.

Neben der Notwendigkeit einer 1:4 Besetzung benötigt es jedoch eine weiterführende Betrach-tung personeller Bedarfe im Kontext der Zuordnung zu jeweiligen Fachdisziplinen, gleichwohl des entsprechenden Versorgungslevels, auch um den Zielen einer Decision Unit gerecht zu werden. Aufgrund der Durchführung weiterführender diagnostischer und therapeutischer Maß-nahmen ist daher eine Anpassung der Besetzung mit entsprechendem qualifiziertem Personal erforderlich. Gegebenenfalls müssen, bis Kapazitäten in dem eigentlichen Versorgungsbe-reich bereitstehen, fachbereichsspezifische und intensivpflichtige Maßnahmen ausgeführt werden. Eine temporäre Versorgung zur Vermeidung einer Aufnahme auf der Intensivstation (Kumle et al., 2019) oder Betreuung von beatmeten Patient*innen von max. 60 Minuten (G-BA, 2020a) sollte daher ausschließlich mit folgenden pflegerische Mindestpersonalbesetzun-gen erfolgen:

- 1:1 Betreuung bei intensivpflichtigen Patient*innen mit ECMO-Neuanlage (für die Dauer der Neuanlage)
- 1:2 Betreuung bei intensivpflichtigen Patient*innen mit mehr als zwei Organersatzverfah-ren
- 1:4 Betreuung für die Versorgung von Patient*innen mit einem Organersatzverfahren
- 1:1 Betreuung für zwei Stunden bei Initiierung einer Beatmung und nicht-invasiver Beat-mung (NIV) sowie eine 1:2 Betreuung bei Fortführung der Beatmungstherapie

Bei Versorgungsbedarfen ohne Organersatzverfahren kann anstelle einer 1:4 Besetzung, eine 1:6 möglich sein.

Sanktionen bei Nichteinhalten der Besetzungserfordernisse

Die Konsequenzen bei Nichterfüllung der Personaluntergrenzen (PpUGV) im Rahmen mone-tärer Sanktionen sind unzureichend, da diese keine Versorgungsmängel und Qualitätsdefizite, die sich aus einer mangelnden quantitativen und qualitativen pflegerischen Personalbeset-zung ergeben, verhindert. Im Rahmen des Einsatzes und der Weiterentwicklung der PPR 2.0 gilt es diesen Umstand zu beheben, indem Kapazitäten eingeschränkt werden, sobald die Vor-gaben nicht eingehalten werden können. Für den Bereich der Notaufnahmen ist anzumerken, dass die Erstversorgung zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden muss, möglicherweise

jedoch die Verlegung von Patient*innen in ein anderes Krankenhaus angezeigt sein kann, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Dies gilt für alle Stufen der Notfallversorgung.

Die in diesem Papier vorgestellten Besetzungsverhältnisse sollten als vorläufiger Richtwert betrachtet werden, solange keine offiziellen Vorgaben der PpUGV oder eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 für Notaufnahmen existiert.

Institut für die Personalbemessung in der Pflege

Um die quantitative und qualitative Personalerfordernisse in der Pflege nachhaltig zu gewährleisten, benötigt es die Schaffung eines eigenständig pflegerischen Institutes zur Personalbedarfsbemessung. Dies hat zur Aufgabe, die qualitätsbezogenen Belange der beruflichen Pflegenden zu überwachen und sicherzustellen, sodass erläuterte Standards eingehalten werden können. Weiterführend kann solch ein Institut durch die wissenschaftliche Begleitung eingesetzter Instrumente und angewandeter Personalvorgaben einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung, der Überwindung aktueller und zukünftiger Herausforderungen und der Steigerung der Versorgungsqualität leisten.

Die Finanzierung sollte aus Bundesmitteln erfolgen, um Unabhängigkeit und Kontinuität zu ermöglichen. Dabei ist wesentlich, dass das Institut über mehrere politischen Legislaturperioden hinweg agieren kann, um langfristige und zielführende Planungen und Analysen vorzunehmen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Einhaltung quantitativer und qualitativer Standards dauerhaft überwacht und verbessert sowie Strategien entwickelt, Forschungsprojekte durchgeführt und Daten gesammelt und analysiert werden können. Nur hierdurch ist es möglich flächendeckende evidenzbasierte Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflege und Sicherstellung der Versorgungsqualität auszusprechen.

Ausblick

Auch international sind bisher keine Instrumente zur Erfassung des pflegerischen Personalbedarfes in ZNA beschrieben. Die Entwicklung eines solchen Instruments erfordert zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen. Angesichts der Dringlichkeit sollten daher vorläufige Besetzungsregelungen, wie es dieses Papier erläutert, definiert werden, die als Grundlage dienen und sowohl die Empfehlungen der Fachgesellschaften, der Tarifvertragsparteien als auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse miteinbeziehen. Die personellen Vorgaben können nur im Verlauf stetig überprüft und den Erfordernissen angepasst werden. Die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung des Personalbedarfes kann als Auftrag in die Empfehlungen aufgenommen werden, nachdem die Sinnhaftigkeit und Validität durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen bestätigt wurden. Zu erwähnen ist hier, dass dieser Auftrag aufgrund der Komplexität und Reichweite nur an eine spezialisierte Institution (z.B. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [dip]) vergeben werden kann.

Eine umfassende und sichere Notfallversorgung erfordert eine ausreichende Personalausstattung, um angemessen auf Notfälle reagieren zu können. Es ist dabei unerlässlich, genügend und v.a. qualifiziertes Pflegefachpersonal bereit zu halten, um notwendige und potenzielle Versorgungsbedarfe bewältigen zu können.

Um die Mindestpersonalbesetzungen in der Notfallversorgung auch bei erhöhtem Patient*innenaufkommen einzuhalten, ist es unabdingbar, dass Kliniken entsprechende Ausfallkonzepte etablieren. Solche Konzepte umfassen den zusätzlichen Einsatz von Personal bei Versorgungsspitzen, die vorübergehende Umsetzung von Mitarbeiter*innen oder die Verlegung von Patient*innen nach der Erstversorgung in den stationären Bereich oder andere Kliniken zur weiteren medizinischen und pflegerischen Behandlung. Dabei sind notwendige Qualifikationen entsprechend des Patient*innenaufkommens selbstverständlich zu beachten.

Die Implementierung solcher Ausfallkonzepte ist von entscheidender Bedeutung und dienen der Sicherstellung der Notfallversorgung. Nur hierdurch kann eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden, auch in Situationen, in denen die Personalkapazitäten vorübergehend erschöpft sind. Dies kann auch der Fall sein, wenn es zur personellen Unterdeckung kommt, bei ausreichend quantitativ vorhandenen Personal (qualitative Mängel) oder wenn ein Schadenslagen oder Extremereignisse mehr Personal erfordern, als ursprünglich geplant und benötigt. Eine zeitlich begrenzte Abmeldung der Notfallversorgung kann nur erfolgen, wenn alle verfügbaren Ressourcen für die entsprechende Situation ausgeschöpft sind. Eine konkrete Formulierung und dazugehörige Umsetzungsmaßnahmen in diesen Situationen sollten fokussiert werden, um klare Handlungsanweisungen bereitzustellen.

Derzeit liegen keine umfassenden Daten u.a. zur Anzahl betreibbarer Schockräume und Behandlungskapazitäten der Notaufnahmen in Deutschland vor. Wissenslücken gilt es zu schließen, um eine bessere Übersicht zu vorhandenen Kapazitäten zu erhalten. Solch eine Erhebung kann eine fundierte und konkrete Grundlage für zukünftige Planungen und Entscheidungen sowie der Behandlungskapazitäten im Bereich der Notfallversorgung bieten.

Quellen

Behringer, W., Graeff, I., Dietz-Wittstock, M., Wrede, C. E., Mersmann, J., Pin, M., Kumle, B., Möckel, M., Gries, A., Eisenburger, P., Exadaktylos, A. & Dodt, C. (2019). Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. *Notfall + Rettungsmedizin*, 22(4), 330–333. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0585-1>.

Bernhard, M., Kumle, B., Dodt, C., Gräff, I., Michael, M., Michels, G., Gröning, I., Pin, M. (2022). Versorgung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patienten im Schockraum: Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin zur Strukturierung, Organisation und Ausstattung sowie Förderung von Qualität, Dokumentation und Sicherheit in der Versorgung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patienten im Schockraum in der Bundesrepublik Deutschland. *Notfall + Rettungsmedizin*, 25 (Suppl 1) 114. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-00997-y>.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) (2022). S3-Leitlinie Polytrauma/Schwer-verletzten-Behandlung (AWMF-Registernummer 187-023), Version 4.1. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/187-023.html>.

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.) (2022). Aktuelle Situation der Notfallkliniken/Notaufnahmen in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.dgina.de/images/news/2022/ergebnisse_gesamt.pdf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2022). Eckpunkte Gesetzesauftrag Umsetzung PPR 2.0. Verfügbar unter: https://www.dkgv.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/20220623_Eckpunkte_Gesetzesauftrag_Umsetzung_PPR_2.0.pdf.

Dziegielewski, J., Schulte, F.C., Jung, C. et al. (2023). Resuscitation room management of patients with non-traumatic critical illness in the emergency department (OBSERvE-DUS-study). *BMC Emerg Med* 23, 43. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00812-y>.

Eck, I. (2019). Wie viele Pflegende braucht eine Klinik? *Ingo Eck intensiv*, 27(2), 87-92. doi: 10.1055/a-0821-3171.

Emergency Nursing Association (ENA) (2017). Position Statement. Triage Qualifications and Competency. Verfügbar unter: <https://media.emscimprovement.center/documents/triagequalificationscompetency.pdf>.

epaCC GmbH (2023). Pflege auf den Punkt. epa ist ein datenbasiertes Bewertungssystem für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Menschen. Verfügbar unter: <https://www.epa-cc.de/epa-system/was-ist-epa/>.

Fiebig, M. (2019). Identifikation von Prädiktoren zur Vorhersage des Pflegeaufwands im akutstationären Bereich. Dissertation. Universität Witten/ Herdecke.

Fiebig, M., Hunstein, D., & Bartholomeyczik, S. (2018). Prediction of Nursing Workload in Hospital. *Stud Health Technol Inform*, 250, 266-267.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020a). Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020b). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Vom 22. November 2019 gemäß Hinweisen des BMG vom 8. Oktober 2020 und Beschluss vom 20. November 2020 aktualisierte Fassung. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6714/2019-11-22_2020-03-27_2020-04-16_2020-11-20_QSFFx-RL_Erstfassung_konsolidiert_TrG.pdf.

Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz–KHPfEG). Vom 20. Dezember 2022 (BGBl Teil I Nr. 56 S. 2793).

Glaß, F., Tack, A.K. (2021). Personalbedarfsmessung für die Intensivstation. *Pflegez* 74, 21–23. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1068-9>.

Gräff, I.; Goldschmidt, B.; Glien, P. et al (2016). Nurse staffing calculation in the emergency department—Performance-oriented calculation based on the manchester triage system at the University Hospital Bonn. *PLoS ONE* 11:e154344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154344>.

Hunstein, D. (2016). Entwicklung und Testung eines Screeninginstruments zur standardisierten Einstufung relevanter Pflegeanlässe in der akutstationären Versorgung. Inaugural-Dissertation, Universität Witten-Herdecke. Witten.

Kumle, B.; Merz, S.; Mittmann, A.; Pin, M.; Brokmann, J. C.; Gröning, I.; Biermann, H.; Michael, M.; Böhm, L.; Wolters, S. & Bernhard, M. (2019). Nichttraumatologisches Schockraummanagement. *Notfall + Rettungsmedizin*, 22(5), 402–414. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0613-1>.

Michael, M.; Al Agha, S.; Böhm, L. et al. (2023). Alters- und geschlechtsbezogene Verteilung von Zuführung, Ersteinschätzung, Entlassart und Verweildauer in der zentralen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* 26, 39-48. <https://doi.org/10.1007/s10049-021-00895-9>.

Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert am 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754).

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf.

Tarifvertrag Entlastung (TV-E) an den Universitätskliniken des Landes NRW (2022). Verfügbar unter: <https://vlukm.blog.muenster.org/tarifvertrag-entlastung/>.

Tarifvertrag Pro Personal Vivantes (TV PPV) (2021). Verfügbar unter: <https://berliner-krankenhausbewegung.de/wp-content/uploads/2022/02/20220118TV-Pro-Personal-Vivantes-inkl-Anlagen-unterzeichnet.pdf>.

Expert*innenpapier „Personalbesetzung Notaufnahme“

Berlin, 23. Juni 2023

Fachkommission PPR 2.0
Expert*innen der Unterarbeitsgruppe Intensiv- und Notfallpflege

Ansprechpartnerin:

Sandra Mehmecke

Wissenschaftliche Leiterin der Fachkommission PPR 2.0 des Deutschen Pflegerates e.V.

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

Fax: + 49 30/ 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de