Qualitätssicherung in der Notfallpflege

Weiterbildung in Deutschland Eine suffiziente Versorgung medizinischer Notfälle kann nur interprofessionell erfolgen. Die Notaufnahme ist dabei die zentrale Schnittstelle zwischen präklinischem und klinischem Sektor. Eine besondere Herausforderung liegt in der gemeinsamen Arbeit und der Notwendigkeit, bei unsicherer Faktenlage zeitkritische Entscheidungen zu treffen. Die Notfallversorgung erfordert daher von Pflegekräften ein hohes Qualifikations- und Kompetenzniveau. ✎ Mareen Machner

ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der Patienten und Patientinnen, die in einer Notaufnahme vorstellig werden, steigt, Schätzungen zufolge, um 4–8% jährlich. Die behandelten Krankheitsbilder sind vielfältig, umfassen alle Fachdisziplinen und reichen von leichten Beschwerden bis hin zu akut lebensbedrohlichen Erkrankungen. Pflegende und Ärzte versorgen die Menschen in interprofessionellen Teams rund um die Uhr. Auch aufgrund veränderter Anforderungsprofile ist eine fortschreitende Qualifizierung der Pflegenden und eine Spezialisierung des Pflegeberufes für die Akut- und Notfallmedizin unverzichtbar. Es ist dringend erforderlich, notfallrelevante Kompetenzen im Lehrplan des Pflegeberufegesetzes (PflBG) und im Krankenpflegegesetz zu verankern und eine einheitliche Fachweiterbildung zu etablieren.

Schlüsselwörter: Notfallversorgung, G-BA-Beschluss, Patientensicherheit, Ausbildungsqualität, Fachweiterbildung

Die Notfallpflege (NP) als Teil der interdisziplinären Notfallversorgung ist in den letzten Jahren zunehmend in den wissenschaftlichen und berufspolitischen Fokus gerückt. Pflegende versorgen rund um die Uhr in interdisziplinären und interprofessionellen Teams Patientinnen und Patienten, die sich in einer Notfall- oder Akutsituation in eine Klinik begeben. Nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) waren 2018 insgesamt 1.748 Akutkrankenhäuser an der Notfallversorgung beteiligt (Machner et al. 2020). Schätzungen der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft (DKG) zufolge suchen jährlich ca. 21 Millionen Patienten in Deutschland Notaufnahmen auf, was ca. 70% aller Patienten entspricht, die jährlich in einem Krankenhaus vorstellig werden (Machner et al. 2017). Die dabei in der Notfallmedizin behandelten Krankheitsbilder sind vielfältig und umfassen eine Bandbreite aus allen Fachdisziplinen von leichten Beschwerden bis hin zu akut lebensbedrohlichen Erkrankungen. Vor dem Hintergrund der Reduzierung alternativer ambulanter Versorgungsstrukturen und der Umgestaltung der prähospitalen Notfallversorgung sowie der Zunahme der Prävalenzen chronischer Krankheiten und Multimorbidität aufgrund des demografischen Wandels wird von einer jährlichen Steigerung der Fallzahlen von 4–8% ausgegangen (Hautz et al. 2016; Machner et al. 2017). Diese hohen Zahlen belegen die zentrale und zugleich vulnerable Rolle der Notaufnahme in der Versorgung akuter medizinischer Notfälle. Eine besondere Herausforderung liegt dabei in der gemeinsamen Arbeit verschiedener Professionen und der Notwendigkeit, bei unsicherer Faktenlage zeitkritische Entscheidungen zu treffen (Hautz et al. 2016; Machner et al. 2017; Reeves 2016; Riessen et al. 2015).

Auch aufgrund veränderter Anforderungsprofile in der Notfallversorgung, beispielsweise durch zunehmende Technisierung und demographischen Wandel (Riessen et al. 2015), kommt es zu einem fortschreitenden Qualifizierungsbedarf der Pflegenden für die Akut- und Notfallmedizin (Machner et al. 2017, 2020). Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinärer Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.) definiert die Anforderungen an die Notfallpflege als variierende Pflegesituationen mit unterschiedlichen Patienten- sowie Altersgruppen und einem nicht planbaren Aufkommen von Patienten unter zeitkritischen Faktoren (DGINA 2017; Machner et al. 2017, 2020).

Dennoch werden die notfallrelevanten Kompetenzen im Lehrplan des Pflegeberufegesetzes (PflBG) sowie davor im Krankenpflegegesetz nicht berücksichtigt. Dies wäre aber nötig, um anschlie-

Bei unsicherer Faktenlage kritische Entscheidungen treffen:
Alltag in der Notaufnahme.

ßend den hohen Anforderungen des Tätigkeitsfelds der zentralen Notaufnahme gerecht werden zu können (PflBG 2020, Machner et al. 2017).

Anforderungen an Weiterbildungen in Deutschland

Ein Marker für die Professionalisierung des Pflegeberufes sind die Aus- und Weiterbildungen (Tab. 1) in der Krankenpflege, die sich in Deutschland aufgrund der föderalen Strukturen sehr unterschiedlich entwickelt haben. Sowohl einzelne Lerninhalte als auch der zeitliche Umfang der Bildungsmaßnahmen und die zu erwerbenden Bildungsabschlüsse variieren je nach Bundesland. Dennoch besteht kein Zweifel daran, dass die andauernde Weiterentwicklung der Medizin auch eine Spezialisierung des Pflegeberufes erfordert. Vor diesem Hintergrund haben sich entsprechend spezifische Fachweiterbildungen (FWB) etabliert. Ein prominentes Beispiel ist die FWB für Anästhesie- und Intensivpflege, die der NP in mehreren Aspekten ähnelt. Unterschiede bestehen im Fehlen der leitensymptom-orientierten Pflegepraxis und der Herangehensweise bei initial nicht bekannten Diagnosen von Patienten in der Notfallpflege (Machner et al. 2017; Riessen et al. 2015; Wedler et al. 2016).

Erste Initiativen für ein einheitliches pflegerisches Weiterbildungssystem gingen von der DKG am 25. Mai 1973 aus. Die DKG empfiehlt, ohne selbst Bildungsinstanz zu sein, bundesweit ein Mindestmaß von 720 Stunden Unterricht. Das Land Berlin beispielsweise unterliegt seit 1979 einer staatlichen Regelung für Medizinalfachberufe, die sich in ihrer Stundenanzahl nur marginal von den DKG-Empfehlungen unterscheidet (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019; Engelen-Kefer et al. 2017; Machner et al. 2017). Diese Heterogenität der rechtlichen Rahmenbedingungen spiegeln auch die vorhandenen Angebote unter anderem der AG Pflege DGINA, des Deutscher Berufsverbandes für Pflegeberufe sowie von Modellprojekten unter anderem in Baden-Württemberg für die NP wider, weil sie ihre Bildungsangebote auf ein uneinheitliches und

Tab. 1: Entwicklung der Notfallpflege in Deutschland

2004	Start der Fortbildung ERNA (bis 2016)
2008	Start der Fortbildung NENA (bis 2012)
2014	Veröffentlichung Curriculum der DGINA für FWB Notfallpflege
2014	Inkrafttreten der landesrechtlichen Anerkennung mit staatlichem Abschluss FWB Notfallpflege, Charité Berlin
2016	Inkrafttreten der DKG-Empfehlung für FWB Notfallpflege
2018	Verankerung der FWB Notfallpflege im GBA-Beschluss: „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“

zu geringes Stundenvolumen bezogen. Des Weiteren wurden strukturelle Vorgaben im Rahmen des Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) (**Kasten**), die im Zuge der Akademisierung des Pflegeberufes gefordert werden, nicht berücksichtigt (Lehmann et al. 2019; Robert Bosch Stiftung 2018).

Einheitliche Rahmenbedingungen in der FWB sind notwendig, um Pflegenden eine höhere Beweglichkeit, Transparenz und Flexibilität im nationalen und internationalen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Mit diesem Desiderat in der Ausbildung sowie dem Fehlen an weiterführenden Qualifizierungsangeboten für die Notaufnahmen nimmt Deutschland eine Schlusslichtposition im internationalen Vergleich ein. Das deutsche Gesundheitssystem steht international für eine hohe Versorgungsqualität, erfüllt aber in der Aus- und Weiterbildung nicht die internationalen Standards. Dennoch ist eine Zunahme zum aktuellen Stand der Fachweiterbildungen zu registrieren. Dabei besteht Konsens über die Notwendigkeit einer

EUROPÄISCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN (EQR)

Der EQR dient der Einordnung der einzelnen beruflichen Qualifikationen auf der Grundlage des Bologna-Kopenhagen-Prozesses. Er dient als Instrument bzw. Übersetzungshilfe für die Prüfung gleichwertiger Qualifikationen in den europäischen Mitgliedsstaaten. Das Kernstück des EQR bilden acht Referenzniveaus, die Lernergebnisse beschreiben: was müssen Lernende wissen, verstehen und tun können. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) leitet sich vom EQR ab. Im DQR bezeichnet der Kompetenzbegriff die nachgewiesene Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen. Die Handlungskompetenz bezieht sich auf die Bereitschaft und Befähigung, diese umzusetzen. Durch die Kopplung des DQR am EQR können erlangte Qualifikationen in der Berufs- und Hochschulbildung in Deutschland und Europa verglichen werden.

(Lehmann et al. 2019)

Stärkung der NP durch eine Weiterbildung sowie eine Empfehlung der Stakeholder in Deutschland (Machner et al. 2020; Wedler et al. 2018).

Eine besondere Herausforderung für die flächendeckende Einführung einer FWB Notfallpflege sind die föderalen Strukturen. Neben der landesrechtlichen Regelung in Bremen und Berlin (2016) verfügt der Großteil der Bundesländer seit dem 01.01.2017 über eine Empfehlung der DKG zur Weiterbildung NP.

Qualitätssicherung der Notfallpflege durch den G-BA-Beschluss

Auch der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) reagierte auf die veränderte Situation der Notaufnahmen und des dort arbeitenden Personals. Die Neustrukturierung der Notfallversorgung (**Abb. 1, e-only**) wurde auf Basis des Krankenhausstrukturgesetzes durch den G-BA am 19.04.2018 beschlossen und ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger verbindlich. Entscheidend ist im G-BA Beschluss in diesem Zusammenhang die Verankerung des § 9 für die NP. Unter § 9, Abs. 2 ist beschrieben, dass eine Pflegendende in der Notaufnahme über die Qualifikation Notfallpflege verfügen muss, sobald die jeweilige Qualifikationsmöglichkeit in dem Bundesland vorliegt. Diese weitergebildete Notfallpflegendende muss im Bedarfsfall der Notaufnahme zur Verfügung stehen, was im Bereich der Akut- und Notfallmedizin eine Verfügbarkeit rund um die Uhr impliziert. Dennoch gibt es aktuell keinen Konsens darüber, ob sich diese Empfehlung auf eine Person pro Schicht oder pro Bereich bezieht. Der G-BA-Beschluss und dessen Vorgaben müssen bis spätestens fünf Jahren nach Verfügbarkeit der WBNP in dem entsprechenden Land erfüllt sein. Speziell für den Qualifizierungsbereich Notfallpflege errechnet sich ein deutliches Defizit zwischen qualifiziert ausgebildetem Personal und der aktuellen Situation (Mach-

ner et al. 2020). Ausgehend von 1.748 Akutkrankenhäusern und einer nach G-BA Beschluss geforderten Verfügbarkeit von je einer Person mit abgeschlossener Fachweiterbildung pro Notaufnahme, errechnet sich nach der Arbeitsplatzmethode ein Personalbedarf je Notaufnahme von ca. 5,5 Vollzeitkräften (1 Arbeitsplatz * 24 Stunden * 365 Tagen : 1.600 Nettojahresarbeitszeit = 5,5 VK) (Notz, 2019).

Weiterentwicklung: Gestuftes System

Im Dezember 2018 legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Eckpunkte zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vor. Seit Jahren sind Krankenhäuser mit der Realität konfrontiert, dass viele Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen (Overcrowding), obwohl sie innerhalb der ambulanten Notfallversorgung behandelt werden könnten. Für die stationäre Versorgung folgte durch den G-BA eine Empfehlung für ein gestuftes System von Notfallstrukturen (**Tab. 2**) nach § 136c Abs. 4 SBG V. Das System sieht drei Stufen für die Teilnahme an der Notfallversorgung vor:

- Stufe I: Basisnotfallversorgung
- Stufe II: Erweiterte Notfallversorgung
- Stufe III: Umfassende Notfallversorgung

Im Fokus der Weiterentwicklung stehen innersektorale Aspekte wie die Verbesserung der Ressourcen, die Festlegung von Qualitätskriterien in der Patientenversorgung (Ersteinschätzung mit definierter Zielzeit) und die Qualifikationen für das dort arbeitende Personal. Das Gesetz soll dafür sorgen, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiter zu entwickeln (Machner et al. 2020, G-BA 2018). Ziel der engeren Verzahnung sind eine bessere Orientierung für Patienten, kürzere Wartezeiten sowie eine gemeinsame interprofessionelle Zusammenarbeit, um eine höhere Gesamtqualität der Notfallversorgung zu gewährleisten.

Auswirkungen durch das G-BA-Gutachten

Die Politik erkannte den Spezialisierungs- und Qualifizierungsbedarf für die Notaufnahmen und das dort arbeitende pflegerische Personal und überraschte 2018 mit dem G-BA-Beschluss für ein gestuftes Notfallsystem, der unter § 9 Abs. 2 eine flächendeckende Qualifizierung unter anderem in der Notfallpflege festgelegt hat (Machner et al. 2020). Diese Verankerung ermöglichte einen Perspektivwechsel für die Notfallpflege hin zu einem besseren Professionalisierungsverständnis.

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität, Sicherheit und Effizienz bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist qualifiziertes Personal mit entsprechenden Weiterbildungen für den Bereich der klinischen Akut- und Notfallmedizin notwendig, um interprofessionelle Schlüsselkompetenzen erwerben zu können. Dafür wurden notwendige politische Rahmenbedingungen geschaffen. Seit 2018 ist ein deutlicher Anstieg im Zusammenhang mit den politischen Entwicklungen zu sehen (**Abb. 1, e-only**).

Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken

Neben der Weiterentwicklung der intersektoralen Verbesserung durch ein gestuftes Notfallsystem vor dem Hintergrund der Pati-

Tab. 2: Kriterien der Notfallstufen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Zentrale Notaufnahme (3 Jahre Frist)	Notfallversorgung findet in einer zentralen Notaufnahme am Standort statt. Der Zugang ist grundsätzlich barrierefrei. Triage und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten.		
		Beobachtungsstation mit mindestens 6 Betten.	
Fachabteilungen	Chirurgie / Unfallchirurgie und Innere Medizin	+ 4 Fachabteilungen aus festgelegten Kategorien.	+ 7 Fachabteilungen aus festgelegten Kategorien.
Medizinisch-Technische Ausstattung	CT 24/7 verfügbar (Kooperationen möglich), Schockraum	+ MRT und Primärdiagnostik eines Schlaganfalls und Möglichkeiten zur Einleitung einer Initialtherapie und Notfallendoskopische Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt und PCI	
		Hubschrauberlandeplatz (ggf. mit Zwischentransport)	Hubschrauberlandeplatz ohne Zwischentransport
Intensivmedizin	6 Intensivbetten davon 3 Beatmungsbetten	10 Beatmungsbetten	20 Beatmungsbetten
		Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Minuten auch für beatmungspflichtige Patienten	
Personalvorgaben	Je Fachabteilung ein angestellter Facharzt sowie jeweils ein Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie 24/7 innerhalb von max. 30 Minuten am Patienten verfügbar. Verantwortlicher Arzt und Pflegekraft für die Notfallversorgung benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind.		

entsicherheit, nimmt die Ausbildungsqualität in Deutschland einen marginalen Stellenwert in der Sozialisation für Health Professionals ein. Dem Wunsch nach Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit steht ein System mit sogenannten „Ausbildungssilos“ in Deutschland gegenüber.

Besonders die interprofessionelle Zusammenarbeit ist vor dem Hintergrund des Zusammenspiels in Ad-hoc-Teams seit den letzten Jahrzehnten als relevant für die Akut- und Notfallmedizin erkannt worden. Neben Ärztinnen und Ärzten agieren hier Notfallpflegende und Notfallsanitäterinnen und -sanitäter gemeinsam in interprofessionellen Teams (Eisenmann et al. 2018; Hautz et al. 2016; Reeves 2016). Dabei wird das Auftreten medizinischer Fehler mit einer hohen Inzidenz beschrieben, wobei die möglichen Folgen die Sicherheit der Patienten gefährden können (de Vries et al. 2008). Hautz und Kollegen zufolge treten medizinische Fehler in Notaufnahmen doppelt so häufig auf und sind vor allem im Bereich der „human factors“ und bei der Medikation weit verbreitet (Euteneier 2015; Hautz et al. 2016). Vor diesem Hintergrund sollten die prospektiven Empfehlungen für die intersektorale Neustrukturierung der Notfallversorgung nicht ausschließlich monetär fokussiert und Aspekte wie „Learning together to work together“ (WHO 1988) berücksichtigt werden.

►►

FAZIT

Der Bedarf zur Professionalisierung der Notfallpflege ist bei den Stakeholdern erkannt. Der G-BA Beschluss schafft Qualitätskriterien zur Regelung der Notfallversorgung.

Aus- und Weiterbildungskonzepte für den Hochsicherheitsbereich Notfallpflege sind weiter zu entwickeln, um die Handlungssicherheit zu erhöhen.

Durch eine Zentralisierung der ambulanten Basisversorgung kann die effektive Patientensteuerung an die Krankenhäuser verbessert werden.

Die umfangreiche Literaturliste finden Sie im eMagazin der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de

Abb. 1 „Weiterbildungsangebote Notfallpflege“ finden Sie im eMagazin der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de

Autorenkontakt:

Dr. rer. medic. Mareen Machner, M.Sc., Prodekanat für Studium und Lehre, Wissenschaftliche Leitung Lernzentrum an der Charité, Berlin
E-Mail: mareen.machner@charite.de