

Grundlagen

Uwe Hecker, Eric Meier

U. Hecker, E. Meier, *Unterwegs im Krankenhaus – Pflegerische Aufgaben beim Patiententransport (Top im Gesundheitsjob)*, DOI 10.1007/978-3-662-53192-1_2

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

2.1 Patiententransport

Der Patiententransport kann im Allgemeinen klar definiert werden. Ein Transport ist »der Vorgang, bei dem Waren oder Personen auf einem bestimmten Weg mit einem Fahrzeug von einem Ort zu einem bestimmten Ziel gebracht werden.« Der innerklinische Transport (Intrahospitaltransport) von Patienten ist folglich der Vorgang, bei dem Personen (Patienten) auf einem bestimmten Weg (innerhalb der Klinik) mit einem Fahrzeug (Bett, Rollstuhl, etc.) von einem Ort (z. B. Station) zu einem bestimmten Ziel (z. B. CT, Röntgen) gebracht werden.

Die Beschreibung des Patiententransports ist damit aber nicht abgegolten. Im Krankenhaus finden tagtäglich enorm viele Transporte von Patienten statt, welche zu differenzieren sind. Diese Unterscheidung ist insbesondere für das Personal, das den Transport vorbereitet, durchführt und nachbereitet wichtig. Grundlegend können Transporte in einer Klinik folgendermaßen unterteilt werden:

- Transporte zwischen Normalstationen,
- Transporte von Normalstation zu Diagnostik bzw. Intervention / OP und zurück,

- Transporte zwischen Überwachungsstationen (IMC/ICU),
- Transporte von IMC bzw. ICU zu Diagnostik, Intervention oder OP und zurück,
- Transporte von IMC bzw. ICU auf Normalstation sowie
- Transporte von Normalstation in den Überwachungsbereich.

Der Vollständigkeit halber ist aber darauf hinzuweisen, dass es auch vielfältige Transporte außerhalb einer Klinik gibt, die ebenso eine Konsequenz auf die Arbeit des betreuenden Pflegepersonals haben. Diese sog. Interhospitaltransporte werden in diesem Buch jedoch nicht beschrieben; es wird ausschließlich die Rolle der Pflegekraft im innerklinischen Patiententransport dargelegt.

2.2 Personalauswahl

2.2.1 Grundlagen der Personalauswahl

Prinzipiell kann gesagt werden, dass der Transport Folge einer ärztlichen Anordnung ist. Ohne geplante Diagnostik, Intervention oder Operation findet kein Patiententransport statt. Auch bei Verlegungen zwischen verschiedenen Stationen und in Bezug auf die Versorgungsintensität (Normalstation, IMC, ICU) findet ein Transport nur nach ärztlicher Anordnung oder Rücksprache statt. Somit besteht ärztlicherseits die Verpflichtung Risiken und Nutzen eines Transports gegenüberzustellen. Dies entbindet die Pflegekraft jedoch nicht davon, bei Zweifeln an der Indikation oder Risikoabwägung, diese entsprechend zu kommunizieren.

Personal mit geringer Qualifikation

Oftmals werden im Transportdienst Personen eingesetzt, welche weder eine medizinische noch pflegerische Ausbildung haben. Regelhaft werden diese nur als »Betten-schieber« eingesetzt, transportieren jedoch auch Patienten innerhalb einer Klinik. Diese Personen sind oftmals weder ausgebildet noch geschult, die Patientensituation zu erkennen oder entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

- **Wir, die Autoren, lehnen es grundsätzlich ab, Patienten unabhängig ihres Gesundheitszustands von einem »Bettenfahrer« ohne jegliche Qualifikation transportieren zu lassen. Dies gilt insbesondere für bereits prämedizierte Patienten in den Operationsbereich, IMC- und Intensivpatienten.**

Welche Patienten durch einen Transportdienst mit geringfügig qualifiziertem Personal transportiert werden können, wird in den nächsten Abschnitten näher erläutert.

Auch **FSJ'ler** und Personen im Bundesfreiwilligen Dienst (**BuFDi**) sind als unqualifiziertes Personal für einen Patiententransport anzusehen. Sie erhalten meist nur eine Einarbeitung in die Stationsabläufe und arbeiten am Patienten in der Regel nur unter Aufsicht einer examinierten Pflegeperson. Von daher sollten von diesem Personenkreis nur »fitte und stabile Patienten« begleitet werden, die unter normalen Umständen, den Transport zu Fuß durchführen können.

Oh, der Knöchel ...

Marko, 23 Jahre, ist beim Kicken auf der Neckarwiese in Heidelberg am Samstagvormittag umgeknickt. Im Laufe des Nachmittags schwillt der Fuß immer mehr an und Marko lässt sich von seiner Freundin in die chirurgische Notaufnahme der Uniklinik fahren. Dort wird er nach einer ersten Untersuchung vom FSJ'ler zum Röntgen gefahren.

Krankenpflegeschüler sind ohne entsprechende Aufsicht und Einarbeitung nur bedingt zum Patiententransport geeignet. Krankenpflegeschüler sollte während der praktischen Ausbildung auf Station dringend an die Tätigkeiten im Patiententransport herangeführt werden. Ebenso sollte eine strukturierte Einarbeitung in diesem Bereich erfolgen, um die Krankenpflegeschüler für die Tätigkeiten als examinierte Pflegekräfte zu schulen.

Nachfolgend stellen wir daher verschiedenste Mindestqualifikationen vor.

■ Pflegediensthelfer

Diese Ausbildung findet in Form eines 4- bis 6-wöchigen Lehrgangs statt, der bereits seit vielen Jahren von verschiedenen Hilfsorganisationen, etwa dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) oder dem Malteser Hilfsdienst (MHD), angeboten wird. Der Lehrgang besteht im Prinzip aus zwei Teilen: Nach einem theoretischen Block von mehreren Wochen (Gesamtstundenzahl ca. 80–150) findet im Anschluss daran oder begleitend ein Praktikum, meist in einer Altenpflegeeinrichtung, statt. Inhalt der Ausbildung ist die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten in der Grundpflege, Verbände, Erste Hilfe, Lagerung im Krankenbett, Essen anreichen, Körperpflege im Bett u. ä. Von den 120 Stunden des Lehrgangs werden 55 Stunden im Lehrsaal praktisch geübt.

Das Pflegepraktikum umfasst in Vollzeit etwa 14 Tage, um die erlernten Handgriffe in der Praxis zu festigen. Die Prüfungen werden sehr unterschiedlich gehandhabt und unterliegen verbandsinternen Regelungen.

Bei Arbeitslosen werden die Lehrgangsgebühren in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) oft von der Bundesagentur für Arbeit als »Orientierungsmaßnahme« übernommen, um die Eignung für einen Pflegeberuf festzustellen (Stand: 2006). Es ist auch durchaus denkbar, solche

Kurse als Krankenhaus anzubieten, um zum einen Personal für diese Aufgabe zu gewinnen, oder Angehörige auf die Pflege daheim im Rahmen eines Entlassungsmanagements des Patienten vorzubereiten. Ebenso ist es vorstellbar Mitarbeiter des FSJ oder BufDis mit solchen Lehrgängen zu qualifizieren.

Diese Lehrgänge sind eine »Basisqualifikation« für die Gesundheitsfachberufe. Sie bieten ein ideales Sprungbrett in die Berufswelt der Pflege und Medizin, weil die damit verbundenen Hilfstätigkeiten einen Einblick in die angestrebten Berufe erlauben.

■ **Rettungshelfer (RH) und Rettungssanitäter (RS)**

Der Lehrgang richtet sich nach den »Grundsätzen zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst« des Bund-Länder-Ausschusses »Rettungswesen« vom 20.09.1977. Er ist in den meisten Bundesländern in seinem Umfang durch die Nennung in den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen geregelt, nicht jedoch durch ein Bundesgesetz! Der Rettungssanitäterlehrgang stellt im Vergleich zur Rettungsassistentenausbildung keine abgeschlossene Berufsausbildung dar. Angeboten wird der Lehrgang von nahezu allen großen Hilfsorganisationen und privaten Rettungsdienstschulen. Er umfasst 520 Stunden und gliedert sich in vier Teile. Der Rettungshelferlehrgang ist auf 340 Stunden verkürzt.

- Zunächst werden in 160 Stunden theoretische Grundlagen vermittelt. Sie behandeln Inhalte aus den Bereichen Anatomie und Physiologie, allgemeine Krankheitslehre und Maßnahmen der Notfallmedizin. Spezielle Notfallkenntnisse zu wichtigsten Fachgebieten (innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Pädiatrie etc.) runden die medizinische Qualifikation ab. Darüber hinaus werden weitere Themen zur Struktur des Rettungsdienstes sowie rechtliche und technische Inhalte gelehrt. Praktische Trainingsein-

heiten der Notfalltechniken sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung.

- Weitere 160 Stunden entfallen auf ein klinisches Praktikum, das in den Bereichen Notfallambulanz, Intensivstation und Anästhesie zu absolvieren ist. Es dient dazu, die praktischen Fähigkeiten wie das Vorbereiten einer Infusion, Assistenz bei der Intubation, Umgang mit Medikamenten, Patientenüberwachung, (klinische) Patientendokumentation etc. zu vermitteln und zu festigen.
- Ebenso erfolgt ein 160-stündiges Praktikum im Rettungsdienst und Krankentransport.
- Als letzter Teil der Ausbildung folgt ein Abschlusslehrgang im Umfang von 40 Stunden mit anschließender Prüfung mit schriftlichen, mündlichen und praktischen Teilen. Dieser entfällt beim Rettungshelfer.

■ **Altenpflegehelfer (APH)**

Die Berufsbezeichnung in der Altenpflegehilfe ist nur in den Bundesländern Hessen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ein per Landesgesetz geregelter Gesundheitsfachberuf mit einjähriger Ausbildung. Die Qualifikation zielt darauf in stationären Einrichtungen (z. B. Alten- und Pflegeheim, Krankenhaus), in teilstationären Einrichtungen (z. B. Tagespflegeheim) oder ambulanten Pflegediensten tätig werden zu können. Sie unterstützen die examinierten Fachkräfte bei der Pflege und Betreuung kranker, pflegebedürftiger und bzw. oder behinderter alter Menschen. Die Lernbereiche vermitteln Wissen aus den Bereichen Alten- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychiatrie, Arzneimittellehre, Gerontologie, Aktivierung und Rehabilitation, Berufs- und Rechtskunde. Die Ausbildung erfolgt in enger Kooperation zwischen Schule und Praxis. Die einjährige Ausbildung besteht aus 700 (in Hessen), 750 (in Nordrhein-Westfalen) oder 720 (Baden-Württemberg)

theoretischen und fachpraktischen Unterrichtsstunden an einer Altenpflegeschule sowie 900 (Baden-Württemberg: 850) praktische Ausbildungsstunden. Sie schließt mit einer staatlichen Prüfung und staatlichen Anerkennung durch die zuständige Behörde (Regierungspräsidium bzw. Bezirksregierung) ab.

■ **Gesundheits- und Krankenpflegehelfer**

Ebenso wie der Altenpflegehelfer ist auch der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer oder staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer ein auf landesrechtliche Ebene seit 2004 geregelter Gesundheitsfachberuf, jedoch mit zweijähriger Ausbildungsdauer. Zuvor war die Ausbildung durch das Krankenpflegegesetz bundeseinheitlich geregelt. Pflegehelfer übernehmen Pflegetätigkeiten in Eigenverantwortung oder in Absprache mit den Pflegefachkräften, v. a. im Bereich der Grundpflege. Hierzu gehören Aufgaben wie die Lagerung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, den Toilettengang, Begleitung, Körperpflege, Richten der Betten sowie Schreibarbeiten, Dokumentation, Beschäftigungsangebote, hauswirtschaftliche Hilfe und Hygiene.

Die zweijährige Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Versorgung der Kranken sowie die damit verbundenen hauswirtschaftlichen und sonstigen Assistenzaufgaben in Stations-, Funktions- und sonstigen Bereichen des Gesundheitswesens vermitteln (Ausbildungsziel). Die Ausbildung umfasst in der Regel über 500 Stunden theoretische Ausbildung und über 1.100 Stunden praktische Ausbildung in einer Klinik. Am Ende der Ausbildung findet eine praktische und mündliche Abschlussprüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuss statt.

Solche Gesetze gibt es in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt. In den

Bundesländern Hessen und Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2006 eine einjährige Berufsausbildung zum »staatlich anerkannten Altenpflegehelfer«. Die Ausbildung entspricht im Wesentlichen der Ausbildung zum Krankenpflegehelfer.

In jedem Fall ist die Berufsbezeichnung geschützt und bundesweit anerkannt, d. h., auch in den Bundesländern, in denen keine Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung angeboten wird, können Krankenpflegehelfer tätig werden.

- **Unabhängig der Qualifikation des Personals sollte im Rahmen der Einarbeitung in der Klinik und in jährlicher Wiederholung den Mitarbeitern eines Patiententransportdiensts eine Schulung der Herz-Lungen-Wiederbelebung (Basic-Life-Support, BLS) verpflichtend angeboten werden.**

Qualifiziertes Personal

Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wird im Rahmen der Ausbildung darauf vorbereitet, den Gesundheitszustand des Patienten einzuschätzen und zu kontrollieren. Gleiches gilt für Rettungsassistenten (RettAss) und Notfallsanitäter (NotSan). Alle drei Berufsbilder stellen außerdem Berufsausbildungen dar, die mit einer Staatsprüfung enden und somit bundeseinheitlich geregelt sind.

Für einen Transport ist es wesentlich den Patienten auf seinen Zustand hinsichtlich der Vitalwerte, der Neurologie und seiner Schmerzen beurteilen zu können. Dies sind Aufgabenfelder, die durch examiniertes Personal, auch im Stationsalltag durchgeführt wird. Somit unterscheiden sich lediglich der Ort und die Situation der Durchführung.

2.2.2 Durchführung des Patienten- transports in Bezug auf die Personalkompetenz

Immer mehr Kliniken organisieren Patiententransportdienste, welche innerhalb der Klinik die Patienten transportieren. Jedoch fallen nur bestimmte Transporte unter deren Aufgabengebiet. Meist sind es Fahrten zu Untersuchungen oder Interventionen oder oftmals auch Fahrten zum OP. Wie die jeweilige Qualifikation der Mitarbeiter im Transportdienst ist, wird in sehr Praxis sehr unterschiedlich gehandhabt. Die oben genannten Ausbildungsmöglichkeiten haben die verschiedenen Qualifikationsebenen bereits beleuchtet.

Die Etablierung von solchen Transportdiensten ist v. a. aufgrund zunehmender ökonomischer Zwänge notwendig. Es ist somit wichtig, sich über die Möglichkeiten und Qualifikationen der Mitarbeiter im Transportdienst zu informieren. Oftmals werden pauschal alle Patienten einem Transportdienst zugeordnet. Bei dem Betrachten der Rechtslage fällt auf, dass es zu juristischen Problemen kommen kann, sofern Komplikationen oder Schäden auftreten. Die führenden Fachgesellschaften verlangen nicht mehr, dass ein Patient ausschließlich durch examinierte Pflegekräfte transportiert und begleitet wird. Von daher muss diese Entscheidung, ob ein Patient durch einen geringfügig qualifizierten Transportdienst oder eine examinierte Pflegekraft transportiert wird, von Fall zu Fall neu entschieden werden. Ausnahme bildet hierbei der Intensivtransport. Dieser ist, wie im ► Kap. 11 beschrieben, zwingend von examinierten Pflegekräfte und entsprechenden Ärzten zu begleiten, hier spielen die Mitarbeiter eines Transportdienstes nur ein untergeordnete Rolle. Ebenso können die nachfolgenden Beschreibungen auch nicht auf besondere Patientengruppen, wie z. B. Kinder übertragen werden.

Patienten welche zu einer Operation transportiert werden sollen und prämediziert sind, bedürfen einer situationsgerechten Betreuung und Überwachung. Es kann jedoch nicht pauschalisiert gesagt werden, dass jeder Patient mit Prämedikation nur durch examiniertes Personal transportiert werden darf. Es gilt jeden Fall individuell abzuwägen. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Patienten mit einem höheren Risiko an Komplikationen, bedingt durch ihre Grunderkrankung, von entsprechend qualifiziertem Personal transportiert werden sollten. Gleiches gilt bei Patienten, welche durch die Prämedikation bewusstseinseingetrübt sind. Alle anderen Patienten können unter der Voraussetzung, dass das Transportteam frühzeitig Probleme erkennt und lebensrettende Sofortmaßnahmen einleiten kann, bis ein entsprechendes Notfallteam vor Ort ist, von Mitarbeitern des Transportdienstes zu einer Operation gebracht werden.

2.3 Patientenvorbereitung

Wichtigster Punkt in der Transportvorbereitung ist zweifelsofre die frühzeitige Information des Patienten. Unabhängig der Indikation hierzu ist der Patient zu den Maßnahmen einer Untersuchung oder Operation mindestens 24 Stunden vorher aufzuklären, um die Möglichkeit zu erhalten, dieser Maßnahme zuzustimmen und mit sich selbst und seinen Angehörigen auszumachen und zu besprechen. Dies bildet gleichzeitig die Grundlage der Vertrauensbasis von der sowohl der Patient als auch das therapeutische Team profitieren.

Zu den allgemeinen Vorbereitungsmaßnahmen zählen auch all diejenigen, die der Patientensicherheit dienen. Hierzu gehört auch ein Screening, das die nachfolgend genannten Punkte beinhalten sollte und als Entscheidungshilfe dient, ob der Transport durch geringfügig qualifiziertes Personal durchgeführt werden kann:

- Richtige Patientenidentität,
- Transportindikation,
- Transportziel,
- Patientendokumente vollständig und unterschrieben (Einwilligung, Aufklärung),
- Vitalwertkontrolle (Blutdruck stabil, keine Blutzuckerschwankungen),
- keine kreislaufunterstützenden Medikamente,
- O₂-Gabe ≤ 3 l/min,
- keine unklare Veränderung der Bewusstseinslage innerhalb der letzten 24 h,
- Mobilität gewährleistet (Patient kann beim Umlagern mithelfen).

Zusätzlich bei Patienten die zu einer Operation anstehen:

- Glasgow-Koma-Skala (GCS) ≥ 12 Punkte, dies gilt insbesondere für prämedizierte Patienten zum Transport in den OP!
- ASA-Klasse 1–3 (Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists) sowie
- keine Vorerkrankungen, die auf einen schwierigen Atemweg hinweisen.

Praxistipp

Können diese Punkte nicht zweifelsfrei positiv beantwortet werden oder besteht auch nur der Verdacht darauf, dass der Patient nach der Diagnostik direkt dem OP zugeführt wird, ist der Transport mindestens durch eine vollexaminierte Pflegekraft zu begleiten.

Ist das wirklich Herr Müller?

Herr Schulze ist als BuFDi im Klinikum Mannheim tätig und soll Herrn Müller von der Geriatrie in die Röntgenabteilung transportieren. Da Herr Schulze noch neu ist und während seiner Einarbeitung eine Screening-Checkliste erhalten hat, beginnt er diese abzuarbeiten. Nach den ersten Fragen an den Patienten, ist er sich jedoch nicht mehr sicher, ob es sich bei Herrn Müller wirklich um Herrn Müller handelt, da dieser nicht adäquat antwortet und beschließt zunächst mit der zuständigen Pflegekraft Rücksprache zu halten.

Auf die weiteren spezifischen Vorbereitungsmaßnahmen wird in den jeweiligen Kapitel Bezug genommen.

2.3.1 Transport aus dem Aufwachraum

Anders gestaltet sich der Transport vom Aufwachraum (AWR) zurück auf die Normalstation. Der im Aufwachraum diensthabende Anästhesist ist dafür verantwortlich, die Patientensituation entsprechend einzuschätzen und die Verlegungskriterien zu prüfen. In jeder Klinik ist entsprechend festzulegen, wer für den Transport zuständig ist. Oftmals ist die Station, auf welcher der Patient liegt, sowohl für die Organisation des Transportes in den OP und auch zurück auf die Station zuständig. Aus diesem Grund muss der Anästhesist des Aufwachraums dafür Sorge tragen, dass der Patient entsprechend qualifiziert transportiert wird. Auch hier kommt es auf die individuelle Patientensituation an.

Kleinere, operative Eingriffe in Lokalanästhesie können je nach Zustand und Begleiterkrankungen des Patienten auch von einem Transportdienst durchgeführt werden. Patienten nach einer Vollnarkose sollten grundsätzlich mittels qualifizierten Personals aus dem Aufwachraum auf die Normalstation transportiert werden. Zumal die betreuende

Pflegekraft eine umfassende Übergabe von dem Personal im Aufwachraum erhalten sollte, um Informationsverluste zu vermeiden (Biermann 2008).

2.3.2 Transport zu einer Untersuchung

Anders verhält es sich bei Transporten zu einer Untersuchung. Soll ein Patient lediglich einer elektiven Untersuchung unterzogen werden, kann der Transport meist durch einen Transportdienst mit geringer Qualifikation durchgeführt werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Voraussetzungen für die Untersuchung gegeben sein müssen. Diese müssen durch die zuständige Pflegekraft oder den ärztlichen Dienst vor Beginn des Transports geprüft werden. Sollte während einer solchen Maßnahme eine Sedierung des Patienten notwendig werden, ist durch den zuständigen Arzt diese Information an die Station zu geben und der Rücktransport sollte durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden.

2.3.3 Verlegung zwischen Stationen

Verlegungen zwischen Stationen sollten grundsätzlich durch die betreuende Pflegekraft durchgeführt werden. Unterstützt werden kann sie durch Bettenschieber, Krankenpflegeschüler oder Pflegehelfer. So ist sichergestellt, dass alle notwendigen pflegerischen Informationen übergeben werden. Verlegungen sollten entsprechend vorgeplant werden, um sowohl der übergebenden als auch übernehmenden Pflegekraft Zeit für die entsprechenden Vorbereitungen zu geben. Verlegungen zwischen verschiedenen Normalstationen sind in der Regel selten und benötigen einen relativ geringen Aufwand. Verlegungen zur Intensiv- oder IMC-Station

tion, insbesondere in zeitkritischen Fällen sind aufwändiger und meist unter Zeitdruck durchzuführen. Vor diesem Hintergrund werden alle notwendigen Vorbereitungen ► Kap. 8 dieses Buches näher erläutert.

2.4 Ablauf eines Patiententransports

Patiententransporte entstehen oftmals durch die Notwendigkeit einer Untersuchung, Intervention oder einer Operation. Als wichtigste Vorbereitung eines Transports ist die Information des Patienten zu nennen. Ein Patient muss frühzeitig über den geplanten Transport informiert werden, ggf. ist sein Einverständnis zu Untersuchungen einzuholen. Besondere Verhaltensweisen (z. B. Kontrastmitteleinnahme, Nahrungskarenz) sind dem Patienten frühzeitig mitzuteilen bzw. zu überwachen. Bei Transporten zu länger andauernden Untersuchungen oder Interventionen, insbesondere während der Besuchszeiten, sollten je nach Wunsch des Patienten auch die Angehörigen frühzeitig informiert werden, um so Verunsicherung vorzubeugen.

In den meisten Fällen ist eine gewisse Vorlaufzeit zum Transport vorhanden. Diese sollte dafür genutzt werden, entsprechend notwendige Vorbereitungen zu treffen. Steht ein Transportdienst in der Klinik zur Verfügung, so ist dieser frühzeitig mit dem geplanten Starttermin zu informieren.

Ist der genaue Untersuchungstermin bekannt oder wird der Patient entsprechend abgerufen, so ist der zeitliche Verzug möglichst gering zu halten. Durch »Leerlaufzeiten« in der Radiologie oder im OP kann es zu hohen finanziellen Einbußen für eine Klinik kommen. Aus diesem Grund benötigen sowohl die Pflegekräfte auf Station eine genaue Angabe der geplanten Uhrzeit, als auch eine frühzeitige Information, wenn sich dieser verschiebt. Aber auch der Transportdienst muss geplante Zeiten einhalten oder frühzeitig

darüber informieren, dass eine geplante Zeit nicht eingehalten werden kann. Eine zentrale Koordinierungsstelle für Patiententransporte innerhalb einer Klinik sollte vorhanden sein, um genau solche Zeitverzögerungen zu vermeiden.

Die reine Transportdauer ist in den meisten Kliniken pauschal definierbar. Jedoch sollte eine Kontrolle der notwendigen Materialien und Unterlagen in die Berechnung der Transportdauer mit einbezogen werden. Ist der Patient für die Diagnostik, Intervention oder Operation abgerufen und der Transportdienst entsprechend informiert, so sollte die Pflegekraft alle notwendigen Vorbereitungen treffen und Unterlagen entsprechend bereitlegen. Dann steht dem Transport des Patienten nichts mehr im Wege.

Bei Beginn des Transports sollte, sofern dieser durch einen Transportdienst durchgeführt wird, eine kurze mündliche Übergabe erfolgen, um zumindest die Patientendaten und das Transportziel abzugleichen. Erst danach sollte der Transport gestartet werden. Wäre das erfolgt, hätte BufDi Schulz aus dem Beispiel in ► Abschn. 2.3 nicht extra die Pflegekraft von Herrn Müller suchen müssen, um die Patientenidentität zu klären.

Wird der Transport durch die betreuende Pflegekraft durchgeführt, sollte auch hier aus Gründen der Patientensicherheit im Krankenhaus nochmals ein Datenabgleich durchgeführt werden.

Nach Ankunft bei der Diagnostik bzw. Intervention oder an der OP-Schleuse muss der Patient entsprechend angemeldet werden. Danach wird er in die Obhut des jeweiligen Fachbereichs übergeben. Dieser ist ab diesem Zeitpunkt für den Patienten und die Patientensicherheit zuständig.

Bevor die Diagnostik oder Intervention erfolgt, muss geklärt sein, wer für den Rücktransport des Patienten zuständig ist. Entweder wird von der Diagnostikeinrichtung der Transportdienst oder die Station des Patienten informiert. Wurde eine Intervention durchgeführt, muss zwin-

gend eine Übergabe über die Art der Intervention, Verhaltensmaßnahmen und Kontrollen durchgeführt werden. Diese müssen sowohl zwischen dem ärztlichen Dienst als auch mit der Pflege kommuniziert werden. Eine Übergabe an den unqualifizierten Transportdienst ist nicht praktikabel und kann zu Missverständnissen führen. Ein kurzes Patientenbegleitblatt mit allen notwendigen Anordnungen und Informationen kann eine mündliche Übergabe je nach Intervention teilweise ersetzen. Im Zweifel sollte nach Ankunft des Patienten auf der Station und bei weiteren Fragen eine telefonische Rücksprache gehalten werden!

Sobald der Patient wieder auf Station ist, sollte kurz eine Sichtung des Patientenzustands erfolgen. Diese umfasst sowohl die Bewusstseinslage als auch die Vitalwerte »Blutdruck« und »Puls«. In Abhängigkeit der Intervention und deren Umfang sollte auch eine Wund- und Drainageninspektion erfolgen.

2.5 Möglichkeiten des Transportes

Der Patient kann grundsätzlich durch verschiedene Arten transportiert werden. Als erstes wäre der gehende Patient zu nennen. Dies ist möglich, wenn der Patient entsprechend mobil ist und die Untersuchung weder eine Sedierung noch Analgesie erfordert. Bestes Beispiel hierfür ist das oftmals durchgeführte Röntgen des Thoraxes. Ist der Patient orientiert und entsprechend compliant, kann er zu dieser Untersuchung auch selbstständig gehen, fällt somit aber nicht unter die Begrifflichkeit des Patiententransports.

Eine weitere Möglichkeit einen Patiententransport durchzuführen ist der Transport im Sitzen mittels Rollstuhl. Dies sollte v. a. bei Patienten durchgeführt werden, die weniger mobil sind oder Verletzungen an den unteren Extremitäten haben, z. B. unserer Kicker von der Neckarwiese. Somit

wird ein sicherer und schneller Transport ermöglicht. Patiententransporte im Rollstuhl sollten immer durch Personal begleitet werden, damit der Patient bei Problemen Hilfe erhalten kann.

Die letzte Möglichkeit eines Patiententransports im Krankenhaus ist der liegende Transport im Bett oder auf einer Lafette. Dieser ist entsprechend aufwändig und benötigt zeitweise mehr als nur eine Person im Transportdienst. Hierbei sind v. a. die baulichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Nicht immer passt ein Patientenbett durch jede Tür in einem Untersuchungsraum. Manchmal ist eine Umlagerung auf eine Untersuchungsliege erforderlich. Je nach Mobilität des Patienten benötigt dieser dabei Unterstützung. Dies muss im Vorfeld bekannt und geklärt sein.

Praxistipp

Für einen Patiententransport immer die Möglichkeit mit der meisten Sicherheit wählen. Dabei die Gegebenheiten im Krankenhause (Breite von Türen, Aufzügen, etc.) beachten!

2.6 Transporttrauma

Ein Transport bedeutet unabhängig vom Patientenzustand immer Stress und Gefahren für einen Patienten. Aus diesem Grund ist es wichtig die jeweiligen Gefahren eines Transports zu kennen und diese zu verhindern. Das Transporttrauma kommt ursprünglich aus dem Interhospitaltransport und dem Rettungsdienst. Jedoch bestehen diese Gefahren auch im intrahospitalen, also innerklinischen Patiententransport. Das Transporttrauma beschreibt alle schädigenden Einwirkungen und Ereignisse, welche auf den Patienten



■ **Abb. 2.1** Transporttrauma durch Unachtsamkeit

einwirken. Diese können sowohl das subjektive Empfinden und die Gesundheit des Patienten beeinflussen.

Die Ursachen des Transporttraumas sind verschieden, von daher gilt es eine Unterteilung zwischen den verschiedenen Faktoren durchzuführen. Wichtig ist dabei zu nennen, dass alle Faktoren mit Ausnahme des Spontanverlaufs der Erkrankung beeinflussbar sind.

2.6.1 Inadäquate Transportbedingungen

Inadäquate Transportbedingungen beschreiben, wie der Name schon sagt, die Transportbedingungen. Dies kann beim Transport von IMC oder Intensivpatienten bedeuten, dass eine Überwachung nicht kontinuierlich fortgeführt wird oder die Beatmung über eine nicht dafür geeignete Art und Weise durchgeführt wird (z. B. Handbeatmungsbeutel). Ebenso ist die personelle Qualifikation zu nennen, welche zu inadäquaten Transportbedingungen führen kann. Für den

Transport von Patienten im Bereich der Normalstation kann z. B. eine falsche Transportweise genannt werden. Beispiele dafür sind z. B. der gehende Transport bei Patienten, welche die Strecke vermutlich nicht überwinden können oder ein sitzender Transport bei Patienten mit Bettruhe.

2.6.2 Missgeschicke und Zwischenfälle

Missgeschicke treten meist in spezifischen Situationen im Patiententransport auf. Dazu gehören v. a. Lagerungs- und Umlagerungsmaßnahmen, Mobilisationsmaßnahmen sowie die Benutzung von Aufzügen. Dabei ist auch ein wichtiger Fokus auf die personelle Qualifikation zu legen, denn die Missgeschicke und Zwischenfälle sind oftmals auf den Faktor »Mensch« zurückzuführen. Die Literatur beschreibt eine Häufigkeit von bis zu 35% von Missgeschicken und Zwischenfälle (Poloczek u. Madler 2000). In der Regel führt ein einzelnes Missgeschick nicht zu einer Patientenschädigung. Erst wenn dieses, z. B. durch fehlende Qualifikation, nicht rechtzeitig erkannt wird, können mehrere Missgeschicke zu einem entsprechenden Zwischenfall führen. Von daher ist auch Kontrollmechanismen ein hoher Stellenwert zuzurechnen. Die häufigsten Missgeschicke beim Patiententransport sind (Hecker 2012):

- Fehlerhafte oder unterlassene Sicherung von Patienten, Personal oder Equipment (z. B. Bett nicht gebremst abgestellt; Rollstuhl ohne Fußrasten; Perfusoren oder Infusomaten nicht gesichert),
- lückenhafte Überwachung (z. B. falsch gewählte Alarmgrenzen beim Intensivtransport; prämedizierter, somnolenter Patient einfach vor der Schleuse abgestellt),
- Fehlbedienung von Geräten (z. B. Berufsanfänger auf IMC oder ICU mit Transportrespirator; PCA oder Infusionspumpe auf Normalstation),

- Diskonnektion, Dislokation, Abknicken von Schläuchen, Drainagen, Zuleitungen und Sonden (z. B. Blasenkatheter, Infusionsnadel),
 - fehlendes Reservematerial, insbesondere bei Verlegungen von oder zur IMC bzw. ICU.
- **Kontrollmechanismen, die dafür sorgen können, dass aus einem einzelnen Missgeschick kein Zwischenfall wird, sind besonders wichtig. Aus diesem Grund ist eine gründliche und permanente Sichtung des Patienten sowie entsprechend qualifiziertes Transportpersonal von hoher Bedeutung.**

Kontrolle sollte sein

Dr. Sorglos und Frau Lustig wollen die 12-jährige intubierte Fatima von der Kinderintensivstation ins CT begleiten. Alle Unterlagen liegen zusammen mit dem Transportmonitor am Fußende des Bettes, die Beatmung ist auf das Transportbeatmungsgerät umgestöpselt worden, alle anderen Zuleitungen sind diskonnektiert – und los geht's. Im Fahrstuhl fällt Dr. Sorglos auf, dass er die Füllung der O₂-Flasche nicht kontrolliert hat und sagt das zu Frau Lustig, die dazu sagt: »Hauptsache, wir bleiben jetzt nicht im Fahrstuhl stecken.« ... Bei dem Gedanken wird Dr. Sorglos doch etwas blass um die Nase.

2.6.3 Transportstress

Transportstress tritt v. a. in Zusammenhang mit Angst, Erschütterung und Schmerzen im innerklinischen Transport auf. Auch hier gilt es, den Patiententransport auf Normalstation mit einzubeziehen, da diese patientenbezogenen Faktoren auch dort auftreten können. Dies beginnt z. B. mit Angst vor einer geplanten Operation und steigert sich während des Transports zur OP-Schleuse zunehmend. Auch Schmerzen

während des Transports vom Aufwachraum zur Normalstation und Erschütterungen z. B. beim Einfahren in den Aufzug gilt es zu beachten. Einfache Möglichkeiten zur Reduktion des Transportstresses sind z. B. Vorstellen des Transportteams sowie eine ausführliche Aufklärung über den Transport. Der Einsatz und die rechtzeitige Applikation der Prämedikation vor Operationen und ausreichende Analgesie vor geplanten Transporten bei Patienten mit Schmerzen reduzieren den Transportstress ebenso wie der sinnvolle Einsatz von Koanalgetika bei chronischen Schmerzpatienten.

Auch die Umlagerung auf einen Untersuchungstisch kann je nach Grunderkrankung zu Schmerzen führen! Für den Intensiv- und IMC-Bereich ist zu beachten, dass eine entsprechende Analgosedierung durchgeführt wird und diese über die vorhandenen Scores kontrolliert wird. Auch ein Intensivpatient ist über die entsprechenden Maßnahmen ausführlich zu informieren, auch wenn er gut sediert erscheint (Hecker 2012).

2.6.4 Spontanverlauf der Erkrankung

Unter dem Spontanverlauf der Erkrankung wird eine plötzliche Verschlechterung der Patientensituation verstanden. Diese kann nicht nur im Intensivbereich auftreten sondern auch im Bereich der Normalstation. Die Gründe für eine Verschlechterung der Patientensituation können vielfältig sein. Beispiel hierfür kann ein Kreislaufversagen aufgrund einer Hypovolämie nach Umlagerung in einen Rollstuhl sein. Ein weiteres Beispiel kann ein Transport zur Untersuchung zur Fokussuche bei präseptischen Patienten sein, die während oder nach einer Intervention septisch Einschwemmen und eine Kreislaufdepression entwickeln.

Insbesondere im Intensivbereich ist ein solcher Spontanverlauf häufig zu beobachten und erfordert schnelles und

routiniertes Eingreifen des Transportteams. Zur Verhinderung eines solchen sollten Transportindikationen frühzeitig gestellt und entsprechend organisiert vorbereitet werden! Im ► Kap. 11 wird nochmals genauer auf Transportindikationen und Risiken eingegangen. Soviel sei bereits jetzt gesagt: Zeitweise müssen auch instabile Patienten als Ultima-ratio-Lösung transportiert werden.

2.7 Organisationsprinzipien

Im Patiententransport gibt es verschiedene Organisationsprinzipien, welche hier kurz erläutert werden sollen. Sie stammen aus dem Interhospitaltransport, finden jedoch auch innerklinisch Anwendung.

Bring-Prinzip Das Bring-Prinzip beschreibt den Patiententransport dahingehend, dass der Patient von der entsprechenden Station zum Ziel gebracht wird. Dabei ist es nicht relevant, ob das Ziel nun eine andere Station, Diagnostikeinrichtung oder der OP ist. Die Station ist für die Organisation des Transports zur vorgegebenen Zeit verantwortlich.

Hol-Prinzip Dieses steht im umgekehrten Kontext zum Bring-Prinzip. Der Patient wird von der Diagnostikeinrichtung, dem OP o. ä. abgeholt und dem entsprechenden Ziel zugeführt.

Meist wird im innerklinischen Transport das Bring-Prinzip angewandt. Die zuständige Station sorgt für den Transport des Patienten zur entsprechenden Diagnostik oder Intervention oder dem OP. In seltenen Fällen wird der Patient danach entsprechend von einem anderen Bereich wieder zurückgebracht.

Praxistipp

Eine Mischung aus beiden Prinzipien ist ein zentraler Transportdienst. Dieser holt Patienten auf der Station ab und bringt sie nach erfolgter Diagnostik wieder zurück.

2.7.1 Transportorganisation aus ökonomischer Sicht

Der OP Bereich ist einer der kostenintensivsten Bereiche eines Krankenhauses, hier werden jedoch auch mitunter die größten, abrechnungsfähigen Erträge geschaffen. Aus diesem Grund ist es ein wesentliches Ziel, die Stillstands- oder Verzögerungszeiten im Operationsbereich möglichst gering zu halten.

Wichtig sind hierbei im Patiententransport genaue Zeiten zur Abgabe des Patienten einzuhalten. In einer Untersuchung der Universitätsmedizin Charité Berlin konnte festgestellt werden, dass durch eine schlechte bzw. fehlerhafte Transportorganisation und -durchführung in einigen Fällen die Freigabe zur Operation verzögert wurde. Insbesondere im Bereich des Patiententransports sollte, so die die Autoren, eine Optimierung von Prozessen stattfinden, um diese Verzögerungen möglichst gering zu halten (Unger 2008).

Dies hat weitreichende Folgen für Pflegekräfte auf Station sowie einen evtl. vorhandenen Transportdienst. Besonders für den ersten OP-Punkt auf dem Operationsplan wird in der Regel kein Abruf von Seiten der Anästhesie erfolgen. In den meisten Kliniken besteht diesbezüglich eine Regelung, dass die Patienten, welche als erstes auf dem OP-Plan stehen zu einer vorgegebenen Uhrzeit an der OP-Schleuse bereitstehen. Von daher ist eine genaue Planung der Patien-

tentransporte wichtig. Am Abend vorher sollten spätestens die Aufträge zum Patiententransport beim Transportdienst mit genauer Uhrzeit eingegangen sein. Sollte kein Transportdienst vorhanden sein, so ist der Transport dementsprechend durch die zuständige Pflegekraft durchzuführen.

Als erste Tätigkeit im Frühdienst, ggf. als letzte Tätigkeit im Nachtdienst, sollte der Patient entsprechend vorbereitet werden, sodass der Transport pünktlich starten kann. Eine rechtzeitige Gabe der Prämedikation sorgt dafür, dass diese bis zum Transportbeginn auch eine Wirkung entfalten kann. Sollte es zu Verzögerungen im Ablauf kommen (z. B. Patient nicht nüchtern oder nicht entsprechend vorbereitet) ist eine sofortige Rückmeldung an den OP-Koordinator erforderlich, um ggf. eine Änderung des OP-Plans durchführen zu können.

➤ **Sollte der Transportdienst nicht zur vereinbarten Uhrzeit anwesend sein, so sollte der Transport durch das Pflegepersonal durchgeführt werden, um Verzögerungen im OP-Ablauf zu verhindern.**

Ähnlich verhält es sich mit Transporten zu bestimmten Untersuchungen oder Interventionen. Beispiele hierfür können MRT-Untersuchungen oder Bestrahlungstermine sein. Auch hier kommt der Transportorganisation ein wesentlicher Faktor zur Verhinderung von Stillständen zu. In Zeiten knapper Finanzierung von Krankenhäusern ist es ein wesentlicher Aspekt, die vorhandenen Gerätschaften und Kapazitäten entsprechend auszunutzen, um einen maximalen Ertrag zur Finanzierung des Krankenhausbetriebs erzielen zu können.

Zur effektiven Ausnutzung der vorhandenen, kostenintensiven Gerätschaften muss der Transport des Patienten entsprechend optimal organisiert sein, um die Zeiten des Leerlaufes möglichst gering zu halten. Natürlich ist dies nicht in allen Fällen immer möglich, jedoch sollte der Fokus darauf gelegt werden.

Literatur

- Biermann E (2008) BDAktuell JUS-Letter. Anästh Intensivmed 49: 165–168
- Hecker U, Schramm C (2012) Praxis des Intensivtransportes, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- http://www.brd.nrw.de/gesundheit_soziales/sozialwesen/Ausbildung_in_der_Altenpflegehilfe1.html#wielange Abruf vom 16.03.2016.
- <http://www.lv-oldenburg.drk.de/drk170.php> Abruf vom 10.05.2016
- <https://www.malteser.de/erste-hilfe-und-pflege-kurse-buchen/schwestern-helferin-pflegediensthelfer.html> Abruf vom 10.05.2016
- <http://www.rettungsdienst-akademie.de/ausbildung/rettungssanitaeter-in/> Abruf vom 16.03.2016
- http://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_rv.html?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=34&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-AltenpflGHE2007rahmen%3Ajuris-lr00&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#docid:3207960,5,20160217 Abruf vom 16.03.2016
- <http://www.schulenuersozialeberufe.de/filerepository/RKmLW5tVKXVvZMaWLJfN.pdf> Abruf vom 16.03.2016
- Poloczek S, Madler C (2000) Transport des Intensivpatienten. Anaesthesist 48: 480–491
- Unger J, Schuster M, Bauer K et.al. (2009) Zeitverzögerung beim morgendlichen OP-Beginn. Anästhesist 58: 293–300

Unterwegs im Krankenhaus - Pflegerische Aufgaben
beim Patiententransport

Hecker, U.; Rohr, E.

2017, XIV, 221 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-53191-4