

Top im Gesundheitsjob

Uwe Hecker · Eric Meier

# Unterwegs im Krankenhaus

Pflegerische Aufgaben  
beim Patiententransport



Springer

**Top im Gesundheitsjob**

Uwe Hecker  
Eric Meier

# **Unterwegs im Krankenhaus – Pflegerische Aufgaben beim Patiententransport**

Mit 3 Abbildungen

 Springer

**Uwe Hecker**

Wiesloch, Deutschland

**Eric Meier**

Heidelberg, Deutschland

ISBN 978-3-662-53191-4 ISBN 978-3-662-53192-1 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-53192-1

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2010, 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Cartoons: Claudia Styrsky, München

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

## Vorwort

---

Sucht man im Internet nach dem Begriff »innerklinische Patiententransporte« liefert Google lediglich 1380 Ergebnisse in 0,42 Sekunden. Das ist vergleichsweise wenig, wenn nicht sogar verschwindend gering, verglichen mit anderen Suchergebnissen. Dabei werden täglich zigtausende Patienten in Krankenhäusern von A nach B transportiert. Mal handelt es sich um Verlegungen innerhalb von Normalstationen, ein anderes Mal muss ein Patient in die Diagnostik zum MRT. Einige von ihnen sind mobil und können laufen, andere wiederum sind schwerstkrank und müssen auf die Intensivstation oder unter Notfallbedingungen in den OP gebracht werden. All diesen Patiententransporten liegen Entscheidungen zu Grunde, die einerseits den Transport rechtfertigen, andererseits aber auch pflegerische Vorbereitungen bedürfen, um den Patienten mit der Maxime der notwendigen Sicherheit zu transportieren.

- Doch wie sieht ein sicherer Patiententransport aus?
- Wer darf welchen Patienten transportieren?
- Und gibt es außer der ganzen »Bettenschieberei« noch etwas zu beachten?

Die tägliche Praxis zeigt ein sehr unterschiedliches Vorgehen. In einigen Kliniken werden selbst prämedizierte Patienten von einem mehr oder weniger qualifizierten »Bettenfahrer« in den OP gebracht, wo er – nicht selten – ohne Überwachung »abgestellt« wird, um dort auf die Übernahme durch die Anästhesiepflege zu warten. Teilweise finden sich sogar innerhalb derselben Klinik unterschiedliche Vorgehensweisen, wenn diverse Abteilungen verschiedenen Organisations- und Führungsstrukturen unterliegen.

Für die Pflegenden bedeutet dies einerseits über die notwendigen Kenntnisse zu verfügen, die im Rahmen der Vorbereitungsmaßnahmen z. B. für die Diagnostik durchzuführen sind. Andererseits müssen Kenntnisse über das Transportmanagement als

solches vorherrschen, die eng mit der Logistik des jeweiligen Krankenhauses verbunden sind. Hinzu kommen grundsätzliche Fragen des Notfallmanagements und der Kommunikation.

Das vorliegende Buch möchte Ihnen deshalb helfen, Patiententransporte innerhalb der Klinik leichter und sicherer zu machen, und Ihnen und Ihren Patienten unnötige Wege ersparen. Danken möchten wir an dieser Stelle einer Reihe von Menschen, für das Überlassen diverser Manuskripte und für die Einsicht in die vielen Facharbeiten, die sich dem Thema widmen. Ohne Sie wäre dieses Buch nicht in der vorliegenden Form zustande gekommen. Unser besonderer Dank gilt Frau Birgit Trierweiler-Hauke, die den Springer-Verlag mit der Idee dieses Buches quasi zu uns gelotst hat. Ebenso möchten wir uns bei Frau Sarah Busch und Sirka Nitschmann recht herzlich bedanken, für ihre Offenheit und tatkräftige Unterstützung, die wir bei der Realisierung dieses Buches jederzeit erfahren durften, sowie bei Frau Claudia Styrsky für das Anfertigen der Cartoons.

**Uwe Hecker und Eric Meier**

Heidelberg, im Juli 2016

## Über die Autoren

---



Uwe Hecker, ist Gesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie. Seine Weiterbildung hierzu absolvierte der 42-Jährige von 2004–2006 am Universitätsklinikum Heidelberg. Die Ausbildung zum Rettungsassistenten erwarb er am damaligen Heilbronner Fachinstitut für notfallmedizinische Aus- und Fortbildung. Darüber hinaus engagierte er sich viele Jahre im Rettungsdienst des DRK Kreisverband Rhein-Neckar/Heidelberg e.V. Neben seiner eigentlichen Tätigkeit ist er als Praxisanleiter und Lehrrettungsassistent tätig. Zudem unterrichtet er in den DIVI-Kursen Intensivtransport an der Rettungsdienstschule der Johanner Unfallhilfe Ludwigshafen. Außerdem ist er Autor diverser Fachzeitschriften und Bücher.



Eric Meier, Gesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie, arbeitet seit 2010 am Universitätsklinikum Heidelberg. Seine Fachweiterbildung absolvierte der 28-Jährige von 2012–2014 in der Akademie für Gesundheitsberufe am Universitätsklinik Heidelberg. Er ist auf der interdisziplinären operativen Intensivstation mit 16 Betten beschäftigt. Seine Facharbeit widmete Eric Meier dem Transport von intensivpflichtigen Patienten. Er erhielt für diese Arbeit den 2. Platz des DGF-Nachwuchsförderpreises 2015. Ehrenamtlich engagiert er sich seit vielen Jahren bei der Feuerwehr Heidelberg.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Warum jetzt?</b> . . . . .	<b>1</b>
	<i>Uwe Hecker</i>	
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b> . . . . .	<b>3</b>
	<i>Uwe Hecker, Eric Meier</i>	
<b>2.1</b>	<b>Patiententransport</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Personalauswahl</b> . . . . .	<b>4</b>
2.2.1	Grundlagen der Personalauswahl . . . . .	4
2.2.2	Durchführung des Patiententransports in Bezug auf die Personalkompetenz . . . . .	11
<b>2.3</b>	<b>Patientenvorbereitung</b> . . . . .	<b>12</b>
2.3.1	Transport aus dem Aufwachraum . . . . .	14
2.3.2	Transport zu einer Untersuchung . . . . .	15
2.3.3	Verlegung zwischen Stationen . . . . .	15
<b>2.4</b>	<b>Ablauf eines Patiententransports</b> . . . . .	<b>16</b>
<b>2.5</b>	<b>Möglichkeiten des Transportes</b> . . . . .	<b>18</b>
<b>2.6</b>	<b>Transporttrauma</b> . . . . .	<b>19</b>
2.6.1	Inadäquate Transportbedingungen . . . . .	20
2.6.2	Missgeschicke und Zwischenfälle . . . . .	21
2.6.3	Transportstress . . . . .	22
2.6.4	Spontanverlauf der Erkrankung . . . . .	23
<b>2.7</b>	<b>Organisationsprinzipien</b> . . . . .	<b>24</b>
2.7.1	Transportorganisation aus ökonomischer Sicht . . . . .	25
	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>Hygienische Aspekte des Patiententransports</b> . . . . .	<b>29</b>
	<i>Uwe Hecker, Eric Meier</i>	
<b>3.1</b>	<b>Ist Hygiene beim Transport wichtig?</b> . . . . .	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Nosokomiale Infektion</b> . . . . .	<b>30</b>
3.2.1	Patienten mit MRE . . . . .	33
3.2.2	Durchführung des Transport . . . . .	34
3.2.3	Maßnahmen der Arbeitssicherheit und des Eigenschutzes . . . . .	36
3.2.4	Aufbereitung und Wiederinbetriebnahme von Transporteinheiten . . . . .	41
	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>42</b>



<b>4</b>	<b>Rollenverteilung im Patiententransport</b> . . . . .	43
	<i>Eric Meier</i>	
<b>4.1</b>	<b>Wer macht was?</b> . . . . .	43
4.1.1	Ärztliche Aufgaben beim Patiententransport . . . . .	44
4.1.2	Pflegerische Aufgaben im Patiententransport . . . . .	45
	<b>Literatur</b> . . . . .	52
<b>5</b>	<b>Kommunikation und Notfallmanagement im Patiententransport</b> . . . . .	53
	<i>Uwe Hecker</i>	
<b>5.1</b>	<b>Kommunikation – was ist das</b> . . . . .	53
<b>5.2</b>	<b>Autoritätsgradient</b> . . . . .	54
<b>5.3</b>	<b>Wertschätzung und Respekt</b> . . . . .	56
<b>5.4</b>	<b>Das CRM-Konzept</b> . . . . .	59
5.4.1	Optimierung des eigenen Denkens und der eigenen Fehlerentstehung . . . . .	60
5.4.2	Team und Kommunikationsaspekte . . . . .	62
5.4.3	Die 15 Leitsätze des CRM . . . . .	65
5.4.4	Akronyme . . . . .	70
	<b>Literatur</b> . . . . .	78
<b>6</b>	<b>Patiententransport zum OP, im OP und aus dem OP</b>	81
	<i>Eric Meier</i>	
<b>6.1</b>	<b>Transport zum OP</b> . . . . .	81
6.1.1	Vorbereitungen für den Transport . . . . .	82
6.1.2	Patiententransport . . . . .	84
6.1.3	Übergabe an das OP-Team . . . . .	86
<b>6.2</b>	<b>Transport im OP-Bereich</b> . . . . .	87
<b>6.3</b>	<b>Transport aus dem OP</b> . . . . .	89
<b>6.4</b>	<b>Exkurs Prämedikation</b> . . . . .	91
6.4.1	Ziele der Prämedikation . . . . .	92
6.4.2	Medikamente zur Prämedikation . . . . .	93
6.4.3	Prämedikation und Patiententransport . . . . .	93
	<b>Literatur</b> . . . . .	96
<b>7</b>	<b>Patiententransport zu bestimmten Untersuchungen</b>	97
	<i>Eric Meier</i>	
<b>7.1</b>	<b>Grundsätzliches</b> . . . . .	97
7.1.1	Allgemeine Patientenvorbereitungen . . . . .	97

7.1.2	Weitere Vorbereitungen . . . . .	99
<b>7.2</b>	<b>Transport zu speziellen Untersuchungen</b> . . . . .	<b>100</b>
7.2.1	Röntgen . . . . .	100
7.2.2	Computertomographie . . . . .	101
7.2.3	Magnetresonanztomographie (MRT/Kernspin) . . . . .	105
7.2.4	Angiographie . . . . .	110
7.2.5	Endoskopie . . . . .	120
7.2.6	Interventionelle Radiologie . . . . .	125
7.2.7	ERCP . . . . .	128
7.2.8	TEE . . . . .	130
<b>7.3</b>	<b>Zusammenfassung</b> . . . . .	<b>132</b>
	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>135</b>
<b>8</b>	<b>Notfallverlegung in den Überwachungsbereich</b> . . . . .	<b>137</b>
	<i>Eric Meier</i>	
<b>8.1</b>	<b>Rückverlegung auf die Intensivstation</b> . . . . .	<b>137</b>
8.1.1	Indikationen für eine Rückverlegung auf die Intensivstation	138
8.1.2	Notfallteam . . . . .	139
8.1.3	Verlegung in den Intensivbereich . . . . .	140
8.1.4	Nachbereitung . . . . .	146
	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>147</b>
<b>9</b>	<b>Patiententransport aus dem Aufwachraum</b> . . . . .	<b>149</b>
	<i>Eric Meier</i>	
<b>9.1</b>	<b>Aufwachraum</b> . . . . .	<b>149</b>
9.1.1	Patientengut im Aufwachraum . . . . .	150
9.1.2	Verlegungskriterien aus dem Aufwachraum . . . . .	151
<b>9.2</b>	<b>Anforderung des Transports</b> . . . . .	<b>154</b>
9.2.1	Patientenvorbereitung für den Transport . . . . .	155
9.2.2	Transport des Patienten . . . . .	158
9.2.3	Transportnachbereitung . . . . .	160
	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>162</b>
<b>10</b>	<b>Übernahme von der Intensiv- oder IMC-Station</b> . . . . .	<b>163</b>
	<i>Eric Meier</i>	
<b>10.1</b>	<b>Grundlagen zur Verlegung</b> . . . . .	<b>163</b>
<b>10.2</b>	<b>Vorbereitungen zur Verlegung von der Intensivstation auf Normalstation</b> . . . . .	<b>166</b>

10.2.1	Patient wird auf die Normalstation gebracht . . . . .	168
10.2.2	Patient wird von Normalstation abgeholt . . . . .	169
<b>10.3</b>	<b>Patiententransport</b> . . . . .	170
10.3.1	Übergabe . . . . .	172
10.3.2	Besonderheiten . . . . .	176
10.3.3	Nachbereitung . . . . .	177
	<b>Literatur</b> . . . . .	178
<b>11</b>	<b>Intensivtransport</b> . . . . .	179
	<i>Eric Meier, Uwe Hecker</i>	
<b>11.1</b>	<b>Transport von intensivpflichtigen Patienten</b> . . . . .	179
11.1.1	Definition . . . . .	180
11.1.2	Indikationen . . . . .	180
<b>11.2</b>	<b>Vorbereitung des Intensivtransports</b> . . . . .	181
11.2.1	Monitoring des Patienten . . . . .	182
11.2.2	Atmung bzw. Beatmung . . . . .	183
11.2.3	Medikamentöse Therapie . . . . .	187
11.2.4	Drainagen und Zugänge . . . . .	189
11.2.5	Transportrucksack oder Transportkoffer und weiteres Equipment . . . . .	190
11.2.6	Befestigung des Materials . . . . .	191
<b>11.3</b>	<b>Transportorganisation</b> . . . . .	193
11.3.1	Patientenversorgung sicherstellen . . . . .	194
11.3.2	Innerklinische Intensivtransportdienste . . . . .	195
<b>11.4</b>	<b>Direkte Transportvorbereitung</b> . . . . .	198
11.4.1	Patientenvorbereitung . . . . .	200
<b>11.5</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b> . . . . .	203
11.5.1	Transportdurchführung zur Diagnostik bzw. Intervention . . . . .	204
11.5.2	Transportdurchführung zum OP . . . . .	208
<b>11.6</b>	<b>Qualifikationen für einen innerklinischen Intensivtransport</b> . . . . .	211
	<b>Literatur</b> . . . . .	213
	<b>Serviceteil</b> . . . . .	215
	<b>Stichwortverzeichnis</b> . . . . .	216

# Abkürzungsverzeichnis

---

<b>ACRM</b>	Anesthesia Crisis Ressource Management
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ALS</b>	Advanced Life Support
<b>APH</b>	Altenpflegehelfer
<b>ARDS</b>	Acute Respiratory Distress Syndrome
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>AWR</b>	Aufwachraum
<b>BGA</b>	Blutgasanalyse
<b>BLS</b>	Basic Life Support
<b>BRD</b>	Bundesrepublik Deutschland
<b>BufDi</b>	Bundesfreiwilligen Dienst
<b>CIRS</b>	Critical Incident Reporting System
<b>CO<sub>2</sub></b>	Kohlenstoffdioxid
<b>CPR</b>	Cardiopulmonary Resuscitation (kardiopulmonale Reanimation)
<b>CRM</b>	Crew-/Crisis Ressource Management
<b>CT</b>	Computertomographie
<b>D-Arzt</b>	Durchgangsarzt
<b>DIVI</b>	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung Intensivmedizin
<b>DRK</b>	Deutsches Rotes Kreuz
<b>ECMO</b>	Extrakorporale Membranoxygenierung
<b>EDV</b>	Elektronische Datenverarbeitung
<b>EKG</b>	Elektrokardiogramm
<b>EMT</b>	Emergency Medical Teams
<b>ERC</b>	Endoskopische retrograde Cholangiographie
<b>ERC</b>	European Resuscitation Council
<b>ERCP</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie
<b>ESBL</b>	Extended-Spectrum-Betalaktamasen; Betalaktamasen, die ein breites Spektrum $\beta$ -Lactam haltiger Antibiotika spalten können

<b>FSJ</b>	Freiwilliges soziales Jahr
<b>GCS</b>	Glasgow Coma Scale, Glasgow-Koma-Skala
<b>GI</b>	Gastrointestinal
<b>HBV</b>	Hepatitis-B-Virus
<b>HCV</b>	Hepatitis-C-Virus
<b>HIV</b>	Humane Immunodeficiency Virus
<b>HWZ</b>	Halbwertszeit
<b>IAPB</b>	Intraaortale Ballonpumpe
<b>ICD</b>	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
<b>ICU</b>	Intensive Care Unit, Intensivstation
<b>IMC</b>	Intermediate Care, Überwachungsstation
<b>ITW</b>	Intensivtransportwagen
<b>LAE</b>	Lungenarterienembolie
<b>MHD</b>	Malteser Hilfsdienst
<b>MPG</b>	Medizinproduktegesetz
<b>MRSA</b>	Methicillinresistenter Staphylococcus aureus
<b>MRGN</b>	Multiresistente gramnegative Erreger
<b>MRT</b>	Magnetresonanztomographie
<b>NASA</b>	National Aeronautics and Space Administration
<b>NBP</b>	nichtarterieller Blutdruck (mittels Manschette gemessen)
<b>NotSan</b>	Notfallsanitäter
<b>NRS</b>	Numerische Ratingskala
<b>NSAR</b>	Nichtsteroidale Antirheumatika
<b>O<sub>2</sub></b>	Sauerstoff
<b>OA</b>	Oberarzt
<b>ÖGD</b>	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
<b>OP</b>	Operation bzw. Operationsaal
<b>PCA</b>	Patient Controlled Analgesie
<b>PDK</b>	Periduraler Dauerkatheter
<b>PDMS</b>	Patientendatenmanagementsystem

<b>PECLA</b>	Pumpless Extra Corporale Lung Assist
<b>PEEP</b>	Positiv endexpiratorischer Druck
<b>PEP</b>	Postexpositionsprophylaxe
<b>PONV</b>	Postoperative Nausea and Vomiting (postoperative Übelkeit und Erbrechen)
<b>PTCD</b>	Perkutane transhepatische Cholangiodrainage
<b>RettAss</b>	Rettungsassistent
<b>RH</b>	Rettungshelfer
<b>RR</b>	Blutdruck nach Riva-Rocci
<b>RS</b>	Rettungssanitäter
<b>SOP</b>	Standart Operating Procedures
<b>SpO<sub>2</sub></b>	Partielle Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie)
<b>TEE</b>	Transösophageale Echokardiographie
<b>TBC</b>	Tuberkulose
<b>TIPS</b>	Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt
<b>VAC</b>	Vaakuumpumpe
<b>VAP</b>	Ventilatorassoziierte Pneumonie
<b>VEL</b>	Vollelektrolytlösung
<b>VRE</b>	Vancomycinresistente Enterokokken
<b>WHO</b>	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
<b>ZVK</b>	Zentraler Venenkatheter

# Warum jetzt?

*Uwe Hecker*

U. Hecker, E. Meier, *Unterwegs im Krankenhaus – Pflegerische Aufgaben beim Patiententransport*,

DOI 10.1007/978-3-662-53192-1\_1,

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

## **Kennen Sie das?**

Sie haben Frühdienst, versorgen gerade einen Ihrer acht Patienten, sind mitten in der Körperpflege, da platzt ihre Kollegin mit dem Telefon ins Zimmer und sagt Ihnen, dass Herr Müller, den Sie gerade versorgen, ins MRT muss. – Jetzt, natürlich! In Windeseile sammeln Sie die Unterlagen zusammen, nehmen letztlich noch die ganze Akte mit, um ja nichts zu vergessen und fahren mit dem halb gewaschenen Patienten durch etliche Flure ihres Krankenhauses ins MRT. Dort stellen Sie beim Umlagern fest, dass Herr Müller, nicht nur noch die Zahnbürste im Mund hat, nein – er hat auch noch gerade Stuhlgang gehabt.

Oder diese Situation ... die kennen Sie sicher auch:

In der Übergabe zwischen dem Früh- und dem Spätdienst haben Sie erfahren, dass eine ihrer Patientinnen heute Morgen noch einmal ins CT gebracht worden ist. Von dort ist sie aber bis jetzt nicht zurückgekommen. Sie wundern sich, denn eigentlich hätte die Patientin heute in ein heimatnahes Krankenhaus verlegt werden sollen. Gegen 16:30 Uhr erfahren sie dann Näheres. Nur zu dumm, dass jetzt die Kollegen des Aufwachraums mit der Patientin auf Ihrer Station stehen und sie an Sie übergeben wollen. Dabei wollten Sie eigentlich gerade in die Pause.

Solche, und ähnliche Situationen erleben wir leider tagtäglich. Oftmals sind »Kommunikationshindernisse« die Ursache eines solchen Ereignisses. Aber auch mangelnde Kenntnis, über den Ablauf bestimmter Untersuchungen, die Voraussetzungen, die der Patient hierfür erbringen muss oder schlichtweg das »mangelnde Bescheid wissen«, über den Patienten und seiner Anamnese, führen dazu, dass Patienten unnötig oft von einer Untersuchung zur anderen gebracht werden. Wenn am Untersuchungsort festgestellt wird, dass der Patient nicht nüchtern ist, eine Kontrastmittelallergie hat oder Träger eines Herzschrittmachers ist, hätte man die Ressource »Zeit« und »Manpower« sinnvoller einsetzen können, als für einen überflüssigen Transport.

Und dann kommt immer wieder diese eine Frage auf: *»Warum muss ausgerechnet ich den Patienten durch die Gegend fahren. Kann das nicht jemand anderes machen...?«*

Die Autoren des vorliegenden Buches haben es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, den Leserinnen und Lesern mit wertvollen Tipps und Tricks aus der Praxis zur Seite zu stehen. Dabei finden die Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften ebenso Anwendung, wie die eigens hierfür erstellten Konzepte einer Minimalausbildung für den »Bettenfahrer«.



# Grundlagen

*Uwe Hecker, Eric Meier*

U. Hecker, E. Meier, *Unterwegs im Krankenhaus – Pflegerische Aufgaben beim Patiententransport*,

DOI 10.1007/978-3-662-53192-1\_2,

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 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 mehrere 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