

Doku-ID	123559	MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	
Revisionsnr.	001/08.2026		
Wiedervorlage	05.08.2028		
Seite	1 von 22		
		Leitfaden	
Einarbeitungskonzept Anästhesie			

Einarbeitungskonzept Anästhesie

und

Standards

zur

Patientenorientierung und Sicherheit

**Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin**

Chefarzt Prof. Dr. D. Vagts

Erstellt/geändert von: Weiss, Elvi	Geprüft von: Blank, Tanja	Freigegeben von: Vagts, Dierk
Datum: 29.01.2025	Datum: 09.07.2026	Datum: 05.08.2026

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 2 von 22

Gliederung und Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung	1
2.	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	2
2.1.	Checkliste Einarbeitung: Die ersten zwei Wochen	3
2.2.	Einarbeitungsziele: Die ersten sechs Monate	4
2.3.	Checkliste: Der erste Bereitschaftsdienst	7
3.	Patientenorientierung:	8
	Aufnahmeprozess- Prämedikation	
3.1.	Aufnahmeprozess bei ambulanten/stationären Patienten	8
3.2.	Prämedikation bei ambulanten/stationären Patienten	10
3.3.	Postoperative Patientenbefragung	14
4.	Checkliste: Patientensicherheit am OP Tag	15
5.	Dienstanordnung zur Gerätesicherheit und Vorgehen bei Gerätedefekten	17
6.	Standards zum innerklinischen Notfallmanagement	19
7.	Indikationen zum „Ruf“ nach dem Oberarzt/Facharzt	20
8:	Standards zum „Intrahospitaltransport“	24
9.	Der „Katastrophenschutzplan“	33
9.1.	Das Notfalldispositiv	42
10.	Leitlinien „Organtransplantation“	43
11.	Anlagen	

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 3 von 22

1. Einleitung

Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin am Marienhaus Klinikum Hetzelstift in Neustadt an der Weinstraße stellt neben der organisatorischen und ärztlichen Leitung der interdisziplinären der Intensivstation die anästhesiologische Versorgung der Operationssäle sowie des ambulanten OP-Zentrums, die innerklinische und außerklinische Notfallversorgung von Patienten inklusive des Katastrophenschutzes, die Patientenversorgung im postoperativen Überwachungsraum (Aufwachraum) sowie die ambulante und stationäre Schmerztherapie sicher. (Details siehe Verfahrensanweisung.)

Mit dem vorliegenden Einarbeitungskonzept für den Bereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin soll eine strukturierte, einheitliche Einarbeitung und Ausbildung neuer ärztlicher Mitarbeiter für die ersten 15 - 18 Monate bis zur Durchführung des ersten Bereitschaftsdienstes erreicht werden. Dieses Einarbeitungskonzept sowie die weitere Ausbildung der Weiterbildungsassistentin/ des Weiterbildungsassistenten auf dem Weg zur Fachärztin/zum Facharzt für das Gebiet Anästhesiologie orientiert sich an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

In dieses Einarbeitungskonzept Anästhesiologie wurden Standards zur Patientenorientierung und Patientensicherheit mit aufgenommen.

Neben unserem Auftrag als christlicher Krankenhausträger gemäß unserem Leitbild eine patientenorientierte medizinische Versorgung anzubieten und zu erfüllen liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Sicherheit des Patienten.

Checklisten und Standards zu den Bereichen, Patientensicherheit am OP Tag, Standards zur Gerätesicherheit, Postoperative/ Postanästhesiologische Patientenbefragung, Standards zum innerklinischen Notfallmanagement, Standards zum innerklinischen Patiententransport von kritisch kranken Patienten sowie Vorgehensmaßnahmen im Rahmen des Katastrophenschutzplanes sind daher in diesem Einarbeitungskonzept mit enthalten, als Standard definiert und als Dienstanweisung zu verstehen.

Das Einarbeitungskonzept Anästhesie verzichtet bewusst auf die Darstellung einzelner Krankheitsbilder bzw. auf die Angabe von Vorgehensweisen bei der Einleitung und Durchführung einer Anästhesie bei speziellen Krankheitsbildern und Begleiterkrankungen des Patienten. Diese sind in klinikinternen Standards hinterlegt.

Zur Erstellung und Kenntnisnahme (Durchdringung) dieser Standards finden zudem regelmäßige hausinterne Fortbildungen (Montagsfortbildung) statt.

Für den Bereich Intensivmedizin – Intensivstation – sowie die Bereiche Schmerztherapie und Palliativmedizin bestehen separate Einarbeitungskonzepte.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 4 von 22

Einarbeitung neuer ärztlicher Mitarbeiter

Ziele:

Durch eine strukturierte Ausbildung, gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz bzw. der Bezirksärztekammer Pfalz sowie den Empfehlungen der Fachgesellschaften von DGAI und BDA, soll der neue ärztliche Mitarbeiter stufenweise an das Fachgebiet Anästhesiologie herangeführt werden und durch kontinuierliche praktische und theoretische Ausbildung in den Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin zum erfolgreichen Abschluss seiner Weiterbildung mit dem Facharztgespräch geführt werden.

Um eine kontinuierliche Ausbildung – insbesondere während der ersten Monate – zu gewährleisten wird dem neuen Kollegen für drei Monate ein Mentor (Facharzt/ Oberarzt) zur Seite gestellt. In dieser Zeit wird der neue Kollege/ die neue Kollegin nicht als vollwertige Arbeitskraft gerechnet, sondern kann sich vollkommen auf die Ausbildung konzentrieren.

Dies ist eine Grundlage der Patientensicherheit.

Der neue ärztliche Mitarbeiter – Assistenzarzt kann je nach bestehenden fachspezifischen Kenntnissen in die Lage versetzt werden, nach ca. 3 - 6 Monaten der Tätigkeit seinen ersten Bereitschaftsdienst durchzuführen. Für Mitarbeiter ohne Vorkenntnisse ist dies erst nach 15 - 18 Monaten der Fall.

Entscheidend für den Zeitpunkt des ersten Bereitschaftsdienstes des neuen Mitarbeiters ist der Nachweis/ Überprüfung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten im sicheren Umgang mit Akut- und Notfallsituationen. Der Assistenzarzt muss in der Lage sein, bis zum Eintreffen des diensthabenden Oberarztes der Klinik (in der Regel 5 bis max. 10 Minuten) alle notwendigen medizinischen und organisatorischen Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. (s. Checkliste erster Bereitschaftsdienst)

Insbesondere in den ersten Wochen und Monaten zielt die Ausbildung auf die Vermittlung von genauen Kenntnissen der Infrastruktur des Krankenhauses (Räumlichkeiten, Equipment, Verfahrensabläufe, Telefonnummern), der Einweisung in alle erforderlichen und notwendigen Geräte der Klinik gemäß Medizin-Produkte-Gesetz (MPG) (insbesondere Narkosegeräte, Beatmungsgeräte, Defibrillatoren, Infusionspumpen, Monitoring, etc.), dem praktischen und theoretischen Erwerb von Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten zur Therapie akuter Notfallsituationen – insbesondere kardio-respiratorische Reanimation – sowie die Vermittlung und den Erwerb von theoretischen und praktischen Fähigkeiten zur eigenständigen Einleitung, Führung und Ausleitung einer „Routine-Narkose“ (Intubations-Narkose, Larynxmaskennarkose, Spinalanästhesie) bei ASA I und II Patienten.

Maßgeblich für den ersten Einsatz des neuen ärztlichen Mitarbeiters ist die Sicherheit des Patienten

Gemäß unserem Auftrag als christlicher Krankenhausträger ist es für uns wesentlich und entscheidend dem neuen Mitarbeiter unser Leitbild zu vermitteln und dessen Umsetzung zu fordern und zu überprüfen.

Auch nach der Mentorenzeit findet die weitere Ausbildung des Weiterbildungsassistenten immer unter direkter Supervision und Verantwortung eines freien Facharztes statt.

Zusätzlich zu den folgenden Checklisten zur Einarbeitung wird das Log-Buch für die Facharztausbildung geführt.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 5 von 22

Einarbeitungsziele :

1.) 1. und 2. Monat :

- in den ersten acht Wochen begleitet der neue Assistenzarzt seinen Mentor in den Bereichen Aufwachraum, OP Bereich A und OP Bereich B.
- in dieser Zeit lernt er die Räumlichkeiten, das operative und anästhesiologische Spektrum der Klinik kennen.
- In dieser Zeit wird er in die in diesem Bereich vorhanden Geräte gem. MPG eingewiesen.
- Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Überwachung von postoperativen Patienten im AWR
- Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten bei der Prämedikation von Patienten für kleine und mittlere Operationen (Untersuchung, Anamnese, Sichtung und Anforderung von Befunden, Auswahl des Narkoseverfahrens)
- Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten bei der Einleitung einer Intubationsnarkose bei ASA I und II Narkose.
- Einleitung einer Allgemeinanästhesie (ASA I und II Patienten) – Intubation, LM – unter direkter Aufsicht.
- Führen und Ausleiten einer Allgemeinanästhesie bei kleinen und mittleren Eingriffen unter direkter Aufsicht.
- Erstellen eines postoperativen Therapieplanes für den AWR, die periphere Station, die Intensivstation
- Punktion peripherer venöser Gefäße incl. Vena. Jugularis externa.
- Durchführung einer Spinalanästhesie
- Assistenz bei einer Periduralanästhesie
- Assistenz bei einer Punktion zentraler Gefäße und Anlage eines ZVK
- Wenn möglich Assistenz bei einer Notfall-Ileuseinleitung (RSI), Sectio Narkose, Versorgung des Neugeborenen, CPR
- Zum Ende des 2. Monates zunehmend selbstständige Narkoseeinleitung (ITN, LM, SPA) Führung und Ausleitung bei ASA I und II Patienten bei kleinen und mittleren Eingriffen unter direkter Aufsicht des Mentors.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 6 von 22

2.) 3. und 4. Monat:

- Im dritten und vierten Monat der Ausbildung soll der neue Assistenzarzt – unter Aufsicht - zunehmend die selbstständige Einleitung, Führung und Ausleitung von Allgemeinanästhesien in ITN, LM und SpA erlernen.
- Erlernen der Punktion zentraler Gefäße hier Vena jugularis interna.
- Nach mind. 10 durchgeführten SpA erlernen der Anlage einer lumbalen PDA
- Assistenz bei Ileuseinleitung und Vertiefung der Kenntnisse zum Airway Management.
- Assistenz / Durchführung (mit Mentor) von Narkosen bei größeren Eingriffen bzw. Patienten der ASA Gruppen III und höher.
- Erwerb von theoretischen und praktischen Kenntnissen und Fähigkeiten in der intraoperativen Volumentherapie.
- Erwerb von theoretischen und praktischen Kenntnissen und Fähigkeiten in der intraoperativen Katecholamintherapie.
- Assistenz bei der ITN zur Sectio und Neugeborenen Versorgung.
- Vertiefung der Kenntnisse zur Prämedikation zu großen operativen Eingriffen mit Prämedikation der Patienten zu kombinierten Narkoseverfahren (ITN, PDA, ZVK, invasives Kreislaufmonitoring, postoperativer Intensivüberwachung)
- Vertiefung der pharmakologischen Kenntnisse der eingesetzten intravenösen und inhalativen Anästhetika.
- Begleitung des Mentors bei Anästhesien / Notfällen in den Notaufnahmen, Röntgen, Uro-Röntgen, Kreissaal.
- Vertiefung der Kenntnisse in der Infrastruktur und des Notfall-Equipement der Klinik
- Vervollständigung der Einweisungen (Geräteführerschein) gem. MPG im Bereich Anästhesie.
- Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten zur Anlage einer SPA
- Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Überwachung postoperativer Patienten im AWR mit Entscheidung über die „Verlegfähigkeit“ des Patienten auf Normalstation.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 7 von 22

3.) 5. und 6. Monat :

Im 5. und 6. Monat seiner Ausbildung soll der neue Assistenzarzt zunehmend an die selbstständige Durchführung einer Anästhesie (Einleitung, Aufrechterhaltung, Ausleitung) einer Anästhesie herangeführt werden. Insbesondere soll er die theoretischen und praktischen Fähigkeiten und Kenntnisse zur Einleitung einer „Notfallnarkose“ erwerben.

Während dieser Ausbildungsphase soll der neue Assistenzarzt zunehmend selbstständig arbeiten, steht jedoch unverändert unter einer durchgehenden Aufsicht und Anwesenheit eines FA bzw. OA der Klinik für Anästhesiologie.

- Zunehmend eigenständige Durchführung von Anästhesien bei ASA I-III Patienten (ITN, LM, SPA) auch mit Notfall- Einleitung
- Je nach Ausbildungsstand und Fähigkeiten Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Punktion zentraler Gefäße – Vena jugularis int.
- Je nach Ausbildungsstand und Fähigkeiten Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Anlage einer lumbalen und thorakalen PDA.
- Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten zum „Airway – Management“
- Einleiten und Durchführung einer Sectio-Notfall-Narkose in ITN unter Aufsicht (OA !).
- Einleiten und Durchführen von „Notfallmaßnahmen“: Reanimation, Intubation, Schockbehandlung, Katecholamintherapie
- Erwerb von grundlegenden Kenntnissen und Fähigkeiten zur Erkennung und Therapie von wesentlichen intraoperativen Komplikationen und Problemen (Kreislaufdepression , Oxygenierung, Blutung, Luftembolie, TUR Syndrom)
- Einsatz auf der anästhesiologischen Intensivstation mit dem Erwerb in grundlegenden Kenntnissen in der Erstellung von Therapieplänen, Beatmungstherapie, Katecholamintherapie und „Notfalltherapie“.
- Einweisungen (Geräteführerschein) gem. MPG in die Beatmungsgeräte, Perfusoren, Infusomaten, Defibrillatoren der Intensivstation.
- Einführung in die Aufgaben und Tätigkeiten des „Diensthabenden Anästhesisten“ (Intensivstation, „Befund-Visite“, Schmerztherapie, Katheter-Visite) durch Begleitung des Diensthabenden.

Patientensicherheit am Op. Tag

- Der Patient erhält am Morgen der Operation gem. schriftlicher Anweisung auf dem Prämedikationsprotokoll seine Medikation, bzw. auf Anruf (Kennzeichnung „auf Abr.“ auf dem Protokoll)
- Die durchführende Pflegefachkraft zeichnet die Medikamentengabe mit Uhrzeit auf dem Prämedikationsprotokoll ab.
- Auf telefonischen Abruf durch Anästhesie (Pflegefachkraft/Anästhesist) wird der Patient im Bett durch eine examinierte Pflegefachkraft an die Op. Schleuse gebracht.
- Zahnprothesen, Schmuck (Uhr, Ringe, Ohrringe, Kettchen, Piercing's) bleiben im Patientenzimmer (ggf. unter Verschluss)
- An der OP Schleuse empfängt eine Op-Pflegefachkraft den Patienten und die Pflegefachkraft der Station. Es erfolgt eine Identitätskontrolle. (**WHO Checkliste!**)

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 8 von 22

- Die zuständige Anästhesiepflegefachkraft empfängt den Patienten an der Schleuse. Sie überprüft die Identität des Patienten sowie die Vollständigkeit der Patientenakte (Akte, Prämedikationsbogen und Einwilligung, komplette Befunde – EKG, Labor, ggf. Thorax –
- Es erfolgt Befragung hinsichtlich Nüchternheit (Rauchen ist kein Grund für OP-Verschiebung mehr!)
- Der Patient wird in den Anästhesie-Einleitungsraum gebracht und an die „Überwachung“ angeschlossen.
- Der zuständige Anästhesist begrüßt den Patienten in der Einleitung.
- Es erfolgt erneute Kontrolle der Identität und Bestätigung der geplanten durchzuführenden Operation (Seite!)
- Es erfolgt Überprüfung der Patientenakte auf Vollständigkeit (Einwilligungen – Operation und Anästhesie) sowie Sichtung der Befunde (Labor, EKG, Thorax)
- Der Patient erhält einen peripher venösen Zugang, es wird eine Vollelektrolytinfusion angehängt.
- **Vor Beginn der Anästhesieeinleitung wird eine Anästhesie-team-time-out durchgeführt!**
- **(Welche Medikamente sollen verabreicht werden und in welcher Menge? Ist alles vorbereitet und Material ordnungsgemäß und funktionstüchtig vorhanden? (Beatmungsgerät, Tubus, Führungsstab, Maske, Videolaryngoskop, etc.). Es soll keine „überraschenden“ Handlungen geben!**
- Das geplante Anästhesieverfahren wird durchgeführt bzw. die Allgemeinanästhesie eingeleitet. Das Vorgehen bei Problemen bzw. schwierigem Atemweg ist separat geregelt.
- Der Patient wird unter Beatmung in den Op-Raum gebracht. Operation und Narkose werden durchgeführt.
- **Bei Eintreffen des Operateurs wird ein team-time-out durchgeführt!**
- Postoperativ wird der wache, kreislauf- und respiratorisch stabile Patient durch den Anästhesisten an die Op-Schleuse gebracht.
- Es erfolgt die Übergabe des Patienten Anästhesist zu Pflegefachkraft Aufwachraum bzw. Arzt Aufwachraum. Hierbei wird der Op- und Anästhesieverlauf geschildert.
- Falls der Patient postoperativ auf die Intensivstation verlegt werden muss, wird der Patient mit Überwachungsmonitoring und Sauerstoffgabe (Oxylog, Medumat/ O2-Flasche) durch den Anästhesisten an die Schleuse gebracht.
- Es erfolgt an der Schleuse die Übergabe Anästhesist zu Intensivarzt und Intensiv-Pflegefachkraft.
- Ausnahme: Nach 15:00 Uhr bringt der Anästhesist den Patienten selber mit auf die Intensivstation.
- Der Pat wird durch Intensivarzt und Intensiv-Pflegefachkraft mit komplettem Monitoring und Sauerstoffgabe bzw. Beatmung (Oxylog) auf die Intensivstation gefahren.
- Insbesondere werden Besonderheiten bzw. intraoperative Probleme – operativ oder anästhesiologisch-ausführlich übergeben.
- Die postoperative Therapie und Überwachungsmaßnahmen sowie eventuell weiter erforderliche Untersuchungen (Labor, EKG, Röntgen, etc.) werden schriftlich im Überwachungsbogen (Aufwachraumprotokoll) angeordnet und separat vom narkoseführenden Arzt (HZ) abgezeichnet.
- Der Patient wird von der Pflegefachkraft in den Aufwachraum gefahren. Dort wird er unverzüglich an die Überwachung angeschlossen und erhält über Maske Sauerstoff.
- **Ärztliche Maßnahmen/ Therapien/ Anordnungen werden auf dem Aufwachraumprotokoll ärztlich angeordnet und mit Handzeichen vom Arzt abgezeichnet.**
- Therapiemaßnahmen (gem. Anordnung im Überwachungsbogen, bzw. auf Anordnung des Anästhesisten im Aufwachraum) sowie die überwachten Parameter (EKG, RR, Sauerstoffsättigung, Labor, BGA) werden im Aufwachraumprotokoll eingetragen.
- Nach Überwachungszeit (min. 30 Minuten) wird der wache, Kreislauf und respiratorisch stabile Patient an die zuvor telefonisch informierte Pflegefachkraft der Station des Patienten übergeben.
- **Die Freigabe für die Verlegung aus dem AWR muss vom Aufwachraumarzt mit Unterschrift dokumentiert sein!**
- Die Übergabe erfolgt zwischen Pflegefachkraft Aufwachraum und examinierter Pflegefachkraft der Station. Bei der Übergabe wird der OP-Verlauf, Anästhesieverlauf und Verlauf im Aufwachraum berichtet.
- Postoperativ zusätzlich erforderliche Maßnahmen werden im „Stationsbogen“ schriftlich fixiert und zusätzlich mündlich übergeben.
- Der Patient wird durch die Pflegefachkraft der Station zurück in sein Zimmer gefahren.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 9 von 22

- Bei zu isolierenden Patienten wird der Patient gem. schriftlicher Anordnung ggfs. weiter überwacht. Es erfolgt die angeordnete Infusionstherapie bzw. medikamentöse Therapie.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 10 von 22

Gerätesicherheit und Vorgehen bei Gerätedefekten

Sämtliche in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin eingesetzten Geräte entsprechen in vollem Umfang den gesetzlichen Vorgaben gemäß MPG. Die Wartung, Instandhaltung und Reparatur der eingesetzten Geräte erfolgt durch den Hersteller bzw. durch die Mitarbeiter des Regionalen Medizintechnik Zentrums Neustadt/Weinstraße (Marienhaus Dienstleistungen GmbH) entsprechend den gesetzlichen Vorgaben. Es erfolgt eine entsprechende Dokumentation aller Maßnahmen.

Geräteeinweisungen erfolgen regelmäßig – auch zur Wiederholung – auch im Rahmen der Montagsfortbildungen.

Vor Inbetriebnahme bzw. Anwendung am Patienten des Gerätes erfolgt eine Überprüfung auf Funktionsfähigkeit gemäß Checkliste (schriftlich bzw. elektronisch im Gerät vorgegeben). Nur nach festgestellter fehlerfreier Funktion (Anästhesie-Pflegefachkraft) wird das Gerät am Patienten eingesetzt. **Die „Endkontrolle“ und Verantwortung liegt bei dem Anästhesisten.**

Besondere Sorgfalt ist hier bei den „Narkosegeräte“ sowie „Beatmungsgeräten“ geboten.

Vorgehen bei gerätebedingten Problemen bzw. Störungen im Betrieb :

1) Störungen an Narkosegeräten im Betrieb o h n e unmittelbare Gefahr für den Patienten:

Tritt während einer laufenden Anästhesie ein Fehler an dem Narkosegerät auf z. B. im Bereich Monitoring, welcher die Sicherheit des Patienten nicht unmittelbar beeinträchtigt, wird die Anästhesie zunächst unverändert weitergeführt. Das ausgefallene Monitoring-Modul (z. B. Pulsoxymeter) wird durch ein externes Gerät ersetzt.

Der im Bereich verantwortliche Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie die leitende Pflegekraft werden unverzüglich über das Problem bzw. Störung informiert.

Mit Abschluss der Anästhesie wird entweder der Fehler bzw. die Störung unmittelbar endgültig behoben, anderenfalls das Narkosegerät ausgetauscht.

Es erfolgt eine Überprüfung des Gerätes durch die DKM.

2) Störungen an Narkosegeräten im Betrieb m i t unmittelbarer Gefahr für die Sicherheit des Patienten :

Tritt während einer laufenden Anästhesie ein Fehler an dem Narkosegerät auf welcher die Sicherheit des Patienten unmittelbar beeinträchtigt – z.B. Beatmung- wird unverzüglich der Patient „von Hand“ mit dem am Narkosegerät vorhandenen „Handbeatmungsgerät“ (Ambubeutel) beatmet.

Der im Bereich verantwortliche Oberarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin sowie die leitende Pflegefachkraft werden unverzüglich über das Problem bzw. Störung informiert und hinzugezogen.

Bei fortbestehendem Problem erfolgt ein sofortiger Wechsel bzw. Austausch des Gerätes mit dem Narkosegerät aus dem Einleitungsraum.

Lässt sich das Problem akut – vorübergehend- beheben erfolgt spätestens nach Beendigung der laufenden Anästhesie der Austausch des Gerätes.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 11 von 22

Eine erneute „Inbetriebnahme“ des Narkosegerätes darf erst nach Fehlerbeseitigung und Überprüfung des Gerätes durch die Mitarbeiter des Regionalen Medizintechnik Zentrums Neustadt/Weinstraße erfolgen. Alle aufgetretenen Fehler bzw. Störmeldungen sind zu dokumentieren und dem Chef der Klinik zu melden.

Zur Gerätesicherheit und Vorgehen bei Defekten siehe auch „Standard- Ordner“ Intensiv-Pflege.

Innerklinisches Notfallmanagement

Im Krankenhaus Hetzelstift, Neustadt wird die innerklinische Notfallversorgung von Patienten mit akuten Störungen der Vitalfunktionen durch die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin „rund um die Uhr“ sichergestellt. Hierzu ist durchgehend über die international gebräuchliche **Telefonnummer 2222 (Notfallrufnummer) oder über 1850 ein Reanimationsteam** erreichbar. Über die Tel. Nr. 2222 werden gleichzeitig die 1850 und die 1860 (Anästhesist und Anästhesiepflege) erreicht!

Auf allen Stationen und Funktionsbereichen ist an zentraler, gekennzeichneteter Stelle ein standardisierter Notfallwagen positioniert. Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt die Kontrolle der Notfallwagen auf Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit einmal wöchentlich gemäß Checkliste durch das Pflegefachpersonal der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Diese Kontrolle wird schriftlich dokumentiert (am Notfallwagen und zusätzlich zentral). Zusätzlich erfolgt gem. § 14 des Apothekengesetzes zweimal jährlich eine Überprüfung der im Notfallwagen befindlichen Medikamente auf Lagerung und Haltbarkeit einschließlich entsprechender Dokumentation.

Im OP ist in der Regelarbeitszeit immer ein Facharzt unter der DECT 1810 erreichbar!

Ablauf bei einem innerklinischen Notfall:

- bei einem Notfall auf einer Station bzw. Funktionsbereich alarmiert das dortige Personal über das **Notfalltelefon 2222**.
- Die Meldung muss enthalten wo sich der Notfallpatient befindet (Bereich, Station, Zimmernummer) und um welchen Notfall es sich handelt.
- Das Stationspersonal nimmt den Notfallwagen mit zu dem Notfallort und leitet die erforderlichen Erstmaßnahmen ein bzw. beginnt mit der Reanimation.
- Der alarmierte Anästhesist sowie die Anästhesiepflegekraft begeben sich sofort zum Notfallort. Zusätzlich zum vor Ort befindlichen Notfallwagen bringt das Reanimationsteam den auf der Intensivstation befindlichen Defibrillator sowie ein mobiles Beatmungsgerät (Oxylog/ Medumat) mit.
- Vor Ort erfolgt die Versorgung (Reanimation) des Patienten durch das Reanimationsteam mit Unterstützung durch das bereits anwesende Personal.
- Nach Wiederherstellung eines transportfähigen Zustandes (nach Maßgabe des Anästhesisten!) wird der Patient nach vorab erfolgter Information der Intensivstation (Zustand des Patienten, erforderliches Beatmungsgerät, erforderliche Medikamente/ Perfusoren) auf die Intensivstation verlegt.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 12 von 22

Alle durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen erfordern den Facharztstandard. Dieser wird durch das - wenn erforderlich - hinzuziehen des Oberarztes der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin sichergestellt.

Zum Vorgehen, Ablauf bei Notfällen und Ausstattung der Notfallwägen siehe auch ausführliches Skript bei den Pflegestandards der Klinik.

Indikationen zum „Ruf“ nach dem Oberarzt / Facharzt

Zur Sicherstellung einer adäquaten Patientensicherheit ist im Bereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin bei der Patientenversorgung (im OP, im Aufwachraum, im Kreißaal, auf der Intensivstation, auf der Palliativstation und im Bereich Schmerztherapie sowie bei allen innerklinischen Notfallversorgungen) ein durchgehender Facharzt-Standard gewährleistet und sichergestellt.

Während der Regeldienstzeit wird dieser Facharztstandard durch den jeweiligen Bereichs-oberarzt bzw. -facharzt erreicht.

Für die Zeit des „Bereitschaftsdienstes“ wird dieser Facharztstandard durch Facharztdienste und/ oder durch die durchgehende „örtliche Nähe“ des diensthabenden Oberarztes der Klinik

(Anwesenheit nach max. 5 bis 10 Minuten), eine strenge Ruf- bzw. Informationspflicht an den Oberarzt sowie eine entsprechende Einarbeitung vor dem „ersten Bereitschaftsdienst“ (siehe Einarbeitungskonzept Anästhesie, Checkliste erster Bereitschaftsdienst) gewährleistet.

In den Ruf- bzw. Informationskriterien wird zwischen dem Facharzt und dem Weiterbildungsassistenten unterschieden. Im Einzelfall kann hierbei der Weiterbildungsassistent, je nach Ausbildungsstand durchaus den „Facharzt-Standard erfüllen – wie auch in den Leitlinien der Fachgesellschaft BDA, DGAI festgelegt-.

Insbesondere für die Zeit des Bereitschaftsdienstes kann der jeweils diensthabende Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit dem „Bereitschaftsdiensthabenden“ zusätzliche Informationskriterien verbindlich festlegen.

Sollte der Bereitschaftsdiensthabende Facharzt sein, kann der diensthabende Oberarzt im eigenen Verantwortungsbereich die Informations- bzw. Rufindikationen erweitern bzw. einschränken.

Die nachfolgenden Ruf- bzw. Informationskriterien sind als Standard definiert und im Bereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin als Dienstanweisung zu verstehen.

1.) Ruf nach dem Oberarzt- Facharzt im Regeldienst

Für die Zeit des Regeldienstes ist in jedem Arbeitsbereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin jeweils ein Oberarzt eingeteilt und für die Patientenversorgung verantwortlich. Er kann im Einzelfall zusätzliche „Ruf-Kriterien“ festlegen bzw. diese in eigener Verantwortung für den Facharzt erweitern.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 13 von 22

Die nachfolgenden Kriterien beziehen sich auf den OP-Bereich und sind für den Arzt in Weiterbildung punktuell festgelegt. Der verantwortliche Oberarzt für den OP trägt ein Funktionstelefon mit der Nummer 1810.

- Fehlende Befunde beim Einschleusen bzw. vor der Einleitung der Narkose.
- Mehr als zwei Punktionsversuche bei dem peripheren Zugang
- Mehr als zwei Punktionsversuche bei der Spinalanästhesie
- Mehr als zwei Punktionsversuche bei der lumbalen Periduralanästhesie
- Mehr als ein Punktionsversuch bei der thorakalen Periduralanästhesie
- „Kreislaufprobleme“ vor Einleitung der Narkose
- „Respiratorische Probleme“ vor Einleitung der Narkose
- Erschwerte Maskenbeatmung (sofort!)
- Mehr als zwei Intubationsversuche
- Mehr als zwei Punktionsversuche beim „ZVK“
- Intraoperative „Kreislaufprobleme“
- Intraoperative „Beatmungsprobleme“
- Festlegung einer Transfusionsindikation (Ery.Konzentrat, FFP)
- „Probleme mit dem Chirurgen“
- „Probleme mit der Lagerung“
- „Technische Probleme“ mit dem Narkosegerät
- Probleme bei der Narkoseausleitung (Kreislauf, Atmung, Vigilanz)
- Indikationsstellung für postoperative Übernahme des Patienten auf die Intensivstation

Unabhängig von den obigen Kriterien gilt für Weiterbildungsassistenten, dass invasive Verfahren (Einleitung, SpA, PDK, ZVK, art. DM) nur mit Wissen des Aufsicht führenden Fach- oder Oberarztes begonnen werden dürfen.

Die Information an den Oberarzt ist eine Bringschuld des Weiterbildungsassistenten!

Für die Bereiche „Aufwachraum“, Intensivstation (plus Notfallversorgung), Palliativstation und Schmerztherapie ist jeweils ein verantwortlicher Oberarzt eingeteilt und verantwortlich.

2.) Ruf nach dem diensthabenden Oberarzt im Bereitschaftsdienst

Für die Zeit des Bereitschaftsdienstes ist an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin jeweils ein Oberarzt eingeteilt und für die Patientenversorgung verantwortlich. Er ist durchgehend telefonisch erreichbar und kann innerhalb von 10 Minuten (in der Regel schneller) „vor Ort“ sein.

Je nach Ausbildungsstand (Weiterbildungsassistent/ Facharzt) des in der Klinik anwesenden Arztes (Bereitschaftsdienst) der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin kann durch den

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 14 von 22

diensthabenden Oberarzt in eigener Verantwortung eine Einschränkung bzw. Erweiterung der „Ruf- bzw. Informationsrichtlinien“ festgelegt werden.

Die nachfolgenden Kriterien beziehen sich auf den Bereitschaftsdienst im Bereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Intensivstation, Palliativstation, Notfallversorgung im Krankenhaus, Schmerztherapie, Notfälle im Kreißaal, OP-Bereich – Narkosen) und sind für den Arzt in Weiterbildung punktuell festgelegt.

Sollte der Bereitschaftsdiensthabende Facharzt sein, kann der diensthabende Oberarzt im eigenen Verantwortungsbereich die Informations- bzw. Rufindikationen erweitern bzw. einschränken.

I Intensivstation

- alle ungeplanten Verlegungen bzw. Aufnahmen auf die IBST
- alle „Kreislaufprobleme“ anästhesiologischer/ operativer Patienten
- alle „respiratorischen“ Probleme anästhesiologischer/ operativer Patienten
- alle „therapeutischen“ Probleme anästhesiologischer/ operativer Patienten
Sedierung, Antibiose, Ernährung, Transfusion
- „Probleme“ mit Angehörigen

II Notfallversorgung im Krankenhaus

- alle für den Bereich der Klinik Anästhesiologie und Intensivmedizin gemeldeten Reanimationen.
- alle für den Bereich der Klinik Anästhesiologie und Intensivmedizin gemeldeten Notfallintubationen
- alle für den Bereich der Klinik Anästhesiologie und Intensivmedizin gemeldeten Notfall-Patienten
- alle „Probleme“ im Rahmen der Therapie von Schmerzpatienten und von Patienten der Palliativstation.
- **alle Meldungen und Maßnahmen im Rahmen des Katastrophenschutzplanes des Hetzelstift**

III Notfälle im Kreißaal

- **Bei allen Meldungen über Notfälle im Kreißaal bzw. bei einer schwangeren Patientin - Sectio- erfolgt eine sofortige Meldung an den diensthabenden Oberarzt.**
- Meldung zur Anforderung einer geburtshilflichen K-PDAs

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 15 von 22

IV Operationen- anstehende Narkosen im Bereitschaftsdienst

Der diensthabende Oberarzt ist über alle anstehenden Narkosen bzw.

Operationen zu informieren. Bei diensthabenden Fachärzten entscheidet der Oberarzt im Rufdienst in eigener Verantwortung.

Prinzipiell gilt, dass die Narkosen im Bereitschaftsdienst durch den rufdiensthabenden Oberarzt durchgeführt werden.

Der diensthabende Anästhesist ist für die Intensivstation zuständig.

Von dieser Regelung kann in Ausnahmefällen in Absprache abgewichen werden, wenn es die medizinische Situation auf der Intensivstation zulässt.

Ansonsten gelten alle im Punkt 1. (Narkosen während der Regeldienstzeit) angeführten Kriterien.

V Sonstige Notfälle im Krankenhaus

Der diensthabende Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist über alle sonstigen „Notfälle“ umgehend zu informieren.

Dies betrifft insbesondere alle Maßnahmen in Bezug des Katastrophenschutzplanes und bei Störungen der „Energieversorgung“ (Stromversorgung, Sauerstoff, Kommunikationssysteme).

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 16 von 22

Der Intrahospitaltransport von Intensiv- Notfall-Patienten

1. Einleitung

Für die Erstellung von Anästhesie-Standards für die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Marienhaus Klinikum Hetzelstift in Neustadt an der Weinstraße wird im Folgenden die Thematik: **Der Intrahospitaltransport von Intensiv- und Notfall Patienten abgehandelt.**

Diese Standards wurden im Rahmen der „Montagsfortbildung“ vorgetragen und sind im „Standardordner“ der Klinik hinterlegt und nachzulesen.

Ausgehend von der provozierenden These: **Der sicherste innerklinische Transport eines Intensiv-Notfall Patienten ist der Transport der nicht durchgeführt wird.**

beschäftigt sich das Thema im Speziellen mit der Entscheidung, der Planung und letztlich der Durchführung von innerklinischen Transporten von Intensiv- und Notfall Patienten durch Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Dargestellt werden:

- 1) Definition „Intrahospitaltransport“
 - Welche Transporte sind hier gemeint
 - Welche Patienten sind hier gemeint
- 2) Entscheidungen bzw. Entscheidungsfindung und Entscheidungskriterien vor dem Transport von Intensivpatienten
- 3) Durchführung des innerklinischen Transports von Intensiv- und Notfallpatienten.

Die Darstellung der Durchführung des innerklinischen Transports von Intensiv- und Notfall Patienten beinhaltet:

- 1) Transporte von Patienten aus dem OP auf die Intensivstation
- 2) Transporte von Patienten aus der Intensivstation in den OP
- 3) Transporte von Intensiv- und Notfall Patienten von der Intensivstation bzw. Notfallaufnahme zur „Diagnostik“ (Röntgen, CT, MRT)

Hierbei wird jeweils im Einzelnen auf die Planung und letztlich Durchführung des jeweiligen Transportes eingegangen (Personal, mitzuführendes medizinisches Equipment, Monitoring, Medikamente).

Das dargestellte anästhesiologische Management entspricht den Vorgehensweisen an unserer Klinik, ist als Standard definiert und somit als Dienstanweisung zu verstehen.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 17 von 22

Gliederung:

I Definitionen

- 1.) **Was verstehen wir unter dem Begriff Intrahospitaltransport**
- 2.) **Welche Patienten sind hier gemeint**
- 3.) **Welche Transporte sind hier gemeint**
 - Transporte von Patienten aus dem OP auf die IBST
 - Transporte von Patienten von der IBST in den OP
 - Transporte von Patienten von der IBST / Notfallaufnahme zur Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, ...)

II „Entscheidungen vor dem Transport“

- 1.) Erlaubt der Zustand des Patienten einen innerklinischen Transport?
- 2.) Was ist das Ziel des Transports, welche Aussage bringt die angestrebte Untersuchung.
- 3.) Nutzen / Risiko Abwägung des Transports
- 4.) Kann das gleiche „Ergebnis“ auch ohne einen Transport des Patienten erreicht werden?

III Durchführung des Intrahospitaltransports

- 1.) Transporte von Patienten aus dem OP auf die IBST
 - 1.1.) Planung
 - 1.2.) Durchführung
 - Personal, Equipment, Monitoring, Medikamente
- 2.) Transporte von Patienten von der IBST in den OP
 - 2.1.) Planung
 - 2.2.) Durchführung
 - Personal, Equipment, Monitoring, Medikamente
- 3.) Transporte von Patienten von der IBST / Notaufnahme zur Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, ...)
 - 3.1.) Planung
 - 3.2.) Durchführung
 - Personal, Equipment, Monitoring, Medikamente

IV Zusammenfassung

I Definitionen

Allgemein fallen unter den Begriff „Intrahospitaltransport“ alle Transporte eines Patienten innerhalb des Krankenhauses.

In den vorliegenden Standards werden ärztlich begleitete Patiententransporte durch Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin dargestellt.

Hierbei handelt es sich zum einen um Transporte von Patienten postoperativ aus dem OP-Bereich auf die Intensivstation bzw. umgekehrt.

Ferner werden die Vorgehensweisen bei Transporten von – in der Regel beatmeten - Intensivpatienten zur „Diagnostik“ (CT, MRT, Röntgen, etc.) dargestellt. Auch Transporte von Notfallpatienten aus der Notaufnahme zur Diagnostik bzw. in den Op. / Intensivstation werden abgehandelt.

Grundsätzlich werden alle anästhesiologischen/ operativen Intensivpatienten zum Transport ärztlich und pflegerisch begleitet.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 18 von 22

II „Entscheidungen vor dem Transport“

- 1.) Im Unterschied zu Transporten von Patienten aus dem OP postoperativ auf die Intensivstation (geplant und nicht geplant) muss bei Transporten von Intensivpatienten zu diagnostischen Maßnahmen die Frage gestellt werden, ob der Transport für den Patienten zumutbar ist, bzw. ob der Zustand des Patienten den Transport zulässt und keine unnötige Gefährdung darstellt. Hierbei ist zu klären, ob die bestehende Kreislauf- und Beatmungs- Therapie während einem Transport und während der angestrebten Diagnostik unverändert weitergeführt werden kann.
- 2.) Je nach Gesamtsituation des Patienten muss vor dem angestrebten Transport die Frage nach dem Aussagewert und vor allem nach dem therapeutischen Nutzen der geplanten Diagnostik kritisch gestellt werden.
- 3.) Es ist daher zwingend erforderlich vor jedem Transport, insbesondere bei beatmeten Patienten eine sorgfältige Nutzen/ Risiko Abwägung zu treffen. Hier ist besonders zu prüfen, ob nicht die Durchführung der angestrebten Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. weitere Kreislaufstabilisierung, Reduktion der Katecholamintherapie, Reduktion des Sauerstoffanteils bei der Beatmung, Normalisierung der Atemzeit-Verhältnisse) ohne Nachteile für den Patienten erfolgen könnte.
- 4.) Insbesondere bei Intensivpatienten die sich in einem kritischen Zustand befinden (hoher Katecholaminbedarf, hohe FiO_2) muss vor jedem Transport die Frage gestellt werden, ob das gleiche diagnostische/ therapeutische „Ergebnis“ nicht auch ohne einen Transport des Patienten erreicht werden kann; d.h. kann dieselbe oder eine vergleichbare diagnostische / therapeutische Maßnahme nicht auch patientennah auf der Intensivstation selber durchgeführt werden.

„Der sicherste Transport von Intensivpatienten ist der, der nicht durchgeführt werden muss“

III Durchführung des Intrahospitaltransports

1.) Transporte von Patienten aus dem OP auf die IBST

1.1.) Planung:

Zunächst gilt es hier zwischen geplanten und ungeplanten Transporten zu unterscheiden. Am Morgen des Op.-Tages bzw. am Vortag wird bereits bei der Op.-Planung festgelegt welcher Patient postoperativ auf die Intensivstation übernommen werden muss. Hierzu ist eine entsprechende „Bettenplanung“ und Berücksichtigung der Bettenkapazität erforderlich. Neben diesen „geplanten“ Aufnahmen kann sich jedoch zusätzlich intraoperativ die Notwendigkeit ergeben, einen Patienten postoperativ (eventuell auch aus dem Aufwachraum) auf die Intensivstation zu übernehmen. Insbesondere bei den nichtgeplanten Übernahmen auf die Intensivstation muss diese zu dem frühest möglichen Zeitpunkt informiert werden.

Bei geplanten Übernahmen ist die **Intensivstation 30-45 Min. vor OP-Ende zu informieren**. Hierbei ist insbesondere zu übermitteln, in welchem Zustand der Patient sich befindet, ob ein Beatmungsgerät bzw. welche „Perfusoren“ vorzubereiten sind. Bei OP-Ende erfolgt dann die tel. Info das der Patient abzuholen ist – mit Zustandsbeschreibung.

1.2.) Durchführung:

- **Der Transport erfolgt prinzipiell in Begleitung IBST Arzt und IBST Pflegekraft.**
- Die Übergabe des Patienten erfolgt an der OP-Schleuse von „Doc zu Doc“. Hierbei berichtet der Anästhesist (OP) über den OP und Narkose-
- Verlauf, Besonderheiten, Probleme, durchgeführte Therapie, Komplikationen, durchgeführte Transfusionen, ggf. entnommene Laborwerte, noch erforderliche Diagnostik,

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 19 von 22

- Der nichtbeatmete Patient erhält während dem Transport Sauerstoff über Maske. Als Monitoring wird ein Pulsoxymeter eingesetzt (EKG, RR bei Kreislaufproblemen zusätzlich!)
- Der beatmete Patient wird bei problemloser intraoperativer Beatmung und problemloser Oxygenierung mit dem Transportbeatmungsgerät (Oxylog, Medumat)
- transportiert.
- **Das Beatmungsgerät und Monitoring sind bereits im OP Saal anzuschließen!**
- Das Monitoring erfolgt mit dem Transport-Monitor (SaO₂, EKG, RR).
- Bei instabilen Patienten ist zusätzlich die Mitnahme des Defibrillators erforderlich.
- Für den Transport erforderliche Hypnotika/Analgetika werden aus dem OP
- mitgegeben. Eine intraoperativ begonnene Katecholamintherapie muss für den Transportsichergestellt sein (Medikamente, Perfusor, Infusomat werden hierzu von der IBST bei der „Vor Anmeldung des Patienten“ angefordert.)
- Vor dem Transport werden alle nicht benötigten venösen Zugänge abgestöpselt; in der Regel sollte nur ein Zugang (distales Lumen des ZVK) mit Vollelektrolytlösung „tropfen“.
- Vor dem Transport müssen alle vorhandenen Drainageschläuche, Infusions- bzw. Perfusorleitungen, Harnableitungen, etc. unbedingt geordnet und am Patienten mit Pflasterstreifen (in der Regel an den Armen bzw. Beinen) fixiert werden.

Für die Sicherheit des Patienten ist diese geforderte Ordnung und Schaffung von übersichtlichen Verhältnissen unabdingbar!

2.) Transporte von Patienten von der IBST in den OP

2.1.) Planung:

Art und Zeitpunkt des geplanten operativen Eingriffes von Intensivpatienten werden im OP-Plan festgelegt. Der genaue Zeitpunkt wird durch den Anästhesisten im OP der Intensivstation mindestens 30 Minuten vorher mitgeteilt. Im Falle des Transportes auf dem OP Tisch, d. h. Umlagern des Patienten auf den OP-Tisch schon auf der Intensivstation muss diese Meldung 45-60 Minuten vor der OP erfolgen. Der Transportzeitpunkt bzw. das Abrufen des Patienten auf der Intensiv-Station sollte so erfolgen, dass der IBST-Patient von der Schleuse, bzw. mit dem OP-Tisch d i r e k t in den OP-Saal gefahren werden kann.

Bei Notfalleingriffen - z. B. Nachblutung - erfolgt durch den Intensivarzt zum frühest möglichen Zeitpunkt die Information an den OP-Koordinator und die Aufsicht führenden Anästhesisten (1810) bzw. diensthabenden Oberarzt -. Der OP-Koordinator ruft dann den Patienten ab sowie eine OP-Kapazität und ein fachlich adäquater freier (Absprache mit 1810!) Anästhesist mit Anästhesiefachpflegekraft vorhanden ist.

Für den Rücktransport des IBST-Patienten aus dem OP auf die IBST siehe Punkt 1.

2.2.) Durchführung

- Personal, Equipment, Monitoring, Medikamente
- Der Transport erfolgt prinzipiell in Begleitung IBST Arzt und IBST Pflegekraft.
- Die Übergabe des Patienten erfolgt an der Op-Schleuse von „Arzt zu Arzt“. Hierbei werden alle notwendigen Therapiemaßnahmen und Besonderheiten des Patienten übermittelt (Beatmungsparameter, laufende medikamentöse Therapie, Katecholamine, etc.) (siehe Übergabeprotokoll/-checkliste)
- Sofern der Patient auf der IBST „problemlos“ zu beatmen war; d.h. FiO₂ kleiner 0,5, normales Atemzeitverhältnis, PEEP bis 5 mbar, wird der Patient mit dem Transportbeatmungsgerät (Oxylog 2000) transportiert.
- Benötigt der Patient eine FiO₂ von >0,5 bzw. ist ein differenziertes Beatmungsmuster erforderlich, erfolgt der Transport (bis auf den Op.-Tisch!) mit dem Intensivbeatmungsgerät. Hierbei ist unbedingt auf einen ausreichenden Sauerstoffvorrat sowie eine ausreichende Akku-Ladung zu achten.
- Prinzipiell wird zu allen Transporten ein Handbeatmungsgerät (Ambu-Beutel) mitgeführt.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 20 von 22

- Während des Transportes erfolgt das Monitoring mit dem mobilen IBST-Monitor (SaO₂, EKG, RR, ggf. invasive RR Messung). Auch hier ist auf eine ausreichende Akkuladung zu achten.
- Für den Transport erforderliche Hypnotika/Analgetika werden von der IBST mitgegeben.
- Eine laufende Katecholamintherapie muss während dem Transport weitergeführt werden (Medikamente, Perfusor, Infusomat werden hierzu von der IBST mitgenommen).
- Um den Patienten auch im Op. weiter mit dem IBST-Beatmungsgerät, Monitor, Perfusoren zu therapieren, werden die entsprechenden Netzkabel mitgegeben.
- Vor dem Transport werden alle nicht benötigten venösen Zugänge abgestöpselt; in der Regel sollte nur ein Zugang (distales Lumen des ZVK) mit Vollelektrolytlösung, sowie die erforderlichen Katecholamin-Perfusoren (proximales Lumen des ZVK) laufen.
- Vor dem Transport müssen alle vorhandenen Drainageschläuche, Infusions- bzw. Perfusorleitungen, Harnableitungen, unbedingt geordnet und am Patienten mit Pflasterstreifen (in der Regel an den Armen bzw. Beinen) fixiert werden.

Für die Sicherheit des Patienten ist diese geforderte Ordnung und Schaffung von übersichtlichen Verhältnissen unabdingbar!

3.) Transporte von Patienten von der IBST / Notaufnahme zur Diagnostik

(Röntgen, CT, MRT, ...)

Patiententransporte von der IBST zu verschiedenen diagnostischen Maßnahmen innerhalb des Krankenhauses unterscheiden sich wesentlich von den Transporten OP. – IBST bzw. IBST- Op.-IBST.

Die Unterschiede liegen in den zurückzulegenden Transportwegen, der Transportdauer incl. der Verweilzeit des Patienten am „Untersuchungsort“ und letztlich wesentlich durch den Umstand, dass sich in der Regel „vor Ort“ (Röntgen, CT, MRT) kein komplett ausgestatteter Anästhesie-Arbeitsplatz befindet. Dieser Umstand muss bei der Planung und Durchführung solcher Transporte berücksichtigt werden.

3.1.) Planung

Insbesondere bei Intensivpatienten die sich in einem kritischen Zustand befinden (hoher Katecholaminbedarf, hohes FiO₂) muss vor jeder geplanten Diagnostik/ Intervention außerhalb der IBST die Frage gestellt werden, ob das gleiche diagnostische/ therapeutische „Ergebnis“ nicht auch ohne einen Transport des Patienten erreicht werden kann; d.h. kann dieselbe oder eine vergleichbare diagnostische/ therapeutische Maßnahme nicht auch patientennah auf der Intensivstation selber durchgeführt werden.

Es muss hier jeweils eine sorgfältige Nutzen/Risiko Abwägung erfolgen.

Ist der Transport nicht zu vermeiden, so sind die Transport- und Insbesondere Wartezeiten „vor Ort“ zu minimieren. Dazu muss eine enge Absprache mit der entsprechenden „Ziel“ – Abteilung erfolgen (im Vorfeld und unmittelbar vor dem Transport). Der Transportzeitpunkt bzw. Zeitpunkt der angestrebten Untersuchung hängt zwar von den Kapazitäten/ Planungen der Zielabteilung ab, aber es ist wesentlich, hier auch den eigenen Personalbedarf für diesen Transport mit den vorhandenen Möglichkeiten (Personalressourcen) auf der IBST (ärztlich wie pflegerisch) zu berücksichtigen und einzuplanen.

3.2.) Durchführung

- Personal, Equipment, Monitoring, Medikamente
- Der Transport eines intubierten und beatmeten Intensivpatienten bzw. der Transport eines kreislaufinstabilen Patienten (Katecholamintherapie, Schrittmacher) erfolgt prinzipiell ausschließlich in Begleitung IBST Arzt und IBST Pflegekraft.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 21 von 22

- Unmittelbar vor Beginn des Transportes muss nochmals telefonisch mit dem „Transportziel“ sichergestellt werden, dass der Patient erwartet wird und die geplante Untersuchung ohne Wartezeit begonnen werden kann.
- Da sich überwiegend das „Transportziel“ in einem anderen Stockwerk befindet und hierzu zwangsläufig ein Fahrstuhl benutzt werden muss ist dieser zusätzliche Zeitbedarf (Wartezeit, technische Probleme im Fahrstuhl) bei der Berechnung der erforderlichen Sauerstoffmengen, Energie- sowie Medikamentenbedarf zu berücksichtigen (+ 30 bis 45 Minuten!!).
- Bei allen Transporten von beatmeten Patienten muss prinzipiell ein Handbeatmungsgerät (Ambu-Beutel) sowie ein Inkubationsbesteck mit passenden Tuben bzw. Trachealkanülen mitgeführt werden.
- Sofern der Patient auf der IBST „problemlos“ zu beatmen war; d.h. $\text{FiO}_2 < 0,5$, normales Atemzeitverhältnis, PEEP bis 5 mbar wird der Patient mit dem Transportbeatmungsgerät (Oxylog) transportiert – ausreichender Sauerstoffvorrat!! „Vor Ort“ erfolgt der Anschluss des Oxylogs über Druckschlauch-Verlängerung an die O_2 -Wandsteckdose. Diese muss, wenn nicht vor Ort verfügbar von der IBST mitgeführt werden.
- Benötigt der Patient einen $\text{FiO}_2 > 0,5$, bzw. ist ein differenziertes Beatmungsmuster erforderlich, erfolgt der Transport mit dem Intensivbeatmungsgerät (Dräger Evita 4, Bennett 840). Hierbei ist unbedingt auf einen ausreichenden Sauerstoffvorrat sowie eine ausreichende Akku-Ladung zu achten (Netzteil und Anschlusskabel mitnehmen!!). Prinzipiell muss zusätzlich das Transportbeatmungsgerät kurzfristig, d.h. sofort, verfügbar sein!!
- Während dem Transport erfolgt das Monitoring mit dem mobilen IBST-Monitor (SaO_2 , EKG, RR, ggf. invasive RR Messung). Auch hier ist auf eine ausreichende Akkuladung zu achten. Netzteil und Anschlusskabel von der IBST mitnehmen!
- Für den Transport erforderliche Hypnotika/ Analgetika werden von der IBST mitgegeben. Eine laufende Katecholamintherapie muss während des Transportes weitergeführt werden und sichergestellt sein (Medikamente, Perfusoren bzw. Infusomat werden hierzu von der IBST mitgenommen). Auch hier muss auf einen ausreichenden Akku-Ladezustand geachtet werden, sowie Netzteil und Anschlusskabel mitgeführt werden.
- Je nach Zustand des Patienten ist eine Auswahl von entsprechenden Notfall-Medikamenten mitzuführen. Zusätzlich wird „vor Ort“ der im Bereich befindliche Notfallwagen in die Nähe des Patienten gebracht.
- Bei instabilen Patienten ist zusätzlich die Mitnahme des Defibrillators erforderlich.
- Vor dem Transport werden alle nicht benötigten venösen Zugänge abgestöpselt; in der Regel sollte nur ein Zugang (distales Lumen des ZVK) mit Vollelektrolytlösung, sowie die erforderlichen Katecholamin-Perfusoren (proximales Lumen des ZVK) sowie die „Sedierung“ laufen. (siehe Neustadter Infusionsleitfaden)
- Vor dem Transport müssen alle vorhandenen Drainageschläuche, Infusions- bzw. Perfusorleitungen, Harnableitungen unbedingt geordnet und am Patienten mit Pflasterstreifen (in der Regel an den Armen bzw. Beinen) fixiert werden.

Für die Sicherheit des Patienten ist diese geforderte Ordnung und Schaffung von übersichtlichen Verhältnissen unabdingbar!

- Während der „Untersuchung“ des beatmeten IBST Patienten bleibt der begleitende IBST Arzt (sowie die IBST Pflegekraft) durchgehend anwesend!
- Eine durchgehende Überwachung des Patienten (Kontrolle des Monitorings, der Beatmung) muss sichergestellt sein.
- Während der „Untersuchung“ und dem Transport erfolgt eine lückenlose Dokumentation aller Überwachungsparameter sowie der durchgeführten Therapie auf einem Narkoseprotokoll.
- Befundergebnisse (vorläufiger schriftlicher Befund) sind auf die IBST mitzunehmen bzw. in dem Überwachungsprotokoll schriftlich zu fixieren.
- Vor dem Rücktransport auf die Intensivstation wird diese telefonisch informiert. Hierbei wird der Zeitpunkt und falls sich der Zustand des Patienten während der Untersuchung verändert hat diese Veränderung mitgeteilt.

MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT	Rev. 001/08.2026
Einarbeitungskonzept Anästhesie	Seite 22 von 22

- Hinsichtlich der Vorgehensweisen wird zusätzlich auf die bestehenden und schriftlich fixierten „Pflegestandards“ verwiesen.

Checkliste Katastrophenschutzplan

Die Regelversorgung von Patienten in klinischen Routinebetrieb ist gewährleistet.

Ein KATASTROPHENSCHUTZPLAN

regelt die Patientenversorgung bei einem Massenanfall

von Verletzten bzw. Erkrankten

Siehe gesondertes Dokument!

Gesetzliche Grundlagen:

Empfehlungen an die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz

zur Erstellung eines Alarm- und Einsatzplanes.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

Dezember 1998

Organspende

Ablauf und Verantwortlichkeiten: Näheres siehe [VA Organspende in Roxtra FileID=95920](#)