Burchardi · Larsen
Marx · Muhl
Schölmerich

Die Intensivmedizin

11. Auflage

Springer

Inhaltsverzeichnis

I Organisation und Umfeld der Intensivmedizin

1 **Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin** ... 3
R. Dembinski, R. Kuhlen, M. Quintel

2 **Rechtliche Probleme** ... 9
R.-W. Bock

3 **Psychosoziale Situation und psychologische Betreuung in der Intensivmedizin** ... 17
V. Köllner, K. Bernardy, P. Bialas, T. Loew

4 **Intensivpflege** ... 27
D. Stolecki

5 **Hygiene in der Intensivmedizin** ... 37
M. Dettenkofer, E. Meyer (unter Mitarbeit von A. Conrad)

6 **Transport kritisch kranker Patienten** ... 47
W. Wilhelm

7 **Scores** ... 55
R. Lefering, E. Neugebauer

8 **Risikomanagement und Fehlerkultur** ... 67
A. Frutiger, J. Graf

9 **Ökonomie und Qualitätsmanagement** ... 79
J. Martin, C. Waydhas, O. Mörer

10 **Organisation und Management** ... 91
H. Burchardi, W. Fleischer

11 **Weiterbildung und Kompetenzvermittlung in der Intensivmedizin** ... 105
A.R. Heller, M.P. Müller

12 **Langzeitfolgen nach Intensivtherapie** ... 117
J. Langgartner

13 **Akut- und Frührehabilitation** ... 123
B. Gassner, S. Kircher, G. Schönherr

14 **Palliativmedizin in der Intensivmedizin** ... 135
F. Nauck

II Diagnostik und Überwachung

15 **Hämodynamisches und respiratorisches Monitoring, intravasale Katheter** ... 147
W. Wilhelm, R. Larsen, H. Pargger, S. Ziegeler, F. Mertzlufft

16 **Zerebrales Monitoring, neurophysiologisches Monitoring** ... 181
K.L. Kiening, A.S. Sarrafzadeh

17 **Bildgebende Verfahren: Röntgen, Ultraschall, CT, Nuklearmedizin** ... 189
E. Eisenhuber-Stadler, B. Partik, P. Pokieser, C. Schaefer-Prokop

18 **Labordiagnostik in der Intensivmedizin** ... 235
C.E. Wrede, S. Froh

III Prinzipien der Therapie

19 **Pharmakodynamik und Pharmakokinetik beim Intensivpatienten, Interaktionen** 251
J. Langgartner

20 **Ernährung** 265
K. Mayer

21 **Hämorrhagischer Schock** 275
R. Larsen

22 **Volumentherapie** 287
T.-P. Simon, G. Marx

23 **Inotropika und Vasopressoren** 293
S. Rex

24 **Hämostase und Hämotherapie** 301
M. Reng

25 **Analgesie, Sedierung, und Therapie deliranter Syndrome** 321
S. Kleinschmidt

26 **Endotracheale Intubation** 341
M. Quintel, F. Fiedler

27 **Perkutane Tracheotomie** 351
H.-W. Bause, A. Prause

28 **Thoraxdrainage** 361
B. Regli, L. Mende

29 **Bronchoskopie** 369
S. Krüger

30 **Kardiopulmonale Reanimation** 377
H. Herff, V. Wenzel

IV Kardiovaskuläre Störungen

31 **Akute Herzinsuffizienz und kardiogener Schock, Herzbeuteltamponade** 391
R. Wachter, H.-P. Hermann, S. Vonhof, G. Hasenfuß

32 **Akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris** 411
J. Weil

33 **Herzrhythmusstörungen** 433
H.-J. Trappe

34 **Infektiöse Endokarditis** 447
M. Doering, D. Elsner

35 **Der hypertensive Notfall** 455
S. Seiler, D. Fliser

36 **Lungenarterienembolie** 465
H.-D. Walmrath

V Respiratorische Störungen

37 **Respiratorische Insuffizienz – Pathophysiologie und Diagnostik** 473
R. Dembinski, R. Kuhlen

38 **Akutes Lungenversagen** 479
R. Dembinski, R. Kuhlen

39 **Pneumonien** ... 487
S. Ewig

40 **COPD und Asthma bronchiale** ... 507
B. Schönhofer, R. Bals

41 **Maschinelle Beatmung und Entwöhnung von der Beatmung** ... 521
R. Dembinski, R. Kuhlen

42 **Nichtinvasive Beatmung zur Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz** ... 543
B. Schönhofer

VI **Gastrointestinale Störungen**

43 **Gastrointestinale Störungen bei kritisch Kranken** ... 557
T. Brünnler, J. Schölmerich

44 **Hepatobiliäre Funktionsstörungen und Leberversagen** ... 567
R.E. Stauber, P. Fickert, M. Trauner

45 **Akute Pankreatitis** ... 579
J. Schölmerich, T. Brünnler

46 **Akute gastrointestinale Blutungen** ... 589
H. Messmann, F. Klebl

47 **Mesenteriale Durchblutungsstörungen** ... 601
F. Rockmann, J. Schölmerich

VII **Störungen des ZNS und neuromuskuläre Erkrankungen**

48 **Neurodiagnostik in der Intensivmedizin** ... 613
A. Dörfler, M. Forsting, W. Müllges, B. Partik, D. Prayer, B. Wildemann

49 **Erhöhter intrakranieller Druck** ... 635
O.W. Sakowitz, A.W. Unterberg

50 **Koma, metabolische Störungen und Hirntod** ... 645
A. Bitsch (Vorauflage unter Mitarbeit von F. Weber und H. Prange)

51 **Zerebrovaskuläre Notfälle** ... 655
T. Steiner, S. Schwab, W. Hacke

52 **Epileptische Anfälle und Status epilepticus** ... 669
F. Kerling, F. Reinhardt, H. Stefan

53 **Psychische und psychosomatische Störungen bei Intensivpatienten** ... 675
T. Wetterling

54 **Infektionen des ZNS** ... 683
B. Salzberger

55 **Querschnittlähmung: Akutbehandlung und Rehabilitation** ... 691
M. Baumberger, P. Felleiter, F. Michel, H.G. Koch

56 **Neuromuskuläre Erkrankungen bei Intensivpatienten** ... 701
H.-P. Hartung, B.C. Kieseier, H.C. Lehmann

57 **Neurologische und neurochirurgische Frührehabilitation** ... 713
J.D. Rollnik

VIII Stoffwechsel, Niere, Säure-Basen-, Wasser- und Elektrolythaushalt

58 **Diabetisches Koma und perioperative Diabetestherapie** 727
S. Klose, H. Lehnert

59 **Endokrine Störungen beim Intensivpatienten** 741
R. Büttner, R. Gärtner

60 **Säure-Basen Status** 751
K. Hofmann-Kiefer, P. Conzen, M. Rehm

61 **Akutes Nierenversagen (ANV), extrakorporale Eliminationsverfahren und Plasmaseparation** 763
B.K. Krämer, B. Krüger

IX Infektionen

62 **Antibiotika, Prophylaxe und Antimykotika** 781
S.W. Lemmen

63 **Diagnose und Therapie der Sepsis** 789
T. Schürholz, G. Marx

64 **Nosokomiale Infektionen** 801
H. Häfner, S. Koch, S. Lemmen

65 **Spezifische Infektionen** 821
C. Dierkes, E. Bernasconi

66 **Intensivtherapie bei HIV-Infektion** 835
B. Salzberger

X Trauma

67 **Polytrauma** 845
M. Lehnert, I. Marzi

68 **Schädel-Hirn-Trauma** 859
J. Piek

69 **Verletzungen der Kiefer- und Gesichtsregion** 873
S. Reinert

70 **Thoraxtrauma** 881
R. Stocker

71 **Abdominalverletzungen** 893
C. Hierholzer, A. Woltmann

72 **Brandverletzungen** 911
N. Pallua, E. Demir

73 **Tauchunfälle, Ertrinken, Unterkühlung** 931
C.-M. Muth

XI Operative Intensivmedizin

74 **Abdominalchirurgische Eingriffe** 947
G. Peterschulte, W.T. Knoefel

75 **Herzchirurgische Eingriffe** 965
E. Kilger, K. Nassau, F. Vogel, B. Zwißler

76 **Thoraxchirurgische Eingriffe** 983
J. Geiseler, J. Fresenius, O. Karg

77 **Gefäßchirurgische Eingriffe** 993
A. Greiner, J. Grommes, M. Jacobs

78 **Intensivtherapie nach neurochirurgischen Eingriffen – elektive Kraniotomie, intrakranielle Blutung, Schädel-Hirn-Trauma, Rückenmarkverletzung** 1001
S. Pilge, G. Schneider

XII **Organtransplantation**

79 **Behandlung von Organspendern** 1025
T. Bein

80 **Intensivtherapie nach Transplantation solider Organe** 1035
C. Lichtenstern, M. Müller, J. Schmidt, K. Mayer, M.A. Weigand

XIII **Spezielle Notfälle**

81 **Die Schwangere in der Intensivmedizin** 1061
M.K. Bohlmann, K. Diedrich

82 **Präeklampsie, Eklampsie und HELLP-Syndrom** 1067
M.C. Schneider, E. Beinder, J.-C. Fauchère, M. Siegemund

83 **Anaphylaktischer Schock** 1079
U. Müller-Werdan, K. Werdan

84 **Rheumatologische Notfälle** 1087
S. Pemmerl

85 **Hämatologisch-onkologische Störungen** 1095
S. Froh

86 **Vergiftungen** 1101
H. Desel

XIV **Pädiatrische Intensivmedizin**

87 **Intensivmedizin bei Früh- und Neugeborenen** 1115
P. Groneck, C.P. Speer, K. Bauer (†)

88 **Kinderintensivmedizin** 1159
M. Sasse

Stichwortverzeichnis 1181

Organisation und Management

H. Burchardi, W. Fleischer

10.1 Organisation – 92
10.1.1 Verkürzung der Liegedauer – 92
10.1.2 Rationelle Diagnostik und Therapie – 93
10.1.3 Beschaffung und Bevorratung – 93

10.2 Intensivmedizin in der Versorgungskette – 93
10.2.1 Einsatz der Intensivbehandlung – 94
10.2.2 Integration der Fachdisziplinen – 94
10.2.3 Beendigung der Intensivbehandlung – 94
10.2.4 Kooperation und Netzwerk – 95

10.3 Personal – 95
10.3.1 Anhaltszahlen – 95
10.3.2 Qualität – 96
10.3.3 Pflegequalität – 96

10.4 Leitung der Intensivstation – 97
10.4.1 Die Intensivstation – ein multidisziplinärer Arbeitsplatz – 97
10.4.2 Qualifikationen und Aufgaben des Leiters – 97
10.4.3 Fähigkeiten zur Leitung – 98
10.4.4 Persönliche Qualifikationen – 98

10.5 Kommunikation – 99
10.5.1 Zwischenmenschliche Kommunikation – 99
10.5.2 Kommunikationstechnik – 101

10.6 Konfliktmanagement – 101
10.6.1 Konfliktdiagnose – 101
10.6.2 Konfliktlösung – 102

Literatur – 103

10.4 Leitung der Intensivstation

10.4.1 Die Intensivstation – ein multidisziplinärer Arbeitsplatz

Die Intensivstation ist ein multidisziplinärer Arbeitsplatz; hier arbeiten Pflegekräfte, Ärzte, Physiotherapeuten und viele andere im Team zusammen. Laufend kommen Konsiliarii und Vertreter anderer Fachdisziplinen dazu und bringen ihre Expertise in die Patientenversorgung ein. Auch die besorgten Angehörigen müssen gebührend betreut und beraten werden.

Diese verschiedenen Gruppen mit ihren unterschiedlichen Erwartungen und Forderungen zu koordinieren und eine leistungsbereite Arbeitsatmosphäre zu schaffen, ist eine komplexe, gelegentlich sehr schwierige Aufgabe, die im Verantwortungsbereich des Leiters der Intensivstation liegt. Um diese Aufgabe dauerhaft zu bewältigen, muss als Grundvoraussetzung ein stabiles und leistungsfreudiges Team geschaffen und erhalten werden, dessen Personal nicht zu kurzfristig wechseln sollte.

Andererseits hat ein solches Team ein dynamisches Eigenleben, das aufmerksam beobachtet und unterstützt werden muss. Sonst kann es sich unversehens in die falsche Richtung bewegen: Mit einem zu starken Gruppenbewusstsein kann das Team sich für »unfehlbar« halten und seine Kreativität verlieren. Dies ist oft ein Ergebnis eines falschen Teamverständnisses, in dem jegliche Kontroversen unterbunden worden sind [21]. Die Vielfalt der Ideen und Vorschläge muss in einem guten Team erhalten bleiben, ja ausdrücklich gefördert werden [33]. Die Schaffung einer Kultur der Toleranz und fairen Diskussion ist eine wichtige Aufgabe des Leiters der Station.

Ein Team ist für die Führungskraft vergleichbar mit einem Wagenrad, das mit Antriebsenergie voranzutreiben ist. Für die Stabilität sorgen die einzelnen Teammitglieder. Zieltransparenz und Beziehungsqualität beeinflussen maßgeblich den Zustand des Teams. Davon hängt das Vorwärtskommen des Gesamtsystems entscheidend ab: Bricht eines der Räder, gerät der ganze Wagen/das Gesamtsystem ins Schlingern [2].

Im gleichen Zusammenhang steht eine gute »Fehlerkultur«. Die Tradition des »Wer war das?« ist überholt. Es ist entscheidend, Fehler sachlich aufzudecken und ohne persönliche Beschuldigungen zu analysieren; anderenfalls werden sie verdeckt, und die Chance, etwas zu verbessern, ist vertan. Regelmäßige M&M-Konferenzen, ein fairer und offener Teamgeist, die Bereitschaft zur Qualitätssicherung und -verbesserung, definierte Ablaufregelungen und SOPs sind Grundlagen einer guten »Fehlerkultur». Auch hier liefert der Leiter die entscheidenden Vorgaben (▶ Kap. 8).

10.4.2 Qualifikationen und Aufgaben des Leiters

Qualifikationen

Der Leiter einer Intensivstation muss in Deutschland die spezielle Weiterbildung »Intensivmedizin« vorweisen; für Österreich und die Schweiz gelten die entsprechenden nationalen Richtlinien. Weitere Qualifikationen erscheinen aber auch darüber hinaus sinnvoll: Für Intensivstationen größerer Häuser eine mindestens 4-jährige vollzeitliche Praxis in der Intensivbehandlung (davon mindestens 2 Jahre als Oberarzt) sowie eingehende Erfahrungen in der Krankenhaus- und Intensivstationsorganisation.

Für Universitätskliniken ferner die aktive Teilnahme an internationalen Kongressen sowie Erfahrung in Management und Durchführung wissenschaftlicher Forschung und der Wissenschaftsfinanzierung.

Für die Führungsaufgabe sind auch einige allgemeine Kenntnisse nützlich oder gar unerlässlich:

- Weiterbildung im Krankenhausmanagement und medizinisches Qualitätsmanagement,
- Kenntnisse der Strukturen des nationalen Gesundheitssystems.

Praktische Erfahrung in der Arbeit in verschiedenen Gremien und Kommissionen sind sehr hilfreich, um die abteilungsübergreifende Bedeutung der Intensivmedizin deutlich zu machen und zu fördern innerhalb des Krankenhauses, ebenso wie im Bereich der eigenen Universität bzw. innerhalb der Fachgesellschaften oder Ärztekammern.

Aufgaben

Der Leiter der Intensivstation ist ihr offizieller Vertreter. Er repräsentiert ihre Funktion und Aufgaben nach außen, etwa gegenüber der Verwaltung und gegenüber anderen Fachgebieten und Krankenhäusern, gleichzeitig hat er die Arbeit der Station zu verantworten. Ihm obliegt die Budgetverantwortung, d. h. er fordert die notwendigen finanziellen Mittel an und begründet deren ordnungsgemäße Verwendung.

Vor allem aber ist er der Repräsentant des intensivmedizinischen Behandlungsteams. Als solcher vertritt er das Team bei allen Problemen und Konflikten mit anderen Fachdisziplinen und deren Fachvertretern. Voraussetzung ist, dass er von seinem Team als kompetenter und verlässlicher Leiter wahrgenommen wird.

In der täglichen Praxis und der Routine des Managements entstehen daraus wichtige Aufgaben der Personalführung, die soziale Kompetenz erfordern und von folgenden **Grundsätzen** gekennzeichnet sind:

- Festlegung klarer Verantwortlichkeiten,
- Zuordnung der Mitarbeiter in eine eindeutige Führungshierarchie,
- jährliche Zielvereinbarungs- und Mitarbeitergespräche,
- eine förderliche Chef-Mitarbeiter-Beziehung mit wöchentlichen Jour-fix-Gesprächen,
- konstruktive Fehler- und Feedback-Kultur,
- Teambildung mit klarer und offener Kommunikation,
- Aus- und Weiterbildungspläne,
- Mentoring-Konzepte,
- Information der Mitarbeiter über Vorhaben der Klinikleitung,
- Beteiligung der Mitarbeiter an der Planung von Veränderungsprozessen.

Gleichzeitig muss der Leiter der Intensivstation die Situationen akuter Arbeitsüberlastung und anderen außergewöhnlichen Belastungen für das Team einfühlsam erfassen. Dabei muss er die Notwendigkeiten einer optimalen Patientenbehandlung und seiner Verantwortung gegenüber seinen Mitarbeitern mit Sensibilität abwägen. Häufig eine schwierige Gratwanderung, die jedoch aus einem aktiven Führungsprozess nicht ausgeklammert werden kann – trägt sie doch wesentlich zur Burnout-Prävention bei.

Der **Leiter einer großen Intensivstation**
- ist Leiter des Teams der ITS:
  - letztlich verantwortlich für Controlling und Qualitätsmanagement,
  - letztlich zuständig für alle internen und externen Probleme,
  - vertritt die Intensivstation nach innen und außen,
  - verantwortet letztlich alle Entscheidungen der Intensivbehandlung,
- ist verantwortlich für die Verwendung und Einhaltung der Budgets (Personal, Investitionen, Beschaffungen, Behandlungen, Wissenschaft und Forschung),
- ist Verteiler aller intensivmedizinisch relevanten Informationen,
- ist »Verbindungsmann« für das interne und externe Krankenhausnetzwerk.

Insgesamt sind das zahlreiche Funktionen, die außerhalb der medizinischen Kompetenz liegen und auf deren Übernahme die wenigsten Mediziner ausreichend vorbereitet sind. Es reicht also nicht, dass der Leiter (nur) ein kompetenter Intensivmediziner ist. Das sollte bei der Besetzung einer solchen Position berücksichtigt werden.

10.4.3 Fähigkeiten zur Leitung

Wichtige Voraussetzung, um in einem aktiven Führungsprozess die Hoheit des Handelns zu halten und von den Mitarbeitern als berechenbare und verlässliche Leitungspersönlichkeit wahrgenommen zu werden, ist das Bewusstmachen der eigenen Führungsrolle. Nur wer diese Rolle bewusst annimmt, ist in der Lage, sie dauerhaft auszufüllen.

Offensichtlich gibt es nicht den einzigen, besten Weg, die Leitungsfunktion auszuüben. Jeder muss seinen eigenen besten Weg finden, der zu ihm passt und den Anforderungen am besten gerecht wird. Das heißt sogar, dass er gegenüber unterschiedlichen Mitarbeitern unterschiedliche Führungsstile einsetzen kann – immer angepasst an das jeweilige Verhaltensprofil und den individuellen Reifegrad hinsichtlich der Aufgabe.

Einerseits kann er sich an den sachlichen Notwendigkeiten orientieren und Aufgaben, Funktionen, Ziele definieren und erklären (**»task behaviour«**); hier sind SOPs (»standard operating procedures«) hilfreich. Andererseits kann er die Mitarbeitermotivation und das Zwischenmenschliche in den Vordergrund stellen (**»relationship behaviour«**). Dann wird es ihm in erster Linie um ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen sich und seinen Mitarbeitern gehen. Er wird zuhören und sich um gute Kommunikation bemühen.

Führung nach dem Gießkannenprinzip sollte vermieden werden. Denn Führungsverhalten, das an die unterschiedlichen Reifegrade der Mitarbeiter angepasst wird, setzt große Potenziale frei, auf die man ansonsten verzichten müsste. Idealerweise erhalten die Mitarbeiter von ihrem Leiter genau die Dosis an Führung, die sie brauchen. So benötigt ein sehr gewissenhafter Mitarbeiter von seinem Chef exakte Hintergrundinformationen, um sich vorbehaltlos seiner Aufgabe widmen zu können. Für einen motivierten Mitarbeiter hingegen, der seine Aufgabe sehr sicher beherrscht, reicht es aus, lediglich über Eckpunkte informiert zu werden. um die Aufgabe optimal verrichten können.

Führungskreislauf

Mit dem Reifegrad der Mitarbeiter steigt für den Leiter die Möglichkeit der Delegation von Aufgaben. Jede Delegation motiviert und stärkt das Selbstvertrauen. Die einzelnen Mitarbeiter werden angeregt, selbst Verantwortung für ihre Arbeit zu übernehmen –

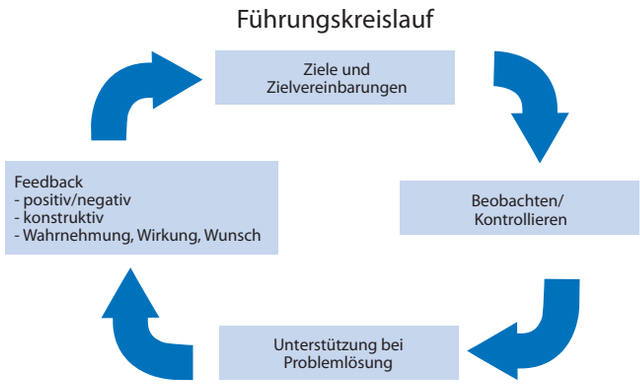

Abb. 10.1 Führungskreislauf

oft eine Grundvoraussetzung für eine Verbesserung der Qualität. Kompetente, engagierte Mitarbeiter sind i. Allg. äußerst daran interessiert, eigene Aufgaben und Verantwortungen zu übernehmen; werden sie dagegen durch kleinliche Kontrollen gegängelt, fühlen sie sich unterbewertet und frustriert.

Die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten müssen klar definiert (schriftliche Regeln/SOPs) und an die Reifegrade der Mitarbeiter angepasst und – als wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements – dem gesamten Team kommuniziert werden. Gleichzeitig muss die Erfüllung der delegierten Aufgaben kontinuierlich überwacht werden, damit der Leiter stets auf dem Laufenden ist, denn er bleibt letztlich verantwortlich für alle Aktivitäten. Plötzliche Ereignisse können es auch erforderlich machen, dass er direkt in das Geschehen eingreift, d. h. das Handlungsregime selbst übernimmt. Es ist sinnvoll, die Kriterien für solche Situationen schriftlich festzulegen, damit alle Mitarbeiter wissen, wann der Leiter informiert und kontaktiert werden muss. Besonders wichtig ist es, dass bei »politisch« sensiblen Problemen (z. B. Meinungsverschiedenheiten mit anderen Fachdisziplinen) der Leiter sofort informiert wird und (sofern berechtigt) sein Team unterstützen kann. Regelmäßiges konstruktives Feedback zur Leistungs- und Ergebnisqualität rundet das aktive Führungshandeln des Leiters entsprechend dem Führungskreislauf ab (Abb. 10.1).

10.4.4 Persönliche Qualifikationen

Der Leiter wahrt die Interessen seiner Station im Innen- sowie im Außenverhältnis. Während er im Innenverhältnis durch aktives Führungshandeln für ein gut funktionierendes Team sorgt, ist er im Außenverhältnis der Repräsentant seiner Station.

Externe Repräsentanz

Intensivmedizin ist im besonderen Maße auf multidisziplinäre Kooperation angewiesen. Idealerweise sollte daher ihr Leiter Vertrauen und Respekt bei den Partnerdisziplinen genießen und bei den übrigen Klinikleitern und Chefärzten sowie von der Verwaltung und der Klinikumsleitung wohlangesehen sein.

Die Intensivstation muss innerhalb des Krankenhauses in einem komplexen Netzwerk von Zuständigkeiten und Abhängigkeiten reibungslos funktionieren. Das bedeutet eine sensible, aber effektive Kooperation mit vielen weiteren Dienstleistungsstellen. Die Intensivmedizin hat also keine strikt abgegrenzte Aufgabe, vielmehr verdankt sie ihre besondere Stellung ihrer guten Kooperation und Interaktion nach allen Seiten. Es ist die Aufgabe des Leiters der

Intensivstation, dieses Bewusstsein bei allen ihren Mitarbeitern zu wecken.

Für die »Politik« und für das beruflichen »Power Play« innerhalb des Krankenhauses ist es wichtig, dass der Leiter der Intensivstation bei allen Differenzen sich aktiv um eine Win-win-Situation bemüht [3]. Dennoch kann es mitunter unumgänglich sein, kurzfristig eine Einigung zu akzeptieren, die nicht optimal ist, um Stagnation zu verhindern. Andere Situationen können hingegen die gesamte Durchsetzungskraft des Leiters erfordern. Zentrales Leitmotiv seiner Bemühungen sollte immer das Wohl der Patienten und der Mitarbeiter sein. Eine Win-win-Kultur muss vertrauensvoll entwickelt werden, damit ein nachhaltiges Vertrauens- und Respektverhältnis zwischen den Verhandlungspartnern entsteht.

Interne Leitung

Als »Kopf« der Intensivstation ist der Leiter verantwortlich für die Atmosphäre und den »seelischen Zustand« seines Teams. Das bedeutet, dass seine soziale Kompetenz (»emotionale Intelligenz«) in dieser Funktion besonders gefragt ist. Soziale Fähigkeiten, die benötigt werden, um gut mit Menschen zusammenzuarbeiten, sind für Leitungsaufgaben von höchster Bedeutung [15]. Es ist bemerkenswert, wie die »Psychologie« einer Gruppe von den Charaktereigenschaften ihres Leiters geprägt wird.

Eine Reihe guter Ratschläge findet der Leser in dem bekannten und bemerkenswerten Buch von Steven R. Covey »Die sieben Wege zur Effektivität« [3]. Hierin empfiehlt er u. a.:

» Versuche erst zu verstehen, dann versuche verstanden zu werden. «

Das betont die Bedeutung des aktiven Zuhörens: Um die Mitarbeiter richtig zu verstehen, muss die Kommunikation und die Interaktion mit ihnen stimmen. Häufig verlassen wir uns auf den »ersten Eindruck«, der sehr geprägt ist von unseren Vorurteilen.

Richtig verstehen heißt, gut zuzuhören! Sie erfahren viel mehr, wenn Sie zuhören!

Jemand, der nicht richtig zuhört, zeigt kein Interesse, sein Gegenüber zu verstehen. Der Leiter eines Teams sollte jedoch um Objektivität und Neutralität bemüht sein, im Sinne aller Mitarbeiter. Diese erreicht er nur, wenn er bereit ist, aktiv zuzuhören und zu verstehen.

Daher gilt:

- bereit zur Diskussion, aber entschlussfreudig,
- bereit zur Entscheidung, aber abgewogen,
- offen und kompetent,

…mit anderen Worten: **sozialkompetent**!

Soziale Kompetenz

Auf der Intensivstation arbeitet ein Team aus unterschiedlichen Funktionsgruppen miteinander. Um es wertschätzend zu führen, braucht es Vertrauen, nicht Macht! Ein Leiter, der aktiv und verlässlich führt, verfügt bei seinen Mitarbeitern über ein Vertrauenskonto, ein »**emotional bank account**», wie es Covey ausdrückt [3]. Ein solches Vertrauenskonto baut sich der Leiter mit seiner sozialen Kompetenz auf. Es ist die Basis dafür, dass ihm sein Team auch in schwierigen Situationen und bei hohen Anforderungen vertrauensvoll folgt.

Ein Vertrauenskonto ist die wertvollste Grundlage einer guten Arbeitsatmosphäre – selbst wenn es einmal nicht richtig läuft und heftige Worte gewechselt werden.

Motivation

Der Einzelne motiviert sich am ehesten über seine Bedürfnisse und Wünsche [27]. Das können die Arbeitsbedingungen sein, die Arbeitsplatzsicherheit, besondere Anforderungen, interessante Arbeitsgruppen, Achtung der Kollegen usw. Je weniger diese Bedürfnisse in seinem Job erfüllt werden, desto wichtiger werden sie ihm. Von Vorteil ist, dass die medizinische und pflegerische Tätigkeit als solche bereits eine hohe Motivation hervorruft; sie ist sinnvoll, wohltätig, verantwortungsvoll. Gleichzeitig ist die Belastung durch Zeitdruck, hohe Verantwortung und Schichtdienst sehr groß.

Umso wichtiger ist es, die Arbeitsmotivation der Mitarbeiter langfristig zu erhalten und ständige Überlastung möglichst zu reduzieren.

Sozialkompetenz bedeutet auch, nicht nur über Pflichten und Aufgaben zu reden, auch über Bedürfnisse und Wünsche.

Eine der großen Herausforderungen für den Leiter ist es, die individuelle Verschiedenheit seiner Mitarbeiter zu akzeptieren [21]. Wir sind immer versucht, unsere eigene Sicht der Dinge als absolut zu betrachten. Unsere Wahrnehmung ist selektiv; wir neigen dazu, Informationen, die nicht in unser Konzept passen, zu verdrängen. Natürlich können individuelle Unterschiede und Widersprüche Konflikte hervorrufen. Sie fördern allerdings auch die Kreativität, verbessern die Entscheidungsfähigkeit und vergrößern das Engagement.

Daher ist der Leiter gut beraten, dieses Potenzial der individuellen Vielschichtigkeit gut im Team zu nutzen, für Diskussionen, für differenzierte Lösungsvorschläge, für individuell abgestimmten Einsatz der Mitarbeiter bei unterschiedlichen Aufgaben [13, 17]. Die Mitarbeiter sind besser motiviert, wenn sie den Eindruck haben, dass sie in ihrer Individualität respektiert werden. Andererseits fördert die Toleranz gegenüber den individuellen Verschiedenheiten das gemeinsame Klima im Team; es ist das beste Mittel gegen Mobbing.

Wichtig für den Erhalt der Arbeitsmotivation ist eine dialogorientierte Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Leitung, die sich mit Zielvereinbarungsgesprächen wirkungsvoll herstellen lässt. Auf diese Weise werden die Mitarbeiter stärker in das Klinikgeschehen eingebunden, und ihre Eigeninitiative und ihr Verantwortungsbewusstsein werden ausgebaut. Sie kennen die Ziele ihrer Klinik/ihrer Station und ihren konkreten Beitrag zum Erreichen des Gesamtziels. Transparenz, Identifikation und Motivation sind die Folge.

Ein gut motiviertes Team hat eine **»corporate identity«**, es identifiziert sich mit seiner Aufgabe, mit seinen Mitarbeitern und mit dem gesamten Arbeitsumfeld. Das Team hat ein Selbstbewusstsein und ist stolz auf die eigenen Leistungen. Der Leiter tut gut daran, ein solches Selbstbewusstsein zu fördern, das jedoch nicht zur Überheblichkeit gegenüber anderen Leistungsträgern führen darf.

Arbeitszufriedenheit und Motivation sind wichtige Faktoren, mit denen gute Leute gehalten werden, von denen sich neue Bewerber angezogen fühlen und die erheblich zur Burnout-Prävention beitragen.

10.5 Kommunikation

10.5.1 Zwischenmenschliche Kommunikation

Gute Kommunikation ist für eine effiziente, reibungslose Arbeit des Teams unerlässlich: klare Anweisungen zur Aufgabenverteilung, zu Arbeitsabläufen (SOPs), Visiten, gemeinsame Besprechungen, aber auch Weiterbildungskonferenzen und Zwischenfallbesprechungen (sog. M&M-Konferenzen) und Zielvereinbarungsgespräche. Viel-

fach entstehen Unstimmigkeiten und Streitigkeiten durch unklare, fehlende oder widersprüchliche Kommunikation. Schlechte Kommunikation, sowohl innerhalb der Gruppe als auch zwischen Gruppe und Leitung, ist eines der häufigsten und schwerwiegendsten Probleme. Sie verursacht Irrtümer und Behandlungsfehler, führt zu Konflikten und Frustration.

Kommunikation dient nicht nur zur Information, sondern fördert auch zwischenmenschliche Beziehungen.

Konflikte lassen sich nur durch Kommunikation lösen!

Gute kommunikative Fähigkeiten zählen daher zu den wichtigsten Eigenschaften eines Leiters (Abb. 10.2).

In der hektischen, stressbelasteten Arbeitsatmosphäre der Intensivstation ist gute Kommunikation eine schwierige Aufgabe. Es lohnt sich, in ihre Verbesserung einige Mühe zu investieren: Die US-amerikanische Gesellschaft für Intensivmedizin hat einige beachtenswerte Handlungsanweisungen und Regeln erstellt [4]: aktives Zuhören, betonte Stimmgebung, Wiederholung zur Sicherung des Verständnisses (Wer? Was? Wie?) sowie schriftliche Zusammenfassungen über abgeschlossene Diskussionen (z. B. »Tagesthemen«).

Eine wichtige Methode der zwischenmenschlichen Kommunikation ist es, Feedback zu geben und zu nehmen (Abb. 10.3).

Auf diese Weise lässt sich anderen mitteilen, wie man sie sieht, oder aber etwas darüber erfahren, wie man selbst wahrgenommen wird. Eine gut funktionierende Feedback-Kultur ist ein wichtiges Führungsinstrument, mit dem sich die Zusammenarbeit wirkungsvoll verbessern lässt – vorausgesetzt, es werden einige Grundregeln der Kommunikation eingehalten, und die Rückmeldungen werden akzeptiert. Der Kern eines Feedback-Gespräches besteht immer

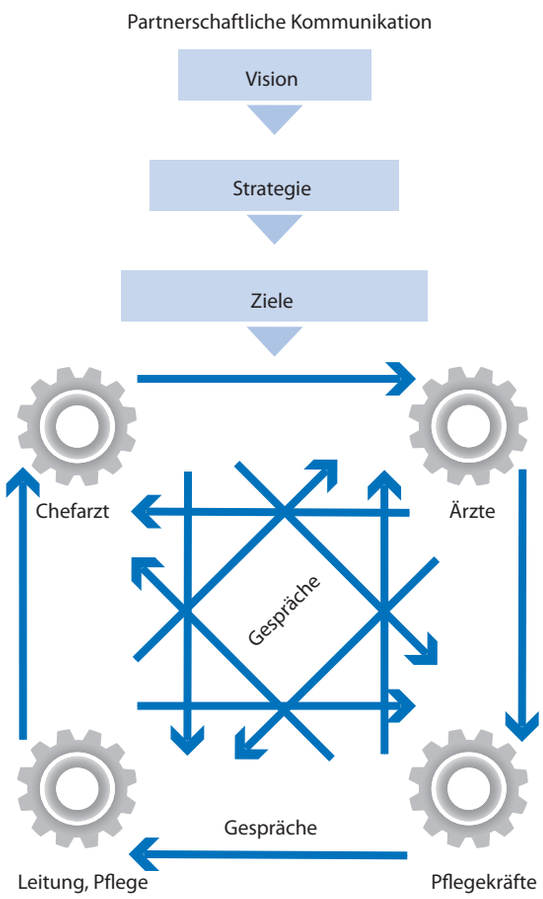

Abb. 10.2 Partnerschaftliche Kommunikation

Der Kern des Feedbacks – gelungene Ich-Botschaften	
	Ich-Botschaft: Was hat das alles mit mir zu tun?
Wahrnehmung:	Beschreiben, was ich gesehen, gelesen, gehört, gefühlt habe, Zahlen, Daten, Fakten nennen → »Mir ist aufgefallen, dass …«
Wirkung:	Beschreiben, welche Gefühle diese Wahrnehmung bei mir ausgelöst hat → »Es hat mich geärgert, dass …«
Wunsch:	Kurzfristig ➡ Anweisung Langfristig ➡ darüber reden, was der andere braucht → »Ich wünsche mir von Ihnen, dass …«

Abb. 10.3 Feedback

aus Ich-Botschaften, die ganz eindeutig die Wahrnehmungen und Wünsche aus der eigenen Sicht beschreiben. Um sie zu formulieren und auch anzunehmen, bedarf es auf beiden Seiten Geber- und Nehmerqualitäten, deren wichtigstes Merkmal das aktive Zuhören ist. Feedback ist niemals gleichzusetzen mit einer verallgemeinernden Abrechnung. Im Vordergrund stehen dabei immer das Treffen von Absprachen und das Aufzeigen von Perspektiven. Feedback sollte nur unter vier Augen und persönlich gegeben werden. Wichtig ist, dass der Feedback-Empfänger sein Gesicht nicht verliert.

Tägliche Visite

Die tägliche Visite bildet die Grundlage für die laufende Diagnostik und Behandlung jedes individuellen Patienten. Die Vermittlung so zahlreicher und komplexer Informationen, hinreichend vollständig und in so kurzer Zeit, erfordert ein hohes Maß an allseitiger Disziplin. Andererseits muss die Zeit ausreichen, um Fragen zu stellen und gezielte Diskussionen zu ermöglichen. Die fachliche Diskussion mit den Experten der beteiligten Fachgebiete ist die Grundlage des multidisziplinären Konzepts jeder guten Intensivmedizin.

Die Visite ist Beratung, Erkenntnisaustausch – nicht nur einseitige Information oder Berichterstattung.

Gruppenbesprechungen

Ein wichtiges Mittel zur Kommunikation organisatorischer Fragen ist die Gruppenbesprechung. Direkte Reaktionen auf Informationen können angeregt werden, Missverständnisse werden durch Nachfragen vermieden. Dies verbessert die Akzeptanz bei den Mitarbeitern und fördert ihr Engagement.

Gruppenbesprechungen sollten regelmäßig abgehalten werden, einen definierten Zeitrahmen sowie eine feste Tagesordnung haben. Es ist die Aufgabe des Leiters, die nötige Balance zwischen offener, aber konzentrierter Diskussion und zielgerichteter Entscheidung zu finden. Die Informationen müssen verstanden werden, Mutmaßungen sind zu vermeiden, die abschließende Botschaft sollte wiederholt und schriftlich fixiert werden, damit Missverständnisse ausgeräumt werden [4].

Gruppenbesprechungen fördern die Teambildung. Es entwickelt sich ein besseres Verständnis zwischen den Mitarbeitern, wenn sie Informationen austauschen und sich gegenseitig ihre Auffassungen darüber mitteilen.

Regeln für erfolgreiche Leitung von Gruppenbesprechungen

- Definiere die Ziele … sei gut vorbereitet!
- Verstehe die Umstände … höre zu!
- Entdecke die Ursachen … frage!
- Identifiziere die Verursacher … frage!
- Lasse die Gruppe diskutieren … aber zielorientiert!
- Fasse zusammen … aber kurz!
- **Konklusion:** Wer tut was

Einführung von neuen Mitarbeitern

Ein besonderes Problem der Kommunikation ist die Einführung von neuen Mitarbeitern in die Intensivmedizin. Die Grundregel ist denkbar einfach:

Je besser die Mitarbeiter in ihre Aufgaben eingewiesen werden, desto früher können sie ihre Arbeit übernehmen.

Dieser einfache Grundsatz wird häufig missachtet. Anfänger werden ohne ausreichende Vorbereitung in ihre Aufgabe hineingeworfen – und dann wundert man sich, wenn sie ihre Aufgabe nicht gut erledigen oder gar Angst vor der komplexen Intensivmedizin bekommen!

Eine gute Einführung motiviert die Mitarbeiter. Unmotivierte Mitarbeiter leisten schlechte Arbeit und verursachen die häufigsten Probleme am Arbeitsplatz.

Eine gut strukturierte Einführung beginnt mit einer **Unterrichtsphase** (möglichst am Arbeitsplatz), mit Informationen und Arbeitsanweisungen (SOPs). In dieser Phase sollte der Mitarbeiter möglichst von einem individuell benannten Tutor betreut werden. Danach beginnt die **Eingewöhnungsphase**, in der dann die direkte Betreuung durch individuelle Information und eine generellere Gruppenbetreuung abgelöst wird. Die regelmäßige Überprüfung (offen oder verdeckt) der jeweiligen Kenntnisse und Fähigkeiten des neuen Mitarbeiters zeigt, inwieweit er bereits in der täglichen Arbeit eingesetzt werden kann.

Dieser relativ aufwendige Betreuungseinsatz lohnt sich jedoch: Als je besser vorbereitet der neue Mitarbeiter sich empfindet, desto motivierter widmet er sich seiner Aufgabe und wird bald ein wertvolles Teammitglied sein.

10.5.2 Kommunikationstechnik

Für eine gute Kommunikation müssen auch die technischen Voraussetzungen gegeben sein: Stationseigene Telefon- und Faxanschlüsse, PC-basierte Information (Internet, Literaturabfrage, wissenschaftliche Datensammlung, Rote Liste, DRG-Kataloge etc.). Ein computerbasiertes Patientendatenmanagementsystem (PDMS) verbessert nicht nur die Patienten- und Behandlungsdokumentation, sondern ermöglicht auch eine effiziente Leistungs- und Aufwandsdokumentation. Eine funktionsbezogene digitale Kommunikation etwa für Anforderungen und Befunde aus dem Zentrallabor, der Mikrobiologie und anderen Leistungsstellen verbessert die Übermittlungsschnelligkeit und -sicherheit und vermindert Aufwand und Zeitaufwand deutlich. Auch digitale Bild- und Befundvermittlung für Röntgenaufnahmen bringen große Vorteile. Ferner bietet die Telemetrie heute neue Möglichkeiten der Kommunikation: Das Spektrum reicht von der Übertragung von Patienten- und Befunddaten innerhalb der Hauses bis hin zur Fernübertragung von CT- und Röntgenbildern zwischen kleineren Krankenhäusern und Expertenzentren. Der bestechende Vorteil ist, dass eine Expertenberatung rasch zugänglich gemacht werden kann.

10.6 Konfliktmanagement

Ein Konflikt ist ein Kräftemessen zwischen unterschiedlichen Interessen. Konflikte sind oft unausweichlich und werden meist als störend empfunden, sie sollten aber öfter als Ausdruck kreativer Auseinandersetzung gesehen werden. Dann haben sie eine wichtige Funktion der Verbesserung und der Erneuerung – kurz der Vitalität.

In einer Abteilung ohne Konflikte gibt es:

- keine Veränderungen,
- keine Motivation der Mitarbeiter,
- ungenutzte Ressourcen.

Das Arbeitsklima ist langweilig, und alles ist vorhersehbar.

So können Konflikte nützlich und kreativ sein. Sie können sich aber auch destruktiv auswirken, sie können die Produktivität herabsetzen und Stress, Chaos und Desintegration auslösen. Daher müssen wir verstehen, wie Konflikte entstehen und wie sie nutzbringend verarbeitet werden können.

Probleme erwachsen meist nicht aus dem Konflikt, sondern aus den Fragen, ob überhaupt und wie man sich des Konfliktes annimmt.

10.6.1 Konfliktdiagnose

Um einen Konflikt zu beurteilen, muss zunächst eine richtige »Diagnose« gestellt werden.

Konflikttypen

Es ist wichtig, zu verstehen, auf welchen der 4 typischen Ursachen der Konflikt letztlich beruht:

- auf Differenzen auf dem Gebiet der strategischen Zielvorgaben,
- auf Problemen der Aufgabenstellung und Organisation,
- auf dem Gebiet von individuellen Zielvorstellungen und Interessen oder
- auf sozialer und emotionaler Ebene.

Nur mit dieser Kenntnis kann man den Konflikt ursächlich angehen und lösen.

Bei Konflikten der strategischen Zielvorgaben (z. B. Aufgabenstellung der ITS) müssen Definitionen formuliert und Informationen verbessert werden. Bei Entscheidungen »entweder/oder« wird es allerdings unvermeidbar gelegentlich »Verlierer« geben. Bei organisatorischen Problemen können Funktionsabläufe verbessert, Arbeitsanweisungen formuliert und in organisatorische Hilfsmittel investiert werden. Bei individuellen Interessenskonflikten, die manchmal nicht klar formuliert sind, muss nachgefragt werden.

Bei Konflikten auf sozialer und emotionaler Ebene müssen die Konfliktpersonen miteinander konfrontiert werden, müssen Besprechungen zwischen den Konfliktparteien stattfinden, ggf. müssen Individuen aus dem Team herausgelöst werden. In allen Fällen ist die Führungskompetenz des Leiters gefordert.

Konfliktbedingungen

Im Konflikt zählen nicht nur die Argumente; auch die Bedingungen des Umfelds spielen eine große Rolle: So wird man es sich lange überlegen, ob man gegen einen sehr mächtigen Gegner einen Streit vom Zaun bricht. Die Umfeldbedingungen müssen also klar berücksichtigt werden: die hierarchische Struktur, die Gruppeninteressen (Ärzte/Pflegekräfte), die Interessenslager

(»Verbündete«/«Gegner«), die möglichen Alternativen, die eigene Expertise, die eigene Glaubwürdigkeit und vieles mehr.

Konfliktstadien

Ein Konflikt ist nicht statisch, sondern hat seine eigene Dynamik. Dies zu verstehen hilft, um bei der Intervention Zeitpunkt und Maßnahmen richtig und angepasst auszuwählen.

Der Konflikt beginnt meist als **latenter Konflikt**, der von den Beteiligten noch nicht wahrgenommen wird. Erst später wird er deutlich, und die einzelnen Parteien beziehen Stellung; diese Phase sollte zur Konfliktlösung genutzt werden. Wird der Konflikt nicht zufriedenstellend gelöst, dann beginnt die **Eskalation**: Die Standpunkte verhärten sich, Gespräche werden abgewiesen, es kommt zu Beschuldigungen und Verletzungen. Erst wenn alle einsehen, dass es so nicht weitergehen kann, tritt die **Deeskalation** ein: Jetzt wird miteinander geredet, verhandelt, um eine gute Lösung gerungen. Die allerletzte Phase jedoch wird oft vergessen: Schließlich muss wieder **Frieden** einkehren, alle müssen wieder miteinander ein vernünftiges Arbeits- und Vertrauensverhältnis aufbauen. Geschieht das nicht, dann wird sich dieser Konflikt wieder aufschaukeln, und das Ganze beginnt von Neuem. Auch hier ist also die soziale Kompetenz des Leiters gefragt.

Konflikte sollten früh wahrgenommen werden. Eine Klärung bzw. Lösung sollte rasch versucht werden. Sonst droht die Eskalation.

Eigene Position

Bei der Diagnose des Konflikts ist es für den Leiter wichtig, die eigene Position zu analysieren: Steht er über den Konfliktparteien, dann kann er aus seiner Position objektiv und fair eine Entscheidung fällen und die Gruppen wieder zusammenführen. Steht der Leiter direkt zwischen den Parteien, sind seine tatsächliche Meinung und vielleicht auch seine Vermittlungsfähigkeit gefragt. Eine faire Vermittlung, die von beide Seiten akzeptiert wird, kann zu einer schwierigen Herausforderung werden.

Ist der Leiter jedoch Teil des Konflikts und muss bei den Verhandlungen eine eigene Interessensgruppe vertreten, ist es besonders schwierig. In diesem Fall muss er sehr genau wissen, wozu er befugt ist und wozu nicht. Wichtig ist der enge Kontakt zur eigenen Interessengruppe sowie die Durchsprache der vorgesehenen Entscheidungen. Nichts ist frustrierender, als die Ablehnung einer mit Mühe erreichten Entscheidung durch die eigene Interessengruppe.

Hat der Leiter im Konfliktfall die Krankenhausinteressen zu vertreten, ist die Verantwortlichkeit gegenüber dem eigenen Team höher zu bewerten. Hält er in solchen Situationen nicht zu seinen Mitarbeiten, kann sich das nachhaltig auf das Arbeitsklima auf der Station und auf die Leistung auswirken.

10.6.2 Konfliktlösung

Die ideale Lösung eines Konfliktes bedeutet ein gutes Ergebnis für beide Parteien und eine verbesserte zwischenmenschliche Beziehung; dies ist in jeder Hinsicht eine **Win-win-Situation**. Wer Konflikte grundsätzlich vermeidet und, wenn sie vorkommen, sich ihnen nicht stellt, wird weder gute Ergebnisse erzielen noch ein gutes Arbeitsklima erreichen; das wäre eine typische **Lose-lose-Situation**. Irgendwo dazwischen liegt das weite Feld der Kompromisse. Dabei sollten ausgesprochene **Win-lose-Situationen** vermieden werden, da sie oft zu neuen Konflikten Anlass geben und die Stimmung unnötig vergiften.

Verhandlungen

Konflikte lassen sich am sichersten durch Verhandlungen lösen. Die Voraussetzung für eine gemeinsame Lösung ist, dass es neben den unterschiedlichen Standpunkten auch gemeinsame Interessen gibt, die es bei den Verhandlungen zu betonen gilt.

Verhandlungen bedeuten in erster Linie, zuzuhören, zu versuchen die tatsächlichen Motive der Gegenpartei zu verstehen, Fragen zu stellen, um sicherzugehen, dass die Probleme und die Motive richtig verstanden wurden, und die Gegenpartei aufzufordern, ihrerseits Fragen nach Ihren Gründen und Hintergründen zu stellen. Gutes gegenseitiges Verständnis der Motive und Ziele erleichtert und beschleunigt die Verhandlung.

Wird von anderer Seite ein Angebot gemacht, sollte die Berücksichtigung der eigenen Interessen geprüft werden (**Win-Win-Situation**). Sind diese nicht berücksichtigt, sollte das Angebot abgelehnt werden. Wichtig ist die Frage nach den Alternativen: Als BATNA (**»best alternative to a negotiated agreement«**) werden die minimalen Bedingungen bezeichnet, unter denen noch eine Einigung akzeptiert werden kann. Es ist empfehlenswert, sich vor Verhandlungsbeginn über die eigenen BATNA Klarheit zu verschaffen.

Während der Verhandlungen wird die Gegenpartei oft versuchen, den Druck zu erhöhen, um eine Lösung zu erzwingen. Lösungen unter Entscheidungsdruck sind jedoch selten gut. Daher sollte der Leiter diese Strategie durchschauen, um sich von dem Druck zu lösen. Dazu sind geeignet: das Entscheidungstempo zu verlangsamen oder den Entscheidungsprozess zu unterbrechen, die direkte Konfrontation mit einem mächtigen Gegner durch Zeitbegrenzung zu verkürzen, oder schließlich sich einen anderen Verhandlungspartner zu suchen, um dem Druck auszuweichen.

Konzessionen

Zu einem bestimmten Zeitpunkt werden die Verhandlungsparteien zu Konzessionen genötigt werden, damit man schließlich zu einer Entscheidung kommt. Hierfür gibt es einige Regeln:

- Konzessionen spät und in kleinen Schritten machen,
- Konzession bevorzugen, die nichts kosten,
- Leistungen auf Gegenseitigkeit kombinieren (etwa: »wenn ich…, dann müssen Sie…«).
- Bedingungen deutlich vortragen (nicht: »Könnten Sie nicht vielleicht etwas mehr zahlen?«).
- Konzessionen sind »Handelswaren«. Daher empfiehlt es sich, ein paar Konzessionen in der Hinterhand zu behalten, die genutzt werden können, wenn es im letzten Moment unbedingt erforderlich sein sollte.

Bei den Verhandlungen sollte nach Möglichkeit eine gute Partnerschaft aufrechterhalten werden. Das Ziel der Verhandlung ist ein gutes Ergebnis, das sich in partnerschaftlicher Zusammenarbeit nachhaltig bewähren muss.

Verhandlungen sind keine Kampfhandlungen. Gegner sind keine Feinde.

Die Fähigkeit einer guten Konfliktbewältigung sind hervorragende Eigenschaften eines sozial kompetenten Leiters. Dabei muss er seine Strategie der Konfliktbewältigung sorgfältig an die jeweiligen Gegebenheiten anpassen. Nicht jeder Konflikt ist mit den gleichen Mitteln zu lösen. Aber selbst, wenn er dies anfangs noch nicht beherrscht, lernen doch manche in ihrem Beruf noch dazu.

Zusammenfassung

Eine gut funktionierende Intensivstation zu leiten ist eine große Herausforderung. Sie anzunehmen bedeutet, neben hohen fachspezifischen

Anforderungen regelmäßig in Führungszeit zu investieren – eine Investition, zu der es keine Alternative gibt.
Der Schlüssel zu einem erfolgreichen intensivmedizinischen Team ist regelmäßige Kommunikation mit allen Beteiligten. Kommunikation ist der Transmissionsriemen, der eine Kultur des Verstehens, der Wertschätzung sowie der Ziel- und Prozessorientierung antreibt und erhält. Es liegt im Aufgabenbereich des Leiters, diesen Transmissionsriemen in Bewegung zu halten und zu pflegen. Die Basis dafür bildet die Orientierung an folgenden Führungsgrundsätzen: Fürsorgeprinzip, Verteilungsgerechtigkeit, Vorbildfunktion, Informationsfluss und Feedback.
Die Investition in Führungszeit zahlt sich in jedem Fall aus. Denn sie erhält die Motivation der Mitarbeiter und kommt somit gleichzeitig den Patienten und Angehörigen zugute.

Literatur

1 Buist M, Harrison J, Abaloz E, Van Dyke S (2007) Six year audit of cardiac arrests and medical emergency team calls in an Australian outer metropolitan teaching hospital. Br Med J 335: 1210–1212
2 Cohn RC (2009) Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, 16. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
3 Covey SR (1990) The seven habits of highly effective people. Oder: Die sieben Wege zur Effektivität. Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg. GABAL Management. Franklin Covey Co. Fireside, New York
4 Cowen J, Lindberg J, Egol A, Rainey T (2005) Tools for effective team communication. SCCM Critical Connections, vol. 4, No 1 [www.sccm.org/sccm/publications/] (unter »Critical Connections«)
5 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1974) Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten. Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19.8.1969. Krankenhaus 66: 427–428
6 DGAI Wissenschaftlicher Arbeitskreis Intensivmedizin (2002) Intermediate Care: Entwicklung, Definition, Ausstattung, Organisation und mögliche Lösungen. Anästh Intensivmed 43: 536–541 [www. dgai.de]
7 Dick W, Pehl S, Tzanova I et al. (1990) Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) - Untersuchungen zur Bemessung des Pflegezeitaufwandes auf einer interdisziplinären operativen Intensivbehandlungsstation. Anästh Intensivmed 31: 18–21
8 Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA Jr, Lipsett PA, Stanley JC, Upchurch GR Jr (2003) Variation in postoperative complication rates after high-risk surgery in the United States. Surgery 134: 534–540
9 DIVI (1985) Empfehlung zu den Richtzahlen für den Bettenbedarf und die Personalbesetzung von Intensiveinheiten in Akut-Krankenhäusern (20.11.1984). Anästh Intensivmed 26: 328–330 [www.divi-org.de]
10 DIVI (2003) Empfehlung zu Voraussetzung für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen (19.11.2003) [www.divi-org.de]
11 Ferdinande P (1997) Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 23: 226–232
12 Fisher R, Ury W, Patton B (1991/2004) Getting to yes: Negotiating an agreement without giving in. (Business Books) Random House, London
13 Gay F (2004) DISG-Persönlichkeits-Profil, 2. Aufl. Gabal-Verlag, Offenbach
14 Goldfrad C, Rowan K (2000) Consequences of discharges from intensive care at night. Lancet 355: 1138–1142
15 Goleman D (1996) Emotional intelligence. Bloomsbury, London
16 Goleman D, Boyatzis R, McKee A (2003) Emotionale Führung. Ullstein, Berlin
17 Haeske U (2008) Team- und Konfliktmanagement. Corneelsen, Berlin
18 Hillman K, Chen J, Cretikos M, Bellomo R, Brown D, Doig G, Finfer S, Flabouris A (2005) Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 365: 2091–2097
19 Jones D, Opdam H, Egi M, Goldsmith D, Bates S, Gutteridge G, Kattula A, Bellomo R (2007) Long-term effect of a Medical Emergency Team on mortality in a teaching hospital. Resuscitation 74: 235–241
20 Jones D, Bellomo R, Bates S, Warrillow S, Goldsmith D, Hart G, Opdam H, Gutteridge G (2005) Long term effect of a medical emergency team on cardiac arrests in a teaching hospital. Crit Care 9: R808–815
21 Kakabadse A, Bank J, Vinnicombe S (2004) Working in organisations. 2nd ed. Gower, Burlington, USA
22 Kane SL, Weber RJ, Dasta JF (2003) The impact of critical care pharmacists on enhancing patient outcomes. Intens Care Med 29: 691–698
23 Kersting Th, Kellnhauser E (1991) TISS – ein Weg zur Bemessung des Personalbedarfs in der Intensivmedizin. Krankenhaus 99: 128–131
24 Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parillo JE, Sharma S, Suppes R, Feinstein D, Zanotti S, Talberg L, Gurka D, Kumar A, Cheang M (2006) Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 34: 1589–1596
25 Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD et al. (1999) Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA 282: 267–270
26 Levy MM, Macias WL, Vincent JL et al. (2005) Early changes in organ function predict eventual survival in severe sepsis. Crit Care Med 33: 2194–2201
27 Maslow AH (2008) Motivation und Persönlichkeit, 11. Aufl. Rowohlt, Reinbeck
28 McQuillan P, Pilkington S, Allan A, Taylor B, Short A, Morgan G, Nielsen M, Barrett D, Smith G, Collins CH (1998) Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. Br Med J 316: 1853–1858
29 Miranda DR, Rivera-Fernandez R, Nap RE (2007) Critical care medicine in the hospital: lessons from the EURICUS-studies. Med Intens 31: 194–203
30 Moerer O, Plock E, Mgbor U et al. (2007) A German national prevalence study on the cost of intensive care: an evaluation from 51 intensive care units. Crit Care 11:R69.
31 Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T et al. (2002) Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA 288: 2151–2162
32 Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al. (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 345: 1368–1377
33 SCCM eNewsletter, March 17th, 2005 [www.sccm.org/publications/] (unter »SCCM eNewletters«)
34 Schulz von Thun F, Ruppel J, Stratmann R (2008) Miteinander reden, Kommunikationspsychologie für Führungskräfte, 8. Aufl. Rowohlt, Reinbeck
35 Schuster HP, Ehlers B, Köhler F, Bodmann KF (1989) Bemessung des Pflegeaufwandes in der Intensivmedizin mittels «Therapeutic Intervention Scoring System" (TISS). Intensivmedizin 26:30–36
36 Sprung CL, Geber D, Eidelman LA et al. (1999) Evaluation of triage decisions for intensive care admission. Crit Care Med 27: 1073–1079
37 Stiletto RJ, Schäfer E, Waydhas C (2000) Qualitätssicherung in deutschen Intensivstationen: Erste Ergebnisse einer prospektiven Querschnittsstudie der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Intensivmedizin der DIVI. Intensivmed 37: 608–616
38 Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A et al. (2000) Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. Lancet 356: 185–189
39 Vincent JL, Burchardi H (1999) Do we need intermediate care units? Intens Care Med 25:1345–1349