

J. P. Braun¹, H. Bause², R. Kuhlen³, A. Markewitz⁴, J. Martin⁵, M. Quintel⁶,
C. Waydhas⁷, C. Spies¹

Inhalte statt Formalitäten: Kulturwandel im Qualitätsmanagement? – das Peer Review

*Substance instead of bureaucracy:
cultural change in quality management? –
Peer Review*



Priv.-Doz. Dr. med. Jan-Peter Braun, Leitender
Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie
mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin
CCM/CVK Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Foto: Privat

Der zunehmende ökonomische Druck, die Prozessverdichtung und die wachsende Belastung der Leistungserbringer im Krankenhaus machen es dringend erforderlich, sich mit den medizinischen Inhalten und den dafür zwingend notwendigen Voraussetzungen auseinander zu setzen. Es gilt zu definieren, worin sich Qualität in der Medizin ausdrückt. Dieser Artikel soll die Aufmerksamkeit von Ärzten und Pflegenden in der Intensivmedizin auf die Möglichkeit lenken, durch Peer Reviews die Kultur des strukturierten kollegialen Austausches zu leben und sich gegenseitig zu helfen, seine medizinische Qualität zu verbessern.

Schlüsselwörter: Intensivmedizin; Evidenzbasierte Medizin; Qualitätsmanagement; Visitation; Peer Review

Due to more difficult economical circumstances, increasing compaction of proceedings, and increasing strain on staff of hospitals assessing the main medical topics becomes more important. Defining quality in medicine is necessary. For intensive care this publication should help turning physicians and nurses attention to Peer Reviews. These reforms structured collegial communication and can help optimising medical quality by supporting each other.

Keywords: Intensive care medicine; evidence based medicine; quality management; visitation; peer review

¹ Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité, Universitätsmedizin Berlin

² Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Asklepiosklinikum Altona, Hamburg

³ Helios Klinikum Berlin Buch

⁴ Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

⁵ Kliniken des Landkreises Göppingen

⁶ Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Göttingen

⁷ Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Essen

DOI 10.3238/DIVI.2011.0030

Worauf kommt es an?

In einem so prozess- und schnittstellenreichen Bereich wie der Intensivmedizin wird das Thema Qualität zu einer für unsere Patienten überlebensnotwendigen Angelegenheit [1]. Kennzahlen, Datenerhebungen und Qualitätssicherung sind notwendig! Der effektive Nutzen des gegenwärtig gelebten Qualitätsmanagements in der Medizin sollte in Hinblick auf die inhaltliche Verbesserung der Qualität in der Medizin jedoch kritisch hinterfragt werden:

Wie viel Formalismus ist notwendig, um medizinische Qualität tatsächlich zu verbessern?

Wer sich mit Zertifizierungen, Audits, Qualitätshandbüchern, gelenkten Dokumenten und Verfahrensanweisungen auseinandersetzt, kennt sicherlich das Gefühl, dass die Zeit, in der man sich damit beschäftigt zwar nicht nutzlos war, dass man aber diese Zeit irgendwie effektiver für die Optimierung der Krankenversorgung hätte nutzen können [2]. Ist man noch Arzt, Mediziner oder Pflegekraft, wenn man sich im Wald des „QM“ bewegt?

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen werden gemäß dem fünften Sozialgesetzbuch § 135 zur Qualitätssicherung verpflichtet. Das ist prinzipiell richtig und gut, stehen dahinter doch zwei wesentliche Fragen, die direkt die Kernprozesse der medizinischen Tätigkeit berühren:

- Bekommt der Patient von uns das, was gut, sinnvoll und evident ist?
- Bekommt der Patient in praxi von uns wirklich das, was wir glauben?

Das Gesetz schreibt den Leistungserbringern nicht vor, sich zertifizieren zu lassen, Audits über sich ergehen zu lassen oder Qualitätshandbücher von mehreren hundert Seiten zu verfassen. Das Gesetz schreibt auch nicht vor, dass Qualitätsmanagement von fachfernen Beratern etabliert werden sollte. Dass es vielerorts genau dazu gekommen ist, ist die logische Konsequenz daraus, dass sich Qualitätsmanagement in der freien Wirtschaft bzw. der Industrie bewährt hat. Die Automobil- und die Raumfahrtindustrie werden hierbei immer wieder als herausragende Erfolgsbeispiele genannt. Es liegt nahe, auch im Gesundheitswesen auf bewährtes Wissen aus anderen Branchen zurückzugreifen. Qualitätsmanagement im eigentlichen

Sinn greift bewusst Fehlerkultur auf, evaluiert Strukturen und Prozesse und zielt im Ergebnis auf eine bessere Qualität. Es wurden Werkzeuge entwickelt, die dazu dienen, kontinuierlich zu lernen und nachhaltig besser zu werden (PDCA-Zyklus).

Ist ein solches QM-Konzept auch zu 100 % auf die Medizin, die Krankenhäuser oder gar die Intensivmedizin übertragbar? Antwort: Grundsätzlich sind die Werkzeuge des QM auch im Gesundheitssektor anwendbar. Sie bieten eine Basis für ein lernendes System, sie bieten jedoch keine inhaltlichen Lösungen an! Will man Qualität verbessern, muss man die Inhalte beherrschen, die Kernprozesse kennen und wissen, welche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Kontext als richtig gelten können. Zum Zwecke des sich Weiterentwickelns benötigt man weniger fachfremde Auditoren, als vielmehr kompetente Fachleute, nämlich die in der Intensivmedizin tätigen Ärzte und Pflegekräfte selbst.

Hiermit ist nicht gesagt, dass das, was das Qualitätsmanagement in den deutschen Krankenhäusern bislang geschaffen hat, nicht sinnvoll wäre. Im Gegenteil, die Möglichkeiten des modernen Qualitätsmanagement müssen nur von den in der Medizin Tätigen gelernt und nutzbar gemacht werden. Allein mit dem Label QM kommt nicht mehr Qualität an das Krankenbett und auch die Alltagsprozesse werden hierdurch nicht effizienter. Es bedarf der Bündelung von ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer sowie Schnittstellen-Kompetenz. Die Kraft und die Zeit der Leistungserbringer sind limitiert und der Umgang mit der Ressource „Leistungserbringer im Gesundheitswesen“ muss verantwortungsbewusst erfolgen. Die Konzentration auf die wesentlichen Inhalte ist dringend erforderlich.

Wer soll die Inhalte, um die es geht, besser beurteilen können als diejenigen, die im Krankenhaus und am Patienten arbeiten? Noch besser wird es gelingen, Inhalte und Standards zu optimieren, wenn sich mehrere Spezialisten strukturiert gegenseitig unterstützen. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement müssen sich zunehmend darauf konzentrieren, die fachlichen Kräfte zusammenzuführen und zu bündeln, um das wichtigste Ergebnis zu erreichen: Qualität an das Krankenbett zu bringen!

Inhalte weiter entwickeln: der Unterschied zwischen Peer Review und Audit

Wie entwickelt man sich kontinuierlich weiter und wie baut man am effektivsten auf dem auf, was man bereits geschaffen hat? Auf dem Weg zur Antwort muss man sich im Gegenzug fragen, wer nützt einem am besten beim Besserwerden:

- Sind es Auditoren, die im eigentlichen Sinne des Wortes nur zuhören und lediglich die Inhalte eines konsentierten Gegenstandskataloges abfragen und abhaken?
- Ist es ein fachlich versierter Kollege, der im fachlichen Gespräch interessiert selbst lernen möchte und zum transparenten Umgang und Austausch von Erfahrungen und Standards bereit ist?

Die Kultur des fachlichen „Sich-Gemeinsam-Weiterentwickelns“ ist noch nicht hinreichend gepflegt worden. Bislang wurde im Gesundheitswesen zunächst in den Aufbau von Systemen zum Qualitätsmanagement investiert und noch nicht in den gezielten fachlichen Austausch von Experten zum Zwecke der Qualitätsverbesserung. Ressourcenlimitation und zunehmende Leistungsverdichtung dürfen nicht dazu führen, dass der kollegiale und fachliche Austausch verkümmert. Im Gegenteil, dieser sollte gefördert werden, um die eigenen Ziele effizienter zu erreichen. Gute Praxis und evidente Erkenntnisse benötigen Foren, um verbreitet und diskutiert zu werden. Sich selbst und andere gegenseitig kollegial, aber kritisch hinterfragen und beurteilen, ist das Prinzip von medizinischen Peer Reviews.

Definition Peer Review

Der holländische Qualitätswissenschaftler Prof. Dr. Richard Grol schreibt [3]: „Peer Review ist definiert als eine kontinuierliche, systematische und kritische (Selbst)Reflexion des ärztlichen Handelns durch Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.“

Peers (= „Gleiche“, hierfür gibt es im Deutschen keinen adäquaten Begriff) befinden sich auf Augenhöhe, egal ob

sie in einer Universitätsklinik oder in einem Haus der Grund- und Regelversorgung tätig sind. Gegenseitiger Respekt, die Bereitschaft voneinander lernen zu wollen und das Prinzip des „no blame“ bestimmen das Miteinander, bewusst die Problembereiche zu erkennen und zu benennen, ohne zu disqualifizieren, sondern sich gegenseitig zu helfen, besser zu werden.

Bei einem Peer Review geht es im Prinzip darum, einen strukturierten kollegialen Besuch zu organisieren, bei dem Fachleute aus unterschiedlichen Krankenhäusern mit dem gleichen fachlichen Interesse sich gegenseitig visitieren, um die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des jeweils anderen kennenzulernen und zu beurteilen. Die freiwilligen und gegenseitigen Bewertungen und Empfehlungen sind vertraulich, d. h. sie werden nicht an Dritte weitergegeben. Dieser „Ehrenkodex“ wird in Form einer Vertraulichkeitserklärung unterzeichnet. Nur wenn diese Prinzipien gewahrt bleiben, werden echte Probleme ernsthaft detektiert und diskutiert. Der fachliche Austausch unterscheidet diese Visitation von einem Audit, bei dem der Informationsfluss in aller Regel ausschließlich in Richtung des Auditors verläuft.

Das Peer Review ist ein ureigenes, momentan noch überwiegend ärztliches Instrument des fachlichen Austausches. Es geht hierbei explizit darum, sich gegenseitig zu unterstützen, durch die fachliche Bewertung besser zu werden. Peer Reviews sollen keine zusätzliche Belastung, sondern eine Bereicherung des klinischen Alltages darstellen.

Entwicklung von Peer Reviews

Die eigene Betriebsblindheit zu überwinden, in dem man andere Experten zu Rate zieht, ist keine neue Erkenntnis. Der strukturierte fachliche Austausch wurde schon in der arabischen Medizin des 11. Jahrhunderts praktiziert [4]. Im 20. Jahrhundert hat man sich zunächst in den USA damit beschäftigt, Qualität in der Medizin zu bewerten und zu auditieren [5, 6]. In den 1980er Jahren wurden in Großbritannien, Dänemark, den Niederlanden und den USA Verfahren entwickelt und etabliert, den medizinischen und pflegerischen Gesamtpro-

zess der Krankenversorgung zu evaluieren und in Visitationen bzw. Peer Reviews durch die Experten zu bewerten [7, 8, 9, 10, 11].

In Deutschland haben sich Peer Reviews oder klinische Visitationen erst mit einiger Verzögerung entwickelt. In den letzten fünf Jahren haben sich im Wesentlichen zwei Varianten etabliert:

1. Das Peer Review im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Der IQM haben sich Krankenhäuser verschiedener Träger angeschlossen. Ausgehend von einem im Helios-Konzern entwickelten System von Qualitätsindikatoren werden bei der IQM Routinedatensätze der Krankenhäuser gesammelt und offen mit einander verglichen. Indikatoren sind zum Beispiel die Sterblichkeiten von bestimmten Krankheitsbildern oder nach bestimmten Prozeduren. Steht beispielsweise in Bezug auf einen bestimmten Indikator die eigene Abteilung unter- oder überdurchschnittlich dar, kann ein Peer Review initiiert werden. Hierbei werden vertraulich die Krankenakten von verstorbenen Patienten, auf die der jeweilige Indikator zutrifft, von den Peers studiert und Optimierungspotenziale bei Strukturen und Prozessen der Behandlung diskutiert. Dies geschieht auf Augenhöhe und dient dem gegenseitigen Lernprozess.

Im Gegenzug werden auch die Kliniken der Peers im Rahmen eines Reviews evaluiert. Streng genommen handelt es sich beim IQM-Peer-Review nicht um einen rein von Medizinern organisierten Prozess, sondern hierbei sind auch die jeweiligen Krankenhausträger beteiligt. Das IQM-Peer-Review ist freiwillig, aber der direkte Trigger ist ein unter- oder überdurchschnittlich erfüllter Qualitätsindikator, der im Rahmen eines Benchmark-Prozesses ermittelt wurde. Die Implementierung von Good Practise und das Lernen von den Besten und den Schlechtesten bestimmen dieses Verfahren, welches vor ca. zehn Jahren konzipiert wurde.

2. Das intensivmedizinische Peer Review Verfahren hat sich im echten „Bottom-Up-Verfahren“ parallel in freiwilligen Netzwerken von Intensivmedizinern in Baden Württemberg, Hamburg und Berlin/Brandenburg entwickelt. Es wurde von den Akteu-

ren selbst 2010 zu einem einheitlichen Verfahren standardisiert [12]. In der Initialphase wurde das Projekt zunächst von der DGAI und dem BDA gefördert und in Folge auch von der DIVI und der DGIIN unterstützt. Die Netzwerke haben sich zum Ziel gesetzt, evidenzbasiertes Wissen fachübergreifend in der täglichen Praxis auf den Intensivstationen etablieren zu helfen. Medizinisches Wissen und bewährte, leitlinienorientierte Standards sollen dem Patienten zu Gute kommen.

So sind Peer Reviews entstanden, in denen die Intensivmediziner gegenseitig ihre Strukturen, Prozesse und Behandlungsergebnisse beurteilen. Orientierend an einem ca. 100 Fragen umfassenden Bogen werden die Aspekte Personal, Patient und Organisation angesprochen [13]. Es geht zum Beispiel darum, wie aus Fehlern gelernt wird, wie Änderungen eines Therapiestandards dem Mitarbeiter zugänglich gemacht werden oder welche Möglichkeiten zur Fortbildung bestehen. Im besonderen Fokus stehen die Qualitätsindikatoren, auf die sich die intensivmedizinischen Fachgesellschaften für die Dauer von jeweils zwei Jahren geeinigt haben [14].

Diese intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren betreffen die Kernprozesse auf Intensivstationen, wie Beatmungstherapie, Hygiene und antiinfektive Therapie, Reanimation, Ernährungstherapie oder auch das Angehörigengespräch. Die im Rahmen des Peer Reviews behandelten Items beziehen sich auf einen jeweils wissenschaftlich belegten Nutzen für den Patienten oder das Personal. Nachdem die Verantwortlichen einer Intensivstation sich anhand des Fragebogens selbst bewertet haben, erfolgt die Fremdbewertung durch die Peers. Hierbei handelt es sich um zwei Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung und eine intensivmedizinische Fachpflegekraft. Der mit allen Beteiligten diskutierte Abschlussbericht ist in Form einer klassischen Stärken-, Schwächen-, Chancen- und Risiken-Analyse (SWOT-Analyse) verfasst und wird dem Leiter der Intensivstation nach dem Peer Review zur Verfügung gestellt. Der jeweilige Chefarzt bespricht den vertraulichen Bericht intern, um eine erforderliche To-Do-Lis-

te zu erstellen. Bei dieser Form des Peer Reviews ist das gesamte Verfahren in den Händen von Intensivmedizinern und Fachpflegekräften. Es gibt keinen konkreten Anlass zum Peer Review, es wird von den Akteuren aktiv angefordert. Auch beim intensivmedizinischen Peer Review findet ein „Gegenbesuch“ statt. Die Organisation der intensivmedizinischen Peer Reviews soll zukünftig von den gegründeten Netzwerken in die Regie der zuständigen Landesärztekammer übergehen, die als zentrale Anlaufstelle fungieren und die Peer Reviews vermitteln, sie aber nicht selbst durchführen.

Die Kultur der gegenseitigen Beurteilung durch Mediziner und Pflegende ist fragil und muss geschützt werden. Vertraulichkeit und Fairness müssen garantiert werden, nur so lässt sich Transparenz herstellen. Sicherlich ist nicht jeder Arzt oder jede Fachpflegekraft in der Lage oder gewillt als Peer Reviewer aufzutreten. Um das Verfahren zu professionalisieren und damit auch vor Begehrlichkeiten zu schützen, wird derzeit angestrebt bundeseinheitliche Spielregeln und Voraussetzungen zu etablieren. Grundlage für die (nebenamtliche) Tätigkeit als Peer ist das von der Bundesärztekammer entwickelte Curriculum zum Peer Review. Die hohe fachliche Qualität des Peers ist die Eingangsvoraussetzung, die Qualifikation zwischenmenschlich auch in potentiellen Situationen eines inhaltlichen Dissens ausgleichend, sachbezogen und zielorientiert zu agieren, soll im Rahmen des Curriculums zum Peer Review trainiert werden.

Zusammenfassung

Es ist den Autoren wichtig zu betonen, dass alle genannten Verfahren ihre Indikation haben. Wenn sie spezifisch eingesetzt werden, sind sie eine immense Bereicherung für die tägliche Arbeit als

Arzt oder Pflegekraft. Dazu zählen sowohl Zertifizierungsverfahren als auch Peer Reviews. Wichtig unter dem zunehmenden ökonomischen Druck bleiben die Etablierung von Bottom-up-Prozessen, die seitens der Fachgesellschaften und Ärztekammern durch kollegiale, vertrauliche Peer Review Verfahren unterstützt werden.

Derzeit bilden sich in vielen Bundesländern Initiativen oder Netzwerke, die Peer Reviews auf Intensivstationen organisieren. Die gesammelten Erfahrungen mit Peer Reviews auf Intensivstationen sind bislang durchweg positiv. Informationen zum aktuellen Stand oder zum Verfahren des intensivmedizinischen Peer Review erhält man über das „Netzwerk Qualität in der Intensivmedizin“ (www.nequi.de). Die Ärztekammern [15], verschiedene Fachgesellschaften und die DIVI begrüßen und unterstützen diese Form des kollegialen Fortkommens. Interdisziplinarität und Multiprofessionalität sollen explizit gefördert werden. Ärzte und Pflegende finden in Peer Reviews eine neue Plattform, Intensivmedizin gemeinsam weiterzuentwickeln. Die DIVI ruft ihre Mitglieder auf, sich aktiv an Peer Reviews zu beteiligen, sich zum Peer Reviewer ausbilden zu lassen und andere zu beidem zu animieren. Intensivmedizin zum Wohle unserer Patienten weiterzuentwickeln ist unsere gemeinschaftliche Aufgabe für die Zukunft. Wir sollten sie gemeinsam angehen und uns bei der erfolgreichen Bewältigung dieser anspruchsvollen Verpflichtung gegenseitig unterstützen.

Interessenskonflikte: Der Erstautor PD Dr. Jan-Peter Braun gibt an, dass seinerseits kein Interessenskonflikt besteht. Auch die Co-Autoren Prof. Dr. Christian Waydhas, Prof. Dr. Jörg Martin und Prof. Dr. Hanswerner Bause geben an, dass ihrerseits keine Interessenskonflikte bestehen.

Die Autorin Prof. Dr. Claudia Spies gibt folgende mögliche Interessenskonflikte an:

Honoraria/speaking fees: Akzo Nobel, Fresenius, BBraun, Baxter, Abbott, Essex Pharma, GSK

Grants: Abbott, Akzo Nobel, spect, Baxter, BBraun, Deltex, Medical, Edwards, Fresenius, GSK, Köhler Chemie, Lilly, MSD, Novalung, Orion Pharma, Pfizer, Pfrimmer Nutricia, Wyeth.

Prof. Dr. Ralf Kuhlen gibt folgende mögliche Interessenskonflikte an:

Ich bin Mitarbeiter der HELIOS Kliniken GmbH und damit von FRESENIUS SE und erhalte Gehalt und ergebnisorientierte, flexible Gehaltsbestandteile. Mögliche Interessenskonflikte bestehen aus Kooperation (z. B. Vortrags-, Forschungs-, Berater Tätigkeit) mit folgenden Unternehmen/Institutionen seit Beginn meines Beschäftigungsverhältnisses bei HELIOS im Januar 2007: Glaxo Smith Kline, Resmed, Fresenius Kabi, Viasys, Medizin im Grünen, GE Medical Systems Information Technologies, Novalung, Medical Event and Publishing Services (MEPS), Dräger, Covidien, Kongressorganisation Lücke, Eli Lilly, Deutsches Sepsis Netzwerk, Cytosorbents, Mondobiotech, PPD, Ich bzw. meinen Familienangehörigen besitzen Unternehmensbeteiligung von Firmen, die in der Medizinindustrie tätig sind.

Der Co-Autor OFA Prof Dr. Andreas Markewitz gibt folgenden möglichen Interessenskonflikt an:

Der Autor ist Mitglied einer Bundesfachgruppe beim AQUA Institut Göttingen. DIVI

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Jan-Peter Braun
Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin
Charité Centrum 07 – Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Tel.: 030 / 450531012
Fax: 030 / 450531911
E-Mail: jan.braun@charite.de

Literatur

- Moreno RP, Rhodes A, Donchin Y: Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Med* 2009;35:1667–1672
- Vagts DA, Bauer M, Martin J: (Un-)Sinn von Zertifizierung in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 2009;58: 81–87
- Grol R: Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Qual Health Care* 1994;3: 147–152
- Ajlouni KM, Al-Khalidi U: History of Medicine. Medical records, patient outcome, and peer review in eleventh-century arab medicine. *Annals of Saudi Medicine* 1997;17: 326–327

5. Codman EA: A Study in hospital efficiency. Boston, MA: T Todd Company; 1917
6. Ponton T: Gauging efficiency of hospital and its staff. *Modern Hospital* 1928;31:64–68
7. Department of Health. Working for patients: Medical audit – Working Paper 6 (HMSO). 1989
8. Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS, Florey CdV: The audit handbook: Improving health care through clinical audit. Chichester: John Wiley and Sons; 1993
9. McKee C, Lauglo M, Lessof L: Medical audit: a review. *J R Soc Med* 1989;82: 474–478
10. Shaw CD: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union Countries. *Int J Qual Health Care* 2000;12:169–175
11. Van Weert C: Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom. *Int J Qual Health Care* 2000;12:239–242
12. Braun JP: Intensivmedizinische Peer Reviews: Qualitätsinitiative für Ärzte und Patienten. *Dtsch Arztebl* 2010;107: A-1976/B-1724/C-1696
13. Braun JP, Bause H, Bloos F, et al.: NeQuI (quality network in intensive care medicine). Peer reviewing critical care: a pragmatic approach to quality management. *GMS Ger Med Sci* 2010;8: Doc23. DOI: 10.3205/000112, URN: urn:nbn:de: 0183-0001128
14. Braun JP, Mende H, Bause H, et al.: NeQuI (quality network in intensive care medicine). Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. *GMS Ger Med Sci* 2010;8:Doc22. DOI: 10.3205/0001111, URN: urn:nbn:de: 0183-0001111
15. Jonitz G: Wichtig und zukunftsweisend. *Dtsch Arztebl* 2010;107:A-1977/B-1725/C-1697

Buchneuzugänge / New Books

PRAXIS / PRACTICE

Buchneuzugänge

Haas, T.; Oswald, E.:

Kinderanästhesie

Nachschlagen, verstehen, entscheiden. Für die Kitteltasche. Wissenschaftliche Verlagsges., 2011. 127 Seiten, 21 Abbildungen, 39 Tabellen. ISBN: 978-3-8047-2840-0. EUR 19,80
Dieses handliche Kitteltaschenbuch bietet schnelle Hilfe bei der Planung und Durchführung von Kindernarkosen. In der täglichen Praxis und in schwierigen Situationen liefert es konkrete Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen.

Humpich, M.; Albert, M.:

Notarzt pocketcard set

2. aktualisierte Auflage. Börm Bruckmeier, 2011. ISBN: 978-3-89862-129-8. EUR 4,95

Seekamp, A.; Schnelle, R.; Rupp, P.; et al. (Hrsg.):

Das Trauma-Buch

Präklinische Versorgung Verletzter. Neuauflage. Stumpf & Kossendey, 2011. 399 Seiten mit Abbildungen, gebunden. ISBN: 978-3-938179-55-0. EUR 39,90

Das Trauma-Buch bietet einen Überblick über die Prinzipien der Untersuchung und Behandlung zur optimalen Versorgung von Traumapatienten, speziell auf organisatorische Rahmenbedingungen, technische und personelle Voraussetzungen sowie typische Verletzungsmuster ausgerichtet.

Pohlmann, O.:

Notfallmedikamente kompakt

Im Einsatz schnell und zielsicher zur richtigen Dosis. Naseweis, 2011. 350 Seiten. ISBN: 978-3-939763-05-5. EUR 11,90

Notfallmedikamente kompakt enthält so wenig Information wie möglich, aber gleichzeitig so viel wie nötig. Unter dem Leitgedanken „Weniger ist mehr“ soll es in erster Linie ein hilfreiches Schnell-Nachschlagewerk für den Einsatzfall sein.

Böhmer, R.; Schneider, T. (Hrsg.):

Taschenatlas Rettungsdienst

Der ständige Begleiter für den Rettungs- und Notarztendienst. 9. Auflage.

Naseweis, 2011. 662 Seiten mit Abbildungen und Taschenkarte Notfallnarkose, gebunden. ISBN: 978-3-939763-09-3. EUR 26,90

Der Taschenatlas Rettungsdienst ist ein praxisbezogenes und umfassendes Nachschlagewerk der präklinischen Notfallmedizin. Er wendet sich an Rettungs-sanitäter, Rettungsassistenten und Not-ärzte als hilfreicher Begleiter durch Ausbildung und Alltag sowie an jeden notfallmedizinisch Interessierten.

Behmann, J. C.; Schmitz, D.:

Das Notfall-Handbuch zum Aushängen

Sofortmaßnahmen für alle wichtigen Notfall- und Krisensituationen. Neuauflage. Forum GesundheitsMedien, 2011. 160 Seiten mit Abbildungen. ISBN: 978-3-942436-08-3. EUR 34,00
Dieses Nachschlagewerk sagt klar und verständlich, was bei Notfällen und Unfällen zu tun ist. Mit den bebilderten Schritt-für-Schritt-Anleitungen (Algorithmen) und ausführlichen Erklärungen ist dieser Ratgeber für den gesamten Bereich Erste Hilfe unverzichtbar.