

Bericht

Titel:	Umgang im Verfahren mit Kreuzblut
Zuständiges Fachgebiet:	<i>leer</i>
Altersgruppe des Patienten:	<i>leer</i>
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Es kommt in letzter Zeit gehäuft vor, dass Blut und Anforderungsschein für Kreuzblut nicht zusammen ins Labor kommen. Wie kann so die Identität korrekt sichergestellt werden? Die abnehmende Person unterschreibt für die korrekte Abnahme und Identität. Schein und Blut müssen immer zusammen bleiben.
Was war das Ergebnis?	Das Kreuzblut musste erneut abgenommen werden, um Komplikationen zu vermeiden.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	Es besteht ein Schulungs- und Informationsdefizit zum Umgang mit Kreuzblut.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	monatlich
Wer berichtet?	andere Berufsgruppe

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

CIRS-Team des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland:

Fehlende Beschriftung von Laborproben, histologischen Proben oder Blutentnahmen bzw. auch durch Vertauschen der Proben können schwere Folgen für die Patienten haben. Schließlich können sich aus den Untersuchungsergebnissen wichtige therapeutische Konsequenzen ergeben bzw. kann eine fehlerhafte Therapie (oder ein verspäteter Therapiebeginn) wegen falscher Ergebnisse fatal sein. Deshalb sollte bei dieser Aufgabe besondere Vorsicht und Konzentration gelten.

Idealerweise erfolgt die Entnahme von Probematerial standardisiert.

- (Auffrischungs-)Schulungen- und Informationsvermittlung zum Umgang mit Kreuzblut.
- Gibt es im Haus eine Standardverfahrensanweisung zur Identitätssicherung bei der Abnahme von Probenmaterial? Wenn ja, wird diese von den zuständigen Mitarbeitern auch angewendet? Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter durch regelmäßige Schulungen, wäre dann erforderlich.
- Double-check: richtiger Patient, richtige Probe, richtiges Etikett? Trotz der Arbeitsdichte, müssen Standards eingehalten und alle Aufgaben korrekt erledigt werden.
- Möglich wäre der Einsatz eines Barcodescanners (bei stationär aufgenommenen Patienten, Abgleich mit dem Patientenarmband) für die Identifikation des Patienten bzw. die Zuordnung der Proben zum jeweiligen Patienten (mit Kostenaufwand verbunden und auch hier ist der Faktor Mensch beteiligt).

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de:

Autor: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH)

In dieser Meldung wird über einen häufigen und den Patienten gefährdenden potenziellen Fehler berichtet: Nutzt man das Lernpotenzial von spezialisierten CIRS-Systemen wie das Fehlerregister der IAKH für die Hämotherapie [1] oder das Hämovigilanzsystem in UK [2], kann man erkennen, dass die Identitätssicherung, die Indikationsstellung sowie die Fehlernahme der Blutproben („Wrong blood in tube“ WBIT) wichtige Elemente der Fehlervermeidung sind. In diesen Teilschritten des Prozesses ereignen sich die meisten Fehler. Idealerweise erfolgt die Entnahme als auch der Versand von Probematerial standardisiert auf einem hohen Niveau. Wenn es in dieser Einrichtung als zusätzliche Maßnahme so geregelt ist, dass Proben und Anforderung zusammen gesendet werden müssen, muss dieser hausinterne Standard auch konsequent verfolgt werden. In anderen Häusern ist (evtl. bei

elektronischer Anforderung) es anders geregelt, z. B. dass Röhrchen und elektronischer Anforderungsschein zeitlich versetzt ins Labor kommen. Wichtig ist, dass beides entsprechend der Hämotherapie Richtlinien beschriftet ist.

In wenigen Jahren werden wir voraussichtlich nur noch elektronisch signierte Anforderungen verwenden, die naturgemäß vor der Probe im Labor sind. Aber bis dahin ist es sinnvoll, dass das lokale QM-Handbuch (Hämotherapie richtlinie 2017 [3]) vorsieht, dass Proben nicht bearbeitet werden, wenn kein unterschriebener Anforderungsschein vorliegt. Auch könnte dies ein definierter Rückweisungsgrund nach RiliBÄK sein. Rationaler wäre, dass verspätete Bestätigungen der Patientenidentität unglaubwürdig sind. Gleiches gilt natürlich auch für Anforderungen, die Stunden vor der Probe eintreffen. Aus unserer Sicht wird durch den Arztvorbehalt bei der Blutentnahme und beliebig gestaltete Besonderheiten die Sicherheit der Identität für die Immunhämatologie gegenüber denen für die klinische Chemie erhöht. Da die Steuerung der Prozesse durch Formulare recht üblich ist, ist die Forderung des Melders gerechtfertigt.

Der Versand der Röhrchen zusammen mit den Anforderungsscheinen ist in diesem Haus ein Maß für die Sorgfalt bei der Ausführung und die Organisation des Absenders. Die komplexe Kette von Maßnahmen mit zahlreichen Irrtums- und Fehlermöglichkeiten benötigt einen strengstens standardisierten Vorgang mit mehreren Sicherheitskontrollen. Da der gemeinsame Versand der Probengefäße zur Bestimmung der Blutgruppe und des Röhrchens zur Antikörpersuche und der Verträglichkeitsprobe zusammen mit einer Anforderung und Transfusionsanamnese des Patienten demonstriert, dass die Organisation gut, die Ausführung geordnet und alle Mitarbeiter aufmerksam sind. Zusätzlich kann das Labor dem Prozess einen zusätzlichen Sicherheitsschritt einfügen: Die Korrektheit der „Präanalytik“, also der korrekten Blutabnahme, ist dann in Zweifel zu ziehen, wenn es Abweichungen vom festgelegten Standard gibt. Hinweise auf solche Unregelmäßigkeiten und Verdachtsmomente auf Fehler hinsichtlich der Abnahme von Blutproben sollten nicht folgenlos bleiben. In einer kürzlich veröffentlichten Studie hat die Anforderung einer Wiederholungsprobe vom Einsender zur Erkenntnis geführt, dass 30% der Proben mit solchen Auffälligkeiten vom falschen Patienten stammte! [4]. Die Fehlerquote reduzierte sich um den Faktor 5. Deshalb ist es unerlässlich, dass fehlerhafte etikettierte Blutproben oder Blutproben ohne Identifikation des Abnehmenden sowie ohne den Anforderungsgrund (Indikationsstellung) verworfen und nicht bearbeitet werden.

Im Allgemeinen fehlt oftmals das Bewusstsein der Blutentnahme ausführenden Ärzte, als auch des bearbeitenden Stationspersonals für die Konsequenzen auftretender Fehler, die erst dann wahrgenommen werden, wenn sich ein Zwischenfall ereignet. Fehlende Beschriftung von Laborproben, histologischen Proben oder Blutentnahmen bzw. auch durch Vertauschen der Proben können schwere Folgen für die Patienten haben. Schließlich können sich aus den Untersuchungsergebnissen wichtige therapeutische Konsequenzen ergeben bzw. kann eine fehlerhafte Therapie (oder ein verspäteter Therapiebeginn) wegen falscher Ergebnisse fatal sein. Deshalb sollte bei dieser Aufgabe besondere Vorsicht und Konzentration gelten. Es ist zudem hilfreich, wenn der Entnehmende an seine Verantwortlichkeit mit einer Unterschrift auf dem Etikett oder dem Begleitschein erinnert wird, wie das in dieser Institution geregelt ist. Ein Musterformular für die Anforderung findet sich auf der Seite der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie IAKH (www.IAKH.de).

Wichtig in diesem Zusammenhang sind immer wieder angebotene (Auffrischungs-)Schulungen und Informationsvermittlung zum Umgang mit Kreuzblut. Gibt es im Haus eine Standardverfahrensanweisung (SOP/Verfahrensanweisung) zur Identitätssicherung bei der Abnahme von Probenmaterial? Wenn ja, wird diese von den zuständigen Mitarbeitern auch angewendet? Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter durch regelmäßige Schulungen, wäre dann erforderlich. Double-Check: richtiger Patient, richtige Probe, richtiges Etikett? Trotz der Arbeitsdichte müssen Standards eingehalten und alle Aufgaben korrekt erledigt werden. Möglich wäre der Einsatz eines Barcodescanner (bei stationär aufgenommenen Patienten, Abgleich mit dem Patientenarmband) für die Identifikation des Patienten bzw. die Zuordnung der Proben zum jeweiligen Patienten (mit Kostenaufwand verbunden und auch hier ist der Faktor Mensch beteiligt). Weitere Empfehlungen siehe unten.

Prozesseilschritt:

- Fehler bei der Probenabnahme
- Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes

Empfehlung zur Verbesserung von

Prozessqualität:

1. Fortbildung / SOP – Stationsärzte und Pflegepersonal: Umgang mit Blutentnahmen, Blutproben und Laborversand, Präanalytische Fehler und Folgen.
2. Fortbildung / SOP – Stationsärzte und Pflegepersonal: Korrekte Identifikationssicherung vor kritischen Arbeitsschritten im Krankenhaus beim wachen und bewusstseinsgetrübten Patienten.
3. Fortbildung- Stationsärzte und Pflegepersonal: Die klinisch relevantesten Punkte aus dem Qualitätshandbuch Hämotherapie.

4. Meldung an die Transfusionskommission.

Strukturqualität:

1. Einführung von Patientenarmbändern und Barcodescannern zur elektronischen Patientenidentifizierung bei Konservenverabreichung und auch bei der Blutprobenentnahme, möglicherweise mit gechipten Röhrchen (z. B. von Sarstedt erhältlich).
2. Einführung von elektronischen Anforderungsformularen, die digital über das Intranet ausgefüllt und abgesendet werden. Dann würden die Blutproben nur bearbeitet, wenn die Anforderung im Labor-Postfach eingegangen, unterschrieben und vollständig ausgefüllt ist. Entnahmezitpunkte und Anforderungszeitpunkt können chronologisch auf Plausibilität geprüft werden.
3. Regelmäßige Interne Audits oder Peer Review Besuche [5] zum Austausch und zur ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Literatur:

1. Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH). Register für Fehler und Beinahe-Zwischenfälle bei Transfusionen und Gerinnungstherapie [Internet]. 2018 [cited: 2019-04-08]. www.iakh.de/fehlerregister.html.
2. SHOT Office. SHOT- Serious Hazards in Transfusion [Internet]. 2017 [cited: 2019-04-08]. www.shotuk.org/shot-reports.
3. Bundesärztekammer (BÄK). Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Gesamtnovelle 2017. 2017 [cited: 2019-04-08]. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf.
4. Kaufman RM, Dinh A, Cohn CS et al. Electronic patient identification for sample labeling reduces wrong blood in tube errors. Transfusion 2019;59(3):972-80. DOI: 10.1111/trf.15102. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=30549289.
5. Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH). Das Peer Review Hämotherapie [Internet]. 2017 [cited: 2019-04-08]. www.iakh.de/peer-review-haemotherapie-iakh-2017.html.

Risiko-Abschätzung:

Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses: Katastrophal
Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses: Denkbar



IAKH

STARTSEITE

NEWS & EVENTS

INDIVIDUELLE HÄMOTHERAPIE

HANDREICHUNGEN

DER VEREIN

MITGLIEDER

FEHLERREGISTER

MELDEN

ARCHIV

PEER REVIEW HÄMOTHERAPIE

LINKS



register

Fehler und Beinahe- e bei Transfusionen ngstherapie

lienen Fehler
fälle in der
ei bzw. vor
in der
erfassen und
ich sein, die
iben. Fehler
d in Zukunft
. Die
dadurch
werden. Die
ießlich der
und
Transfusions
anagements.
iert erhoben
ert dargestellt. Sie unterliegen der Pressefreiheit
chem Zugriff geschützt.



chenfällen melden

Fälle 2018

1 Jahr gemeldeten Fälle auf

- 138-2018-N9I4
Fehlanschluss MAT

- 139-2018-D6N4
MAT nicht indiziert

- 140-2018-F6M0
Transfusionsverzicht nicht dokumentiert

- 141-2018-N3L7
Verzögerung der Transfusion durch EDV-Problem

- 142-2018-D6N4
Technischer Defekt durch defekten Luftsensord bei MAT-Gerät

- 143-2018-L7E6
Druckinfusionsgerät steht nicht zur Verfügung

- 144-2018-B6E6
Inadäquates Blutprodukt gegeben

- 145-2018-O5U0
Übertransfusion auf ITS

- 146-2018-R8P7
Fehler bei der Blutentnahme aus arteriellem Leistenzugang

- 147-2018-G4G8
Der Bedside-Test verhindert eine Katastrophe

- 148-2018-T0M5
Doppeleinheit zur Verschonung des Bereitschaftsdienstes

- CM-169839-2018
Fehlen von EKs wird erst zu OP-Beginn bemerkt - aufgrund von Antikörpern können kurzfristig keine EKs zur Verfügung gestellt werden

- CM-182103-2018
Fehler bei der Durchführung des Bedside-Tests

- CM-186164-2018
Bedside-Test falsch durchgeführt und abgelesen

- CM-187844-2018
Unsicherheit bzgl Transfusion Rhesus-inkompatibler Erythrozytenkonzentrate

□ CM-188192-2018

Dienstanweisung erschwert die Notfalltherapie mit Blutprodukten
außerhalb der Arbeitszeit des Labors



IAKH

INTERDISZIPLINÄRE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR KLINISCHE HÄMOTHERAPIE

IAKH e.V.

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft
für Klinische Hämotherapie

[Sitemap](#) | [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

© IAKH e.V.

SERIOUS HAZARDS OF TRANSFUSION

SHOT

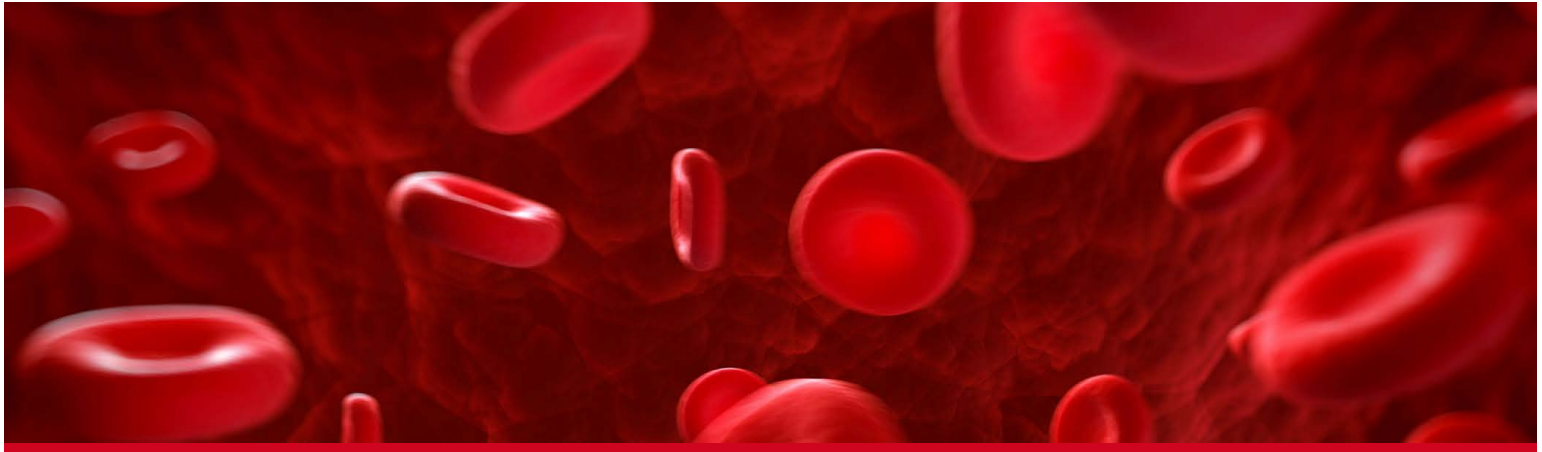
Incident Reporting

Steering Group Login

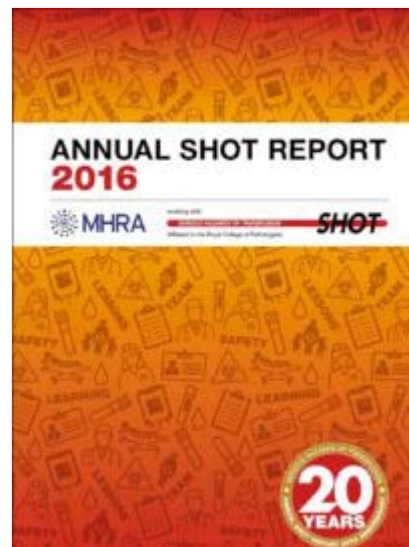
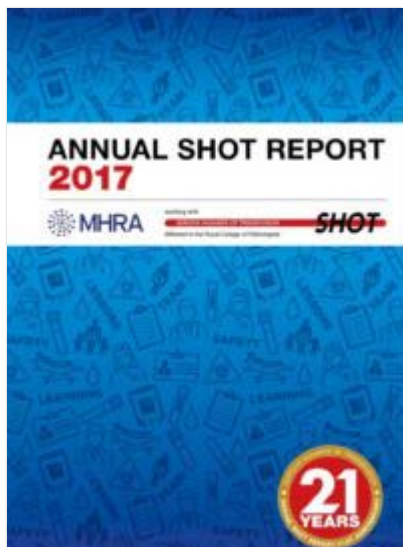
Working Expert Group Login

Call 0161 423 4208

shot@nhsbt.nhs.uk



SHOT Annual Reports and Summaries



This site uses simple cookies to track statistics. [Read our Privacy Policy.](#)

I accept the use of Cookies.

Summary PDF
Supplementary Info.



Annual Report 2015

Summary PDF
Supplementary Info.

Summary PDF
Supplementary Info.



Annual Report 2014

Summary PDF
Supplementary Info.



Annual Report 2013

Summary PDF



Annual Report 2012

Summary PDF



Annual Report 2011

Summary PDF



Annual Report 2010

Summary PDF



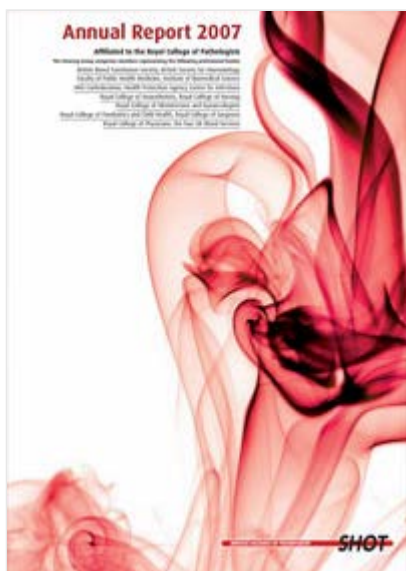
Annual Report 2009

Summary PDF



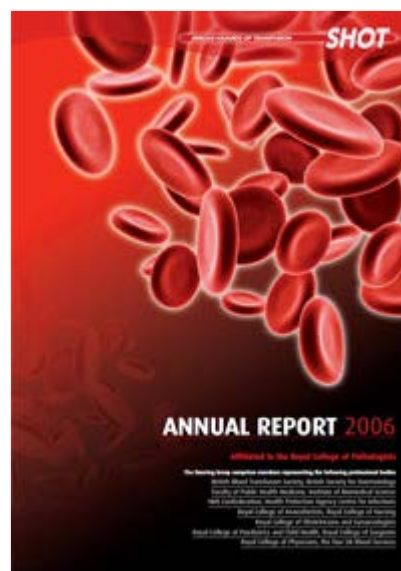
Annual Report 2008

Summary PDF



Annual Report 2007

Summary PDF



Annual Report 2006

Summary PDF



Annual Report 2005

Summary PDF



Annual Report 2004

Summary PDF



Annual Report 2003

Summary PDF



Annual Report 2001/2002

Summary PDF



Annual Report 2000/2001

Summary PDF



Annual Report 1999/2000

Summary PDF



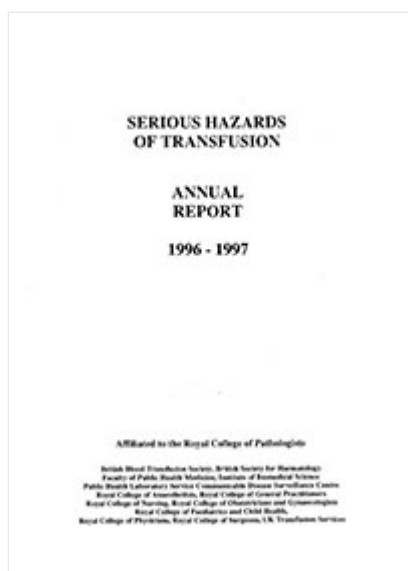
Annual Report 1998/1999

Summary PDF



Annual Report 1997/1998

Summary PDF



Annual Report 1996/1997

Summary PDF

Quick Links

[SHOT Organisation](#)

[Reporting to SHOT and the MHRA](#)

[SHOT Terms of Reference](#)

[SHOT Steering Group](#)

[Working Expert Group Login section](#)

Useful Links

[Annual Reports](#)

[Shared Learning Area](#)

[Anti-D Immunisation Reporting](#)

[SHOT Participation Benchmarking](#)

[Participation Benchmarking Reports](#)

Newsletter Sign Up

If you are not a reporter but would like to sign up to the SHOT Newsletter, please complete your contact details in the sign up section below.

SHOT Office, Manchester Blood Centre, Plymouth Grove, Manchester, M13 9LL. Telephone 0161 423 4208 | shot@nhsbt.nhs.uk
| [Terms of use and privacy statement](#)

© 2019 SHOT All rights reserved - [XML sitemap](#) - [HTML sitemap](#) - [Cookies policy](#)

Eingebettetes geschütztes Dokument

Die Datei https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf ist ein geschütztes Dokument, das in dieses Dokument eingebettet wurde. Doppelklicken Sie auf die Reißzwecke zur Anzeige.



Format:

Abstract Send to 

Full text links

[Transfusion](#). 2019 Mar;59(3):972-980. doi: 10.1111/trf.15102. Epub 2018 Dec 14.

Electronic patient identification for sample labeling reduces wrong blood in tube errors.

[Kaufman RM](#)¹, [Dinh A](#)², [Cohn CS](#)³, [Fung MK](#)⁴, [Gorlin J](#)⁵, [Melanson S](#)¹, [Murphy MF](#)⁶, [Ziman A](#)⁷, [Elahie AL](#)⁸, [Chasse D](#)⁹, [Degree L](#)⁴, [Dunbar NM](#)⁹, [Dzik WH](#)¹⁰, [Flanagan P](#)¹¹, [Gabert K](#)¹², [Ipe TS](#)¹³, [Jackson B](#)¹⁴, [Lane D](#)¹⁵, [Raspolini E](#)¹⁶, [Ray C](#)⁹, [Sharon Y](#)¹⁷, [Ellis M](#)¹⁷, [Selleng K](#)¹⁸, [Staves J](#)⁶, [Yu P](#)¹⁹, [Zeller M](#)⁸, [Yazer M](#)¹²; BEST Collaborative.

 Author information**Abstract**

BACKGROUND: Wrong blood in tube (WBIT) errors are a preventable cause of ABO-mismatched RBC transfusions. Electronic patient identification systems (e.g., scanning a patient's wristband barcode before pretransfusion sample collection) are thought to reduce WBIT errors, but the effectiveness of these systems is unclear.

STUDY DESIGN AND METHODS: Part 1: Using retrospective data, we compared pretransfusion sample WBIT rates at hospitals using manual patient identification (n = 16 sites; >1.6 million samples) with WBIT rates at hospitals using electronic patient identification for some or all sample collections (n = 4 sites; >0.5 million samples). Also, we compared WBIT rates after implementation of electronic patient identification with preimplementation WBIT rates. Causes and frequencies of WBIT errors were evaluated at each site. Part 2: Transfusion service laboratories (n = 18) prospectively typed mislabeled (rejected) samples (n = 2844) to determine WBIT rates among samples with minor labeling errors.

RESULTS: Part 1: The overall unadjusted WBIT rate at sites using manual patient identification was 1:10,110 versus 1:35,806 for sites using electronic identification (p < 0.0001). Correcting for repeat samples and silent WBIT errors yielded overall adjusted WBIT rates of 1:3046 for sites using manual identification and 1:14,606 for sites using electronic identification (p < 0.0001), with wide variation among individual sites. Part 2: The unadjusted WBIT rate among mislabeled (rejected) samples was 1:71 (adjusted WBIT rate, 1:28).

CONCLUSION: In this study, using electronic patient identification at the time of pretransfusion sample collection was associated with approximately fivefold fewer WBIT errors compared with using manual patient identification. WBIT rates were high among mislabeled (rejected) samples, confirming that rejecting samples with even minor labeling errors helps mitigate the risk of ABO-incompatible transfusions.

© 2018 AABB.

PMID: 30549289 DOI: [10.1111/trf.15102](https://doi.org/10.1111/trf.15102)

LinkOut - more resources



You are here: [NCBI](#) > [Literature](#) > [PubMed](#)

[Support Center](#)

GETTING STARTED

- [NCBI Education](#)
- [NCBI Help Manual](#)
- [NCBI Handbook](#)
- [Training & Tutorials](#)
- [Submit Data](#)

RESOURCES

- [Chemicals & Bioassays](#)
- [Data & Software](#)
- [DNA & RNA](#)
- [Domains & Structures](#)
- [Genes & Expression](#)
- [Genetics & Medicine](#)
- [Genomes & Maps](#)
- [Homology](#)
- [Literature](#)
- [Proteins](#)
- [Sequence Analysis](#)
- [Taxonomy](#)
- [Variation](#)

POPULAR

- [PubMed](#)
- [Bookshelf](#)
- [PubMed Central](#)
- [BLAST](#)
- [Nucleotide](#)
- [Genome](#)
- [SNP](#)
- [Gene](#)
- [Protein](#)
- [PubChem](#)

FEATURED

- [Genetic Testing Registry](#)
- [GenBank](#)
- [Reference Sequences](#)
- [Gene Expression Omnibus](#)
- [Genome Data Viewer](#)
- [Human Genome](#)
- [Mouse Genome](#)
- [Influenza Virus](#)
- [Primer-BLAST](#)
- [Sequence Read Archive](#)

NCBI INFORMATION

- [About NCBI](#)
- [Research at NCBI](#)
- [NCBI News & Blog](#)
- [NCBI FTP Site](#)
- [NCBI on Facebook](#)
- [NCBI on Twitter](#)
- [NCBI on YouTube](#)
- [Privacy Policy](#)

National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine
 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA

[Policies and Guidelines](#) | [Contact](#)





IAKH

STARTSEITE

NEWS & EVENTS

INDIVIDUELLE HÄMOTHERAPIE

HANDREICHUNGEN

DER VEREIN

MITGLIEDER

FEHLERREGISTER

PEER REVIEW HÄMOTHERAPIE

INFORMATION ZUM PRHT
ABLAUF DES VERFAHRENS
ANSPRECHPARTNER

LINKS



otherapie- Qualitätsverbesserung durch
Programm nach dem Curriculum der

Peer Review ie?



Das Peer Review Verfahren nach dem Curriculum der Bundesärztekammer ist ein etabliertes Instrument der ärztlichen Qualitätsicherung. Es bewirkt seit Jahren in der Intensivmedizin eine qualitative Verbesserung der Behandlungsqualität durch Anpassung der Praxis an Leitlinien und Evidenz. Dies ist auch in der Hämotherapie zu erwarten, sodass durch kollegialen Erfahrungsaustausch, interdisziplinäre und interprofessionelle Besprechung der geübten Praxis nachhaltige Verbesserungen erreicht werden. (Siehe Details und Hintergründe [Informationen zum Verfahren](#) der Bundesärztekammer).

herapie folgt dem [Curriculum Ärztliches Peer mmer](#) (alles im Detail siehe [pdf](#)).

ew im Bereich der
funktioniert wie in
chen. Der wesentliche
u einem Audit ist in der
stellt (Quelle M.

IAKH FORUM

Felsenstein)

AUDIT ("BESUCH DER SCHWIEGERMUTTER")	PEER REVIEW ("TIPPS VON FREUNDEN")
Unidirektional	bidirektional
Bestätigung der Konformität	Dialog zum gegenseitigen Lernen
Ziel ist das Zertifikat – gründliche Vorbereitung (Prüfung), künstliche Situation	Jederzeit, erkennen des Tatsächlichen. Wo stehen wir mit unserer Routine?
Auditor: Experte in der Prüfung	Peer: Experte in der Sache, Experte in der Beratung, Lernender

Die Vorteile liegen auf der Hand:

Die hohe Qualität der Bewertung einer Einrichtung durch die Peers aufgrund der praktischen Beobachtung der Prozesse und des kollegialen Dialogs garantiert eine hohe Eindringtiefe in die Behandlungsqualität der Institution. Die Tatsache, dass die Peers aus unterschiedlichen Einrichtungen kommen und dass das Team multiprofessionell zusammengesetzt ist, schließt Gefälligkeitsgutachten aus. Die Verantwortung um die inhaltlichen Ziele des Reviews ist den Peers bewusst. Es geht allen Beteiligten um die nachhaltige Qualitätsverbesserung in der Hämotherapie. Diese Nachhaltigkeit beinhaltet medizinische Qualität und ökonomische Stabilität. Komplikationen und unkalkulierbare Zustände gilt es zu beseitigen.

- Organisationsrahmen

- Ablauf des Verfahrens

- Erste Schritte und Dokumente

- Ansprechpartner bei Landesärztekammern und IAKH

Organisatorische Rahmenbedingungen

Wer sind die Peers? Wie wird man Peer?

Die Ärztekammer verwaltet einen Pool von Peers, die auf der Grundlage des **Curriculums der Bundesärztekammer für das Peer Review** die Qualifikation zum Peer erworben haben. Die Landesärztekammern bieten die Qualifikationskurse zum Peer in einem 16h Kurs z.B. für Intensivmedizin, Hämotherapie oder einem anderen Fachgebiet an (siehe auch **Leitfaden für Peers**). Sonst sind die Peers als Ärzte und Pflegekräfte mit Expertenwissen auf dem Gebiet der Hämotherapie qualifiziert - also praktischer medizinischer und Führungserfahrung (Chefärzte, Oberärzte, Stationsleitungen). **Zur weiteren Internet-Nachricht der IAKH** vom 12.7.2016.

Wie wird die Neutralität und Fairness gewahrt?

Wie bereite ich mich auf einen Peer Review Besuch vor?

Wer trägt die Kosten?

Was können wir von den Peers erwarten?



IAKH

INTERDISZIPLINÄRE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR KLINISCHE HÄMOTHERAPIE

IAKH e.V.

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft
für Klinische Hämotherapie

[Sitemap](#) | [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

© IAKH e.V.



PubMed

PubMed comprises more than 29 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.

Using PubMed

[PubMed Quick Start Guide](#)

[Full Text Articles](#)

[PubMed FAQs](#)

[PubMed Tutorials](#)

[New and Noteworthy](#)

PubMed Tools

[PubMed Mobile](#)

[Single Citation Matcher](#)

[Batch Citation Matcher](#)

[Clinical Queries](#)

[Topic-Specific Queries](#)

More Resources

[MeSH Database](#)

[Journals in NCBI Databases](#)

[Clinical Trials](#)

[E-Utilities \(API\)](#)

[LinkOut](#)

Latest Literature

New articles from highly accessed journals

[Cell \(12\)](#)

[Chest \(24\)](#)

[Circulation \(13\)](#)

[Cochrane Database Syst Rev \(1\)](#)

[J Clin Endocrinol Metab \(1\)](#)

[J Clin Invest \(7\)](#)

[JAMA \(2\)](#)

[Lancet \(9\)](#)

[Nature \(1\)](#)

[PLoS One \(45\)](#)

Trending Articles

PubMed records with recent increases in activity

CD22 blockade restores homeostatic microglial phagocytosis in ageing brains.
Nature. 2019.

Precise therapeutic gene correction by a simple nuclease-induced double-stranded break.
Nature. 2019.

Genetic compensation triggered by mutant mRNA degradation.
Nature. 2019.

Suppression of Exosomal PD-L1 Induces Systemic Anti-tumor Immunity and Memory.
Cell. 2019.

The electronic song "Scary Monsters and Nice Sprites" reduces host attack and mating success in the dengue vector *Aedes aegypti*.
Acta Trop. 2019.

[See more](#)

GETTING STARTED

- [NCBI Education](#)
- [NCBI Help Manual](#)
- [NCBI Handbook](#)
- [Training & Tutorials](#)
- [Submit Data](#)

RESOURCES

- [Chemicals & Bioassays](#)
- [Data & Software](#)
- [DNA & RNA](#)
- [Domains & Structures](#)
- [Genes & Expression](#)
- [Genetics & Medicine](#)
- [Genomes & Maps](#)
- [Homology](#)
- [Literature](#)
- [Proteins](#)
- [Sequence Analysis](#)
- [Taxonomy](#)
- [Variation](#)

POPULAR

- [PubMed](#)
- [Bookshelf](#)
- [PubMed Central](#)
- [BLAST](#)
- [Nucleotide](#)
- [Genome](#)
- [SNP](#)
- [Gene](#)
- [Protein](#)
- [PubChem](#)

FEATURED

- [Genetic Testing Registry](#)
- [GenBank](#)
- [Reference Sequences](#)
- [Gene Expression Omnibus](#)
- [Genome Data Viewer](#)
- [Human Genome](#)
- [Mouse Genome](#)
- [Influenza Virus](#)
- [Primer-BLAST](#)
- [Sequence Read Archive](#)

NCBI INFORMATION

- [About NCBI](#)
- [Research at NCBI](#)
- [NCBI News & Blog](#)
- [NCBI FTP Site](#)
- [NCBI on Facebook](#)
- [NCBI on Twitter](#)
- [NCBI on YouTube](#)
- [Privacy Policy](#)

National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine
8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA

[Policies and Guidelines](#) | [Contact](#)



Eingebettetes geschütztes Dokument

Die Datei https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf ist ein geschütztes Dokument, das in dieses Dokument eingebettet wurde. Doppelklicken Sie auf die Reißzwecke zur Anzeige.



Eingebettetes geschütztes Dokument

Die Datei https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf ist ein geschütztes Dokument, das in dieses Dokument eingebettet wurde. Doppelklicken Sie auf die Reißzwecke zur Anzeige.

