



Qualitätsbericht Hämotherapie
Berichtszeitraum 2023

Stand 08.01.2024

Vorlage für

den Qualitätsbericht gemäß Abschnitt 6.4.2.3 der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)“

Berichtsversion zur Meldung an die Ärztekammer Schleswig-Holstein

Name der Einrichtung der Krankenversorgung

Straße

Ort

Verantwortliches Mitglied der Geschäftsführung der o.g. Einrichtung

(Titel, Vorname, Name, E-Mail-Adresse)

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH)

(Titel, Vorname, Name, E-Mail-Adresse, Datum, Unterschrift)

Ausgenommen sind die Sonderfälle gemäß Abschnitt 6.4.2.3.1 der Richtlinie Hämotherapie (u.a. <50 EKs/Jahr).

Einrichtungen der Krankenversorgung mit mehr als einem Standort haben je Standort einen Qualitätsbericht abzugeben.

Kapitel- bzw. Abschnittangaben in Klammern beziehen sich auf die Richtlinie Hämotherapie Gesamtnovelle 2017
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf

Mit den in diesem Dokument verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind – auch wenn sie nur in einer Form auftreten – gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

A Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH)

- A1 Hat der QBH die erforderliche Qualifikation? (Abschnitt 6.4.2.2.3) ja nein
- Wenn ja,
- A1a liegt der Nachweis der Qualifikation des QBH der LÄK bereits vor? ja nein
- Wenn nein,
- A1b bis wann wird der Nachweis (z.B. bei Wechsel des QBH) nachgereicht?
(TTMM.JJ)

B Leitungsaufgaben

B1 Transfusionsverantwortlicher (TV)

- B1.1 Wurde von der Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung ein Transfusionsverantwortlicher (TV) bestellt? (Abschnitt 6.4.1.3.2.1) ja nein
- B1.2 Verfügt der TV über die erforderliche Qualifikation gemäß der Richtlinie Hämotherapie? (Abschnitte 6.4.1.3.2.3 und 6.4.2.2.2 a) ja nein

B2 Transfusionsbeauftragter (TB)

- B2.1 Über wie viele Behandlungseinheiten gemäß QM-Handbuch, in denen Blut und Blutprodukte angewendet werden, verfügt diese Einrichtung? (Abschnitt 6.4.1.3.3.1)
- B2.2 Wurden von der Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung Transfusionsbeauftragte (TB) für jede dieser Behandlungseinheiten bestellt?¹ (Abschnitte 6.4.1.3.3.1 und 6.4.2.2.2 a) ja nein
- Wenn nein,
- B2.2a. in welchen Behandlungseinheiten wurden keine TB bestellt?
- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- B2.3 Haben alle bestellten TB die erforderliche Qualifikation gemäß der Richtlinie Hämotherapie? (Abschnitte 6.4.1.3.3.3 und 6.4.2.2.2 a) ja nein
- Wenn nein,
- B2.3a in welchen Behandlungseinheiten fehlt dem bestellten TB die erforderliche Qualifikation?
- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¹ In Einrichtungen mit nur einer Behandlungseinheit kann der TB personenidentisch mit dem TV sein.

B3 Transfusionskommission (gem. § 15 Abs. 1 S. 4 TFG)

- B3.1 Wurde in der Einrichtung eine Transfusionskommission etabliert? (Abschnitte 6.4.1.3.4.1 und 6.4.2.2.2 b) ja nein
nicht anwendbar²
- Wenn ja,
- B3.1a findet regelmäßig (mindestens einmal im Jahr) eine Sitzung statt? ja nein
- B3.1b findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Transfusionskommission und QBH statt? (Abschnitt 6.4.1.3.4.3) ja nein

C Qualitätsmanagementsystem

- C1 Wurde ein System der Qualitätssicherung (QS-System) für die Anwendung von Blutprodukten in Ihrer Einrichtung etabliert? (Abschnitt 6.1) ja nein
- C2 Ist das QS-System in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsystem integriert? (Abschnitt 6.1) ja nein
- C3 Fanden regelmäßige und anlassbezogene Begehungen des QBH gemeinsam mit dem TV mit anschließender Ergebnisbesprechung statt? (Abschnitt 6.4.2.2.2.n) ja nein
- C4 Wurde ein Qualitätsmanagementhandbuch gemäß Richtlinie Hämotherapie erstellt? (Abschnitt 6.4.1.2) ja nein
- C5 Liegen den Blutprodukte anwendenden Mitarbeitern schriftliche Arbeits- bzw. Dienstanweisungen in dem für ihre Arbeit relevanten Umfang und dem aktuellen einrichtungsinternen Stand vor? (Abschnitt 6.4.2.2.2.f) ja nein
- C6 Sind den entsprechenden Mitarbeitern die Richtlinie Hämotherapie und die Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten in der jeweils gültigen Fassung zugänglich? (Abschnitt 6.4.2.2.2.g) ja nein
- C7 Existiert ein vom TV erstelltes und von der Leitung des Standorts der Einrichtung der Krankenversorgung abgezeichnetes Dokument, in dem Verbesserungspotenziale zur Strukturqualität zusammengefasst sind? (Entsprechende Verbesserungspotenziale können als Ergebnis einer Begehung ersichtlich werden. Für die personellen und technischen Voraussetzungen zur Umsetzung der Verbesserungspotenziale ist die Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung verantwortlich) (Abschnitt 6.4.2.2.2.k) ja nein
Kein Verbesserungspotenzial
- C8 Existiert eine schriftliche Arbeits- bzw. Dienstanweisung zur Vermeidung von Verwechslungen und Fehltransfusionen? (Abschnitt 6.4.2.2.2.c) ja nein
- C9 Gibt es ein Berichtswesen zur Aufarbeitung entsprechender Ereignisse? (Abschnitt 6.4.2.2.2.c) ja nein

² Betrifft nur Einrichtungen der Krankenversorgung mit Akutversorgung, mit Spendeinrichtung oder Institut für Transfusionsmedizin. Bitte beachten Sie die Definition „Akutversorgung“ im Abschnitt 7.1 Glossar der Richtlinie!

C10	Ist die Patientenaufklärung einschließlich Einwilligung für die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmoderivaten sowie die ggf. notwendige nachträgliche Sicherungsaufklärung in allen Behandlungseinheiten, in denen Blutprodukte angewendet werden, geregelt? (Abschnitt 4.3)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C11	Wird in der Einrichtung für den Bereich der Anwendung von Blutprodukten ein System zur Einweisung neuer Mitarbeiter angewendet? (Abschnitte 6.4.1.3.1, 6.4.1.3.3.2 und 6.4.2.2.2.d)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C12	Ist durch entsprechende Anweisungen in allen Fachabteilungen geregelt, dass die Transfusionsvorbereitung (u.a. Anforderungsscheine, Identitätssicherung) nach Maßgabe der Richtlinie erfolgt?(Abschnitte 4.4.3, 4.4.4 und 4.8)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C13	Finden regelmäßig Schulungen der Blutprodukte anwendenden Mitarbeiter bezüglich der transfusionsmedizinisch relevanten Inhalte statt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C14	Gibt es schriftliche Regelungen, um bei einem operativen / invasiven Eingriff, bei dem intra- und perioperativ eine Transfusion ernsthaft in Betracht kommt, ggf. unter Berücksichtigung der transfusionsrelevanten irregulären Antikörper rechtzeitig eine entsprechende Anzahl kompatibler Blutkomponenten bereitzustellen? (Abschnitt 4.4.2)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nicht anwendbar ³ <input type="checkbox"/>
C15	Werden prä- oder perioperative Eigenblutverfahren (Hämodilution/ maschinelle Autotransfusion) angewendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja,		
C15a	gibt es hinsichtlich der Indikation, Vorbereitung, Durchführung und Qualitätskontrollen schriftliche Regelungen? (Abschnitt 2.6.4)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C15b	Wurde die Herstellung nach § 67 Abs. 1 AMG der zuständigen Landesbehörde angezeigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C16	Ist durch entsprechende Anweisungen in allen Behandlungseinheiten geregelt, dass nach Beendigung der Transfusion das Behältnis mit dem Restblut und dem Transfusionsbesteck kontaminationssicher verschlossen 24 Stunden bei +1 °C bis +10 °C aufbewahrt wird? (Abschnitt 4.10.2)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
C17	Ist die Mitteilung der Einhaltung von Qualitätsstandards bzw. des Bestehens von Qualitätsmängeln an die Transfusionskommission erfolgt? (Abschnitt 6.4.2.2.2.o)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nicht anwendbar <input type="checkbox"/>

³ nicht anwendbar, da keine operativen / invasiven Eingriffe

D Patient Blood Management

- D1 Gibt es in der Einrichtung ein einrichtungs- und fachspezifisches Konzept für die Anwendung geeigneter Maßnahmen zur Optimierung des Erythrozytenvolumens, zur Minimierung von Blutungen und Blutverlusten sowie zur Erhöhung und Ausschöpfung der Anämietoleranz? (Abschnitt 4.2 und 6.4.1.3.4.2) ja nein
nicht anwendbar⁴
teilweise bzw. bereichsweise⁵

E Dokumentation

E1 Patientenbezogene Dokumentation

- E1.1 Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass alle transfundierten Blutprodukte und rekombinanten Plasmaproteine zur Behandlung von Hämostasestörungen entsprechend der Richtlinie patientenbezogen dokumentiert werden? (Abschnitt 6.4.1.1) ja nein
- E1.2 Ist in allen Behandlungseinheiten geregelt, dass auftretende Nebenwirkungen in der „Patientenakte“ dokumentiert werden? (Abschnitte 4.13.1 und 5.3.1) ja nein
- E1.3 Erfolgte eine stichprobenhafte Überprüfung der patientenbezogenen Dokumentation durch den QBH?(Abschnitt 6.4.2.2.2.1) ja nein

E2 Produktbezogene Dokumentation

- E2.1 Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass alle transfundierten Blutprodukte und rekombinanten Plasmaproteine zur Behandlung von Hämostasestörungen entsprechend der Richtlinie produktbezogen dokumentiert werden? (Abschnitt 6.4.1.1) ja nein
- E2.2 Erfolgte eine stichprobenhafte Überprüfung der produktbezogenen Dokumentation durch den QBH? (Abschnitt 6.4.2.2.2.1) ja nein

F Unerwünschte Ereignisse sowie unerwünschte Reaktionen und Nebenwirkungen und Rückverfolgung

- F1 Ist in der Einrichtung ein Verfahren zur Erfassung, Behandlung und Ursachenklärung von unerwünschten Ereignissen sowie unerwünschten Reaktionen und Nebenwirkungen installiert? (Kapitel 5) ja nein
- F2 Sind die Kommunikationswege bei einem Rückverfolgungsverfahren nach § 19 TFG geregelt? (Abschnitt 5.4.1) ja nein
- F3 Sind die Verantwortlichkeiten bezüglich der Unterrichtspflicht bei unerwünschten Ereignissen sowie unerwünschten Reaktionen und Nebenwirkungen innerhalb der Einrichtung ja nein

⁴ nicht anwendbar, da keine operativen oder interventionellen Eingriffe

⁵ z. B. nur einzelne Behandlungseinheiten

G		Verbrauchsdocumentation	
G1	Erfolgt die Meldung des Verbrauchs von Blutprodukten und Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen gemäß § 21 Absatz 1 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut? (Abschnitt 6.4.2.2.2j)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
G2	Gibt es in der Einrichtung eine Regelung, dass bei zeitlich begrenzter Behandlung eines Hämophiliepatienten Angaben über die Behandlung mit Blutprodukten und Plasmaproteinen an den hämophiliebehandelnden Arzt übermittelt werden? (§ 14 Absatz 3a TFG)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nicht anwendbar ⁶ <input type="checkbox"/>
G3	Werden in der Einrichtung dauerhaft Hämophilie-Patienten behandelt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
G3a	Wenn ja, erfolgt die Meldung der Anzahl der Personen mit angeborenen Hämostasestörungen und der angewendeten Gerinnungsfaktorenzubereitungen gemäß § 21 Absatz 1a TFG an das Deutsche Hämophilieregister?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
G4	Werden die erforderlichen einrichtungseigenen Bedarfslisten, bezogen auf Standard-Operationen/-Prozeduren, geführt? (Abschnitt 6.4.2.2.2.i) ⁷	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nicht anwendbar <input type="checkbox"/>

⁶ Grundsätzlich keine Behandlung von Hämophiliepatienten in der Einrichtung

⁷ Transfusionswahrscheinlichkeit von mind. 10 %, z. B. definiert durch hauseigene Daten (erforderlich für Einrichtungen mit einem operativen Leistungsspektrum).

H Immunhämatologisches Labor und/oder Blutdepot

H1 Blutdepot

H1.1 Verfügt die Einrichtung über ein eigenes Blutdepot? ja nein

Wenn ja,

H1.1a wurde von der Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung ein Leiter des Blutdepots bestellt?
(Abschnitt 6.4.2.2.2 a) ja nein

Wenn ja,

H1.1a1 hat der Leiter des Blutdepots die erforderliche Qualifikation? (Abschnitt 6.4.1.3.7) ja nein

H1.1b liegen für den Bereich des Blutdepots schriftliche Arbeitsanweisungen vor?⁸ (Abschnitt 6.4.1.2) ja nein

H2 Immunhämatologisches Labor

H2.1 Verfügt die Einrichtung über ein eigenes immunhämatologisches Labor? ja nein

Wenn ja,

H2.1a wurde von der Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung ein Leiter des immunhämatologischen Labors bestellt? (Abschnitt 6.4.2.2.2 a) ja nein

Wenn ja,

H2.1a1 hat der Leiter des immunhämatologischen Labors die erforderliche Qualifikation? (Abschnitt 6.4.1.3.6) ja nein

H2.1b liegen für den Bereich des immunhämatologischen Labors schriftliche Arbeitsanweisungen vor?⁸
(Abschnitt 6.4.2.2.2e) ja nein

⁸ Die Inhalte der Arbeitsanweisungen und deren Umsetzung müssen nicht im Detail überprüft werden; hierfür ist der Leiter des Blutdepots bzw. des Immunhämatologischen Labors verantwortlich.

I Beschaffung, Transport, Annahme und Lagerung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten

- I1 Gibt es schriftliche Anweisungen zu Beschaffung, Transport und Annahme von Blutprodukten? (Abschnitte 4.7. und 6.4.1.2) ja nein
teilweise
- I2 Gibt es eine schriftliche Anweisung zur sachgerechten Lagerung von Blutkomponenten? (Abschnitte 4.7. und 6.4.1.2) ja nein
teilweise

Gegebenenfalls Bemerkungen/ergänzende Angaben: