

A Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH)		
A1	Hat der QBH die erforderliche Qualifikation? (Abschnitt 6.4.2.2.3)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja,	
A1a	liegt der Nachweis der Qualifikation des QBH der LÄK bereits vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn nein,	
A1b	bis wann wird der Nachweis (z.B. bei Wechsel des QBH) nachgereicht?	□□.□□.□□ (TT.MM.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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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? (Abschnitte 6.4.1.3.3.1 und 6.4.2.2.2 a)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn nein,	
B2.2a.	in welchen Behandlungseinheiten wurden keine TB bestellt?	□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□
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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn nein,	
B2.3a	in welchen Behandlungseinheiten fehlt dem bestellten TB die erforderliche Qualifikation?	□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□

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 anwendbar¹
- 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
- B3.2 Gibt es in der Einrichtung ein Konzept für die Anwendung geeigneter Maßnahmen zur Optimierung des Erythrozytenvolumens, zur Minimierung von Blutungen und Blutverlusten sowie zur Erhöhung und Ausschöpfung der Anämietoleranz (Patient Blood Management)? (Abschnitt 6.4.1.3.4.2) 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? (Abschnitt 6.4.2.2.2.k)² ja nein
kein Verbesserungspotenzial

¹ 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!

² 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.

C Qualitätsmanagementsystem

- 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
- C10 Ist die Patientenaufklärung einschließlich Einwilligung für die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten sowie die ggf. notwendige nachträgliche Sicherungsaufklärung in allen Behandlungseinheiten, in denen Blutprodukte angewendet werden, geregelt? (Abschnitt 4.3) ja nein
- 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 nein
- 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 nein

D Rückverfolgungsverfahren

- D1 Sind die Kommunikationswege bei einem Rückverfolgungsverfahren nach § 19 TFG geregelt? (Abschnitt 5.4.1) ja nein

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

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

F Unerwünschte Ereignisse sowie unerwünschte Reaktionen und Nebenwirkungen		
F1	Ist in der Einrichtung ein Verfahren zur Erfassung, Behandlung und Ursachenklärung von unerwünschten Ereignissen sowie unerwünschten Reaktionen und Nebenwirkungen installiert? (Kapitel 5)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
G Verbrauchsdokumentation		
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 6.4.2.2.2)	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"/>
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 Hämophileregister?	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) ³	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht anwendbar <input type="checkbox"/>

³ 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? ja nein
(Abschnitt 6.4.2.2.2 a)

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?⁴ (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?⁴ (Abschnitt 6.4.2.2.2e) ja nein

⁴ Die Inhalte der Arbeitsanweisungen und deren Umsetzung müssen nicht im Detail überprüft werden; hierfür ist der Leiter des Blutdepots bzw. des Immunhämatologischen Labors verantwortlich.