



Frau Drendel
Ärztekammer Berlin
Abt. Fortbildung und Qualitätssicherung
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

R ü c k a n t w o r t

Qualitätsbericht Hämotherapie für das Jahr 2011

Stempel der Einrichtung: _____

Qualitätsbeauftragte/r: _____

Datum / Unterschrift: _____

Vorlage für Qualitätsbericht gem. Anhang 1 der BÄK-Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)

Für alle medizinischen Einrichtungen, ausgenommen diejenigen, für die besondere Voraussetzungen gem. Abschn. 1.6.2.1 der Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer gelten. Mit den in diesem Berichtsbogen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Name der Einrichtung

Straße

PLZ

Ort

Träger der Einrichtung

Verantwortlicher Ansprechpartner in der Geschäftsführung für o.g. Einrichtung:

Titel

Vorname

Name

E-Mail-Adresse

Qualitätsbeauftragter:

Titel

Vorname

Name

E-Mail-Adresse

Transfusionsverantwortlicher:

Titel

Vorname

Name

E-Mail-Adresse

(Datum/Unterschrift des qualitätsbeauftragten Arztes)

- Nachweis der Qualifikation des qualitätsbeauftragten Arztes liegt bei.
- Nachweis der Qualifikation des qualitätsbeauftragten Arztes liegt der ÄKB bereits vor.
- Nachweis wird (z.B. bei Wechsel des QbA) nachgereicht bis zum: . .

A Leitungsaufgaben

Transfusionsverantwortlicher

1. Wurde ein Transfusionsverantwortlicher für die Einrichtung bestellt? ja nein
2. Verfügt der Transfusionsverantwortliche über die erforderliche Qualifikation gem. der Hämo-RiLi? ja nein

Transfusionsbeauftragter

3. Über wie viele Behandlungseinheiten (transfundierende klinische Abteilungen) verfügt diese Einrichtung?
4. Wurden Transfusionsbeauftragte für alle diese Behandlungseinheiten bestellt? ja nein

Falls "nein",
in welchen Abteilungen wurden keine Transfusionsbeauftragten bestellt?

5. Haben diese die erforderlichen Qualifikationen gem. der Hämo-RiLi? ja nein
- Falls "nein",
in welchen Abteilungen fehlen die erforderlichen Qualifikationen?

Transfusionskommission (gem. § 15 TFG)

6. Wurde eine Transfusionskommission etabliert? nicht anwendbar ja nein

B QM-System

1. Ist ggf. das Qualitätsmanagementsystem "Anwendung von Blut" in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsystem gem. § 135a Abs. 2 Sozialgesetzbuch V integriert? ja nein
2. Gibt es Begehungen gemeinsam mit dem Transfusionsverantwortlichen mit anschließender Ergebnisbesprechung? ja nein
3. Haben externe Audits im Bereich Hämotherapie stattgefunden? ja nein
- Falls "ja",
hat der Qualitätsbeauftragte Hämotherapie als Ansprechpartner an diesen externen Audits mitgewirkt? ja nein

C Qualifizierung

1. Hat der Träger der Einrichtung für den Bereich der Anwendung von Blutprodukten ein einrichtungsinternes System zur Einweisung neuer Mitarbeiter etabliert? ja nein
2. Ist die Schulung der betroffenen Mitarbeiter bezüglich der transfusionsmedizinisch relevanten Inhalte in allen Abteilungen durch entsprechende Planung sichergestellt? ja nein

Falls "nein",
in welchen Abteilungen ist die Schulung nicht sichergestellt?

D Dokumentation

Qualitätsdokumente

1. Liegen den Mitarbeitern schriftliche Arbeitsanweisungen bzw. Dienstweisungen im für ihre Arbeit relevanten Umfang und dem einrichtungsinternen aktuellen Stand vor? ja nein
2. Sind den entsprechenden Mitarbeitern die "Richtlinien zur Hämotherapie" und die "Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten" in der jeweils gültigen Fassung zugänglich? ja nein

Patientenbezogene Dokumentation

3. Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass alle transfundierten Blutprodukte (Blutkomponenten, Plasmaderivate und gentechnisch hergestellte Plasmaproteine zur Behandlung von Hämostasestörungen) entsprechend § 14 TFG patientenbezogen dokumentiert werden? ja nein
4. Erfolgte eine stichprobenhafte Überprüfung durch den Qualitätsbeauftragten? ja nein
5. Wird in allen transfundierenden Abteilungen die patientenbezogene Dokumentation gemäß den Regelungen des Qualitätssicherungssystems (§ 14 TFG) umgesetzt? ja nein teilweise
6. Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass die Dokumentation entsprechend § 14 TFG aufbewahrt wird? ja nein teilweise
7. Ist in allen Abteilungen sichergestellt, dass auftretende Nebenwirkungen in der Patientenakte dokumentiert werden? ja nein teilweise

Produktbezogene Dokumentation

8. Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass alle transfundierten Blutprodukte (Blutkomponenten, Plasmaderivate und gentechnisch hergestellte Plasmaproteine zur Behandlung von Hämostasestörungen) entsprechend § 14 TFG produktbezogen dokumentiert werden? ja nein
9. Wird in allen transfundierenden Abteilungen die produktbezogene Dokumentation gemäß den Regelungen des Qualitätssicherungssystems (§ 14 TFG) umgesetzt? ja nein teilweise
10. Erfolgte eine stichprobenhafte Überprüfung durch den Qualitätsbeauftragten? ja nein
11. Ist im Qualitätssicherungssystem der Einrichtung geregelt, dass die Dokumentation entsprechend § 14 TFG aufbewahrt wird? ja nein teilweise

E Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Fehlermanagement

Vorbeugung

1. Existiert ein vom Transfusionsverantwortlichen erstelltes und vom Träger der Einrichtung abgezeichnetes Dokument, in dem Verbesserungspotenziale zur Strukturqualität zusammengefasst sind? ja nein
(Anmerkung: Entsprechende Qualitätsdefizite können als Ergebnis einer Begehung ersichtlich werden. Für die personellen und technischen Voraussetzungen zur Beseitigung der Qualitätsdefizite ist der Träger der Einrichtung verantwortlich.)
2. Existiert eine schriftliche Arbeits- bzw. Dienstanweisung zur Vermeidung von Verwechslungen und Fehltransfusionen? ja nein

Zwischenfälle und Nebenwirkungen

3. Ist in allen Fachabteilungen ein Verfahren zur Erfassung, Behandlung und Ursachenklärung von Zwischenfällen installiert? ja nein

Falls "nein",
in welchen Abteilungen fehlt es?

4. Sind die Verantwortlichkeiten bezüglich der Unterrichtungspflichten bei unerwünschten Ereignissen innerhalb der Einrichtung schriftlich geregelt? ja nein

Falls "nein",
in welchen Abteilungen sind diese nicht schriftlich geregelt?

5. Ist ein System zur Aufarbeitung entsprechender Ereignisse ausgestaltet? ja nein

F Statistik

1. Liegt eine einrichtungsinterne Statistik zum Verbrauch von Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen und Blutprodukten vor? ja nein
2. Werden Standard-Operationen/-Prozeduren (d.h. Operationen/Prozeduren mit Transfusionsbedarf) durchgeführt? ja nein
- Falls "ja", Werden (kranken-)hauseigene Bedarfslisten bezogen auf Standard-Operationen/-Prozeduren geführt? ja nein

G Überwachung und Nachsorge

1. Erfolgt die Meldung des Verbrauchs von Blutprodukten (und Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen) gemäß § 21 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut?

ja nein

Einrichtungen mit eigenem Blutdepot

2. Liegen für den Bereich des Blutdepots schriftliche Arbeitsanweisungen vor?

kein eigenes Blutdepot

ja nein

3. Werden diese schriftlichen Arbeitsanweisungen für den Bereich des Blutdepots umgesetzt?

ja nein

4. Hat der Leiter des Blutdepots die erforderlichen Qualifikationen (vgl. Abschn. 1.4.3.3 der Hämo-RiLi)?

ja nein

Einrichtungen mit eigenem immunhämatologischem Laboratorium

5. Liegen für den Bereich des immunhämatologischen Labors schriftliche Arbeitsanweisungen vor?

kein eigenes Labor

ja nein

6. Werden diese schriftlichen Arbeitsanweisungen für den Bereich des immunhämatologischen Labors umgesetzt?

ja nein

7. Hat der Leiter des immunhämatologischen Labors die erforderlichen Qualifikationen (vgl. Abschn. 1.4.3.3 der Hämo-RiLi)?

ja nein

8. Wird die Eignung der eingesetzten Verfahren zu transfusionsserologischen Untersuchungen durch entsprechende interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig überprüft und dokumentiert?

ja nein

Hinweis:

Sofern die Anschrift der/des TVA, Verantwortlichen der Geschäftsführung bzw. QbA Hämotherapie von der Einrichtungsadresse auf der S. 1 abweicht, diese bitte gesondert angeben.

Anmerkungen/Ergänzungen zum Qualitätsbericht:
