
Die Aufgaben des Internen / Externen Qualitätsbeauftragten (QB)



Deutsche Gesellschaft für
Transfusionsmedizin und
Immunhämatologie (DGTI)

Berufsverband
Deutscher
Transfusionsmediziner



Kursus für Klinische Hämotherapie

Eine gemeinsame Veranstaltung von BDT, DGTI, GTH, DGHO & DGAI.

Der Qualitätsbeauftragte (QB)

- **Ein Exkurs über Qualität**
- Gesetzlicher Hintergrund
- Aufgaben des QB
- Extern oder intern?

Qualität

„Qualität ist das, was ein Ding zu dem macht, was es ist“ (Demokrit, 460 v. Chr.)

Qualität
ist, wenn
die Kunden
zurückkommen ...

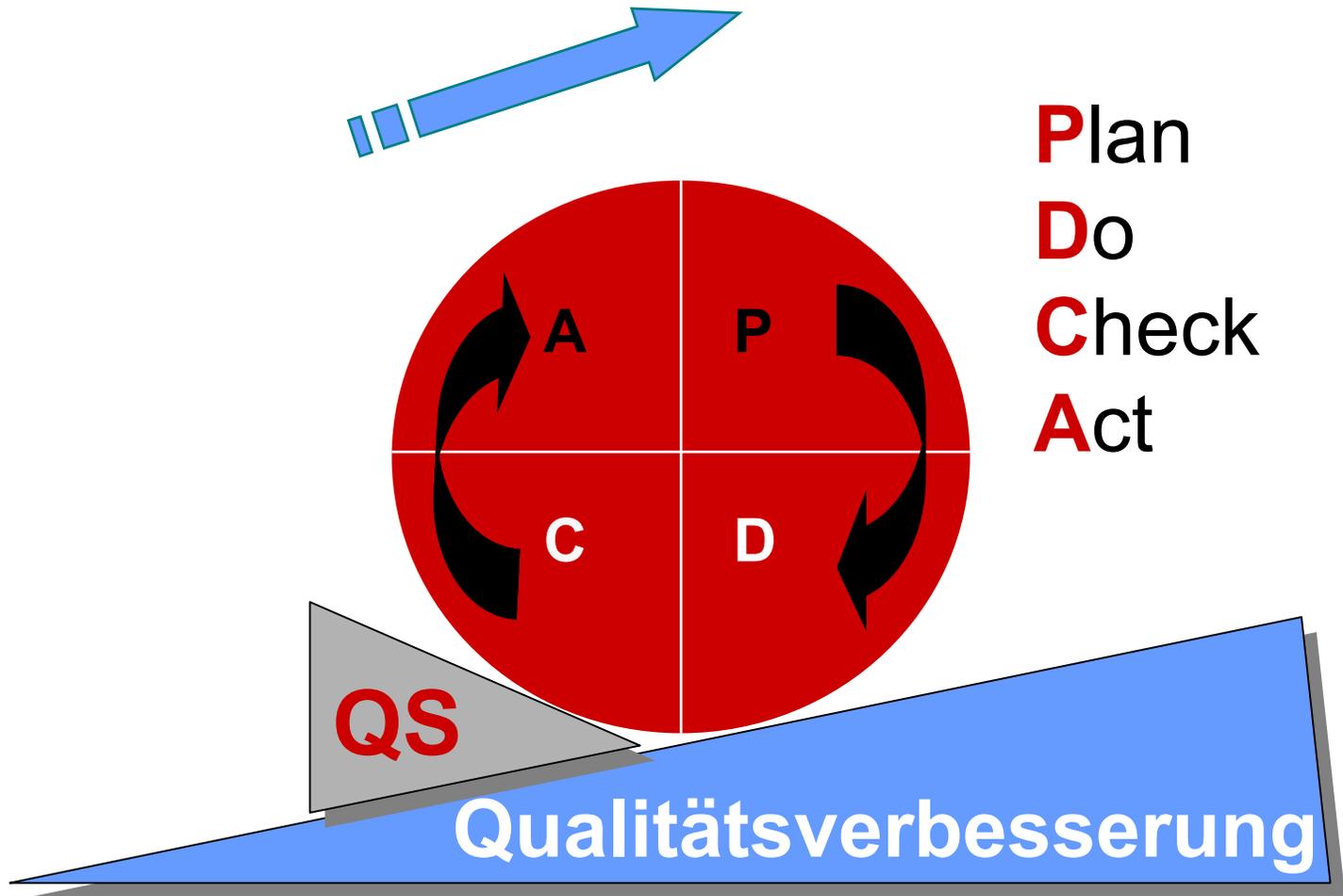
... und
nicht die
Ware!

Die Gesamtheit aller Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. (DIN EN ISO 8402)

Qualitätsmanagement

Gesamtheit der Maßnahmen zur
Planung, Steuerung und Überwachung
des betrieblichen Leistungsprozesses

Deming-Zyklus (PDCA-Zyklus)



Der Qualitätsbeauftragte (QB)

- Ein Exkurs über Qualität
- **Gesetzlicher Hintergrund**
- Aufgaben des QB
- Extern oder intern?

Gesetzliche Grundlagen des QM

Eine Vielzahl von Gesetzen und anderen Vorgaben fordert Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (SGB 5, Krankenhausgesetz, Heilberufegesetz, Ärztl. Berufsordnung)

Wir beschränken uns im Folgenden auf das QM in der Hämotherapie

§15 Transfusionsgesetz (TFG von 1998)

„Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, haben ein **System der Qualitätssicherung** für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten.“

Einrichtungen = Praxen, Krankenhäuser, Reha-Kliniken,

§18 Transfusionsgesetz (TFG)

„Die Bundesärztekammer stellt....in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand.....insbesondere für...

Die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten in den Einrichtungen der Krankenversorgung und ihre **Überwachung durch die Ärzteschaft ... fest**“

Der Qualitätsbeauftragte „2000“

Der Qualitätsbeauftragte wird erstmals in den Hämotherapie Richtlinien von 2000 erwähnt.

Aufgaben und Qualifikation werden auf einer halben Textseite knapp skizziert.

1.6 Überwachung des Qualitätssicherungssystems (RiLi 2000)

„Der Ärzteschaft obliegt die **Überwachung des Qualitätssicherungssystems** bei der Anwendung von Blutprodukten. Dazu setzen die Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutkomponenten anwenden, eine **approbierte ärztliche Person** als Qualitätsbeauftragten ein, die in dieser Funktion **weisungsunabhängig** ist und eine der Aufgabe entsprechende Kompetenz und Qualifikation besitzt,...“

1.6 Überwachung des Qualitätssicherungssystems (RiLi 2000)

- ...Kurs Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement der BÄK
- ...nicht gleichzeitig TV/TB...Ausnahme ambulante Krankenversorgung ...
- ...Erstmals bis spätestens 31.12.2001 Bericht an LÄK

Der Qualitätsbeauftragte „2005“

Mit der Gesamtnovelle der Hämotherapie Richtlinien von 2005 werden die Vorgaben zur Überwachung des Qualitätssicherungssystems (RiLi 1.6) neu geregelt.

Jetzt auf 4 ½ Seiten!

Davon 1 ½ Seiten (im Anhang) über die Aufgaben des QB!

Richtlinien Hämotherapie

(am 7.11.2005 durch Veröffentlichung im Banz. in Kraft getreten)

- **1 Allgemeines (v.a. Organisation)**
- 2 Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen
- 3 Herstellung, Lagerung und Transport von Blutprodukten
- 4 Anwendung von Blutprodukten
- **A1 Anhang**

Ziele und Aufgaben

„ ... Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden, müssen funktionierende QS-Systeme entsprechend Art und Umfang der durchgeführten Tätigkeiten betreiben, damit alle Produkte und Leistungen größtmögliche Sicherheit und Nutzen haben.“

(Richtlinien Hämotherapie 1.4.1)

Der Umfang der Überwachung des QS-Systems ist abhängig von der Größe der Einrichtung

„Einzelkämpferregelung“ [1.6.2.1]:

Qualitätsbeauftragter nicht nötig, wenn gilt:

- Außer Erythrozytenkonzentraten (EK) werden keine weiteren Blutkomponenten oder Plasmaderivate für die **Behandlung von Hämostasestörungen** angewendet
- Anzahl jährlich transfundierter Erythrozytenkonzentrate (EK) weniger als 50
- Anwendung ausschließlich durch ärztlichen Leiter der Einrichtung
- Transfusionen regelmäßig nur bei einem Patienten gleichzeitig

d.h. nur in diesem Sonderfall (z.B. Einzelpraxis) ist QB = TV

Ziele und Aufgaben

„ ... Das Erreichen der Qualitätsziele auf der Grundlage dieser Richtlinien und deren Einhaltung muss durch **regelmäßiges Überprüfen aller Abläufe, Leistungen und Produkte anhand von definierten Qualitätskriterien** kontrolliert und mithilfe geeigneter Steuerungsmaßnahmen sichergestellt werden.“

(Richtlinien Hämotherapie 1.4.1)

Ärztekammer

Einrichtung der Krankenversorgung

Träger der Einrichtung

Transfusionsverantwortlicher

Qualitätsbeauftragter

Transfusionsbeauftragter
(z. B. Anästhesie)

Transfusionsbeauftragter
(z. B. Innere Medizin)

Transfusionsbeauftragter
(z. B. Chirurgie)

Personen mit Beteiligung an Hämotherapie (Ärzte, Pflegekräfte, weitere Personen)

Qualitätssicherungssystem

- Überwachung obliegt der Ärzteschaft
- Der Träger einer Einrichtung benennt im Benehmen mit der zuständigen Ärztekammer einen ärztlichen Ansprechpartner (**Qualitätsbeauftragter QB**)
- D.h. der Qualitätsbeauftragte wird der ÄK namentlich benannt
- Nicht gleichzeitig TV oder TB
- QB muss Nachweis der Qualifikation erbringen
- Extern möglich, jedoch Interessenkonflikt ausschließen

(Richtlinien Hämotherapie 1.6)

Qualitätsbeauftragter (Qualifikation)

- Approbation als Arzt (3 Jahre tätig)
- Zusatzbezeichnung
„Ärztliches Qualitätsmanagement“
oder
40 h theoretische ÄK-Fortbildung
„Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“
- Qualifikation war mit Fristsetzung zum
Nov 2007 zu erwerben (kein Besitzstand)

(Richtlinien Hämotherapie 1.6.3)

Der Qualitätsbeauftragte (QB)

- Ein Exkurs über Qualität
- Gesetzlicher Hintergrund
- **Aufgaben des QB**
- Extern oder intern?

Qualitätsbeauftragter (Aufgaben)

- Überprüfung der wesentlichen Bestandteile des QS Systems
- Sendet jährlich bis zum 1. März einen **Bericht** über die Ergebnisse der Überprüfung (Vorjahr) an **Ärztekammer und Träger der Einrichtung**

(Richtlinien Hämotherapie 1.6.2)



BUNDESÄRZTEKAMMER

(ARBEITSGEMEINSCHAFT DER DEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN)

Handreichung für Qualitätsbeauftragte



Nach dem Transfusionsgesetz (§ 15) müssen **stationäre und ambulante Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, ein Qualitätssicherungssystem entwickeln**. Die Überwachung dieses Qualitätssicherungssystem obliegt der Ärzteschaft. In den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ wurde festgelegt (vgl. Abschnitt 1.6), dass Einrichtungen der Krankenversorgung, die **Blutkomponenten** (d.h. zelluläre Blutprodukte wie Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate und therapeutisches Frischplasma) anwenden, eine approbierte ärztliche Person als **Qualitätsbeauftragten** einsetzen müssen, der die Überwachung des Qualitätssicherungssystems bei der Anwendung von

Aufgaben des Qualitätsbeauftragten

4. Liegen den Mitarbeitern die sie betreffenden Anteile des QM ja nein

Handbuches in aktueller Fassung vor?

5. Liegen Fachinformationen, Richtlinien und Leitlinien ¹¹ für die Mitarbeiter ja nein

zugänglich vor?

6. Wurden Transfusionsbeauftragte für die transfundierenden ja nein

Behandlungseinheiten (klinische Abteilungen) benannt?*

7. Ist die Schulung der Mitarbeiter bezüglich der transfusionsmedizinisch ja nein

relevanten Inhalte sichergestellt?

8. Sind Arbeitsvorschriften zur Anwendung von Blutprodukten ja nein

entsprechend den „Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und

Plasmaderivaten ¹⁰“ der Bundesärztekammer vorhanden?

Beispiel für einen Selbstinspektionsbogen
zur Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten (ambulant/stationär)
- Zum Verbleib in der Einrichtung²-

entsprechend dem Transfusionsgesetz sowie den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“³
(1.6. Überwachung des Qualitätssicherungssystems)

Die Einrichtung wendet Blutkomponenten⁴ an ja nein
(Nachweis an LÄK nur bei Anwendung von Blutkomponenten erforderlich)

Weitere transfusionsmedizinische Tätigkeitsfelder der Einrichtung:

Blutdepot

Blutgruppenserologisches Laboratorium

Qualitätsbeauftragter der Einrichtung _____
(Name)

Transfusionsverantwortlicher _____
(Name)

Qualifikation 16 Std. Kurs LÄK + 4 wöchige Hospitation⁵
sonst. Qualifikation⁶
Hinzuziehen von externem Sachverstand⁷

Berichtspflichten des Qualitätsbeauftragten

Der Qualitätsbeauftragte sendet

1. einmalig an die zuständige Landesärztekammer:
seinen **Qualifikations-Nachweis**

2. jährlich (bis zum 1. März) für das Vorjahr zeitgleich
an die zuständige Landesärztekammer
und an den Träger der Einrichtung:

Bericht über die Ergebnisse seiner Überprüfungen

Der Bericht sollte sich orientieren am Anhang A1 der Richtlinie.
(siehe auch Vorlage auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein)

Musterberichtsbogen des BDT

Ergebnisbericht der Überprüfung wesentlicher Bestandteile des Qualitätssicherungssystems im Bereich der Anwendung von Blutprodukten

(nach 1.6.2. der Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie), Gesamtnovelle 2005)¹

- Zur Vorlage bei der zuständigen Ärztekammer und dem Träger der Einrichtung -

Bezeichnung der Einrichtung: _____

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie: _____

Transfusionsverantwortlicher: _____

ggf. Leiter des immunhämatologischen Labors: _____

ggf. Leiter des Blutdepots: _____

A. Überprüfung der Organisationsstrukturen

| | | | |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Wurden vom Träger der Einrichtung ein Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragte/r, ggf. ein Leiter des Blutdepots sowie ggf. ein Leiter des immunhämatologischen Labors bestellt und besitzen diese die erforderliche Qualifikation? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. | Wurde eine Transfusionskommission entsprechend § 15 Transfusionsgesetz (TFG) etabliert? ² | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. | Liegen den entsprechenden Mitarbeitern schriftliche Arbeitsanweisungen bzw. Dienstweisungen in dem für ihre Arbeit relevantem Umfang vor und sind diese auf dem jeweils einrichtungsintern aktuellen Stand? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. | Sind die Richtlinien zur Hämotherapie ² und die Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten ² in der jeweils gültigen Fassung den entsprechenden Mitarbeiter zugänglich? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wurde vom Träger der Einrichtung für den Bereich der Anwendung von Blutprodukten ein einrichtungsinternes System zur Einweisung neuer Mitarbeiter in deren Aufgaben etabliert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. | Existiert eine schriftliche Arbeits- bzw. Dienstweisung zur Vermeidung von Verwechslungen und Fehltransfusionen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. | Existiert ein vom Transfusionsverantwortlichen erstelltes und dem Träger der Einrichtung zur Kenntnis gegebenes Schriftstück (z.B. Liste), in dem Verbesserungspotentiale zur Strukturqualität zusammengefasst sind? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. | Liegt eine einrichtungsinterne Statistik zum Verbrauch von Blutprodukten und ggf. gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen vor? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. | Liegen krankenhauseigene Bedarfslisten bezogen auf „Standardoperationen/-prozeduren“ vor? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Für Einrichtungen mit blutgruppenserologischem Laboratorium und/oder Blutdepot

| | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 10. | Liegen für den Bereich des blutgruppenserologischen Labors und/oder des Blutdepots schriftliche Arbeitsanweisungen vor und sind diese umgesetzt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|

B. Überprüfung der Dokumentation

| | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 11. | Wurde stichprobenartig überprüft, ob die Anwendung von Blutprodukten neben der chargenbezogenen Dokumentation auch patientenbezogen dokumentiert wird? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|

C. Überprüfung der Meldepflichten

| | | | |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 12. | Ist die jährliche Meldung des Verbrauches von Blutprodukten und von gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen gemäß § 21 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut erfolgt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|

Ort _____ Datum _____

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

¹ BAnz Nr. 209a/2005 vom 05.11.2005 (Pkt. 1.6. Überwachung des Qualitätssicherungssystems der Anwendung von Blutprodukten)

² Nach 1.4.3 der Richtlinien Hämotherapie bzw. Übergangsvorschriften nach 1.5.8 Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie), Gesamtnovelle 2005

³ Diese Frage ist nur von Einrichtungen der Krankenversorgung mit Akutversorgung, mit Spendeinrichtung (auch Eigenblut) oder mit einem Institut für Transfusionsmedizin zu beantworten

⁴ herausgegeben vom Vorstand und Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer

Aufgaben des QB

Ziel ist die Implementierung eines gelebten PDCA-Zyklus* auch hinsichtlich der Umsetzung der Richtlinien zur Hämotherapie.

* **P**lan **D**o **C**heck **A**ct

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB - Struktur (1)

- Überprüfung, der Bestellung und Qualifikationen von TV, TB, ggf. Leiter eines Blutdepots, ggf. Leiter eines immunhämatologischen Labors.
- Überprüfung, ob eine Transfusionskommission gemäß § 15 TFG gebildet wurde.

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB - Struktur (2)

- **Überprüfung**

- Schriftliche Arbeits- bzw. Dienstanweisung zur Vermeidung von Verwechslungen und Fehltransfusionen vorhanden?
- Berichtsanzfertigung über die Ausgestaltung eines Systems zur Aufarbeitung entsprechender Ereignisse?

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB – Struktur (3)

- **Überprüfung**

- Schriftliche Arbeitsanweisungen für blutgruppen-serologisches Labor und/oder Blutdepot vorliegend und umgesetzt?

(Die Inhalte der Arbeitsanweisungen und deren Umsetzung müssen nicht im Detail überprüft werden, hierfür ist der Leiter des blutgruppenserologischen Labors verantwortlich).

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB – Struktur (4)

- **Überprüfung**

- Liegen den Mitarbeitern schriftliche Arbeitsanweisungen bzw. Dienstanweisungen in dem für ihre Arbeit relevanten Umfang vor?
- Auf dem einrichtungsintern aktuellen Stand?
- „Richtlinien zur Hämotherapie“ und „Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ aktuell und zugänglich?

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB – Statistik

•Überprüfung

- Liegt eine einrichtungsinterne Statistik zum Verbrauch von Blutprodukte/Plasmaproteinen vor?
- Werden krankenhauseigene Bedarfslisten bezogen auf „Standardoperationen/ Standardprozeduren“ geführt?
- Meldung des Verbrauchs von Blutprodukten (und Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen) gemäß § 21 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut erfolgt?

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB - Schulung

- **Überprüfung**

- Einrichtungsinternes System zur Einweisung neuer Mitarbeiter etabliert?

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB - PDCA

• Überprüfung

- Vom Transfusionsverantwortlichen erstellte und vom Träger der Einrichtung abgezeichnete Liste vorhanden, in der Verbesserungspotenziale zur Strukturqualität zusammengefasst sind?

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Aufgaben des QB - Durchführung

- Stichprobenhafte Überprüfung, ob die Anwendung von Blutprodukten neben der chargenbezogenen Dokumentation auch patientenbezogen dokumentiert wird.
- Ggf. Integration des Qualitätsmanagementsystems „Anwendung Blut“ in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsystem gemäß § 135a Abs. 2 SGB V.
- Durchführung von Begehungen gemeinsam mit dem Transfusionsverantwortlichen und jeweils anschließender Ergebnisbesprechung.
- Ansprechpartner bei externen Audits (falls diese durchgeführt werden).

(Richtlinien Hämotherapie Anhang A.1)

Besondere Voraussetzungen (z.B. Arztpraxis)

- Der Umfang der Überwachung des QS-Systems ist abhängig von der Größe der Einrichtung
- Keinen QB benennen wenn:
 - < 50 EK p.a. transfundiert werden
 - Transfusion ausschließlich durch ärztlichen Leiter der Einrichtung durchgeführt
 - Keine anderen Blutkomponenten oder Plasmaderivate transfundiert werden
 - jeweils nur ein Patient transfundiert wird
 - alle Prozess-Schritte in der Verantwortung des ärztlichen Leiters
- Dann nur:
 - Nachweis der Qualifikation, Einsendung der SOP mit der Selbstverpflichtung, Nachweis der Verbrauchsmeldung nach §21 TFG

(Richtlinien Hämotherapie 1.6.2.1)

Aufgaben der Landesärztekammern (LÄK):

1.6.4 Aufgaben der Ärztekammern

Die zuständige Ärztekammer unterstützt den **Qualitäts**beauftragten bei seiner Aufgabenwahrnehmung nach diesen Richtlinien und kann die Durchführung externer Audits anbieten.

Werden der Ärztekammer Mängel bei der Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten zur Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) bekannt, **wirkt** sie gegenüber dem Träger der Einrichtung auf die Beseitigung dieser Mängel **hin**.⁸⁾

8) Protokollnotiz: Die Richtliniengeber verstehen unter „**hinwirken**“ folgende Informationspflichten zwischen Trägereinrichtungen und Ärztekammern:

1. Werden der Ärztekammer Mängel bei der Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten zur Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) bekannt, unterrichtet sie den Träger der Einrichtung und den Qualitätsbeauftragten über diese Mängel.
2. Die Ärztekammer lässt sich durch den Träger darüber unterrichten, wie diese Mängel behoben werden und
3. die Ärztekammer lässt sich die Mängelbeseitigung bestätigen.

Der Qualitätsbeauftragte (QB)

- Ein Exkurs über Qualität
- Gesetzlicher Hintergrund
- Aufgaben des QB
- **Extern oder intern?**

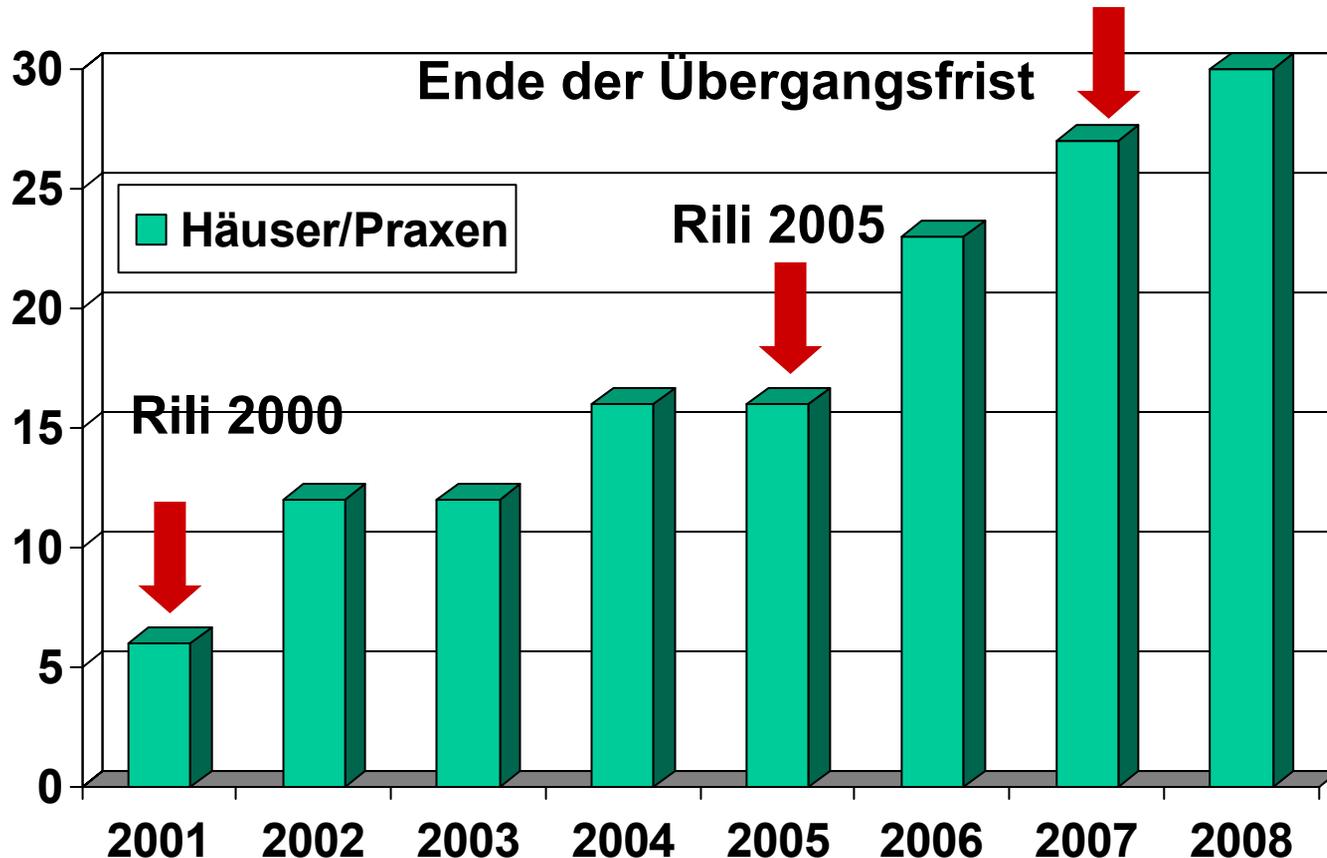
QB extern oder intern?

- Die Aufgaben des Qualitätsbeauftragten können auch durch die Heranziehung von **externem, ärztlichen, entsprechend qualifiziertem Sachverstand** gewährleistet werden. Die Zuständigkeit und Aufgaben müssen vertraglich festgelegt und Interessenskonflikte ausgeschlossen sein.
- Der Qualitätsbeauftragte hat die wesentlichen Bestandteile des Qualitätssicherungssystems der Einrichtung im Bereich der Anwendung von Blutprodukten zu überprüfen.
- In der Erfüllung der Aufgabe darf „extern/intern“ keinen Unterschied machen

Wahrnehmung des externen QB durch den BSD West

- seit 2001
- derzeit für 26 Krankenhäuser mit durchschnittlich 298 Betten (102 – 765)
- und 4 Arztpraxen
- 3 Krankenhäuser haben wieder internen QB
- 1 Krankenhaus wird mittlerweile anderweitig, aber ebenfalls extern versorgt

Wahrnehmung der Funktion als externer QB durch den BSD-West



Aufwand

- Anfangs Unterstützung in der Erstellung eines QM-Systems
- Zeitbedarf dabei bis zu 12 Stunden
- In der Folgezeit lediglich Kontrolltätigkeit, 3-4 Stunden

Zum Vorgehen als externer QB (I)

- QM-Handbuch im Vorfeld schicken lassen
 - Daran sind wesentliche Bestandteile der Strukturqualität erkennbar
 - Grundlage zur Vorbereitung des Erstaudits
- Für Erstaudit genügend Zeit einplanen, da dies immer erhöhten Zeitbedarf hat

Zum Vorgehen als externer QB (II)

- Wenn möglich, Konservendaten zur Rückverfolgung mitbringen (vom BSD)
- Kompletten Ablauf anhand einzelner Konserven verfolgen z. B.:
 - Rückverfolgbarkeit
 - Dokumentation
 - Aufklärung
 - Indikation

Zum Vorgehen als externer QB (III)

- Besuch auf mehr als einer Station
- Aktuelle Akten einsehen
- Wer wurde heute transfundiert?
 - Bedsidetest
 - Wo ist die Konserve?
 - Aufklärung
 - Indikation
 - Dokumentation

Zum Vorgehen als externer QB (IV)

- Unterlagen vorlegen lassen und einsehen
- Personal befragen
 - Wo ist der Transfusionsordner?
 - Was machen Sie wenn?
 - Wer hat Sie eingewiesen?

„Knackpunkte“ für den externen QB

- Vertragliche Gestaltung
- Terminvereinbarungen
- Kompetenzen TV / QB klar abgrenzen
- Unabhängigkeit wahren