

## Erklärung zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie für 2024

An die  
Landesärztekammer Thüringen  
Qualitätssicherung  
Sylvia Geiling  
Im Semmicht 33  
07751 Jena

(Selbstverpflichtungs-) Erklärung für alle medizinischen Einrichtungen der Krankenversorgung, in denen die besonderen Voraussetzungen gemäß Abs. 6.4.2.3.1 der Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer vorliegen (d.h. alle medizinischen Einrichtungen der Krankenversorgung, bei denen auf die Benennung eines Qualitätsbeauftragten Hämotherapie (QBH) verzichtet werden kann). Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind - auch wenn sie nur in einer Form auftreten - gleichwertig alle Geschlechter gemeint.

Name der Einrichtung

---

---

Adresse der Einrichtung

---

---

Träger der Einrichtung

---

### **Für Einrichtungen, in denen besondere Voraussetzungen vorliegen gem. 6.4.2.3.1 Hämotherapie-Richtlinie**

Hiermit versichere ich, dass meine/unsere Einrichtung im oben genannten Jahr **alle** Voraussetzungen für Einrichtungen, in denen besondere Bedingungen vorliegen gem. Kapitel 6.4.2.3.1 der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) (Gesamtnovelle 2023) erfüllt hat.

#### **In der Einrichtung der Krankenversorgung werden:**

- jährlich weniger als 50 Erythrozyten-konzentrate transfundiert
- und**
- keine Blutprodukte oder Plasmaderivate zur Behandlung von Hämostasestörungen angewendet
- und**
- regelmäßig nur einem Patienten zum selben Zeitpunkt Erythrozytenkonzentrate transfundiert.

#### **Ihre Ansprechpartnerin in der Landesärztekammer Thüringen ist:**

Sylvia Geiling, Tel.: 03641 614-212, E-Mail: [qs@laek-thueringen.de](mailto:qs@laek-thueringen.de)

Kapitel- bzw. Abschnittangaben beziehen sich auf die Richtlinie Hämotherapie (Gesamtnovelle 2023):



**Transfusionsverantwortlicher Arzt:**

Titel

Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

**Änderungen der vorstehenden Angaben werde ich unverzüglich der Landesärztekammer Thüringen mitteilen.**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

**Die Teilnahmebescheinigung über eine anerkannte 16-stündige Fortbildung (Kurs A und B) sowie eine Bestätigung über eine **zweiwöchige Hospitation** (in einer zur Weiterbildung für Transfusionsmedizin zugelassenen Einrichtung)**

- liegen diesem Schreiben bei.                       liegen der LÄK Thüringen seit dem Jahr \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ bereits vor.
- In der oben genannten Einrichtung gelten die in Hämotherapie-Richtlinien unter Abschnitt 6.4.2.3.1 besonderen Voraussetzungen. (Der oben geforderte Nachweis über eine anerkannte zweiwöchige Hospitation entfällt hiermit.)
- Ich bin Facharzt für Transfusionsmedizin / Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Bluttransfusionswesen“ und besitze die in den Hämotherapie-Richtlinien unter Abschnitt 6.4.1.3.2.3 a/ b geforderten Qualifikationen. (Der oben geforderte Nachweis über eine anerkannte 16-stündige Fortbildung und zweiwöchige Hospitation entfällt hiermit.)

**Eine von mir unterschriebene Arbeitsanweisung zur Erythrozytentransfusion**

- liegt diesem Schreiben bei.                       liegt der LÄK Thüringen seit dem Jahr \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ bereits vor.
- liegt diesem Schreiben in aktualisierter Form bei.

**Beleg der Meldung nach § 21 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut über den Verbrauch an Blutprodukten für das vorangegangene Kalenderjahr**

- liegt diesem Schreiben bei.
- wurde der Landesärztekammer Thüringen bereits vorgelegt  
per Schreiben vom: \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (TT. MM. JJJJ)

Ich versichere, dass in der von mir betreute Einrichtung bei der Anwendung von Blutprodukten ein Qualitätssystem angewandt wird, das den in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) in der aktuell gültigen Fassung, gestellten Anforderungen entspricht.

Ich bin Facharzt und besitze die in den Hämotherapie-Richtlinien unter Abschnitt 6.4.1.3.2.3 f geforderten Qualifikationen.

\_\_\_\_\_  
**Datum / Unterschrift des transfusionsverantwortlichen Arztes**