

Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ



Meldung über:

IAKH Fehlerregister

CIRSmEdical AINS
von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Kühlschrank für Blutkonserven versehentlich ausgeschaltet
Fall-ID	CM-271739-2025
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Kühlschrank für Blutkonserven wurde versehentlich ausgeschaltet. Alle im Kühlschrank befindlichen Blutkonserven (4 Stück) waren erwärmt und nicht mehr verwendungsfähig und mussten verworfen/entsorgt werden.</p> <p>Gründe für das Ereignis liegen einerseits im Personal, welches die Blutkonserven aus dem Kühlschrank abholt und nicht ausreichend eingewiesen war, andererseits steht der Blutkonservenkühlschrank an einem nicht optimalen Standort in einem Abstellraum außerhalb der Station.</p> <p>Es kam kein Patient zu Schaden.</p> <p>Ein Faktor, der zu dem Ereignis beitrug, ist die Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe, etc.)</p> <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>
Problem	<p>Der Betrieb eines Blutkühlschranks entspricht einem Subdepot und erfordert spezielle Erfordernisse. Dazu gehört die Ausstattung des speziellen, für die Blutlagerung geeigneten Kühlschranks mit einem Temperaturalarm. Dieser ist akkubetrieben und funktioniert auch bei Stromausfall. Zusätzlich sollte der Gerätealarm an einer 24/7 besetzten Stelle auflaufen und beantwortet werden.</p> <p>Dass hier ein Kühlschrank im Abstellraum versehentlich ausgeschaltet wurde, ist nicht das Problem. Dass er vermutlich nicht dafür geeignet und ordnungsgemäß mit einer Alarmvorrichtung ausgestattet war, ist hingegen eine strukturelle Voraussetzung für den Betrieb eines Subdepots. Die Zwischenlagerung von EKs in einem nicht dafür geeigneten Kühlschrank ist unzulässig, auch wenn der Kühlschrank im Stationszimmer (und nicht wie hier außerhalb der Station) aufgestellt wäre.</p> <p>Zu den Anforderungen an einen Blutkühlschrank gehört zudem, dass die Temperaturlaufzeichnung kontinuierlich aufgezeichnet und (digital) archiviert wird.</p>

	Der unnötige Verwurf von Blutkonserven ist aus ethischen und infrastrukturellen Gründen (Spender-Mangel?) unbedingt zu vermeiden. Die Strukturmängel müssten dem QB Hämotherapie bekannt sein und im jährlichen Qualitätsbericht der LÄK gemeldet werden.
Prozesseilschritt*	4 - Fehler im Bereich Handhabung und Lagerung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Abstellraum außerhalb der Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	B
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	1/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung – alle Ärzte: Blutspenden, Versorgungsmangel, spendebedingte Risiken und ethische Verpflichtungen für die Verwendung von Blutkonserven 2. M&M-Konferenz

	<p>3. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <p>1. QBH, TV, QM, Depotleiter: Überprüfung des verwendeten Kühlgeräts und der ordnungsgemäßen Alarmvorrichtungen und eventuell Neubeschaffung oder Abschaffung des Subdepots</p>
--	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	QM	Qualitätsmanagement
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	TV	Transfusionsverantwortliche/r
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie		

*** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor
4. Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung
5. Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
6. Hämostasemanagement
7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000
2/5	gering/ selten max. 1/10 000
3/5	mittel häufig max. 1/1000
4/5	häufig, min. 1/100
5/5	sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden