

Die APS-Never-Event-Liste

Schützt vor Schaden und schwerwiegenden Ereignissen, die nicht passieren dürfen



INHALT

Vorwort	3
Die Rationale der APS-Never-Event-Liste	4
Definition und Ermittlung	5
Präzisierung der definierten APS-Never-Events	
• im Zusammenhang mit operativen Prozeduren	7
• im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation	8
• im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess	9
• aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler	10
ANLAGE ZUR APS-NEVER-EVENT-LISTE:	
Ausschlusskriterien bestehender SREs und NHS Never Events nach Expertenkonsens der EG Never Events	11
IMPRESSUM	14
KOMMENTIERUNG	14

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist ein schmaler Grat zwischen dem ehrlichen Anerkennen, dass Fehler in der gesundheitlichen Versorgung niemals vollständig unterbunden werden können, und dem kompromisslosen Einsatz für Patientensicherheit. Mit dieser Handlungsempfehlung wollen wir auf eindeutig definierte und besonders relevante Ereignisse, die NEVER EVENTS hinweisen, die als vermeidbar gelten und heute nicht mehr passieren dürfen. Im Vorstand des APS ist uns bewusst, dass, wo immer Menschen arbeiten, es auch zu Fehlern kommen kann. Andererseits sind wir der festen Überzeugung, dass die Einrichtungen in der Verantwortung stehen, alles in ihrer Macht Stehende zu unternehmen, um die hier aufgeführten unerwünschten Ereignisse zu verhindern.

Was bedeutet das ganz praktisch?

Das Auftreten eines Ereignisses von der nun veröffentlichten Liste muss immer als Anzeichen dafür gesehen werden, dass die Sicherheitsbarrieren zur Verhinderung von Patientenschäden in der betreffenden Einrichtung nicht lückenlos greifen. Damit einher geht der Anspruch, dass jedes aufgetretene Never-Event immer mit allem Nachdruck aufgearbeitet wird, um die systemischen Ursachen zu verstehen und für die Zukunft wirksame Präventionsmaßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Hierzu hat das APS bereits eine Anleitung zur Durchführung einer Fallanalyse veröffentlicht. Noch wichtiger als die Zahl der absolut auftretenden Fälle ist demnach die Reaktion der Einrichtungen auf diese Vorkommnisse. Nach unserer Auffassung sind genauso auch die Passagen im Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO zu lesen, der ebenfalls das Instrument von nationalen Listen an schwerwiegenden patientensicherheitsrelevanten Ereignissen (Sentinel Events) beinhaltet.

Mit der nun vorliegenden Never-Event-Liste wollen wir ein Lerninstrument für eine ausgeprägte Sicherheitskultur schaffen, in der alle Beteiligten gemeinsam daran arbeiten, dass Risiken identifiziert und bestmöglich beherrscht werden. Dafür den Weg zu ebnen, ist das Anliegen des APS auch mit der Veröffentlichung der vorliegenden Liste.

Berlin, im September 2023



Dr. Ruth Hecker

Vorsitzende

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

DIE RATIONALE DER APS-NEVER-EVENT-LISTE

Die Expertengruppe (EG) „Never Events“ wurde vom Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) eingesetzt. Ziel dieser Expertengruppe war die Entwicklung einer Liste mit Ereignissen, die durch systemische Sicherheitsbarrieren sicher verhindert werden können. Dieser erste Schritt ist die Grundlage für eine APS Präventionsliste, die im Folgenden durch eine oder mehrere Arbeitsgruppen des APS inhaltlich ausgestaltet werden soll.

Ausgangspunkt dieser Überlegungen war die folgende Anforderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: „Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt.“

Dass „alle Risiken“ erkannt werden, ist ein nicht erreichbares Ziel! Nicht zuletzt belegen dies die immer wieder neu auftretenden Konstellationen in Haftpflichtfällen. Das Ergebnis der Arbeit dieser Expertengruppe soll die Fokussierung des klinischen Risikomanagements auf gravierende, prinzipiell verhinderbare Patientensicherheitsprobleme unterstützen und damit Schäden von Patienten fernhalten.

DEFINITION UND ERMITTLUNG

Auf nationaler und internationaler Ebene wird im Allgemeinen von Never-Events gesprochen.

Never-Events sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auftreten und folgende Kriterien erfüllen:

- a) Never-Events gelten als verhinderbar, wenn Sicherheitsbarrieren einrichtungsspezifisch wirksam implementiert sind.
- b) Sie können zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tod führen. Ein schwerwiegender Schaden muss nicht eingetreten sein, damit das Ereignis als Never-Event eingestuft wird.
- c) Sie sind eindeutig identifizierbar.

In der vorherigen Version wurde die Handlungsempfehlung als APS-SEVer-Liste publiziert. SEVer bedeutet Schwerwiegende Ereignisse, die wir sicher verhindern wollen.

Im Mai 2023 hat der APS-Vorstand entschieden die bisherige SEVer-Liste gegen die internationale Bezeichnung Never-Event umzubenennen. Die Intention zu dieser Handlungsempfehlung bleibt aber gleich: Kommunikation und Information zu schwerwiegenden Ereignissen, die als vermeidbar gelten, um diese zu verhindern.

APS-Never-Events im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

1. Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.
2. Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle
3. Künstliche Befruchtung mit falscher Samen- und/oder Ei-Zelle
4. Unentdeckte ösophageale Intubation

APS-Never-Events im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:

5. Fehlapplikation eines Medikamentes auf eine der folgenden Arten:
 - 5.1. Intrathekale Gabe eines intravenös zu applizierenden Chemotherapeutikums
 - 5.2. Parenterale Gabe eines enteral/oral zu verabreichenden Medikamentes
 - 5.3. Intravenöse Gabe eines epidural zu verabreichenden Medikamentes
 - 5.4. Intraarterielle Gabe eines intravenös zu applizierenden Medikamentes
6. Irrtümliche intravenöse Gabe einer hochkonzentrierten Kaliumchloridlösung anstelle der verordneten Medikation

7. Insulinüberdosis die aufgrund von fehlerhaft durchgeführter Applikation entsteht:
 - 7.1. Verabreichung des Insulins über eine Spritze, die keine Insulin-spezifische Markierung enthält
 - 7.2. Abziehen von Insulin aus einem Insulin-Pen und Verabreichung über eine Spritze
8. Überdosierung von Methotrexat für die nicht-onkologische Patientenversorgung (z.B. tägliche statt wöchentlicher Gabe)
9. Verwendung eines kontaminierten Arzneimittels oder Biologikums, dessen Kontamination in der Gesundheitseinrichtung erfolgt ist
10. Fehltransfusion eines ABO-inkompatiblen Blutproduktes. Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen. Die Inkompatibilität muss dabei klinisch relevant sein.

APS-Never-Events im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess:

11. Beschickung einer Naso-/Orogastralsonde, deren Fehllage nicht ausgeschlossen wurde
12. Luftembolie im Rahmen der Behandlung
13. Verbrennung oder Verbrühung, die im Behandlungs- oder Pflegeprozess entsteht
14. Unsachgemäße freiheitsentziehende Maßnahmen im Behandlungs- oder Pflegeprozess
15. Unangemessene Versorgung mit Sauerstoff eines erkannt sauerstoffpflichtigen Patienten

APS-Never-Events aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler:

16. Unsachgemäßer Gebrauch eines Medizinproduktes in der Patientenversorgung aufgrund von Mängeln in Einweisung oder Instandhaltung
17. Entlassung eines unmündigen, nicht geschäftsfähigen Behandelten (unabhängig von Alter oder Grund der eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit) ohne angemessene Betreuung. Dies beinhaltet sowohl die alleinige Entlassung ohne betreuende Person als auch die Entlassung in die Obhut einer Person, die nicht zur Fürsorge oder Bestimmung des Aufenthaltsortes berechtigt ist.
18. Dauerhafter Verlust einer nicht-wiedergewinnbaren Gewebeprobe
19. Nicht kommunizierter oder nicht nachbeobachteter interventionsrelevanter Untersuchungsbefund
20. Anziehen eines magnetisierbaren Objektes in den Magneten eines Kernspintomographen
21. Patientenversorgung durch Personen, die vortäuschen, dem entsprechenden Gesundheitsfach- oder Heilberuf anzugehören
22. Stationäre Patienten, die in Behandlungs- und Untersuchungsbereichen vergessen werden

Die einzelnen Punkte der APS-Never-Event-Liste werden auf den folgenden Seiten noch präzisierend beschrieben.

APS -Never-Event-Liste im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

1. **Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.**

Einschlüsse/Ausschlüsse:

Hierunter fallen neben Operationen auch alle invasive Prozeduren, die außerhalb eines Operationssaales durchgeführt werden. Dies sind beispielsweise Zahnextraktionen, Nervenblockaden zur Schmerztherapie, Biopsien sowie minimalinvasive Eingriffe in der Inneren Medizin oder Radiologie.

Ebenfalls eingeschlossen ist die Einsetzung eines falschen Implantates oder einer falschen Prothese.

Ausgeschlossen hiervon sind Änderungen im Ablauf der Intervention, die aus Gründen eines medizinischen Notfalls oder medizinischer Notwendigkeit auch ohne erneute Einwilligung des Patienten dringend geboten waren. Das rechtzeitige Bemerkens einer Verwechslung vor Beginn der Intervention unter Verwendung einer Checkliste gilt nicht als Never-Event, sofern hierdurch dem Patienten kein Schaden durch abweichende vorbereitende Maßnahmen (z.B. anderes Anästhesieverfahren) entstanden sind, sollte aber im Rahmen einer Fallanalyse untersucht werden.

Bezug: NQF Serious Reportable Events 1A, 1B und 1C sowie NHS Never Event 1

2. **Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle.**

Einschlüsse/Ausschlüsse:

Dies beinhaltet auch initial bewusst belassene Fremdkörper, die im Verlauf der Behandlung hätten entfernt werden müssen.

Beinhaltet nicht Fremdkörper, die aufgrund einer Nutzen-Risiko-Abwägung bewusst belassen werden (z.B. in bestimmten Fällen bei abgebrochene Schrauben).

Bezug: NQF Serious Reportable Event 1D und NHS Never Event 3

3. **Künstliche Befruchtung mit falscher Samen- und/oder Ei-Zelle.**

Bezug: NQF Serious Reportable Event 12

4. **Unentdeckte ösophageale Intubation**

Ausschluss:

Notfallsituationen, in denen keine Möglichkeit zur CO₂-Messung zur Verfügung steht.

Bezug: NHS Never Event 21

APS-Never-Events im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:

5. Fehlapplikation eines Medikamentes auf eine der folgenden Arten:
 - 5.1. Intrathekale Gabe eines intravenös zu applizierenden Chemotherapeutikums
 - 5.2. Parenterale Gabe eines enteral/oral zu verabreichenden Medikamentes
 - 5.3. Intravenöse Gabe eines epidural zu verabreichenden Medikamentes
 - 5.4. Intraarterielle Gabe eines intravenös zu applizierenden Medikamentes

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4A und NHS Never Event 5

6. Irrtümliche intravenöse Gabe einer hochkonzentrierten Kaliumchloridlösung anstelle der verordneten Medikation.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4A und NHS Never Event 4

7. Insulinüberdosis die aufgrund von fehlerhaft durchgeführter Applikation entstehen:
 - 7.1. Verabreichung des Insulins über eine Spritze, die keine Insulin-spezifische Markierung enthält
 - 7.2. Abziehen von Insulin aus einem Insulin-Pen und Verabreichung über eine Spritze

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4A und NHS Never Event 6

8. Überdosierung von Methotrexat für die nicht-onkologische Patientenversorgung (tägliche statt wöchentliche Gabe).

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4A und NHS Never Event 7

9. Verwendung eines kontaminierten Arzneimittels oder Biologikums, dessen Kontamination in der Gesundheitseinrichtung erfolgt ist.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 2A

10. Fehltransfusion eines ABO-inkompatiblen Blutproduktes. Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen. Die Inkompatibilität muss dabei klinisch relevant sein.

Ausschluss:

Eine aus klinischen Gründen nachvollziehbare und bewusst durchgeführte ABO-inkompatible Transfusion/Transplantation.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4B und NHS Never Event 12

APS-Never-Events im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess:

11. Beschickung einer Naso-/Orogastralsonde, deren Fehllage nicht ausgeschlossen wurde.

Bezug: NHS Never Event 13

12. Luftembolie im Rahmen der Behandlung.

Ausschluss:

Prozeduren, die aufgrund ihrer spezifischen Risiken auch bei lege artis durchgeführter Behandlung ein nicht beherrschbares Restrisiko für Luftembolien aufweisen (z.B. bestimmte neurochirurgische Operationen)

Bezug: NQF Serious Reportable Event 2C

13. Verbrennung oder Verbrühung, die im Behandlungs- oder Pflegeprozess entsteht.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 5C und NHS Never Event 14

14. Unsachgemäße freiheitsentziehende Maßnahmen im Behandlungs- oder Pflegeprozess.

Einschluss:

Dies beinhaltet die Einklemmung des Kopfes oder der Brust zwischen Bettgittern oder dem Bettrahmen und der Matratze, sofern die normativen Vorgaben für Bettgitter nicht eingehalten wurde (DIN 32623:2009).

Bezug: NQF Serious Reportable Event 5D und NHS Never Event 11

15. Unangemessene Versorgung mit Sauerstoff eines erkannt sauerstoffpflichtigen Patienten

Einschlüsse:

Unbeabsichtigte Konnektion eines sauerstoffpflichtigen Patienten an ein Air Flow Meter
Überdosierung von Sauerstoff im Rahmen neonatologischer Versorgung
Unterversorgung durch entleerte Sauerstoffflasche, z.B. bei Transporten

Bezug: NHS Never Event 15

APS-Never-Events aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler:

16. Unsachgemäßer Gebrauch eines Medizinproduktes in der Patientenversorgung aufgrund von Mängeln in Einweisung oder Instandhaltung.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 2B

17. Entlassung eines unmündigen, nicht geschäftsfähigen Behandelten (unabhängig von Alter oder Grund der eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit) ohne angemessene Betreuung. Dies beinhaltet sowohl die alleinige Entlassung ohne betreuende Person als auch die Entlassung in die Obhut einer Person, die nicht zur Fürsorge oder Bestimmung des Aufenthaltsortes berechtigt ist.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 3A

18. Dauerhafter Verlust einer nicht-wiedergewinnbaren Gewebeprobe.

Einschluss:

Probenverwechslungen oder Probenbehandlung, die zu einem Probenuntergang führen und so die geplante Diagnostik verhindern.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4H

19. Nicht kommunizierter oder nicht nachbeobachteter interventionsrelevanter Untersuchungsbefund.

Einschluss:

Dies beinhaltet erhöhte neonatale Bilirubin-Werte, die eine Bilirubinzephalopathie verursachen.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 4I

20. Anziehen eines magnetisierbaren Objektes in den Magneten eines Kernspintomographen.

Einschluss:

Dies beinhaltet auch alle Schädigungen an oder durch magnetisierbare Implantate (z.B. Cochlea-Implantate) oder Farbstoffe (Tattoos) entstehen.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 6A

21. Patientenversorgung durch Personen, die vortäuschen, dem entsprechenden Gesundheitsfach- oder Heilberuf anzugehören.

Bezug: NQF Serious Reportable Event 7A

22. Stationäre Patienten, die in Behandlungs- und Untersuchungsbereichen vergessen werden.

Bezug: APS EG Never Events, zusätzliches Ereignis

ANLAGE ZUR APS-NEVER-EVENT-LISTE

Ausschlusskriterien bestehender SREs und NHS Never Events nach Expertenkonsens der EG Never Events

Ereignis	Verhinderbar bei Sicherheitsbarrieren?	Schwerwiegender Schaden möglich?	Eindeutig identifizierbar?	Bemerkungen
1E. Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA Class 1 patient (updated). Includes all ASA Class I patient deaths in situations where anesthesia was administered; the planned surgical procedure may or may not have been carried out. Immediately post-operative means within 24 hours after surgery or other invasive procedure was completed or after administration of anesthesia (if surgery/procedure not completed). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices.	nein	ja	ja	Sentinel Event, da schicksalhafter Verlauf möglich
3B Patient death or serious injury associated with patient elopement (disappearance) (updated) Includes events that occur after the individual presents him/herself for care in a healthcare setting. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	ja	kein Festhalten gegen den Willen des Patienten möglich
3C Patient suicide, attempted suicide, or self-harm that results in serious injury, while being cared for in a healthcare setting (updated). Includes events that result from patient actions after they present themselves for care in a healthcare setting. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	ja	Sentinel Event
4C Maternal death or serious injury associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy while being cared for in a healthcare setting (updated) Includes events that occur within 42 days post-delivery. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers	nein	ja	ja	klassisches Sentinel Event, wird in EQS als Sentinel Event heraus gefiltert
4D Death or serious injury of a neonate associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy (new). Includes, for the office-based surgery, birthing center or "home" setting, unplanned admission to an inpatient setting within 24 hours of delivery Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers.	nein	ja	ja	klassisches Sentinel Event, wird in EQS als Sentinel Event heraus gefiltert

Ereignis	Verhinderbar bei Sicherheitsbarrieren?	Schwerwiegender Schaden möglich?	Eindeutig identifizierbar?	Bemerkungen
4E Patient death or serious injury associated with a fall while being cared for in a healthcare setting (updated). Includes but is not limited to fractures, head injuries, and intracranial hemorrhage. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	ja	Sturz nicht sicher in jedem Kontext verhinderbar
4F Any Stage 3, Stage 4, and unstageable pressure ulcers acquired after admission/presentation to a healthcare setting (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	ja	wird in EQS aufgegriffen, ggf. werden Ulcera aus medizinischen Gründen in Kauf genommen
5A Patient or staff death or serious injury associated with an electric shock in the course of a patient care process in a healthcare setting (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	unklar	ja	ja	
5B Any incident in which systems designated for oxygen or other gas to be delivered to a patient contains no gas, the wrong gas, or are contaminated by toxic substances (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	unklar	ja	ja	
7B Abduction of a patient/resident of any age (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	nein	
7C Sexual abuse/assault on a patient or staff member within or on the grounds of a healthcare setting (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	nein	
7D Death or serious injury of a patient or staff member resulting from a physical assault (i.e., battery) that occurs within or on the grounds of a healthcare setting (updated). Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities.	nein	ja	nein	

Ereignis	Verhinderbar bei Sicherheitsbarrieren?	Schwerwiegender Schaden möglich?	Eindeutig identifizierbar?	Bemerkungen
<p>8 Misselection of high strength midazolam during conscious sedation. Misselection refers to when:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a patient is given an overdose of midazolam due to the selection of a high strength preparation (5mg/mL or 2mg/mL) instead of the 1mg/mL preparation, in a clinical area performing conscious sedation. 	ja	ja	ja	Relevanz für Deutschland unklar, daher zurückgestellt für Version 1 der Liste
<p>9 Failure to install functional collapsible shower or curtain rails Involves either:</p> <ul style="list-style-type: none"> • failure of collapsible curtain or shower rails to collapse when an inpatient attempts or completes a suicide. • failure to install collapsible rails and an inpatient attempts or completes a suicide using non-collapsible rails. 	ja	ja	ja	keine DIN-Norm in Deutschland vorhanden, daher zurückgestellt für Version 1 der Liste
<p>10 Falls from poorly restricted windows A patient falling from a poorly restricted window.⁴ This applies to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • windows ‘within reach’ of patients; this means windows (including the window sills) that are within reach of someone standing at floor level and that can be exited/fallen from without needing to move furniture or use tools to climb out of the window • windows located in facilities/areas where healthcare is provided and that patients can and do access • where patients deliberately or accidentally fall from a window where a fitted restrictor is damaged or disabled, but not where a patient deliberately disables a restrictor or breaks the window immediately before they fall • where patients can deliberately overcome a window restrictor using their hands or commonly available flat-bladed instruments as well as the ‘key’ provided <p>⁴This includes windows where the provider has not put a restrictor in place in accordance with guidance.</p>	zu diskutieren	ja	ja	Frage der Vorgaben über Bauverordnungen, daher zurückgestellt für Version 1 der Liste

IMPRESSUM

Herausgeber

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Alte Jakobstr. 81
10179 Berlin
www.aps-ev.de

Expertengruppe Never Events

Leitung: Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG
Vertreter des Vorstandes: Prof. Dr. Reinhard Strametz, Hochschule RheinMain

Redaktionsgruppe:

Prof. Dr. Reinhard Strametz, Hochschule RheinMain
Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG
Dr. med. Kyra Schneider, Universitätsklinikum Frankfurt
Dr. Peter Gausmann, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH

Weitere Mitglieder der Expertengruppe

Dr. Axel Fengler, medilox GmbH
Dr. Thomas Groß, Universitätsklinikum Köln AöR
Dr. med. Ralf Hammerich, Charité - Universitätsmedizin Berlin
Angela Herold, Sozialstiftung Bamberg
Stefan Leiendecker, Marien Gesellschaft Siegen gGmbH
Martin Meilwes, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ronald Neubauer, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
Kathrin Zeien, Sham Deutschland
Dr. med. Cornelia Winten, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI)

Wir danken PD Dr. med. Max Skorning für seinen inhaltlichen Beitrag zu Beginn der Expertengruppe.

2. Auflage, September 2023

Aktualisierung durch Philipp Rodenberg und Reiner Heuzeroth

Layout und Grafik: APS

Urheber- und Nutzungsrechte: Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download im Internet unter www.aps-ev.de. Die Publikation ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise – weder in der Gestaltung noch im Text – verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation: APS e.V. (Hrsg.) 2023: „Die APS-Never-Event-Liste“, Berlin.

DOI: 10.21960/202307.2

KOMMENTIERUNG UND FEEDBACK

Diese Handlungsempfehlung wurde vor Veröffentlichung zur öffentlichen Kommentierung zur Verfügung gestellt. Nicht alle Teilnehmer der abschließenden Kommentierung stimmen mit allen Inhalten überein. Die Dokumentation der Kommentierung finden Sie auf: www.aps-ev.de/kommentierung/.

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das APS strebt an, mit seinen Produkten aktuelle und praxisorientierte Empfehlungen bereitzustellen, die auf einem breiten Konsens der beteiligten Personen und ihrer Expertise basieren. Das beinhaltet auch, dass die Produkte des APS in regelmäßigen Abständen auf Aktualität überprüft werden. Ihre Fragen, Anregungen und Rückmeldungen richten Sie bitte an der Herausgeber.