

## Reflexionshilfe Risikomanagement: Never Events

# Never Events: Verhinderbar? Vermeidbar? Realität! – Eine Reflexionshilfe zur Vermeidung von Patientenschäden

1. Auflage, 7.1.2026

© GQMG/AG Risikomanagement (Anke Follmann, Thomas Groß, Steffen Kalina, Alexandra Kalliardos, Nils Löber, Dagmar Lüttel, Frank Neugebauer, Rainer Petzina, Sabine Rath, Katharina Steininger, Beate Wagner, Christa Welling, Beate Wolter)

## 1. Einleitung/Einführung

Mit Never Events sind Ereignisse in der klinischen Versorgung von Patienten gemeint, die nicht passieren dürfen. Diese Arbeitshilfe nennt Beispiele zu Never Events und zeigt Maßnahmen auf, wie man Never Events organisatorisch bestmöglich vermeidet/reduziert.

## 2. Begriff „Never Events“

Never Events sind schwerwiegende unerwünschte Ereignisse,

- die im Zusammenhang mit der klinischen Behandlung zu Patientenschädigungen führen,
- die in der Regel vollständig vermeidbar sind, sofern die entsprechenden präventiven Interventionen implementiert und umgesetzt werden (entnommen aus: GQMImpuls „Never Events - Überlegungen zum Medizinhaftungsrecht“ von Prof. Dr. jur. Dieter Hart ,12.9.2023).

Um solche Ereignisse zu reduzieren, müssen Maßnahmen und Instrumente in einem strukturierten System und Prozess (unter Berücksichtigung bestehender Ansätze des Organisationsrisiko- und Qualitätsmanagements) organisiert werden. Dazu zählen Fragen wie:

- Besteht ein gemeinsames Begriffsverständnis und eine Definition von „Never Event“ in der Einrichtung?
- Sind strukturierte Kommunikations- und Meldewege zur Meldung und Erfassung von Never Events festgelegt?
- Sind die Rollen und Verantwortlichkeiten bei Auftreten von Never Events definiert und bekannt?

Eine umfassende, alle relevanten Aspekte der systematischen, organisatorischen Beschäftigung mit dem Thema umfassende Checkliste findet sich am Ende dieser Reflexionshilfe.

## 3. Never Events: Beispiele aus der Praxis

Allen bekannten Definitionen und Aufzählungen von Never Events ist gemeinsam, dass sie Ereignisse umfassen, die sowohl der chirurgischen als auch der konservativen medizinischen Versorgung zugeordnet werden. Never Events können unabhängig vom Versorgungsort (ambulant/stationär) und von den Leistungserbringern (ärztlich/pflegerisch/therapeutisch etc.) auftreten. Umso wichtiger ist die einrichtungsinterne Klärung von genauem Never Event Verständnis, Meldeweg, Umgang etc. (siehe dazu die Checkliste am Ende dieser Reflexionshilfe). Die nachfolgenden drei exemplarischen Verläufe sind „typische“ Never Events aus dem zuvor beschriebenen Spektrum.

### Vergessener Fremdkörper

#### Fallbeschreibung

Eine Patientin unterzieht sich einer Laparotomie, bei der im Abdomen eine Kompresse vergessen wird. Nach der Operation klagt die Patientin lange über diffuse Beschwerden, die mit ihrer Grunderkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Erst drei Jahre später erfolgt eine erneute Operation – die vormalig verbliebene Kompresse wird dabei entdeckt und kann entfernt werden. Langfristig können chronische Schmerzen, Verwachsungen oder anhaltende Entzündungsreaktionen die körperliche Gesundheit der Patientin beeinträchtigen und möglicherweise weitere operative Eingriffe erforderlich machen. Psychisch kann der Vorfall zu Ängsten, einem Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem und emotionaler Belastung führen.

#### Typische Ursachen

- Keine klaren Regelungen für Zählkontrolle und

#### Verantwortlichkeiten

- Vorgegebene Regelungen werden nicht eingehalten
- Schulungen für Regelungen fehlen
- Einarbeitung mit Lücken
- Starkes hierarchisches Gefälle

#### Vermeidung/Umgang mit dem Never Event

- Entwicklung von weiteren Präventionsmaßnahmen, zusätzlich zum Standard Zählkontrolle (z.B. Einsatz technische Kontroll- und Prozessleitsysteme wie Kameras, RFID-Technik, KI-Unterstützung und Intraoperative Bildgebung bei unklaren Zählkontrollen oder langen Eingriffen)
- Anwendung der OP-Checkliste
- Schulung der Mitarbeitenden
- Fördern offener Kommunikation („Speak up“)
- Check der Umsetzung
- Prozess-/Fallanalyse
- Transparente Aufarbeitung und Reaktionen bei Auftreten des Never Events
- Weitere Verbesserungsmaßnahmen

#### Überprüfung der Vermeidungsinstrumente

- Sicherheitsaudits im Bereich OP/Interventionen
- Auswertung der Never Events (internes Melderegister)

#### Weitere Informationen

- Handlungsempfehlung APS: Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
- Handlungsempfehlung APS: Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen

## Methotrexat-Fehldosierung

### Fallbeschreibung

Ein Patient wird während eines Aufenthaltes in einer Rheumatologischen Klinik auf eine Low-Dose Therapie mit Methotrexat (MTX) 15 mg in Tablettenform 1x/Woche eingestellt. Diese Information wird im Entlassungsbrief ausgewiesen. Bei der Entlassung erhält der Patient den Arztbrief und einen aus dem System heraus generierten Bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP). Die Verordnung der häuslichen Medikation soll durch den Hausarzt erfolgen. Der Patient geht am folgenden Montag morgens mit dem Entlassungsbrief und dem BMP-Ausdruck zum Hausarzt, bei dem grippewellenbedingt ein hohes Arbeitsaufkommen herrscht. Der Patient äußert, dass er nur das Rezept für die Weiterführung der Therapie benötige. Der Medizinische

Fachangestellte an der Anmeldung liest den QR-Code auf dem BMP ein und bereitet das erforderliche E-Rezept im neuen elektronischen System vor. Parallel klingelt das Telefon ununterbrochen. Die Anweisung im BMP lautet auf MTX 15mg 1 – 0 – 0. Der wichtige Hinweis „1x wöchentlich dienstags!“ wurde bei der Erstellung nicht in das Freitextfeld übertragen. Es resultiert die Rezeptierung von MTX 15 mg 1 – 0 – 0. Bei der mit täglichen Freigabe durch den Hausarzt erfolgt diese aufgrund der hohen Anzahl an freizugebenden Rezepten und nach Rückversicherung, dass diese Verordnung auf Basis des BMP im System erstellt wurde, wie vorbereitet. Beim nachmittäglichen Apothekenbesuch des Patienten weist das e-Rezept die Verordnung von 15 mg MTX 1x täglich in einer N3 Packungsgröße aus. Die bearbeitende Apothekerin fragt den Patienten, ob er wisse, wie das MTX einzunehmen sei. Dieser beantwortet die Frage mit „ja, 1 – 0 – 0“. Er habe ja den Einnahmeplan aus dem Krankenhaus mitbekommen. Die Apothekerin rückversichert sich beim Hausarzt, der nach Sichtung von Rezept und Entlassungsbrief den Fehler erkennt. Die Apothekerin weist den Patienten eindringlich erneut auf die korrekte Einnahme einmal wöchentlich hin.

### Typische Ursachen

- Besondere individuelle Therapieregime bei Hochrisikomedikamenten
- Nicht vertraute Medikationsformen
- Abbildung von Sondersituationen in elektronischen Systemen
- Unreflektiertes Vertrauen auf die elektronischen Informationssysteme
- Unzureichend informierte Patienten
- Hohe Arbeitsbelastung

### Methoden zur Vermeidung

- Fest etabliertes Vier-Augen-Prinzip
- Risikobewusstsein im Team fördern und einfordern
- Umfassende Schulung in neuen Systemen
- Etablierung von Risikomanagementansätzen für Prozesse mit hohem Auswirkungspotenzial für die Patientensicherheit, wie z. B. der Medikationsprozess
- Systematisches Entlassungsmanagement zur Optimierung des transsektoralen Informationsflusses und der umfassenden adäquaten Information des Patienten

### Überprüfung der Vermeidungsinstrumente

- Ist ein konsequentes 4-Augen-Prinzip etabliert?
- Ist eine Form der Sicherheitskultur vorherrschend, die Rückfragen bei Unsicherheiten einfordert und

ein hohes Risikobewusstsein bei den Mitarbeitenden besteht?

- Setzt sich das Team regelhaft systematisch mit kritischen Ereignissen, die beinahe zu einem Patientenschaden geführt hätten, auseinander?
- Sind alle im Medikationsprozess beteiligten Mitarbeitenden bez. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) geschult?
- Elektronische Sicherheitssysteme (automatisierte Plausibilitäts- und Interaktionschecks im Verordnungsprozess)
- Schnittstellenüberprüfung – Kompatibilität der unterschiedlichen Systeme (Krankenhaus-Informationssystem, Praxissystem, etc.)

### Weitere Informationen

- APS-Handlungsempfehlung: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appliziertes Methotrexat
- Patientensicherheit Schweiz: Akzidentelle Überdosierungen von Methotrexat verhindern
- CIRS-Systeme: Positionierung des bvtig und CIRS-NRW
- BfArM: Dosierungsfehler im Zusammenhang mit der Anwendung methotrexathaltiger Arzneimittel
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Aktuelles zu Methotrexat-haltigen Arzneimitteln

## Brand bei Sauerstofftherapie

In einem Seniorenheim geriet abends ein Zimmer mit einem Sauerstoffgerät in Brand. Aufgrund der erhöhten Sauerstoffkonzentration im Zimmer kam es zu einer schnellen und heftigen Ausbreitung des Feuers. Das Pflegepersonal alarmierte sofort die Feuerwehr und begann mit Evakuierungsmaßnahmen. Trotz des schnellen Eingreifens verstarb eine 76-jährige Bewohnerin, die sich in dem Zimmer aufhielt, an den Folgen von Rauch- und Brandverletzungen. Mehrere Bewohner mussten wegen Rauchvergiftungen ins Krankenhaus gebracht werden. Die Brandursache konnte von den Ermittlern auf einen technischen Defekt am Sauerstoffgerät oder an der dazugehörigen Ausrüstung zurückgeführt werden.

### Typische Ursachen

- Rauchen in der Nähe von Sauerstoffgeräten
- Fahrlässiger Umgang mit Feuer und Funkenquellen
- Technische Defekte an Sauerstoffgeräten oder beschädigtes Zubehör
- Mangelnde Kenntnisse über die Gefahren von Sauerstoff

- Missachtung von Sicherheitsregeln

### Methoden zur Vermeidung

- Striktes Rauchverbot in allen Bereichen mit Sauerstofftherapie inkl. sichtbarer Kennzeichnung des Rauchverbots
- Klare Kommunikation von Verhaltensregeln
- Gute Belüftung der Räume
- Einsatz von Feuerschutzventilen
- Kein Kontakt mit öl- oder fettbasierten Substanzen
- Geeignete Lagerung der Sauerstoffflaschen
- Schulungen/Unterweisungen für Bewohner und Personal
- Einhaltung von Brandschutzvorschriften (bauliche, technische und organisatorische Maßnahmen)

### Überprüfung der Vermeidungsinstrumente

- Checkliste zu Beginn der Sauerstofftherapie
- Sicherheitsaudits zur Überprüfung bestehender Sicherheitsmaßnahmen
- Durchführung/Aktualisierung einer Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG und GefStoffV
- Brandrisikobewertung zur frühzeitigen Erkennung potenzieller Gefahren und ggf. Entwicklung wirksamer Maßnahmen zur Minimierung des Brandrisikos

### Weitere Informationen

- EIGA/IGV: Brandgefahren durch Sauerstoff und sauerstoffangereicherte Atmosphäre
- IGV: Sicherheitshinweise für den Umgang mit Sauerstoff im medizinischen Bereich
- BauA: Technische Regel für Arbeitsstätten (ASR) A2.2 „Maßnahmen gegen Brände“

## 4. Weiterführende Informationen zu Never Events

- APS: Never Event Liste
- APS: Wege zur Patientensicherheit
- APS: Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen
- Stiftung Patientensicherheit: Schweizer Never Events-Liste
- Stiftung Patientensicherheit: Empfehlungskatalog zu Never Events
- Plattform Patientensicherheit: Wenn etwas schief geht (Broschüre)
- Plattform Patientensicherheit: Professionell kommunizieren mit PatientInnen und Angehörigen nach einem unerwünschten Ereignis
- GQMG: Informationen zu Simulationstrainings als Teil einer konstruktiven Sicherheitskultur
- GQMG: Positionspapier – Sicherheitskultur im Gesundheitswesen

## Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- **Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit.** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- **Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung.** Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- **Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung.** Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmh in der Schweiz und ASQS in Österreich. [www.gqmg.de](http://www.gqmg.de)

## AG Risikomanagement der GQMG

Die vorliegende Reflexionshilfe wurde von Mitgliedern der **AG Risikomanagement** verfasst. Diese AG wurde mit dem Ziel gegründet, praxistaugliche Instrumente und Methoden für ein systematisches und strukturiertes Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln.

<https://www.gqmg.de/aktivitaeten/arbeitsgruppen/risikomanagement/>

An der Erstellung dieser Publikation waren beteiligt: Anke Follmann, Thomas Groß, Steffen Kalina, Alexandra Kalliardos, Nils Löber, Dagmar Lüttel, Frank Neugebauer, Rainer Petzina, Sabine Rath, Katharina Steininger, Beate Wagner, Christa Welling, Beate Wolter

Aktuelle Publikationen der AG Risikomanagement:



## Kontakt

Alexandra Kalliardos: [alexandra.kalliardos@gqmg.de](mailto:alexandra.kalliardos@gqmg.de)

Dr. Nils Löber: [nils.loeber@gqmg.de](mailto:nils.loeber@gqmg.de)

Anmerkungen: Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

Die weiterführenden Quellen sind mit Hyperlinks versehen.

## 5. Checkliste zur strukturierten Auseinandersetzung mit Never Events

Merkmal/ Dimension/ Präventionsmaßnahme	Umsetzungsstand	Beschreibung/ Begründung zum Umsetzungsstand	Beschreibung Präventions- maßnahmen	Anmerkungen
Besteht ein gemeinsames Begriffsverständnis und eine Definition von „Never Event“ in der Einrichtung und ist diese Definition dokumentiert und allen Mitarbeitenden zugänglich?				
Kennen alle patientennahen Mitarbeitende diese Definition und die etablierten Präventionsmaßnahmen für die relevanten Never Events?				
Gibt es eine organisationspezifische „Never-Event-Liste“, selbst erstellt, unter Bezug auf bestehende Listen (z.B. APS; NHS; Patientensicherheit Schweiz)?				
Sind die in der organisationspezifischen Liste aufgeführten Never Events beispielhaft beschrieben und sind die zugehörigen Präventionsmaßnahmen dargestellt?				
Wurden systematisch (auf Basis von Literatur, Best Practices u.a.) für alle relevanten Never Events geeignete Präventionsmaßnahmen benannt?				
Sind diese Maßnahmen, Regelungen und Präventionsmaßnahmen für alle relevanten Never Events systematisch implementiert, etabliert und im Detail bekannt (z.B. Anwendung einer OP-Checkliste)?				
Gibt es eine Verpflichtung, die von der Organisation festgelegten Never Events zu melden?				
Wurde die Verpflichtung von der Geschäftsführung/ dem Vorstand verbindlich festgelegt?				
Ist in der Verpflichtung festgelegt, ob eingetretene Never Events oder auch Beinahe Ereignisse von Never Events gemeldet werden müssen?				
Sind Prozess und Umgang festgelegt, wenn Regelungen oder Maßnahmen missachtet werden und es zu Patientenschäden kommt?				

Sind (klinisches) Risikomanagement/ Qualitätsmanagement, Rechtsabteilung und das Compliance Management involviert in die Analyse und Bearbeitung von Never Events?				
Sind die Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Bereiche bei der Analyse/ Bearbeitung festgelegt und bekannt, z.B. im Rahmen eines spezifischen Never Event Risikomanagementprozesses?				
Werden Schulungen und/oder Informationsveranstaltungen zu Never Events für die Führungskräfte aller Berufsgruppen angeboten?				
Werden Schulungen (z.B. Simulationen) und/oder Informationsveranstaltungen zu Never Events für Mitarbeitende aller Berufsgruppen in der Patientenversorgung angeboten?				
Gibt es Unterstützungsangebote für Mitarbeitende, die belastenden Situationen wie Never Events ausgesetzt waren („Second Victim“)?				
Wird die Wirksamkeit von abgeleiteten Maßnahmen regelmäßig überprüft?				
Sind Kennzahlen und/oder Patientensicherheitsindikatoren zu Never Events festgelegt?				

### Anmerkung

- Die Checkliste ist nicht erschöpfend, sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit