

Medikamente vertauscht und falsch verabreicht



Gleich aussehende Medikamentenflaschen wurden vertauscht. Der Klient erhielt die Medikation mehrere Tage in falscher Dosis und Häufigkeit. Wenn Medikamentenverpackungen ähnlich aussehen (Look Alike), kann dies zu Verwechslungen führen. Werden Medikamente in der Folge nicht so verabreicht wie ärztlich verordnet, z. B. in falscher Dosis und Häufigkeit, kann dies schwerwiegende gesundheitliche Folgen für pflegebedürftige Menschen haben.

Bericht zum kritischen Ereignis

berichtet am 21.05.2025

Was ist passiert? Vertauschte Medikamente: Patient erhielt 2 flüssige Medikamente, die in der Apotheke angemischt werden. Beide Medikamente sind in braunen Flaschen und haben einen roten Deckel. Die Angehörigen haben auf den Deckel zusätzlich den Namen des Medikaments geschrieben, damit sie es leichter auseinander halten können, wenn keine Pflegekraft vor Ort ist, um die Medikamente zu richten. Das hat dazu geführt, dass sich die Pflegekräfte auch nur noch nach dem Namen auf dem Deckel gerichtet haben und nicht mehr aufs Etikett geschaut haben. Nach mehreren Tagen fiel dann auf, dass jemand wohl die Deckel der beiden Medikamente vertauscht hatte und der Patient über mehrere Tage beide Medikamente in der falschen Dosierung und Häufigkeit bekommen hat.

Kam jemand gesundheitlich zu Schaden? Nein

Wo ist es passiert? Ambulante Pflege (z. B. Pflegedienst)

Wann ist es passiert? Weiß nicht

Wer war direkt beteiligt? Pflegebedürftige Person (z. B. Klient/-in, Bewohner/-in); Pflegefachperson; Andere: Angehörige

Wieso ist es passiert? Anderes: Nicht mehr aufs Etikett geschaut beim Richten der Medikamente, mehrere Medikamentenflaschen gleichzeitig geöffnet gehabt und dadurch Deckel vertauscht

Wie hätte es verhindert werden können? - Jedes Medikament einzeln richten, Verpackungen wieder verschließen, so kommt es nicht zum Vertauschen von Verschlusskappen

- Medikament vor dem Richten anhand des Etiketts überprüfen
- in der Apotheke anfragen, ob verschiedenfarbige Verpackungen der Flaschen gewählt werden können

Was wurde nach dem kritischen Ereignis getan? Info an behandelnden Arzt, laut seiner Aussage keine Intervention nötig

Haben Sie eine bestimmte fachliche Frage zu dem kritischen Ereignis? Nein

Wer berichtet? Pflegefachperson

Pflegefachliche Empfehlung

erstellt am 27.05.2025

Eine wichtige Voraussetzung für eine sichere Medikation ist u. a., dass professionell Pflegende vor dem Richten und Verabreichen prüfen, ob es sich um das richtige Medikament handelt. Maßgeblich sind dabei das Originaletikett und der Medikationsplan.

Folgende aus unserer Sicht geeignete Maßnahmen wurden laut Bericht umgesetzt: Arzt informiert

Die pflegefachliche Empfehlung wurde nach bestem Wissen erstellt. Das ZQP übernimmt für die Richtigkeit keine Gewähr und haftet nicht für Schäden. Die Tipps ersetzen nicht die individuelle Rechtsberatung im konkreten Fall.

... zum Vorgehen bei einem solchen Ereignis

- pflegebedürftiger Person und ggf. Angehörigen mitteilen, dass die Medikamente verwechselt wurden; Symptome erfragen; um Entschuldigung bitten; weiteres Vorgehen besprechen
- Arzt oder Ärztin über die Verwechslung der Medikamente informieren u. a. zu Zeitraum, Dosis und ggf. Symptomen; außerhalb der Sprechzeit ärztlichen Bereitschaftsdienst anrufen: 116 117
- ärztliche Anordnung in Absprache mit der pflegebedürftigen Person und ggf. Angehörigen umsetzen, z. B. regelmäßige Vitalzeichenkontrolle, ärztliche Untersuchung oder Krankenhausaufnahme organisieren
- Ereignis sachlich, genau und nachvollziehbar dokumentieren: Situation, Reaktion der pflegebedürftigen Person und ggf. Angehöriger, Symptome, ärztliche Anordnung, Maßnahmen
- nachfolgenden Dienst informieren, z. B. telefonisch oder über Pflegedokumentations-Software: Medikationsfehler, Symptome, erfolgte Maßnahmen, aktueller Status, weiteres Vorgehen
- Vorgesetzten oder Vorgesetzte über das Ereignis und erfolgte Maßnahmen informieren; ggf. weitere Maßnahmen abstimmen

... zur Prävention eines solchen Ereignisses

- Ereignis in Teambesprechung reflektieren: über mögliche Ursachen, z. B. ähnliche Verpackung (Look Alike), und Risiken sprechen; Maßnahmen vereinbaren

- ähnliche Verpackungen (Look Alike) farblich kennzeichnen, z. B. Name des Medikaments auf der Originalverpackung rot unterstreichen und dies auf dem Medikationsplan vermerken; mit der Apotheke besprechen, ob individuell angefertigte Medikamente in deutlich unterscheidbaren Verpackungen bereitgestellt werden können, z. B. verschiedene Farben der Flaschen oder der Etiketten
- Ablenken oder Unterbrechen beim Richten von Medikamenten strikt vermeiden; für gute Lichtverhältnisse sorgen; jedes Medikament einzeln richten
- vor Verabreichen von Medikamenten prinzipiell überprüfen: richtige Person, richtiges Medikament, richtige Dosierung, richtige Applikationsform, richtige Darreichungsform, richtiger Zeitpunkt; Doppelkontrolle anhand von zwei Informationsquellen vornehmen, z. B. gerichtete Medikamente vor dem Verabreichen mit ärztlicher Anordnung und Pflegedokumentation abgleichen (Kontrolle im Medikationsprozess); im Zweifel Medikamente neu richten
- organisationsbezogenes Medikamentenmanagement überprüfen und ggf. anpassen, z. B. Zuständigkeiten, mündliche Informationsweitergabe und Dokumentation, Ablauforganisation und Einhaltung von Regeln
- pflegebedürftige Person und ggf. Angehörige zur Medikationssicherheit beraten und anleiten, z. B. dazu ZQP-Kurzratgeber Sicherheit bei der Medikation nutzen; ermutigen, im Zweifel professionell Pflegenden auf falsch gerichtete Medikamente oder neu auftretende Symptome aufmerksam zu machen
- organisationsinterne Richtlinie für sichere Medikation erstellen, z. B. im Qualitätszirkel; alle Mitarbeitenden hierüber informieren
- Mitarbeitende regelmäßig zu Medikationssicherheit schulen; dazu evtl. auch Apotheke und Arzt oder Ärztin einbeziehen; zudem kurze Lerneinheiten, etwa mithilfe von Lernpostern, sowie simulatives Lernen nutzen
- feste Zeiten und Regeln vereinbaren, um im Team konstruktiv über kritische Ereignisse zu sprechen, z. B. bei Dienstübergaben, in Teambesprechungen, im Rahmen von Fallbesprechungen oder Kollegialer Beratung
- Instrument nutzen, um kritische Ereignisse anonym zu berichten und zu bearbeiten, z. B. einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem oder einrichtungsübergreifend das Pflege-CIRS

Weitere Infos & Material

ZQP-Themenseite: Sicherheit bei der Medikation

<https://www.zqp.de/thema/medikation/>

ZQP-Kurzratgeber: Sicherheit bei der Medikation

https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Einblick_Medikation.pdf

KBV-Information: Medikationsplan

<https://www.kbv.de/html/medikationsplan.php>

APS-Handlungsempfehlung: Arzneimitteltherapiesicherheit

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/220714_HE_AMTS_KH_2022.pdf

APS-Arbeitsmaterial: Kontrolle im Medikationsprozess

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Arbeitsmittel_Vier-Augen-Prinzip_AMTS.pdf

Quellen

Bensmann, K., & Schwermann, M. (2024). Leitlinie Simulation als Lehr-Lernmethode (2. Überarbeitung 2024). Münster: SimNAT Gesundheitsfachberufe.

https://www.simnat.de/download-file?file_code=695049fd75&file_id=519

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2021). Aktionsplan 2021-2024 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Bonn: BMG.

https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/Aktionsplan-AMTS-2021-2024.pdf

Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2019). Medikation in der häuslichen Pflege aus Sicht pflegender Angehöriger. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

<https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Medikation.pdf>

Hahnenkamp, C., Rohe, J., & Thomeczek, C. (2011). Ich sehe was, was du nicht schreibst Deutsches Ärzteblatt, 108(36), A1850–A1854.

<https://www.kh-cirs.de/pdf/DAEB-LASA-110909-FIN.pdf>

Larmen -Beld, K. H., Alting, E. K., & Taxis, K. (2018). A systematic literature review on strategies to avoid look-alike errors of labels. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 74, 985-993.

<https://doi.org/10.1007/s00228-018-2471-z>

Liukka, M., Steven, A., Moreno, M. F. V., Sara-Aho, A. M., Khakurel, J., Pearson, P., ... Tella, S. (2020). Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4717.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>

Niederhauser, A., Gehring, K., & Schwappach, D. L. B. (2023). "What's wrong in here?" – Implementing a room of horrors simulation in nursing homes to increase awareness for patient safety. Technical Report. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/20230308_TechnicalReport.pdf

Pfeiffer, Y., Zimmermann, C. & Schwappach, D. (2018). (Doppel-)Kontrolle von Hochrisiko-Medikation: eine Empfehlung für Schweizer Spitäler. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit.

https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/Doppelkontrolle_Empfehlung_DE.pdf

Said, A., Ganso, M., Parrau, N., Schulz, M., & Kayser, C. (2019). Medikationsfehler in der Praxis: Die Bedeutung von Look- und Soundalikes als Mitursache von Medikationsfehlern. *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit*, 2, 24–36.

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Bulletin/2019/2-2019.pdf?__blob=publicationFile