

Starkes Schmerzmittel falscher Bewohnerin verabreicht



Einer Bewohnerin wurde ein Opioid verabreicht, das für eine andere Person vorgesehen war. Betäubungsmittel (BtM) wie Opioide (starke Schmerzmittel) können zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wie Übelkeit, Atemdepression, Bewusstseinsstörungen oder Verletzungen durch Stürze führen – insbesondere, wenn der Körper nicht an das Opioid gewöhnt ist. Gleichzeitig können bei Personen, die das angeordnete Medikament nicht erhalten haben, u. a. verstärkt Krankheitssymptome wie Schmerzen auftreten.

Bericht zum kritischen Ereignis

berichtet am 20.03.2026

Wo ist es passiert? Stationäre Pflegeeinrichtung

Was ist passiert? Eine Dame hat im Spätdienst versehentlich eine Oxycocomp 30mg/15mg erhalten, die nicht für sie, sondern für eine Dame im Zimmer daneben bestimmt war. Die Mitarbeiterin hat sich im Zimmer vertan.

Kam jemand gesundheitlich zu Schaden? Beinahe: Übelkeit als Nebenwirkung

Wer war direkt beteiligt? Klient/-in oder Bewohner/-in; Pflegefachperson

Wieso ist es passiert? Anderes: Es war für die Mitarbeiterin der 1. Dienst nach längerer Pause.

Was wurde nach dem kritischen Ereignis getan? Notarzt wurde informiert, dieser kam zur Inaugenscheinnahme. Engmaschige Vitalwertkontrollen vom Spätdienst bis in die Nacht hinein und am nächsten Morgen.

Unterstützung bei der Grundpflege (die sonst nicht notwendig ist),
Begleitungen zur Toilette (die sonst nicht notwendig sind).

Info an Hausarzt.

Haben Sie eine bestimmte pflegfachliche Frage? *Keine Angabe*

Wer berichtet? Qualitätsbeauftragte/-r

Pflegefachliche Empfehlung

erstellt am 26.03.2026

Um Medikationsfehlern vorzubeugen, gilt es u. a. sicherzustellen, dass es sich um das richtige Medikament für die richtige Person handelt.

Laut Bericht wurden nach dem Ereignis aus unserer Sicht geeignete Maßnahmen umgesetzt: Notarzt informiert | engmaschige Vitalzeichenkontrolle | Hausarzt informiert | Bewohnerin bei Grundpflege unterstützt | Bewohnerin bei Toilettengängen begleitet

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

- Arzt oder Ärztin über irrtümlich bzw. nicht verabreichtes BtM informieren: Wirkstoff, Dosis, Zeitpunkt, Symptome und bisher erfolgte Maßnahmen; weiteres Vorgehen besprechen, z. B. engmaschige Vitalzeichenkontrolle bei Bewohnerin A bzw. Nachreichen der Medikation bei Bewohnerin B; außerhalb der Sprechzeit ärztlichen Bereitschaftsdienst anrufen (116 117); im Notfall (z. B. bei Atemdepression, Bewusstlosigkeit) sofort Notruf (112) wählen und Erste-Hilfe leisten
- Bewohnerinnen und ggf. Angehörige jeweils informieren, dass das BtM irrtümlich bzw. nicht verabreicht wurde; um Entschuldigung bitten; Symptome erfragen und beobachten; über weiteres Vorgehen informieren; Bewohnerin A wiederholt Unterstützung anbieten (z. B. Begleitung zur Toilette) und bestärken, diese zu rufen; sicherstellen, dass der Klingelruf stets erreichbar ist
- Ereignis jeweils sachlich, genau und nachvollziehbar dokumentieren: Angaben zum irrtümlich bzw. nicht oder verspätet verabreichten BtM, Symptome, erfolgte und geplante Maßnahmen einschließlich ärztlicher Anordnungen, aktueller Status; Ereignis bei Dienstübergabe berichten; Vorgesetzten oder Vorgesetzte informieren
- Dokumentation im BtM-Buch prüfen und nachvollziehbar korrigieren; dabei organisationsinterne Vorgaben zu Korrekturen im BtM-Buch beachten
- ggf. organisationsintern kurzfristig Teamschulung zum Umgang mit BtM umsetzen; dafür z. B. DGP-Schulungsunterlagen „BtM sicher einsetzen“ nutzen

... zur Prävention eines solchen Ereignisses

- Ereignis in Teambesprechung reflektieren: Gründe (z. B. keine Kontrolle) sowie Risiken einer irrtümlichen bzw. nicht erfolgten Einnahme von BtM (z. B. Atemdepression bzw. verstärkte Krankheitssymptome) besprechen; Maßnahmen vereinbaren, um ein solches Ereignis künftig zu vermeiden, Zuständigkeiten festlegen
- direkt vor der Medikamentengabe u. a. prüfen: richtige Person? richtiges Medikament?; dabei zwei Informationsquellen nutzen, z. B. Vor-, Nachname und Geburtsdatum (wenn möglich Person fragen) mit ärztlicher Anordnung und Beschriftung des Medikaments abgleichen
- pflegebedürftige Menschen bestärken, Pflegefachpersonen auf falsche oder fehlende Medikamente aufmerksam zu machen (z. B. ungewohntes Aussehen von Tabletten, unüblicher Zeitpunkt); zur Medikationssicherheit beraten und anleiten, dafür z. B. ZQP-Kurzratgeber Sicherheit bei der Medikation nutzen
- organisationsinterne Verfahrensanweisung zum Medikamentenmanagement erarbeiten oder überprüfen und ggf. anpassen, z. B. im Qualitätszirkel; darin u. a. Umgang mit BtM beschreiben sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Verwechslungen; ggf. Barcodesystem für das Medikamentenmanagement implementieren; Mitarbeitende informieren
- Mitarbeitende regelmäßig zu Medikationssicherheit schulen; dazu z. B. auch Apotheke und Arzt oder Ärztin anfragen; kurze Lerneinheiten (Microlearning) einsetzen, etwa Lernposter (One-Minute-Wonder)
- organisationsintern Mitarbeitende nach längerer Abwesenheit strukturiert einarbeiten; bei Dienstübergaben Veränderungen hervorheben (z. B. Einzug, Zimmerwechsel), ggf. Checkliste einsetzen, an SBAR-Methode orientieren; ermutigen, Unklarheiten oder Unterstützungsbedarf anzusprechen, hierzu auch Speak Up-Ansatz nutzen

... allgemein zum Umgang mit kritischen Ereignissen

- feste Zeiten und Regeln vereinbaren, um konstruktiv über kritische Ereignisse zu sprechen: z. B. bei Dienstübergaben, in Teambesprechungen, im Rahmen von Fallbesprechungen, Supervision oder Kollegialer Beratung
- als kritisch empfundenen Verhalten nicht verharmlosen, sondern unterstützend und lösungsorientiert ansprechen; sich gegenseitig dazu ermutigen

- kurzfristige, situationsbezogene Schulungen/Fortbildungen organisieren
- 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 und Kurzratgeber: Sicherheit bei der Medikation

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

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

DGP-Broschüre: BtM sicher einsetzen

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20230622_BtM_Altenhilfe_Brosch%C3%BCre.pdf

DGP-Schulungsunterlagen: BtM sicher einsetzen

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20231031_BtM_Altenhilfe_Vortragsfolien.pdf

GQMG-Arbeitshilfe: SBAR-Instrument für strukturierte mündliche Informationsweitergabe

https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf

Patientensicherheit Schweiz: Pocketcard Speak Up

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

Quellen

Alrawaili, A. S. D., Alanazi, B. M., Alharbiy, H. R., Alruwaili, M. F. M., Alkhamali, M. Z. K., Alruwaili, H. O. S., & Alrawili, E. Z. A. (2024). THE IMPORTANCE OF PROPER PATIENT IDENTIFICATION. *Gland Surgery*, 9(2), 300-308.

<https://www.glandsurgery.net/index.php/GS/article/view/93/89>

Chau, D. L., Walker, V., Pai, L., & Cho, L. M. (2008). Opiates and elderly: use and side effects. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 273-278.

<https://doi.org/10.2147/cia.s1847>

Christophorus Hospiz Verein, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Landesvertretung Bayern (DGP LV Bayern) & Landesverband SAPV Bayern (Hrsg.). (2023). BtM sicher einsetzen: Praktische Informationen zum Einsatz von Opioiden (z. B. Morphin) in der stationären Altenhilfe im Rahmen der palliativen Versorgung.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20230622_BtM_Altenhilfe_Brosch%C3%BCre.pdf

Ferguson, C., Hickman, L., Macbean, C., & Jackson, D. (2019). The wicked problem of patient misidentification: How could the technological revolution help address patient safety? *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2365-2368.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14848>

Fukami, T., Uemura, M., Terai, M., Umemura, T., Maeda, M., Ichikawa, M., ... & Nagao, Y. (2020). Intervention efficacy for eliminating patient misidentification using step-by-step problem-solving procedures to improve patient safety. *Nagoya Journal of Medical Science*, 82(2), 315-321.

<https://doi.org/10.18999/nagjms.82.2.315>

Göttel, K. (2018). *Medikamentenmanagement in der ambulanten und stationären Altenpflege: Mehr Sicherheit für Pflegemitarbeiter und Patient.* Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56346-5>

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

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

Szczepura, A., Wild, D., & Nelson, S. (2011). Medication administration errors for older people in long-term residential care. *BMC Geriatrics*, 11(82), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-82>