

# **Die Arzneimitteltherapie des Alterspatienten - ein Beitrag zu den rechtlichen Aspekten ( Teil I)**

von Ass. Lutz Barth, April 2004

## **Grundlagen**

Die ärztliche Tätigkeit wird durch den Grundsatz der sog. Therapiefreiheit bestimmt. Dieser Grundsatz schließt eine strenge Bindung des Arztes an bestimmte vorgegebene diagnostische wie therapeutische Methoden oder Verfahren aus, ohne dass hierdurch der Arzt von seiner Sorgfaltspflicht entbunden wird<sup>1</sup>.

Dem Arzt ist ein weiter Spielraum bei der Auswahl unter mehreren, an sich gleichermaßen in Betracht kommenden Behandlungsmethoden<sup>2</sup> zu belassen, da die angemessene Vorgehensweise erst aufgrund einer Einzelfallabwägung in der konkreten Behandlungssituation ermittelt werden kann<sup>3</sup>.

In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, dass speziell die Pharmakotherapie die wichtigste und häufigste Form der ärztlichen Behandlung von Patienten, so also auch des Alterspatienten, darstellt.

Das **Ziel der Pharmakotherapie** besteht primär darin, den pathologischen oder physiologischen Zustand eines Organismus chemisch zu beeinflussen<sup>4</sup>. Hieraus folgt, dass der Angriffsort der Pharmaka sehr vielfältig sein kann.

Die pharmakologischen Wirkungen sind durch Stoffe ausgelöste Veränderungen biologischer Funktionen und/oder Strukturen und können sich am Ort der Einwirkung abspielen: **lokale Wirkung**, oder nach der entsprechenden Aufnahme in den Organismus und Verteilung: **systemische Wirkung**.

Die bewirkten Veränderungen können **reversibel** oder **irreversibel** sein; häufig gibt es auch Übergänge, wenngleich in der Mehrzahl die Wirkung der Pharmaka an die Gegenwart des Stoffes gebunden ist, die sog. **Primärwirkung**. Demgegenüber spricht man von **Sekundärwirkungen**, wenn Veränderungen an den gleichen Wirkorten nach Entfernung der Wirkstoffe oder an anderen Orten festgestellt werden können. Sofern Effekte bezug nehmend auf die Stoffaufnahme verzögert auftreten, spricht man von **Latenz**.

Eine sog. **pharmakologische Wirkung** ist die Resultante von drei Parametern:

- Wirkungsqualität (Art der Wirkung)
- Wirkungsstärke (Ausmaß des Unterschiedes zum unbeeinflussten Zustand)
- Wirkungsdauer (Zeit vom Eintritt bis zum Ende der Wirkung)<sup>5</sup>

Jeder Wirkung eines Pharmakons liegt ein naturwissenschaftlich erklärbarer Mechanismus zugrunde. Unter dem Begriff **Wirkungsmechanismus** wird die Ausdeutung der Elementarvorgänge pharmakologischer Wirkungen auf biochemischer, physikalischer und physiologischer Ebene verstanden.

Sofern die Mechanismen einzelner Pharmaka nicht hinreichend bekannt sind, behilft sich die Praxis oft mit dem Ausdruck **Wirkungsweise**.

---

<sup>1</sup>) Laufs / Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, 1992, Laufs § 3 Rdnr. 13

<sup>2</sup>) Zur Aufklärung über Behandlungsalternativen, siehe statt vieler: Hart / Francke, Ärztliche Verantwortung, S. 35ff., S. 41 ff.

<sup>3</sup>) Weber-Steinhaus, Ärztliche Berufshaftung, S. 195; vgl. aber hierzu auch Francke / Hart, Ärztliche Verantwortung, S. 35 ff. (S. 44 mit Hinweis darauf, dass die Methoden- und Therapiefreiheit des Arztes durch den Behandlungsfehlertatbestand begrenzt ist).

<sup>4</sup>) In Abgrenzung hierzu die Toxikologie, die sich inhaltlich mit der Erkennung, Behandlung und Verhütung von Giften auseinandersetzt.

<sup>5</sup>) Vgl. hierzu statt vieler: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Hrsg. Forth/Henschler/Rummel/Starke, 6. Auflage 1992, S. 2 ff.

Die Arzneimitteltherapie wird von dem **Prinzip der sog. Wechselwirkung** beherrscht, wonach

- Einflüsse des Pharmakons auf den Organismus einschließlich der Dosierung, Toxikologie und der Interaktionen der Substanz, sog. **Pharmakodynamik**

und

- Einflüsse des Organismus und seiner altersbedingten Funktionsveränderungen auf das Pharmakon, sog. **Pharmakokinetik**

gemeinsam die pharmakologische Wirkung des Arzneimittels bestimmen<sup>6</sup>.

Die Stärke der Wirkung eines Pharmakons hängt nicht von der absoluten Menge im Organismus, sondern von seiner **Konzentration** am Wirkort ab. Werden gleiche Dosen eines Pharmakons einem 50 kg schweren und einem 100 kg schweren Patienten verabreicht, so wird es bei gleichmäßiger Verteilung im ersten Fall eine doppelt so hohe Konzentration erreichen wie im zweiten Fall. Da das Körpergewicht also eine entscheidende Größe ist, geht man bei üblichen Erwachsenendosen von einem mittleren Körpergewicht von 70 kg aus<sup>7</sup>, wobei größere Abweichungen freilich bei der Dosierung zu berücksichtigen sind.

Neben den pathologischen Veränderungen, die durch die meisten Erkrankungen bewirkt werden und der Gefahr der Toleranz bei wiederholter Zufuhr eines Pharmakons stößt das Zusammenwirken von verschiedenen Arzneimitteln auf besonderem Interesse gerade auch bei der **Therapie eines Alterspatienten**. Auch wenn prinzipiell Pharmaka in allen Lebensphasen gleich wirken, ergeben sich freilich charakteristische Besonderheiten aus den altersspezifischen Konstellationen von Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und der Multimorbidität eines Alterspatienten in Verbindung mit der physiologischen Alterung<sup>8</sup>.

Von daher löst die Neigung vieler Ärzte, ihre Alterspatienten mit zu hohen Dosen von Medikamenten zu behandeln, nicht nur beim gerontopsychiatrisch tätigen Arzt<sup>9</sup>, sondern auch beim Juristen Verwunderung aus. Mag auch die Alterspharmakologie eher stiefmütterlich behandelt werden, so entbindet dies jedenfalls den Juristen nicht, den speziellen Erfordernissen einer Arzneimittelbehandlung des Alterspatienten nachzugehen und ggf. einen pharmakologischen Sonderstandard zu begründen.

Anlass zu dieser Frage besteht allemal, da es gerade in dem medizinischen und pharmakologischen Schrifttum<sup>10</sup> als unbestritten gilt, dass die Arzneimittelbehandlung eines Alterspatienten und damit die Pharmakodynamik und -kinetik zuvörderst zu berücksichtigen hat, dass der Alterspatient in aller Regel multimorbid ist. Aus der Multimorbidität eines Alterspatienten folgt dann eine Mehrfachtherapie und die Gefahr der sog. Wechselwirkungen potenziert sich dementsprechend. Eine Erkenntnis, die im Zweifel auch unter medizin-, arzt- und haftungsrechtlichen Aspekten betrachtet gleichsam besondere Pflichten dem ärztlichen Therapeuten auferlegt.

Mithin stellt sich also die Frage, ob die Arzneimitteltherapie eines Alterspatienten ggf. einen abweichenden „Sonderstandard“ erfordert, damit den altersspezifischen Charakteristika hinreichend Rechnung getragen werden kann; ein Frage, die nachstehend vertieft werden soll.

<sup>6</sup> ) vgl. Oesterreich, Gerontopsychiatrie, 1993, S. 89; ebenso Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Hrsg. Forth/Henschler/Rummel/Starke, S. 3; ähnliches ist auch für die zeitlichen Schwankungen der Arzneimittelempfindlichkeit, sog. Chronopharmakologie, aufgrund der Tatsache, dass viele biologische Vorgänge Rhythmen folgen, besonders zu berücksichtigen, ebenda, S. 7 ff.

<sup>7</sup> ) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Hrsg. Forth/Henschler/Rummel/Starke, S. 6 mit Hinweis darauf, dass bei der therapeutischen Anwendung von Pharmaka am Menschen eine Dosierung nach Körpergewicht nicht allgemein durchführbar ist, weil hierfür vorausgesetzt wäre, dass Fertigpräparate in mehrfach abgestuften Dosen hergestellt und vorrätig gehalten werden müssen.

<sup>8</sup> ) Hrsg. Forth/Henschler/Rummel/Starke, Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, S. 601 ff. – Grundlagen der Pharmakologie im Alter -; vgl. auch Oesterreich, Gerontopsychiatrie, S. 89 ff.; ebenso Böger / Kanowski, Gerontologie und Geriatrie, 3. neubearb. Auflage 1995, S. 290 ff.

<sup>9</sup> ) Oesterreich, ebenda, S. 89

<sup>10</sup> ) Vgl. etwa Oesterreich, ebenda, S. 89, 90; ebenso Böger / Kanowski, Gerontologie und Geriatrie, S. 291

## ***Die Pharmakotherapie***

Wie oben bereits festgestellt, ist dem Arzt ein weiter Spielraum im Hinblick auf die therapeutischen Behandlungsmethoden eingeräumt worden<sup>11</sup>, wengleich auch diese Freiheit nicht grenzenlos<sup>12</sup> ist.

Zu Recht wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass mit der Freiheit der Methodenwahl zugleich auch die Verbindlichkeit von Sorgfaltspflichten verbunden ist, welche die Verfahrensqualität gewährleisten<sup>13</sup>. Der Arzt schuldet seinem Patienten vertraglich wie deliktisch die im Verkehr erforderliche Sorgfalt.

Die gebotene Sorgfalt bemisst sich nach dem jeweiligen medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebietes<sup>14</sup>, wobei der Standard in der Medizin den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung repräsentiert, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat<sup>15</sup>.

Problematisch ist allerdings, dass der Standardbegriff in der Medizin und in der Folge in der Rechtswissenschaft verhältnismäßig unbestimmt ist.

*„Eines ist sicher: Der Standardbegriff und seine Bedeutung im Recht sind abhängig von dem der Medizin, und eine rechtliche Entscheidung, eine Behandlung entspreche dem Standard, kann ohne medizinisch-sachverständige Beratung nicht getroffen werden. Das Haftungsrecht, das Sozialrecht und das Berufsrecht greifen auf den medizinischen Standardbegriff zurück, und insofern kann man sagen, dass jede rechtliche Entscheidung von der medizinisch-normativen Aussage, eine Behandlung entspreche dem Standard, abhängig ist“<sup>16</sup>*

Demzufolge ist die rechtliche Bewertung der Qualität von ärztlichen Behandlungen eine „externe medizinische Qualitätskontrolle“ in einem rechtlichen Rahmen<sup>17</sup>.

Für den hier interessierenden Ausschnitt kann also festgestellt werden, dass die berufsspezifischen Sorgfaltspflichten eines Arztes sich in erster Linie nach medizinischen Maßstäben richten. Der Richter muss daher den berufsfachlichen Sorgfaltsmaßstab mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigen ermitteln und er darf den medizinischen Standard nicht ohne Sachverständigengrundlage allein aus eigener rechtlicher Beurteilung heraus festlegen<sup>18</sup>.

Die Arzneimitteltherapie geht erkennbar von der (berechtigten ?) Erwartung aus, dass das Arzneimittel am Wirkort die erwünschten Wirkungen gleichsam entfalten und so die Krankheit kausal beeinflussen resp. ihre Symptome behandeln soll.

Nach wie vor gibt es nur wenige Medikamente, die lediglich nur eine Hauptwirkung erzielen; für den Arzt gilt es vielmehr, innerhalb der klassischen Arzneimitteltherapie eine Prognoseentscheidung zu treffen, dergestalt, als dass er zwischen dem therapeutischen Nutzen als auch dem therapeutischem Risiko abzuwägen hat.

## ***Die Bedeutung der Anamnese***

---

<sup>11</sup>) Vgl. § 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Laufs § 99 Rdnr. 19 ff.

<sup>12</sup>) Zu den strafrechtlichen Grenzen der ärztlichen Therapiefreiheit, vgl. u.a. Siebert, in MedR 1983, S. 216 ff.; Hart, Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, in MedR 1998, S. 8 ff.

<sup>13</sup>) Laufs / Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Laufs § 3 Rdnr. 16

<sup>14</sup>) Nach der Rspr. des BGH hat der Patient aus der Übernahme seiner Behandlung durch das Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht, BGH, Urt. v. 10.02.87, in NJW 1987, S. 1479 ff. (1480).

<sup>15</sup>) Laufs / Uhlenbruck, ebenda

<sup>16</sup>) Hart, Ärztliche Leitlinien, in MedR 1998, S. 8

<sup>17</sup>) Hart, ebenda, S. 9

<sup>18</sup>) BGH, Urt. v. 29.11.94, in MedR 1995, S. 276 ff.

Die Arzneimitteltherapie wird hierbei grundsätzlich durch die Diagnostik vorbestimmt, da ohne Frage die Qualität der Diagnostik unmittelbar Einfluss auf die Qualität der Therapie nimmt.

Erst auf der Grundlage einer angemessenen Diagnostik kann eine sinnvolle Therapie entwickelt werden, wobei insbesondere der speziellen *Arzneimittel-Anamnese* eine besondere Bedeutung zukommt.

Die Anamnese ist nicht nur der wichtigste, sondern zugleich der schwierigste Teil der Diagnostik und der Arzt-Patient-Beziehung überhaupt.

Die unverzichtbare Anamnese ist unbestritten speziell im Bereich der Arzneimittel-Therapie besonders wichtig und wird vom sog. medizinischen Standard gefordert.

Die *Medikamentenanamnese* erhellt hierbei schwer deutbare Symptomenkomplexe und schützt den behandelnden Arzt vor allem vor Überraschungen bei der Therapie.

Gerade bei Alterspatienten ist der Umstand der Multimedikation besonders im Rahmen der Anamnese zu berücksichtigen, so dass vom Arzt eine erhöhte Aufmerksamkeit und damit Sorgfaltspflicht zu fordern ist.

Im allgemeinen ist unter dem Begriff der Anamnese die subjektiv erinnerliche und vom Patienten oder seinen Angehörigen mitgeteilte Vorgeschichte einer aktuellen Erkrankung (Eigenanamnese) zu verstehen; diese wird ergänzt durch Krankheitsangaben aus dem Familienbereich (Familienanamnese)<sup>19</sup>.

Bezogen auf den Alterspatienten, zumal, wenn dieser psychisch erkrankt ist, kommt der Anamnese schlechthin eine wichtige Bedeutung zu; normale und krankhafte Alternsprozesse sind multikonditional geprägt; sie gründen sich auf körperliche, psychische und soziale Bedingungen jeweils in ihrer gegenseitigen Wechselbeziehung<sup>20</sup>.

Damit ist die Anamnese *multikonditional* geprägt; es wird als medizinischer Standard zu fordern zu sein, dass regelmäßig bei einem Alterspatienten eine Vollanamnese erhoben wird und lediglich in begrenzten Ausnahmefällen eine Teilanamnese ausreicht.

Bezogen auf die Arzneimittel-Anamnese hat dies zur Konsequenz, dass vor (!) einer entsprechenden Verordnung eines Medikaments zur Sicherung eines Therapieerfolges **stets** das **ärztliche (!) Gespräch** mit dem Patienten zu führen ist; zwar gibt es keine verbindlichen Rechtsregeln im Hinblick auf die Anamnesetechnik, wenngleich in Rechtsprechung und Literatur das ärztliche Gespräch als unverzichtbar gewertet wird.

Lediglich das Gespräch mit dem Patienten vermag den Arzt erst in den Stand zu versetzen, auf diese Weise Wechselwirkungen oder Inkompatibilitäten zwischen den eingenommenen Arzneimitteln feststellen zu können, ungeachtet der Tatsache, dass hierdurch zugleich eine durch die Einnahme eines Medikaments verursachte Sekundärerkrankung diagnostiziert werden kann.

Unterbleibt eine nach dem medizinischen Standard bei einem Alterspatienten geforderte **multikonditional geprägte Arzneimittel-Anamnese**, kann selbstverständlich eine fehlerhafte Diagnose zum Ausgangspunkt für eine sich anschließende falsche oder fehlerhafte Therapie und damit zu einer Schädigung des Patienten mit haftungsrechtlichen Folgen werden.

## ***Die Bedeutung der Diagnose***

Prinzipiell muss zunächst davon ausgegangen werden, dass nach der ständigen Rechtsprechung der Gerichte Diagnoseirrtümer nicht stets als Behandlungsfehler zu werten sind<sup>21</sup>.

Mit Hinweis auf Groß kann mit Uhlenbruck davon ausgegangen werden, dass "*Fehldiagnosen ... in erster Linie dann Gegenstand der Arzthaftung (sind), wenn Krankheitserscheinungen in völlig unvertretbarer, der Schulmedizin entgegenstehender Weise gedeutet, elementare*

19) Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Uhlenbruck, § 48 Rdnr. 1

20) Oesterreich, Gerontopsychiatrie, 1993, S. 85

21) Vgl. etwa OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631;

*Kontrollbefunde nicht erhoben werden oder eine Überprüfung der ersten Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf unterbleibt<sup>22</sup>, auch wenn dieser keine Wirkung zeigt<sup>23</sup>*

Dies ist insoweit ein richtiger Ansatz, da die Diagnose per definitionem eben nicht zur endgültigen Feststellung der Krankheit und ihrer Ursachen zu dienen bestimmt ist, sondern vielmehr ein dynamisches Element beinhaltet; von daher sind Diagnoseirrtümer nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu bewerten<sup>24</sup>.

Die pathogenetische Primärorientierung im Rahmen der Diagnose bedarf im Nachgang hierzu stets der Korrektur und Anpassung, so dass diejenigen Fälle, die einen Rückschluss auf die Bedarfssituation zulassen, außerordentlich selten sein dürften. Soweit also eine Korrektur der Erstdiagnose erforderlich ist, kann nicht (zugleich) von einer Fehldiagnose gesprochen werden; diese wird erst dann zu einer Fehldiagnose, wenn der Arzt bei seiner ersten Annahme bleibt, obgleich er die Möglichkeit hatte, von der richtigen Diagnose und damit von der zutreffenden Pathogenese Kenntnis zu erlangen<sup>25</sup>.

Es versteht sich von selbst, dass die Diagnosestellung die wichtigste Voraussetzung für eine sachgemäße Behandlung darstellt; diese zu stellen, ist freilich eine der Primärpflichten des Arztes, die keiner Delegation fähig ist.

Es gilt an dieser Stelle, sich der mahnenden Worte Oesterreichs zu erinnern, wonach gerade der Alterspatient einem besonderen Multimorbiditätsrisiko ausgesetzt ist.

Im Rahmen der Diagnoseerstellung, die als Rechtspflicht des Arztes bezeichnet ist, wird man m.E. nach nicht umhinkommen, diesen Umstand besonders zu werten.

Gerade aufgrund des Multimorbiditätsrisikos des Alterspatienten kommt dem dynamischen Element der Diagnose ein besonderer Stellenwert zu, dergestalt, als dass die spezielle Situation des Alterspatienten eine fortlaufende Kontrolle der Erstdiagnose gebietet.

Zu Recht hebt Oesterreich hervor, dass die Ermittlung einer Multimorbidität bei den Hoch- und Höchstbetagten zur Grundlage geriatrischer Diagnostik und Therapie zählt, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Multimorbidität die Durchführung der Behandlung erschwert<sup>26</sup>.

Da insoweit *kombinierte Erkrankungen mit Kausalzusammenhang* (voneinander ableitbare Krankheiten) und sog. *komitierende Erkrankungen ohne Kausalzusammenhang* (zufällig nebeneinander bestehende Krankheiten) unterschieden werden können, erfordert der diagnostische Prozess bei Alterspatienten - zumal bei psychisch Erkrankten - einen erheblichen Zeitaufwand; erst die **Verlaufsbeobachtung** ermöglicht im Zweifel die präzise diagnostische Zuordnung oder zwingt ggf. zur Korrektur der ursprünglich gestellten Verdachtsdiagnose resp. Erstdiagnose<sup>27</sup>.

*"Der Ehrgeiz des Untersuchers, sich rasch diagnostisch festzulegen, ist bei einem Großteil gerontopsychiatrischer Patienten nicht angebracht. Auf der anderen Seite zeugt diagnostische Unsicherheit nach längerer Beobachtungsdauer von fachlicher Inkompetenz des Arztes"<sup>28</sup>.*

Es liegt auf der Hand, dass sich hierdurch für den Arzt die Gefahr potenziert, gleichsam eine Fehldiagnose zu stellen.

Wenn und soweit die aufgrund einer Verdachtsdiagnose durchgeführte Untersuchung nicht zu einem eindeutigen Ergebnis geführt hat, muss der Arzt den Patienten/Bewohner im Falle

22) Vom Autor dieses Beitrages hervorgehoben.

23) Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Uhlenbruck, § 50 Rdnr. 3; OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631; desgleichen OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.86, in VersR 1987, S. 994

24) OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631 mit Hinweis auf BGH, in VersR 1981, S. 1033

vgl. etwa OLG Bamberg, 30. 1. 1991, in VersR 1992, SS 831:

Die Schwelle, von der ab ein Diagnoseirrtum als schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu gelten hat, liegt hoch. Es muss ein fundamentaler Diagnoseirrtum vorliegen, der in Anbetracht der Eindeutigkeit der Befunde unter keinem denkbaren Gesichtspunkt entschuldbar erscheint.

25) Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Uhlenbruck zu § 50 Rdnr. 4

26) Oesterreich, aaO., S. 65

27) Oesterreich, ebenda, S. 65, 71

28) Oesterreich, ebenda, S. 71

anhaltender Beschwerden wieder einbestellen bzw. erneut aufsuchen, um die Diagnose bei der weiteren Behandlung überprüfen zu können<sup>29</sup>.

Mit Nachdruck vertritt hier der Autor die Auffassung, dass im übrigen die Diagnostik gerade bei einem Alterspatienten ein Höchstmaß an Fachkompetenz der beteiligten Akteure gebietet, gerade in Kenntnis dessen, dass wegen der Vielfalt der möglichen Geschehensabläufe die Verantwortlichkeit des Arztes für Versäumnisse oder Fehler bei der Diagnose nicht nach einem festen Schema beurteilt werden kann. Eine Würdigung kann nur anhand des Einzelfalls und des konkreten Beschwerdebilds, so wie es sich dem Arzt dargestellt hat, vorgenommen werden<sup>30</sup>.

Freilich gilt es zu betonen, dass gerade bei einem Alterspatienten die Diagnostik aufgrund des Morbiditätsrisikos einen ungleich höheren Stellenwert einnehmen dürfte, so dass hieraus folgend dem Arzt gesteigerten Pflichten im Rahmen der Diagnostik aufzuerlegen wären. Gerade ein routinemäßiges Handeln aufgrund bestimmter Erfahrungswerte ist bei einem Alterspatienten unangebracht und könnte zu einem klassischen Behandlungsfehler führen.

Es gilt als unbestritten, dass die meisten Fehldiagnosen auf der Nichterhebung elementarer Kontrollbefunde oder auf einer unterlassenen Überprüfung und Korrektur der sog. Arbeitsdiagnose<sup>31</sup> beruhen, wengleich an dieser Stelle nicht unerwähnt werden darf, dass andererseits gerade bei Alterspatienten sich aus dem Lebensalter und dem Zustand des Patienten sowie der Art der Erkrankung die Verpflichtung des Arztes ergeben kann, von diagnostischen Eingriffen überhaupt Abstand zu nehmen<sup>32</sup>.

Problematisch ist die Tatsache, dass der Begriff des Behandlungsfehlers im deutschen Recht nicht definiert ist. Allgemein wird unter einem Behandlungsfehler der Verstoß eines Arztes gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft verstanden und zusätzlich, falls ein derartiger Verstoß nicht vorliegt, eine Sorgfaltspflichtverletzung gegenüber dem Patienten, die bei diesem zu einem Schaden an Leben oder Gesundheit führt und die der Arzt zu vertreten hat<sup>33</sup>.

Fehldiagnosen sind einem Arzt insbesondere dann vorzuwerfen, wenn ihm dabei eine Sorgfaltspflichtverletzung zur Last fällt. Dies gilt insbesondere dann, wenn elementare Kontrollbefunde nicht erhoben oder die zunächst gestellte Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf nicht überprüft worden ist<sup>34</sup>.

Demzufolge schuldet der Arzt die berufsfachlich gebotene Sorgfalt und nicht nur die übliche; fahrlässig handelt vielmehr der Mediziner, der "das in den Kreisen gewissenhafter und aufmerksamer Ärzte oder Fachärzte vorausgesetzte Verhalten unterlässt"<sup>35</sup>.

Abermals soll an dieser Stelle an die mahnenden Worte Oesterreichs erinnert werden, wonach der Alterspatient einem besonderen Multimorbiditätsrisiko ausgesetzt ist, ungeachtet der Tatsache, dass die Zahl der psychisch kranken Älteren und Höchstbetagter, die in stationären Einrichtungen der Altenhilfe betreut werden, ständig steigt<sup>36</sup>.

Von daher ist der Schluss geboten, dass sich der Alterspatient im Spektrum der Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie als Patient (!) bewegt; diese keineswegs als neu zu bezeichnende Kenntnis gebietet ein Maß an diagnostischer Analyse, die gleichsam dem Umstand der **Mehrdimensionalität** positiv Rechnung trägt.

29) OLG Köln, Urt. v. 04.07.99, in VersR 1988, S. 1299

30) OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.86, in VersR 1987, S. 994

31) Laufs/Uhlenbruck, aaO., Uhlenbruck, § 50 Rdnr. 9; vgl. im übrigen OLG Köln, Urt. v. 04.07.88, in VersR 1988, S. 1299

32) Uhlenbruck, ebenda, § 50 Rdnr. 11; ders. in Arztrecht 1980, S. 175 (177) m.w.N.; siehe auch OLG Köln, Urt. v. 26.11.87, in MedR 1988, S. 185: Eine derartige *Überdiagnostik* kann sich ebenfalls als ärztlicher Diagnosefehler darstellen wie die Fehldiagnose im klassischen Sinne. Der Arzt ist im übrigen verpflichtet, den Patienten nicht in unnötige Ängste zu versetzen und nicht unnötig zu belasten. Er verletzt diese Pflicht, wenn die dem Patienten eröffnete Diagnose objektiv falsch ist und dafür keine hinreichend tatsächliche Grundlage besteht, sie für den Laien auf eine schwere, unter Umständen lebensbedrohliche Erkrankung schließen lässt, und außerdem der Patient in psychischer Hinsicht zu Überreaktionen neigt.

33) Vgl. Narr, Arzt-Patient-Krankenhaus, 1987, S. 95 ff.; vgl. ferner Laufs, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rdnr. 469 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung; desgl. Laufs/Uhlenbruck, Handbuch..., Laufs, § 99 Rdnr. 5 ff.

34) OLG Köln, Urt. v. 04.07.88, in VersR 1988, S. 1299

35) Deutsch, zit. nach Laufs/Uhlenbruck, Handbuch..., Laufs, 99 Rdnr. 7

36) Oesterreich, Gerontopsychiatrie., S. 60 ff.

Mit Oesterreich ist davon auszugehen, dass die Entstehung und der Verlauf normaler und krankhafter Altersprozesse multikonditional geprägt ist und demzufolge diese Regel bei vermeintlich kausal eindeutig nachweisbaren Erkrankungen Gültigkeit besitzt<sup>37</sup>.

In der Konsequenz bedeutet dieser Ansatz, dass die klassische Diagnose neben der Anamnese (und die Therapie) sich an diesem Prinzip evident auszurichten hat, mit dem an sich von der Rechtsordnung zu ziehenden Ergebnis, dass die Anamnese, Diagnostik und die Therapie sich speziell bei einem Alterspatienten wesentlich komplexer gestaltet, als bei einem anderen, nicht zu der Gruppe der sog. Alterspatienten zählenden Patienten.

### ***Konsequenzen für die Bedarfsmedikation***

Speziell das Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten lässt keinen allgemeinen Schluss auf eine stets gleichgeartete Situation zu, bei deren Vorliegen das nichtärztliche Altenpflegepersonal gehalten ist, eben bei Bedarf ein bestimmtes Medikament mit einer bestimmten Dosis zu verabreichen.

Vielmehr ist nach dem hier dargelegten Verständnis von Diagnostik und Therapie der Arzt verpflichtet, in Kenntnis des besonderen Morbiditätsrisikos in die weitere Diagnostik einzutreten; dies gilt insbesondere in Anlehnung an die gesicherte wissenschaftliche (ärztliche) Erkenntnis, dass gerade die normalen und krankhaften Altersprozesse sich nach dem Prinzip der Mehrdimensionalität auf körperliche, psychologische und soziale Bedingungen und ihrer gegenseitigen Wechselwirkung gründen<sup>38</sup>.

Wie oben erwähnt, sind mögliche Fehldiagnosen u.a. dann ärztliche Behandlungsfehler, wenn eine Überprüfung der ersten Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf unterbleibt. Erst die kausale Diagnose umfasst die Ätiologie, d.h., "den eigentlichen und tieferen Grund der Störung, und die Pathogenese, d.h. den Entstehungsmechanismus"<sup>39</sup>; nur eine kausale Diagnose vermag eine **kausale Therapie** zu sichern, so dass allein die vom Pflegepersonal angenommene Bedarfssituation gerade im Bereich der Medikation die vermeintlich endgültige Diagnose stets im Sinne des dynamischen Prozesses einer Diagnoseerstellung zu einer Arbeitsdiagnose des Arztes werden lässt, so dass dieser erneut differentialdiagnostisch gehalten ist, im Rahmen des multikonditionalen Geschehens die kausale Diagnose zu verdichten.

Auch wenn sich die zu fordernde Sorgfalt bei Diagnosen und Kontrolluntersuchungen nicht aus einem abgeschlossenen Regelkodex ergibt, ist m.E. bei einem Alterspatienten die Bedarfsmedikation bis zu der Grenze der kausalen Diagnose nicht zulässig, ungeachtet der Tatsache, dass häufig der Bedarfsmedikation eine nicht zulässige Ferndiagnose<sup>40</sup> des Arztes per Telefon vorausgegangen ist.

Der Arzt ist vielmehr gehalten, in Anbetracht der ihm auferlegten Verpflichtung der Diagnoserevision im Laufe der Behandlung eine ursprünglich gestellte Diagnose zu sichern, laufend zu überprüfen und notfalls zu revidieren<sup>41</sup>; die Bedarfsmedikation im Falle der vom Pflegepersonal reklamierten Bedarfssituation setzt allerdings ein Höchstmaß an Kenntnissen der Pharmakodynamik und -kinetik voraus, die jedenfalls aufgrund der derzeitigen Berufsausbildung nicht von diesen erwartet werden können, und (leider!?) die Ärzte nur über unzureichende pharmakologische Kenntnisse verfügen<sup>42</sup>.

Dies gilt um so mehr, als dass eine Diagnoserevision dann notwendig angezeigt ist, wenn die aufgrund einer Verdachtsdiagnose durchgeführte Untersuchung nicht zu einem eindeutigen Ergebnis geführt hat; in diesem Falle muss der Arzt den Patienten - hier Heimbewohner - bei

---

37) Oesterreich, ebenda, S. 63, S. 85 ff.

38) Oesterreich, ebenda, S. 85 ff. m.w.N. aus der Wissenschaft

39) Laufs/Uhlenbruck, Handbuch..., Uhlenbruck zu § 50 Rdnr. 4

40) Vgl. etwa: BGH, in VersR 1959, S. 589; OLG Hamm, in VersR 1980, S. 291; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch..., Uhlenbruck, § 50 Rdnr. 17

41) Laufs/Uhlenbruck, ebenda, Uhlenbruck zu § 50 Rdnr. 16

42) Oesterreich, aaO., S. 89

möglichen, anhaltenden Beschwerden wieder einbestellen bzw. aufsuchen, um die Diagnose bei der weiteren Behandlung zu überprüfen<sup>43</sup>.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass im übrigen der behandelnde Hausarzt verpflichtet ist, erkennbare gewichtige Bedenken gegen Diagnose und Therapie anderer Ärzte mit seinem Patienten zu erörtern, wenn und soweit er den Patienten letztlich weiterbehandelt<sup>44</sup>; mithin ist die gelegentlich feststellbare Praxis mancher Mediziner, die spezifische Diagnostik oder Therapie anderen Kollegen **beharrlich nicht (!)** zur Kenntnis nehmen zu wollen, äußerst bedenklich und als Behandlungsfehler im weitesten Sinne zu qualifizieren.

## **Thesen**

- *Die Arzneimitteltherapie bei einem Alterspatienten erfordert einen medizinischen Sonderstandard.*
- *Die Pharmakotherapie hat sich daran zu orientieren, dass der Alterspatient in aller Regel multimorbid ist.*
- *Grundsätzlich folgt aus der Multimorbidität des Alterspatienten, dass eine vom Arzt verordnete „Bedarfsmedikation“ bei einem Alterspatienten durch das Pflegepersonal nicht zulässig ist.*
- *Sofern eine Bedarfsmedikation in engen Grenzen verordnet werden kann, hat der behandelnde Arzt regelmäßig eine Erfolgskontrolle und Verlaufsbeobachtung in persona zu leisten. Diese Primärpflichten des Arztes sind keiner Delegation auf das nachgeordnete, nichtärztliche Assistenzpersonal fähig.*
- *Die Bedarfsmedikation birgt die Gefahr in sich, dass dem Bedarf vormals festgestellte Diagnose zementiert wird, obgleich der Alterspatient zwischenzeitlich mehrfach erkrankt ist.*

## **Resümee**

Der Pharmakologe und der Gerontologe/resp -psychiater würde spätestens jetzt von einer Bedarfsmedikation bei einem dem Multimorbiditätsrisiko ausgesetzten Bewohner resp. Alterspatienten abraten, da die vermeintliche Therapie zur **"ärztlich verordneten Intoxikation"** nicht nur führen kann, sondern es vielmehr zu befürchten ansteht, dass vermeintlich gerontopsychiatrische Krankheitsbilder sich letztlich als Intoxikationspsychosen erweisen und im übrigen damit Körperverletzungstatbestände verwirklicht werden.

Unlängst ist ein Beitrag von Wagner<sup>45</sup> zu dem Problemkreis der forensischen Gerontologie im Hinblick auf die Gewalt an alten Menschen erschienen und er plädiert dafür, dass sich hier ein Problemfeld aufgetan hat, den es gilt, mit Nachdruck aufzuarbeiten:

*„Wer alte Menschen erlebt hat, deren Persönlichkeit bei nicht zu verantwortender Dauergabe von Psychopharmaka hinter der `chemischen Zwangsjacke` verschwand, der fragt sich immer wieder, wo das Verantwortungsbewusstsein derer geblieben ist, die*

43) Vgl. OLG Köln, Urt. v. 04. 07. 1988, in VersR 1988, S. 1299

44) Vgl. BGH, Urt. v. 08.11. 1988, in NJW 1989, S. 1536

45) H.-J. Wagner, Interdisziplinäre Probleme und Aufgaben, in Dt.Ärztebl 1999; 96: A-3032-3034 (Heft 47)

*mit solchen Dauerrezepturen alte Menschen bis zur Intoxikation und eventuell bis zum Tod chemisch misshandeln“<sup>46</sup>.*

Ein schier unglaubliches Fazit aus dem berufenen Munde und Feder eines renommierten Rechtsmediziners, dem lediglich nur noch hinzuzufügen ist, dass sich dann eine fehlerhafte Applikation durch das nichtärztliche Pflegepersonal nur noch als Randerscheinung erweisen dürfte.

I  
Q  
B  
© 2005

---

46) Wagner, ebenda, A-3033