

[>>> IQB – Das Internetportal für Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht](#)[>>> Impressum](#)

Der „ärztliche Kernbereich“ im Rahmen einer angeordneten „Bedarfsmedikation“ - Grund und Grenzen der Bedarfsmedikation beim Alterspatienten

von Dipl.- Jurist Lutz Barth, Oktober 2005

Problemorientierung

Die pflegerische Betreuung des Alterspatienten wird zu einem erheblichen Teil in einer stationären Alteneinrichtung erbracht und ist in den letzten Jahren vermehrt in den Blickwinkel des Interesses in der Öffentlichkeit geraten¹. In diesem Zusammenhang stehend wird häufig in den stationären Alteneinrichtungen die nicht sachgerechte Verwendung von Psychopharmaka beklagt und namhafte Gerontopsychiater mahnen denn auch an und nehmen ihre ärztlichen Kollegen in die Pflicht: *„Verwunderung löst beim geriatrisch-gerontopsychiatrisch tätigen Arzt die Neigung vieler Kollegen aus, ihre Alterspatienten mit zu hohen Dosen von Medikamenten zu behandeln. Diese fehlerhafte Behandlungspraxis ist häufig mit einer gleichzeitigen Verordnung mehrerer Pharmaka mit unterschiedlichem Wirkungsspektrum verknüpft. Unzureichende Kenntnisse bestehen hinsichtlich der Pharmakodynamik und –kinetik.“*²

In diesem Sinne dürfte daher der zwischenzeitlich vorgelegte Abschlussbericht über „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“ auf besonderes Interesse nicht nur in der Praxis stoßen, sondern vor allem auch in der arzt- und pflegerechtlichen Diskussion um den Grund und die Grenzen der medizinischen arbeitsteiligen Prozesse in der stationären Alteneinrichtung. Die interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung der gerontopsychiatrischen, ethischen und juristischen Aspekte nimmt insofern einen Problembereich auf, der das eigentliche Dilemma in der medizinischen und pflegerischen Betreuung des Alterspatienten charakterisiert: die Kooperationsdefizite zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal einerseits und die „fachliche Defizite“ der Beteiligten bei der Verordnung und Umsetzung der Psychopharmakabehandlung eines zumeist multimorbiden Alterspatienten mit gravierenden gesundheitlichen Folgen:

¹ Die Medien berichten immer öfters über die defizitäre Situation in den Alteneinrichtungen und es ist zu befürchten, dass aufgrund der vielfach überzogenen Medienberichterstattung eine gesamte Profession nachhaltig diskreditiert und bei näherer Betrachtungsweise im übrigen auch strafrechtlich stigmatisiert wird. Schon so manche Tenorierung eines Zeitschriftenaufsatzes unter dem Motto „Mord auf Raten“ lässt erahnen, dass die pflegerische Betreuung des Alterspatienten in einem Spannungsfeld zwischen der beruflichen Profession, dem Recht und der Ethik angesiedelt ist, und dass so mancher Autor mit einem ungeheuren „Sendungsbewusstsein“ ausgestattet ist, um eine gesamte Berufsgruppe in die „Pflicht“ zu nehmen, ohne hierbei eine konkrete Ursachenforschung zu betreiben.

² Vgl. in diesem Sinne Oesterreich, Gerontopsychiatrie, 1993, S. 89

„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 mit solchen Dauerrezepturen alte Menschen bis zur Intoxikation und eventuell bis zum Tod chemisch misshandeln“³.

In diesem Sinne haben die Autoren des Abschlussberichtes „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“ durchaus recht mit ihrer Annahme, dass *„letztlich ... die Qualität der medizinischen Behandlung (einschließlich einer angemessenen Diagnostik) auch immer mit der fachlichen Qualifikation der die Altenheimbewohner betreuenden Ärzte (steht und fällt)... Entsprechend der allgemeinen Situation in Deutschland darf jedoch angenommen werden, dass die zur Betreuung speziell älterer, multimorbider Patienten in Altenheimen erforderlichen Kenntnisse in der Ärzteschaft ungleichmäßig verteilt sind. Zwar handelt es sich hier vielfach um allgemeinmedizinische Basiskenntnisse, und eine Vielzahl von Hausärzten und auch Psychiatern können sich inzwischen auf breitere Erfahrung bei der Behandlung älterer Menschen stützen, spezielle geriatrisch/gerontopsychiatrische Vorerfahrungen müssen jedoch bei der Betreuung von Bewohnern eines Altenpflegeheims nicht nachgewiesen werden. Die geriatrische/gerontopsychiatrische Kompetenz der betreuenden Ärzte bleibt daher bisweilen dem Zufall überlassen.“⁴*

In der Konsequenz zeitigt dieser „Befund“ allerdings den misslichen Umstand, dass der multimorbide Alterspatient einer erhöhten Gefahr eines „pharmakologischen Fehlschlages“ ausgesetzt zu sein scheint, und zwar je nachdem, ob er von einem fachkompetenten Arzt pharmakologisch therapiert wird oder nicht. In diesem Zusammenhang beruhigt es keinesfalls, dass die vorhandene Defizite in der Pharmakotherapie eines Alterspatienten u.a. durch eine freiwillige Selbstverpflichtung der im Heim tätigen Hausärzte und Fachärzte zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen mit geriatrischem / gerontopsychiatrischem Schwerpunkt abgeholfen werden kann.

Vielmehr ist der Arzt verpflichtet (!), nach erfolgter Anamnese und Diagnostik eine Arzneimitteltherapie durchzuführen, die einer lege artis Behandlung entspricht.

Die Autoren des Abschlussberichtes gehen davon aus, dass die Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim, sofern sie lege artis durchgeführt wird, primär eine medizinische Behandlungsmaßnahme darstellt, für deren sachgerechte Durchführung und Überwachung die Ärzte und die Pflegenden Sorge zu tragen haben. Andererseits weisen sie darauf hin, dass *„das ärztliche und pflegerische Handeln ... dabei jedoch nicht allein durch möglichst empirisch fundierte und evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse legitimiert werden (kann), sondern ... ganz wesentlich auch auf bestimmten rechtlichen und normativen Grundlagen (basiert). Diese werden bei der Betrachtung des genannten Problems jedoch häufig wenig reflektiert bzw. explizit benannt.“⁵*

Den ethischen und juristischen Grundlagen kommt daher nach Auffassung der Autoren des Abschlussberichtes „Psychopharmaka in Altenpflegeheimen“ bei der Beantwortung der Frage nach den bestehenden Defiziten und den Möglichkeiten, diese zu verbessern, eine unverzichtbare regulatorische Funktion zu, so dass Handlungsempfehlungen für die Praxis zu formulieren sind, die eben auch die juristischen und ethischen Aspekte berücksichtigen.

³ H.-J. Wagner, Interdisziplinäre Probleme und Aufgaben, in Dt.Ärztebl 1999; 96: A-3032-3034 (Heft 47) A-3033

⁴ Pantel/Bockenheimer-Lucius / Ebsen, Abschlussbericht, Psychopharmaka im Altenpflegeheim..., 2005, S. 154 unter <http://www.bhf-bank-stiftung.de/Abschlussbericht.pdf>

⁵ Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 4, 5

Dies ist in der Tat so, wenngleich diese Erkenntnis keineswegs als „neu“ oder „revolutionär“ bezeichnet werden kann, zumal die ärztliche Heilbehandlung, so also auch die Pharmakotherapie eines Alterspatienten, stets lege artis zu erfolgen hat und die „pharmakologischen Leitlinien“ ohne jedweden Verbindlichkeitsgrad allenfalls dazu geeignet sind, den ärztlichen Sorgfaltsmaßstab im Rahmen von § 276 BGB auszufüllen. Jedenfalls vor dem Hintergrund der zivilrechtlichen Haftungsnormen kann es m.E. nach kein „Schnittstellenproblem“ bei der Psychopharmakotherapie des Alterspatienten geben, da der Arzt regelmäßig eine „gute medizinische Behandlung“, mithin also eine medizinisch indizierte Pharmakotherapie nach gehöriger Aufklärung und Einverständniserklärung des Alterspatienten schuldet, die sich evident an dem Sorgfaltsmaßstab des § 276 BGB zu orientieren hat. Das hierbei die „lege artis“ Behandlung in Gestalt evidenzbasierter Leitlinien gelegentlich an ihre Grenze zu stoßen vermag, dürfte ebenso unbestritten sein wie der Umstand, dass nach wie vor die Regeln der ärztlichen Delegation von Aufgaben an das Pflegepersonal nicht hinreichend in der Praxis bestimmt werden und dass die Pflege zunehmend einen „medizinisch behandlungspflegerischen Bereich“ für sich reklamiert, der einem „arztfreien Raum“ gleichkommt⁶.

Ungeachtet dessen, dass es keinen normativ verbindlichen Begriff der „Behandlungspflege“ gibt, wird gleichwohl in der pflegerechtlichen Literatur die Behandlungspflege mittlerweile zu den „Pflichtaufgaben“⁷ erklärt, zu denen im übrigen auch die scheinbar unproblematische „Bedarfsmedikation“ zugerechnet wird, ohne dass aber für diese Zuweisung von Vorbehaltsaufgaben an die Pflegenden konkrete Gründe benannt werden können. Es dürfte insofern nicht ausreichend sein, dass stereotyp immer wieder erklärt wird, dass die Frage der Delegation von medizinischen Tätigkeiten prinzipiell seit 1974 in der arztrechtlichen Literatur dem Grunde nach geklärt sei⁸.

Die „Bedarfsmedikation“

Schon die Definition dessen, was unter „Bedarfsmedikation“ zu verstehen ist, bereitet größere Schwierigkeiten. Ein Blick in den Psychyrembel bringt keine Klärung, eben so wenig wie das Standardwerk über die Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie von Forth et.al (1992), so dass auf die gängigen pflegkundlichen Lehrbücher bzw. einzelne Fachbeiträge zurückgegriffen werden muss.

Hiernach bedeutet die Bedarfsmedikation, *„dass der Arzt der Pflegekraft aufgibt, ein bestimmtes Medikament, bei „Bedarf“ zu verabreichen oder eine Behandlungsmaßnahme vorzunehmen“*.⁹

Das die Bedarfsmedikation allerdings äußerst problematisch ist, wird auch in der Literatur mit Hinweis darauf beschrieben, dass die Medikation nicht auf die konkrete Situation des Patienten hin erfolge und demzufolge unzulässig sei, soweit es dem Pflegepersonal einen eigenen Entscheidungsspielraum im diagnostischen und therapeutischen Bereich belässt¹⁰.

⁶ Vgl. hierzu auch den instruktiven Beitrag v. V. Großkopf, Der arztfreie Bereich in der Krankenpflege, Gutachten, erstellt im Auftrage der Bundesvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie

⁷ Klie, Rechtskunde, Das Recht der Pflege alter Menschen, 7. Aufl. 2001, S. 98

⁸ Klie, Rechtskunde, S. 91 ff.

⁹ S. Pies, Haftungsrecht in der Pflege, Online-Beitrag unter <http://www.aktuelle-pflege.de/Haft.htm>

¹⁰ S. Pies, ebenda unter Verweis auf Klie, aaO.(Fn. 6), S. 88 (6. Aufl.)

Hierbei ist freilich unbestritten, dass die Diagnose- und Therapieentscheidungen ärztliche Primärpflichten sind, die nach dem ärztlichen Heilbehandlungsvertrag ausnahmslos dem Arzt obliegen und demzufolge auch ausschließlich diesem vorbehalten sind; eine Delegation der Primärpflichten des Arztes auf das nachgeordnete nichtärztliche Assistenzpersonal ist daher keinesfalls zulässig und demzufolge verbietet sich eigentlich die „Bedarfsmedikation“. In der Literatur wird allerdings erwogen, die „Bedarfsmedikation“ ausnahmsweise dann für zulässig zu erachten, „wenn der Arzt vorher genau die Art des Medikaments und die Dosierung bestimmen kann, so dass die Pflegekraft routinemäßig handelt“¹¹.

In diesem Sinne muss also die ärztliche Entscheidung, ein bestimmtes Medikament an den Patienten abzugeben, alle notwendigen Informationen umfassen und darf keine Frage offen lassen. Diese Pflicht des Arztes zu präzisen Angaben gilt auch bei einer Bedarfsmedikation, so dass es dem Pflegepersonal verwehrt ist, anhand einer eigenen Diagnoseentscheidung festzulegen, ob der Patient das Medikament bekommt oder nicht. „Dies wäre rechtlich gesehen unzulässige Ausübung der Heilkunde“.¹²

Das die „Bedarfsmedikation“ eine vertiefende rechtliche Erörterung erfordert, hat auch der Abschlussbericht „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“ deutlich belegt, da insoweit bei den 56 in die Studie einbezogenen Bewohnern bei jedem ein Arzneimittel als Bedarfsmedikation verordnet worden ist¹³. Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass die rechtliche Problematik der Bedarfsmedikation unter anderem darin besteht, dass im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege die Pflegekraft die Entscheidungskompetenz über die Indikationsstellung und den Vergabezeitpunkt und damit über die medikamentöse Behandlung erhält.

„Das bedeutet, wenn die Umstände und der Zeitpunkt der Vergabe der Bedarfsmedikation durch den behandelnden Arzt nicht hinreichend genau definiert wurden, muss die Pflegekraft diagnostisch bzw. therapeutisch tätig werden, um den Augenblick, in dem die Psychopharmakavergabe erfolgen soll, zu bestimmen. Und damit würde sie in den Kernbereich der ärztlichen Leistungspflichten eingreifen, wobei nicht gewährleistet werden kann, dass sie dazu in der Lage ist, diese Maßnahme in einer ähnlich qualifizierten Art und Weise wahrzunehmen, wie der behandelnde Arzt ... Folglich kann die Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung nur zulässig sein, wenn sichergestellt ist, dass die Pflegenden für diese Aufgabe nicht diagnostisch oder therapeutisch tätig werden müssen. Dafür bedarf es einer hinreichend bestimmten ärztlichen Anweisung hinsichtlich der Umstände und des Vergabezeitpunktes (sowie der Dosis und des Medikaments).“¹⁴

© 2005

So sehr diese rechtlichen Hinweise auch überzeugend sind, werden allerdings in der Folge von den Autoren aus diesem „Befund“ keine einschneidenden rechtlichen Konsequenzen für die Pharmakotherapie eines Alterspatienten gezogen. Zwar wird in der Untersuchung die Feststellung getroffen, dass in Einzelfällen von den Ärzten den Pflegekräften keine Definition zur Verfügung gestellt wurden und wenn, dann waren jedoch die Angaben sehr allgemein gehalten, so dass diese Praxis nicht den rechtlichen Vorgaben entspricht. Lediglich in den Fällen, in denen eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. der Bedarfsfall ausrei-

¹¹ S. Pies, ebenda; vgl. ferner W. Schell, Bedarfsmedikation – ein Dauerrechtsproblem in der Krankenversorgung, S. 1 unter <http://www.pflegerechtsportal.de>

¹² W. Schell, Bedarfsmedikation, S.1 aaO. (Fn.10)

¹³ Vgl. Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 254, wobei darauf hingewiesen wird, dass im Bereich der Bedarfsmedikation von Psychopharmaka lediglich 23 Bewohner betroffen waren.

¹⁴ Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 256

chend definiert wurde, trifft das Pflegepersonal keine Diagnose und therapeutische Entscheidung, so dass die „Bedarfsmedikation“ als rechtlich unbedenklich gewertet werden konnte¹⁵. Insgesamt überwiegen jedoch die Fälle einer rechtlich nicht zulässigen „Bedarfsmedikation“ und es wird von den Autoren darauf hingewiesen, dass es für die „Pflegerkräfte ... im Rahmen ihrer Ausbildung möglich sein (muss), ohne diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden, eine die Medikation auslösende Bedingung zu erkennen. Dies gilt insbesondere für die sogenannte Bedarfsmedikation. Hier ist eine so präzise Definition der Zielsymptomatik erforderlich, dass die Pflegenden keinen eigenen therapeutischen oder diagnostischen Spielraum haben.“¹⁶

Konsequenzen

Und hier trennt sich die „Spreu vom Weizen“:

Aufgrund der Tatsache, dass der Alterspatient in aller Regel multimorbid ist und sich dieser Prozess auch als ein „dynamischer“ erweist, kann der jeweilige „Bedarf“ in einer bestimmten Situation nicht im Sinne der Zielsymptomatik bei Stellung der Erstdiagnose hinreichend bestimmt werden¹⁷. Gerade das Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten lässt einen allgemeinen Schluss auf eine gleichgeartete Situation nicht (!) zu, bei deren Vorliegen das nichtärztliche Assistenzpersonal gehalten wäre, eben bei „Bedarf“ ein bestimmtes Psychopharmakon oder ein anderes Medikament mit einer bestimmten Dosis zu einer bestimmten Zeit in Form einer bestimmten Applikationsmethode zu verabreichen. Lediglich eine eindeutige „kausale Diagnose“ vermag eine eindeutige „kausale Pharmakotherapie“ im Rahmen eines „Bedarfes“ (z.B. Insulin) zu rechtfertigen, während demgegenüber regelmäßig der Arzt aufgrund des Prinzips der Mehrdimensionalität (Oesterreich) bei der Betreuung eines Alterspatienten verpflichtet ist, im Rahmen der von ihm als ärztliche Primärpflicht geschuldeten Erfolgs- und Verlaufsbeurteilung über das von ihm verordnete Pharmakon sich persönlich von dem Patienten ein Bild zu machen und so ggf. die „Erstdiagnose“ zu bestätigen (dann Weitergabe des Pharmakons) oder in eine Diagnoserevision einzutreten (dann erneute differenzialdiagnostische Untersuchung und ggf. Änderung und Abstimmung des pharmakologischen Therapieplans).

In der Diskussion um den Grund und die Grenze der „Bedarfsmedikation“ wird m.E. nach der gewichtige Umstand vernachlässigt, dass neben den allgemeinen arztrechtlichen Bindungen sich ein eigenständiges (Haftungs-)Recht der Pharmakotherapie herauskristallisiert hat, aus denen sich spezielle Handlungsrichtlinien für den Arzt ableiten lassen, denen er genügen muss, um sich nicht der Gefahr einer Sorgfaltspflichtverletzung (§ 276 BGB) aussetzen zu müssen.

Die Diskussion um die Frage nach der „persönlichen Leistungspflicht“ des Arztes im Rahmen von § 613 BGB darf nicht den Blick dafür trüben, dass im Rahmen der medizinisch indizierten Pharmakotherapie dem Arzt spezifische Sorgfaltspflichten auferlegt sind, die keiner (!) Delegation auf das ihm nachgeordnete medizinische Assistenzpersonal fähig sind und zwar unab-

¹⁵ Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 258

¹⁶ Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 275

¹⁷ Vgl. hierzu ausführlich, L. Barth, Die Arzneimitteltherapie des Alterspatienten – ein Beitrag zu den rechtlichen Aspekten - Teil 1, 2004, Online-Beitrag unter http://iqb-info.de/Juristische_Aspekte_einer_Arzneimittelbehandlung.pdf

hängig von der weiteren – im übrigen höchst umstrittenen - Frage der Weisungsbefugnisse des Arztes gegenüber ihm nicht zugehöriges nichtärztliche „Fremdpersonal“¹⁸.

Nach der Medikamentenanamnese, die regelmäßig als Vollanamnese bei einem Alterspatienten zu erheben ist, schließt sich nach dem diagnostischen (dynamischen) Prozess die Pharmakotherapie an, in der der Arzt verpflichtet ist, eine Erfolgs- und Verlaufsbeurteilung vorzunehmen und gerade die individuelle Therapieevaluation ist gegenwärtig die vornehmste Aufgabe des Arztes¹⁹, die keiner Delegation fähig sein dürfte. Hierbei beziehen sich die Regeln der ärztlichen Therapieevaluation insbesondere auf die Überprüfung der Zielsetzung und Erforderlichkeit der Pharmakotherapie, der Dosierung und Dauer der Medikation, der Befindlichkeit des Patienten, der Patientenreaktionen, der Patientencompliance (namentlich die Verlaufsbeobachtung) und schließlich die Erfolgsbeurteilung, die ihrerseits die Fortführung, Abbruch oder die Änderung der Pharmakotherapie zur Folge haben kann²⁰. Zu Recht folgert Hart hieraus, dass die Ergebnisse der Verlaufskontrollen die Grundlage für die Erfolgsbeurteilung darstellen und so eine erneute Therapieprognose auf einer erweiterten Informationsbasis durch zusätzliche Befunde ermöglicht wird²¹.

Diese ärztlichen Primärpflichten einer Pharmakotherapie leisten demzufolge auch einen entscheidenden Beitrag zur individuellen, mithin also eine auf den einzelnen Patienten zentrierten Qualitätssicherung der verordneten Arzneimitteltherapie und kann daher durchaus von einer überindividuellen Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen²² – etwa in Gestalt von pharmakologischen Leitlinien – abweichen. Die klassische „Qualitätssicherung“ der ärztlichen Tätigkeit und damit die seiner therapeutischen Entscheidung orientiert sich hierbei ausnahmslos im Rahmen der verordneten Pharmakotherapie am individuellen Krankheitspanorama des Patienten und dies setzt freilich voraus, dass der Therapeut seinen Patienten persönlich in Augenschein nimmt, um „seine“ Pharmakotherapie evaluieren und der „Symptomfalle“ einer vermeintlich kausalen Diagnose von einem bestimmten Krankheitsbild vor dem besonderen Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten entgegen zu können. Dies gilt freilich insbesondere in den Fällen, wo eine „Bedarfsmedikation“ gleichsam die Qualität einer „Dauermedikation“ annimmt, so dass der den Alterspatienten betreuende Arzt regelmäßig verpflichtet sein dürfte, sich über den Stand der Medikation selbständig zu erkundigen; ggf. kommt hier dem Pflegepersonal die Aufgabe zu, jeweils den oder die Ärzte bei einer Mehrfachtherapie zu informieren.

Unbestritten kommt in diesem Kontext stehend dem Pflegepersonal die allgemeine pflegerische Aufgabe zu, den Alterspatienten *wahrzunehmen* und zu *beobachten* und ggf. den Arzt von einer möglichen „Bedarfssituation“ in Kenntnis zu setzen, sofern der Alterspatient die beteiligten Akteure jeweils im Innenverhältnis von der Verpflichtung zur Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht entbunden hat. Die vom Pflegepersonal angenommene „Bedarfsituation“ ist ein „punktueller, temporäres Ereignis“ und es ist diesem durchaus zuzumuten, zunächst den Arzt zu verständigen und von weiteren (im Zweifel in Verkennung des Bedarfs eigenmächtigen) Maßnahmen Abstand zu nehmen. Gerade das besondere Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten schließt einen „Bedarf“ aufgrund einer kausalen Ätiologie aus, da sich der plötzlich auftretende „Bedarf“ als Symptom einer Sekundärerkrankung etc. erweisen kann, die im Zweifel in der Folge unbehandelt bleibt oder die „Unruhe“ des Patienten einer

¹⁸ Vgl. L. Barth, Arzt oder Alteneinrichtung – wer überwacht das Pflegepersonal?, Online-Beitrag (2005) unter [http://www.iqb-info.de/Arzt_Traeger_Teil\(1\).pdf](http://www.iqb-info.de/Arzt_Traeger_Teil(1).pdf)

¹⁹ Hart, Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung, 1990, S. 24

²⁰ Hart, ebenda, S. 24, 25

²¹ Hart, ebenda, S. 25

²² Hart, ebenda, S. 25; ebenso Francke/Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 199 ff.

„Mehrfachtherapie“ geschuldet ist, bei der die „Unruhe“ als eine der unerwünschten Arzneimittelwirkungen ausgewiesen ist.

Sofern im übrigen die Autoren des Abschlussberichtes „Psychopharmaka im Altenheim“ darauf hinweisen, dass es den Pflegekräften im Rahmen ihrer Ausbildung es möglich sein muss, eine die Medikation auslösende Bedingung zu erkennen, ohne hierbei diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden²³, kann dem nur insoweit gefolgt werden, als dass es prinzipiell wünschenswert erscheint, dass der Pharmakologie ein höherer Stellenwert in der Ausbildung eingeräumt wird. Aber die „auslösende Bedingung“ einer Pharmakotherapie, gleichsam der konkrete Bedarf, setzt ein Höchstmaß an Diagnosefähigkeiten bis hin zur Differenzialdiagnostik voraus, die nach diesseitiger Auffassung von den Pflegenden nicht geleistet werden kann, es sei denn, man/frau entschließt sich für ein Medizinstudium, da gerade unter dem Begriff der Diagnose die „**Erkennung**“ einer Krankheit verstanden wird²⁴.

Resümee

Die Gefahren einer „Bedarfsmedikation“ dürften nach diesseitiger Einschätzung durchaus den „Aufwand“ rechtfertigen, der mit einem „Hausbesuch“ des Arztes verbunden ist, zumal wenn es sich um die therapeutische Evaluierung einer Psychopharmakotherapie handelt. Insofern wird hier für einen „pharmakologischen Sonderstandard bei der Therapie eines Alterspatienten“ plädiert, der die sog. „Bedarfsmedikation“ generell für nicht zulässig erachtet, da die präzise Leitsymptombestimmung und damit der „Bedarfssituation“ den besonderen Gefahren einer „Symptomfalle“ ausgesetzt ist.

Nur in Parenthese darf angemerkt werden, dass die „fehlerhafte Annahme einer Bedarfsituation“, in deren Folge dann ein Pharmakon appliziert wird, einen strafbewehrten Körperverletzungstatbestand darstellen und im übrigen zivilrechtliche Schadensersatzansprüche nach sich kann.

Literaturempfehlung:

Handlungsempfehlungen zur Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim

Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte

gefördert von der BHF-Bank-Stiftung, Frankfurt /M.

Projektleiter:

Prof. Dr. med. J. Pantel, Dr. med. B. Weber - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Frankfurt /M.

Frau Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius, Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Frankfurt/M

Prof. Dr. jur. I. Ebsen, Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht, Frankfurt /M.

>>>  (pdf) <http://www.bhf-bank-stiftung.de/Abschlussbericht.pdf>

²³ Abschlussbericht, Psychopharmaka..., S. 275

²⁴ Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1992, Uhlenbruck zu § 50 RdNr. 1 m.w.N.; vgl. auch L. Barth, Arzneimitteltherapie..., aaO. (Fn. 17).

Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung, 1990

von Dieter Hart

Querverweise auf dieser Webpräsenz des IQB:**Die Arzneimitteltherapie des Alterspatienten**

– ein Beitrag zu den rechtlichen Aspekten - Teil 1, 2004,
von Lutz Barth

Online-Beitrag unter [>>> mehr dazu](#)**Beitragsrezension:****Patientenzufriedenheit mit Psychopharmakotherapie**

von Lutz Barth

Online- Beitrag [>>> mehr dazu](#)

© IQB 2005

Für Anregungen und Kritik ist Ihnen der Verfasser verbunden:

Email >>> webmaster@iqb-info.de**Zurück zur Webpräsenz des IQB**www.iqb-info.de

Beachten Sie bitte auch unseren **Newsletter**, der neben Veranstaltungen auf interessante Beiträge rund um die Pflege und Medizin in der Literatur und im www verweist.

[Newsletter 41.KW/2005 v. 15.10.05 >>> \(pdf\)](#)[Newsletter 41.KW/2005 v. 12.10.05 >>> \(pdf\)](#)