

Grenzen der „Bedarfsmedikation“ durch das Pflegepersonal - die „Bedarfssituation“ als „Symptomfalle“ mit den Folgen einer ärztlich „verordneten Intoxikationspsychose“?

v. Lutz Barth, Oktober 2005

Schlüsselwörter:

Bedarfsmedikation – Medikation – Pharmakotherapie – Diagnose –
Therapieevaluation - Multimorbidität

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 pflegekundlichen 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“*.¹

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 belässt².

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“³.

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“.⁴

Dem ist in der Tat so, auch wenn in der pflegekundlichen Literatur prinzipiell davon ausgegangen wird, dass dem Pflegepersonal die Aufgaben der Wahrnehmung und Beobachtung obliegen.

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 Erst-

¹ S. Pies, Haftungsrecht in der Pflege, Online-Beitrag unter <http://www.aktuelle-pflege.de/Haft.htm>

² S. Pies, ebenda unter Verweis auf Klie, aaO.(Fn. 6), S. 88 (6. Aufl.)

³ S. Pies, ebenda; vgl. ferner W. Schell, Bedarfsmedikation – ein Dauerrechtsproblem in der Krankenversorgung, S. 1 unter <http://www.pflegerechtsportal.de>

⁴ W. Schell, Bedarfsmedikation, S.1 aaO. (Fn.10)

diagnose hinreichend bestimmt werden⁵. Gerade das Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten lässt einen allgemeinen Schluss auf eine gleichartige 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).

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.

In diesem Sinne steht nachhaltig zu befürchten an, dass die auf „Dauer“ angelegte „Bedarfsmedikation“ ohne eine entsprechende Pharmakotherapieevaluation sich in letzter Konsequenz als „ärztliche verordnete Intoxikationspsychose“ erweisen kann.

Ein Umstand, der uns alle nachdenklich stimmen sollte, zumal dieses Ergebnis von Rechtsmediziner in ihren Leichenschauberichten durchaus eine Bestätigung erfährt.

Lutz Barth

© IQB 2005

Für Anregungen und Kritik schreiben Sie uns unter webmaster@iqb-info.de
Zur **Webpräsenz** des IQB: www.iqb-info.de

⁵ 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](http://iqb-info.de/Juristische_Aspekte_einer_Arzneimittelbehandlung.pdf)