

Die angeordnete Bedarfsmedikation – ein Dauerrechtsproblem

13.11.2006, 17:43 | Gesundheit & Medizin

Pressemitteilung von: *IQB - Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht - Lutz Barth*

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“ (so Prieß, Haftungsrecht in der Pflege). Dass 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 belässt. 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“ (so Prieß). 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“. 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 Erstdiagnose hinreichend bestimmt werden. Gerade das Multimorbiditätsrisiko des Alterspatienten lässt einen allgemeinen Schluss auf eine gleich geartete 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, Gerontopsychiatrie, 1992) 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 „ärztlich verordnete Intoxikationspsychose“ erweisen kann.

Ein Umstand, der uns alle nachdenklich stimmen sollte. Die Anordnung „Medikation bei Bedarf“ bei einem

multimorbiden Alterspatienten sollte daher eher die Ausnahme bleiben, zumal bei dem Pflegepersonal keine umfassenden pharmakologischen Kenntnisse über die Pharmakokinetik und –dynamik vorausgesetzt werden können.

Weiterführende Literatur u.a.:

>>> W. Schell, Bedarfsmedikation – ein Dauerrechtsproblem in der Krankenversorgung, S. 1 unter <http://www.pflegerechtsportal.de>

>>> L. Barth, Der "ärztliche Kernbereich" im Rahmen einer angeordneten "Bedarfsmedikation" unter http://www.iqb-info.de/Kernbereich_Bedarfsmedikation.pdf

Lutz Barth

Portrait

Das Internetportal rund um das Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht. Wir möchten mit unserer Webpräsenz einen Beitrag nicht nur zum Recht leisten, sondern auch gelegentlich kritisch zu den Themen unserer Zeit Position beziehen. Es geht nicht immer um die "ganz herrschende Meinung und Lehre", denn auch diese ist weitestgehend eine Illusion und Ausdruck verschiedenster Interessen - auch und gerade im Recht!

News-ID: 107890 • Views: 5809 (Stand: 02.07.2026)

Link zur Pressemitteilung:

<https://www.openpr.de/news/107890/Die-angeordnete-Bedarfsmedikation-ein-Dauerrechtsproblem.html>