

## **Die Pflege und die Medikation des Patienten**

*von Heinz Sträßner  
aus „Pflege- und Krankenhausrecht“*

### **Vorbemerkung**

**Im folgenden Artikel beschäftigt sich der Autor ausführlich mit den wesentlichen rechtlichen Probleme bei der Arbeitsteilung des Arztes und der Pflegekraft in der Medikation.**

### **Die Anordnungs-/Verordnungsverantwortung des Arztes**

#### Verbot der Eigenmächtigkeit

Grundsätzlich ist vom Leistungsbestimmungsrecht, beziehungsweise der Leistungsbestimmungspflicht des Arztes im Bereich der Medikation auszugehen, da die diagnostische und therapeutische Bewertung der Befindlichkeit des Patienten durch Ausmaß und Umfang der durchzuführenden Medikation bestimmt ist. Für die Pflegekraft gilt daher das Verbot der Eigenmächtigkeit im Bereich der Medikation des Patienten. Sie hat sich regelmäßig in dem vom Arzt vorgegebenen Anordnungsbeziehungsweise Verordnungsrahmen zu bewegen (1).

#### Notfallkompetenz

Diese Kompetenz bedeutet, dass der Pflegekraft im Normalfall im Bereich der Medikation keine Entscheidungsbefugnis zusteht. Sie hat lediglich unter Umständen eine so genannte Notfallkompetenz (2). Der Notfall wird regelmäßig so definiert, dass eine akute Gefährdung oder ein akuter Schaden für Leib, Leben und Gesundheit des Patienten, bei gleichzeitiger Unerreichbarkeit und Unabkömmlichkeit des zuständigen Arztes, und gegebener Unmöglichkeit, anderweitige ärztliche Hilfe zu organisieren, abzuwenden ist.

Der Pflegekraft wächst im Notfall auch keine beliebige Entscheidungsgewalt zu, sondern lediglich die Eröffnung eines so genannten pflichtgemäßen Ermessens (3).

Dies bedeute, dass die Pflegekraft in dieser "Stellvertretersituation" des Notfalles, die bei der Medikation erforderliche Sorgfalt unter gleichzeitiger Vermeidung unnötiger Gefährdung und unter Verhinderung von Situationen der Unter- und Nichtversorgung, die Medikation zugunsten des Patienten zu organisieren hat.

### Anordnungs-/Verordnungskompetenz des Arztes

Liegt ein solcher Notfall nicht vor, verbleibt es bei der Anordnungs-/Verordnungskompetenz des Arztes. Der Arzt hat in dem von ihm herzustellenden Anordnungs- beziehungsweise Verordnungsrahmen die Grundsätze der Rechtsprechung zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zu beachten. Das Anordnungs-/Verordnungsverhalten des Arztes hat richtig, vollständig und rechtzeitig zu erfolgen.

Ein richtiger Anordnungs-/Verordnungsrahmen ist nur bei Beachtung der Rechtskonformität im Anordnungs-/Verordnungsverhalten eines Arztes gegeben (4). Die Anordnung beziehungsweise Ver-ordnung des Arztes darf nicht gegen die Rechtsordnung, insbesondere gegen den strafrechtlichen Schutz des Patienten verstoßen (5). Von vollständigem Anordnungs- beziehungsweise Verordnungsverhalten wird gesprochen, wenn die Medikation inhaltlich so wesentlich beschrieben ist, dass der Anordnungs- und Verordnungsadressat auch bei so genannter abgekürzter Kommunikation weiß, was mit der jeweiligen Anordnung oder Verordnung verbunden ist.

Rechtzeitigkeit bedeutet, dass vor der Durchführung einer Medikation der Anordnungs- und Verordnungsrahmen durch den Arzt selbst hergestellt sein muss.

### Abgekürzte Kommunikation

Unter abgekürzter Kommunikation ist die gemeinsame Kenntnis im ärztlichen und pflegerischen Bereich von typisierten medikamentösen Versorgungssituationen zu verstehen, die bei Vorliegen eines patientenbezogenen Anknüpfungstatbestandes nach der so genannten "wenn-dannö-Formel durchgeführt wird. Diese Formel bedeutet für die Pflegekraft auf Grund vorheriger Absprache und Abstimmung

medikamentöser Rahmenbedingungen mit dem Arzt, dass sie in dem vom Arzt vorgegebenen Anordnungsrahmen tätig werden darf. Die abgekürzte Kommunikation ist nur möglich mit berufserfahrenen Kräften im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich.

Dort wo Auszubildende, Berufsanfänger, wiedereinzugliedernde oder gar pflegefremde Kräfte mit einem Arzt zusammenarbeiten, bedarf es immer ausführlicher Kommunikation (6).

### Bestimmtheitsgebot

Der Arzt hat dabei immer das Bestimmtheitsgebot (7) in seinem Anordnungs- und Ordnungsverhalten zu beachten. Der Arzt hat nach Art (Medikament, Dosierung), Ort (Applikationsort) und Zeitpunkt, Zeitdauer oder zeitlichen Intervall die Medikation, sowohl allgemein wie auch besonders festzulegen.

Das Bestimmtheitsgebot und seine Beachtung unterliegt voll der Eigenprüfung durch den Arzt, da aufgrund der Einhaltung des Bestimmtheitsgebotes ein Vertrauenstatbestand für die untergeordnete Pflegekraft im Rahmen vertikaler Arbeitsteilung hergestellt wird.

Eine Pflegekraft kann grundsätzlich darauf vertrauen, dass ein Arzt die Qualitätssicherung und die Qualitätskontrolle seiner Medikationsverordnung in eigener Person leistet. Erst bei offenkundigen Fehlern oder bei begründeten Zweifeln kann sich Anderes ergeben (8).

### Formfreiheit

Hinsichtlich der Form im Anordnungs- und Ordnungsverhalten des Arztes ist festzuhalten, dass eine Formbedürftigkeit oder gar ein Formzwang, wie er vereinzelt in der Literatur (9) vertreten wird, durch keine rechtliche Regelung verlangt wird. Die Anordnung/Verordnung kann daher schriftlich, mündlich und auch fernmündlich erfolgen.

Die Schriftform kann auf der einen Seite eine erhebliche Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für sich reklamieren. Umgekehrt ist die Schriftform die schwerfälligste Form der Kommunikation. Dass darüber hinaus die fünf wichtigsten Funktionen der

Schriftform (gesteigerte Informationsfunktion, Beweisfunktion, Kontrollfunktion, Warnfunktion, Verantwortungszuweisungsfunktion) eher für die Einhaltung einer Schriftform sprechen, insbesondere im Bereich der Arztferne, lässt gleichwohl nicht verkennen, dass die effektivste Kommunikation immer noch die mündliche beziehungsweise fernmündliche ist, da diese aufgrund ihrer Schnelligkeit patientenbezogen in jedem Fall am Besten garantiert, dass eine entsprechende Unter- oder Nichtversorgung des Patienten verhindert wird (10).

Allerdings ist die mündliche beziehungsweise fernmündliche Kommunikation mit erheblichen Fehlerrisiken versehen, da, aufgrund der bloßen mündlichen Übermittlung, natürlich Fehlerquellen, wie Verhören oder Verwecheln, regelrecht vorprogrammiert sind. Die Rechtsprechung (11) verlangt daher im Bereich der fernmündlichen Kommunikation eine Wiederholung des am Telefon gehörten Textes aus Anlass herbeizuführender Inhalt- und Verständniskontrolle (12).

#### Beweis- und darlegungspflichtig ist der Arzt

Darüber hinaus stellt der BGH auch fest, dass ein Arzt beweis- und darlegungsverpflichtet dafür ist, dass die von ihm getätigte Anordnung beziehungsweise Verordnung auch richtig beim untergebenen Mitarbeiter angekommen ist (13).

Eine Pflegekraft, die dokumentiert, dass sie eine Medikation auf Weisung eines Arztes patientenbezogen durchgeführt habe, kann vor dem Hintergrund der Grundsätze der Dokumentationswahrheit und -klarheit für sich reklamieren, dass ihre Dokumentationsleistung wahr ist, so dass auch für sie die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer Dokumentationsleistung (14) auf Grund der von ihr hergestellten Urkundsqualität gilt (15).

Der Arzt hat seine Beweis- und Darlegungspflicht zu beachten, soweit er die Dokumentationsqualität der Pflegekraft bestreitet (16). Diese hat bis zum Beweis des Gegenteils die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit für ihre Dokumentationsleistung zu beanspruchen.

### Beachtung der Delegationsgrundsätze

Zur Anordnungsverantwortung des Arztes gehört auch die Beachtung der Delegationsgrundsätze im Bereich stationärer und ambulanter Versorgung des Patienten. Ob untergebene Vorgesetzte, wie die Stationsleitung, in der Arbeitsteilung mit dem Arzt zusammenwirken, zwischengeschaltet sind, oder der Arzt direkt Anordnungen oder Verordnungen an die Pflegekraft weitergibt, spielt keine Rolle. Die richtige Medikation ist durch die richtige therapeutische Entscheidung des Arztes auszulösen. Prinzipiell ist die risikoärmere Medikation auszulösen. Die therapeutische Entscheidung und die Entscheidung über die Applikationsform liegt alleine beim Arzt (17).

Die Problematik des zu beachtenden § 831 BGB bedeutet, dass der Arzt auch im Bereich der Medikation für die Auswahl, Anleitung und Überwachung untergebener Pflegekräfte verantwortlich ist. Beispielhaft ist insoweit auf die Rechtsprechung des OLG Stuttgart (18) beziehungsweise des OLG Düsseldorf (19) zu verweisen. Gerade vor dem Hintergrund der besonderen Medikationsgabe (hier; intramuskuläre Injektion) hat ein Träger, genauso wie der beteiligte Arzt, zu garantieren, dass die materielle Qualifikation bei dem nachgeordneten nichtärztlichen Mitarbeiter sich im Einzelfall gesichert darstellt, dass die richtige Injektionstechnik und die dazugehörigen Hygienevorgaben ordnungsgemäß beachtet werden (20). Mit den vorbezeichneten Entscheidungen ist mit der Rechtsprechung festzuhalten, dass zum einen veraltete Injektionstechniken verwandt worden sind. Zum anderen war der eingesetzte nichtärztliche Mitarbeiter nicht hinreichend angeleitet und überwacht. Die Rechtsprechung hat gerade bei pflegefremden und arztfremden Mitarbeitern eine verstärkte Überwachungsnotwendigkeit in der Gabe der Medikation verlangt (21).

### **Die Faustregel der "Fünf R's"**

Es gilt die Faustregel der "fünf R's" (22). Hier ist:

- der richtige Patient,
- das richtige Medikament,

- die richtige Dosierung,
- die richtige Applikationsform,
- der richtige Zeitpunkt und Zeitdauer

in der Anordnung und Durchführung sicher zu stellen. Dies bedeutet, dass der Arzt und die zuständige vorgesetzte Pflegekraft nur solche Mitarbeiter auswählen darf, die mit der jeweiligen Medikation und ihrer Gabe vertraut sind (23). Hinzu tritt, dass sich der Arzt durch Stichproben bei ordentlichem Leistungsprofil und ständige Kontrollen bei eingeschränktem Leistungsprofil von der Leistungsfähigkeit nachrangiger Mitarbeiter selbst zu überzeugen hat. Wie weit der Träger durch innerbetriebliche Befähigungsnachweise generell diese Leistungsfähigkeit prüft und dadurch die Heranziehung des einzelnen Mitarbeiters durch innerbetriebliche Qualitätssicherung/Qualitätskontrolle ermöglicht, bleibt ihm gemäß § 315 BGB überlassen.

### **Organisationsverschulden des Trägers**

Der Träger, der nicht hinreichend materiell qualifizierte Mitarbeiter im Bereich unmittelbarer Delegation zum Einsatz gelangen lässt, realisiert ein so genanntes Organisationsverschulden. Dies gilt auch im Bereich mittelbarer Delegation bei zwischengeschalteter Vorgesetzten, wie einer Stationsleitung oder Gruppenleitung. Ständig sind die qualitätssichernden Überlegungen des § 831 BGB zu beachten. Danach ist auf die richtige Auswahl, die Überwachung und Anleitung der untergebenen nichtärztlichen Mitarbeiter zu achten.

Anleitung bedeutet im Bereich der Medikation, dass der Mitarbeiter mit der Medikation, dem mit der Medikation verbundenen ausgelösten Kausalverlauf, und einer möglicherweise drohenden Komplikationsdichte oder -wahrscheinlichkeit vertraut gemacht wird.

### **Informations- und Abwägungspflicht des Arztes**

Eine bestimmte Medikation kann unter Beachtung einer Anflutungsphase möglicherweise zu einer Schock- beziehungsweise Unverträglichkeitsreaktion führen. Dies hat ein Arzt schon in seinem Anordnungs- oder Verordnungsverhalten

angemessen zu reflektieren. Dies wird ihn deshalb möglicherweise auch zu der Erkenntnis führen, dass er wegen fehlender Beherrschbarkeit des Folgeverhaltens und drohender negativer Auswirkung beim Patienten die Medikation nicht auf Dritte delegieren darf. Je unerprobter, gefährlicher und fachlich umstrittener ein Präparat ist, um so schwerer wiegt die Informations- und Abwägungspflicht des Arztes. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Arzt regelmäßig darauf zu achten hat, dass sämtliche Produktbeschreibungen im Bereich der Medikation der pharmazeutischen Industrie sich an Arzt und Patienten als Adressaten wenden (24). Pflegepersonal ist nicht Adressat von Produktempfehlungen im medikamentösen Bereich. Dies bedeutet, dass der einsichtsfähige Patient als Adressat des "Waschzettels" durchaus eigenverantwortlich mit seiner Medikation konfrontiert werden kann. Die eigenverantwortliche Einnahme von Medikation, im Sinne eigenständiger Selbstorganisation, bleibt bei einsichtsfähigen und handlungsfähigen Patienten diesen überlassen.

## **Die Durchführungsverantwortung eines nichtärztlichen Mitarbeiters**

### Sicherstellung der materiellen Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters

Die Durchführungsverantwortung des nichtärztlichen Mitarbeiters bedeutet, dass dieser in seiner Person maßnahme- und patientenbezogen selbst prüfen muss, ob er der vorbezeichneten Faustregel der "fünf R's" genügt.

Genauso wie vom Arzt eine Eigenprüfung zu verlangen ist, muss auch vom nichtärztlichen Mitarbeiter eine Eigenprüfung der Gestalt verlangt werden, dass dieser objektiv in der Lage ist, die jeweils angeordnete oder verordnete Medikation eigenverantwortlich bei gegebener Applikationsart so durchzuführen, dass jegliche unnötige Form der Patientengefährdung ausgeschlossen ist (25). Dies ist bei Krankenpflegehelfern grundsätzlich im Injektionsbereich auszuschließen (26). Dies setzt voraus, dass der jeweilige nichtärztliche Mitarbeiter im Einzelfall mit der verkehrsüblichen Sorgfalt patientenbezogen handeln kann und muss, so dass die im Verkehr erforderliche Sorgfalt patientenbezogen gemäß §§ 276, 278 BGB erfüllt wird. Diese qualitätssichernden und qualitätskontrollierenden Überlegungen hat der jeweilige nichtärztliche Mitarbeiter vor seiner Arbeitsaufnahme zu tätigen. Inwieweit eine Einrichtung im Rahmen der ihr obliegenden

Qualitätssicherung/Qualitätskontrolle in Form von Befähigungsnachweisen nachgeordneter Mitarbeiter, dem so genannten Spritzenschein, sich bedient, bleibt ihr überlassen (27).

### **Die Vorbereitung der Medikation**

Die Vorbereitung der Medikation kann nur hinreichend qualifizierten und zuverlässigen Pflegepersonen zugemutet werden. Dabei ist auf berufserfahrene, formell qualifizierte Kräfte vorrangig zurückzugreifen. Es ist schon bedenklich, pflegefremden Personen, wie Schülern oder Zivildienstleistenden, mit der Vorbereitung der Medikation zu betrauen. Im Übrigen ist zu unterscheiden, ob die Medikation im Einzelfall vorbereitet wird oder generell, zum Beispiel als Tagesgröße, für eine Mehrzahl von Patienten. In jedem Falle ist sicherzustellen, dass die ausführende Pflegekraft über eine hinreichende persönliche Zuverlässigkeit verfügt.

Bei der Vorbereitung der Medikation ist zu beachten, dass möglicherweise ein zeitliches Moment zum Tragen kommt. Zwischen Vorbereitung und Gabe der Medikation ist ein entsprechender Zeitablauf im Einzelfall zu beachten, der eventuell zur Verwechslung, zur Veränderung und zur Verschlechterung der vorbereiteten Medikation führt. Die Medikation ist zeitlich nah zur Ausgabe und zum Verbrauch beim Patienten vorzubereiten, um ein Organisationsverschulden auszuschließen. Es darf keine Verwechslung, Veränderung, kein Verfall oder eine spätere Verschlechterung der Medikation eintreten. Die vorbereitete Medikation muss mit der später gegebenen Medikation quantitativ und qualitativ, im Sinne einer Statusgarantie, übereinstimmen, da ansonsten ein unnötiges Gefährdungsrisiko für den Patienten eintreten würde.

Dabei ist sicher bei der Medikationsvorbereitung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim zu unterscheiden. Die auf eine Woche angelegte patientenbezogene Verblisterung von Medikamenten im Pflegeheimbereich ist nicht zu beanstanden (28).

Bedenklich ist, dass schichtübergreifend in Einrichtungen die Medikation vorbereitet wird. Die Medikation sollte zeitlich nah zur Gabe beim Patienten in der Schicht vorbereitet werden. Das Argument, dass der Nachtdienst zur Entlastung des Tagesdienstes die Medikation für den Patienten vorbereiten könne, ist insoweit haftungsrechtlich bedenklich, da zwischenzeitlich Veränderung und

Verschlechterung einer Medikation eintreten kann (29) und eine zusätzliche Statuskontrolle der vorbereiteten Medikation erfolgen muss.

### **Die Gabe der Medikation**

Wer letztendlich die Medikation dem Patienten gibt oder appliziert, hängt zum einen vom Charakter der Medikation und den mit ihr verbundenen Gefährdungscharakter ab. Eine oral einzunehmende Medikation kann sicherlich von nachrangigen Mitarbeitern gegeben werden. Eine Medikation, die das Beherrschen qualifizierter anerkannter Arbeitstechniken verlangt, wie die Injektionstechnik nach Hochstetter, kann sicherlich nur entsprechend ausgebildeten, das heißt, hinreichend materiell qualifizierten Mitarbeitern übertragen werden.

### **Der Verbrauch der Medikation beim Patienten**

Hinsichtlich des Verbrauchs, beziehungsweise der Kontrolle des Verbrauchs beim Patienten, ist auf die Eigenständigkeit des Patienten im Einzelfall abzustellen. Der Patient ist teilweise in der Lage, einen vor-gegebenen Medikationsrahmen im zeitlichen Rhythmus von morgens, mittags und abends auszulösen und zu erfüllen. Andererseits ist im Einzelfall ein Patient aufgrund seines Zustandes, körperlicher Schwäche oder aber einer Desorientierung, wie Demenz, nicht in der Lage, eigenverantwortlich den Verbrauch und die Kontrolle des Verbrauchs zu organisieren. Insoweit sind entsprechende Hilfestellungen auszulösen und ihre Wirksamkeit zu überwachen (30).

### **Die Überwachung der Auswirkung der Medikation**

Gerade im Bereich der Medikation ist eine begleitende Überwachung des Patienten von der Rechtsprechung immer wieder verlangt worden, da der Charakter der Medikationsgabe und ihrer patientenbezogenen Wirkung prozesshaft angelegt ist und begleitend zu kontrollieren ist. Die Medikationswirkung führt immer wieder zu einer mehr oder weniger starken Komplikationsdichte und -wahrscheinlichkeit (31) auf Grund einer allergischen oder sonst wie gearteten Reaktion beim Patienten. Die

Auswirkung ist durch begleitende Beobachtung, Kommunikation und intervenierendes Handeln im Einzelfall zu beherrschen.

Allerdings kann eine lückenlose Überwachung des Patienten bereits objektiv im Krankenhaus, schon gar nicht im Bereich Heim und ambulanter Pflege, immer geleistet werden. Dabei ist bei einer, auf vertrauensvolle Zusammenarbeit ausgehende Behandlung eine soziale Kontrolle des Patienten im Einzelfall wenig sinnvoll. Dort, wo keine Zusammenarbeit möglich ist, beispielsweise bei einer medizinischen Zwangsbehandlung, ist eine Kontrolle unerlässlich.

### **Die Kontrolle nicht durchgeführter Medikation-Retourveranlassung**

Dem nichtärztlichen Mitarbeiter obliegt aufgrund seiner stärkeren sozialen Nähe die Kontrolle des nichterfolgten Medikationsverbrauchs. Er hat in soweit den Patienten zu kontrollieren und auch entsprechend zu befragen. Dort, wo zum Beispiel der Patient in eine eigenständige Medikation ausweicht und die ärztlich verordnete Medikation ablehnt, ist sicherzustellen, dass kein Missbrauch der ärztlichen Medikation (Suizidvorbereitung usw.) erfolgt (32). Die Sicherheit des suizidgefährdeten Patienten ist immer höchstes Gebot. Unter allgemeine Kontrollen fällt auch die Medikamentennachschaue bei suizidal gefährdeten Patienten (33). Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass, beispielsweise im Bereich der nichtverbrauchten Psychopharmaka (34), ein ordnungsgemäßer Rücklauf oder eine ordnungsgemäße Dokumentation der Verwerfung nicht verbrauchter Psychopharmaka gemäß den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt (35).

### **Das Verbot der Bedarfsmedikation**

Das Verbot der Bedarfsmedikation im Bereich der Durchführungsverantwortung bedeutet, dass der Arzt verpflichtet ist, aufgrund seiner diagnostischen und therapeutischen Wertung, Medikation quantitativ und qualitativ hinreichend bestimmt zu definieren, Der sogenannte "*Bedarf*" des Patienten darf nicht "unbestimmt" sein, sondern muss regelmäßig die Definition einer auslösenden oder aufschiebenden

Medikationsbedingung im ärztlichen Anordnungs- oder Verordnungsverhalten zur Voraussetzung haben.

Unbestimmte Rechtsbegriffe, wie "bei Unruhe", "bei Schmerzen", "bei Schlafstörungen", "bei Angstzuständen", sind nicht zulässig. Es hat eine quantitative und qualitative Einschränkung im Sinne einer definitorischen Einschränkung von "Unruhe", von "Schmerzen", von "Angstzuständen" und "Schlafstörungen" zu erfolgen. Die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe entbindet den Arzt nicht, im Sinne der Faustregel "Wenn - dann" eine hinreichend genaue Bedarfssituation festzulegen.

Der Arzt ist immer verpflichtet, eine so genannte "*Wenn - dann*"-Ausführungsdefinition zu leisten. Die Vorgabe eines Medikationsrahmens und dessen beliebige Ausfüllung durch die Pflegekraft ist nicht zulässig, da der Pflegekraft keine diagnostische und therapeutische Kompetenz zusteht (36).

Eine Ausnahme kann für die Medikation im Alltagsverbrauch, wie die Aspiringabe, denkbar sein. Dort, wo eine Selbstmedikation des Patienten in seinem Alltag außerhalb des Bereichs verschreibungspflichtiger Medikamente stattfindet, wäre auch die durch die Pflegekraft erfolgte Medikamentengabe als rechtlich unbedenklich zu bezeichnen, wenn ein entsprechende Anknüpfungstatbestand gegeben wäre. Der Pflegekraft steht nur im Notfall eine Kompetenz für das Ob, Wie und Wann einer Medikation zu. Der Notfall ist mit drohendem Schadenseintritt und Unerreichbarkeit eines Arztes, Unabkömlichkeit eines Arztes, und Unmöglichkeit anderweitiger ärztlicher Hilfe, zu definieren.

Die patientenbezogene Kontrollverantwortung bedeutet wesentlich die Überprüfung und begleitende Beobachtung des Patientenstatus im Hinblick auf mögliche Kausalverläufe, die in ihrer Folgequalität zu beherrschen sind. Die Rechtsprechung rügt in diesem Bereich, insbesondere vor dem Hintergrund der verbotenen Bedarfsmedikation, immer wieder den Umstand einer eintretenden Übermedikation, nachdem auch insoweit die Wirkung der Medikation, je nach Qualität des beteiligten Patienten, unreflektiert erfolgt.

Die Rechtsprechung rügt, zum Beispiel im Bereich des Alterspatienten, eine eintretende Übermedikation vor dem Hintergrund unverhältnismäßiger Ruhigstellung und rügt den damit verbundenen Tatbestand der schweren Körperverletzung.

Gleichzeitig weist die Rechtsprechung (37) auf verstärkte Sturzgefahren als notwendige Folgewirkung einer Medikation hin.

Auch sonstige Folgewirkungen der Medikation entbinden den einzelnen Arzt und die beteiligte Pflegekraft nicht davon, zu prüfen, wie konkret das jeweilige Medikament sich patientenbezogen auswirkt (38). Der sedierte Patient darf sich nicht erbrechen, oder an Erbrochenem ersticken. Insbesondere sind auch mit der Medikationsgabe verbundene Infektionsrisiken zu vermeiden. Gerade die begleitende Kontrolle medikamentöser Versorgung, wie in der Psychiatrie und im gerontopsychiatrischen Bereich, zeigt, dass vor dem Hintergrund der beteiligten Rechtsgüter des Patienten (Leib, Leben, Gesundheit, Selbstbestimmungsrecht) die nachträgliche Wirkungskontrolle der Medikationsgabe beim Patienten unerlässlich ist.

### **Das Verbot der Ferndiagnose und Ferntherapie**

Im Bereich der Medikation ist immer wieder zu beachten, dass der Arzt sich aus ärztlicher Sicht auf die laienhafte patientenbezogene Parallelwertung der Pflegekraft vor Ort verlässt.

Dies ist sachlich unter Umständen nicht richtig, da gemäß § 613 BGB der Arzt verpflichtet ist, seine ärztlichen Leistungen im Zweifel höchst persönlich zu erbringen. Hierzu gehört die diagnostische und therapeutische Wertung durch den Arzt. Dies bedeutet, dass der Arzt verpflichtet ist, die Medikation vor dem Hintergrund seiner eigenen Präsenz und seiner eigenen Überzeugungsbildung zu veranlassen. Die räumliche und sachliche Distanz zum Patienten im Bereich der Ferndiagnose und Ferntherapie lässt unnötige Risiken beim Patienten entstehen, da die vorläufige Bewertung durch die Pflegekraft eine ärztliche Bewertung nicht ersetzt. Hinzu tritt, dass lediglich eine eingeschränkte Interventionsmöglichkeit bei gegebener Arztferne im ambulanten Bereich vorliegt (39).

### **Die Medikation als Problem der Delegationsfähigkeit**

Die Medikation kann nur dann auf die untergeordnete Pflegekraft delegiert werden, wenn eine Delegationsfähigkeit besteht. In der Delegation der Medikation auf nichtärztlicher Mitarbeiter ist nicht so ohne Weiteres ein Behandlungsfehler anzunehmen (40).

Die Rechtsprechung verlangt mit dem Begriff der Delegationsfähigkeit den Nachweis des tatsächlichen Könnens und Wissens, das heißt, die im Einzelfall nachgewiesene Beherrschung des gesamten prozessualen Geschehens von Maßnahme, ausgelöstem Kausalverlauf und drohender Komplikationsdichte und Komplikationswahrscheinlichkeit.

Ansonsten ist nach der Vermutungsregel des § 613 BGB zu verfahren und im Einzelfall im Zweifel ein Delegationsverbot anzunehmen. Dies ist bei Krankenpflegehelfern/-schülern im selbständigen Arbeitseinsatz bei intramuskulären und intravenösen Gaben anzunehmen (41).

### **Die Medikation als Problem der Delegationszulässigkeit**

Neben dem vorbezeichneten tatsächlichen Wissen und Können eines nichtärztlichen Mitarbeiters ist darüber hinaus der vom jeweiligen Träger gemäß § 315 BGB definierte Handlungsrahmen zu beachten, da in der Regel die Träger stationärer und ambulanter Pflege allgemeine Dienstanweisungen im Bereich der Medikation, wie bei Injektion, Infusion, vorhalten. Solche Dienstanweisungen sind gemäß § 315 BGB im Rahmen der Gehorsamspflicht des nichtärztlichen Mitarbeiters rechtlich beachtlich, da der Träger die Beachtung der Gehorsamspflicht einfordern kann.

### **Die Medikation und das Problem des Delegationsverbotes**

Daneben hat der nichtärztliche Mitarbeiter zu bedenken, dass ein so genannter *"Arztvorbehalt"* entstehen kann. Unter Arztvorbehalt ist die Medikation zu verstehen, die ausschließlich in der Gabe wegen ihrer akuten Komplikationswahrscheinlichkeit dem Arzt vorbehalten bleibt. Es gilt die Faustregel, dass "je gefährlicher eine Medikation oder ihre Applikationsart ist, umso weniger die Pflegekraft selbst die Durchführung der Medikation oder Applikation übernehmen darf" (42).

## **Die Kontrollverantwortung**

### Begriffliches

Die Kontrollverantwortung bezieht sich auf verschiedene Problemfelder in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und nichtärztlichem Mitarbeiter. Dabei gibt es Problemfelder, die der einzelnen Berufsgruppe zugeordnet sind.

### Die Arbeitsteilung von Arzt und nichtärztlichem Mitarbeiter

Grundsätzlich hat der Arzt zu kontrollieren, ob die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter für den Arzt zur Durchführung beim Patienten vorbereitete Medikation ordnungsgemäß vorbereitet ist, bevor die beim Patienten appliziert wird (43). Die Grundsätze der vertikalen Arbeitsteilung, nämlich Eigenverantwortlichkeit, Vertrauensgrundsatz und Grundsatz der kollegialen Zusammenarbeit entbinden den Arzt nicht von seiner diesbezüglichen Verantwortung.

### Die Lagerungskontrolle der Medikation

Die Medikation ist so zu lagern, dass eine Vorratshaltung arbeitsökonomisch und auch wirtschaftlich bewältigt wird. Insoweit ist grundlegend auf den Aufsatz von Leschik und die von ihm entwickelte Vorratsformel zu verweisen (44). Gleichzeitig sind Mengen- und Bedenklichkeitskontrollen halbjährlich durchzuführen. Angaben von Aufbrauchsfristen von Arzneimitteln sind zwingend zu beachten (45).

### Zugangskontrolle

Hinsichtlich der personellen Zugangseröffnung zum "Arzneimittelschrank oder Giftschrank" sind unterschiedliche Kontrollqualitäten zu beachten, nachdem es Medikationen gibt, die allgemein zugänglich sein können, im Übrigen aber jedoch eine Medikation verstärkter Kontrolle unterliegt (46). Dies ist beispielsweise im

Bereich der Psychopharmaka ohne weiteres einsichtig. Es ist daher zu empfehlen, dass die Zugangskontrolle personalisiert wird und nur bestimmten Pflegekräften mit Vorgesetztenstatus überlassen bleibt (47).

Gerade die immer wieder auftretenden Medikamentendiebstähle haben es notwendig gemacht, dass durch die Personalisierung von Verantwortung und Zuständigkeiten die Verantwortlichkeiten besser eingegrenzt werden können, so dass auch in diesem Bereich eine verstärkte Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zum Tragen kommt.

Darüber hinaus wird auch der Zugriff Nichtberechtigter verhindert. Dies muss zum einen dadurch geschehen, dass ein Zugriff auf den Arzneimittelschrank genauso wenig nicht berechtigt erfolgt, wie auf die für die Nachtwache vorbereitete Medikation. Wie der Träger dies im Einzelnen sicherstellt, bleibt seine Entscheidung. Entscheidend ist, dass er diese Sicherstellung zu leisten hat (48).

#### Verbrauchskontrolle beim Patienten

Ob eine Verbrauchskontrolle beim Patienten stattzufinden hat, hängt von der Selbstverantwortlichkeit des Patienten ab. So hat beispielsweise das Landgericht Hamburg eine Einrichtung zur sozialen und medizinischen, auch psychiatrischen Rehabilitation nicht zur lückenlosen Überwachung der Einnahme von Medikamenten verpflichtet. Trotz Alkoholmissbrauch und Schmerzmittelabhängigkeit, und den damit verbundenen psychischen Problemen einer Wohngemeinschaft, wurde die Eigenverantwortlichkeit der Patienten durch das Landgericht Hamburg hervorgehoben (49).

Das Landgericht Hamburg differenziert wesentlich nach dem Aufenthaltsort des Patienten und kommt zum Schluss, dass im Krankenhaus eher eine lückenlose Überwachung anzunehmen sei, als im Bereich des betreuten Wohnens. Im Bereich des betreuten Wohnens sei eine Einrichtung nicht verpflichtet, die Patientin permanent zu überwachen, ob sie die ihr ausgehändigten Medikamente auch einnehme und nicht ansammle.

#### Die Kommunikationsverantwortung

Die Kommunikationsverantwortung im Bereich der Medikation ist gegenläufig zwischen den Diensten angelegt. Der Arzt hat die Pflegekraft genauso richtig, rechtzeitig und vollständig zu unterrichten, wie die Pflegekraft ihrerseits bei Auffälligkeiten, Unklarheiten und Besonderheiten im Medikations- und Patientenbereich den Arzt zu unterrichten hat. Insbesondere die Medikationsdurchführung und die patientenbezogene Verbrauchskontrolle unterliegen jedenfalls dort einer verstärkten Kommunikationspflicht, wo der Patient nicht eigenverantwortlich handeln kann.

Im Bereich festgestellter oder zu erwartender Unverträglichkeit folgt aus der Pflicht zur Beobachtung und Betreuung die Pflicht zur unverzüglichen Unterrichtung des Arztes, die ohne schuldhaftes Zögern gemäß § 121 BGB zu erfolgen hat.

Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Arzt und nichtärztlichem Mitarbeiter ist festzuhalten, dass nach dem "Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit" zu verfahren ist. Es geht nicht an, dass einer der Beteiligten arbeitsteilige Kommunikationsstörungen auslöst, die sich zu Lasten des Patienten auswirken. Beide Berufsgruppen, sowohl der Arzt wie auch der nichtärztliche Mitarbeiter, müssen daran interessiert sein, dass keine unnötige, vermeidbare Gefährdung beim Patienten entsteht (50).

Vor dem Hintergrund der Grundsätze der vertikalen Arbeitsteilung ist daher festzuhalten, dass grundsätzlich der Mitarbeiter sich darauf verlassen darf, dass der Arzt richtige Anordnungen erteilt. Ein diesbezüglich hergestellter Vertrauenstatbestand wäre nur offenkundigen Fehlern und begründeten Zweifeln erschüttert. Solche Fehler beziehungsweise Zweifel hätten die Pflicht zur Folge, dass der nichtärztliche Mitarbeiter unverzüglich remonstriert, oder vor der Medikationsgabe eine Arbeitsverweigerung herbeiführt, da die Arbeitsverweigerung als Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zu verstehen ist.

*Im übrigen sind folgende Konstellationen denkbar:*

- Richtige Anordnung/Verordnung trifft auf falsche Durchführung.
- Falsche Anordnung/Verordnung trifft auf "richtige" Durchführung.
- Falsche Anordnung/Verordnung trifft auf falsche Durchführung.
- Richtige Anordnung/Verordnung trifft auf richtige Durchführung.

Die drei ersten Konstellationen lösen, im Gegensatz zur vierten Konstellation, eine Haftungsbeteiligung des Arztes, beziehungsweise der nachgeordneten nichtärztlichen Mitarbeiter aus. In der Regel hat der nicht-ärztliche Mitarbeiter keine eigenständige Kontrollpflicht gegenüber dem Arzt. Wo sich jedoch offenkundige Fehler oder begründete Zweifel regelrecht aufdrängen, trifft auch den pflegerischen Mitarbeiter ein verschuldeter Tatbeitrag (51).

Der pflegerische Mitarbeiter, im Bereich der Konstellation Ziff. 2 nach falscher ärztlicher Anordnung/Verordnung, muss sich jedoch fragen lassen, in wieweit er diese fehlerhafte Medikation hätte erkennen müssen oder erkennen können. Die Pflegekraft hat unter Beachtung ihrer Pflicht zur ständigen, allgemeinen und besonderen Krankenbeobachtung nach den allgemeinen Informations- und Remonstrationsgrundsätzen den zuständigen Arzt richtig, vollständig und unverzüglich zu informieren, damit die Intervention des Arztes patientenbezogen veranlasst werden kann (52). Dass vor dem Hintergrund gegebener Arztnähe und möglicher Arztferne im Krankenhaus, beziehungsweise im stationären und ambulanten Altenpflegebereich, sich modifizierte Kontrollverantwortungen ergeben, versteht sich von selbst (53).

### Die Dokumentationsverantwortung des Arztes

Diese Verantwortung bedeutet, dass der Arzt nach den allgemeinen Grundsätzen seine ärztliche Leistung selbst zu dokumentieren hat. Dies heißt, dass der Arzt nach erfolgter Arbeitsleistung diese Arbeitsleistung

eigenhändig unter Beachtung des Wesentlichkeitsgrundsatzes zu dokumentieren hat (54). Im Fall des Arztes ergibt sich jedoch die Besonderheit, dass der Arzt zwar eigenhändig dokumentieren müsste, allerdings die Möglichkeit hat, eigenverantwortlich dokumentieren lassen kann, sofern er die "fremde Dokumentations-leistung" der Pflegekraft durch seine Gegenzeichnung bestätigt. Die Dokumentationsleistung des Arztes ist also einer Delegation fähig (55).

Die Gegenzeichnung des Arztes bezieht sich immer als retrospektive, qualitätssichernde und qualitäts-kontrollierende Maßnahme auf das eigene Anordnungs- beziehungsweise Verordnungsverhalten. Gleichzeitig bezieht sie sich

auf das Durchführungsverhalten der beteiligten Pflegekraft und ist daher ebenfalls insoweit als qualitätssichernd und -kontrollierend einzustufen. Daneben dient die Gegenzeichnung dem Leistungsnachweis durchgeführter und kontrollierter Arbeit. Des Weiteren stellt die Gegenzeichnung für die beteiligten Pflegekräfte einen Vertrauenstatbestand her, da die pflegerische Arbeitsleistung in ihrer Durchführungsqualität durch den Arzt nach erfolgter Gegenzeichnung bestätigt wird (56).

Nicht zu vergessen ist der Umstand, dass ein kontrollierter Arbeitsvorgang dem Patienten im Haftungsfall eine gesteigerte Beweis- und Darlegungslast zuweist, weil der Patient für die angebliche Fehlerhaftigkeit von ärztlichen und nichtärztlichen Handeln beweis- und darlegungsverpflichtet ist (57). Ein diesbezüglich vorzulegender glaubwürdig dokumentierter Arbeitsvorgang hat eine haftungsrechtliche Entlastung zur Folge, da die Gegenzeichnung, aufgrund ihres Urkundscharakters, ebenfalls die Wirkung der Richtigkeit und Vollständigkeit für sich reklamieren kann (58).

### **Die Dokumentationsverantwortung der Pflegekraft**

Die Pflegekraft hat im Bereich der Medikation eigenhändig zu dokumentieren. Die Dokumentationsleistung bezieht sich darauf, dass sie den anordnenden, beziehungsweise verordnenden Arzt, und die durchgeführte Medikation patientenbezogen richtig, vollständig, zeitlich nah und zeitlich kontinuierlich darzustellen hat. Dies bedeutet, dass die sogenannten "*W-Fragen*" zu beantworten sind, nämlich:

*Wer hat die Medikation veranlasst  
und wann, wo, wie, wie lange durchgeführt.*

Die Medikation als solche muss erkennbar sein (59). Dass die Dokumentation einer Medikation retrospektiv zu sein hat, versteht sich von selbst (60). Reservierungseintragungen sind für die Zukunft im Bereich der Medikationsplanung nur zulässig. Die eigentliche Dokumentation hat im Nachhinein mit dokumentationsrechtem Material zu erfolgen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Reservierungseintragungen nicht mit dokumentationsrechtem Material vorgenommen werden dürfen, da sie prospektiven Charakter haben. Dass eine Medikation einer Dokumentationserleichterung bei standardisierter Medikation zugänglich ist, dürfte

kein Problem aufwerfen. Versorgungsstandards im Medikationsbereich lassen eine Typisierung von Versorgungssituationen, wie im nachoperativen Bereich, im Bereich ambulanter Versorgung oder in der Psychiatrie, zu (61). In soweit sind die üblichen Grundsätze zur Standardentwicklung auch im Bereich der Medikation zu beachten.

Diese Grundsätze sind:

*Entwicklung von Standards im Bereich der Medikation.*  
*Definition von Standards im Bereich der Medikation.*  
*Umsetzung von Standards im Bereich der Medikation.*  
*Kontrolle der Standards im Bereich der Medikation.*  
*Inhaltliche Fortschreibung des Standards im Bereich der Medikation (62).*

### **Die Dokumentationsverantwortung im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen**

Im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen ist die Medikation als notwendiges Instrument der Behandlung, Versorgung und Betreuung des zu sedierenden Patienten darzustellen. Insbesondere ist ein Begründungszwang dahingehend zu beachten, dass mögliche alternative Maßnahmen dargestellt werden müssen (63). Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bedeutet, dass Medikation angemessen, notwendig und geeignet unter Beachtung einer Zweck- oder Mittelrelation einzusetzen sind. Soweit andere Mittel zum Einsatz gelangen können, wäre eine Dokumentationsleistung relevant und müssten eine eigenständige Dokumentation erfahren (64). Insoweit ist beispielhaft auf den bei Klie/Stascheit zitierten Fixierungserlass eines psychiatrischen Landes-krankenhauses in Niedersachsen zu verweisen (65). Dort wird ausdrücklich dargestellt, dass das "Warum" und das "Wie" der durchzuführenden sedierenden Maßnahmen einen besonderen dokumentarischen Begründungszwang auslöst (66). Dies ist inhaltlich nicht zu beanstanden, da die Sedierung in Freiheitsrechte des Patienten beziehungsweise Heimbewohners eingreift und dieser Eingriff besonderen rechtlichen Anforderungen genügen muss (67).

### **Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten**

## Grundsätzliche Vorgaben

Der Patient ist prinzipiell als Subjekt eines Behandlungsvorganges, und nicht als Objekt zu sehen. Das heißt, dass der über seine natürliche Einsichtsfähigkeit verfügende Patient und Heimbewohner bei gegebener körperlicher Handlungs- und Steuerungsfähigkeit als eigenverantwortlich auch im Bereich der Medikationsgabe, -einnahme und ihre Verwahrung durch Selbstorganisation angesehen werden kann (68).

### **Die freiwillige Medikation**

Die freiwillige Medikation orientiert sich an der Einsichtsfähigkeit des handlungsfähigen und steuerungs-fähigen Patienten. Die freiwillige Medikation verlangt die Aufklärung des Patienten. Die Aufklärung des Patienten erfolgt nach den allgemeinen Grundsätzen. Diese setzen voraus, dass Aufklärung richtig, vollständig und rechtzeitig erfolgt. Die Aufklärungs-kompetenz liegt alleine beim Arzt, da Pflegekräfte keine Aufklärungs-kompetenz besitzen (69). Sie gebietet eine Information über alle einschlägigen Punkte, die für einen vernünftigen Patienten von Bedeutung sein können, oder erkennbar für den betroffenen Patienten von Interesse sind. Das betrifft auch alternative Möglichkeiten und Risiken einer medikamentösen Behandlung, insbesondere die unterschiedliche Wirkung eines Medikaments.

Eine Medikation ist nur zulässig, wenn nach erfolgter Aufklärung eine Einwilligung des Patienten ausgelöst wird. Die Einwilligung bedarf keiner Form und ist in schriftlicher, mündlicher oder schlüssiger Qualität rechtlich verbindlich (70). Das Schweigen des Patienten als schlüssiges Verhalten kann durchaus als Einwilligung gewertet werden. Dies setzt jedoch in der Regel voraus, dass der Patient im Rahmen seiner laienhaften Parallelwertung über die Wirkungsweise der Medikation Bescheid weiß. Die genaue chemische Zusammensetzung einer Medikation ist für den Patienten vom Wissensstand her entbehrlich. Die Indikation und Kontraindikationslagen sind demgegenüber jedoch wiederum für den Patienten beachtlich.

### **Die "unfreiwillige" Medikation**

Eine so genannte "verdeckte Medikation" zugunsten des Patienten ist nicht zulässig, auch wenn diese Medikation die Befindlichkeit des Patienten möglicherweise objektiv verbessert (71). Die gegen den Willen des Patienten verabreichte verdeckte Medikation stellt einen Täuschungsvorgang dar. Dies gilt auch für den so genannten "Placebo-Gaben". Beide Gaben sind eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff StGB.

### **Die Mitwirkungsverweigerung des Patienten**

Im Falle der Weigerung des Patienten, an der durchzuführenden Medikation mitzuwirken, hat der nichtärztliche Mitarbeiter dafür zu sorgen, dass eine umgehende Unterrichtung des Arztes erfolgt. Daneben hat der Mitarbeiter je nach Arztnähe und Arztferne eine Nachaufklärung durch den Arzt selbst auszulösen, beziehungsweise diese dem Patienten selbst zu leisten, damit dem Patienten mit aller Nachdrücklichkeit vor Augen geführt wird, welche Selbstgefährdung er im Falle unterlassener Medikation realisiert (72). Daneben hat der nichtärztliche Mitarbeiter seine Remonstrationsleistung hinsichtlich der fehlenden Einwilligung des Patienten, die fehlende Einwilligung und die Nachaufklärung des Patienten nach den allgemeinen Dokumentationsgrundsätzen richtig, vollständig und zeitlich nah zu dokumentieren. Der Arzt hat der fehlenden Bereitschaft des Patienten nachzugehen und Abhilfe zu schaffen im Bereich *der "non-compliance"* (73).

### **Die medikamentöse Zwangsbehandlung des Patienten**

Die medikamentöse Zwangsbehandlung des Patienten kann nach den *Unterbringungsgesetzen* beziehungsweise *Psych-Kranken-Gesetzen* erfolgen. Entscheidend ist der vom Arzt vorgegebene Anordnungsrahmen, der für den nichtärztlichen Mitarbeiter nach den oben bezeichneten Grundsätzen beachtlich ist (74). Weitere Ausführungen ersparen sich daher. Gerade die gesteigerte Personensorge für den Patienten oder Heimbewohner verbietet normalerweise die Medikation als Sedierungsinstrument ohne Genehmigung durch den erkennenden Richter, wenn die Sedierung in der Regel freiheitsentziehenden und nicht mehr freiheitsbeschränkenden Charakter hat (75). Die von der Rechtsprechung

entwickelten Abgrenzungskriterien zwischen Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung, wie Zeit, Zeitdauer und Intensitätscharakter, sind weiterhin ziemlich schwammig (76). Dadurch, dass die Medikation in der Regel das motorische Ausagieren des Patienten im psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich verunmöglicht, ist im Zweifel eine freiheitsentziehende Maßnahme anzunehmen, mit entsprechender Genehmigungspflicht durch das erkennende Vormundschaftsgericht. Eine sedierende Medikation darf auch in diesem Bereich nicht mehr aufrecht erhalten werden, wenn der Schutzzweck für den Patienten in anderer geeigneter Form erreicht werden kann (77). Die Sedierung darf nur erfolgen, soweit eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Sie muss sich als Mittel des geringstmöglichen Eingriffes darstellen, da Medikation im patientenbezogenen Einsatz nicht gegen das Übermaßverbot verstoßen darf (78).

### **Die Medikamentenverabreichung als sozialrechtliches Problem**

Mit der jüngeren Rechtsprechung im Bereich der ambulanten Versorgung des Patienten steht fest, dass es sich bei der im ambulanten Bereich stattfindenden Medikamentenverabreichung und Einnahmekontrolle um Behandlungspflege im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V handelt, die die Krankenkassen im verordneten und erbrachten Umfang zu ersetzen haben. Auf die Frage, ob die Medikamentenverabreichung und Einnahmekontrolle ausschließlich von fachlich qualifizierten Pflegekräften oder auch von Laien erbracht wird, kommt es nicht an (79). Bei der Medikamentenverabreichung, sowie bei der entsprechenden Einnahmeüberwachung, ist vom unbestrittenen Kernbereich der Behandlungspflege auszugehen. Die Krankenkasse ist daher verpflichtet, die notwendigen Kosten der Behandlungspflege im verordneten und erbrachten Umfang zu erstatten und die Patienten hiervon freizustellen. Die Frage, ob eine nicht vom Arzt zu erbringende Maßnahme der Krankenbehandlung unter dem Begriff der Behandlungspflege zu subsumieren ist, hängt nicht davon ab, ob sie ausschließlich von fachlich geschulten Pflegekräften oder auch von Laien erbracht werden kann. Entscheidend ist die Zuordnung zum Regelungsbereich des § 37 Abs. 2 SGB V (80). Entscheidend ist die Sicherung des notwendigen Patientenbeitrages zur ärztlichen Therapie. Bei der Verabreichung von Medikamenten, Kontrolle der Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten (81) handelt es sich nicht im Rahmen der Grundpflege zu

erbringenden Pflegedienstleistungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Nach § 37 Abs. 2 SGB V gehört die Sicherung des notwendigen Patientenbeitrages zur ärztlichen Therapie, Verabreichung von Medikamenten, Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (82) zur Behandlungspflege.

**Anmerkungen:**

Literatur über den Verfasser.

***Anschrift des Verfassers:***

*Heinz Sträßner, Rechtsanwalt  
Haußmannstraße 18,  
70188 Stuttgart*

***Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH***