



Kirstin Göttel

# Medikamenten- management in der ambulanten und stationären Altenpflege

Mehr Sicherheit für  
Pflegermitarbeiter und Patient

**EBOOK INSIDE**

 Springer

# Medikamentenmanagement in der ambulanten und stationären Altenpflege

Kirstin Göttel

# **Medikamenten- management in der ambulanten und stationären Altenpflege**

Mehr Sicherheit für Pflegemitarbeiter und Patient

Mit 25 Abbildungen und 71 Tabellen

 Springer

**Kirstin Göttel**  
Leipzig, Deutschland

ISBN 978-3-662-56345-8      ISBN 978-3-662-56346-5 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56346-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018  
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.  
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © printemps, stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature  
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

## Vorwort

---

Die Schritte des Medikamentenmanagements gehören zu den grundlegenden Tätigkeiten der Behandlungspflege einer pflegerischen Fachkraft. Um exakte Abläufe von der ärztlichen Anordnung der Arzneimittel bis zur Verabreichung zu garantieren, werden hierzu schon in der Ausbildung spezifische Kenntnisse vermittelt. Die Zielstellungen lauten dabei, professionelles Handeln durch den zukünftigen Pflegemitarbeiter sicherzustellen und jegliche Gefährdung für den Patienten zu vermeiden.

In den letzten Jahren konnte man allerdings auch beobachten, dass diese Tätigkeit zunehmend komplexer wird und sich mit ständigen Neuerungen und Entwicklungen auseinandersetzen muss. Medizinische und pharmakologische Forschungen beschäftigen sich verstärkt, besonders vor dem Hintergrund auffälliger Zahlen unerwünschter Arzneimittelereignisse, mit den Besonderheiten des Alterns und deren Einflussfaktoren auf die Medikation. Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Medikationsplanes ist dabei ein erster Schritt zur Vermeidung möglicher Risiken im Rahmen potenzieller Interaktionen bei sogenannter Polymedikation. Aber auch spezifische physiologische und pathologische Aspekte wurden aufgegriffen und hinsichtlich möglicher kritischer Ereignisse im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie näher betrachtet und zudem vollkommen neue Wirkstoffe entwickelt.

Für in der Altenpflege Tätige bedeutet dies, sich immer umfassendere Kenntnisse auf diesem Gebiet anzueignen, um den Anforderungen der Medikationssicherheit kompetent gegenüberstehen zu können – ein Anspruch, welcher auch durch den immer größer und kaum überschaubarer werdenden Generika-Markt schwer erfüllbar scheint. Hinzu kommen die Kriterien der entsprechenden Kontrollinstanzen, welche in der Qualitätsbewertung natürlich ebenfalls berücksichtigt werden müssen.

Das Buch soll dem Pflegepersonal der Altenpflege eine Unterstützung in ihrem fachlichen Handeln geben und insbesondere die Sicherheit des Patienten bzw. des Bewohners in den Fokus dieser verantwortungsvollen Tätigkeit des Medikationsprozesses rücken. Hierfür müssen rechtliche Vorgaben betrachtet werden, aber auch die korrekten Abläufe in der Übernahme der ärztlichen Anordnungen. Die Dokumentation muss allen gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben entsprechen und hinsichtlich einwandfreier Formulierungen und Aktualität stetig überprüft werden. Nur so können die darauffolgende Vorbereitung der Medikamente und deren Verabreichung exakt erfolgen und potenzielle Medikationsfehler werden vermieden. Besondere Situationen und Begleitumstände der altenpflegerischen Betreuung erfordern zusätzlich eine spezifische Wahrnehmung und Beobachtung, um

Symptome von Wechselwirkungen, Überdosierungen oder Vergiftungen rechtzeitig zu erkennen.

Vielfältige Bereiche des Medikamentenmanagements liegen also in pflegerischer Verantwortung und sollten dementsprechend sorgsam geplant und umgesetzt werden können, um die Gesundheit der Bewohner nicht zu gefährden, ihren Bedürfnissen zu entsprechen und gleichzeitig dem hohen Qualitätsanspruch der pflegerischen Verantwortung zu genügen.

Ich hoffe, mit diesem Buch allen Pflegemitarbeitern ein sinnvolles Nachschlagewerk ein die Hand geben zu können, welches den Praxisalltag im Rahmen der medikamentösen Versorgung etwas erleichtern kann und hilft, individuelle Abläufe und Standards für die eigene Einrichtung zu verbessern oder aber neu zu entwickeln. Schön wäre es zudem, wenn beschriebene Fallsituationen und praktische Beispiele helfen, Zusammenhänge zwischen der ärztlichen Anordnung einer Medikation, deren möglichen Wechselwirkungen bzw. Einflussfaktoren der Einnahme zu erkennen und dadurch Risiken für den Pflegebedürftigen frühzeitig auszuschließen. Im Idealfall könnten Standards der Einrichtungen auch mittels formulierter Checklisten, Beratungs- und Evaluationsbögen optimiert werden und folglich ein adäquates Medikamentenmanagement zum Wohle des Patienten und Bewohners entstehen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in allen Inhalten auf die spezifische Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht und sind zufällig gewählt.

Bei der Entstehung dieses Buches gilt meine besondere Dankbarkeit den vielen Hinweisen und Berichten aus der Altenpflegerischen Praxis. Ohne diese fachliche Unterstützung wäre sicherlich einiges unerwähnt geblieben.

Außerdem möchte ich mich bei all jenen bedanken, welche mir beim Schreiben stetig den Rücken frei- und den Kaffee bereithielten. Ich werde mich ganz sicher revanchieren.

**Kirstin Göttel**

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen zur Durchführung der Medikamentengabe</b> .....	1
1.1	Die ärztliche Anordnung .....	2
1.2	Durchführungsverantwortung und Remonstrationspflicht des Pflegepersonals .....	9
1.3	Vorgaben der Heimaufsicht und des MDS .....	14
1.4	Mitarbeiterschulung und Verfahrensanweisung .....	19
1.5	Bundeseinheitlicher Medikationsplan .....	24
1.6	Zusammenarbeit mit Apotheken und Medikationsanalyse .....	28
	Literatur .....	34
2	<b>Übernahme der Medikamentenversorgung</b> .....	37
2.1	Medikamente dokumentieren .....	38
2.2	Medikamente bestellen .....	48
2.3	Medikamente vorbereiten und stellen .....	52
2.4	Medikamente verabreichen .....	68
2.5	Medikamentensicherheit erhöhen .....	82
	Literatur .....	91
3	<b>Arzneimittelinteraktionen – Nebenwirkungen und Wechselwirkungen</b> .....	93
3.1	Begriffsdefinitionen .....	94
3.2	Wechselwirkungen bei Polypharmazie und geriatrischen Besonderheiten .....	100
3.3	Wechselwirkungen mit Nahrungsmitteln .....	118
3.4	Wechselwirkungen mit Genussmitteln .....	125
3.5	Nebenwirkungen bei der Veränderung von Arzneimitteln (z. B. Mörsern) .....	130
3.6	Vergiftungen und andere Notfälle .....	137
	Literatur .....	154
4	<b>Medikamente aufbewahren – Aufbewahrungsfristen und Entsorgung</b> .....	157
4.1	Haltbarkeit und Aufbewahrungsfristen .....	158
4.2	Aufbewahrung und Lagerung .....	165
4.3	Entsorgung von Medikamenten .....	176
	Literatur .....	181
	<b>Serviceteil</b> .....	183
	<b>Anhang: Medikationspläne und Checklisten zum Ausfüllen und Bearbeiten</b> .....	184
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	205



# Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen zur Durchführung der Medikamentengabe

- 1.1 Die ärztliche Anordnung – 2
- 1.2 Durchführungsverantwortung und Remonstrationspflicht des Pflegepersonals – 9
- 1.3 Vorgaben der Heimaufsicht und des MDS – 14
- 1.4 Mitarbeiterschulung und Verfahrensanweisung – 19
- 1.5 Bundeseinheitlicher Medikationsplan – 24
- 1.6 Zusammenarbeit mit Apotheken und Medikationsanalyse – 28
- Literatur – 34



Dieses Kapitel widmet sich den qualitativen Voraussetzungen des Medikamentenmanagements. Es werden Inhalte der ärztlichen Anweisung geklärt und hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen analysiert. Die gesetzlich verankerte Verantwortung des Pflegepersonals wird in Verbindung mit den unterschiedlichen Qualifikationen betrachtet und greift Merkmale zur Remonstrationspflicht auf. Kriterien der Kontrollinstanzen zur Bewertung der Qualität der medikamentösen Versorgung werden beschrieben und Inhalte der Abrechnungsprüfung im ambulanten Bereich vorgestellt. Zur Umsetzung eines fachgerechten Medikationsmanagements gehören Schulungen des Fachpersonals und Verfahrensanweisungen zur Absicherung standardisierter Abläufe. Entsprechende Inhalte, Protokolle und Checklisten werden praxisnah präsentiert. Im Hinblick auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit werden sowohl der Bundeseinheitliche Medikationsplan als auch perspektivische Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Apotheken und Ärzten erläutert.

## 1.1 Die ärztliche Anordnung

---

Für jede ärztliche Anordnung trägt der verordnende Arzt die sogenannte Führungs- bzw. Anordnungsverantwortung. Das heißt, er ist verantwortlich für eine korrekte Wahl jeglicher therapeutischer Maßnahmen. Somit gehört auch die einwandfreie Bestimmung einzelner Medikationen im Zusammenhang mit der jeweils nötigen, patientenspezifischen Anweisungen zu seinem Aufgabengebiet und er haftet strafrechtlich und zivilrechtlich für die ordnungsgemäße Anordnung. Seine Anordnungen müssen im Regelfall schriftlich per Fax, rechtlich verbindlich mit Datum, Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes oder während eines Hausbesuches erfolgen. Die Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation ergibt sich u. a. aus der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Bundesärztekammer 2015) und Rechtsprechungen des Bundesgerichtshofes (BGH).

### ➤ **Ärztliche Anordnungen müssen grundsätzlich schriftlich in rechtssicherer Formulierung erfolgen.**

Die juristisch einwandfreie Verordnung von Medikamenten sollte zumindest Folgendes enthalten:

- Name des Versicherten und Geburtsdatum
- Name des verordnenden Arztes
- Anordnungsdatum
- Name des Arzneimittels
- Applikationsform
- Applikationsart und Konzentration
- Dosierung
- Häufigkeit und tageszeitliche Zuordnung
- Eventuelle zeitliche Begrenzung

**Praxistipp**

In der ambulanten und stationären Altenpflege hat es sich bewährt, ärztliche Anordnungen per Fax zu übermitteln. Auch diese sollten aber entsprechend vom Pflegepersonal in der Pflegedokumentation vermerkt werden, um einen Gesamtüberblick der Arzneimittel bei mehreren anordnenden Ärzten gewährleisten zu können.

Der folgende Medikationsplan (■ Tab. 1.1) einer beispielhaften Patientin würde, mit Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes, somit alle Anforderungen erfüllen. Zusätzlich und hilfreich sowohl für Patienten als auch für Pflegepersonal sind in diesem Beispiel Zuordnungen der Medikamentengruppen und Diagnosen. Im Alltag findet sich eine solche Verbindung eher selten auf den Aufstellungen, zumal es keine verpflichtende Aussage in der ärztlichen Anordnung ist.

Grundsätzlich scheinen die Inhalte der ärztlichen Verordnung also klar definiert, aber auch von ärztlicher Seite können sich falsche oder widersprüchliche Aussagen ergeben. Eine Rangliste möglicher Fehler auf der Verordnungsebene (■ Tab. 1.2) ergibt sich durch eine im Jahr 2006 durchgeführte Aktionswoche der Landesapothekerkammern und des Zentrums für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis (ZAPP), an der sich 1146 Apotheken beteiligten. Insgesamt konnten 10.427 arzneimittelbezogene Probleme nachgewiesen werden, wobei davon 54,7% der ärztlichen Verordnung zugeordnet wurden (Griese et al. 2006).

Erkennbar ist in dieser Übersicht eine Reihe von Problemfeldern, welche natürlich auch Schwierigkeiten in der pflegerischen Versorgung nach sich ziehen können. So können

■ Tab. 1.1 Ärztlicher Medikationsplan

Medikationsplan Frau Elisabeth Schmidt, geb. 24.10.1932. Angeordnet von: Dr. W. Meyer, Freiburgerstrasse 14, Tel. 563398				
Benperidol 10 mg/Tablette oral – Neuroleptika, Diagnose: starke Unruhe				
Ab dem 09.06.2017	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	5 mg 8.00	5 mg 12.00	5 mg 18.00	Keine
Cetirizin 10 mg/Tablette oral – Cetirizinhydrochlorid – Antiallergika, Diagnose: Unruhe				
Ab dem 09.06.2017	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	10 mg 8.00	Keine	Keine	Keine
Quetiapin 300 mg/Tablette oral – Neuroleptika, Diagnose: Paranoide Schizophrenie				
Ab dem 09.06.2017	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	Keine	Keine	Keine	300 mg 22.00
Quetiapin-ratio 400 mg/Tablette oral – Antidepressiva, Diagnose: Depression				
Ab dem 09.06.2017	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	Keine	Keine	400 mg 18.00	Keine

Tab. 1.2 Rangliste arzneimittelbezogener Probleme auf Verordnungsebene. (Griese et al. 2006)

Rangliste	Prozent	Problembeschreibung
1	17,4	Falsche Angaben auf dem Rezept
2	11,1	Unvollständig oder unleserlich ausgefülltes Rezept
3	8,7	Interaktionsmeldung bei zwei verordneten AM
4	3,0	Unzweckmäßige Packungsgröße
5	2,5	Kontraindikation/Anwendungsbeschränkung nicht berücksichtigt
6	2,3	Unzweckmäßige Darreichungsform und/oder Sondenapplikation
7	2,2	Doppel- oder Pseudodoppelverordnung
8	1,2	Falsche Dosierung
9	1,2	AM nicht verordnungsfähig/erstattungsfähig
10	0,9	Verordnung wurde vergessen und fehlende oder unzweckmäßige Applikationshilfen

falsch oder unleserlich ausgefüllte Rezepte die Ausführung der ärztlichen Versorgung verzögern und eine gesicherte Versorgungsstruktur für den Patienten behindern – Aspekte, welche in entsprechenden Verfahrensanweisungen Berücksichtigung finden müssen (► Abschn. 1.4). Auch beschriebene Doppelverordnungen, Kontraindikationen und Interaktionen sollten in Medikationsanalysen durch Apotheken oder geschultes Pflegepersonal einer kritischen Betrachtung unterliegen (► Abschn. 1.6).

Besondere Aspekte ergeben sich durch eine angeordnete Bedarfsmedikation. Hierbei sollten folgende Gesichtspunkte **zusätzlich** in der Verordnung Berücksichtigung finden:

- Genau definierter Bedarf
- Einzeldosierung und Maximaldosis innerhalb 24 Stunden
- Häufigkeit der Gabe/Abstand zwischen den Medikamentengaben

Der Begriff des genau definierbaren Bedarfs wirft in der Praxis viele Probleme auf. Nicht korrekt wäre:

» Novaminsulfon bei Schmerz 20 Tropfen, maximal 3-mal täglich

Es fehlen konkrete Umstände zur Verabreichung, da der Schmerz nicht näher definiert wurde (Knieschmerz, Kopfschmerz o. ä.); außerdem sind genaue Zeitabstände der Verabreichung nicht definiert. Das Pflegepersonal müsste in diesem Beispiel für seine eigene Handlungssicherheit und die Sicherheit des Bewohners eine Korrektur der Anordnung einfordern. Auch die Kontrollkriterien des MDS würden diese Form der Anordnung als nicht ausreichend definieren.

Relativ einfach gestaltet sich die schriftliche Fixierung des Bedarfsfalles bei objektiven Werten. Ein Medikament soll z. B. gegeben werden, wenn ein bestimmter Blutdruckwert erreicht ist:

- » Bei einem Blutdruckwert ab 170/100 mmHg orale Gabe von Tensobon comp. 25 mg (maximal 1-mal täglich) und viertelstündige Blutdruckkontrolle bis zur Senkung des Blutdruckwertes

Schwierigkeiten einer rechtssicheren Formulierung ergeben sich aber zumeist im Zusammenhang mit der Anordnung von Psychopharmaka:

- » 2 ml Risperidon (RISPERDAL®) bei Unruhe

Diese Anordnung wäre sehr kritisch zu bewerten. Der Begriff der Unruhe ist dabei sehr weit gefasst und die Pflegekraft wird subjektiv über den Einsatz der Bedarfsmedikation entscheiden können. Nicht immer kann dieser subjektive Blickwinkel aber objektiv begründet sein; zudem ist er von vielfältigen Faktoren der persönlichen Einschätzung abhängig. Bei eventuellen Folgeschäden kann das Pflegepersonal haftbar gemacht werden, da davon ausgegangen wird, dass die fachliche Bewertung des Einsatzes dieser Bedarfsmedikation durch das pflegerische Personal abgesichert ist.

Sinnvoll ist es also, Umstände zur Verabreichung von Bedarfsmedikationen im Bereich der Psychopharmaka so präzise wie möglich, im besten Fall gemeinsam mit dem zuständigen Arzt, auszuformulieren. Da zumeist das Pflegepersonal die spezielle Situation des Patienten kennt und weiß, wann die Bedarfsmedikation wirklich nötig ist, sollte hier eine individuelle Zusammenarbeit angestrebt werden.

#### Praxistipp

Hilfreiche Formulierungen können sein: „bei Laufunruhe, die länger als 30 Minuten anhält“; „bei direkter Gewalt gegenüber Mitbewohnern“; „wenn sich die Bewohnerin auch durch ablenkende Vorschläge nicht beruhigen lässt“.

Im Ausnahmefall können die Anweisungen auch telefonisch verfügt werden (VUG-Prinzip: vorgelesen und genehmigt). Auch dabei ist es notwendig, dass zeitnah eine schriftliche Anordnung eingefordert und von ärztlicher Seite nachgereicht und gegengezeichnet wird, um eine juristische Absicherung zu gewährleisten. Trotzdem bleibt diese Form der Anordnung bedenklich, da es leicht zu Übermittlungsfehlern kommen kann; vermeiden lässt es sich im Alltag der Pflegeeinrichtungen allerdings leider nicht. Wichtig ist für Pflegepersonen, während der telefonischen Anordnung eine weitere Person als Zeuge hinzuzuziehen und am Telefon die Lautsprecher anzustellen. Diese Maßnahme könnte im Bedarfsfall, falls keine weitere Person vor Ort ist, auch dazu dienen, die Aussagen des Arztes aufzunehmen. Der Arzt sollte natürlich darauf hingewiesen werden. Als Grundlage für eine medizinisch korrekte Anordnung sollte von der Pflegekraft möglichst genau die Situation des Patienten beschrieben werden, um dem Arzt eine fachliche Einschätzung zu ermöglichen. Ist die Anordnung dann getroffen worden, sollte die Pflegeperson den Wortlaut möglichst detailliert wiederholen und nach Bestätigung der Aussagen die Anordnung und den Zeitpunkt der Entgegennahme dokumentieren.

Das Beispiel in  Abb. 1.1 soll die möglichen Abläufe verdeutlichen.

1

Guten Tag Herr Doktor Maier! Ich rufe an, weil unsere Bewohnerin Frau Schneider einen Blutzuckerwert von nur 55 mg/dl hat und laut ärztlicher Anordnung nun 16 Einheiten Insulin bekäme. Normalerweise liegt ihr Wert zwischen 140 und 160 mg/dl. Der Bewohnerin geht es gut und sie zeigt keinerlei Symptome. Sie gibt an, heute sehr wenig gegessen zu haben und sie war wohl bei diesem schönen Wetter drei Stunden im Park mit ihrer Tochter spazieren. Die Insulineinheiten erscheinen mir nun sehr hoch...“

„Hallo Frau Schulz! Ja, das sehe ich auch so. Die Insulingabe kann bei diesem Wert momentan nicht durchgeführt werden. Wahrscheinlich hat sich Ihre Patientin heute etwas zu viel vorgenommen. Ich würde vorschlagen, dass Sie der Patientin zunächst Traubenzucker geben und das Abendessen. Eine halbe Stunde später messen Sie bitte noch einmal den Blutzucker. Ist dieser dann wieder zwischen 140 und 160 mg/dl, können Sie das Insulin wie üblich verabreichen. Ist dem nicht so, rufen Sie mich noch einmal an.“

„Ist gut, ich würde dann folgende Anordnungen von Ihnen dokumentieren: Doktor Maier setzte die für 17.00 Uhr verordnete Insulingabe bei Frau Schneider von 16 Einheiten wegen des erniedrigten Blutzuckerwertes von 55mg/dl, wahrscheinlich bedingt durch eine mangelnde Nahrungszufuhr und zu viel Bewegung, aus und ordnete nach der Gabe von Traubenzucker und dem Abendessen eine nochmalige Blutzuckerkontrolle im halbstündigen Abstand an. Ist der Zielwert zwischen 140 und 160 mg/dl dann wieder erreicht, können 16 Einheiten Insulin verabreicht werden. Ansonsten ist eine nochmalige Kontaktaufnahme gewünscht. ' Wäre dies so korrekt, Doktor Maier, habe ich alles richtig verstanden?“

„Ja, Frau Schulz, so ist es korrekt und ich bestätige hiermit meine Anordnung.“

■ Abb. 1.1 Kommunikationsbeispiel telefonische Anordnung (Vorgelesen-und-Genehmigt-Prinzip)

Die Bewohnerin Frau Schneider hat am Sonntagabend einen gemessenen Blutzuckerwert von 55 mg/dl. Ihr geht es laut eigener Aussage gut und es ergeben sich keinerlei Symptome seitens einer Hypoglykämie. Laut ärztlicher Anordnung müsste sie nun 16 Einheiten Insulin von der Pflegefachkraft Frau Schulz bekommen. Ein Blick in die Verlaufsdokumentation zeigt dieser aber, dass die Blutzuckerwerte der Patientin normalerweise um diese Uhrzeit zwischen 140–160 mg/dl liegen. Der Pflegekraft erscheint folglich die Durchführung der Anordnung im Rahmen ihrer Fachlichkeit als zweifelhaft und sie möchte sich auch bezüglich des weiteren Vorgehens von ärztlicher Seite absichern. Da der Hausarzt an diesem Tag nicht erreichbar ist, ruft sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst an und schildert diesem die Situation.

Im beschriebenen Beispiel der Kommunikationsabläufe des Vorgelesen-und-genehmigt-Prinzips beschreibt die Pflegekraft also die Symptome der Bewohnerin, erfragt eine neue Anordnung und erhält die Auskunft zur veränderten ärztlichen Anordnung. Sie wiederholt die Festlegung und wartet die mündliche Bestätigung durch den Bereitschaftsarzt ab. Darauffolgend werden die Symptome der Patientin, Reaktionen des Pflegepersonals darauf, die telefonische Anordnung des Arztes, dessen Bestätigung und die Durchführung der Anordnung im Pflegebericht dokumentiert. Aus pflegerischer Sicht muss auch der weitere Verlauf der Situation dargelegt werden, um der ärztlichen Anordnung zu entsprechen. Zeitnah sollte idealerweise dann entweder ein Fax zur Anordnung hinterlegt werden können oder eine Gegenzeichnung der Anordnung durch den Arzt erfolgen.

#### Praxistipp

Erscheint dem Pflegepersonal die telefonische Anordnung des Arztes als diskutierbar und problematisch, sollten diese Bedenken auch dem Arzt gegenüber formuliert und in der Pflegeakte dokumentiert werden.

Die beschriebene Führungs- und Anordnungsverantwortung beinhaltet für den Arzt neben der korrekten Therapiewahl auch die Auswahl eines befähigten Adressaten, welcher seine Anordnung sach- und fachgerecht ausführt. Hierfür sollte von ihm im Vorfeld seiner Delegation die objektive Gefährlichkeit seiner Anordnung überprüft werden, d. h. mögliche Komplikationen und Gefährdungen müssen in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten und von der Gefährlichkeit einer Medikation hinterfragt und hinsichtlich der Delegierbarkeit an Pflegepersonal bewertet werden. Man spricht hierbei von der „Komplikationsdichte“. Dies bedeutet: Je höher die Gefährdung des Patienten theoretisch oder praktisch eingeschätzt werden muss, desto eher muss der Arzt die Behandlungsmaßnahme selbst vornehmen.

- **Eine erstmalige Gabe von Antibiotika als Infusionstherapie kann nicht vom Arzt an Pflegepersonal delegiert werden, denn eine unsachgemäße Erstgabe kann zu allergischen Reaktionen oder Kreislaufproblemen führen und obliegt somit ausschließlich der ärztlichen Verantwortung.**

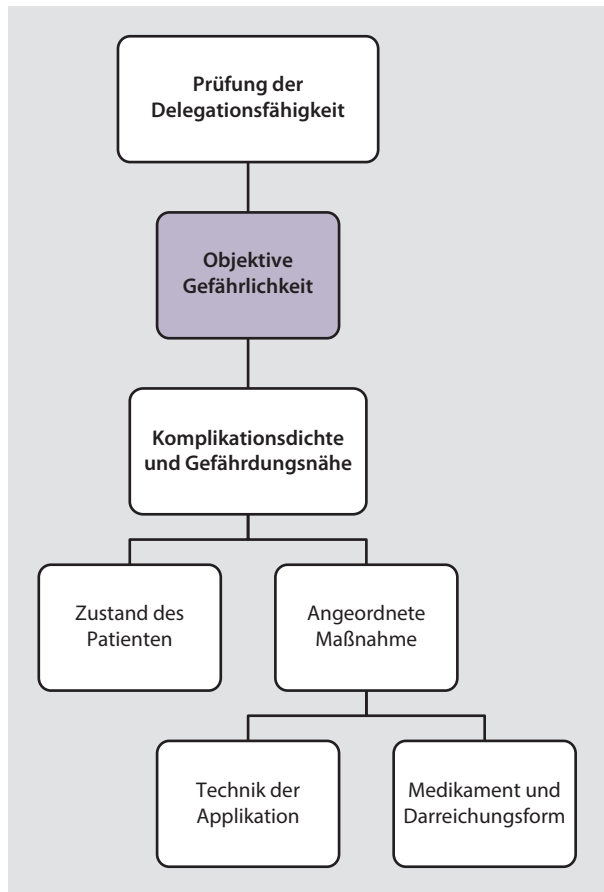
1

Wird die Komplikationsdichte von ärztlicher Seite niedrig bewertet und der Schwierigkeitsgrad der übertragenen Aufgabe zur Medikation entspricht den Fähigkeiten der Delegationsadressaten, wird diese Tätigkeit als delegierbar bewertet.

➤ **Es gibt keine eindeutigen gesetzlichen Regelungen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal. Grundsätze ergeben sich hierbei aus der allgemeinen Rechtsprechung.**

Das allgemein einsetzbare Delegationsmodell verdeutlicht zusammenfassend die Abhängigkeit der Entscheidung einer Delegationsfähigkeit im Kontext der objektiven Gefährlichkeit einer Anordnung (▣ Abb. 1.2)

▣ **Abb. 1.2** Bewertung objektiver Gefährlichkeit der ärztlichen Delegation



## 1.2 Durchführungsverantwortung und Remonstrationspflicht des Pflegepersonals

---

Die Durchführung der Anordnungen und somit das Stellen und die Gabe der Medikation kann von ärztlicher Seite unter den in ► Abschn. 1.1 beschriebenen Voraussetzungen an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Dieses übernimmt somit die Durchführungsverantwortung hinsichtlich einer fach- und sachgerechten Erledigung seiner Anordnungen. Die rechtliche Grundlage dieser allgemein akzeptierten Vereinbarung zwischen Arzt und Pflegepersonal bildet somit der exakt und aktuell dokumentierte Medikationsplan. Doch trotz dieser scheinbar klar definierten Festlegung ergeben sich im Praxisalltag im Zusammenhang mit der tatsächlich befähigten Personengruppe häufig Fragen zur Rechtssicherheit.

Zunächst sollte vom Anordnenden zusätzlich neben einer Bewertung der objektiven Gefährlichkeit einer Medikation eine Überprüfung der subjektiven Fähigkeit des Angewiesenen gemäß seiner materiellen und formalen Qualifikation erfolgen. Die formale Qualifikation erscheint durch das entsprechende Zeugnis und eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf (z. B. Krankheits- und Gesundheitspfleger, Altenpflegerin, Arzthelferin) zunächst als gegeben. Der Begriff der materiellen Qualifikation, d. h. der persönlichen Fähigkeit des Angewiesenen, die delegierte Maßnahme durchzuführen, spielt hier allerdings eine ebenso wichtige Rolle.

Das bereits erwähnte Delegationsmodell zur Entscheidung einer Delegationsfähigkeit muss also darüber hinaus im Kontext der subjektiven Fähigkeit der die Anordnung durchführenden Person erweitert werden (■ Abb. 1.3).

Es stellt sich nun allerdings die Frage, ob nicht trotz fehlender formaler Qualifikation bestimmtes Personal die materielle Fähigkeit beispielsweise zur Medikamentengabe hätte, wenn entsprechende praktische Berufserfahrungen gesammelt wurden oder aber fachliche Unterweisungen stattgefunden haben. Zu dieser Fragestellungen gibt die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI Aufschluss. Dort heißt es (Punkt 16.5 stationär bzw. Punkt 13.6 ambulant):

### **MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI (Punkt 16.5 stationär bzw. Punkt 13.6 ambulant)**

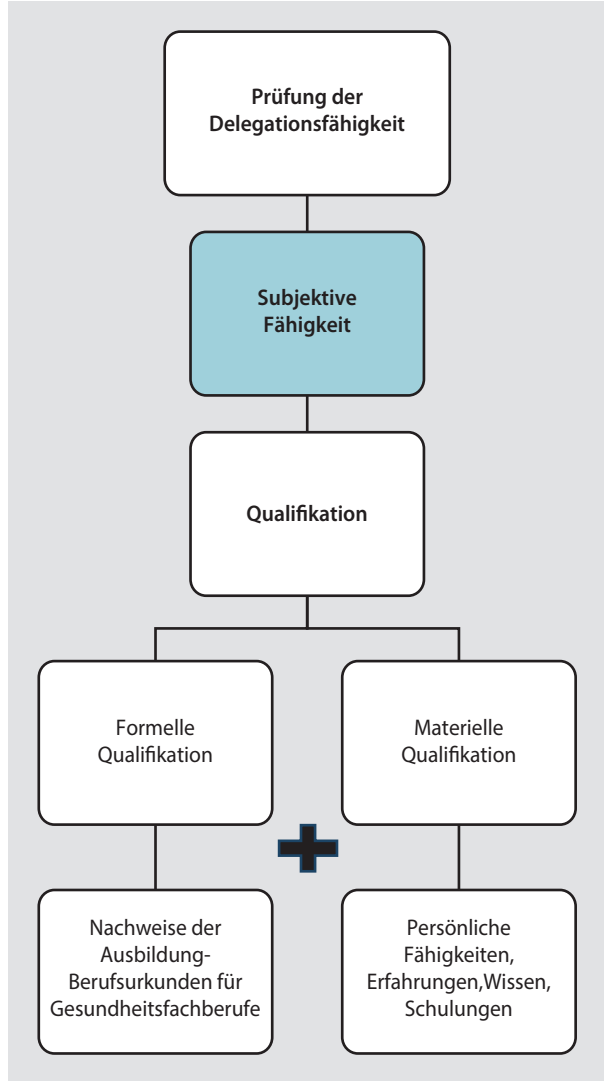
*„Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?“*

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt. (MDS 2016)

Diese Aussage bedeutet also konkret die Notwendigkeit eines protokollierten Nachweises (Fähigkeitsnachweis) zur Schulung von nicht examiniertem Pflegepersonal. Als Mindestmaß zur Fortbildung und Anleitung von Pflegehilfskräften zum Nachweis der materiellen Qualifikation sollten regelmäßige qualifizierte Weiterbildungen über Wirkungen und Nebenwirkungen der zu verabreichenden Medikamente, Fachkenntnisse in der Krankenbeobachtung und Maßnahmen der Ersten Hilfe vermittelt werden.



▣ **Abb. 1.3** Bewertung subjektiver Fähigkeit in ärztlicher Delegation



Arzneimittelbezogene Probleme, Nebenwirkungen, Risiken und Gefahren sollten auch für Hilfskräfte erkennbar sein und an Fachpersonal weitergeleitet werden können. Empfehlungen zum Nachweis der Regelmäßigkeit der Schulungen und zum Stundenumfang variieren in den einzelnen Bundesländern sehr stark, da auch die einzelnen beruflichen Weiterbildungen zum Pflegehelfer/Pflegeassistenten/Altenpflegehelfer sehr unterschiedlich aufgebaut sind und inhaltlich teilweise stark voneinander abweichen. Der grundlegende Kenntnisstand dieser Berufsgruppen kann also nicht gleichwertig bewertet werden.

**Praxistipp**

Um eine gleichwertige Wissensbasis für alle Hilfskräfte zu erreichen, bietet sich die Teilnahme von Schulungen zur Befähigung von Pflegehilfskräften zur Leistungserbringung der Behandlungspflege der Leistungsgruppe 1 gemäß § 37 SGB V an. Ein grundlegender Befähigungsnachweis wird somit erbracht.

Außerdem können Pflegedienste die Mindestvoraussetzungen aus dem Versorgungsvertrag ableiten, den sie nach § 132/132a SGB V abgeschlossen haben. Dort werden einzelne Pflegemaßnahmen aufgelistet und festgeschrieben, welche Ausbildung für die Durchführung erforderlich ist. Zu beachten sind auch die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V. Auch hier werden die Zuständigkeiten von Pflegefach- und Pflegehilfskräften sowie Ärzten abgegrenzt.

Zu bedenken sind für ambulante Pflegedienste auch die mit den neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien nach den §§ 114 ff. SGB XI neu definierten Abrechnungsprüfungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.

- **Jeder ambulante Pflegedienst sollte sich spezifisch auf Qualitätsprüfungsrichtlinien nach den §§ 114 ff. SGB XI und den neu definierten Abrechnungsprüfungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V vorbereiten und vorab intern auditieren.**

So wird u. a. in der Fragestellung 14.2.4: „Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?“ (MDS 2016) bewertet, ob Qualifikationsanforderungen zur Durchführung der Behandlungspflegen eingehalten wurden. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden und nicht ausreichend geschultes bzw. qualifiziertes Personal wurde entgegen den Versorgungsverträgen eingesetzt, drohen dem Pflegedienst Sanktionen, welche auch eine rückwirkende Kürzung der Vergütung beinhalten können.

In der stationären Pflege gibt es keine verbindliche vertragliche Regelung, die definiert, welche Ausbildung für einzelne Pflegemaßnahmen erforderlich ist; die Kriterien zur Überprüfung der Qualität des MDS müssen aber natürlich hinsichtlich der Schulungsnachweise genauso umgesetzt werden.

- **Eine ärztliche Tätigkeit der Medikation darf nur dann durchgeführt werden, wenn das Pflegepersonal die dafür notwendigen Kenntnisse (materielle Qualifikation) besitzt. Voraussetzungen sind die entsprechende formale Qualifikation oder die tatsächlichen, auch erworbenen, Fertigkeiten und Fähigkeiten.**

**Praxistipp**

Einmal jährlich sollte durch eine geeignete Fachkraft eine Einweisung und Schulung zur Medikamentengabe durchgeführt und zum Nachweis dokumentiert werden.

Eine besondere Situation zur Delegationsfähigkeit ergibt sich auch im jeweiligen Ausbildungszeitraum der einzelnen Gesundheitsfachberufe, denn Fachpersonal ist berechtigt, unter Aufsicht und Anleitung Auszubildende an den Tätigkeiten der Medikamentenversorgung zu beteiligen. Diese sollte und muss im Rahmen des Lernprozesses stattfinden, um den Schülern entsprechend praktische Fähigkeiten zu vermitteln. Ziel der Ausbildung kann allerdings nicht sein, Schüler unter ständiger Kontrolle und Aufsicht bis zum Ausbildungsende arbeiten zu lassen und somit das Erlernen von Selbstständigkeit und situationsbedingter Fachlichkeit zu behindern. Im Verlauf der Ausbildung kann diese Tätigkeit also als komplette Handlungsabfolge – vom Bestellen der Medikamente bis zur Verabreichung – oder in Teilschritten an Auszubildende delegiert werden. Zu bedenken bleibt dabei aber auch, ob der Schüler über entsprechende theoretische und praktische Kenntnisse verfügt und der Wissensstand belegbar ist.

Die Altenpflegeschule als gesamtverantwortliche Instanz der Ausbildung hat dabei das Recht, auf eine mögliche Delegation oder Nicht-Delegation Einfluss zu nehmen. Dies könnte beispielsweise verhindert werden, weil die Schule die entsprechenden Entwicklungen des Schülers im Bereich der theoretischen Kenntnisse als unzureichend definiert oder eventuell im Unterricht die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten noch nicht vermittelt werden konnten. Rückfragen der Träger der praktischen Ausbildung zur rechtlichen Absicherung sind dabei sicherlich hilfreich. Die Entscheidung der Schule ist in jedem Fall zu akzeptieren.

#### Praxistipp

Geführte Tätigkeitsnachweise der Auszubildenden über die Lehrinhalte sowohl in der Schule als auch in der Praxis sind ein hilfreiches Instrument zur Ermittlung des Kenntnisstandes des Auszubildenden. Anleitungspokolle der Praxis können zusätzlich als Nachweis dienen.

Zu Bedenken bleibt weiterhin für das Fachpersonal eine Mitverantwortung bei dieser Form der Delegation, d. h. die Übergabe der ärztlichen Anordnung an Auszubildende sollte äußerst kritisch hinterfragt werden und jedes erkennbare Wissensdefizit auch Anlass sein, dem Schüler zunächst in weiteren Anleitungssituationen unter Aufsicht diese Tätigkeit zu übertragen. Die endgültige Bewertung zur selbsttätigen Ausübung der Aufgabe sollte immer von Mitarbeitern übernommen werden, welche auch durch ständige objektive Beurteilung eine Einschätzung vornehmen können. Im besten Fall obliegt diese Aufgabe der zugeordneten Praxisanleitung, welcher somit auch die Auswahlverantwortung zukommt. Eine häufig praktizierte Delegation dieser verantwortungsvollen Tätigkeit auf den Auszubildenden aus Gründen der Personalknappheit ist rechtlich sehr bedenklich und sollte hinsichtlich möglicher juristischer Konsequenzen im Team kommuniziert werden.

Auch der Auszubildende sollte sich selbstkritisch hinterfragen und seine Fähigkeiten bewerten. Überschätzt er sich und Fehler unterlaufen, muss er im Rahmen seiner Übernahmeverantwortung mit negativen Folgen rechnen, welche sich im Bereich seiner zivilrechtlichen und strafrechtlichen Verantwortlichkeit bewegen. Auch arbeitsrechtliche Maßnahmen wie eine Abmahnung könnten seitens der Leitungsebene erfolgen.

Für ihn wie auch für jede Pflegekraft besteht das Recht und vor allem die Pflicht zur Remonstration, das heißt, der Auszubildende und auch die Fachkraft können und müssen eine angewiesene und angeordnete Maßnahme verweigern, wenn ein Gefährdungspotenzial erkennbar ist. Dies könnte bedeuten, dass der Schüler oder die Pflegekraft sich selbst oder andere als unzureichend qualifiziert für die Durchführung einer Maßnahme sieht oder aber Kenntnis über eine fachlich falsche Anordnung hat (Höfert 2017). Wird die Maßnahme dann trotzdem ausgeführt, tritt das sogenannte Übernahmeverschulden ein.

Folgende Fallsituationen sollen die Problemfelder im Praxisalltag verdeutlichen.

### **Fallsituation Auszubildender**

Der Auszubildende Alexander befindet sich am Anfang des ersten Ausbildungsjahres zum Altenpfleger. Er soll bei seinem Ausbildungsbetrieb, einem ambulanten Pflegedienst, die grundpflegerische Versorgung einer Patientin übernehmen. Diese weist ihn während der Grundpflege darauf hin, dass noch ihr Pflaster am Rücken gewechselt werden muss. Alexander hat so etwas noch nicht gesehen und fragt, was das denn sei. Die Patientin gibt an, dass sie das Pflaster wegen ihrer Schmerzen bekommt. Alexander fühlt sich unsicher und ruft die zuständige Fachkraft an. Diese sagt: „Ach das ist nicht schwer, nimm Dir ein neues Pflaster aus dem Karton im Bad und kleb das einfach drauf.“

Die Auskunft der Fachkraft ist natürlich fachlich inakzeptabel, denn in der Applikation eines Pflastersystems zur Schmerztherapie sind sicherlich viele Dinge zu beachten, welche Alexander allerdings noch nicht gelernt hat. Er ist also weder materiell qualifiziert diese Maßnahme durchzuführen, noch hat er entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben. Die Delegation der Maßnahme durch die Fachkraft an den Auszubildenden ist rechtlich nicht zu akzeptieren und auch die Durchführung des Auszubildenden kann für ihn rechtliche Konsequenzen bedeuten. Ebenso könnte in einer Qualitätsüberprüfung des Medizinischen Dienstes der Nachweis der nicht erfüllten Qualifikationsanforderungen erbracht werden und der Pflegedienst hätte mit entsprechenden Vertragsstrafen zu rechnen.

Folglich hätte in diesem Beispiel der Auszubildende die Pflicht zur Remonstration.

### **Fallsituation Fachkraft**

Doktor Müller verordnet und delegiert eine 1-mal wöchentliche Vitamin B12 i.m.-Injektion für seine Patientin Frau Maier an das examinierte Altenpflegepersonal. Am festgelegten Durchführungstag soll Altenpfleger Matthias die Verordnung durchführen. Doch Matthias hat seine letzte i.m.-Injektion vor zehn Jahren erledigt und seine Ausbildung ist nun auch schon 15 Jahre her. Er fühlt sich unsicher, recherchiert erst einmal die Abläufe und liest die Verfahrensanweisung seiner Einrichtung hierzu. Trotzdem hat er Bedenken und informiert die Pflegedienstleitung, dass er die Injektion nicht durchführen kann bzw. noch eine Schulung benötigen würde zur Auffrischung seiner Kenntnisse. Die Pflegedienstleitung besteht aber auf der Durchführung mit der Begründung, dass er schließlich examiniert wäre.

Auch diese Reaktion der Pflegedienstleitung ist natürlich rechtlich nicht zu akzeptieren. Zwar besitzt der Altenpfleger die formale Qualifikation zur Durchführung der i.m.-Injektion, aber nicht (mehr) über die materielle Qualifikation, da er diese Form der Injektion schon länger nicht mehr durchgeführt hat. Ein Nachweis zur Schulung bzw. zur Erfahrung auf diesem Gebiet und die entsprechende Organisationsverantwortlichkeit der Einrichtung können also nicht erbracht werden – ein Aspekt, der bei Schadensersatzansprüchen im Zivilrecht zum Tragen käme. Auch der Arzt hätte sich vor der Delegation der Anordnung hinsichtlich der Befähigung zur Durchführung informieren müssen, um seiner Anordnungsverantwortung zu entsprechen. Konkret hätte er sich also davon überzeugen müssen, dass der Altenpfleger Matthias die i.m.-Injektion tatsächlich ausführen kann.

Würde der Altenpfleger Matthias nun die i.m.-Injektion trotz besseren Wissens und möglicher Gefährdung der Patientin durchführen, träfe ihn im Schadensfall ein Übernahmeverschulden, für welches er haftbar gemacht werden könnte.

Folglich hat auch in diesem Fall der Altenpfleger Matthias die Pflicht zur Remonstration.

Weitere Beispiele zur Remonstrationspflicht wären, wenn der Patient möglicherweise ein Medikament ablehnt, der Arzt aber Pflegekräfte dazu drängt, die Verordnung heimlich, ohne dass der Patient davon weiß, zu verabreichen.

Auch wenn der Arzt jegliche Zusammenarbeit mit den Pflegepersonen bezüglich der Dokumentation verweigert und somit beispielsweise telefonische Anordnungen dauerhaft, trotz Aufforderung, nicht im Nachhinein abzeichnet, können Pflegekräfte dessen Anordnungen verweigern (Siefarth 2016). Es ergeben sich folglich vielfältige denkbare Konstellationen zum Recht der Verweigerung ärztlicher Anordnungen. Um allerdings der Hinweis- und Unterrichtungspflicht unverzüglich nachzukommen, müssen die Remonstration schriftlich angezeigt und die persönlichen Bedenken zur fachlichen Korrektheit der Anordnungen wahrheitsgemäß formuliert werden.

#### Praxistipp

Für die Meldung gibt es keine festgelegten Vorschriften; wichtig erscheint allerdings, sich den Erhalt der schriftlichen Remonstration von entsprechenden Personen bestätigen zu lassen und eine Kopie im persönlichen Eigentum zu behalten. Außerdem kann es hilfreich sein, einen Zeugen hinzuzuziehen.

### 1.3 Vorgaben der Heimaufsicht und des MDS

Der letzte Qualitätsbericht des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2014a) offenbart zwar Verbesserungen im sachgerechten Umgang mit der ärztlichen Anordnung der Medikation, aber noch immer werden Schwachstellen und Verbesserungspotenziale deutlich. So entsprach bei 9,8% der Bewohner in der stationären Versorgung und sogar 14,1 % in der ambulanten Versorgung die Medikation nicht der ärztlichen Anordnung, und bei 13,8 % (stationär)