

**Umgang mit Arzneimitteln
und Betäubungsmitteln
in der Pflege**



von Rechtsanwalt Achim Diekmann

© 2005

Inhaltsübersicht

A) PROBLEMAUFRIß	2
B) BEGRIFFSKLÄRUNG	3
C) UMGANG MIT ARZNEIMITTELN (AUßER BETÄUBUNGSMITTELN)	4
1. SACHGERECHTE AUFBEWAHRUNG	4
2. PATIENTENBEZOGENE AUFBEWAHRUNG	5
3. KONTROLLE DER ARZNEIMITTEL	7
4. DOKUMENTATION	8
5. BEZUG DER ARZNEIMITTEL	10
6. VERNICHTUNG VON ARZNEIMITTELN	10
7. STELLEN VON ARZNEIMITTELN	11
8. VERABREICHEN VON ARZNEIMITTELN	12
D) UMGANG MIT BETÄUBUNGSMITTELN	13
1. SACHGERECHTE AUFBEWAHRUNG	13
2. PATIENTENBEZOGENE AUFBEWAHRUNG	14
3. KONTROLLE VON BETÄUBUNGSMITTELN	14
4. DOKUMENTATION DER BETÄUBUNGSMITTEL	14
5. BEZUG VON BETÄUBUNGSMITTELN	15
6. VERNICHTUNG VON BETÄUBUNGSMITTELN	17
7. STELLEN VON BETÄUBUNGSMITTELN	17
8. VERABREICHEN VON BETÄUBUNGSMITTELN	17

A) Problemaufriß

Nahezu alle Pflegebedürftigen - ob sie nun im Altenheim leben, sich im Krankenhaus befinden oder zu Hause leben - benötigen Arzneimittel. Wo möglich, werden sie die Arzneimittel selbst aus der Apotheke besorgen und auch selbst einnehmen. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit aber schwindet die Fähigkeit, sich selbst um die Arzneimittel zu kümmern. Das Beschaffen und Verabreichen der Arzneimittel wird so zu einer Aufgabe der Pflegekräfte. Diese fragen sich freilich oft, welche rechtlichen Vorgaben dabei beachtet werden müssen.

B) Begriffsklärung

Zunächst sind einige Begriffe zu klären. Vor allem sind die Begriffe der Verordnung und der Verschreibung sowie des Rezeptes zu erläutern. Daneben muß aber auch der Begriff des Betäubungsmittels geklärt werden.

Eine Verordnung ist ein Ratschlag des Arztes an seinen Patienten, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten, also z.B. das Rauchen aufzugeben, eine Reise an die See zu unternehmen oder ein bestimmtes Arzneimittel einzunehmen. Die Verordnung ist als solche formlos und muß sich nicht unbedingt auf ein Arzneimittel beziehen, wenngleich heute von vielen Patienten die Verordnung von Medikamenten fast schon als Höhepunkt des Arztbesuches aufgefaßt wird.

Die Verschreibung ist die Anweisung des Arztes an den Apotheker, dem Patienten ein bestimmtes Arzneimittel auszuhändigen. Eine Verschreibung ist nur dann erforderlich, wenn es sich nicht um ein frei verkäufliches sondern um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel handelt. Verordnung und Verschreibung stehen also in folgendem Verhältnis zueinander: Nicht jede Verordnung erfordert auch eine Verschreibung, diese ist nur erforderlich bei der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel; jede Verschreibung setzt aber eine zuvorige Verordnung voraus.

Ein Rezept ist die Anweisung des Arztes an den Apotheker, wie er das an den Patienten herausgebende Arzneimittel herstellen soll. Dies stammt aus der Zeit, als Fertigarzneimittel die Ausnahme darstellten und Arzneimittel regelmäßig vom Apotheker selbst zubereitet wurden. Heute spielt dies nur noch eine untergeordnete Rolle, da die meisten Arzneimittel als Fertigarzneimittel vorliegen und vom Apotheker vorrätig gehalten werden. Ein Rezept ist heute nur noch nötig, wo der Arzt ein Arzneimittel verschreibt, das nicht als Fertigarzneimittel erhältlich ist.

Die begriffliche Verwirrung zwischen Verschreibung und Rezept rührt daher, daß die Ärzte Verschreibungen üblicherweise auf dem mit "Rp." überschriebenen Rezeptblock ausfertigen. Meistens handelt es sich dabei aber lediglich um die

Verschreibung eines Fertigarzneimittels, so daß die Bezeichnung "Rezept" in diesen Fällen irreführend ist.

Betäubungsmittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die in den Anlagen I-III zum Betäubungsmittelgesetz (BtmG) aufgelistet sind. Die Betäubungsmittel aus den Anlagen I und II dürfen nicht verschrieben und verabreicht werden; lediglich die Betäubungsmittel aus der Anlage III sind verkehrsfähig. Für Betäubungsmittel gelten besonders strenge Vorschriften über die Verschreibung und die Aufbewahrung, insbesondere muß der Arzt bei der Verschreibung ein besonderes Formular benutzen. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die nicht in den Anlagen I-III zum BtmG aufgelistet sind, sind keine Betäubungsmittel, und zwar auch dann nicht, wenn sie eine "betäubende", sprich sedierende Wirkung entfalten.

C) Umgang mit Arzneimitteln (außer Betäubungsmitteln)

Für den Umgang mit Arzneimitteln, die keine Betäubungsmittel i.S.d. BtmG sind, müssen die Pflegekräfte folgende Punkte beachten:

1. Sachgerechte Aufbewahrung

Die Arzneimittel müssen sachgerecht gelagert werden. Welche Lagerung jeweils sachgerecht ist, ergibt sich aus den Lagerungshinweisen der Packungsbeilage zu jedem Arzneimittel. Insofern ist insbesondere darauf zu achten, daß Arzneimittel, die gekühlt aufbewahrt werden müssen, in einem geeigneten Kühlschrank aufbewahrt werden. Hierfür kann natürlich nicht einfach ein Kühlschrank in der Küche der Einrichtung verwendet werden! Vielmehr muß für Arzneimittel ein gesonderter Kühlschrank in der Einrichtung vorhanden sein. Bei ambulanter Pflege wird man die Arzneimittel dagegen auch im Kühlschrank des Patienten aufbewahren können.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, daß Arzneimittel bei Raumtemperatur (ca. 15° C bis ca. 25° C) gelagert werden können. Abweichende Lagerungshinweise sind zu beachten. Bei Aufbewahrung im Kühlschrank empfiehlt es sich, einen Kühlschrank mit voreinstellbarer Temperatur zu benutzen, damit die Lagerungshinweise genau umgesetzt werden können. Sofern die Lagerungshinweise es nicht ausdrücklich erlauben, dürfen Arzneimittel nicht im Tiefkühlfach gelagert werden!

Bei Arzneimitteln, die ständig griffbereit stehen müssen, ist darauf zu achten, daß sie weder einer Hitze- noch einer Lichteinwirkung ausgesetzt werden, da Wärme und Licht die Wirksamkeit des Arzneimittels beeinflussen kann. Arzneimittel gehören daher insbesondere nicht auf die Fensterbank! Dies gilt insbesondere für brennbare Flüssigkeiten (z.B. Alkohol, Aceton etc.).

Die Arzneimittel sind in ihrer Originalverpackung und vor allem zusammen mit der Original-Packungsbeilage aufzubewahren. Sie dürfen insbesondere nicht in andere Behältnisse umgefüllt werden.

Die Aufbewahrung muß so erfolgen, daß unbefugter Gebrauch und unbefugte Entnahme verhindert wird. Demgemäß verbietet sich eine offene Lagerung. Arzneimittel sind vielmehr grundsätzlich verschlossen aufzubewahren; über die Berechtigung zum Zugang zu den Arzneimitteln wird sinnvollerweise eine Dienstweisung des Einrichtungsträgers erlassen.

2. Patientenbezogene Aufbewahrung

Einrichtungen, die keine Krankenhäuser sind, dürfen keine Haus-"Apotheke" betreiben. Apotheken dürfen nur durch Apotheker oder durch Krankenhäuser betrieben werden. Hieraus folgt für alle anderen Einrichtungen, daß Arzneimittel nicht gesammelt aufbewahrt werden dürfen sondern daß sie bewohnerbezogen aufbewahrt werden müssen.

Die praktische Schlußfolgerung ist: Werden für mehrere Patienten einer Einrichtung Arzneimittel aufbewahrt - wie üblich -, so muß für jeden Patienten ein Schrank bzw. ein abgeschlossenes Fach eines Schrankes vorhanden sein, in dem sich ausschließlich seine Arzneimittel befinden. Es darf auch kein Austausch von Arzneimitteln zwischen den Patienten stattfinden, und zwar grundsätzlich auch dann nicht, wenn der Arzneimittelvorrat eines Patienten erschöpft ist und ein anderer Patient noch eine Reserve "übrig" hat. Es ist vielmehr dafür zu sorgen, daß rechtzeitig an die Beschaffung neuer Arzneimittel gedacht wird. Gegen einen Austausch von Arzneimitteln zwischen den Patienten spricht zudem, daß die Patienten Eigentümer der Arzneimittel sind und eine Abgabe an andere Patienten ihr Eigentumsrecht verletzen würde; die Abgabe an andere Patienten würde daher den Straftatbestand des Diebstahls verwirklichen. In der ambulante Pflege macht diese Pflicht keine Probleme, da hier regelmäßig nur Arzneimittel von jeweils einem Patienten zu lagern sind.

Werden kühlungsbedürftige Arzneimittel gesammelt in einem Kühlschrank aufbewahrt, so müssen die Arzneimittel für jeden Patienten gesondert in einem abgeschlossenen Fach oder in einem abgeschlossenen Behälter aufbewahrt werden.

Das Anlegen von "Notvorräten" durch den Einrichtungsträger wird bisweilen für zulässig gehalten. Hiergegen spricht aber, daß auch das Anlegen eines "Notvorrates" letztlich auf das unerlaubte Betreiben einer Apotheke hinausläuft. Zudem kann der Arzt Wechselwirkungen nicht kontrollieren, wenn das Pflegepersonal eigenmächtig Arzneimittel aus einem "Notvorrat" entnimmt und verabreicht. Von einer "Notbevorratung" von Arzneimitteln durch den Einrichtungsträger sollte daher ganz abgesehen werden. Etwas anderes gilt allenfalls für Arzneimittel, die sich in einem Erste-Hilfe-Vorrat befinden, der seitens der Berufsgenossenschaft vorgeschrieben ist.

Arzneimittel dürfen nicht gehortet werden. Es ist daher stets darauf zu achten, daß nur ein bedarfsgerechter Arzneimittelvorrat vorgehalten wird. Werden Arzneimittel nicht mehr benötigt, so sind sie zu vernichten. Auch eine Überlassung an die Erben des Patienten scheidet daher grundsätzlich aus.

3. Kontrolle der Arzneimittel

Die Arzneimittel müssen hinsichtlich Verfalldatum und Nachschub kontrolliert werden. Hinsichtlich des Verfalldatums ist zu beachten, daß Arzneimittel nur verabreicht werden dürfen, wenn das Verfalldatum noch nicht abgelaufen ist. Wenn auch bei häufig benutzten Arzneimitteln die Gefahr gering ist, das Verfalldatum zu überschreiten, muß doch eine sorgfältige Kontrolle der Verfalldaten vorgenommen werden, damit nicht versehentlich doch ein Arzneimittel verwendet wird, dessen Verfalldatum abgelaufen ist. Zudem ist zu beachten, daß die Haltbarkeit des Arzneimittels nach Abrechen der Verpackung vermindert sein kann; daher ist zur Kontrolle der Haltbarkeit des Arzneimittels dringend zu empfehlen, auch das Datum des Anbrechens der Packung auf der Packung zu vermerken. Augentropfen dürfen sechs Wochen nach Anbruch der Packung nicht weiter verwendet werden. Grundsätzlich sollten ältere Packungen zuerst verwendet werden; um dies sicherzustellen, sollten neuere Packungen so im Arzneimittelschrank aufbewahrt werden, daß die älteren Packungen zunächst griffbereit sind.

Zudem muß beobachtet werden, ob der Vorrat an Arzneimitteln für den konkreten Patienten ausreichend ist. Es darf nicht dazu kommen, daß zu verabreichende Arzneimittel nicht zu Verfügung stehen. Vielmehr muß unter Beachtung des regelmäßigen Verbrauches beobachtet werden, wann mit einer Erschöpfung der Vorräte zu rechnen ist; sodann ist unter Berücksichtigung eines genügenden Zeitpuffers dafür Sorge zu tragen, daß Folgerezepte rechtzeitig beim Arzt angefordert werden und der Arzneimittelnachschub rechtzeitig organisiert wird.

Die Kontrolle beschränkt sich dabei nicht auf verschreibungspflichtige Arzneimittel sondern auch auf frei verkäufliche Arzneimittel.

Es ist auch dafür Sorge zu tragen, daß dem verschreibenden Arzt auch die Einnahme frei verkäuflicher Arzneimittel bekannt gegeben wird, damit dieser evtl. Wechselwirkungen mit den von ihm verschriebenen Arzneimitteln berücksichtigen kann. Die hier anzustellenden Kontrollen werden sinnvollerweise durch eine

entsprechende Arzneimittel-Dokumentation unterstützt, die in Heimen ohnehin vorgeschrieben ist.

4. Dokumentation

Für Einrichtungen, auf die das Heimgesetz (HeimG) anwendbar ist, schreibt § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 HeimG vor, daß

- der Erhalt,
- die Aufbewahrung,
- die Verabreichung und
- die pharmazeutische Überprüfung der Arzneimittel sowie
- die Unterweisung der Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln

zu dokumentieren ist. Wenngleich diese Vorschrift auf Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste nicht anzuwenden ist, muß dennoch empfohlen werden, eine entsprechende Dokumentation auch außerhalb des Anwendungsbereiches des HeimG zu führen, da man ansonsten den Kontrollpflichten beim Umgang mit Arzneimitteln praktisch nicht gerecht werden kann.

Praktisch bedeutet dies, daß für jeden Patienten gesondert eine Dokumentation über die ihn betreffenden Arzneimittel anzufertigen und aktuell fortzuführen ist, in der einzutragen ist,

- welches Arzneimittel wann in welcher Packungsgröße bezogen wird,
- wie dieses Arzneimittel aufzubewahren ist und wie es tatsächlich aufbewahrt wird,
- wann dem Patient welches Arzneimittel in welcher Dosierung und welcher Darreichungsform verabreicht wird,
- wann und durch wen ggf. Arzneimittel für die Verabreichung vorbereitet (gestellt) werden,
- wann die vorrätigen Arzneimittel das Verfalldatum erreichen,
- wann der Vorrat eines jeden Arzneimittels bei regelmäßigem Verbrauch aufgezehrt sein wird,

- wann und durch wen vor Aufzehrung des Arzneimittelvorrates ein Folge-rezept einzuholen und Arzneimittelnachschub zu organisieren ist und
- wann und durch wen das Folge-rezept eingeholt wurde und wann und durch wen der Arzneimittelnachschub organisiert wurde.

Zur Kontrolle der Verfalldaten empfiehlt sich das Führen eines besondere Verfalldaten-Kalenders, in dem die Verfalldaten von Arzneimitteln für jeden Patienten eingetragen werden.

Die Dokumentation ist gemäß § 13 Abs. 2 HeimG fünf Jahre lang aufzubewahren und anschließend zu vernichten. Diese Aufbewahrungsfrist sollte auch für außerhalb des Anwendungsbereiches des HeimG geführte Arzneimitteldokumentationen beachtet werden.

Die Dokumentation ist formfrei, insbesondere müssen keine Formulare verwendet werden; letzteres empfiehlt sich aber, um eine übersichtliche Dokumentation zu gewährleisten.

Die Dokumentation wird durch die Pflegekräfte geführt; Eintragungen durch den Arzt sind nicht nötig. Zwar sind Eintragungen durch den Arzt nicht verboten, es muß dann aber sichergestellt werden, daß der Arzt nicht nur sporadisch Eintragungen vornimmt, da ansonsten die Glaubwürdigkeit der Dokumentation leiden könnte. Wo eine regelmäßige ordnungsgemäße Eintragung durch den Arzt nicht gewährleistet werden kann, sollte auf sporadische Eintragungen durch den Arzt ganz verzichtet werden.

Änderungen der ärztlichen Weisungen bezüglich der Medikation sind in die Pflegedokumentation aufzunehmen. Auch insoweit empfiehlt es sich nicht, die Dokumentation durch den Arzt führen zu lassen, da regelmäßig nicht sichergestellt werden kann, daß alle behandelnden Ärzte die Dokumentation zeitnah vornehmen. Vielmehr ist durch die Pflegekräfte zu dokumentieren, daß der Arzt eine Änderungsweisung bezüglich der Medikation gegeben hat.

5. Bezug der Arzneimittel

Arzneimittel sind über öffentliche Apotheken zu beziehen; in Krankenhäusern kann der Bezug auch über die Krankenhausapotheke erfolgen. In Einrichtungen, die keine Krankenhäuser sind, darf durch den Einrichtungsträger keine Apotheke betrieben werden.

Die Apotheke hat die Arzneimittel patientenbezogen zu verpacken, mit ihrem Namen und ihrer Anschrift zu versehen sowie zusätzlich die ärztlich angeordneten Dosierungsanweisungen auf dem Arzneimittel zu vermerken. Der Arzt muß die Dosierungsanweisung genau treffen. Eine reine Bedarfsmedikation, bei der der Arzt lediglich angibt "bei Bedarf" genügt nicht, vielmehr müssen der Bedarf genau bezeichnet und die zum jeweiligen Bedarf passende Dosierung genau angegeben werden. Die Einzelheiten ergeben sich aus dem gemäß § 12a Apothekengesetz zwischen Apotheke und Einrichtungsträger zu schließenden Vertrag.

Einrichtungen sollen beim Bezug von Arzneimitteln auf örtliche Apotheken zurückgreifen und - falls am Ort mehrere Apotheken ansässig sind - die Apotheken regelmäßig - z.B. im jährlichen Turnus - wechseln.

6. Vernichtung von Arzneimitteln

Arzneimittel, deren Verfalldatum überschritten ist, oder die nicht mehr benötigt werden, sind zu vernichten. Sie können zu diesem Zweck einer Apotheke übergeben werden. Solche Arzneimittel dürfen jedoch nicht einfach anderen Patienten übergeben werden, noch dürfen sie selbst - etwa im Hausmüll oder durch das Abwassersystem (Toilette!) - entsorgt werden. Die eigenmächtige Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Dritte stellt einen Straftatbestand dar!

7. Stellen von Arzneimitteln

Es ist organisatorisch sinnvoll, die zu verabreichenden Arzneimittel für die Verabreichung vorzubereiten, indem für jeden Patienten die zu verabreichenden Arzneimittel bereitgestellt werden (sog. Stellen). Dieses Verfahren ist zulässig. Es ist aber sicherzustellen, daß die Arzneimittel richtig gestellt werden. Hierfür müssen organisatorische Maßnahmen getroffen werden:

- Das Stellen der Arzneimittel erfolgt nur durch Fachkräfte i.S.d. Heimpersonalverordnung, also insbesondere nicht durch Auszubildende oder ungelernte Hilfskräfte. Die stellende Pflegefachkraft muß hinreichend versiert und zuverlässig sein.
- Das Stellen ist fehleranfällig. Daher muß sichergestellt werden, daß die stellende Pflegefachkraft bei ihrer Tätigkeit nicht gestört wird. Dies setzt voraus, daß für das Stellen ein besonderer Raum vorhanden ist, in dem während des Stellens keine anderen Tätigkeiten ausgeführt werden. Die stellende Pflegefachkraft muß die für das Stellen erforderliche Zeit haben; sie darf insbesondere während des Stellens nicht mit anderen Aufgaben betraut werden. Störungen (z.B. Telefonate etc.) müssen verhindert werden.
- Das Stellen ist zu dokumentieren. Dabei genügt es nicht, einfach zu dokumentieren, daß das Stellen erfolgte oder daß es "vorschriftgemäß" oder "weisungsgemäß" erfolgte. Vielmehr ist im einzelnen zu dokumentieren, welche Arzneimittel für welchen Patienten konkret gestellt wurden. Der Dokumentationsaufwand ist hierbei freilich groß, aber er bietet neben der Beweismittelfunktion einer Dokumentation auch den unschätzbaren Vorteil einer Selbstkontrolle der stellenden Pflegefachkraft.

Das Stellen der Arzneimittel erfolgt zeitnah vor der Vergabe. So sind insbesondere längstens eine Stunde vor der Vergabe anzustechen bzw. zuzubereiten.

Werden Arzneimittel zerkleinert oder zerteilt, muß für den Schutz der stellenden Pflegefachkraft Sorge getragen werden. Diese soll beim Stellen der Arzneimittel wenigstens Handschuhe tragen. Näheres ergibt sich aus den Unfallverhütungsvorschriften und der Gefahrstoffverordnung.

8. Verabreichen von Arzneimitteln

Das Verabreichen von Arzneimitteln ist grundsätzlich Sache des Arztes, kann aber von diesem an geeignetes Pflegepersonal delegiert werden. Voraussetzung ist, daß die Pflegekraft hinreichend über das Arzneimittel informiert ist, also mindestens die korrekte Darreichungsform kennt, und in der Lage ist, das Arzneimittel richtig zu applizieren. Bei der Verabreichung von Arzneimitteln in Tablettenform sind die Anforderungen vergleichsweise gering, so daß diese Tätigkeit auch an nicht examinierte Pflegekräfte delegiert werden kann. Bei Injektionen kann die Delegation nur an solche Pflegekräfte delegiert werden, die die Injektion sicher beherrschen. Hiervon hat sich der Arzt vor der Delegation zu überzeugen.

Welche Injektionen delegiert werden können, hängt vom Schwierigkeitsgrad der Injektion und von der Gefährlichkeit des Arzneimittels ab. So sind subcutane Injektionen grundsätzlich an alle Pflegekräfte delegierbar; bei gefährlichen Arzneimitteln - wie z.B. Antiallergika - scheidet die Delegation dagegen auch bei s.c.-Vergabe aus. Intramuskuläre Injektionen können an hierfür ausgebildete Pflegekräfte delegiert werden. Schwierigere Injektionen wie i.v.- oder i.a.-Injektionen sind nur an speziell ausgebildete Pflegekräfte delegierbar. Besonders schwierige oder gefährliche Injektionsarten - wie z.B. intarcerebrale oder intracardiale Injektionen - sind gar nicht delegierbar.

Allgemeine Regeln, welche Arzneimittelverabreichungen delegiert werden können, lassen sich nicht aufstellen. Es kommt auf eine Wertung des Einzelfalles an, bei der die Gefährlichkeit und Schwierigkeit der Maßnahme einerseits und die Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegekraft andererseits abzuwägen sind. Je weniger schwierig und gefährlich eine Maßnahme ist und je besser die Pflegekraft ausgebildet ist, um so eher läßt sich eine Delegation vertreten. Formale Kriterien - wie z.B. das Vorliegen eines Examens oder eines Spritzenscheines - sind nicht entscheidend, können aber eine Indizwirkung haben; von der Pflicht zur Überprüfung der Fähigkeiten der Pflegekraft wird der Arzt hierdurch aber

nicht entbunden. In der Praxis wird auf die Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegekräfte durch den Arzt zu wenig geachtet.

D) Umgang mit Betäubungsmitteln

Für den Umgang mit Betäubungsmitteln gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend. Zusätzlich ist aber eine Reihe von besonderen Regeln zu beachten, die im folgenden vorgestellt werden.

1. Sachgerechte Aufbewahrung

Wer Betäubungsmittel in seinem Besitz hat, muß sie gesondert aufbewahren und gegen unbefugte Entnahme sichern, § 15 BtmG. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat bezüglich der Sicherung der Betäubungsmittel Richtlinien erlassen.

Hiernach müssen Betäubungsmittel entweder in Wertschutzschränken mindestens des Widerstandsgrades I nach EN 1143-1, die bei einem Eigengewicht von unter 1000 kg zusätzlich zu verankern sind, oder in speziellen Räumen, die mit einer Wertschutzraumtür mindestens des Widerstandsgrades III nach EN 1143-1 ausgestattet sind, verwahrt werden.

Betäubungsmittel dürfen demnach nicht lediglich in einfachen Schränken - auch wenn sie verschließbar sind und verschlossen werden - aufbewahrt werden. Allerdings ist es zulässig, in Wertschutzschränken bzw. -räumen, in denen Betäubungsmittel aufbewahrt werden, auch andere Arzneimittel aufzubewahren. Betäubungsmittel müssen also in einem speziellen Betäubungsmittellagerbehältnis oder -raum aufbewahrt werden; dieses Behältnis bzw. dieser Raum ist aber nicht ausschließlich Betäubungsmitteln vorbehalten. Eine Mitlagerung zusammen mit Betäubungsmitteln bietet sich etwa bei besonders stark wirksamen Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmitteln an.

2. Patientenbezogene Aufbewahrung

Der Grundsatz der patientenbezogenen Aufbewahrung wird für Betäubungsmittel ausdrücklich gesetzlich vorgeschrieben, § 13 Abs. 1 Satz 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV). Ein Verstoß gegen die patientenbezogene Aufbewahrung stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit Bußgeld von bis zu 25.000 EUR geahndet werden kann.

3. Kontrolle von Betäubungsmitteln

Da Betäubungsmittel stets nur zum "unmittelbaren Verbrauch" ausgegeben werden (s.u.), besteht für Pflegekräfte kein Bedarf, sich über die Kontrolle gelagerter Betäubungsmittel Gedanken zu machen.

4. Dokumentation der Betäubungsmittel

Die Kontrolle des Verbleibs der Betäubungsmittel ist durch §§ 13, 14 BtmVV geregelt. Hiernach ist ein Nachweis über den Bestand und den Verbleib von Betäubungsmitteln nach einem amtlichen Formblatt zu führen. Hierzu können Karteikarten oder fortlaufend nummerierte Betäubungsmittelbücher geführt werden; auch ein EDV-Nachweis ist zulässig, wenn ein jederzeitiger Ausdruck der gespeicherten Daten möglich ist. Der Bestand und der Verbleib von Betäubungsmitteln ist patientenbezogen nachzuweisen.

Die Nachweispflicht obliegt dabei dem verschreibenden Arzt. Dieser hat am Ende eines jeden Kalendermonats den Bestand zu prüfen und mit den Eintragungen über die Zu- und Abgänge zu vergleichen. Die Kontrolle ist mit Prüfdatum und Handzeichen den prüfenden Arztes zu versehen, § 13 Abs. 2 BtmVV. Die Aufzeichnungen sind drei Jahre aufzubewahren und müssen der nach Landesrecht zuständigen Behörde auf Verlangen vorgelegt werden, § 13 Abs. 3 BtmVV.

Der zu führende Nachweis muß nach § 14 Abs. 1 BtmVV enthalten:

© 2005 Rechtsanwalt Achim Diekmann, Poststr. 28, 48431 Rheine
Tel.: 05971 / 87403 - Fax 87408 - Email: achim.diekmann@gmx.net
weitere Informationen unter www.von-der-forst-und-kollegen.de

Alle Urheberrechte bleiben vorbehalten. Unerlaubte Benutzung und unerlaubte Vervielfältigung werden straf- und zivilrechtlich verfolgt. Der unveränderte Abdruck zu Ausbildungs- oder Weiterbildungszwecken in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist erlaubt, sofern dieser Copyright-Hinweis mitabgedruckt wird und dem Verfasser über den Abdruck unter Angabe der Einrichtung Kenntnis gegeben wird.

- die Bezeichnung des Arzneimittels
- Datum des Zuganges bzw. Abganges
- die zugegangene bzw. abgegangene Menge
- den sich hieraus ergebenden Bestand
- bei Zugängen: Name und Anschrift des Lieferers
- bei Abgängen: Name und Anschrift des Empfängers

Die Führung des Nachweises nach §§ 13 Abs. 1, 14 BtmVV dürfte delegierbar und damit auf Pflegekräfte delegierbar sein. Die monatliche Überprüfung nach § 13 Abs. 2 BtmVV ist dagegen ausdrücklich dem verschreibenden Arzt zugewiesen, so daß insoweit ein gesetzliches Delegationsverbot besteht.

Auf die Führung des Nachweises ist in der Praxis größter Wert zu legen; nach § 1 Abs. 3 BtmVV muß der Nachweis lückenlos sein. Verstöße gegen die Nachweispflicht stellen eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit Bußgeld von bis zu 25.000 EUR geahndet werden kann.

5. Bezug von Betäubungsmitteln

Betäubungsmittel dürfen nach § 1 Abs. 2 BtmVV von Apotheken nur aufgrund einer speziellen Verschreibung (sog. Betäubungsmittelrezept) abgegeben werden. § 2 BtmVV sieht für die Verschreibung von Betäubungsmitteln patientenbezogene Höchstmengen vor, die der Arzt bei der Verschreibung nicht überschreiten darf.

Grundsätzlich wird auch die Betäubungsmittelverschreibung dem Patienten ausgehändigt, der das verschriebene Betäubungsmittel dann über eine Apotheke bezieht; Sondervorschriften gelten für die Substitution bei Suchtkranken, vgl. §§ 5, 5a BtmVV.

Verschreibt der Arzt jedoch Betäubungsmittel für einen Bewohner eines Alten- oder Pflegeheimes oder eines Hospizes, so kann er bestimmen, daß die Verschreibung nicht dem Patienten ausgehändigt wird, § 5b Abs. 1 Satz 1 BtmVV.

Hintergrund ist, daß bei diesem Patientenkreis u.U. nicht sichergestellt werden kann, daß der Patient mit der Verschreibung sachgerecht umgeht, so daß ggf. Mißbrauch durch Dritte zu besorgen wäre.

Ordnet der Arzt an, daß einem Patienten aus diesem Kreise die Verschreibung nicht ausgehändigt wird, so kann die Verschreibung nur durch den Arzt selbst oder durch von ihm angewiesenes oder beauftragtes Personal seiner Praxis oder der betreffenden Einrichtung in der Apotheke vorgelegt werden, § 5b Abs. 1 Satz 2 BtmVV. Diesen Personen darf die Apotheke das Betäubungsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen, § 5b Abs. 2 BtmVV.

Da im Falle des § 5b BtmVV das Betäubungsmittel den Heim- bzw. Hospizmitarbeitern nur zum "unmittelbaren Verbrauch" überlassen werden darf, scheidet die Ausgabe von größeren Mengen des Betäubungsmittels aus. Insbesondere sind die Sondervorschriften für die Substitution, die für einige Ausnahmefälle die Abgabe von größeren Rationen erlauben, hier nicht anwendbar. Mit der Ausnahmegvorschrift des § 5b Abs. 1 und Abs. 2 BtmVV läßt sich daher das Anlegen eines Betäubungsmittelvorrates für einen Heim- oder Hospizbewohner durch den Einrichtungsträger nicht rechtfertigen; sie ist verboten.

Lediglich der behandelnde Arzt selbst ist befugt, unter eigener Verantwortung Betäubungsmittel für den Patienten im Heim bzw. Hospiz zu lagern, § 5b Abs. 3 BtmVV. Hierfür benötigt er aber die Zustimmung des Einrichtungsträgers.

Durch die Vorschrift des § 5b BtmVV wird deutlich: Die Abgabe des Betäubungsmittels erfolgt nur unter direkter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung, und zwar auch dann, wenn im Ausnahmefall eine Aushändigung der Betäubungsmittelverschreibung an den Patienten selbst nicht erfolgt. Das Anlegen von Betäubungsmittelvorräten durch den Einrichtungsträger ist nicht erlaubt.

6. Vernichtung von Betäubungsmitteln

Nicht mehr benötigte Betäubungsmittel hat der Eigentümer - also der Patient bzw. dessen Erbe - zu vernichten, § 16 BtmG. Die Vernichtung muß in Gegenwart zweier Zeugen und dergestalt geschehen, daß eine Wiedergewinnung des Betäubungsmittels unmöglich ist. Sinnvollerweise wird man Betäubungsmittel zur Vernichtung einer Apotheke übergeben, § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. e BtmG. Betäubungsmittel eines verstorbenen Patienten dürfen dem Erben nicht ausgehändigt werden.

7. Stellen von Betäubungsmitteln

Das Stellen von Betäubungsmitteln kann als Aufgabe des Pflegedienstes nicht vorkommen. Soweit Betäubungsmittel nicht vom Arzt direkt verabreicht werden, kommt stets nur die Ausgabe zum "unmittelbaren Verbrauch" in Betracht, so daß sich das Stellen erübrigt.

8. Verabreichen von Betäubungsmitteln

Das Verabreichen von Betäubungsmitteln ist grundsätzlich delegierbar, wie sich bereits aus der Regelung des § 5b BtmVV ergibt, die eine solche Delegierbarkeit voraussetzt. Aus § 5b BtmVV ist aber auch abzulesen, daß den Arzt bei der Auswahl derjenigen Personen, an die er dies delegiert, besondere Sorgfalt walten lassen muß. Wenn schon bei Arzneimitteln, die keine Betäubungsmittel sind, hinsichtlich der Gefährlichkeit des Arzneimittels auf die Qualifikation des Pflegepersonals besonders geachtet werden muß, so gilt dies für die Delegation einer Betäubungsmittelverabreichung in besonderem Maße. Mithin kann die Delegation nur dort erfolgen, wo das Pflegepersonal für die Betäubungsmittelverabreichung besonders geschult wurde und wo es besonders überwacht wird. Liegt eine solche besondere Qualifikation des Pflegepersonals nicht vor, so muß die Delegation unterbleiben.