



**Heimaufsicht, Gesundheits-  
förderung und -prävention**

München, 07.11.2016

**Landratsamt München**

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)**

**Geprüfte Einrichtung:** Evang. Alten- und Pflegeheim Planegg  
Germeringer Str. 33  
82152 Planegg

**Träger:** Hilfe im Alter GmbH der Inneren Mission München e.V.  
Landshuter Allee 40  
80637 München

In der Einrichtung wurde am 19.07.2016 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Es wurden in folgenden Bereichen durch folgende Personen stichprobenartige Überprüfungen vorgenommen:

**Prüfgegenstände**

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität  
Soziale Betreuung  
Verpflegung  
Freiheit einschränkende Maßnahmen  
Pflege und Dokumentation  
Qualitätsmanagement / Beschwerdemanagement  
Arzneimittel  
Hygiene  
Personal / Personaleinsatzplanung  
Bewohnersicherheit

## I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebote Plätze:	156
Belegte Plätze:	136
Plätze für Kurzzeitpflege:	1 fest & weitere nach Bedarf / Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	83 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 65,3 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 4

Hierzu hat die FQA für den Zeitpunkt der Prüfung folgendes festgestellt:

Die allgemeine Verwendung der Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“ etc. in diesem Bericht ist geschlechtsneutral zu bewerten und soll keinesfalls diskriminierend sein. Vielmehr soll dies einem ungestörten Textfluss beim Lesen dienen.

## II. Informationen zur Einrichtung:

### II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

- In der Kapelle der Einrichtung finden wöchentlich katholische Messen und evangelische Gottesdienste in der Kapelle statt.
- In der Einrichtung wird großen Wert auf künstlerisch / musische Angebote gelegt. So gibt es regelmäßig Kunstlerausstellungen im Haus sowie Konzertveranstaltungen, die auch für die Öffentlichkeit zugänglich sind, am hauseigenen Flügel.
- Die Bewohner äußerten sich durchweg zufrieden mit der Leitung, den Betreuungskräften und der Verpflegung.
- In der Einrichtung gibt es für die Bewohner und auch Besucher schöne Sitzbereiche, die zum Verweilen einladen. Im Gartenbereich stehen Sitzgruppen, Bänke und ein Pavillon zur Verfügung. Auch die jahreszeitliche Gestaltung und viele Grünpflanzen schaffen ein wohnliches Ambiente.
- In der Einrichtung sind etwa 20 Ehrenamtliche tätig, davon 12 Hospizmitarbeiter.
- Die monatlich erscheinenden Hausnachrichten „Heim-Eule“ der Einrichtung mit Informationen rund um die Einrichtung und deren Bewohner und Mitarbeiter. So werden nicht nur die Geburtstage der Bewohner, sondern besonders wertschätzend auch die Geburtstage oder Dienstjubiläen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen genannt. Es werden neue Bewohner vorgestellt und willkommen geheißen. Den verstorbenen Bewohnern wird darin gedacht und Abschied genommen.
- Zum Prüfzeitpunkt zeigten sich die Pflegemitarbeiter der Einrichtung fachlich kompetent und sehr engagiert.
- Die Kontaktaufnahme sowie der Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern sind zum Prüfzeitpunkt jederzeit respektvoll, wertschätzend und angemessen. Es ist keine Hektik spürbar.

## II.2 Qualitätsentwicklung

II.2.1 In der Einrichtung werden zum Prüfzeitpunkt keinerlei Freiheit einschränkende Maßnahmen angewandt. Dies hat die Einrichtung durch viel Beratungsarbeit mit Bewohnern und deren Angehörigen bzw. Betreuern erreicht. Auch die Anschaffung von geeigneten Alternativen, wie z.B. Niederflurbetten, hat zu dieser Entwicklung beigetragen und die Anwendung von Freiheit einschränkenden Maßnahmen entbehrlich werden lassen.

II.2.2 Die Vertreter der FQA verweisen im Rahmen der Begehung auf die gesetzlichen Regelungen zur Angleichung der baulichen Gegebenheiten an die Vorschriften der §§ 1 - 9 der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG) i.V.m. der DIN 18040-2.

Die FQA beim Landratsamt München verweist darauf, dass nach aktueller Weisungslage des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) bei Neubauten

- ein Anteil von mindestens 25 % an rollstuhlgerechten Wohnplätzen
- sowie ein Einzelzimmeranteil von 75 %,

gemessen an der Gesamtplatzzahl der Einrichtung, als angemessen erachtet wird.

Diese Richtwerte sollen laut StMGP auch in Bestandseinrichtungen durch entsprechende bauliche Angleichungsmaßnahmen angestrebt werden. Zur Erreichung dieser Zielvorgabe ist jedoch eine flexible Vorgehensweise gefordert, die sich an den Möglichkeiten der Bestandseinrichtungen unter Berücksichtigung bautechnischer, wirtschaftlicher sowie denkmalrechtlicher Aspekte orientieren muss.

Die zum Prüfzeitpunkt festgestellte Einzelzimmerplatzquote beträgt 83 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert für Neubauten im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % erfüllt. Da es sich bei dieser Einzelzimmerquote um den Wert vor Umsetzung der baulichen Erfordernisse an die DIN 18040-2 handelt, ist die Einzelzimmerquote nach evtl. erfolgter Zimmerumwandlung neu zu berechnen.

Die FQA-Vertreter verweisen am Prüftag auf die für eine ggf. erforderliche Angleichung der baulichen Standards gemäß § 10 AVPfleWoqG bestehenden gesetzlichen Fristen; insbesondere können Anträge auf angemessene Fristverlängerungen nunmehr seit 01.09.2015 bis spätestens 31.08.2016 gestellt werden. In diesem Zusammenhang werden die Vertreter der Einrichtung gebeten, entsprechende Anträge auf Fristverlängerung bzw. Befreiung separat zu stellen und entsprechend zu begründen.

**Die FQA beim Landratsamt München weist ergänzend darauf, dass nach Ablauf der gesetzlichen Angleichungsfrist (31.08.2016) grundsätzlich keine Anträge nach § 10 Abs. 1 Satz 2 AVPfleWoqG mehr entgegen genommen werden können.**

Diesbezüglich fand bereits am 19.05.2016 eine Besprechung vor Ort mit Vertretern des Trägers, der Einrichtung und dem Architekten statt. Die entsprechenden Anträge werden nach Angaben des Geschäftsführers vom 27.07.2016 fristgerecht gestellt.

Mit Datum vom 23.08.2016 wurden die entsprechenden Anträge auf Befreiung bzw. Fristverlängerung fristgerecht gestellt.

II.2.3 Im Zusammenhang mit einer neuen Verwaltungsvorschrift des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 08.01.2015 zur Nachtdienstbesetzung, nach der seit 01.07.2015 ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 bzw. 1:40 in der Nacht sicherzustellen ist, also eine Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner, wird die Einrichtung zu den fünf in der Verwaltungsvorschrift aufgeführten Indikatoren beraten. Dabei hat die FQA bei

der Erfüllung von mindestens drei der Indikatoren zu prüfen, ob die Einhaltung eines Personalschlüssels von bis zu 1:30 gefordert werden muss.

Mit Pflegekraft sind dabei sowohl Fach- als auch Hilfskräfte gemeint. Wie bisher muss mindestens eine der in der Nacht anwesenden Pflegekräfte eine Fachkraft sein.

1. Hoher Anteil immobiler Bewohner:

Die Anzahl der immobilen Bewohner wird durch Befragung der Einrichtungsleitung ermittelt. Nach deren Auskunft gebe es in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt 2 vollständig immobile Bewohner. Dies entspricht einem Anteil im Verhältnis zur Gesamtbewohnerzahl im stationären Bereich von 128 pflegebedürftigen Bewohnern von rund 1,5 %. Unterstützung beim Toilettengang benötigen 11 Bewohner. Dies entspricht einem Anteil von 8,5 %. Einen Wechsel des Inkontinenzproduktes benötigen 44 Bewohner. Dies entspricht einem Anteil von rund 34 %.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

2. Anzahl Pflegestufen 2 und 3 im Vergleich zu Anzahl Pflegestufen 0 und 1:

Die jeweilige Anzahl wird anhand der Bewohnerliste, auf der die Pflegestufen aufgeführt sind, ermittelt. Die Anzahl der Bewohner mit Pflegestufen 2 und 3 beträgt zum Prüfzeitpunkt 76 (davon 54 Bewohner mit Pflegestufe 2 und 21 Bewohner mit Pflegestufe 3 bzw. 1 Bewohner mit Pflegestufe 3+), mit Pflegestufen 0 und 1 befinden sich 52 Bewohner in der Einrichtung (davon 2 Bewohner mit Pflegestufe 0 und 50 Bewohner mit Pflegestufe 1). Aus pflegfachlicher Sicht ist dies ein wichtiger Indikator, da Bewohner mit Pflegestufe 2 und 3 grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand haben.

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

3. Erkenntnisse über Unruhezuständen:

Die Einrichtungsleitung der Einrichtung benennt einen unruhigen Bewohner mit einem nächtlichen Laufverhalten.

-> Der Indikator ist nicht erfüllt.

4. Anzahl und Anordnung der Gebäude (mehrere oder verwinkelte Gebäude):

Es handelt sich um ein Gebäude ohne verwinkelte Bauweise.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

5. Die Einrichtung erstreckt sich über mehr als zwei Geschosse:

Die Einrichtung hat 5 Stockwerke (EG, 1., 2., 3. und 4. OG, im 5. OG befindet sich das Rüstigen-Wohnen).

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

Die Personalbesetzung im Nachtdienst erfolge den Angaben der Einrichtung zufolge mit drei Pflegekräften (eine Pflegefachkraft und zwei Pflegehilfskräften), da sich in der Einrichtung aktuell 128 Pflegebedürftige befinden würden.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:43 ohne Rüstige, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit vier Pflegekräften (statt drei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt) als erforderlich erachtet wird.

### Hinweis:

Sollten seitens der FQA Zweifel an einer ausreichenden personellen Betreuung der Bewohner bestehen, kann sie Einrichtungsbegehungen zur Nachtzeit durchführen und die pflegerische und betreuende Ergebnisqualität überprüfen. Sofern dabei Abweichungen von den Anforderungen des Gesetzes (Mängel) in der Ergebnisqualität festgestellt werden, welche Rückschlüsse auf einen unzureichenden Personaleinsatz zulassen, kann die FQA ggf. ordnungsrechtliche Maßnahmen im Hinblick auf die Umsetzung und Einhaltung eines Personalbetreuungsschlüssels von bis 1:30 veranlassen.

Der Träger bzw. die Einrichtung sind gehalten, eine kontinuierliche Umsetzung des erforderlichen Nachwachenschlüssels bzw. eines ausreichenden Personaleinsatzes, nach Maßgabe der geltenden Indikatoren, durch regelmäßige Evaluationen des bewohnerorientierten Pflege- und Betreuungsbedarfs zu gewährleisten.

- II.2.4 Im Bereich der Sozialen Betreuung ist geplant, ab August auch Beschäftigungsmöglichkeiten für die Samstage zu implementieren, die bisher ohne Angebote zur freien Verfügung der Bewohner standen. So seien unter anderem ein Erzähl-Café, in dem Themen aus der Vergangenheit oder auch Aktuelles aus der Presse besprochen würden, ein Tanz-Café sowie eine „Männerrunde“ für die männlichen Bewohner geplant. Im Nachgang zur Begehung wurde von Seiten der Einrichtung mitgeteilt, dass seit 20.08.2016 samstags das Erzähl-Café stattfindet. Somit werden in der Einrichtung tägliche Beschäftigungsangebote für die Bewohner angeboten.

## **II.3 Qualitätsempfehlungen**

### II.3.1 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Beschwerdemanagement

In der Einrichtung wird ein Beschwerdemanagement „Beschwerden und Lob“ geführt. Beauftragte für das Beschwerdemanagement ist die EL sowie die PDL, über die sämtliche Beschwerden laufen. Eingehende Beschwerden werden dabei auf einem Formblatt abgearbeitet und in einem Ordner gesammelt. Auf Nachfrage erklären die Vertreter der Einrichtung, dass zwar grundsätzlich die Möglichkeit bestehe, sich anonym zu beschweren, jedoch würde dies sehr selten in anonymer Form wahrgenommen. Ein entsprechendes Formular liege nicht aus. Einen gesonderten Kummerkasten für Beschwerden gebe es nicht, jedoch den Briefkasten der Mitarbeitervertretung und zwei Hausbriefkästen.

**Es wird empfohlen, ein geeignetes Formblatt (z.B. Beschwerden, Anregungen, Verbesserungen) an einer zentralen Stelle auszulegen, um den Beschwerdeführern zu ermöglichen, Ihre Anliegen ggf. auch anonym einzubringen. Des Weiteren wird empfohlen, an geeigneter Stelle im Haus einen Kummerkasten anzubringen oder einen ggf. vorhandenen Briefkasten entsprechend für die Verwendung als Kummerkasten zu kennzeichnen und entsprechend zu beschriften.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, das vorgeschlagene System für einen begrenzten Zeitraum von 6 Monaten (bis 31.03.2017) auszuprobieren. Anregungen und Wünsche können in gekennzeichneten Boxen am Empfang abgegeben werden. Über diese Möglichkeit seien die Bewohner in der Hauszeitung umfassend informiert worden. Die Auswertung der Rückmeldungen solle immer freitags im Rahmen der Bereichsleiterrunde erfolgen, in der entsprechende Maßnahmen besprochen und Verantwortlichkeiten festgelegt werden können. Eine abschließende Bewertung der Praktikabilität und Sinnhaftigkeit eines solchen Systems stehe noch aus.**

### II.3.2 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Informationspflicht

Beim Hausrundgang wird festgestellt, dass in der Eingangshalle sowie an den Informationstafeln der einzelnen Stationen jeweils ein Hinweis auf vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen vorhanden ist. Die entsprechenden Beschwerdestellen gehen daraus mit Anschrift hervor.

**Der Einrichtung wird ergänzend empfohlen, die konkreten Ansprechpartner der FQA beim Landratsamt München für die Einrichtung zu nennen und stets aktuell zu halten.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, seiner Informationspflicht nachzukommen. Bewohner, Angehörige und Betreuer seien über die Möglichkeiten, sich beraten zu lassen oder sich zu beschweren, informiert. Die entsprechende Beschwerdestelle gehe zweifelsfrei aus den Aushängen hervor.**

### II.3.3 Qualitätsbereich: Brandschutz und Sicherheitseinweisung

Die letzte Brandschutzübung mit einer teilweisen Evakuierung liegt einige Jahre zurück und fand etwa vor drei Jahren mit der Feuerwehr statt.

**Es wird empfohlen, in Abstimmung mit der örtlichen Feuerwehr einen Termin für eine Brandschutzübung mit ggf. teilweiser Evakuierung zu vereinbaren.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die Einrichtung zum Anfang des nächsten Jahres in Abstimmung mit der örtlichen Feuerwehr eine Brandschutzübung mit ggf. teilweiser Evakuierung für einen Bauteil plane.**

### II.3.4 Qualitätsbereich: Medizinprodukte

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan sind keine Schulungen / Einweisungen in die vorhandenen Medizinprodukte ersichtlich.

**Es wird empfohlen, die Einweisungen / ggf. Folgeeinweisungen nach der Medizinproduktebetriebsverordnung in den jährlichen Fortbildungsplan mitaufzunehmen.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass sich das in der Einrichtung –zentral über den Träger geregelte- Prozedere bewährt habe und daher beibehalten werden solle.**

### II.3.5 Qualitätsbereich: Hygiene

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan sind die Hygieneschulungen in der Einrichtung für den 11.02. und 19.05.2016 geplant. Die konkret behandelten Themen werden vorab mit der Pflegedienstleitung besprochen. Aus den vorgelegten Durchführungsnachweisen / Teilnehmerlisten sind die geschulten Themen nicht ersichtlich.

**Es wird empfohlen, die Inhalte der Schulungen detailliert anzugeben. Dadurch hat die Einrichtung einen genaueren Nachweis, welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt geschult wurden.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die Inhalte für die jährlichen Hygieneschulungen mit der Geschäftsführung übergreifend für alle Einrichtungen des Trägers im Rahmen einer jährlichen Zielvereinbarung mit der externen Hygienebeauftragten festgelegt würden. Diese Zielvereinbarung ergebe sich aus den individuellen Bedarfen der Einrichtungen, die im Vorfeld abgefragt wurden sowie den**

protokollierten Ergebnissen der Hygienebegehungen der einzelnen Einrichtungen. Sollten sich Anforderungen an Hygienestandards ändern, so sind diese ebenfalls Teil von Schulungen. Die Zielvereinbarungen werden protokolliert zentral niedergelegt und fließen in alle übergreifenden Leitungsrunden des Trägers nachvollziehbar ein. Es werde jedoch übergreifend geklärt, wie sich diese Inhalte noch nachvollziehbarer darlegen lassen.

### II.3.6 Qualitätsbereich: Infektionsschutzgesetz

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan 2016 gehen keine Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz für neue Mitarbeiter bzw. Wiederholungsbelehrungen hervor.

**Es wird empfohlen, die Erst- / ggf. Wiederholungsbelehrungen in den jährlichen Fortbildungsplan mitaufzunehmen.**

In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass alle Erstbelehrungen im Rahmen der Einstellung neuer Mitarbeiter durch den Betriebsarzt vorgenommen werden. Die Folgebelehrungen erfolgen durch die Einrichtungsleitung bzw. dessen Stellvertretung im Rahmen des einrichtungsspezifischen Einweisungskonzeptes und sind für jeden Mitarbeiter einmal jährlich verpflichtend. Darüber hinaus gebe es auch die Möglichkeit, Folgebelehrungen durch die externe Hygienebeauftragte im Rahmen der Hygieneschulungen durchführen zu lassen. Das bisherige System solle beibehalten werden.

### II.3.7 Qualitätsbereich: Essensversorgung

Auf den Informationstafeln jeder Station hängt der Speiseplan im DIN A3-Format, sehr gut lesbar, aus. Der Speiseplan wird auch in den monatlichen Hausnachrichten „Heim-Eule“ abgedruckt. Auf den Aushangspeiseplänen sind die Nummern zu den Zusatzstoffen sowie Buchstaben zu den Allergenen zu jedem Gericht teilweise ausgewiesen. Jedoch hängt keine Legende aus oder ist dem Speiseplan im Kleingedruckten beigelegt, die beschreibt, welche Zusatzstoffe bzw. Allergene der jeweiligen Nummer bzw. dem jeweiligen Buchstaben entsprechen. In der Einrichtung werde ein entsprechender Ordner vorgehalten, der sämtliche Inhaltsstoffe und Allergene aufliste und für die Bewohner jederzeit einsehbar sei.

**Es wird empfohlen, die Zusatzstoffe und Allergene auf den Aushangspeiseplänen mit anzugeben oder ein Beiblatt zu den Aushangspeiseplänen zu fertigen und mit anzuhängen, auf denen die Zusatzstoffe und Allergene mit den Nummern beschrieben sind. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass der Aushang stets an der Tafel angebracht ist. Zusätzlich kann auch ein Hinweis auf den Aushangspeiseplänen vermerkt sein mit der Angabe, wo die Legende mit allen Inhaltsstoffen und Allergenen eingesehen werden kann. So wird die Informationspflicht auch für den Fall sichergestellt, dass der Aushang auf der Tafel abhandengekommen wäre. Durch die übersichtliche Angabe der Inhaltsstoffe und Allergene wird die Speisenauswahl für die Bewohner erleichtert und eventuelle Allergien, Unverträglichkeiten oder Vorlieben/Abneigungen können bei der Menüwahl berücksichtigt werden.**

In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass dieser Punkt in den entsprechenden einrichtungsinternen Runden zur Diskussion eingebracht werde, um eine Lösung auf Grundlage bestehender gesetzlicher Anforderungen zu finden. Derzeit verweise die Einrichtung im Speiseplan auf die in den Stationsküchen ausliegenden Ordner, in denen alle Allergene und Zusatzstoffe der Legenden des Speiseplans nachzulesen sind.

### II.3.8 Qualitätsbereich: Medikamente

#### Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner der Station 3 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Oxycodon HCl-CT-5 mg“.

Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Liefer- und Verfallsdatum sind ordnungsgemäß vermerkt. Die ärztliche Verordnung ist vollständig. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Pflegefachkraft/Schichtleitung geregelt. Zur Verabreichungsmenge ist bei der Festmedikation 2 x innerhalb von 24 Std. (07:00, 16:30 Uhr) angegeben.

Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand finden sich kein aktuelles monatliches Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge. Der letzte ärztliche Prüfvermerk war zum Prüfzeitpunkt datiert vom 11.05.2016.

**Es wird empfohlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die ordnungsgemäße Gabe gemäß der ärztlichen Anordnung als auch auf eine nachvollziehbare Führung der entsprechenden Dokumentationsnachweise. Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 Betäubungsmittelverordnung sind Betäubungsmittelbücher durch den verschreibungsberechtigten Arzt am Ende jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Der Einrichtung wird empfohlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken.**

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die entsprechende Vorgabe in der übergreifenden Organisationsanweisung „Umgang mit Betäubungsmitteln“ nachvollziehbar hinterlegt und für alle Pflegefachkräfte verbindlich umzusetzen sei. Allerdings liege hier die alleinige Verantwortung hinsichtlich einer fehlerfreien Umsetzung nicht allein bei den Pflegefachkräften. So sei es trotz aller Bemühungen der Pflege insbesondere in den Urlaubsmonaten schwierig, eine entsprechende Arztunterschrift von dem verordnenden Arzt zu bekommen. Die Richtigkeit des Bestands werde im Rahmen von monatlichen Überprüfungen durch die Apotheke dokumentiert niedergelegt. Auch findet eine Überprüfung des Bestandes bei jedem Zu- oder Abgang durch die Pflegefachkraft statt. Dennoch werde bei der Reflexion der Begehung in der nächsten Stationsleiter-Runde diese Verpflichtung thematisiert; die Verantwortlichkeit der regelhaften Umsetzung liegt bei den Stationsleitungen, die Überprüfung erfolgt stichpunktartig im Rahmen der Stationsvisite durch die Pflegedienstleitung.**

### II.3.9 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

#### hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner der Station 3 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Palexia retard 50 mg Tabl.“.

Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Liefer- und Verfallsdatum sind ordnungsgemäß vermerkt. Die ärztliche Verordnung ist vollständig. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Pflegefachkraft/Schichtleitung geregelt. Zur Verabreichungsmenge ist bei der Festmedikation 1 x morgens angegeben.



Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand finden sich kein aktuelles monatliches Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge. Der letzte ärztliche Prüfvermerk war zum Prüfzeitpunkt datiert vom 25.05.2016.

**Es wird empfohlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die ordnungsgemäße Gabe gemäß der ärztlichen Anordnung als auch auf eine nachvollziehbare Führung der entsprechenden Dokumentationsnachweise. Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 Betäubungsmittelverordnung sind Betäubungsmittelbücher durch den verschreibungsberechtigten Arzt am Ende jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Der Einrichtung wird empfohlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken.**

**Zur Stellungnahme des Trägers vom 06.10.2016 s. unter II.3.8.**

#### II.3.10 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner der Station 2 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Fentanyl 100ng/h Matrixpflaster“.

Die ursprüngliche ärztliche Verordnung lautete „Durogesic 100ng/h Membranpflaster“. Es liegt eine Substitutionsmitteilung der Apotheke Engel vom 12.01.2016 vor, wonach das verordnete Medikament gegen oben genanntes Arzneimittel aufgrund der „Verpflichtung nach § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Abgabe eines wirkstoffgleichen, preisgünstigeren Arzneimittels, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder austauschbare Darreichungsform besitzt“, ersetzt werde.

Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Liefer- und Verfallsdatum sind ordnungsgemäß vermerkt. Die ärztliche Verordnung ist vollständig. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Pflegefachkraft/ Schichtleitung geregelt. Zur Verabreichungsmenge ist bei der Festmedikation „alle drei Tage“ angegeben.

Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand finden sich regelmäßig monatliche Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge. Der letzte ärztliche Prüfvermerk war zum Prüfzeitpunkt datiert vom 29.06.2016.

**Es wird empfohlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die ordnungsgemäße Gabe gemäß der ärztlichen Anordnung als auch auf eine nachvollziehbare Führung der entsprechenden Dokumentationsnachweise. Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 Betäubungsmittelverordnung sind Betäubungsmittelbücher durch den verschreibungsberechtigten Arzt am Ende jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Der Einrichtung wird empfohlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken.**

**Zur Stellungnahme des Trägers vom 06.10.2016 s. unter II.3.8.**

### III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

**Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 S. 1 PflWoqG erfolgt.**

[Eine Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung der festgestellten Abweichungen erhebt keinen Anspruch auf Verbindlichkeit oder Vollständigkeit. Die Art und Weise der Umsetzung der Behebung der Abweichungen bleibt der Einrichtung bzw. dem Träger überlassen.]

#### III.1 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen / Lagerung von Medikamenten

III.1.1 Bei einer Überprüfung der Temperaturkontrollen des Medikamentenkühlschranks im Stationszimmer der Station 2 vom Juli 2016 wird festgestellt, dass die ermittelten Maximaltemperaturen an zwei Tagen außerhalb des zulässigen Sollbereichs von 2 – 8 Grad C lag. So wurden am 01. und 13.07.2016 als Maximaltemperatur 12 bzw. 9 Grad C ermittelt. Es ist nicht nachvollziehbar, ob und ggf. welche Maßnahmen getroffen wurden, weder in Bezug auf die Abweichungen des Medikamentenkühlschranks, ob ein Defekt beim Gerät vorliegt, noch in Bezug auf die darin gelagerten Medikamente (Insulin). Evtl. getroffene Maßnahmen wurden seitens der Einrichtung weder mündlich dargelegt noch schriftlich dokumentiert.

III.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.1.3 Um nachvollziehbar sicherzustellen, dass thermolabile Medikamente ordnungsgemäß gelagert werden, ist die regelmäßige Dokumentation der Temperaturkontrolle von großer Bedeutung. Im Falle auftretender Unregelmäßigkeiten (Temperaturüber- bzw. -unterschreitung) wird geraten, sofortige Maßnahmen zur Wiederherstellung des Temperaturnormbereichs zu ergreifen. Darüber hinaus wird geraten, mögliche notwendige Folgemaßnahmen im Umgang mit thermolabilen Medikamenten im Falle einer Über- bzw. Unterschreitung des Temperaturnormbereichs zu dokumentieren.

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass zukünftig die Temperaturerfassung täglich zu Beginn der Frühschicht erfolgen solle, um kurzfristig entstehende Temperaturschwankungen, z.B. durch längeres Öffnen der Kühlschrantür, z.B. bei Entnahmen, bei der Temperaturerfassung auszuschließen. Etwaige Abweichungen von der Soll-Temperatur seien in der hierfür vorgesehenen Dokumentation zu hinterlegen und entsprechende Maßnahmen, z.B. Verständigung der Haustechnik, einzuleiten. Die Verantwortlichkeit für die regelhafte Umsetzung liege bei der Stationsleitung. Der Prozess Temperaturerfassung – Dokumentation – Einleitung etwaig erforderlicher Maßnahmen werde im Rahmen der Stationsvisite durch die Pflegedienstleitung überprüft.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

#### III.2 Qualitätsbereich: Personal

hier: Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

III.2.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für die Monate April bis Juli 2016 ergab, dass auf dem Dienstplan Juli / Station 1 jeweils unter dem vorgegebenen Eintrag „Zeitarbeit 7; PH-St. 1“ bzw. „Zeitarbeit 11-PH“ ein Mitarbeiter lediglich mit Familiennamen handschriftlich ergänzt

wurde. Es ist nicht nachvollziehbar, ob es sich dabei um zwei Mitarbeiter gleichen Familiennamens handelt oder inwiefern derselbe Mitarbeiter zweimal eingesetzt werden kann.

Auf dem Dienstplan Juli / Station 2 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 14, PH St. 2“ und „Zeitarbeit 3, PH-CP“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben. Unter „ZA CONFIANZA“ wurde ein Mitarbeiter mit Vor- und Familienname eingetragen, jedoch ohne Angabe der Qualifikation. Unter KAH Großhadern wurde ein Mitarbeiter mit Familienname eingetragen, jedoch ohne Angabe der Qualifikation.

Auf dem Dienstplan Juli / Station 3 ist unter dem Eintrag „Zeitarbeit 10, PH St. 3“ kein Name des Mitarbeiters, jedoch Fa. Prell angegeben. Es sind diverse Namen, teils nur Familienname, teils Vor- und Familienname, ergänzt, jedoch ohne Angabe der Qualifikation. Unter dem Eintrag „ZA CONFIANZA“ wurde kein Mitarbeiter eingetragen, jedoch die Angabe der Qualifikation Pflegehelfer.

Auf dem Dienstplan Juni / Station 1 wurde jeweils unter dem vorgegebenen Eintrag „Zeitarbeit 7; PH-St. 1“ bzw. „Zeitarbeit 11-PH“ ein Mitarbeiter lediglich mit Familienname handschriftlich ergänzt. Es ist nicht nachvollziehbar, ob es sich dabei um zwei Mitarbeiter gleichen Familiennamens handelt oder inwiefern derselbe Mitarbeiter zweimal eingesetzt werden kann.

Auf dem Dienstplan Juni / Station 2 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 14, PH St. 2“ und „Zeitarbeit 6, PH-St. 2“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Dienstplan Juni / Station 3 ist unter dem Eintrag „Zeitarbeit 10, PH St. 3“ kein Name des Mitarbeiters angegeben. Auf dem Aushangdienstplan befindet sich der Familienname zum Eintrag „Zeitarbeit 10, PH St. 3“.

Auf dem Ist-Dienstplan Juni / Station 0 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 3, PH CP“ und „Zeitarbeit 12, PH-St. 3“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben. Auf dem Aushangdienstplan befinden sich die vollständigen Angaben (Familienname, Vorname, Qualifikation) zum Mitarbeiter.

Auf dem Ist-Dienstplan Mai / Station 1 ist unter dem Eintrag „KP-Schüler, I, Praktikant“, „Zeitarbeit 7, PH-St. 1“, „Zeitarbeit 9, PH-Station 0“ und „Zeitarbeit 11, PH St. 1“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan Mai / Station 2 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 14, PH St. 2“, „Zeitarbeit 6, PH-St. 2“ „Zeitarbeit 12, PH-St. 3“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan Mai / Station 3 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 10, PH St. 3“ und „Zeitarbeit 12, PH St. 3“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan April / Station 0 ist unter dem Eintrag „Zeitarbeit 3, PH CP“ kein Name des Mitarbeiters angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan April / Station 1 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 7, PH-St. 1“, „Zeitarbeit 9, PH-Station 0“ und „Zeitarbeit 11, PH St. 1“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan April / Station 2 sind unter dem Eintrag „Zeitarbeit 12, PH“ und „Zeitarbeit 6, PH-St. 2“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf dem Ist-Dienstplan April / Station 3 sind unter dem Eintrag „KP-Schüler, II, Praktikant“ und „Zeitarbeit 10, PH St. 3“ keine Namen der Mitarbeiter angegeben.

Auf den Ist-Dienstplänen für den Nachtdienst für die Monate März bis Juni ist unter dem Eintrag „Zeitarbeit 4, PH ND“ kein Name des Mitarbeiters angegeben.

- III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.2.3 Es wird geraten, auf die Sicherstellung einer Personaleinsatzplanung nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu achten. Die Mitarbeiter der jeweiligen Wohnbereiche müssen auf den für sie maßgeblichen, wohnbereichsbezogenen Dienstplänen die diensthabenden Pflege- und Betreuungskräfte übersichtlich und transparent, mit jeweiligem Vor- und Zunamen, erkennen können. Darüber hinaus sind den namentlich zu bezeichnenden Pflege- und Betreuungskräften die jeweiligen Qualifikationen (Pflegefachkraft / Pflegehilfskraft) zuzuordnen. Dies gilt insbesondere auch für den Einsatz von Zeitarbeitskräften. Für die Mitarbeiter der Einrichtung muss zweifelsfrei erkennbar sein, welche Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung im Versorgungsfall zur Verfügung stehen.

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass zukünftig die Personaleinsatzplanung übersichtlicher und transparenter gestaltet werden sollte. Jeder Zeitmitarbeiter sollte zusätzlich zum Dienstplan auf einem zusätzlichen Dokumentationsblatt geführt werden, aus dem differenziertere Informationen zu Mitarbeiterdaten (Einsatzzeiten, Qualifikation, Handzeichen, Zugangsdaten zur EDV-gestützten Pflegedokumentation, etc.) hervorgehen. Diese Verpflichtung sollte in der nächsten Stationsleiter-Runde thematisiert werden; die Verantwortlichkeit der regelhaften Umsetzung liege bei den Stationsleitungen, die Überprüfung erfolge stichpunktartig im Rahmen der Stationsvisite / Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

III.3 Qualitätsbereich: Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte  
Personelle Besetzung / ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

- III.3.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für die Monate März bis Juni 2016 ergab, dass zwar durchgehend eine Fachkraft zum Dienst eingeteilt wurde. Jedoch wurde festgestellt, dass über den gesamten Zeitraum eine Hilfskraft zu wenig im Nachtdienst eingesetzt war. Den Angaben der Einrichtung zufolge entsprach dies auch den tatsächlichen Gegebenheiten zum Prüfzeitpunkt, also im Monat Juli. Somit wurde die Vorgabe, im Nachtdienst ausreichend Personal einzusetzen (derzeit vier Pflegekräfte insgesamt) unterschritten. Der maximal zulässige Korridor von 1:40 war demnach nicht eingehalten.

Bei einer hinsichtlich der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften nicht ausreichenden Besetzung des Nachtdienstes wie dargestellt wird von Seiten der Einrichtung in Kauf genommen, dass Betreuungs- und Versorgungslücken entstehen können.

- III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.3.3 Der Einrichtung wird geraten, bei der Diensteinteilung darauf zu achten, dass im Nachtdienst, also in der Zeit von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr, immer -je nach Bewohnerzahl- die erforderliche Anzahl an Pflegekräften (davon immer eine Pflegefachkraft) anwesend ist. Bei einem unvorhergesehenen Ausfall einer Pflegekraft für den Nachtdienst ist im Rahmen einer vorausschauenden Personaleinsatzplanung dafür Sorge zu tragen, dass anderweitig ein kurzfristiger Einsatz sichergestellt werden kann. Neben der Gewährleistung einer bestmöglichen Betreuungs- und Pflegequalität in der Nacht für die Bewohner dient dies auch der Sicherheit der Einrichtung und der verantwortlichen Pflegekräfte.

In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die Abweichung zum vorgegebenen Betreuungsschlüssel in der Nacht von 1:40 lediglich 3 Bewohner betrage und somit einem Betreuungsschlüssel von 1:43 entspreche. Der Träger gibt an, dass die Umsetzung der Verwaltungsvorschrift mit erheblichen strukturellen und personellen Veränderungen verbunden sei, die gut geplant und überlegt in die Praxis getragen werden müssen. Die Pflegehilfskraft, die nun zusätzlich im Nachtdienst tätig sei, stehe nun nicht im Rahmen eines allgemein verbesserten Personalschlüssels zur Verfügung, sondern müsse von den Pflegekräften abgezogen werden, die im Tagdienst tätig seien. Dies habe mitunter Auswirkungen auf die Betreuung und Pflege der Bewohner untertags. Dennoch habe die Einrichtung die Vorgabe zum 01.09.2016 umgesetzt. Der Nachtdienst sei nun mit 4 Pflegekräften, davon eine Pflegefachkraft, besetzt. Der Betreuungsschlüssel liegt nun innerhalb des vorgegebenen Korridors zwischen 1:30 und 1:40.

Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.

#### III.4. Qualitätsbereich: Umgang mit Arzneimitteln

##### hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln

- III.4.1 In der Medikamentenschütte eines Bewohners werden zum Prüfzeitpunkt ein abgetrennter Blister ohne Umverpackung mit Tavor Expidet 1mg, 5 Stück mit einer Entnahme--im Verbleib noch 4 Tabletten- festgestellt.

Zum Prüfzeitpunkt ist nicht nachvollziehbar, woher die Tabletten stammen. In der Bewohnerdokumentation findet sich am 11.06.2016 ein Eintrag zur Gabe von Lorazepam, welches der gleiche Medikamentenwirkstoff ist. Eine ärztliche Verordnung für Lorazepam liegt vor.

- III.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.4.3 Medikamente sind Bewohnereigentum, daher wird geraten, Medikamente von Bewohnern bewohnerbezogen beschriftet, in der jeweiligen Umverpackung und Beipackzettel, mit Liefer-, sowie Öffnungsdatum versehen aufzubewahren.  
Die Umverpackung soll die Medikamente vor Feuchtigkeit schützen. Der Beipackzettel sollte aufbewahrt werden, um eventuelle Neben- oder Wechselwirkungen nachlesen zu können.

In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die Qualitätsvorgaben zur Lagerung / Aufbewahrung / Beschriftung von Arzneimitteln, die einrichtungsübergreifend in der Organisationsanweisung „Umgang mit Arzneimitteln“ verbindlich geregelt und entsprechend umzusetzen sind, werden im Rahmen der nächsten Stationsleiter-Runde thematisiert; die Verantwortlichkeit der regelhaften Umsetzung liegt bei den Stationsleitungen, die Überprüfung erfolgt stichpunktartig im Rahmen der Stationsvisite durch die Pflegedienstleitung. Darüber hinaus sei die Feststellung zum Anlass genommen worden, um in der nächsten Arzneimittelschulung schwerpunktmäßig Qualitätsvorgaben zur Aufbewahrung, Lagerung und Beschriftung von der Apotheke schulen zu lassen.

Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.

III.5 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen  
hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.5.1 Ein Bewohner erhält nach ärztlicher Anordnung bei Unruhe und Angst als Bedarf Lorazepam.  
Die Indikation „Unruhe und Angst“ stellt eine unkonkrete Anordnung dar, da für die ausführende Pflegefachkraft Interpretationsspielraum bleibt. Die Einschätzung und Interpretation der verschiedenen Pflegefachkräfte, z.B. zu Unruhe, kann hier unterschiedlich ausfallen.
- III.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.5.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat zweifelsfreie Anordnungen des behandelnden Arztes sicherzustellen. Dies dient sowohl der Sicherheit des Bewohners als auch der Sicherheit der durchführenden Pflegekraft.

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die Vorgabe kommuniziert sei und einrichtungsübergreifend stetig verfolgt werde, Indikationen zur Gabe von Bedarfsmedikamenten konkret und interpretationsfrei durch die (Haus-) Ärzte zu hinterlegen und dies eben nur dann auch handlungsleitend für die Pflegefachkräfte sei. So sei der sach- und fachgerechte Umgang mit verordneter Bedarfsmedikation, im Speziellen die zweifelsfreie Indikationsstellung, schwerpunktmäßig im Rahmen der diesjährigen Audits thematisiert und auditiert worden. Zusätzlich zu diesen Qualitätsmaßnahmen werde der zugrundeliegende Sachverhalt bei der Reflexion der Qualitätsprüfung im betroffenen Wohnbereich thematisiert; die Überprüfung erfolgt stichpunktartig im Rahmen der Stationsvisite durch die Pflegedienstleitung.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

III.6 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen  
hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.6.1 Bei einem Bewohner lautet die Anordnung für ein Schmerzmittel bei Bedarf „bei Schmerzen aller Art“. Die Indikation „Schmerzen aller Art“ ist für die durchführende Pflegefachkraft zu unkonkret und entspricht keiner ordnungsgemäßen Anordnung.  
Eine undifferenzierte Verabreichung von Schmerzmedikamenten durch die Indikation „Schmerzen aller Art“ kann bei akuten Erkrankungen die Behandlung verzögern und unter Umständen sogar lebensgefährlich werden.
- III.6.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.6.3 Im Sinne der Durchführungs- und Handlungsverantwortung der Pflegefachkräfte bedarf es einer eindeutigen ärztlichen Anordnung, damit diese eindeutig und ohne Zweifel handeln können und nicht der Gefahr ausgesetzt werden, eine versehentliche Kompetenzüberschreitung zu begehen.  
Die jeweilige Behandlung im Bedarfsfall ist abhängig von der ärztlichen Diagnose.  
Um eventuell auftretende Komplikationen für den Bewohner und für die Pflegefachkraft im Sinne ihrer Handlungsverantwortung zu vermeiden, wird der Einrichtung geraten, eine eindeutige Bedarfsdiagnose des behandelnden Arztes sicherzustellen.

**Zur Stellungnahme des Trägers vom 06.10.2016 s. unter III.5.3.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

III.7 Qualitätsbereich: Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten / Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

- III.7.1 Ein Bewohner kann im Bedarfsfall laut ärztlicher Anordnung Sauerstoff erhalten  
Im Wohnzimmer befindet sich ein Sauerstoffgerät in einer hierfür geeigneten, eingerissenen Plastikhülle. Der Luftbefeuchter des Sauerstoffkonzentrators ist bis zur Hälfte befüllt. Zum Prüfzeitpunkt ist nicht nachvollziehbar, wann das Gerät zum letzten Mal verwendet wurde und wie lange das Wasser sich in dem Gefäß des Luftsprudlers befindet.

Im Fachgespräch erläutert die Pflegedienstleitung, dass für die Bewohner, welche einer Sauerstofftherapie bedürfen, zur Luftbefeuchtung hierfür geeignetes, steriles Wasser in Einweggefäßen vorgehalten wird.

Zum Prüfzeitpunkt ist dies nicht der Fall.

- III.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.7.3 Im Notfall kann die Sauerstoffzufuhr mittels Konzentrator zwar ohne Luftbefeuchtung durchgeführt werden. Um den Bewohner vor Austrocknung der Atemwege zu schützen, sollte der Luftbefeuchter jedoch als Unterstützung zur Sauerstofftherapie verwendet werden. Daher wird geraten, dass die Einrichtung sicherstellt, dass im Bedarfsfall zur Luftbefeuchtung geeignetes Wasser vorgehalten wird.  
Um eine Infektion der Atemwege weitestgehend zu vermeiden, ist die Verwendung von sterilem Wasser zwingend notwendig. Im Falle der Verwendung der Einwegbehälter sind diese mit Anbruchsdatum und Uhrzeit zu versehen. Generell sollte das Wasser, das zur Luftbefeuchtung verwendet wird, in seinem jeweiligen Behältnis entsprechend mit den genannten Daten gekennzeichnet werden. Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die –je nach Herstellerangaben- maximale Anwendbarkeitsdauer nicht überschritten wird.

**Zur Stellungnahme des Trägers vom 06.10.2016 s. unter III.5.3.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

III.8 Qualitätsbereich: Verabreichung von Arzneimitteln  
hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.8.1 Ein Bewohner erhält bei Bedarf das Insulin Novo Rapid Flex Pen. Das Medikament kann nach Herstellerangaben maximal bei einer sachgerechten Lagerung unter 30 Grad maximal 4 Wochen aufbewahrt werden.  
Zum Prüfzeitpunkt ist in der Medikamentenschütte des Bewohners ein Novo Rapid Flex Pen mit Anbruchsdatum vom 15.05.2016. Der Pen ist seitens der Einrichtung mit einem Haltbarkeitsdatum bis 10.06.2016 versehen und zum Prüfzeitpunkt am 19.07.2016 laut den Herstellerangaben seit über 5 Wochen nicht mehr verwendbar.

Am 11.06.2016 wurden der Bewohnerin 6 Einheiten verabreicht.

- III.8.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.8.3 Abgelaufenen Medikamente verlieren oder verändern ihren Wirkstoff so, dass das Medikament nicht mehr richtig wirken kann.

Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat sicherzustellen, dass die Medikamente nach Ablaufdatum aus dem Medikamentenbestand der Bewohner entfernt werden und einer Verwendung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die Haltbarkeit der in der Einrichtung gelagerten Arznei- und Hilfsmittel muss regelmäßig überprüft werden. Verfallene oder nicht mehr einwandfreie Medikamente müssen ordnungsgemäß entsorgt werden.

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass bei einem Novo Rapid Pen als Haltbarkeitsdauer gemäß Herstellerangaben nach Anbruch 28 Tage angegeben seien. Da der Anbruch am 15.05.2016 erfolgte, sei das Medikament bis einschließlich 11.06.2016 haltbar gewesen. Dem Bewohner wurde also am 11.06.2016 ein völlig intaktes Medikament verabreicht.**

**Der Träger stimmt der Bemängelung der missverständlichen Beschriftung sowie der Lagerung des bereits abgelaufenen Medikamentes zu.**

**Im Weiteren wurde auf die Stellungnahme unter III.4.3 verwiesen.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

### III.9 Qualitätsbereich: Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten / Ernährung

hier: Umgang mit Schluckstörungen

III.9.1 Ein Bewohner war vom 18.05.2016 bis 02.06.2016 wegen einer Aspirationspneumonie im Krankenhaus.

Er hat Schluckstörungen und benötigt laut einer Einschätzung der Logopädin die Getränke ange dickt. Eine schriftliche Empfehlung der Logopädin findet sich hierzu im Bewohnerzimmer auf dem Schreibtisch des Bewohners mit dem Hinweis, die Getränke stärker anzudicken und keine Schnabelbecher zu verwenden.

Auf dem Nachttisch des Bewohners befindet sich ein Schnabelbecher, welcher noch zu zwei Drittel mit einer nicht ange dickten Flüssigkeit gefüllt ist.

III.9.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.9.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat den speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung zu tragen.

Schluckstörungen können zu einer Lungenentzündung führen. Da der Schluckreflex gestört ist, gelangen Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel auch in die Atemwege. Diese können nicht mehr abgehustet werden. Es wird daher geraten, das Getränk dem Bewohnerbedürfnis entsprechend anzudicken, da dickflüssigere Getränke das Schlucken erleichtern.

**In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass die von der Logopädin ausgesprochene Empfehlung als auch die Kommunikation diesbezüglich mit dem Hausarzt zweifelsfrei im Rahmen der EDV-gestützten Dokumentation nachvollziehbar aufzufinden sei. So sei bereits mit Rückkehr aus dem Krankenhaus eine Anpassung der Pflegeplanung veranlasst worden, die darstellt, dass ausschließlich ange dickte Getränke und breiige Kost aufgrund von Kau- und Schluckstörungen anzureichen seien. Warum trotzdem am Prüftag keine ange dickten Getränke auf dem Bewohnerstisch standen, lasse sich so nicht mehr eindeutig nachvollziehen. Selbstverständlich würden sowohl die Aspekte zur Sicherstellung und Erhalt einer bedarfsgerechten**



**oralen Ernährung – Umgang mit Schluckstörung als auch die Sicherstellung der Weiterleitung entsprechender Informationen in den einrichtungsspezifischen Besprechungsstrukturen, wie Stationsleiter-Runde, Übergaben und Teamgespräche thematisiert und reflektiert. Die Verantwortlichkeit der regelhaften bewohnerindividuellen Umsetzung liegt bei den durchführenden Pflegefachkräften, die Endverantwortung bei den Stationsleitungen. Die Durchführung wird kontinuierlich im Rahmen von Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung überprüft.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

### III.10 Qualitätsbereich: Helfender Umgang / Schmerz- / Wundmanagement:

III.10.1 Am Kreuzbein weist ein Bewohner einen Dekubitus auf. Zum Prüfzeitpunkt ist dieser mit einem Schaumverband (Draco Foam 10 cm x 10 cm) verbunden.  
Laut ärztlicher Verordnung soll der Dekubitus alle drei Tage mit Betaisodona Lösung und steriler Kompresse sowie mit o.g. Verbandsmaterial versorgt werden.

Zum Prüfzeitpunkt wird der verordnete Schaumverband durchgeschnitten in der Verpackung in einer Schublade des Bewohnerzimmers vorgefunden. Das Verbandsmaterial ist somit unsteril und nicht mehr zu verwenden. Es wird durch eine Pflegekraft sofort aus dem Bestand entfernt.

Im Fachgespräch wird mit den Pflegefachkräften übereinstimmend erörtert, dass die langfristige Verwendung einer Povidon jodhaltigen Lösung bei chronischen Wunden nicht dem allgemein anerkanntem Stand medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht.

Die Pflegefachkräfte geben an, gegenüber dem verordneten Arzt ihre Bedenken geäußert zu haben. Anhand der Dokumentationsunterlagen ist dies zum Prüfzeitpunkt nicht nachvollziehbar.

Am Tag nach der Heimgeschau wurde durch den behandelnden Arzt ein geeignetes Antiseptika verordnet und die Povidon Lösung wurde abgesetzt.

III.10.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.10.3 Zum einen sind durch die Jodlösung Verfärbungen der Wunde und der Wundumgebung möglich, wodurch sich der Wundzustand erschweren lässt und eine Verfälschung möglich ist.

Andererseits weist Povidon Jod einen sogenannten Eiweißfehler auf. Hierbei handelt es sich um eine verminderte Wirksamkeit des Desinfektionsmittels bei dem Vorkommen in der Wunde von Eiweiß, Serum, Eiter oder Blut. Krankheitserreger können so nach der Desinfektion in der Wunde bestehen bleiben und eine Krankheit auslösen. Es besteht zusätzlich die Gefahr einer erhöhten Jodresorption.

Des Weiteren ist Povidon Jod nur für den kurzfristigen Gebrauch zur Wunddesinfektion zu verwenden.

Die Pflegefachkraft ist in der Durchführungsverantwortung und hat bei möglichen Fehlansetzungen, insofern sie diese erkennt, die Pflicht, den anordnenden Arzt darüber in Kenntnis zu setzen, so dass dieser eventuell eine neue Anordnung treffen kann. Dies sollte nachweislich in der Bewohnerdokumentation hinterlegt sein.

In der Stellungnahme vom 06.10.2016 gibt der Träger an, dass insbesondere beim Wundmanagement die Pflege auf das Know-How des Arztes angewiesen sei. Ärzte ordnen Maßnahmen der Wundversorgung an und verschreiben hierfür erforderliche Wundmaterialien. Gerade die moderne Wundtherapie von chronischen Wunden (hier: Dekubitalgeschwüre) sei mit enormen Kosten verbunden, die viele (Haus-) Ärzte so nicht durchführen lassen bzw. verordnen wollen. Oft werde auf konventionelle Therapien zurückgegriffen, wahrscheinlich weil man sich hiervon erhofft, das beschränkte Arznei- und Verbandsmittelbudget zu schonen. Die Zusammenarbeit der Einrichtung mit professionellen externen Wundberatern sei seit Jahren in der Einrichtung gefestigt. Die Möglichkeit, auf beratende Unterstützung bei der Behandlung von Wunden zurückzugreifen, sei mit allen Hausärzten der Einrichtung kommuniziert. Nicht in allen Fällen werde jedoch darauf zurückgegriffen. Dennoch müssten die Pflegefachkräfte hinsichtlich der unverzüglich nachvollziehbaren Geltendmachung von Bedenken bei unsachgemäßer Wundversorgungen gegenüber dem Arzt aufmerksam gemacht werden und in entsprechenden Schulungen (z.B. der trägerspezifisch angepassten Expertenstandards) vertiefend vertiefend darauf eingegangen werden. Diese Aspekte werden im Rahmen der kommenden Stationsleiter-Runde thematisiert. Die Verantwortlichkeit der regelhaften bewohnerindividuellen Umsetzung liegt bei den durchführenden Pflegefachkräften, die Endverantwortung bei den Stationsleitungen. Die Durchführung wird kontinuierlich im Rahmen von Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung überprüft.

Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.

### III.11 Qualitätsbereich: Helfender Umgang / Schmerz- / Wundmanagement:

III.11.1 Hinter dem linken Ohr weist ein Bewohner nach Einschätzung der Einrichtung einen rezidivierenden Dekubitus Grad 2 mit Nekrose auf. Dieser sei durch den Bügel der Sehbrille sowie das Hörgerät entstanden und weise eine schlechte Heilungstendenz auf.

Die Wunde wird nach ärztlicher Anordnung täglich mit einem Salbenpräparat der Povidon Jod Wirkstoffgruppe und einer Kompresse versorgt. Die Kompresse wird nach ärztlicher Anordnung mit einem selbsthaftenden Verbandstoff fixiert.

Im Fachgespräch wird übereinstimmend erörtert, dass Povidon Jod zwar ein großes Wirkungsspektrum gegenüber Bakterien, Pilzen und eingeschränkt gegenüber Viren aufweist, jedoch für die Langzeitanwendung nicht geeignet ist, da dieser Wirkstoff austrocknend wirkt und eine Gewebeneubildung verhindert.

Da die Wunde laut Wundprotokoll seit 02.06.2016 bis zum Prüfzeitpunkt fortlaufend und unverändert als trocken, zerklüftet, geschlossen, mit beginnender Epithelisierung und trockener Nekrose beschrieben wird und stagniert bzw. keine Heilungstendenz aufweist, wird im Fachgespräch erörtert, dass bei einer seit längerem nicht heilenden Wunde der Grund hierfür abgeklärt werden muss.

Nekrosen behindern die Wundheilung, die Entwicklung von Entzündungen ist begünstigt. Geschlossene Nekrosedeckel auf der Wunde beinhalten ein besonders großes Infektionsrisiko. Ggf. vorhandene, darunterliegende Infektionen können sich durch tiefere Gewebeschichten bis zum Knochen ausbreiten.

Eine Nekrose birgt zudem die Gefahr in sich, dass die Wundtiefe nicht erkannt werden kann. Die Wunde lässt sich durch die Nekrose nicht klassifizieren.

Zum Prüfzeitpunkt kann die Einrichtung nicht nachweisen, im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten darauf hinzuwirken, dass die Wunde nach fachlich anerkannten Stand versorgt wird.

Am 28.07.2016 wurde durch den behandelnden Arzt ein geeignetes Antiseptika verordnet und die Povidonsalbe abgesetzt.

III.11.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.11.3 Die Wundversorgung sollte spätestens nach vier Wochen auf ihren Therapieerfolg hin überprüft werden.

Die Anforderungen an ein modernes Wundantiseptikum, z.B. farblos, keine Resistenzen, schmerzfrei, keine Eiweißfehler, keine Wundheilungshemmung, sollten beachtet werden.

Generell sind Wundantiseptika nur nach einer klaren Indikationsstellung wie Wundinfektion, mikrobiologischer Keimnachweis oder klinische Infektionszeichen zu verwenden. Des Weiteren ist Povidon Jod nur für den kurzfristigen Gebrauch zur Wunddesinfektion zu verwenden.

Laut dem Expertenstandard „Pfleger für Menschen mit chronischen Wunden“ 1. Aktualisierung 2015, Seite 39, sind Pflegefachkräfte verpflichtet, bei ärztlich angeordneten Maßnahmen zur Wundversorgung, welche nicht dem aktuellen Stand ihres Wissens entsprechen, Einspruch gegenüber dem anordnenden Arzt zu erheben und dies nachweislich zu dokumentieren.

Es wird geraten, in Kooperation mit dem behandelnden Arzt ein geeigneteres Mittel zur Wunddesinfektion auszuwählen und dieses anordnen zu lassen. Dies dient der Durchführungsverantwortung der jeweiligen Pflegefachkraft.

**Zur Stellungnahme des Trägers vom 06.10.2016 s. unter III.10.3.**

**Die Stellungnahme des Trägers im Rahmen des rechtlichen Gehörs gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG vom 06.10.2016 wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.**

#### **IV. Festgestellte wiederholte Mängel**

Zum Prüfzeitpunkt am 19.07.2016 wurden keine wiederholten Mängel festgestellt.

#### **V. Festgestellte erhebliche Mängel**

Zum Prüfzeitpunkt am 19.07.2016 wurden keine erheblichen Mängel festgestellt.

## VI. Veröffentlichung des Prüfberichtes

Dieser Prüfbericht wird dem Wunsch des Trägers entsprechend auf der Internetseite des Landratsamtes München veröffentlicht.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Sachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, sodass ein im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben musste.

Die überprüfte Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichtes zur Kenntnis.

## VII. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2.) werden.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist **schriftlich oder zur Niederschrift** beim Landratsamt München, Marienhilfplatz 17, 81541 München einzulegen.

Er kann auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen unter der Adresse [poststelle@lra-m.bayern.de](mailto:poststelle@lra-m.bayern.de) eingelegt werden. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden.

Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBI S. 390) wurde im Bereich des Heimrechts ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine Wahlmöglichkeit eröffnet zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung.
- Ein elektronisch eingelegter Widerspruch muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen sein. Eine elektronische Widerspruchseinlegung ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.
- Eine Klageerhebung in elektronischer Form ist unzulässig.
- [Sofern kein Fall des § 188 VwGO:] Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten seit 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

—  
Wiesner  
—