



## Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG); Prüfbericht gemäß PfleWoqG

<b>Geprüfte Einrichtung:</b>	KWA Hanns-Seidel-Haus Ottostraße 44 85521 Ottobrunn
<b>Träger:</b>	KWA Kuratorium Wohnen im Alter gemeinnützige AG Biberger Str. 50 82008 Unterhaching

In der Einrichtung wurde am 05.10.2016 eine unangemeldete, turnusmäßige Überprüfung durchgeführt.

Die Begehung erfolgte unter Teilnahme des Fachbereichs 4.1.2 - Bautechnik des Landratsamtes München. Ein dort tätiger technischer Mitarbeiter führte am Prüftag im Rahmen der Gesamtbegehung eine Überprüfung des vorbeugenden Brandschutzes durch.

Aufgrund der spezialgesetzlichen Überprüfung durch den technischen Mitarbeiter werden die getroffenen brandschutztechnischen Feststellungen durch den Fachbereich 4.1.2 des Landratsamtes München und nicht durch die FQA beim Landratsamt München bewertet und ggf. vollzogen.

### Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Soziale Betreuung  
Freiheit einschränkende Maßnahmen  
Pflege und Dokumentation  
Qualitätsmanagement  
Arzneimittel  
Personal  
Mitwirkung  
Bauliche Gegebenheiten

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.

### I. Daten zur Einrichtung:

#### Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Pflegeeinrichtung

- Stationäre Einrichtung für Menschen mit Demenz
- Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung für ältere Menschen

Angebotene Wohnformen:

Allgemeiner stationärer Wohnbereich

Angebotene Plätze:	75
Belegte Plätze:	65
Plätze für Kurzzeitpflege:	eingestreut
Einzelzimmerquote:	36,96 %
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %):	48,97 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungskräfte in der Einrichtung:	5

## II. Informationen zur Einrichtung

### II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

- Die Einrichtung liegt in zentraler Lage an einer belebten Straße in Ottobrunn, wenige Gehminuten vom S-Bahnhof Ottobrunn entfernt. Neben dem Wohnbereich Pflege bietet der Träger im selben Haus Stiftswohnungen mit ambulanter Pflege sowie Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege an.
- Von einem Mitglied des Stiftsbeirats wird gegenüber der FQA beim Landratsamt München geäußert, dass ein sehr gutes Klima im Haus herrscht. Es werde auf die Wünsche der Bewohner eingegangen.

Die Kommunikation und der Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern sind am Prüftag jederzeit wertschätzend, herzlich und liebevoll.

- Nach Aussage der Pflegedienstleitung kann der gesamte Infrastrukturbereich des Erdgeschosses des Betreuten Wohnens von den Bewohnern der stationären Einrichtung mitgenutzt werden. Dazu gehört u.a. der Festsaal, ein kleinerer Raum, der an den Festsaal angrenzt und in dem Bewohner z.B. Geburtstage feiern können, das Café mit der angrenzenden Terrasse, der Wintergarten mit einem Massagesessel und die Bibliothek.
- Die Bewohner des Pflegebereiches profitieren zudem von dem mitunter sehr anspruchsvollen Veranstaltungsprogramm des Wohnstiftes, an dem sie bei Interesse teilnehmen können. So sei hier das Angebot „Kunstgeschichte am Nachmittag“ mit einem Kunsthistoriker sehr beliebt, aber auch die literarischen Vorträge und Konzerte.

Im Eingangsbereich des Gebäudes, welcher sich im Erdgeschoss des Betreuten Wohnens befindet, finden sich zum Prüfzeitpunkt Aushänge über verschiedene kulturelle Veranstaltungen in der Einrichtung und im Umkreis der Einrichtung.

- Große Fensterfronten, ansprechendes hochwertiges Mobiliar, verschiedene Sitzecken, frische Blumen auf Tischen und Kommoden, Grünpflanzen, Steh- und Tischlampen, Bilder und Fotos verleihen dem Haus ein wohnliches und freundliches Ambiente.
- Beim Hausrundgang fällt auf, dass im gesamten Gebäude gut lesbar aktuelle Aushänge zu wichtigen Informationen vorhanden sind. Es gibt darüber hinaus in der stationären Einrichtung Aushänge zum Stiftsbeirat, der sich mit Namen und Fotos vorstellt.

- Das Pflorgeteam des jeweiligen Wohnbereichs stellt sich in einem zentralen Aushang auf dem jeweiligen Wohnbereich vor. Es wird dabei gekennzeichnet, wer an dem Tag im Frühdienst und wer im Spätdienst tätig ist. Darüber hinaus werden die weiteren Mitarbeiter des Wohnbereichs aufgelistet, die sich an dem Tag nicht im Dienst befinden.
- Die Pflegedienstleitung gibt hinsichtlich des angebotenen Mittagessens an, dass es ein Schöpfsystem in der Einrichtung gebe. Die Bewohner werden kurz vor Mittag befragt, welches Menü sie sich zum Mittagessen wünschen. Danach werden die Menüs in der hauseigenen Produktionsküche im Keller des Gebäudes vorbestellt. Es handelt sich dabei nur um eine grobe Schätzung für die Produktion, die sich an Erfahrungswerten orientiert. Da die Küche im Haus ist, können sich die Bewohner zum Mittagessen auch noch spontan für ein anderes Menü entscheiden oder die Menüs kombinieren, indem sie z.B. die Beilage eines anderen Menüs wählen. Es ist in der Einrichtung auch möglich Speisen, die zur Mittagszeit ausgehen und weiter nachgefragt werden, bei der Küche nach zu ordern. Laut Speisekarte kann man täglich wählen, ob man eine kleine, normale oder große Portion wünscht. Darüber hinaus gibt es täglich eine Auswahl an alternativen Gerichten zu den Mittagsmenüs.
- Es gebe laut den Vertretern der Einrichtung alle zwei Jahre eine anonyme Kundenbefragung der Bewohner. Dabei werden Rubriken wie Wohlbefinden, Wohnung, Pflege, Essen, soziale Betreuung und Kommunikation abgefragt. Die Kundenbefragung werde von der Einrichtung als Steuerungsinstrument genutzt. Ein Institut werte hierzu die abgegebenen Bögen aus. Das Ergebnis werde dann dem Stiftsbeirat und den Bewohnern vorgestellt. Anschließend werden von der Einrichtung bei Bedarf entsprechende Maßnahmen eingeleitet.
- Die Angebote der sozialen Betreuung sind sehr vielseitig und berücksichtigen jahreszeitliche und biografische Aspekte sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse. Es finden gruppen-, einzel- und gemeinwesenorientierte Aktivitäten statt. Die Betreuungsangebote werden von den Mitarbeitern immer wieder reflektiert und angepasst und orientieren sich an den Lebenswirklichkeiten, den Interessen und Fähigkeiten der Bewohner.

Dem Betreuungsteam ist es wichtig, den Bewohnern sinnstiftende Betätigungen anzubieten. So wurden bspw. im Handarbeitskreis „Wolle und mehr“ Rollstuhldecken für Bewohner des Hauses angefertigt.

- Die Einrichtungsleitung lobt die rege Bewohnervertretung der Einrichtung, die in der Einrichtung Stiftsbeirat genannt wird. Im Gespräch mit einem Mitglied des Stiftsbeirats wird den Vertretern der FQA mitgeteilt, dass es eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen der Bewohnervertretung und den beiden Führungskräften der Einrichtung, der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung, gebe.

Der Stiftsbeirat nimmt unter anderem Beschwerden von Bewohnern in Bezug auf die Einrichtung an und leitet diese weiter. Der Stiftbeirat geht dabei auch aktiv auf die Bewohner zu und befragt diese, ob es momentan Beschwerdepunkte bei ihnen gibt.

- Die Einrichtungsleitung gibt in einem Gespräch an, dass in der Einrichtung von vorneherein kontinuierlich die Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgeschöpft werden. Es werde alles, was es an alternativen Maßnahmen gibt, versucht umzusetzen. Beispielsweise werden Niederflurbetten, Matratzen von den Betten und Lichtschranken eingesetzt. In der Einrichtung werden zum Prüfzeitpunkt bei keinem Bewohner Freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet.
- In der Demenzbetreuung verfolgt die Einrichtung einen integrativen Ansatz, d. h. es gibt keinen beschützenden Wohnbereich.

- Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV) sind die Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Betäubungsmittel sowie die Übereinstimmung der Bestände mit den geführten Nachweisen von dem verschreibungsberechtigten Arzt am Ende eines jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Die Einrichtung erinnert hierzu systematisch den verantwortlichen Arzt monatlich mit einem Fax.

## II.2 Qualitätsentwicklung

- Die Einrichtung hält seit 2007 ein hausinternes Palliativkonzept vor. Ab 2015 wurde seitens des Trägers ein Hospiz- und Palliativleitfaden implementiert. Diesbezüglich stellt die Einrichtung die hierfür notwendige Fachkompetenz durch weitergebildetes Personal sicher.
- Die Einrichtung bietet ihren Bewohnern weiterhin ein umfangreiches, vielseitiges und anspruchsvolles Betreuungs- und Veranstaltungsprogramm, das von den Bewohnern gerne angenommen wird.

Gymnastikangebote des Wohnbereiches Pflege werden nunmehr im UG des Hauses durchgeführt. Die Räumlichkeiten dort verfügen über ein ausreichendes Platzangebot für die Durchführung von Übungen und ermöglichen allen interessierten Bewohnern die Teilnahme.

## II.3 Qualitätsempfehlungen

[Hier können Empfehlungen in einzelnen Qualitätsbereichen ausgesprochen werden, die aus Sicht der FQA zur weiteren Optimierung der Qualitätsentwicklung von der Einrichtung berücksichtigt werden können, jedoch nicht müssen. Es kann sich dabei nur um Sachverhalte handeln, bei denen die Anforderungen des Gesetzes erfüllt sind, die also keinen Mangel darstellen.]

### II.3.1 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement (Beschwerdemanagement)

Bei der Durchsicht der Dokumente hinsichtlich der Beschwerdebearbeitung der Einrichtung findet sich in dem entsprechenden Ordner ein ausgefülltes Beschwerdeerfassungsfeld. Es handelt sich dabei um den Bearbeitungsvermerk einer Beschwerde eines Bewohners darüber, dass seine Bluse zerknittert aus der Wäscherei zurück kam und der Bewohner die Bluse so nicht annehmen möchte. Es wurde von dem Bewohner gewünscht, dass die Bluse nochmals gebügelt wird.

Als Beschwerdelösung wurde dokumentiert, dass die Bluse nochmals gebügelt und eine entsprechende Rückmeldung an die Wäscherei gegeben wurde.

Es werden in der Einrichtung keine Aufzeichnungen zur Reaktion des Beschwerdeführers auf die Beschwerdelösung, hinsichtlich einer möglichen Zufriedenheit mit der Bearbeitung der Beschwerde durch die Einrichtung und dem Ergebnis, vorgehalten.

**Bei aufkommenden Beschwerden wird empfohlen, neben Eingang, Inhalt, Bearbeitungsverlauf sowie möglichen Ergebnissen einer Beschwerdebearbeitung unter Einbeziehung der Beteiligten (insbesondere der Beschwerdeführer) auch deren Zufriedenheit mit der Beschwerdebearbeitung sorgfältig zu dokumentieren. Dadurch hat die Einrichtung die Möglichkeit im Sinne eines Steuerungsinstruments entsprechend dem sogenannten PDCA-Zyklus die Kundenzufriedenheit im Hinblick auf das**

**betriebene Beschwerdemanagement zu ermitteln und ggf. weitere Maßnahmen einzuleiten.**

II.3.2 Qualitätsbereich: Arzneimittel  
(Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

Für einen Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 befindet sich auf dem vom Arzt unterschriebenen Medikamentenblatt das Bedarfs-Medikament „Paracetamol 500“. Laut genanntem Medikamentenblatt soll dieses Medikament ab 06.12.2105 abgesetzt werden. Im EDV-System der Einrichtung ist auf dem Medikamentenblatt das Medikament angesetzt. Es findet sich dort jedoch kein Hinweis, dass das Medikament abgesetzt werden soll. Der Arzt hat kein Handzeichen im EDV-System hinterlegt.

Auf dem vom Arzt unterschriebenen Medikamentenblatt findet sich darüber hinaus das Bedarfs-Medikament „Microlyst“. Im EDV-System der Einrichtung ist auf dem Medikamentenblatt das Medikament nicht angesetzt.

Auf dem vom Arzt unterschriebenen Medikamentenblatt findet sich außerdem das Medikament „doc Salbe“. Im EDV-System der Einrichtung ist auf dem Medikamentenblatt das Medikament nicht angesetzt.

**Es wird empfohlen, auf eine doppelte Dokumentation der ärztlich verordneten Medikamente zu verzichten. Durch die doppelte Dokumentation der ärztlichen Anordnungen im EDV-System entsteht eine potentielle Fehlerquelle, die grundsätzlich dazu führen kann, dass die Bewohner die Medikamente nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung verabreicht bekommen.**

**Darüber hinaus wird empfohlen, beim Arzt nachzufragen, ob es sich bei dem Absetz-Datum „06.12.2105“ des Medikaments „Paracetamol 500“ um einen Schreibfehler handelt und der Arzt ein anderes Datum gemeint hat.**

II.3.3 Qualitätsbereich: Arzneimittel  
(Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

Ein in die Überprüfung mit einbezogener Bewohner erhält ein nach der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV) ärztlich verordnetes Medikament. Das Medikament fällt unter das Betäubungsmittelgesetz.

Die Nachweisführung erfolgt in der Einrichtung unverzüglich nach Bestandsänderung für jedes Betäubungsmittel mit Hilfe eines Betäubungsmittel-Buches (BtM-Buch) nach §§ 13 und 14 BtMVV.

Die Nachweisführung erfolgt hier nach den vorgegebenen Angaben für das BtM-Buch.

Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BtMVV sind beim Nachweis von Verbleib und Bestand der Betäubungsmittel für jedes Betäubungsmittel Name oder Firma und Anschrift des Liefersenders oder des Empfängers oder die sonstige Herkunft oder der sonstige Verbleib dauerhaft anzugeben.

Die BtMVV enthält darüber hinaus keine konkreten Regelungen, wie die patientenbezogene Nachweisführung zu erfolgen hat.

Es finden sich im BtM-Buch keine Angabe zum Vornamen sowie Geburtsdatum des Bewohners.

**Zur Gewährleistung der Sicherheit im Betäubungsmittelverkehr und um den Missbrauch von Betäubungsmitteln soweit wie möglich auszuschließen wird empfohlen, dass für eine eindeutige patientenbezogene Nachweisführung die Angaben zum Vornamen und Geburtsdatum des Empfängers im BtM-Buch ergänzt werden. Dadurch kann auch bei einer längeren Archivierung der Nachweisführung der Empfänger eindeutig verifiziert werden.**

### **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: Personal

(Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

III.1.1 Im Gebäude der stationären Einrichtung befindet sich auch ein Betreutes Wohnen. Der Träger der stationären Einrichtung hat einen ambulanten Pflegedienst, der Bewohner dieses Betreuten Wohnens versorgt.

Die Personalbesetzung im Nachtdienst der stationären Einrichtung erfolgt nach Angaben der Vertreter der Einrichtung zurzeit mit insgesamt zwei Pflegekräften. Nach stichprobenartiger Überprüfung der Dienstpläne des Monats Oktober 2016, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung aushängen und der Dienstpläne des Monats September 2016, ist erkennbar, dass nachts tatsächlich in der Regel zwei Pflegekräfte eingesetzt werden.

Hinsichtlich der Nachtdienstbesetzung gibt die Einrichtungsleitung an, dass immer der Mitarbeiter im 2. Stock der stationären Einrichtung nachts während seiner Schicht in der stationären Einrichtung, für den genannten ambulanten Pflegedienst des Trägers, auf Rufbereitschaft im Betreuten Wohnen eingesetzt ist. Dies richte sich nach einem Kooperationsvertrag zwischen der stationären Einrichtung und dem ambulanten Pflegedienst. Dieser Mitarbeiter sei im Schnitt ca. 2 Stunden pro Nacht im Betreuten Wohnen tätig.

Aus dem Kooperationsvertrag geht hervor, dass die stationäre Einrichtung für den ambulanten Pflegedienst zwischen 22:00 Uhr und 06:30 Uhr Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI, Leistungen der Krankenversicherung nach § 37 SGB V sowie weitere Pflege und Betreuungsleistungen auf privatrechtlicher Grundlage erbringt.

Die Einrichtungsleitung gibt zum Prüfzeitpunkt an, dass weder auf dem Dienstplan, noch aus einer Dienstanweisung für die Mitarbeiter ersichtlich ist, dass die Pflegekraft im 2. Stock nachts in Rufbereitschaft für den ambulanten Pflegedienst im Betreuten Wohnen eingesetzt ist. Vielmehr sei dies betriebliche Übung. Der Kooperationsvertrag liege jedoch auf der Station im 2. Obergeschoss der stationären Einrichtung aus.

Die Einrichtungsleitung gibt zum Prüfzeitpunkt an, dass durch die Einsätze des Personals im Betreuten Wohnen es nicht dazu kommen könne, dass die durchgängige Fachkraftbesetzung in der stationären Einrichtung zeitweise nicht gewährleistet ist.

Nach stichprobenartiger Überprüfung der Dienstpläne des Monats Oktober 2016, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung aushängen und der Dienstpläne des Monats September 2016, ist erkennbar, dass im Monat September an einigen Tagen die einzige Fachkraft im

Nachtdienst, im 2. Stock der stationären Einrichtung tätig war (vgl. hierzu 1., 2., 9.- 22. und 26. – 28. September).

Damit ist die Regelung, dass immer der Mitarbeiter im 2. Stock der Einrichtung im Nachtdienst auf Rufbereitschaft für den ambulanten Pflegedienst tätig wird, geeignet, dass eine durchgängige Fachkraftbesetzung in der stationären Einrichtung zeitweise nicht gewährleistet ist.

Nach § 15 Abs. 5 AVPfleWoqG ist der Einsatz von in einer stationären Einrichtung tätigen Betreuungskräften während ihrer Dienstzeit in Formen des Betreuten Wohnens unzulässig, soweit nicht Abweichendes in einem Gesamtversorgungsvertrag geregelt ist. Einen Gesamtversorgungsvertrag gibt es für die stationäre Einrichtung und den ambulanten Pflegedienst nicht.

Der für die Einrichtung ermittelte Bedarf an Pflegekräften in der Nacht beläuft sich für die Einrichtung nach Anwendung einer verwaltungsrechtlichen Vorschrift zur Regelung der Nachtdienstbesetzung (s. Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 08.01.2015) zum Prüfzeitpunkt auf mindestens eine Pflegekraft für 30 Bewohner. Entsprechend der Belegung zum Prüfzeitpunkt ist somit der Einsatz von mindestens drei Pflegekräften in der Nacht erforderlich. Diese Pflegekräfte müssen hierbei für die gesamte Nacht durchgehend ausschließlich in der stationären Einrichtung eingesetzt sein. Ein zeitweiser Einsatz dieser drei Pflegekräfte in Formen des Betreuten Wohnens ist nicht zulässig. Tatsächlich ist zum Prüfzeitpunkt jedoch nur eine Pflegekraft in der Nacht durchgehend in der stationären Einrichtung eingesetzt.

Daher liegt zum Prüfzeitpunkt nachts eine Bedarfsunterdeckung von zwei Pflegekräften vor.

Es ist zum Prüfzeitpunkt also nicht sichergestellt, dass entsprechend § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG in der Nacht ausreichend Personal, mindestens aber eine Fachkraft ständig anwesend ist, um die Betreuung der Bewohner entsprechend dem fachlichen Konzept und der Bewohnerstruktur der stationären Einrichtung sicherzustellen.

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 Es wird geraten sicherzustellen, dass nachts ausreichend Personal in der Einrichtung tätig ist. Es wird geraten, dieses Personal nachts durchgehend ausschließlich in der stationären Einrichtung einzusetzen. Dabei hat die Einrichtung organisatorisch sicherzustellen, dass dieses Personal, welches dem stationären Bereich zugeordnet ist, während ihres planmäßigen Einsatzes nicht (auch nicht zeitweise) für den Bereich des Betreuten Wohnens abgestellt bzw. tätig wird.

Es wird geraten, durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass in der Nacht ständig mindestens eine Pflegefachkraft in der Einrichtung tätig ist. Ständig bedeutet hierbei durchgängig.

### III.2 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

III.2.1 Sachverhalte im Rahmen der Prüfung von Dienstplänen: Alle genannten Dienstpläne beziehen sich auf die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung ausgehängten Dienstpläne des Monats Oktober 2016.

Auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 2 sind zum Teil die Qualifikationen der einzelnen Mitarbeiter (Pflegefachkraft oder Hilfskraft) nicht ersichtlich. Hierbei wird bei einem

Mitarbeiter ausschließlich „WBL“, bei einem weiteren Mitarbeiter ausschließlich „GERO, WBLV“ und bei einem weiteren Mitarbeiter nichts weiter angeben.

Die Legenden der Dienstpläne weisen z.T. mehrere Erläuterungen mit unterschiedlichen Zeiten für dasselbe im Dienstplan verwendete Kürzel aus. Damit sind die Schichtzeiten des Kürzels nicht eindeutig erkennbar. Dies betrifft das Kürzel „PF“ auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege EG und das Kürzel „PS2“ auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 1.

- 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, den Dienstplan vollständig und unmissverständlich nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu führen, um ihn als Steuerungsinstrument im Sinne der Personaleinsatzplanung hinsichtlich den Erfordernissen aus Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG in geeigneter Weise nutzen zu können und um die Personaleinsatzplanung für die Mitarbeiter der Einrichtung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

Der Träger hat gemäß Art. 7 PflWoqG eine ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung in der Einrichtung sicherzustellen. Der Dienstplan muss unter anderem dokumentieren, welche Mitarbeiter zu welchen Zeiten gearbeitet haben.

Die Mitarbeiter müssen auf dem Dienstplan die diensthabenden Pflege- und Betreuungskräfte unter konkreter Angabe der jeweiligen Qualifikation (Fachkraft / Hilfskraft) erkennen können. Die Mitarbeiter müssen auf dem Dienstplan die tatsächlichen Anwesenheitszeiten der jeweils eingeteilten Mitarbeiter erkennen können.

Es wird geraten, bei allen eingesetzten Mitarbeitern erkennbar zu machen, welche Person (insbesondere Vor- und Zunamen, Qualifikation, Soll-Arbeitszeit, die Ist-Planung und ggf. die Mehrarbeits- bzw. Minusstunden) in den jeweiligen Schichten eingesetzt wird.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Erklärungen zu den verwendeten Kürzeln aus der Legende vollständig hervorgehen und die Einsatzzeiten der jeweils eingeteilten Mitarbeiter transparent und unmissverständlich eingetragen sind.

All dies dient – auch in haftungsrechtlicher Hinsicht - dem Schutz der Bewohner und der Mitarbeiter der Einrichtung.

### III.3 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend gerontopsych. Fachkräfte)

- III.3.1 Die Einrichtung hält zum Prüfzeitpunkt, gemäß den vorgelegten Personalunterlagen sowie Qualifikationsnachweisen über die gerontopsychiatrische Weiterbildung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben der AVPflWoqG, eine gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft mit einem Gesamtstellenanteil von 0,80 Vollzeitstellen vor.

In stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen wird in § 15 Abs. 3 Satz 1 AVPflWoqG eine Quote von einer Fachkraft pro 30 pflegebedürftigen Bewohnern vorgegeben. Zum Prüfzeitpunkt leben 65 Bewohner in der Einrichtung, die anhand der Pflegestufen eingestuft sind. Demnach berechnet sich der Bedarf von Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung für die Einrichtung auf 2,17 Vollzeitstellen.

In Abhängigkeit vom Bewohnerbedarf liegt insofern eine Bedarfsunterdeckung von 1,37 Vollzeitstellen vor.



Ein Antrag nach § 51 Abs. 4 AVPfleWoqG hinsichtlich einer ggf. zulässigen Abweichung von der erforderlichen Anzahl an gerontopsychiatrischen Fachkräften, wurde im Vorfeld der Begehung nicht gestellt.

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 Es wird geraten, den in § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG vorgeschriebenen Beschäftigungsumfang von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften gemessen am gerontopsychiatrischen Betreuungsbedarf der Gesamtbewohnerschaft einzuhalten. Durch diese ordnungsrechtliche Vorgabe sollen die besonderen Bedürfnisse der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Berücksichtigung finden. Die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen umfasst nicht nur die somatische Pflege der Bewohner, sondern insbesondere auch Aspekte der sozialen Betreuung und des Wissens im Umgang mit dieser Erkrankung.

Damit der Einsatz gerontopsychiatrisch qualifizierter Fachkräfte seinen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten kann, hat die Einrichtung nicht nur die vorgegebene Fachkraftquote zu erfüllen, sondern auch sicherzustellen, dass das dadurch vorhandene größere Know-how der Pflege- und Betreuungskräfte im erforderlichen Umfang Raum greift, indem es von den weitergebildeten Personen als Multiplikatoren an die anderen in der Einrichtung tätigen Personen weitergegeben wird.

Durch die ausreichende Vorhaltung von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften kann insofern eine verbesserte, bedarfsorientierte Pflege und Betreuung der Bewohnerschaft in der Einrichtung erreicht werden.

#### III.4 Qualitätsbereich: Arzneimittel

(Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

III.4.1 Bei der Überprüfung des Medikamentenkühlschranks der Station Pflege 1 wird festgestellt, dass hinsichtlich der täglich durchzuführenden Kontrollen über die Einhaltung der vorgegebenen Temperaturgrenzwerte (min. + 2°C bis max. + 8°C) auf dem Durchführungsnachweis des Monats September 2016 am 27.09.2016 eine Temperatur von 9°C dokumentiert ist.

Als Maßnahme wird angegeben „auf St. 2,5 ↑ gestellt“. Damit ist ersichtlich, dass der Kühlschrank nach der Feststellung der Temperaturüberschreitung kälter gestellt wurde.

Auf Nachfrage gibt die anwesende Wohnbereichsleitung an, dass in diesem Kühlschrank am 27.09.2016 thermolabile Medikamente gelagert wurden. Diese müssen laut Herstellerangaben bei einer Temperatur zwischen 2°C und 8°C gelagert werden.

Auf Nachfrage gibt die anwesende Wohnbereichsleitung an, dass ihm nicht bekannt sei, ob sich die Mitarbeiter der Einrichtung nach der Feststellung der Temperaturüberschreitung darüber vergewissert haben, ob die zu diesem Zeitpunkt im Kühlschrank gelagerten thermolabilen Medikamente noch verwendet werden dürfen, da er zu dem Zeitpunkt nicht da war. Es finden sich zum Prüfzeitpunkt keine schriftlichen Aufzeichnungen darüber, dass die Mitarbeiter der Einrichtung bei der Apotheke oder dem Hersteller nachgefragt hätten, ob die Medikamente trotz der Temperaturüberschreitung am 27.09.2016 weiterhin noch verwendet werden dürfen.

Die Einhaltung der nach Herstellerangaben vorgeschriebenen Lagerbedingungen war somit im Hinblick auf die Temperaturüberschreitung im Medikamentenkühlschrank am 27.09.2016 nicht gewährleistet, weshalb eine ordnungsgemäße Aufbewahrung der Medikamente nicht sichergestellt wurde.

Darüber hinaus ist auf dem Durchführungsnachweis an zwei Tagen (02.09.2016 und 20.09.2016) keine Temperaturkontrolle eingetragen.

- 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 Es wird geraten Medikamente genau nach den Herstellerangaben zu lagern. Medikamente, die nicht dementsprechend gelagert wurden, dürfen nicht mehr verwendet werden.

Für den Fall möglicher, festgestellter Abweichungen von den für thermolabile Medikamente vorgegebenen Solltemperaturen im Medikamentenkühlschrank (Rahmenbereich von 2°C und 8°C) kann hierbei jedoch zunächst beim Hersteller oder der Apotheke nachgefragt werden, ob trotz der Lagerung entgegen den Angaben im Beipackzettel, sowohl von der Dauer, als auch der Höhe der Abweichung bezogen auf die festgestellte Temperatur, die Medikamentensicherheit bei den betroffenen Medikamenten noch gewährleistet ist. Die aufgetretenen Abweichungen sollten hierbei genauestens beschrieben werden.

Sollte der Hersteller oder die Apotheke die Medikamentensicherheit trotz der Abweichung der im Beipackzettel angegebenen Lagerung als weiterhin gewährleistet und die weitere Verwendung des Medikaments als unbedenklich ansehen, sollte auch aus haftungsrechtlichen Gründen hierüber eine schriftliche Dokumentation erfolgen.

Es wird geraten, die Temperaturen von Medikamentenkühlschränken täglich zu kontrollieren, um die ordnungsgemäße Lagerung von thermolabilen Medikamenten kontinuierlich und nachweislich sicherstellen zu können.

### III.5 Qualitätsbereich: Arzneimittel (Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

- III.5.1 Für einen Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 befindet sich auf dem vom Arzt unterschriebenen Medikamentenblatt das Bedarfs-Medikament „Ibuprofen 600 mg Tablette“. Entsprechend der ärztlichen Anordnung soll das Medikament „bei allgemeinen Schmerzen“ gegeben werden.

Darüber hinaus findet sich auf genanntem Medikamentenblatt das Medikament „Paracetamol 500“. Auch hier lautet die ärztliche Indikation „bei allgemeinen Schmerzen“. Im EDV-System der Einrichtung ist auf dem Medikamentenblatt das Medikament mit der Indikation „bei Schmerzen aller Art“ angesetzt. Der Arzt hat kein Handzeichen im EDV-System hinterlegt.

Bei einem weiteren Bewohner ist zum Prüfzeitpunkt das Bedarfsmedikament „Ibu 400-1A Pharma FTA“ „bei allgemeinen Schmerzen“ angesetzt.

Die Indikation „bei allgemeinen Schmerzen“ oder „bei Schmerzen aller Art“ ist zu ungenau.

- 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 Es wird geraten, bei der vom Arzt verordneten Bedarfsmedikation im Verordnungsblatt immer auch die konkrete Indikation zu dokumentieren, die vom behandelnden Arzt verbindlich und genau festgelegt sein muss.

### III.6 Qualitätsbereich: Bauliche Gegebenheiten

- III.6.1 Im allgemeinen und frei zugänglichen Treppenhaus des Infrastrukturbereichs der stationären Einrichtung im Erdgeschoss fällt auf, dass die Handläufe der Treppe nicht mind. 30

cm waagrecht über das Handlaufende hinaus weitergeführt werden. Darüber hinaus fällt auf, dass der innere Handlauf an einem Zwischenpodest unterbrochen wird und somit nicht auf beiden Seiten durchgängig angebracht ist.

Damit entsprechen die Handläufe des Treppenhauses nicht den Anforderungen aus § 2 Abs. 1 Satz 1 AVPfleWoqG in Verbindung mit Nr. 4.3.6.3 der DIN 18040-2, wonach beidseitig von Treppenläufen und Zwischenpodesten Handläufe einen sicheren Halt bei der Benutzung der Treppe bieten müssen.

Diesbezüglich wurde von der Einrichtung kein Antrag auf Angleichungsfristverlängerung nach § 10 AVPfleWoqG und auch kein Antrag auf Befreiung nach § 50 Abs. 1 AVPfleWoqG gestellt. Diese Punkte werden in einem von der Einrichtung mit Schreiben vom 29.08.2016 übersandten Erhebungsbogen nicht als Abweichungen zu den baulichen Vorgaben aus der AVPfleWoqG angegeben.

- III.6.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PfleWoqG)
- III.6.3 Es wird geraten, die Handläufe der Treppenläufe und Zwischenpodeste entsprechend den Anforderungen aus § 2 Abs. 1 Satz 1 AVPfleWoqG in Verbindung mit Nr. 4.3.6.3 der DIN 18040-2 anzupassen. Demnach müssen beidseitig von Treppenläufen und Zwischenpodesten Handläufe einen sicheren Halt bei der Benutzung der Treppe bieten. Dies wird erreicht, wenn sie unter anderem an Treppenaugen und Zwischenpodesten nicht unterbrochen werden und die Handlaufenden am Anfang und Ende der Treppenläufe (z.B. am Treppenpodest) noch mindestens 30 cm waagrecht weiter geführt werden.

### III.7 Qualitätsbereich: Arzneimittel (Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

- III.7.1 Für einen Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 befindet sich auf dem vom Arzt unterschriebenen Medikamentenblatt das Medikament „doc Salbe“. Entsprechend der ärztlichen Anordnung soll das Medikament „2-3xtgl auf die rechte Hand“ gegeben werden.

Unklar ist, ob es sich hierbei um ein Bedarfs-Medikament oder ein Festmedikament handelt. Bei einem Bedarfsmedikament wäre darüber hinaus unklar, bei welcher Indikation das Medikament gegeben werden soll. Bei einem Festmedikament wäre unklar, ob es zwei oder drei Mal gegeben werden soll und zu welcher Tageszeit es in welcher Dosis gegeben werden soll.

- III.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PfleWoqG)
- III.7.3 Es wird geraten sicherzustellen, dass hinsichtlich der Verabreichung von Medikamenten eine eindeutige ärztliche Anordnung sichergestellt ist.

Bei der vom Arzt verordneten Bedarfs-Medikation ist hierbei im Verordnungsblatt immer auch die konkrete Indikation zu dokumentieren, die vom behandelnden Arzt verbindlich und genau festgelegt sein muss.

Bei der vom Arzt verordneten Festmedikation ist hierbei im Verordnungsblatt immer auch die konkrete Dosierung zu dokumentieren, die beinhalten muss, wie oft und zu welcher Tageszeit das Medikament in welcher Dosis gegeben werden muss.

Sofern bei der Gabe auf etwas Besonderes geachtet werden muss (z.B. nach einer Mahlzeiten geben oder nüchtern geben), muss dies sowohl bei Fest- als auch Bedarfsmedikamenten immer angegeben werden.

### III.8 Qualitätsbereich: Personal

#### (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

III.8.1 Nach Auswertung der seitens der Einrichtung vorgelegten Bewohner- und Personallisten ergibt sich ein Wert hinsichtlich der Fachkraftquote von 48,97 %. Gemessen an dem zum Prüfzeitpunkt bestehenden, pflegestufenbasierten Pflege- und Betreuungsbedarf von insgesamt 27,24 Vollzeitstellen beträgt der tatsächliche Fachkräfteanteil 13,34 Vollzeitstellen, was einer Quote von 48,97 % entspricht.

Die in § 15 Abs. 1 AVPfleWoqG gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote von mindestens 50 %, gemessen am Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner, wird somit in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt nicht erfüllt.

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 Es wird geraten, ausreichend Fachkräfte in der Betreuung und Pflege einzusetzen, um eine angemessene Qualität der Versorgung zu erreichen. Die in § 15 Abs. 1 Satz 2 AVPfleWoqG festgelegte Fachkraftquote von mindestens 50 %, gemessen am Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner, ist einzuhalten. Bei der Fachkraftquote handelt es sich um eine konkrete rechtliche Vorgabe, die zu jeder Zeit erfüllt sein muss, sodass die FQA bei Abweichungen stets gehalten ist, einen Mangel festzustellen. Abweichungen von den gesetzlichen Anforderungen bzw. Mängel stellen grundsätzlich eine Gefahr für das Wohl der Bewohner dar.

### III.9 Qualitätsbereich: Personal

#### (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

III.9.1 Den zum Prüfzeitpunkt der FQA beim Landratsamt München überreichten Dienstplänen des Monats September 2016 zufolge waren vom 23.09.2016 bis zum 25.09.2016 lediglich jeweils zwei Pflegehelfer eingesetzt. Diese waren laut Dienstplan jeweils in der Schicht PN (21:30 Uhr – 06:45 Uhr) tätig.

In genanntem Zeitraum vom 23.09.2016 bis zum 25.09.2016 war darüber hinaus eine Pflegefachkraft der Einrichtung jeweils mit dem Dienst „RB“ geplant. Dieser Dienst wird in der zugehörigen Legende des Dienstplanes mit Rufbereitschaft von 21:45 Uhr – 06:30 Uhr ausgewiesen.

Laut Dienstplan war in genanntem Zeitraum vom 23.09.2016 bis zum 25.09.2016 eine Fachkraftbesetzung vom Spätdienst bis jeweils 21:50 Uhr gesichert.

Die Einrichtungsleitung bestätigt in der E-Mail vom 22.02.2017, dass in genanntem Zeitraum vom 23.09.2016 bis zum 25.09.2016 lediglich zwei Pflegehilfskräfte eingesetzt waren und eine Pflegefachkraft Rufbereitschaft hatte. Hierzu wird in der E-Mail ein Nachweis beigefügt. Dieser nennt sich „Examiniertenbereitschaftsplan für Nachts September 2016“.

Die Einrichtungsleitung gibt in der E-Mail an, dass der Bereitschaftsdienst im Haus übernachte und sofort über das Telefon bzw. Handy erreichbar sei.

Mit E-Mail vom 24.02.2017 teilt die Einrichtungsleitung mit, dass das KWA im stationären Bereich im Untergeschoss ein Zimmer für Mitarbeiter 064 habe. Wenn dieses Zimmer belegt ist, gebe es im Wohnstiftsbereich noch ein Zimmer 510. Die Mitarbeiter seien nur auf Rufbereitschaft eingeteilt, d.h. wenn sie im Falle von medizinischen oder fachlichen Fragen gerufen werden, gehen sie auf Station, ansonsten können sie schlafen. Sie erbringen keine anderweitigen Tätigkeiten.

Laut den mit E-Mail vom 22.02.2017 eingereichten Nachweisen, befand sich die jeweilige Fachkraft am 23.09.2016 im Zimmer 510 und am 24.09.2016 und 25.09.2016 im Zimmer für den Mitarbeiter 064.

Es ist also nicht sichergestellt, dass entsprechend § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG in der Nacht mindestens eine Fachkraft ständig anwesend ist, um die Betreuung der Bewohner entsprechend dem fachlichen Konzept und der Bewohnerstruktur der stationären Einrichtung sicherzustellen.

Nach einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 10.06.2015 reicht eine Ruf- oder Anwesenheitsbereitschaft zu Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe nicht aus.

Nach § 15 Abs. 1 Satz 4 AVPfleWoqG muss in stationären Einrichtungen der Pflege in der Nacht mindestens eine Fachkraft aus dem Bereich der Pflege im Sinn der nach § 16 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschrift ständig anwesend sein.

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 Der Träger bzw. die Einrichtung haben sicherzustellen, dass in der Nacht dauerhaft und ständig mindestens eine Fachkraft aus dem Bereich der Pflege im Sinn der nach § 16 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschrift in der Einrichtung anwesend, im Sinne von betreuend tätig ist. Eine bloße Ruf- oder Anwesenheitsbereitschaft reicht hierfür nicht aus.

Hinweis:

Nach einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 10.06.2015 ist die Anzahl schwerstpflegebedürftiger, multimorbid erkrankter Menschen in den stationären Einrichtungen bereits hoch und wird zukünftig voraussichtlich weiter ansteigen. Die pflegerische Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen während der Nacht sei auf Grund der Multimorbidität durch unterschiedliche Versorgungsanforderungen und Problemsituationen gekennzeichnet. Zudem habe in den letzten Jahren der Anteil an gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern stark zugenommen. Zu dem Hilfebedarf im Bereich der Alltagsverrichtungen seien bei dementen Bewohnern weitere Hilfestellungen auf Grund gerontopsychiatrischer Probleme notwendig geworden: nächtliche Unruhe, Selbstgefährdung, Sinnestäuschungen und herausforderndes Verhalten etc. Geriatrisch erkrankte und dementiell eingeschränkte Menschen benötigen somit besonders fachkundige Pflege, denn Ihre Betreuung muss in verstärktem Maße pflegerische, medizinische und psychosoziale Aspekte berücksichtigen.

Weiter schreibt das Staatsministerium, dass die eingesetzte Kraft in der Lage sein muss, den zu erwartenden Betreuungs- und Pflegebedarf zu decken, sowie im Notfall allein ausreichende Unterstützung zu leisten und erforderliche Entscheidungen zu treffen. Im Nachtdienst könne es – insbesondere durch die Multimorbidität und der daraus folgend verschlechterten Kompensationsmechanismen – jederzeit zu einem Notfall kommen. Hierzu zählen u.a. Stürze, ein „entgleister“ Diabetes mellitus, Schlaganfall, Herzinfarkt. Weiterhin sind Notarztsätze bzw. Krankenhauseinweisungen keine Seltenheit. Die verschiedensten Ereignisse – etwa plötzlich auftretendes hohes Fieber – können eine vielschichtige, bedrohliche Krise auslösen. Gerade ältere Menschen seien prädestiniert für Notfälle mit höheren Komplikationsraten. Zu beachten gelte, dass bei Bewohnern, die nicht in der Lage sind, sich über das Rufsystem mitzuteilen, akute Problemlagen häufig erst mit gewisser Zeitverzögerung beim Betreten des Zimmers festgestellt werden.

#### **IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist**

**Erneut festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG geplant ist oder eine nochmalige Beratung erfolgt.**

Zum Prüfzeitpunkt 05.10.2016 wurden keine Mängel erneut festgestellt, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist.

**V. Festgestellte erhebliche Mängel**

**Festgestellte erhebliche Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 des PflWoqG, aufgrund derer im Regelfall eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PflWoqG erfolgt.**

V.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
(Helfender Umgang / Schmerz-/Wundmanagement)

V.1.1 Der demenziell erkrankte Bewohner wird seitens der Einrichtung mit einem hohen Schmerzrisiko geführt. Zum Prüfzeitpunkt bestehen chronische schmerzinduzierte ärztliche Diagnosen wie ein Wirbelsäulensyndrom, Retropartellaarthrose, Osteochondrose (L5/S6) sowie ein muskuloskelettes Schmerzsyndrom. Der Bewohner erhält zur medikamentösen Therapie der starken chronischen Schmerzen ein Hydromorphon-Präparat (Palladon) sowie Novalgin. Die Einrichtung gibt an, dass der Bewohner v.a. nächtliche Schmerzen klar äußert. Die Schmerzen seien tagsüber wohl stabil, der Bewohner tagsüber medikamentös wohl gut eingestellt.

Bei dem formal etwas verlangsamten Bewohner erfolgt eine wöchentliche systematische Schmerzeinschätzung nach VRS (Verbale Rating Skala). Die VRS-Schmerzeinschätzung ist zum Prüfzeitpunkt aufgrund bestehender kognitiver Defizite die wohl am besten geeignete Schmerzeinschätzung. Der Bewohner benötigt für eine adäquate medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie Unterstützung von Dritten, hier der Einrichtung, die in der Organisations- und Durchführungsverantwortung ist. Insbesondere müssen hierzu die Schmerzäußerungen des Bewohners sowie die Wahrnehmungen der Einrichtung an den behandelnden Arzt weitergegeben werden, da dies dem Bewohner aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht ausreichend möglich ist.

Der rollstuhlabhängige Bewohner äußert gegenüber der FQA v.a. nachts interventionsbedürftige Ruheschmerzen zu haben. Diese nächtlichen Schmerzen v.a. im Rückenbereich wären laut Bewohner auch in der vergangenen Nacht so stark gewesen, dass dieser nur bedingt schlafen konnte. Der Bewohner gibt zum Prüfzeitpunkt an, dass er sich hierfür sofort eine Schmerzlinderung wünscht, sodass die Schlafqualität nicht beeinträchtigt ist. Tagsüber, so der Bewohner seien die Schmerzen in einem akzeptablen Bereich, um an hausinternen Tagesaktivitäten teilnehmen zu können.

Der Bewohner gibt weiter an, dass wenn er über das normale Maß Schmerzen äußere, er für die lokale Anwendung vom Pflegepersonal eine Voltarensalbe aufgetragen bekomme. Die Voltarensalbe fordere der Bewohner mehrmals täglich ein.

Die Einrichtung gibt an, dass der Bewohner mehrfach täglich seit einem unbestimmt langen Zeitraum bei Schmerzen die lokale äußere Anwendung einer Voltarensalbe einfordert. Die Anwendung dieser Voltarensalbe ist seitens der Einrichtung systematisch bei der morgendlichen Versorgung durch das Pflegepersonal fest eingeplant.

Laut Einrichtung besorgen die Angehörigen selbst die Voltarensalbe zur Verwendung für das Pflegepersonal. Diesbezüglich besteht zum Prüfzeitpunkt weder eine ärztliche Anordnung noch eine Absprache mit dem behandelnden Hausarzt noch Dokumentation darüber, ob bekannte Nebenwirkung sowie Wechselwirkungen aufgetreten sind, um letztlich eine Gesundheitsgefährdung ausschließen zu können.

Nach Überprüfung der Pflegedokumentation konnte festgestellt werden, dass zu den durchgeführten Schmerzeinschätzungen seitens der Einrichtung nicht differenziert wird, ob es sich um einen Ruheschmerz oder Bewegungsschmerz handelt. Der Pflegeverlauf zeigt keine Einträge über festgestellte schmerzbeeinflussende Faktoren zu den vom Bewohner empfundenen nächtlichen Schmerzen. Hierzu sind keine eventuell daraus resultierenden Maßnahmen und dessen Ergebnisse dokumentiert. Wann und wie oft die Pflegekräfte die vom Bewohner geforderte Voltarensalbe verwenden sowie mit welchem Ergebnis, ist bis hin zum Prüfzeitpunkt nicht dokumentiert. Bezüglich der zumeist nächtlich auftretenden starken instabilen Schmerzen, die nach Aussage des Bewohners bereits seit unbestimmt langem Zeitraum bestehen, wurde der behandelnde Arzt seitens der Einrichtung noch nicht konsultiert.

Zum Prüfzeitpunkt kann keine individuelle Pflegeprozessplanung vorgelegt werden, die u.a. nicht-medikamentöse schmerzlindernde Interventionen beinhaltet sowie dem PDCA-Zyklus entspricht.

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

V.1.3 Es wird geraten, bei der systematischen Schmerzeinschätzung zwischen Ruhe- und Bewegungsschmerz zu differenzieren. Es wird geraten, dass sichergestellt wird, dass die Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen Ruhe- und Bewegungsschmerz zur systematischen Schmerzeinschätzung verfügen.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen, verfügen.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte bei Bewohnern mit einer instabilen Schmerzsituation bei chronischen Schmerzen ein differenziertes Assessment mit dem Bewohner gemeinsam durchführen und die individuellen Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren, erfassen (hier v.a. nächtliche Ruheschmerzen).

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte bei einer instabilen Schmerzsituation zu chronischen Schmerzen den behandelnden Arzt informieren und schmerzlindernde medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Interventionen ergreifen. Vor allem dann, wenn wie hier, der Bewohner rezidivierende nächtliche Ruheschmerzen angibt, die der Pflegekraft bekannt sind. Hierbei wird für einen besseren Schnittstellenaustausch zum visitierenden Arzt, wo ein persönliches Gespräch nicht möglich ist, empfohlen, dass der Austausch schriftlich erfolgt.

Es wird geraten, dass sich die Pflegefachkräfte aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Bewohners nachweislich beteiligen und die Ergebnisse der auf Grundlage dessen von der Einrichtung durchzuführenden Maßnahmen dokumentieren und evaluieren.

Es wird geraten, einen individuellen Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Bewohners berücksichtigt, vorzuhalten und durchzuführen.

Es wird geraten, dass sichergestellt wird, dass die Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen zu

- medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung,
- schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen,
- Kontraindikationen,
- schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen

verfügen.

Die Einrichtung stellt hierbei sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden.

Es wird geraten sicherzustellen, dass keine Medikamente durch nichtärztliche Heimmitarbeiter ohne ärztliche Anordnung verabreicht werden.

Hinweis:

„Wenn Voltaren Schmerzgel großflächig auf die Haut aufgetragen und über einen längeren Zeitraum angewendet wird, ist das Auftreten von Nebenwirkungen, die ein bestimmtes Organsystem oder auch den gesamten Organismus betreffen, nicht auszuschließen. Diese Nebenwirkungen sind vergleichbar mit solchen, die unter Umständen bei Einnahme anderer Diclofenac-haltiger Arzneimittel auftreten können. Besondere Vorsicht bei der Anwendung ist erforderlich bei akuten Zuständen, die mit starker Rötung, Schwellung oder Überwärmung von Gelenken einhergehen, bei andauernden Gelenkbeschwerden oder bei heftigen Rückenschmerzen, die in die Beine ausstrahlen und/oder mit neurologischen Ausfallerscheinungen (z. B. Taubheitsgefühl, Kribbeln) verbunden sind, sollte ein Arzt aufgesucht werden. Bei Beschwerden, die sich nach 3 – 5 Tagen nicht verbessert haben oder sich verschlimmern, sollte ein Arzt aufgesucht werden.“

In diesem Fall darf Voltaren Schmerzgel nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen (Notfallbereitschaft) und direkter ärztlicher Kontrolle angewendet werden. Das gleiche gilt für Patienten, die auch gegen andere Stoffe überempfindlich (allergisch) reagieren, wie z. B. mit Hautreaktionen, Juckreiz oder Nesselfieber.

Wenden Sie Voltaren Schmerzgel immer genau nach der Anweisung in dieser Gebrauchsinformation an. Bitte fragen Sie bei Ihrem Arzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, ist Voltaren Schmerzgel 3- bis 4-mal täglich anzuwenden.“

Quelle: Herstellergebrauchsinformationen, Novartis

Eine Verabreichung (Anwendung) von Arzneimitteln durch nichtärztliche Heimmitarbeiter ist – von offensichtlichen Bagatelldfällen abgesehen – ohne das Vorliegen einer entsprechenden ärztlichen Anweisung mit genauen Angaben zur Indikation nicht erlaubt; die Mitarbeiter würden sich im Sinne des § 1 Heilpraktikergesetz der „unerlaubten Ausübung der Heilkunde“ strafbar machen.



V.2.1 Bei einem Bewohner wurde aufgrund vermehrter Stürze ein Sturzrisiko erhoben. Der Bewohner stürzte laut Aussage der Einrichtung zuletzt am 01.10.2016. Die Einrichtung gibt an, dass die rezidivierenden Stürze auf die Sturzrisikofaktoren „Kraftlosigkeit in den Beinen“ sowie einer „Selbstüberschätzung“ zurückzuführen seien. Weiter gibt die Einrichtung an, dass der Bewohner keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen hat. Der Bewohner sei auf einen Rollstuhl angewiesen und benötige für einen sicheren Transfer die vollumfängliche Hilfestellung. Als sturzpräventive Maßnahme gibt die Einrichtung an, mit dem Bewohner helfende Gespräche zu führen, wobei diesem hierbei verständlich gemacht wird, sich jederzeit Hilfe holen zu können. Wenn der Bewohner es wünscht, könne dieser jederzeit Hilfe zum Transfer mittels der Rufanlage oder bei einem persönlichen Kontakt einfordern.

Der überprüfte Bewohner befindet sich zum Prüfzeitpunkt im Bewohnerzimmer sitzend im Rollstuhl. Der allseits klare und orientierte Bewohner gibt gegenüber der FQA an, dass dieser bereits schon vor Heimeinzug rezidivierende Stürze mit teils erheblichen Sturzfolgen (Nasen- und Femurfraktur) hatte. Die Frakturen seien durch eine Osteoporose begünstigt. Auch innerhalb der Einrichtung, so die Aussage des Bewohners, sei dieser mehrfach gestürzt. Der Bewohner gibt an zu wissen, dass diesem auf Wunsch jederzeit Hilfe zuteil kommt, wenn er dies möchte.

Der Bewohner zeigt an allen Finger- und Handgelenken deutliche Anzeichen einer fortgeschrittenen Polyarthrose wie Gelenksversteifungen, Verknorpelungen, Schwellungen und starke Schmerzen. Auf Ansprache äußerte der Bewohner hierzu, dass vor allem die Fortbewegung mit dem Rollstuhl sowie auch dessen Bedienung der Feststellbremsen schmerzbedingt nicht möglich seien. Der Bewohner fügt hinzu, dass dieser aufgrund einer fortgeschrittenen beidseitigen Gonarthrose nur unter Schmerzen „Aufstehen“ könne. Ferner gibt der Bewohner an, dass dieser bedingt durch einen Brustkrebs zusätzliche Schmerzen auf der linken Brustseite hat, der in die Schulter ausstrahlt und auch dessen Bewegung schmerzbedingt einschränkt.

Bei einer seitens der FQA zum Prüfzeitpunkt erhobenen Schmerzselbsteinschätzung nach NRS gibt der Bewohner einen Ruheschmerz von 3/10 sowie einen Bewegungsschmerz von 7/10 an. Dieser Bewegungsschmerz wurde beim Versuch aus dem Rollstuhl aufzustehen erhoben. Hierbei zeigte der Bewohner eine deutlich verzerrte Schmerzmimik sowie negative Lautäußerungen (stöhnen, ächzen). Der Versuch aus dem Rollstuhl aufzustehen, war zum Prüfzeitpunkt schmerzbedingt nicht möglich und wurde abgebrochen. Diese Schmerzwahrnehmung sei, so der Bewohner, in beiden Knien seit mindestens 6 Monaten sowie in allen anderen Körperbereichen seit einem noch viel längeren Zeitraum inakzeptabel. Die einmal pro Woche geplante Krankengymnastik ist laut Bewohner schmerzbedingt nicht mehr möglich.

Der Bewohner äußert Zukunftsängste, dass diese schmerzbedingte Mobilitätseinschränkung gleich bleibt oder sich gar verschlechtern könne und wünscht sich für sofort eine Symptomlinderung, um wieder selbstständiger und mit mehr Lebensqualität am Alltag teilnehmen zu können.

Der Bewohner wünscht sich hierzu neben der Symptomlinderung eine verbesserte Mobilität, die bedingt durch die Schmerzen u. a. durch die Anpassung des Rollstuhls (Elektroantrieb, verlängerte Feststellbremshebel etc.) erreicht werden könnte. Dem Bewohner sei es bewusst, dass eine völlige Schmerzfreiheit nicht garantiert werden kann. Bei der seitens der FQA gestellten Frage an den Bewohner, was dieser denn mache, wenn er Schmerzen habe, äußerte dieser im Zitat: „Dann muss ich die Schmerzen aushalten.“

Der Bewohner gibt an, dass seitens der Einrichtung noch keine systematische Schmerzbefragung nach NRS erfolgt sei. Der Bewohner gibt weiter an, dass dieser sein Schmerzempfinden gegenüber der Einrichtung noch nie konkret geäußert hat oder hierüber befragt wurde. Hierfür nennt der Bewohner im Zitat folgenden Grund: „Die Pflegekräfte sehen es

doch, wenn mir z. B. beim Aufstehen geholfen werden muss und ich schmerzbedingt nicht kann.“

Die Einrichtung erhebt laut Pflegedokumentation eine wöchentliche systematische Schmerzerhebung nach NRS, wobei der Bewohner selbst angibt, bis hin zum Prüfzeitpunkt nicht nach Schmerzen befragt worden zu sein. Die dokumentierten Schmerzerfassungen nach NRS zeigen rückwirkend für einen Monat Schmerzwerte zwischen 0 bis 3 auf. Bei diesen dokumentierten Schmerzerfassungen wurde es versäumt eine Schmerzbeschreibung zu dokumentieren sowie zu differenzieren, ob es sich um einen Ruhe- oder Bewegungsschmerz handelt. Schmerzreduzierende Sofortmaßnahmen wurden hierbei nicht ergriffen oder dem Bewohner angeboten.

Der nationale Expertenstandard zu Schmerzen sieht vor, dass ab einer angegebenen Schmerzstärke ab 3/10 (Ruheschmerz) schmerzlindernde Interventionen angeboten und durchgeführt werden sollten.

— Aus der Pflegeverlaufsdokumentation ab dem 01.09.2016 bis hin zum Prüfzeitpunkt findet sich ein Eintrag, der Schmerzen in den Händen beschreibt. Ob hierzu schmerzlindernde Maßnahmen ergriffen wurden, konnte zum Prüfzeitpunkt nicht eruiert werden.

Eine Schmerzanamnese sowie Pflegeprozessplanung konnte die Einrichtung zum Prüfzeitpunkt nicht vorhalten. Welche Faktoren sich günstig oder ungünstig auf das Schmerzerleben des Bewohners auswirken und welche nicht-medikamentösen Schmerzangebote dem Bewohner helfen könnten, wurde seitens der Einrichtung bisher nicht eruiert.

— Der Bewohner erhält nach ärztlicher Anordnung als medikamentöse Schmerztherapie das Analgetikum Novalgin® 500 mg in der Dosierung 1-0-1-0. Bedarfsmedikation ist ärztlich nicht angeordnet. Die Einrichtung gibt an, dass der behandelnde Hausarzt regelmäßig den Bewohner besucht, jedoch der Austausch mit der Einrichtung selbst nicht stattfindet.

Die Einrichtung gibt an, die instabilen sowie chronischen Schmerzen des Bewohners trotz vieler schmerzinduzierter Diagnosen bis hin zum Prüfzeitpunkt als „Kraftlosigkeit in den Beinen“ verkannt sowie als nicht interventionsbedürftig eingeschätzt zu haben und fügt bei, dass der Bewohner aktuell bezüglich der Schmerzsituation unterversorgt sei und Handlungsbedarf bestünde.

Die Einrichtung kontaktierte noch zum Prüfzeitpunkt den behandelnden Hausarzt, um die medikamentöse Schmerztherapie anpassen zu lassen.

Der behandelnde Hausarzt erhöhte daraufhin umgehend das Analgetikum Novalgin® von 2 x 500 mg auf 4 x 500 mg in 24h. Ferner könne der Bewohner nun zusätzlich als Bedarfsanalgetikum 2 x 600 mg Ibuflam® in 24h erhalten.

V.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

V.2.3 Es wird geraten sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen stabilen und instabilen Schmerzen und zur systematischen Schmerzeinschätzung verfügen.

Es wird geraten, bei der systematischen Schmerzeinschätzung zwischen Ruhe- und Bewegungsschmerz zu differenzieren. Es wird geraten, dass sichergestellt wird, dass die Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen Ruhe- und Bewegungsschmerz zur systematischen Schmerzeinschätzung verfügen.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen, verfügen.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte bei Bewohnern mit einer instabilen Schmerzsituation bei chronischen Schmerzen ein differenziertes Assessment mit dem Bewohner gemeinsam durchführen und individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren erfassen.

Es wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegefachkräfte bei einer instabilen Schmerzsituation zu chronischen Schmerzen den behandelnden Arzt informieren und schmerzlin-dernde medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Interventionen ergreifen. Vor allem dann, wenn wie hier, interventionsbedürftige Schmerzen (NRS 3) erhoben werden oder auch im Pflegeverlauf seitens der sozialen Betreuung dokumentiert wurden.

Es wird geraten, dass sich die Pflegefachkräfte aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Bewohners nachweislich beteiligen und die Ergebnisse der auf Grundlage dessen von der Einrichtung durchzuführenden Maßnahmen dokumentieren und evaluieren.

Es wird geraten, einen individuellen Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Bewohners berücksichtigt, vorzuhalten.

Es wird geraten, dass sichergestellt wird, dass die Pflegefachkräfte den Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation informieren, schulen und beraten sowie zur Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen des Bewohners beitragen.

Es wird geraten, dass sichergestellt wird, dass die Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen zu

- medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung,
- schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen,
- Kontraindikationen,
- schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen

verfügen.

Die Einrichtung stellt hierbei sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden.

Ferner wird zur besseren Steuerung des Schmerzmanagements seitens des verantwortlichen Pflegemanagements empfohlen, das Schmerzrisiko in der monatlichen Gesamtrisikoehebung aller Bewohner mit aufzunehmen.

## **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 Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichts 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 beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt 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 beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBl 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.

Schäfer