



Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat
Ruppertstraße 19, 80337 München

gegen Postzustellungsurkunde
BayernStift-Gesellschaft für soziale
Dienste und Gesundheit mbH
Hiebelerstr. 29

87629 Füssen

**Hauptabteilung I Sicherheit und
Ordnung, Prävention
FQA / Heimaufsicht
KVR-I/24 Team 1**

Ruppertstraße 19
80337 München
Telefon: 089 233-44662
Telefax: 089 233-44666
Dienstgebäude:
Ruppertstraße 11
Zimmer: 313
Sachbearbeitung:
Frau Cakmak
tuelay.cakmak@muenchen.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Datum
30.05.2022

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

Träger der Einrichtung: BayernStift-Gesellschaft für soziale
Dienste und Gesundheit mbH
Hiebelerstr. 29
87629 Füssen

Geprüfte Einrichtung: Wohn- und Pflegezentrum PerlachStift
Gerhart-Hauptmann-Ring 48
81737 München
perlachstift@charleston.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 31.03.2022 eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Pflege und Dokumentation
Personal
Arzneimittel

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

I. Daten zur Einrichtung

Einrichtungsart

Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Wohnformen

Vollstationärer Wohnbereich

Kurzzeitpflege

Platzzahl gesamt:	80
davon vollstationäre Plätze:	80
davon Plätze für Kurzzeitpflege:	2
Einzelzimmerquote	87 %
Belegte Plätze:	64
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%):	50,0 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung:	0

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

(Hier folgt eine kurze, prägnante Aufstellung des positiven Sachverhalts bzw. der aus Sicht der FQA hervorzuhebenden Punkte und allgemeinen Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.)

Anlass für die am 31.03.2022 durchgeführte Prüfung war eine Beschwerde eines Angehörigen. Die in der Beschwerde aufgeführten Sachverhalte umfassten die Qualitätsbereiche Pflege und Dokumentation sowie Personal.

Bei der durchgeführten Prüfung wurde eine Vielzahl an Mängeln und erheblichen Mängeln im Bereich der Pflege sowie ein Mangel im Bereich Personal festgestellt; die Beschwerde hat sich weitestgehend bestätigt.

Bei der Prüfung war eine deutliche Verschlechterung der Ergebnis- und Prozessqualität im Wohnbereich 1 im ersten Stock feststellbar. Es wurden Mängel in den Bereichen Behandlungspflege (Obstipationsprophylaxe, Medikamentengabe, Körperpflege, Wundversorgung, Anbringen von Kompressionsverbänden), Flüssigkeitsversorgung, Mobilisation, im Umgang mit Schmerzen und erhebliche Mängel im Bereich Ernährung im Umgang mit Gewichtsverlusten, im Bereich Dekubitusprophylaxe und im Umgang mit Dekubitalgeschwüren festgestellt.

Auf den Wohnbereichen im 2. und 3. Stock wurden keine Mängel festgestellt. Zur Nachvollziehbarkeit in Pflegeberichtseinträgen und zur eigenständigen Diagnosestellung von Pflegekräften z.B. bei Hautveränderungen ohne Rücksprache mit einem Arzt wurde beraten.

Beim Besuch der Bewohner*innen äußerten sich die Befragten weitgehend zufrieden mit der pflegerischen Versorgung. Jedoch wurde gleichzeitig erwähnt, dass die Mitarbeiter*innen überlastet seien, keine Zeit hätten und dass eine hohe Fluktuation herrsche. Auch die Angehörigen gaben teilweise an, mit der pflegerischen Versorgung und der Behandlungspflege nicht zufrieden zu sein. Ein Angehöriger gab an, dass es teilweise sehr lange dauern würde, bis auf den Notruf reagiert wird, dies habe er bei einem Besuch selbst beobachtet. Hierzu wurde im Abschlussgespräch beraten.

Im Wohnbereich 1 war bei der Einsichtnahme in die Dokumentation festzustellen, dass relevante pflegerische Risiken zum Teil nicht erfasst bzw. falsch eingeschätzt wurden. Oft lag keine aktuelle, dem Istzustand der Bewohner*innen entsprechende, Maßnahmenplanung vor. Eine Umsetzung der geplanten pflegerischen Maßnahmen erfolgte oftmals nicht und die Umsetzung wurde nicht ordnungsgemäß dokumentiert.

Um die Erfüllung der Fachkraftquote zu überprüfen, hat sich die FQA eine aktuelle Personalliste sowie die aktuellen Belegungszahlen mit Pflegegraden der Bewohner*innen aushändigen lassen. Die Berechnung für den Prüfungstag ergab, dass die gesetzlich festgeschriebene Quote von mindestens 50 % gem. § 15 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG) in der Einrichtung erfüllt wird.

Die Einrichtung erfüllte zwar am Tag der Prüfung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote mit 50,0 %, dennoch herrscht in der Einrichtung eine sehr kritische Personalsituation. Bereits in der letzten Prüfung am 17.02.2022 wurde darauf hingewiesen, dass die Besetzung der Spätschicht mit vier Pflegekräften, davon überwiegend nur eine Fachkraft, für damals 59 Pflegebedürftige auf drei Wohnbereichen, die auf drei Stockwerke verteilt sind, sehr knapp bemessen und daher äußerst kritisch zu sehen ist.

Die personelle Situation hatte sich in der Einrichtung weiter zugespitzt. Die Leitung reagierte darauf nicht mit Kompensation der Ausfälle durch beispielsweise Zeitarbeitskräfte, sondern durch eine weitere Reduktion der Pflegekräfte in der Früh- als auch Spätschicht. Dies machte sich in der pflegerischen Versorgung der Bewohner*innen bemerkbar. Die bei der Prüfung festgestellte Vielzahl der Abweichungen von den Qualitätsanforderungen an den Betrieb führt die FQA auf die personelle Situation zurück.

Aufgrund der festgestellten erheblichen Mängel im Bereich Dekubitusprophylaxe und im Umgang mit Dekubitalucera sowie im Bereich Ernährung wurden Anordnungen nach Art. 13 Abs. 2 PflWoqG erlassen. Zudem wurde aufgrund der festgestellten Vielzahl an Mängel und erheblichen Mängel im pflegerischen Bereich sowie der kritischen Personalsituation ein sofortiger Aufnahme-stopp mündlich angeordnet.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

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

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.1.1.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin war, bis auf einzelne Tage, anhand der Dokumentation nicht nachvollziehbar, ob eine Mobilisation erfolgt ist. Eine fachlich fundierte, bewohnerorientierte Begründung für die vollständige bzw. teilweise Unterlassung der Mobilisation bzw. eine Ablehnung der Angebote durch die Bewohnerin selbst, war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen.

III.1.1.2 Sachverhalt: Eine andere Bewohnerin gab an, nicht mobilisiert werden zu können, da ihr der Rollstuhl zu eng sei. Auch bei dieser Bewohnerin konnte weder im Gespräch mit der Pflegekraft noch anhand der Dokumentation nachvollzogen werden, dass der Bewohnerin eine Mobilisation angeboten wurde bzw. diese eine Mobilisation abgelehnt hat. Es war nicht ersichtlich, dass der aktuelle Rollstuhl auf seine Eignung geprüft wurde bzw. die Bewohnerin bzgl. eines besser geeigneten Hilfsmittels beraten wurde.

III.1.1.3 Sachverhalt: Eine pflegebedürftige Bewohnerin wird laut Aussage der Mitarbeiterin nicht mobilisiert, da sie dies immer ablehne. In der Maßnahmenplanung war ein Mobilisationsangebot für die Bewohnerin geplant. Es war kein Hinweis darauf zu finden, dass der Bewohnerin eine Mobilisation angeboten wurde und sie diese abgelehnt hat. Auch im Bewegungsplan war eine Mobilisation nicht ersichtlich. Eine fachlich fundierte, bewohnerorientierte Begründung für die vollständige bzw. teilweise Unterlassung der Mobilisation bzw. eine Ablehnung der Angebote durch die Bewohnerin selbst, war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen. Im Gespräch mit der Bewohnerin konnten mögliche Gründe hierfür nicht eruiert werden.

III.1.2 Immobilität ist eine der bedeutendsten Funktionsstörungen im Alter. Es ist ein Ziel geriatrischer Pflege, dass alte und pflegebedürftige Menschen den Tag so „normal“ wie möglich verbringen können. Die Möglichkeit das Bett zu verlassen, um die Mahlzeiten am Tisch einzunehmen und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, trägt wesentlich zur Steigerung der Lebensqualität bei. Den Bewohner*innen ist eine Teilhabe am sozialen Leben mit an ihren Zustand angepassten Hilfsmitteln anzubieten. Eine regelmäßige Mobilisation der Bewohner*innen nach individuellem Wunsch erfolgte nicht. Eine fachlich angemessene, an den Bedürfnissen der Bewohner*innen orientierte Begründung, warum die Mobilisation unterlassen wurde, war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen. Dies stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PflWoqG einen Mangel dar.

III.1.3 Der Einrichtung wird empfohlen, allen Pflegebedürftigen eine Mobilisation in geeigneten Hilfsmitteln und somit eine Teilhabe am Leben ihren Gewohnheiten und Vorlieben entsprechend anzubieten. Etwaige Abweichungen sind zu dokumentieren.

III.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.2.1 Sachverhalt: Bei einer dehydratationsgefährdeten Bewohnerin erfolgte bis 05.03.2022 keine Einschätzung des Trinkverhaltens. Weder wurde ein Einfuhrprotokoll geführt noch lagen anderweitig konkrete Aussagen zum Trinkverhalten sowie der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge vor. Ein Einfuhrprotokoll zur Überwachung der Trinkmenge wurde erst am 05.03.2022 angelegt.

Das Einfuhrprotokoll wurde ab 21.03.2022 sehr lückenhaft geführt. Es fehlten in der Zeit von 21.03.2022 - 28.03.2022 sämtliche Einträge des Spätdienstes. Am 24./25.03.2022 erfolgte die Dokumentation nur durch den Nachtdienst und in der Zeit von 27.03.2022 - 30.03.2022 erfolgte keine Dokumentation. Laut der Beschwerde standen die Getränke oft außer Reichweite der Bewohnerin. Die Bewohnerin würde starken Durst verspüren und in Anwesenheit des Besuchs oft bis zu 500 ml trinken. Auch am Tag der Prüfung standen die Getränke der Bewohnerin beim ersten Besuch nicht erreichbar auf dem Nachtkästchen.

III.2.2 Besonders alte Menschen sind aufgrund eines verminderten Durstgefühls dehydratationsgefährdet. Eine zu geringe Flüssigkeitszufuhr aufgrund eines verminderten Durstgefühls kann zu unerwünschten Folgen führen, wie zunehmende Verwirrtheit, Obstipation und Schwäche. Trotz der bestehenden Dehydratationsgefahr erfolgte keine Einschätzung des Risikos. Der Bewohnerin wurden Getränke nur unzureichend angeboten und das erforderliche Einfuhrprotokoll zur Überwachung der Trinkmenge nicht korrekt geführt. Dies entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse und stellt einen Mangel i.S.d. Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PflegeWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.2.3 Es wird dringend empfohlen, bei dehydratationsgefährdeten Bewohner*innen das Risiko korrekt einzuschätzen, Getränke regelmäßig in geeigneter Form anzubieten und erforderliche Einfuhrprotokolle korrekt und lückenlos zu führen.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.3.1 Sachverhalt: Bei einem obstipationsgefährdeten Bewohner lagen vom 24.03.2022 - 30.03.2022 keine Aufzeichnungen zur Stuhlentleerung vor. Laut ärztlicher Anordnung sollte der Bewohner bei Obstipation von mehr als zwei Tagen Dulcolax Dragees (die der Bewohner selbst verwaltet) und bei einer Obstipation von mehr als drei Tagen Movicol erhalten. Es war nicht nachvollziehbar, ob der Bewohner die ärztlich angeordneten Dulcolax Dragees selbständig genommen hat und ob ihm die ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation bei Obstipation verabreicht wurde. Eine Abweichung war nicht dokumentiert und eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt war nicht erkennbar.

III.3.2 Eine Obstipation kann u.a. zu Unwohlsein und Bauchschmerzen führen. Ziel der Obstipationsprophylaxe ist deshalb, obstipationsgefährdeten Bewohner*innen mit pflegerischen und evtl. medikamentösen Maßnahmen eine möglichst geregelte Stuhlentleerung zu ermöglichen. Dem Bewohner wurde die verordnete Bedarfsmedikation bei Obstipation nicht in fachlich korrekter Weise angeboten. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt war nicht erkennbar. Der fehlerhafte Umgang mit ärztlichen Verordnungen im Bereich der Obstipationsprophylaxe entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflegeWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.3.3 Es wird dringend angeraten, den Pflegebedürftigen die von den behandelnden Ärzten verordneten Bedarfsmedikamente bei Obstipation in fachlich korrekter Weise anzubieten. Es wird empfohlen, etwaige Abweichungen mit dem behandelnden Hausarzt abzusprechen und zu doku-

mentieren. Für die korrekte Vergabe von Bedarfsmedikamenten zur Obstipationsprophylaxe sind nachvollziehbare Aufzeichnungen über die Stuhlhäufigkeit zu führen.

III.4 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.4.1. Sachverhalt: Bei mehreren Bewohner*innen wurde im Rahmen der Prüfung eine mangelhafte Körperpflege festgestellt. Bei drei Bewohner*innen wurden teilweise stark verschmutzte und zum Teil längere Fingernägel vorgefunden. Eine Bewohnerin hatte im Gesichtsbereich Bartstoppeln. Bei einer weiteren Bewohnerin war ein trockener Mund mit Borken festzustellen.

III.4.2 Es ist ein elementares menschliches Bedürfnis sich selbst pflegen zu können. Über die Pflege des Körpers selbst bestimmen zu können, bedeutet auch selbst zu bestimmen, wann und wie getan wird. Körperpflege umfasst neben der Körperreinigung auch alle Maßnahmen, die das äußere Erscheinungsbild prägen. Sorgfältige individuelle Körperpflege fördert Wohlbefinden und Selbstbewusstsein. Gepflegte saubere Hände und frisch geputzte Zähne bzw. ein gepflegter Mund sind Voraussetzungen für Wohlbefinden. Lange und kantige Fingernägel können u.a. auch zu ungewollten Verletzungen führen. Eine schlechte Zahn- und Mundpflege kann zu Infektionen und Erkrankungen im Mundbereich führen. Die nicht an den Wünschen der Bewohner*innen orientierte Körper-/Mundpflege entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PflWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.4.3 Die Einrichtung wurde beraten, allen Pflegebedürftigen eine individuelle an ihren Bedürfnissen und Wünschen orientierte Körperpflege anzubieten, um u.a. das Wohlbefinden der zu Pflegenden zu fördern und Komplikationen, die aufgrund einer mangelhaften Körperhygiene entstehen können, zu vermeiden.

III.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.5.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin wurden aufgrund einer Thrombosegefahr Kompressionsverbände an beiden Beinen ärztlich angeordnet. Am Tag der Prüfung waren die Beine nicht gewickelt. Die Kompressionsbinden lagen auf dem Nachtkästchen. Die ärztliche Anordnung zur Kompressionstherapie wurde nicht umgesetzt. Im Gespräch mit der Pflegekraft konnte nicht geklärt werden, warum die Beine entgegen der vorliegenden ärztlichen Anordnung nicht gewickelt wurden.

III.5.2 Kompressionsverbände oder Kompressionstrümpfe werden zur Prophylaxe oder Therapie von Venenerkrankungen ärztlich verordnet. Durch die Kompressionstherapie soll der venöse Rückfluss unterstützt und gefördert werden. Im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege werden ärztliche Anordnungen für die Bewohner*innen an die Pflegekräfte der Einrichtung delegiert. Sollte eine ärztlich notwendige Behandlungspflege nicht durchgeführt werden können, muss hierüber der behandelnde Arzt informiert werden, die Bewohner*innen über die möglichen Risiken aufgeklärt und die Ablehnung schriftlich dokumentiert werden. Die

Bewohnerin wurde am Tag der Prüfung ohne die ärztlich verordneten Kompressionsverbände angetroffen. Eine Begründung hierfür konnte weder dem Gespräch mit der Pflegekraft noch der Dokumentation entnommen werden. Ein fachlicher Austausch diesbezüglich erfolgte mit dem behandelnden Arzt ebenfalls nicht. Der fehlerhafte Umgang mit ärztlichen Anordnungen stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.5.3 Der Einrichtung wird empfohlen, im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege die ärztlichen Anordnungen korrekt auszuführen. Sollten Situationen auftreten, in denen die Behandlungspflege bei den Bewohner*innen nicht möglich ist, sollte dies schriftlich dokumentiert werden.

III.6 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.6.1.1 Sachverhalt: Bei einem Bewohner lag laut Auskunft der Pflegekraft am Prüfungstag eine Wunde am Gesäß auf der rechten Seite vor. Die Pflegekraft beschrieb die Wunde als zwei ca. 2 Euro große Hautabschürfungen, die mit Mepilex versorgt werden. Der Bewohner selbst gab im Gespräch an, dass die Wunde am Gesäß vom zu langen Sitzen komme und er sich im Bett auf die Seite drehe. Bis zum Tag der Prüfung lag keine aussagekräftige Wundbeschreibung vor. Auch lag keine ärztliche Anordnung zur Wundversorgung vor.

III.6.1.2 Sachverhalt: Bei einem Bewohner lag im Intimbereich bzw. an beiden Oberschenkelinnenseiten eine Hautschädigung oder Pilzinfektion vor. Die Pflegekraft gab an, die betroffenen Stellen mit Eosin, welches jedoch laut ärztlicher Anordnung bereits abgesetzt war, zu versorgen. Laut Pflegebericht erfolgte eine Versorgung teilweise auch mit Lotricomb ohne gültige ärztliche Anordnung. Weder im Gespräch mit der Pflegekraft noch anhand der Dokumentation konnte abschließend geklärt werden, wie die Wunde laut ärztlicher Anordnung zu versorgen war.

III.6.2 Ein wesentlicher Bestandteil einer adäquaten Wundversorgung ist eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und anderen beteiligten Berufsgruppen. Aufgabe der Pflege ist es u.a. den behandelnden Arzt über das Vorliegen einer Wunde zu informieren, damit dieser eine Diagnose stellen und eine entsprechende Wundversorgung anordnen kann. Pflegerische Aufgabe ist es, die Wundversorgung fach- und sachgerecht durchzuführen und den Verbandswechsel oder andere therapeutische Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung nach dem anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse durchzuführen. Bei dem Bewohner war aufgrund der nicht vorhandenen Wundbeschreibung der Zustand der Wunde nicht beurteilbar und der Heilungsverlauf nicht nachvollziehbar. Die Wundversorgung erfolgte ohne Vorliegen einer ärztlichen Anordnung. Die anderen beiden Wunden wurden nicht entsprechend der ärztlichen Anordnung versorgt. Der fehlerhafte Umgang im Bereich der Wundversorgung stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.6.3 Der Einrichtung wird empfohlen, die Mitarbeiter*innen im Bereich einer dem allgemeinen

Stand fachlicher Erkenntnisse entsprechenden Wundversorgung und qualifizierter Wunderrfassung sowie korrekten Umsetzung und Dokumentation der ärztlich verordneten Wundtherapien zu sensibilisieren sowie zu unterstützen. Bei Unklarheiten bzgl. der ärztlichen Anordnung wurde eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt empfohlen.

III.7 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.7.1.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin lag eine ärztliche Anordnung zur Gabe von Tilidin morgens und abends und zusätzlich Ibuprofen bei Bedarf vor. Laut Einschätzung lagen bei der Bewohnerin chronische Schmerzen in beiden Schultern vor, die Schmerzsituation wurde als stabil eingeschätzt und eine Erfassung der Schmerzen mittels BESD geplant. Obwohl immer wieder dokumentiert wurde, dass die Bewohnerin stark verkrampft sei und teilweise Lagerungsmaßnahmen ablehne, wurde keine differenzierte Schmerzeinschätzung durchgeführt, um evtl. Schmerzen auszuschließen. Der Bewohnerin wurde kein Ibuprofen bei Bedarf verabreicht und eine Rücksprache mit dem Arzt war nicht erkennbar.

III.7.1.2 Sachverhalt: Bei einem Bewohner, bei welchem Tilidin als Festmedikation und Novaminsulfon als Bedarfsmedikation angeordnet war, wurde im Januar und in der Zeit danach keine Schmerzeinschätzung durchgeführt, obwohl der Bewohner im Zeitraum von 14.01. - 20.01.2022 dreimal Schmerzen äußerte und das Bedarfsmedikament verabreicht bekam. Der Bewohner äußerte im Gespräch, dass er insbesondere bei der Wundversorgung Schmerzen habe. Auch diese Information führte nicht zu einer weitergehenden Schmerzeinschätzung oder Anpassung der Schmerzmedikation. Eine Rücksprache mit dem Arzt war nicht erkennbar.

III.7.2 Besonders bei chronischen Schmerzen ist das Wissen um die Schmerzsituation unabdinglich. Dazu gehört eine konsequente Schmerzeinschätzung, wann, wo und wie die Schmerzen auftreten. Bei Schmerzäußerungen der Bewohner*innen sind Maßnahmen zur Linderung der Schmerzen zu ergreifen, sei es in Form von pflegerischen Alternativmaßnahmen wie z.B. Kälte-/Wärmeanwendungen oder durch die Gabe ärztlich angeordneter Medikamente. Um die Informationen für alle am Pflegeprozess Beteiligten verfügbar zu haben, ist eine ausführliche und regelmäßige Dokumentation über das Auftreten der Schmerzen, die Durchführung der Maßnahmen und die Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahmen durchzuführen. Der Umgang mit Schmerzen entsprach bei den Bewohner*innen nicht dem allgemein anerkannten Stand. Dies stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen

III.7.3 Der Einrichtung wird eindringlich angeraten, die Pflegekräfte im Umgang mit Schmerzen zu sensibilisieren. Es wurde empfohlen, der individuellen Situation der Bewohner*innen entsprechend, ein fachlich angemessenes Schmerzmanagement anzuwenden.

III.8 Qualitätsbereich: Arzneimittel

III.8.1.1 Sachverhalt: Bei zwei Bewohner*innen wurden die ärztlich angeordneten Medikamente Pipamperon und Augentropfen nicht entsprechend der ärztlichen Anordnung verabreicht.

III.8.1.2 Bei einer Bewohnerin war das ärztlich angeordnete Bedarfsmedikament zur Gabe bei Anspannung und Angst nicht vorrätig. Im Bedarfsfall hätte der Bewohnerin das Medikament nicht verabreicht werden können.

III.8.1.3 Drei Bewohnerinnen wurden die ärztlich angeordneten verblisterten Medikamente nicht ordnungsgemäß verabreicht. Die Morgenmedikation stand um 10.30 Uhr teilweise bis 11.15 Uhr unbeaufsichtigt am Platz der Bewohner*innen im Aufenthaltsbereich. Eine Beaufsichtigung/Unterstützung der z.T. kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen bei der Medikamenteneinnahme war nicht erkennbar. Bei einer Bewohnerin wurden diese auf Aufforderung der FQA verabreicht.

III.8.2 Die korrekte Umsetzung ärztlicher Anordnungen muss grundsätzlich sichergestellt werden. Begründete Abweichungen sind zu dokumentieren und zeitnah dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Der Umgang mit den ärztlich verordneten Medikamenten war fachlich nicht korrekt, da die Bewohner*innen die notwendigen Medikamente nicht wie verordnet erhalten haben. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt war nicht erkennbar. Bei einer Bewohnerin war das Bedarfsmedikament nicht vorrätig, so dass es im Bedarfsfall nicht hätte verabreicht werden können. Dies stellt einen Mangel im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.8.3 Es wird dringend empfohlen, den Bewohner*innen Medikamente entsprechend der ärztlichen Anordnung zu verabreichen. Abweichungen sind zu dokumentieren und dem Arzt mitzuteilen. Auch wird empfohlen, ärztlich angeordnete Bedarfsmedikamente vorzuhalten, um diese den Bewohner*innen im Bedarfsfall entsprechend der ärztlichen Anordnung verabreichen zu können.

III.9 Qualitätsbereich: Personal

III.9.1. Sachverhalt: In der Einrichtung waren am Tag der Prüfung 64 der 80 Pflegeplätze belegt. Die Personalbesetzung der Früh- und Spätschichten für drei Wohnbereiche, verteilt auf drei Stockwerke, wies krankheits- und kündigungsbedingt zum Teil eine starke Unterbesetzung auf. Im Früh- sowie Spätdienst waren zum Teil nur drei Pflegekräfte und davon jeweils nur eine Fachkraft im Dienst.

III.9.2 Eine Pflege im Sinne der Qualitätsanforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes ist durch die in der Einrichtung herrschende kritische Personalsituation nicht gewährleistet. Nach Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG hat der Träger sicherzustellen, dass Pflege- und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistenden Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind. Sowohl die Besetzung der Früh- als auch die der Spätschicht mit zum Teil nur jeweils drei Pflegekräften, davon zum Teil nur jeweils einer Fachkraft,

für 64 Pflegebedürftige erfüllt nicht die gesetzliche Anforderung. Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 AV-PfleWoqG dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Die Anwesenheit von Fachkräften gewährleistet, dass Betreuungstätigkeiten, die eine bestimmte Sachkunde erfordern, fachgerecht durchgeführt werden, fachlich nicht geschulte Betreuungskräfte jederzeit auf einen kompetenten Ansprechpartner zurückgreifen können und in Notsituationen eine sofortige und angemessene Reaktion zu ihrer Abwendung möglich ist. Die Besetzung Schichten mit unzureichendem Pflege- als auch Fachkräften stellt gemäß Art. 3 Abs. 3 PflWoqG i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 1 AV-PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.9.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen die Schichten mit ausreichend Pflege- und Fachkräften zu besetzen.

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

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

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erneuten Mängel festgestellt.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

V.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.1.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin wurde im Rahmen der Risikoeinschätzung ein Dekubitusrisiko festgestellt. Im Rahmen der Maßnahmenplanung wurde eine nicht näher konkretisierte Lagerung nach Plan festgelegt. Am 02.02.2022 wurde ein stark gerötetes Gesäß dokumentiert. Laut Pflegebericht wurde daraufhin das Gesäß eingecremt und Lagerungen durchgeführt. Bei der Visite am 08.02.2022 wurde eine Versorgung mit Mirfulan ärztlich angeordnet. Am 17.02.2022 wurde ein 2 cm großer Riss im Sakralbereich festgestellt, welcher ohne Vorliegen einer ärztlichen Anordnung mit Mepilex Border versorgt wurde. Eine Wundmanagerin wurde am 21.02.2022 hinzugezogen und am 22.02.2022 erfolgte eine erneute Visite durch den behandelnden Hausarzt, welcher einen Dekubitus diagnostizierte und eine ärztliche Anordnung zur Wundversorgung erließ. Am 08.03.2022 erfolgte wieder eine Visite, in welcher besprochen wurde, eine Weichlagerungsmatratze und ein Antidekubitussitzkissen für den Rollstuhl zu besorgen. In der Zeit von 12.03.2022 – 21.03.2022 lagen keine Pflegeberichtseinträge vor. Auch sind in dieser Zeit keine druckentlastenden Maßnahmen dokumentiert. Bei der Visite

durch den Hausarzt am 22.03.2022 wurde eine Verschlechterung der Wunde festgestellt und der Gewebeuntergang abgetragen. Zwei Tage später am 24.03.2022 wurde eine weitere nicht näher beschriebene Hautschädigung im Lumbalbereich festgestellt, die ohne Rücksprache mit dem Arzt, mit Mepilex versorgt wurde.

V.1.2 Körperliche Schäden, wie z.B. Wunden sowie im Vorfeld entstandene Rötungen, die durch Druckeinwirkung zustande kommen, sind größtmöglich zu vermeiden, da diese Hautschäden für den jeweils Betroffenen immer eine erhebliche Beeinträchtigung und Gefährdung des Allgemeinzustandes bedeuten. Wunden führen, u.a. durch Schmerz und mögliche Einschränkung der Mobilität zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen. Ein Dekubitalgeschwür ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, das überwiegend durch eine Minderdurchblutung der Haut bei fehlender Druckentlastung unter Berücksichtigung der individuellen Druckverweildauer entsteht. Pflege nach allgemein anerkanntem Stand geht davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Darauf aufbauend sind den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste Maßnahmen nach allgemein anerkanntem Stand fachlicher Erkenntnisse zu entwickeln und Aufzeichnungen, wie z.B. individuelle Bewegungspläne, zu führen. Neben der Evaluation der Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen in von der Entwicklung des Hautzustandes abhängigen individuellen Rhythmen sind Abweichungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen mit entsprechender bewohnerorientierter Begründung zu dokumentieren. Bei der Bewohnerin wurden keine ausreichenden fachlich geeigneten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und im Umgang mit dem Dekubitalulcus geplant und durchgeführt. Eine konsequente Druckentlastung bzw. Freilagerung der gefährdeten Stellen war nicht gegeben. Obwohl ein Dekubitusrisiko erkannt wurde und eine Hautschädigung vorlag, wurden konkrete druckentlastende Maßnahmen erst am 30.03.2022 mittels eines Bewegungsplanes geplant. Ein Bewegungsprotokoll wurde bis zum Tag der Prüfung nicht geführt, so dass nicht nachvollziehbar war, ob und welche Art der Druckentlastung erfolgte. Bis 12.03.2022 sind vereinzelt druckentlastende Maßnahmen im Pflegebericht dokumentiert; in der Zeit von 12.03. bis 21.03.2022 sind keine druckentlastenden Maßnahmen dokumentiert. Die seit 22.02.2022 geführte Wunddokumentation war nicht aussagekräftig und spiegelte nicht den aktuellen Wundzustand wider. Eine Wundversorgung erfolgte zum Teil ohne ärztliche Anordnung, zum Teil erfolgten die ärztlich angeordneten Verbandwechsel nicht entsprechend dieser. Trotz der Verschlechterung der Wundsituation und einer weiteren Hautschädigung erfolgte keine Anpassung der Maßnahmen. Durch unzureichende Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe hat die Bewohnerin einen Schaden erlitten und war durch nicht ausreichende Maßnahmen im Umgang mit der Wunde von einer weiteren Verschlechterung ihrer Wunde bedroht. Dies stellt einen erheblichen Mangel im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PflWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erheblichen Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Für diesen festgestellten erheblichen Mangel wurde eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG erlassen.

V.1.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte im Bereich der Dekubitusprophylaxe zu sensibilisieren. Es wird angeraten, die Pflegekräfte bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos anzuleiten und fachlich angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zur Vermeidung von Hautschädigungen zu planen und konsequent umzusetzen. Weiter wird eindringlich empfohlen, ärztliche Visiten zu begleiten und die Inhalte/Absprachen/Anordnungen dieser nach-

vollziehbar aufzuzeichnen. Ärztliche Anordnungen sind korrekt durchzuführen und die Umsetzung nachvollziehbar und lückenlos zu dokumentieren.

V.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.2.1.1 Sachverhalt: Eine Bewohnerin hat in der Zeit von 25.10.2021 bis 14.02.2022 7,7 kg an Gewicht verloren (aktuelles Gewicht 40,2). Dies entspricht einem Gewichtsverlust von 16 %. Die Pflegedokumentation im Bereich Ernährung entsprach nicht dem aktuellen Zustand der Bewohnerin. Am 27.02.2022 erfolgte eine Fallbesprechung zum Thema Ernährung, bei welcher eine stabile Gewichtssituation (welche im Widerspruch zum am 14.02.2022 dokumentierten Gewichtsverlust steht) festgestellt wurde. Laut der Fallbesprechung wurde ein Ernährungsprotokoll wegen der Gewichtsabnahme geführt. Dabei wurde festgestellt, dass die Bewohnerin regelmäßig, aber wenig essen würde; die Ernährungsmenge wurde als instabil bezeichnet. Im Rahmen der Fallbesprechung wurde geplant, das Ernährungsprotokoll abzusetzen und der Bewohnerin das Essen wie bisher anzubieten. Ernährungsprotokolle konnten jedoch erst ab 14.03.2022 vorgelegt werden; diese waren sehr lückenhaft. In der Zeit von 21.03.2022 - 28.03.2022 lagen keine Aussagen des Spätdienstes zum Essverhalten vor. Am 29.03.2022 und 30.03.2022 erfolgte überhaupt keine Dokumentation der aufgenommenen Nahrung. Die Gabe von Zwischen- und Spätmahlzeiten und des ärztlich angeordneten Fresubins war nur teilweise nachvollziehbar. Eine erneute Gewichtskontrolle bis zum Prüfungstag erfolgte nicht. Bei der Hausarztvisite am 08.03.2022 wurde besprochen, der Bewohnerin weiter Fresubin zu reichen und der Sohn wurde informiert. Am 30.03.2022 erfolgte durch die Einrichtungsleitung mit einer Pflegekraft eine Fallbesprechung bzgl. des Gewichtsverlustes. In dieser wurde beschrieben, dass die Bewohnerin Schluckbeschwerden und Schmerzen beim Essen habe. Der Hausarzt wurde informiert. Es wurde ein Ernährungsplan erstellt und geplant, der Bewohnerin passierte Kost anzubieten, die Bewohnerin wöchentlich nach AVO zu wiegen und ein Ernährungsprotokoll zu führen. Eine Einweisung ins Krankenhaus durch den Hausarzt lehnte der Sohn ab.

V.2.1.2 Sachverhalt: Zwei Bewohner*innen haben innerhalb von dreieinhalb Monaten 7,8 kg (13,22 % des Körpergewichts) und 8,1 kg (15 % des Körpergewichts) an Gewicht verloren. Laut Dokumentation würden die Bewohner*innen selbständig essen. Die Pflegedokumentation im Bereich Ernährung entsprach nicht dem aktuellen Zustand der Bewohner*innen. Auf die im Februar 2022 dokumentierten Gewichtsverluste wurde nicht reagiert. Weder in der Pflegedokumentation noch im Fachgespräch war erkennbar, dass die Gewichtsverluste hinterfragt wurde bzw. Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes geplant und umgesetzt wurden. Ein Ernährungsprotokoll, nach der Feststellung des Gewichtsverlustes, zur Einschätzung des Essverhaltens wurde nicht geführt. Auch waren keine zusätzlichen Nahrungsangebote nachvollziehbar. Erneute Gewichtskontrollen bis zum Prüfungstag erfolgten nicht. Bei einem Bewohner, der bei der letzten Prüfung bereits einen leichten Gewichtsverlust hatte, erfolgte damals eine Beratung zum Umgang mit Gewichtsverlusten. Diese wurde jedoch nicht umgesetzt.

V.2.1.3 Sachverhalt: Eine Bewohnerin hatte im Zeitraum von 02.11.2021 - 14.02.2022 einen Gewichtsverlust von 7,3 kg (11,4 % des Körpergewichts). Bei der Bewohnerin wurde ein Risiko im Bereich Ernährung festgestellt und die Gabe von Zwischen- und Spätmahlzeiten geplant. Ein Ernährungsprotokoll nach der Feststellung des Gewichtsverlustes zur Einschätzung des Essverhaltens wurde nicht geführt. Ob der Bewohnerin wie geplant Zwischen- und Spätmahlzeiten angebo-

ten wurden, war nicht nachvollziehbar. Eine erneute Gewichtskontrolle bis zum Prüfungstag erfolgte nicht. Auch war keine Anpassung der pflegerischen Maßnahmen nachvollziehbar.

V.2.2 Jeder*jedem Bewohner*in einer stationären Einrichtung ist eine bedarfsdeckende und bedürfnisorientierte, an den jeweiligen Ernährungszustand angepasste Ernährung anzubieten. Als pflegerische Basis zur Hinterfragung des Ernährungszustandes ist neben der täglichen Beobachtung des Essverhaltens auch die fachlich korrekte Ermittlung des Gewichtsverlaufs erforderlich. Bei festgestellten Gewichtsverlusten bzw. sichtbaren Ernährungsproblemen kann so das Angebot in Menge und Akzeptanz individuell hinterfragt und den Bedürfnissen angepasst werden. Bei einer Bewohnerin wurde der Gewichtsverlust laut Dokumentation erkannt und laut Pflegebericht wurde am 27.02.2022 eine Fallbesprechung durchgeführt. Eine Anpassung der Maßnahmen auf den Gewichtsverlust erfolgte jedoch nicht. Pflegerische Maßnahmen wie z.B. das Angebot von Zwischenmahlzeiten oder hochkalorischer Nahrung zur Vermeidung einer weiteren Gewichtsabnahme wurden teilweise geplant. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen war jedoch überwiegend nicht nachvollziehbar. Ein Ernährungsprotokoll zur Einschätzung des Essverhaltens wurde erst vier Wochen nach Feststellung des Gewichtsverlustes und dann sehr lückenhaft geführt. Bei zwei Bewohner*innen wurde auf die im Februar 2022 dokumentierten Gewichtsverluste nicht reagiert. Weder in der Pflegedokumentation noch im Fachgespräch war erkennbar, dass die Gewichtsverluste hinterfragt bzw. Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes geplant und umgesetzt wurden. Ein Ernährungsprotokoll, nach der Feststellung des Gewichtsverlustes, zur Einschätzung des Essverhaltens wurde nicht geführt. Auch waren keine zusätzlichen Nahrungsangebote nachvollziehbar. Der fachlich unzureichende Umgang mit den Gewichtsverlusten ist als erheblicher Mangel gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PflWoqG zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, die festgestellten erheblichen Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Für diese festgestellten erheblichen Mängel wurde eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG erlassen.

V.2.3 Um eine Pflege nach allgemein anerkanntem Stand zu gewährleisten, wird der Einrichtung eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte im Erkennen von Gewichtsverlusten zu sensibilisieren und zu schulen. Ungewollte Gewichtsverluste sind fachlich zu hinterfragen und Maßnahmen müssen umgehend eingeleitet werden. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen ist nachvollziehbar und lückenlos zu dokumentieren. Besonders bei gefährdeten Pflegebedürftigen werden zusätzliche Nahrungsangebote empfohlen.

(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.)

Der Trägerin wurde mit Schreiben vom 25.04.2022 Gelegenheit gegeben, sich zu dem festgestellten Mangel gem. Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG zu äußern. Hiervon machte die Trägerin mit Schreiben vom 18.05.2022 Gebrauch. Im Schreiben wurden jedoch keine Tatsachen vorgebracht, die zu einer anderen Entscheidung hätten führen können.

Die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes wurden beachtet.

Hinweise:

Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Prüfbericht auf freiwilliger Basis veröffentlicht werden kann. Falls Sie sich für eine freiwillige Veröffentlichung auf der Serviceplattform der FQA entschieden haben, haben Sie die Möglichkeit uns innerhalb eines Monats nach Zustellung des Prüfberichtes eine Gegendarstellung in elektronischer Form zu übermitteln. Die Gegendarstellung würde dann zeitgleich mit dem Prüfbericht auf der hierfür vorgesehenen Website zur Verfügung gestellt.

Die Gegendarstellung darf aus datenschutzrechtlichen Gründen keine personenbezogenen Daten enthalten.

Im Abschlussgespräch wurde darauf hingewiesen, dass die FQA für Fragen und Beratung gerne zur Verfügung steht.

Die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern, das Referat für Gesundheit und Umwelt, das Sozialreferat und der MDK haben einen Abdruck dieses Schreibens zur Kenntnisnahme erhalten.

Die Kostenfestsetzung erhalten Sie in einem gesonderten Schreiben.

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 einzulegen bei der Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat. Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Schriftlich an oder zur Niederschrift bei

- Landeshauptstadt München,
Kreisverwaltungsreferat, HA I/24
FQA (Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen
-Qualitätsentwicklung und Aufsicht-) / Heimaufsicht
Ruppertstraße 19, 80446 München

a) Elektronisch, und zwar

- per De-Mail an poststelle@muenchen.de-mail.de oder
- durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments mit qualifizierter elektronischer Signatur an poststelle@muenchen.de

Hinweis: Die Einlegung eines Widerspruchs per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen!

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht München zu erheben.
Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- a) **Schriftlich** an oder zur **Niederschrift** bei
Bayerisches Verwaltungsgericht München
Postanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München
Hausanschrift: Bayerstraße 30, 80335 München
- b) **Elektronisch** nach Maßgabe der Bedingungen, die der Internetpräsenz der
Verwaltungsgerichtsbarkeit www.vgh.bayern.de zu entnehmen sind

Hinweis: Die Klageerhebung per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen!

Mit freundlichen Grüßen

Cakmak