

**OVG NRW: Zu den materiell-rechtlichen Tatbestandsvoraussetzungen für die streitige Anordnung, die Verpflegung, Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen/Bewohner einzustellen und damit den Betrieb des Heimes aufzugeben**

**OVG NRW, Beschl. v. 17.02.11 (Az. 12 A 241/10)**

*Hinweis (L. Barth, 15.06.11):*

*Ungewöhnlich umfangreiche Entscheidung, u.a. mit aufschlussreichen Hinweisen zur **Verbindlichkeit von Expertenstandards** und zur Frage einer **ordnungsgemäßen Dokumentation**.*

*Die Entscheidung überzeugt sowohl vom Ergebnis als auch von der Begründung her.*

(...)

Der Antrag auf Zulassung der Berufung wird abgelehnt. Der Kläger trägt die Kosten des Zulassungsverfahrens.

(...)

**Aus den Entscheidungsgründen:**

Aufgrund des Wegfalls des § 5 Abs. 2 AGVwGO, vgl. Art. 2 Nr. 28 des Gesetzes zur Modernisierung und Bereinigung von Justizgesetzen im Land Nordrhein-Westfalen vom 26. Januar 2010, ist zum 1. Januar 2011 kraft Gesetzes ein Beklagtenwechsel eingetreten. Das Rubrum wurde entsprechend des nunmehr geltenden sog. Rechtsträgerprinzips des § 78 Abs. 1 Nr. 1 VwGO von Amts wegen geändert.

Der Antrag auf Zulassung der Berufung ist unbegründet. Das Zulassungsvorbringen führt nicht zu ernstlichen Zweifeln i.S.v. § 124 Abs. 2 Nr. 1 VwGO.

Es vermag die Auffassung des Verwaltungsgerichts nicht in Frage zu stellen, die gegenüber dem Kläger als Betreiber des Alten- und Pflegeheims Haus S., S. 43, I. -V., ergangene Ordnungsverfügung des Beklagten vom 24. August 2008 sei in Bezug auf die noch streitige Untersagung, neue Bewohnerinnen/Bewohner zur Dauer- und Kurzzeitpflege aufzunehmen (Nr. 1 der Ordnungsverfügung), die Verpflichtung, die Verpflegung, Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen/Bewohner einzustellen und damit den Betrieb des Heimes aufzugeben (Nr. 2 der Ordnungsverfügung) und die Verlegung der Bewohnerinnen / Bewohner in geeignete Alten- und Pflegeeinrichtungen mit deren

Zustimmung bzw. Zustimmung der jeweiligen Betreuer zu dulden (Nr. 3 der Ordnungsverfügung), rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Ordnungsverfügung beruht auf der seinerzeit geltenden Ermächtigungsgrundlage des § 19 Abs. 1 des Heimgesetzes (HeimG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 5. November 2001, BGBl I S. 2970.

Die formellen Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen sind erfüllt.

Selbst wenn man zu Gunsten des Klägers davon ausgeht, dass es an einer ordnungsgemäßen Anhörung vor Erlass der angefochtenen Verfügung fehlte und sie auch später nicht nachgeholt worden ist, bleibt der darin liegende Verfahrensfehler dennoch folgenlos.

Nach § 46 VwVfG NRW kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Letzteres ist hier der Fall.

Bei der Untersagung des Betriebes eines Heims gemäß § 19 Abs. 1 HeimG handelt es sich um eine gebundene, also nicht im Ermessen der Behörde stehende Entscheidung ("Der Betrieb eines Heims ist zu untersagen, wenn ...").

Eine unterbliebene Anhörung kann die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst haben, weil hier letztlich die Gerichte über das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen zu befinden haben.

Die materiell-rechtlichen Tatbestandsvoraussetzungen für die streitige Anordnung, die Verpflegung, Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen/Bewohner einzustellen und damit den Betrieb des Heimes aufzugeben (Nr. 2 der Ordnungsverfügung), sind ebenfalls erfüllt.

Nach der seinerzeit geltenden Ermächtigungsgrundlage des § 19 Abs. 1 HeimG ist der Betrieb eines Heims zu untersagen, wenn die Anforderungen des § 11 HeimG nicht erfüllt

sind und Anordnungen nicht ausreichen. Die Rechtmäßigkeit einer Betriebsuntersagung nach § 19 Abs. 1 HeimG als gebundene Entscheidung ist regelmäßig nicht davon abhängig, dass sämtliche Umstände, auf die die Behörde die Untersagung gestützt hat, im nachfolgenden gerichtlichen Verfahren bestätigt werden. Lässt sich etwa nur ein Teil der geltend gemachten Umstände feststellen, ist jedoch aufgrund der so festgestellten Umstände vom Vorliegend der Tatbestandsvoraussetzungen des § 19 Abs. 1 HeimG (Nichterfüllung der Anforderungen des § 11 HeimG, Anordnungen nach § 17 HeimG reichen nicht aus) auszugehen, hat die angegriffene Betriebsuntersagung im gerichtlichen Verfahren gleichwohl Bestand.

Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Betriebsuntersagung ist der Erlass der letzten Behördenentscheidung.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage grundsätzlich bei Anfechtungsklagen der Zeitpunkt der (letzten) Behördenentscheidung, maßgebend. Dieser Grundsatz ist zwar nicht zwingend.

Das materielle Recht kann Abweichendes regeln.<sup>1</sup>

Eine von diesem Grundsatz abweichende Regelung lässt sich jedoch dem HeimG nicht entnehmen, auch wenn die Betriebsuntersagung nach § 19 Abs. 1 HeimG ihrer Natur sich nicht in einem einmaligen Verbot erschöpft, sondern den Betrieb eines Heims zwar nicht abstrakt, aber in der der Untersagung zugrundeliegenden konkreten, räumlich-sächlichen, personellen, organisatorischen und rechtlichen Ausgestaltung regelmäßig dauerhaft für die Zukunft verbietet und (lediglich) insoweit als Dauerverwaltungsakt zu qualifizieren sein mag. Die hieraus ersichtliche materiell-rechtliche Ausrichtung der Betriebsuntersagung auf die konkreten Verhältnisse in dem jeweiligen Heim im Zeitpunkt ihres Erlasses schließt es aus, nachträgliche Veränderungen im Rahmen der Prüfung der Rechtmäßigkeit der Betriebsuntersagung zu berücksichtigen.

<sup>1</sup> vgl. z.B. BVerwG, Urteil vom 17. Dezember 1976 - 7 C 69.74 - BVerwGE 52, 1 ff., Urteil vom 9. Juli 1982 - 7 C 54.79 - DVBl. 1982, 960, juris, Urteil vom 18. Mai 1982 - 7 C 42 BVerwGE 65, 313, juris Urteil vom 21. März 1986 - 7 C 71.83 - BVerwGE 74, 115, juris und U vom 20. Juli 1989 - 7 C 39.87 -, BVerwGE 82, 260, juris

Hierfür besteht auch kein Bedarf. Ist der Betreiber der Auffassung, die Untersagung sei rechtswidrig erfolgt, kann dies im Anfechtungsprozess bezogen auf den Zeitpunkt des Erlasses der Betriebsuntersagung festgestellt werden. Sollen hingegen die zur Betriebsuntersagung führenden Mängel ganz oder zum überwiegenden Teil abgestellt werden und soll nunmehr nach der Betriebsuntersagung ein Heimbetrieb unter – mit Blick auf die Versagungsgründe wesentlich – geänderten Bedingungen geführt werden, verweist das HeimG den Betreiber auf die Anzeige nach § 12 HeimG, die ein erneutes heimrechtliches Prüfungsverfahren eröffnet. Dieser materiell-rechtlichen Zweiteilung zwischen dem Untersagungsverfahren einerseits und dem an die Anzeige anknüpfenden Prüfungsverfahren andererseits würde es im Übrigen widersprechen, die Prüfung geänderter Umstände bereits im Untersagungsverfahren zu berücksichtigen. Der sich nach einer Betriebsuntersagung ändernden Entwicklung der Sach- und Rechtslage kommt unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit allenfalls insoweit Bedeutung zu, als ein Festhalten an der Betriebsuntersagung dann als unbillig erscheint, wenn aufgrund nachträglich geänderter Umstände die die Betriebsuntersagung tragenden Gründe offensichtlich weggefallen oder soweit relativiert worden sind, dass nunmehr Anordnungen i.S.d. § 17 HeimG offensichtlich ausreichen. Etwaige Zäsuren, die sich in Bezug auf die Berücksichtigung nachträglicher Umstände aus dem Prozessrecht ergeben (vgl. etwa § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO), beanspruchen auch in diesem Rahmen Geltung. Danach ist im vorliegenden Fall in Ermangelung eines Widerspruchsbescheides die Sach- und Rechtslage im August 2008 einschlägig, dem Monat, in dem die angefochtene Betriebsuntersagung erlassen worden ist.

Dass es sich bei der hier in Rede stehenden Einrichtung um ein Heim i.S.d. §§ 1, 19 Abs. 1 HeimG handelt, ist unstrittig.

**Das Verwaltungsgericht ist auch zu Recht davon ausgegangen, dass im maßgeblichen Zeitpunkt die Anforderung des § 11 Abs. 1 Nr. 7 HeimG nicht eingehalten wurde.**

Hiernach darf ein Heim nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und

deren Umsetzung aufgezeichnet werden. Hiermit korrespondiert die Verpflichtung des Heimträgers nach § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 HeimG zu einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung, aus der u.a. die Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner ersichtlich sein müssen.

**Pflegeplanungen sind gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG an dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse auszurichten, der dem Pflegestandard des SGB XI entspricht.<sup>2</sup>**

**Hierzu gehören** – ungeachtet ihrer Eignung zur Bestimmung von (ärztlichen) Behandlungsfehlern im Einzelfall<sup>3</sup>, die bereits auf der Grundlage des - zum 30. Juni 2008 außer Kraft getretenen – § 80 SGB XI a.F. verbindlich eingeführten **"Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996"**<sup>4</sup> und die diese Grundsätze ergänzenden, unmittelbar oder mittelbar mit Außenwirkung versehenen Standards,

- wie die am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen **"Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)"** vom 10. November 2005
- einschl. Anlage 2 **"Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege"**- 10. November 2005 –
- und der **"MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege"** - 10.

November 2005 -, zwischenzeitlich abgelöst von den **"Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 S XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)** vom 11. Juni 2009, in der Fassung vom 30. Juni 2009 nebst Anlage 2 zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom Juni 2009 (Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung - Struktur- und Prozessqualität und der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege vom 27. August 2009, beschlossen durch den MDS-Vorstand am 20. Oktober 2009,

- der in **Nordrhein-Westfalen bereits seit Oktober 1999 geltende und in den individuellen Heimverträgen regelmäßig in Bezug genommene, mithin verpflichtende Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege vom 1. Oktober 1999,**
- sowie die vom **Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards**, insbesondere die im Zeitpunkt des Erlasses der Ordnungsverfügung bereits bestehenden Standards: **"Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Februar 2004)"**, derzeit in der Aktualisierung, **"Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung- Implementierung (Mai 2005)"**, **"Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung- Implementierung (Feb-**

<sup>2</sup> Vgl. BT-Drucks. 14/5399, S.26

<sup>3</sup> vgl. insoweit BGH, Beschluss vom 28. März 2008 – VI ZR 57/07 –, PflR 2008, 443, juris

<sup>4</sup> vgl. die Bekanntmachung vom 21. Oktober 1996 in: BAAnz 1996, Nr. 213, S. 12 041

ruar 2006)", "**Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz** in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung (April 2007)",

- vgl. als **weitere Standards**: "Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung (Juni 2009)" und "Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung (Mai 2010)",

die den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse i.S.d. § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG widerspiegeln.<sup>5</sup>

**Die diesbezüglichen Einwände des Klägers greifen nicht durch.**

Die auf S. 57, 2. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags aufgestellte Behauptung, die nationalen Expertenstandards seien von "keiner der Gutachterinnen im Rahmen der Überprüfungen der Pflegebedürftigen auch nur erwähnt worden", stimmt in dieser Allgemeinheit nicht. So hat sich die Sachverständige C. in ihrem Gutachten vom 23. April 2008 ausdrücklich auf den Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI, insbesondere auf die die Dokumentationspflicht regelnde Bestimmung des § 16 des Rahmenvertrags, bezogen und die sich hieraus ergebenden Dokumentationsanforderungen im Einzelnen aufgeführt.

**Abgesehen davon nimmt ein fehlender Bezug den genannten Standards nicht den Charakter, Teil des Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse i.S.d. § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG zu sein.** Dass die Gutachterin C1. oder die Gutachterin F. von anderen als den einschlägigen Standards ausgegangen sind, ist weder dargelegt, noch sonst – etwa aus den Gutachten selbst – ersichtlich.

<sup>5</sup> Vgl. zur Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze in der Pflege etwa LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 5. Oktober 2010 – L 4 P 12/10 B ER –, juris

Der Hinweis auf **§ 113a SGB XI** verkennt, dass die genannte Norm und das in Abs. 1 gerade mit Blick auf Expertenstandards geregelte formalisierte Verfahren bereits bestehende Standards, die allgemeine Anerkennung gefunden haben, unberührt lässt; die nach § 113a Abs. 1 SGB XI entwickelten und nach § 113a Abs. 3 SGB XI veröffentlichten Standards treten lediglich neben die übrigen allgemein anerkannten Standards.<sup>6</sup>

**Die pauschalen Ausführungen, Expertenstandards seien "Feststellung dessen, was eine Reihe von Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler, zusammengefasst in DNQP, für aktuell wünschenswert in der Pflege" halte, sind nicht geeignet, die vom Verwaltungsgericht angenommene allgemeine Anerkennung dieser Standards als Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse i.S.d. § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG in einer den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO erforderlichen Weise substantiiert zu entkräften, zumal die breit angelegte Entwicklung und Implementierung der Expertenstandards der Qualifizierung dieser Standards als Wunschvorstellung einer "Reihe von Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern" deutlich entgegenstehen.<sup>7</sup>**

Dass möglicherweise gegenüber diesen in der täglichen Pflegepraxis verankerten Expertenstandards von einzelnen Pflegefachkräften über schlichtes Fehlverhalten hinaus – ggf. auch nur zu einzelnen Aspekten – abweichende Auffassungen vertreten werden, lässt die allgemeine Anerkennung dieser Standards als Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse i.S.d. § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG nicht entfallen.

Die **Pflicht zur Dokumentation** der Umsetzung der Pflegeplanung soll entsprechend dem in § 2 Abs. 1 Nr. 1 HeimG niedergelegten Zweck des Gesetzes – die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen – vorrangig die gesundheitliche Betreuung der Bewohner sichern und beinhaltet unverzichtbare Anforder-

<sup>6</sup> Vgl. etwa Udsching, SGB XI, Kommentar, 3. Aufl. 2009, § 113a Rn. 3

<sup>7</sup> Vgl. zum methodischen Vorgehen des DNQP: Fachhochschule P., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, März 2007

rungen an ein entsprechendes Pflegemanagement.<sup>8</sup>

**Die Pflegedokumentation geht in ihrer Bedeutung weit über eine bloße Gedächtnisstütze der jeweils tätigen Pflegekraft hinaus.** Soweit im vorliegenden Kontext relevant, ermöglicht sie mit der Darstellung der Pflegeplanung und des Verlaufs der Pflegesituation sowie pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Evaluation eine auf dem Stand aktueller pflegerischer und medizinischer Erkenntnisse erfolgende und den Bedürfnissen des Heimbewohners adäquate, strukturierte, zielführende und effektive Pflege, dient sie unter materiellen Gesichtspunkten der internen Überprüfbarkeit, Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung sowie dem effizienten, wirtschaftlichen Einsatz der zur Verfügung stehenden sächlichen und personellen Ressourcen und damit der Aufrechterhaltung eines u.a. an den heimrechtlichen Anforderungen ausgerichteten Pflegebetriebs, stellt sie unter organisatorischen Aspekten als umfassendes, transparentes Informationsmedium gerade auch in komplexen Pflegesituationen die Informationssicherung und den verlustfreien strukturierten Informationsfluss und –austausch zwischen den (Schicht-)Mitarbeitern im Pflegeheim und außenstehenden Dritten, etwa Ärzten oder anderen Pflegekräften bei der Pflegeüberleitung, sicher, um die notwendige Koordination und Kontinuität der Pflegeplanung und der einzelnen Pflegemaßnahmen zu gewährleisten, liefert sie – neben der Grundlage für die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern auch – die Grundlage für die zutreffende Einstufung der Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner und für die darauf beruhende Leistungsgewährung der Kranken-/Pflegekasse und bewirkt sie, dass der pflegebedürftige Heimbewohner sein aus dem Pflege- / Heimvertrag abgeleitetes Informationsrecht über den Pflege- / Behandlungsablauf effektiv – ggf. über Betreuer – wahrnehmen und damit sein Selbstbestimmungsrecht (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 HeimG) nachhaltig ausüben kann.

Durch eine ordnungsgemäße Pflegedokumentation wird dem Verlust von pflegerelevanten Informationen, einer diskontinuierlichen Leistungserbringung und dem Verkennen potentieller Risiken, der Entstehung von Pflegefehlern

und von Sekundärerkrankungen, einer passivierenden Pflege und der Aushöhlung des Informations- und Selbstbestimmungsrechtes der Heimbewohner entgegengewirkt. Dem vom Gesetz mit der Dokumentationspflicht folglich bezweckten vorbeugenden Gesundheitsschutz für die Heimbewohner, der – der Natur der Vorbeugung entsprechend – schon bei Nichterfüllung der diesbezüglichen Anforderungen (§§ 11 Nr. 7, 13 Abs. 1 Nr. 6 HeimG) unabhängig von tatsächlich eingetretenen Pflegemängeln eine Betriebsuntersagung nach § 19 Abs. 1 HeimG rechtfertigt, liegt dabei offensichtlich die auch in anderen Bereichen gültige Annahme zu Grunde, dass eine Pflicht zur Dokumentation dazu führt, dass sich der Handelnde in besonderem Maße der Richtigkeit seines Handelns vergewissert; **die Sicherung einer qualifizierten gesundheitlichen Betreuung aller Bewohner eines Heims ist ohne Pflicht zur Planung und Aufzeichnung auch kaum denkbar.**<sup>9</sup>

Der mit einer ordnungsgemäßen Pflegeplanung und –dokumentation verbundene (Personal-)Aufwand ist, wie sich aus § 11 Abs. Nr. 7 HeimG ergibt, Voraussetzung für den Betrieb eines Heims und damit Bringschuld des Betreibers. Es steht nicht in der Befugnis der Heimaufsicht, den heimrechtlichen Standard der Pflegeplanung und –dokumentation dem finanziellen Handlungsspielraum des jeweiligen Betreibers anzupassen. Sollte der heimrechtliche Standard der Pflegeplanung und –dokumentation aufgrund der damit verbundenen Kosten einem wirtschaftlichen Betrieb eines Heims entgegenstehen, ist durch den Gesetzgeber, nicht aber durch die Gerichte eine Lösung herbeizuführen.

Dem auch hier einschlägigen verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ist in § 19 Abs. 1 HeimG dadurch Rechnung getragen, dass eine Betriebsuntersagung aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht schon dann in Betracht kommt, wenn lediglich vereinzelte Fehler festzustellen sind, die ersichtlich auf einem punktuellen, individuellen Fehlverhalten beruhen. Anders liegt der Fall jedoch, wenn bei einer signifikant hohen Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern des konkreten Heims durchgehend Defizite (wenn

<sup>8</sup> Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 27. Mai 2009 – 12 A 2944/06 –, juris; Beschluss vom 6. April 2004 – 4 B 2458/03 –

<sup>9</sup> Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 27. Mai 2009 – 12 A 2944/06 –, a.a.O.; VGH Bad.-Württ., Beschluss vom 8. Juni 2004 – 6 S 22/04 –, GewArch 2004, 423, juris

auch unterschiedlicher Art) in der jeweiligen Pflegedokumentation auftreten (wobei diese Defizite schon in unterlassenen oder falschen/widersprüchlichen Eintragungen bestehen können, ohne dass der massive Grad einer vollständig oder in Teilbereichen gänzlich fehlenden Dokumentation erreicht werden muss), da in diesem Fall von nachhaltigen, strukturellen Mängeln im Bereich Organisation und/oder Personal auszugehen ist, die regelmäßig die Gefahr einer Beeinträchtigung der materiellen, gewichtigen Belange der Heimbewohner indizieren. Reichen in einem solchen Fall Anordnungen nach § 17 HeimG nicht aus, die festgestellten strukturellen Mängel zeitnah zu beheben, ist die Untersagung des Betriebs nach § 19 Abs. 1 HeimG zwingend auszusprechen. Wann der Schwellenwert der signifikant hohen Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern erreicht wird, lässt sich nicht pauschal festlegen.

Mit Blick auf die **präventive Gefahrenabwehrfunktion der Dokumentationspflicht** kommt auch hier – wie in den sonstigen Bereichen der Gefahrenabwehr – dem Gesichtspunkt entscheidende Bedeutung zu, dass sich der Grad der dem Gefahrenbegriff immanenten Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts an dem Schutzgut orientiert. Je größer und folgenreicher der möglicherweise eintretende Schaden ist, um so geringer sind die Anforderungen, die an die Wahrscheinlichkeit gestellt werden können. Wo es um den Schutz besonders hochwertiger Schutzgüter geht, kann deshalb auch schon eine entfernte Möglichkeit eines Schadens die begründete Befürchtung seines Eintritts auslösen.<sup>10</sup>

Unter Berücksichtigung der hochrangigen Rechtsgüter (Würde, Leib, Leben, Selbstbestimmung) der in vieler Hinsicht auf Hilfe angewiesenen Heimbewohner, die durch das HeimG wirksam zu schützen sind, darf daher der Schwellenwert nicht zu hoch angesetzt werden. Nach Auffassung des Senats ist bei einer von der zulässigen Gesamtzahl der Heimbewohner ausgehenden Quote von einem Drittel – wie hier – der Schwellenwert jedoch in der Regel schon überschritten. Die inhaltlichen Anforderungen an eine Pflegedokumentation sind, wie oben dargelegt, bereits

seit längerem in hinreichend bestimmter Weise festgelegt. Eine den gesetzlichen Anforderungen gerecht werdende Pflegeplanung liegt danach vor, wenn über die Erfassung der jeweils erforderlichen Stammdaten (wie etwa Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegeklasse / Pflegestufe nach SGB XI, Versicherungsnummer/Versichertendaten, Kostenübernahmeregelungen, Datum des Einzugs/Umzugs im Haus, pflegebegründende Diagnosen, ggf. bestehende Allergien, Kostform, medizinisch-therapeutische Versorgungssituation, Angehörige/Bezugsperson, Betreuer, behandelnder Arzt, etc. – vgl. insoweit auch § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 HeimG) hinaus für jeden einzelnen pflegebedürftigen Heimbewohner eine konkrete, auf die vorhandenen individuellen Ressourcen abgestimmte und die Selbstverantwortlichkeit der Heimbewohner wahrende/aktivierende (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 HeimG) Pflegeplanung i.S. einer dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (§ 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG) entsprechenden Ziel- und (engmaschigen) Maßnahmeplanung bis hin zur Bestimmung der einzusetzenden Pflegehilfsmittel erstellt ist, diese Pflegeplanung umgesetzt und entsprechend den erzielten Pflegeergebnissen fortgeschrieben wird.<sup>11</sup>

Eine **hinreichende Dokumentation der Pflege und ihrer Umsetzung / Evaluation** setzt in der Regel voraus, dass die wesentlichen Schritte des Pflegeverfahrens (Pflegeprozess als Pflegeregelkreis) – wie die Erhebung der Stammdaten auf einem Stamblatt, die Pflegeanamnese / Informationssammlung (einschl. der Bedürfnisse, Möglichkeiten und Fähigkeiten der Heimbewohner, sowie etwa die Ermittlung des Dekubitusrisikos und des Sturzrisikos), die Pflegeplanung (Pflegeziel/e, Pflegemaßnahmen: z.B. Bewegungs- bzw. Lagerungsplan, Trink-/Bilanzierungsplan, Ernährungsplan, verordnete medizinische Behandlungspflege, Medikamentengabe), die einzelnen durchgeführten Pflegeleistungen einschließlich des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln (Leistungsnachweise), der tatsächliche Verlauf der Pflege (einschl. des Gewichtsverlaufs; auch Pflegeprobleme, Bewegungs-/Lagerungsprotokoll, Trinkprotokoll, Ernährungsprotokoll, Vitalwerteprotokoll, Wunddokumentation, Nachweis von durchgeführten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen – z.B. Fixierung), das Verhalten der gepflegten

<sup>10</sup> Vgl. Drews/Wacke/Vogel/Martens, Gefahrenabwehr, 9. Aufl. 1986, S. 223 f., m.w.N.; OVG NRW, Beschluss vom 27. Februar 2007 – 12 B 72/07 –, m.w.N.

<sup>11</sup> Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 27. Mai 2009 – 12 A 2944/08 –, a.a.O.

Heimbewohner, die Evaluation der Pflegeergebnisse (Pflegerbericht) und die Aktualisierung der Pflege – schriftlich in geeigneter, leicht nachvollziehbarer Form dokumentiert werden.<sup>12</sup>

Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ablesbar sein. Vgl. § 16 Abs. 1 Satz 3 des Rahmenvertrages sowie MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege - 10. November 2005 -, Prüfanleitung Nr. 7; vgl. auch MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. XI in der stationären Pflege - 27. August 2009 (Entwurf) - Prüfanleitung Nr. 7. Die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen sind im notwendigen Umfang täglich in der Pflegedokumentation zu erfassen, von der Pflegekraft zu bestätigen und durch die leitende Pflegefachkraft oder eine andere verantwortliche Pflegefachkraft einmal monatlich zu prüfen (§ 16 Abs. 2 des Rahmenvertrags). Dass insoweit vor dem Erlass der streitgegenständlichen Ordnungsverfügung bei einem signifikant hohen Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern im Haus S. gravierende Dokumentationsdefizite bestanden, hat das Verwaltungsgericht auf der Grundlage der sachverständigen Feststellungen der unabhängigen Pflegesachverständigen C. (Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation von 12 Bewohnerinnen und Bewohnern) vom 16. u. 17. April 2008, der Krankenpflegefachkraft C1. (Überprüfung des Pflegezustandes

<sup>12</sup> Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 27. Mai 2009 – 12 A 2944/08 –, a.a.O.; zu den insoweit in Betracht kommenden Maßstäben: VGH Bad.-Württ., Beschluss vom 8. Juni 200 S 22/04 –, a.a.O. m.w.N., sowie den in Nordrhein-Westfalen bereits seit Oktober 1999 gelte und in den individuellen Heimverträgen regelmäßig in Bezug genommenen Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (hier: § 16 – Dokumentation der Pflege – des Rahmenvertrages) sowie MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege - 10. November 2005 -, Prüfanleitung Nr. 7; vgl. auch MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. XI in der stationären Pflege - 27. August 2009 (Entwurf) - Prüfanleitung Nr. 7; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Pflegedokumentation statio das Handbuch für die Pflegeleitung 2007; dazu, dass die geltenden Standards gleichermaßen für große wie auch für familiär geführte Heime gelten: OVG NRW, Beschluss vom 27. Mai 2009 – 12 A 2944/06 –, a.a.O.; Beschluss vom 6. April 2004 – 4 B 2458/03 –

und der Pflegedokumentation von 5 Bewohnerinnen und Bewohnern) vom 17. April 2008, der ergänzenden Stellungnahmen der Pflegesachverständigen C. vom 11. Juli 2008 und der Krankenpflegefachkraft C1. vom 1. August 2008, sowie des Sachverständigengutachtens der unabhängigen Pflegesachverständigen F. (Zeitraum April bis Mai 2008) zutreffend angenommen; die hiergegen in der Begründung des Zulassungsantrags vorgebrachten Einwände greifen nicht durch.

#### Im Einzelnen:

##### I. Bewohnerin Frau B. K. , geb. 27.08.1915,

A) Sachverständige C1. , Tag der Feststellung 17.04.2008, Vermerk vom 22.04.2008, ergänzende Stellungnahme vom 1.08.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Fortgeschrittene Demenz, stark eingenässt, kleine Druckstellen auf den Zehen beider Füße, kleine Druckstellen unter dem linken Fußballen, kalte, blauverfärbte Zehen unter der ärztlich verordneten Kompressionstherapie, Rötung am linken Oberarm in der Größe von 3 x 4 cm, Kratzspuren beidseitig im Hüftbereich, das Wechseldrucksystem der Matratze war auf ein Gewicht von 90-100 Kg eingestellt, für Frau K. wurde am 02.04.2008 ein Körpergewicht von 62,5 Kg und am 10.03.2008 ein Körpergewicht von 64,7 Kg vermerkt.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Die Problembeschreibung entsprach nicht dem derzeitigen Zustand, festgestellte Probleme wurden nicht berücksichtigt. Die Ernährungssituation wurde in der Pflegeplanung nicht berücksichtigt, ein Ernährungsprotokoll bzw. ein Ernährungsplan lag nicht vor. Das Bewegungsprotokoll war kaum zu entziffern, die Schrift sehr unleserlich. In der Problembeschreibung war vermerkt, dass die Kommunikation nicht möglich sei, obwohl eine teilweise verbale und nonverbale Kommunikation mit der Gutachterin möglich war. Der Pflegeprozess war nicht erkennbar. Gegenüber diesen – unabhängig von einer Einkleidung als Aktenvermerk – konkret aufgeführten Dokumentationsdefiziten (Einnässung, Druckstellen, Blauverfärbung, Rötung, Kratzspuren, Einstellung des Wechseldrucksystems der Matratze, Ernährungssituation) in der Pflegedokumentation (soweit aus der Dokumentation der sog. "Pflegeprozess" nicht erkennbar war, ist damit

ersichtlich der Regelkreislauf von Informationssammlung, Problem- und Ressourcenbeschreibung, Festlegung der Pflegeziele, Maßnahmenplanung, Durchführung der Maßnahme und Evaluation der Pflege gemeint) ist ein substantiiertes Vortrag auf Seite 11, 3. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags nicht erfolgt. Soweit ausgeführt wird, die Feststellungen seien "ausgesprochen karg", und inwieweit hieraus auf Dokumentationsmängel zu schließen sei, lasse "sich kaum ableiten", vermag der Senat dem angesichts der durch die Sachverständige C1. eindeutig und klar formulierten Defizite nicht zu folgen; auch ein – wie hier – schwer lesbares Bewegungsprotokoll entspricht nicht dem heimrechtlichen Standard einer leicht nachvollziehbaren Pflegedokumentation. Es ist gerade nicht Sinn einer solchen Dokumentation, ihren korrekten Inhalt erst nach längerem Schriftstudium und ggf. einer zusätzlichen – möglicherweise auch noch erinnerungsgestützten – Interpretation durch ihren beizuziehenden Verfasser zu offenbaren. Die Ausführungen des Klägers zur Bewohnerin K. von Seite 33, 4. Absatz, bis Seite 34, 4. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags, mit denen im Wesentlichen die Feststellung der Gutachterin angegriffen wird, der Ernährungsplan habe nicht vorgelegen, rechtfertigen keine andere Bewertung. Zwar wird dieser Feststellung die Behauptung entgegengestellt, die aktuellen Ernährungspläne seien "aus nahe liegenden Gründen in einem separaten Ordner in der Küche insgesamt in der Küche verwahrt worden", hieraus ergibt sich jedoch noch nicht ohne weiteres die Ordnungsgemäßheit der Pflegedokumentation im Ernährungsbereich. Zwar wird es aus Praktikabilitätsgründen tolerierbar sein, Teile der Pflegeplanung auszugliedern und separat aufzubewahren, jedoch erfordert in diesen Fällen die Anforderung der leichten Nachvollziehbarkeit einer Pflegeplanung eine eindeutige Bezugnahme auf die ausgegliederten Bestandteile und ihren jeweiligen aktuellen Standort, um sich den Inhalt ohne weiteren Verzug und ohne die Zuhilfenahme Dritter erschließen zu können.

Soweit der Kläger rügt, der Gutachterin sei der Umstand der Aufbewahrung der Ernährungspläne deshalb verborgen geblieben, weil sie "im Rahmen der Dokumentationsprüfung nicht die eigens für sie abgestellte Pflegekraft I1. zu Hilfe" genommen habe, "die sie auf diesen Umstand hätte hinweisen können", wird verkannt, dass es nicht Aufgabe der Sachver-

ständigen gewesen ist, die verstreuten Teile einer Pflegeplanung zusammenzuführen, sondern es war die Aufgabe des Klägers, der Sachverständigen zur Überprüfung der Ordnungsgemäßheit der Pflegeplanung diese Planung bezogen auf die jeweils überprüfte Heimbewohnerin von sich aus vollständig vorzulegen.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Überprüfungen am 16. und 17.04.2008 gerade auch durch zuvor festgestellte, unzureichende Pflegedokumentationen (vgl. die Feststellungen vom 7.11.2007 und die unter Beteiligung auch des Klägers erfolgte Festlegung der erneuten Überprüfung in der Besprechung vom 13.11.2007) veranlasst worden sind. Abgesehen davon widerspricht der Ernährungsplan für Frau K. ausweislich der im erstinstanzlichen Klageverfahren vorgelegten Kopie (GA, Bl. 96) der im ebenfalls in Kopie vorgelegten Datenblatt (Stammbblatt, GA, Bl. 94 f.) unter dem 7. Oktober 2006 erfassten ärztlichen Diagnose. Während im Ernährungsplan in der Rubrik "Diabetes: ja nein" die Alternative "nein" unterstrichen ist und der Ernährungsplan seinem Inhalt nach auch nicht ohne weiteres eine diabetesgerechte Kost ausweist, lautet eine der ärztlichen Diagnosen ausdrücklich auf "Diabetes mellitus" (ohne Typzuordnung). Die Ausführungen zum Ernährungsstand der Heimbewohnerin gehen an den hier in Rede stehenden Mängeln der Pflegedokumentation vorbei. Die Bezugnahme auf die ärztliche Bescheinigung der Ärztin für Innere Medizin, Dr. H., führt insoweit ebenfalls nicht weiter. Abgesehen davon, dass die darin enthaltenen pauschalen – und mit Blick auf das nicht auszuschließende Eigeninteresse der behandelnden Ärzte mit kritischer Distanz zu bewertenden – Aussagen zur Qualität der Pflege nicht ansatzweise durch konkrete Feststellungen (auch in zeitlicher Hinsicht) zu den für die Beurteilung der Pflegequalität relevanten Parametern (wie etwa zum Hautzustand der Bewohnerin, zu der ihrem Gewicht entsprechenden Einstellung der Matratze, zu Art und Umfang ihrer Ernährung unter Berücksichtigung der Diagnose "Diabetes mellitus", des Gewichtsverlaufs und des Bewegungsprofils) gestützt werden, werden Belange der hier in Rede stehenden Pflegedokumentation in der genannten Bescheinigung gar nicht angesprochen.

## II. Bewohnerin N. C2. , geb. 10.02.1920

A) Sachverständige C1. , Tag der Feststellung 17.04.2008, Vermerk vom 22.04.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Dekubitus Grad I an beiden Sitzbeinen, Größe ca. 8 x 4 cm, Analfalte stark gerötet, sichtbare Mazeration (Aufweichung) der Haut, Rückstände von Kleber der Inkontinenzvorlage im Genitalbereich erkennbar, Druckstelle am Hallux des linken Fußes, Größe ca. 0,7 x 0,7 cm, Zehen beider Füße oberhalb gerötet durch zu enges Schuhwerk

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Die Problembeschreibung entsprach nicht dem derzeitigen Zustand, festgestellte Probleme (wie etwa der Hautzustand) wurden nicht berücksichtigt. Das Bewegungsprotokoll war kaum zu entziffern, die Schrift sehr unleserlich. Der Pflegeprozess war nicht erkennbar. Auf diese konkret aufgeführten Defizite (Dekubitus, Dekubitusrisiko, Mazeration der Haut, Hautrötung) in der Pflegedokumentation wird in der Begründung des Zulassungsantrags auf Seite 11, 4. Absatz, die sich auf die genannte Bewohnerin bezieht, nicht einmal ansatzweise eingegangen.

Die weiteren Ausführungen des Klägers zur Bewohnerin C2. von Seite 34, letzter Absatz, bis Seite 35, 2. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags rechtfertigen keine andere Bewertung. Soweit der Kläger sich gegen die Aussage der Gutachterin wendet, die Nachfrage bei der Pflegekraft Frau I1. , habe ergeben, dass dieser der Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe in der Pflege" nicht bekannt gewesen sei, und demgegenüber behauptet, die Pflegekraft I1. sei zu keinem Zeitpunkt zu dem Expertenstandard befragt worden, betrifft dies zum Einen nicht die hier in Rede stehenden Defizite der Pflegedokumentation, zum Andern lässt diese Behauptung die wesentliche Feststellung der Gutachterin, nämlich das Fehlen wesentlicher Fachkenntnisse bei der Pflegekraft I1. unberührt; ein die Annahme fehlender Fachkenntnisse entkräftender Aus- bzw. Fortbildungsnachweis wurde nicht vorgelegt. Die Behauptung des Klägers, die gutachterliche Feststellung eines unleserlichen Bewegungsprotokolls sei auf eine Verwechslung zurückzuführen, weil Frau C2. noch mobilisiert werden könne und sich auch noch selbst bewege, so dass gar kein Bewegungsprotokoll geführt werde, lässt sich mit der im Zulassungsverfahren nicht in Frage gestellten, eindeutigen gutachterlichen Feststellung von "Dekubitus Grad I an beiden Sitzbeinen", die auf längere Zeiten permanenter Immobilität hin-

deutet, nicht ohne weiteres schlüssig in Einklang bringen; eine die Behauptung der Mobilität stützende Beschreibung der persönlichen Ressourcen in der Pflegedokumentation wurde ebenso wenig vorgelegt wie eine die Behauptung der Gutachterin entkräftende Bewertung des Dekubitusrisikos, etwa nach der in der Praxis anerkannten Braden-Skala, und eine hieran anknüpfende Ziel- und Maßnahmeplanung. Abgesehen davon beseitigt der Einwand einer Verwechslung nicht die gutachterliche Feststellung eines unleserlichen und damit den Anforderungen an eine hinreichende Pflegedokumentation nicht genügenden Bewegungsprotokolls. Sollte das Bewegungsprotokoll einer anderen Heimbewohnerin/einem anderen Heimbewohner zuzuordnen gewesen sein, wäre das Bewegungsprotokoll in der von der Gutachterin überprüften Dokumentation – möglicherweise gerade wegen der unleserlichen Schrift – falsch abgelegt gewesen, was die defizitäre Handhabung der Pflegedokumentation nur unterstreichen würde. Dass auch ein – wie hier – schwer lesbares Bewegungsprotokoll nicht dem heimrechtlichen Standard entspricht, ist bereits oben ausgeführt worden.

### III. Bewohnerin F1. I2. , geb. 31.12.1915

A) Sachverständige C1. , Tag der Feststellung 17.04.2008, Vermerk vom 22.04.2008, Stellungnahme vom 1.08.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Trockene schuppige Haut, Gewichtszunahme von 40 Kg (30.09.2007) auf 44 Kg (02.04.2008).

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Der Hautzustand wurde nicht berücksichtigt. Der Pflegeprozess war nicht erkennbar. Das konkret festgestellte Defizit der Pflegedokumentation, in der das Problem der trockenen schuppigen Haut nicht erfasst worden ist, wird in der Begründung des Zulassungsantrags auf Seite 11, 5. Absatz, die sich auf die genannte Bewohnerin bezieht, zugestanden. Soweit darüber hinaus ausgeführt wird, weitere Feststellungen zur Pflegeplanung seien hier nicht getroffen worden, wird damit nicht das von der Sachverständigen festgestellte Dokumentationsdefizit beseitigt. Die weiteren Ausführungen des Klägers zur Bewohnerin I2. von Seite 35, 3. Absatz, bis Seite 36, oben, der Begründung des Zulassungsantrags rechtfertigen keine andere Be-

wertung. Dass nach dem in Kopie (GA, Bl. 97) vorgelegten Datenblatt, Rubrik "Pflegetmaßnahmen", Gesicht, Hals, Arme und Oberkörper der Bewohnerin von der Pflegekraft "mit Lotion" eingecremt, sowie Rücken, Beine und Intimbereich eingecremt werden, lässt schon nicht die insoweit erforderliche Dokumentation der trockenen, schuppigen Haut als Pflegeproblem entfallen. Abgesehen davon ist aus dem Datenblatt weder zu erkennen, dass das Eincremen überhaupt in einem Zusammenhang mit dem festgestellten Pflegeproblem der trockenen, schuppigen Haut steht, noch dass die nach dem Regelkreis des Pflegeprozesses insoweit erforderliche Evaluation der Wirksamkeit der offenbar dauerhaft erbrachten Pflegemaßnahme unter Berücksichtigung von Menge und Art der verwendeten Lotion einerseits und dem andererseits offenkundig verfehlten Pflegeerfolg stattgefunden hat. B) Sachverständige F. Pflegestufe I, Alzheimer Demenz, depressive Psychose, Herzinsuffizienz, venöse Insuffizienz, TEP rechts 1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand: Liegt den ganzen Tag vollständig bekleidet in eine Decke eingewickelt im Bett und steht nur zum Essen, zur Körperpflege und den Toilettengängen auf. Reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, mittelschwere Demenz, Risiko der Unterernährung. Hautzustand: bis auf drei kleine Blasen am Steißbein völlig intakt, Haut an Armen und Beinen sehr trocken, livide Verfärbung der Füße, rechts ausgeprägter, keine Ödeme. Beweglichkeit: Kann sich innerhalb von Bereich II selbständig und sicher mit Rollator bewegen, wird jedoch in der Regel begleitet. 2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation Die Pflegeplanung ist aufgrund sprachlicher Probleme zum Teil schwer zu verstehen und interpretierbar, die bei den ärztlichen Diagnosen genannte Alzheimer Demenz wird an keiner Stelle problematisiert, Maßnahmen werden nicht geplant, Maßnahmen werden als ausgeführt abgezeichnet, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht durchgeführt wurden, Anordnungen von Frau E. werden teilweise nicht befolgt, ärztliche Verordnungen, Kontakte und Visiten werden nicht von den Ärzten abgezeichnet, in Bezug auf Blutdruck und Puls ("weitgehend konstant, niedrig") werden keine Schwellenparameter angegeben, konstante Gewichtszunahme seit der Aufnahme der Bewohnerin, Dokumentation immer wieder neu geschrieben statt fortgeführt, Selbstbestimmung als Pflegeproblem aufgeführt (AEDL 2 Sich bewegen können), Pflegeproblem "deku-

bitusgefährdet" nicht begründet, aufgeführte Pflegemaßnahme der Dekubitusprophylaxe (Weichlagerung, faltenfreie trockene Bettwäsche, Mobilisation) selbstverständlich und gehören nicht in die individuelle Pflegeplanung, Zuordnung des schlechten Ernährungszustandes zu AEDL 3 Vitale Funktionen aufrecht erhalten unzutreffend, aufgeführte Maßnahmen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "3x tgl. Dekubitus-, Sturz- und Intertrigo-Prophylaxe" erscheinen routinemäßig abgezeichnet und damit unglaubwürdig, zur Soll-Trinkmenge von 1400 ml nach dem Einfuhrprotokoll wird keine Differenz ermittelt, trinkt regelmäßig zu wenig. Gegenüber diesen konkret aufgeführten Dokumentationsdefiziten ist ein substantiiertes Vortrag in der Begründung des Zulassungsantrags nicht erfolgt.

Die allgemeinen Ausführungen zu den Feststellungen der Gutachterin auf Seite 12, 4. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags beziehen sich im wesentlichen auf die Feststellung der Gutachterin, dass Leistungen dokumentiert worden sind, die tatsächlich nicht erbracht worden seien, die übrigen dokumentierten Defizite der Pflegedokumentation werden nicht angegriffen. Abgesehen davon, dass auch schon die nicht angegriffenen Punkte hinreichend gravierende Dokumentationsdefizite belegen, wird verkannt, dass eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragung "3x tgl. Dekubitus-, Sturz- und Intertrigo-Prophylaxe" allein nicht geeignet ist, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen, etwa über die konkreten Zeitpunkte der angeblich dreimal täglich vorgenommenen "Sturzprophylaxe" sowie an Beschreibungen der zur angeblichen "Sturzprophylaxe" durchgeführten konkreten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung "3x tgl. Dekubitus-, Sturz- und Intertrigo-Prophylaxe", die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden. Dies umso mehr, als nach den in der Begründung des Zulassungsantrags nicht angegriffenen Feststellungen zum Pflegezustand der Bewohnerin diese den ganzen Tag vollständig bekleidet, in eine Decke eingewickelt im Bett liegt und nur zum Essen, zur Körperpflege und den Toilet-

tengängen aufsteht, so dass sich die Durchführungen von Art und Inhalt einer angeblich dreimal täglich durchgeführte Sturzprophylaxe nicht aufdrängt.

Eine den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügende Darlegung der Durchführung konkreter Prophylaxemaßnahmen einschließlich ihrer auf den Zeitpunkt der Durchführung bezogenen Abzeichnung durch eine Pflegekraft hat der Kläger in der Begründung des Zulassungsantrags nicht erbracht. Die allgemeinen Ausführungen, es könne der Einrichtung nicht vorgehalten werden, wenn sie "unter dem Eindruck der hier streitbefangenen Schließungsverfügung eine besonders sorgfältige Dokumentation der erbrachten Leistungen durchführe", sind nicht geeignet, die – wie hier – an die fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation der angeblich erbrachten einzelnen Pflegemaßnahmen anknüpfenden Glaubhaftigkeitsdefizite zu beseitigen.

Die Bezugnahme auf die – nicht datierte – ärztliche Bescheinigung des Facharztes E1. führt nicht weiter. Abgesehen davon, dass der Arzt offenbar noch nicht einmal den korrekten Nachnamen der Bewohnerin kennt (Heuss statt I2. ), sind die darin enthaltenen pauschalen – und mit Blick auf das nicht auszuschließende Eigeninteresse der behandelnden Ärzte mit kritischer Distanz zu bewertenden – Aussagen zur Qualität der Pflege und der Pflegedokumentation nicht ansatzweise durch konkrete Feststellungen (auch in zeitlicher Hinsicht) zu den für die Beurteilung der Pflegequalität relevanten Parametern (Verständlichkeit der Pflegeplanung, Demenz als Pflegeproblem nicht aufgeführt, diesbezügliche Maßnahmen nicht geplant, keine Abzeichnung ärztlicher Verordnungen, Kontakte, Visiten, fehlender Schwellenparameter für den – niedrigen – Blutdruck, keine Begründung der Dekubitusgefährdung, fehlende Individualisierung der Pflegemaßnahmen, aufgeführte Maßnahmen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis " 3x tgl. Dekubitus-, Sturz- und Intertrigo-Prophylaxe" unglaubwürdig, fehlende Differenzermittlung zwischen Soll- und Isttrinkmenge) belegt worden; zudem ist nicht erkennbar, auf welcher Grundlage und in welchem Umfang der Allgemeinmediziner über Fachkenntnisse betreffend die Führung einer Pflegedokumentation verfügen soll. Die auf S. 53, 3. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags in Bezug genommene Stellungnahme von Frau Dr. T. "vom 30.06.2008" lässt sich in

den vorliegenden Akten nicht feststellen. Es liegt lediglich eine mit Schriftsatz vom 30.06.2008 eingereichte Stellungnahme der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. vom 28.06.2008 mit Ausführungen zu Dekubitus und zum Vorliegen von Hämatomen vor; diese auf einem Besuch vom 22.04.2008 beruhende Stellungnahme bezieht sich jedoch nicht auf die Bewohnerin I2. , sondern auf die Bewohnerin L. . Der Hinweis auf S. 13, 1. Absatz, S. 44, letzter Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags auf den von der Gutachterin attestierten überwiegend guten und befriedigenden Pflegezustand geht an den hier in Rede stehenden Defiziten der Pflegedokumentation vorbei.

#### IV. Bewohnerin B1. L. , geb. 05.07.1914

A) Sachverständige C1. , Tag der Feststellung 17.04.2008, Vermerk vom 22.04.2008, Stellungnahme vom 1.08.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Fortgeschrittene Demenz, Hämatome an beiden Oberarmen, diffuse Hämatome an beiden Schienbeinen, Druckstelle am linken Oberschenkel unterhalb der Leiste, Dekubitus Grad I beider Fersen, am Gesäß diffuse Rötungen, Mazeration der oberen Hautschicht an der linken Gesäßhälfte, am rechten Schulterblatt trockene, dunkel gefärbte Haut von ca. 1 x 3 cm; das Körpergewicht betrug bei einer Größe von 140 cm am 10.02.2008 50,5 Kg und am 02.04.2008 44,0 Kg.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Die beim Besuch festgestellten Probleme wurden in der Pflegedokumentation nicht berücksichtigt. Der Hautzustand wurde nicht berücksichtigt. Die Ernährungssituation wurde in der Pflegeplanung nicht berücksichtigt, ein Ernährungsprotokoll bzw. aktueller Ernährungsplan lag nicht vor. Das geführte Bewegungsprotokoll konnte kaum entziffert werden, da die Schrift sehr unleserlich war. In der Problembeschreibung wurde als Pflegeproblem erfasst, dass die Bewohnerin bei der Grundpflege um sich schlägt, Maßnahmen hierzu waren nicht ersichtlich. Der Pflegeprozess war nicht erkennbar. Gegenüber diesen konkret aufgeführten Dokumentationsdefiziten ist ein substantiiertes Vortrag in der Begründung des Zulassungsantrags nicht erfolgt. Die Ausführungen auf S. 12, 1. Absatz, der Begründung des Zulassungsan-

trags lassen die Feststellungen der Sachverständigen unberührt. Die auf S. 36, 2. und 3. Absatz, S. 54, 1. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags in Bezug genomme ärztliche Stellungnahme der Ärztin für Allgemeinmedizin, Dr. T. , vom 28.06.2008, die auf einem Patientenbesuch vom 22.04.2008 beruht, hat die trockene, dunkel gefärbte Haut am rechten Schulterblatt bestätigt. Die weiteren Feststellungen "Hämatome an beiden Oberarmen, diffuse Hämatome an beiden Schienbeinen, Druckstelle am linken Oberschenkel unterhalb der Leiste, Dekubitus Grad I beider Fersen, am Gesäß diffuse Rötungen, Mazeration der oberen Hautschicht an der linken Gesäßhälfte", konnten zwar nicht bestätigt werden, jedoch konnten die diesbezüglichen Feststellungen der Sachverständigen und die damit korrespondierenden Erfassungs- und Maßnahmedefizite in der Pflegedokumentation nicht wiederlegt werden, da zugestanden werden musste, dass aus medizinischer Sicht die festgestellten Hautprobleme in der Zeit zwischen dem Besuch der Sachverständigen am 17.04. und dem Patientenbesuch der Ärztin am 22.04.2010 abklingen konnten, und darüber hinaus das Bestehen vom Hämatomen mit der Gegenwehr der Bewohnerin bei der Intimpflege plausibel erläutert wird. In der ärztlichen Stellungnahme wird auch das als Pflegeproblem erfasste "Umsichschlagen" bestätigt: "Es scheint so zu sein, dass die Patientin sich vor allem gegen die Intimpflege wehrt. Gelegentlich bleibt den Pflegenden dann nichts anderes übrig, als die Patientin fest anzufassen, um sie zum Bett zurückzubringen, damit sie nicht am Waschbecken stürzt, und sich selbst zurückziehen, bis sie sich wieder beruhigt. Solche Vorgänge erklären auch manche der Unterarmhämatome". Dass insoweit entgegen der Feststellung der Sachverständigen auf dieses Pflegeproblem bezogene gezielte Maßnahmen in der Dokumentation aufgeführt sind, wird in der ärztlichen Stellungnahme, die sich zur hier in Rede stehenden Pflegedokumentation insgesamt nicht verhält, nicht ausgeführt. Die außerhalb der festgestellten Dokumentationsdefizite liegenden fehlerhafte Feststellung der Sachverständigen, die Bewohnerin habe zur Begutachtung ins Zimmer gefahren werden müssen, hat die Sachverständige in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 1.08.2008 dahingehend richtig gestellt, dass die Bewohnerin sich bereits im Zimmer befand. Auch ein – wie hier – schwer lesbares Bewegungsprotokoll entspricht, wie oben ausgeführt, nicht dem heimrechtlichen Standard einer leicht nachvoll-

ziehbaren Pflegedokumentation. Abgesehen davon, dass schon die nicht dokumentierten Hautprobleme, das schwer entzifferbare Bewegungsprotokoll und die fehlende Dokumentation der erforderlichen Maßnahmen zur Bewältigung der Gegenwehr der Bewohnerin bei der Grundpflege deutliche Mängel der Pflegedokumentation aufzeigen, ist der bloße Hinweis des Klägers (Seite 36, 3. u. 4. Absatz der Begründung des Zulassungsantrags) auf die Vitalwerte (Gewichtswerte) der Bewohnerin unter Bezugnahme auf die vorgelegten Datenblätter allein nicht geeignet, einen Fehler der Sachverständigen bei der Sachverhaltsfeststellung zu begründen. Zwar sind in der Tat aus den im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Datenblättern die vorgetragene Vitalwerte für den 5.02.2008 mit 48,6 Kg, für den 10.03.2008 mit 48,4 Kg und für den 2.04.2008 mit 48,6 Kg belegt, wohingegen für die von der Gutachterin angegebenen Tage (10.02. und 2.04.2008) keine Gewichtsangaben in den Datenblättern vermerkt worden sind. Ausweislich der Ausführungen der Sachverständigen hat sie ihre Feststellungen aber aufgrund der "Durchsicht der Pflegedokumentation" getroffen (diese Vorgehensweise ist in der Begründung des Zulassungsantrags nicht in Frage gestellt worden) und hieraus die Gewichtsangaben abgelesen. Eine fehlerhafte Ablesung der Gewichtsangaben läge lediglich dann nahe, wenn der Gutachterin am 17.04.2008 in Bezug auf die Bewohnerin L. dieselben Datenblätter zur Einsicht zur Verfügung gestanden haben, wie sie in Kopie zum erstinstanzlichen Verfahren eingereicht worden sind. Dass dem so gewesen ist, ist jedoch in einer den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügenden Art und Weise nicht ausgeführt worden. Die abweichenden Feststellungen zu den Gewichtseintragungen führen auf der Grundlage des Zulassungsvorbringens eher zu der Annahme, dass seinerzeit entweder weitere Datenblätter mit Vitalwerten der Bewohnerin L. existierten oder aber der Sachverständigen Datenblätter einer anderen Bewohnerin oder eines anderen Bewohners als Datenblätter der Bewohnerin L. zur Verfügung gestellt worden sind, was in beiden Fällen eine insoweit völlig unzureichende Pflegedokumentation offenkundig werden lässt. Soweit vom Kläger auf S. 36, 5. u. 6. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags die Feststellung der Sachverständigen, der Ernährungsplan habe nicht vorgelegen, wiederum mit der Behauptung angegriffen wird, ein aktueller Ernährungsplan habe vorgelegen, "nur eben in der Küche",

ergibt sich hieraus jedoch – wie oben dargelegt – noch nicht ohne weiteres die Ordnungsgemäßheit der Pflegedokumentation im Ernährungsbereich. Zwar wird es aus Praktikabilitätsgründen tolerierbar sein, Teile der Pflegeplanung auszugliedern und separat aufzubewahren, jedoch erfordert in diesen Fällen die Anforderung der leichten Nachvollziehbarkeit einer Pflegeplanung eine eindeutige Bezugnahme auf die ausgegliederten Bestandteile und ihren jeweiligen aktuellen Standort, um sich den Inhalt ohne weiteren Verzug und ohne die Zuhilfenahme Dritter erschließen zu können.

Die darüber hinaus vorgelegten Ernährungsprotokolle lassen schon aufgrund ihrer Lückenhaftigkeit und der zum Teil fehlenden Abzeichnungen (insbesondere bei den Spätmahlzeiten, die als "V" bzw. "Verw", d.h. verweigert, erfasst worden sind) gravierende Mängel erkennen.

B) Sachverständige F. Gutachten, mit Schriftsatz vom 9.06.2009 übersandt, ergänzende Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.2009

1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand: Schwere Demenz mit herausforderndem Verhalten, Schlaganfall, Oberschenkelhalsbruch, Normalgewicht, sehr trockene Haut an Armen, Unterschenkeln und Füßen, pergamentartig, alle Körperfalten und Zwischenräume intakt, Haut am Gesäß und Genitalbereich intakt, Hämatom am rechten Schienbein, Mund und Schleimhäute feucht, nicht belegt, Kontrakturen der linken Hand, Haltung im Rollstuhl stets nach rechts geneigt, vollkommen immobil, Abwehrverhalten während der Pflege.

2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation: MNA (Mini Nutritional Assessment) wird trotz einer Summe von lediglich 10 Punkten immer wieder nur bis zur Position 6 geführt, ärztliche Verordnungen und Kommunikation werden nicht von den behandelnden Ärzten abgezeichnet, Pflegeplanung wird von der neuen Pflegekraft nicht übernommen, jede Pflegekraft geht anders vor, setzt andere Schwerpunkte, die Maßnahmeplanung ist nicht individualisiert, Kontrakturen-, Thrombose-, Dekubitus- und Sturzprophylaxestandards sind aufgezählt, inhaltlich nicht an den Bedarf der Bewohnerin angepasst, bei der Pflegeplanung in Bezug auf die Vitalfunktionen sind Problembeschreibungen unzutreffend (Problem: "... ist nicht in der Lage ihre Vitalwerte selbständig zu

überprüfen" – eine derartige Anforderung an die Bewohner besteht nicht; "Bewegungsmangel neigt zur Ödeme in d. Fußgelenken" – abgesehen von sprachlichen Problemen führt Bewegungsmangel nicht zu Ödemen in den Fußgelenken, sondern eine Herzinsuffizienz/ein venöser Rückstau oder/und Eiweißmangel), das Pflegeproblem der pergamentenen Haut wird fehlerhaft den Vitalfunktionen (AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten) und nicht, wie es zutreffend wäre, der Kategorie "sich pflegen können" (AEDL 4 Sich pflegen können) zugeordnet, fehlerhafte Angabe von Pflegemaßnahmen ("regelmäßige Kontrolle") als Pflegeziel, die Angabe der Maßnahmen "Thromboseprophylaxe" und "Wundbericht" können nicht nachvollzogen werden, unter AEDL 8 Ruhen und schlafen können werden als Pflegemaßnahmen " geht ins Bett um..., steht auf um ..., Mittagsschlaf von ... bis ..., Einschlafposition auf der linken Seite" aufgeführt, obwohl es sich hierbei nicht um Maßnahmen, sondern um Gewohnheiten handelt, die Problembeschreibung im Bewegungsplan "ist verwirrt, wehrt sich bei der Pflege, arbeitet gegen, ist ungehalten" fehlt in der Informationssammlung und wird in der Pflegeplanung nicht thematisiert, bei den in der Rubrik Risikofaktoren erfolgten Eintragungen "Wundsein vermeiden, Hautrisse vermeiden" handelt es sich nicht um Risikofaktoren, sondern um Pflegeziele, diese Eintragung kann einer Pflegekraft nicht zugeordnet werden, bei der Beschreibung der Sturzrisikofaktoren fehlt die Berücksichtigung des Schlaganfalls, im Ein- und Ausführprotokoll wird bezogen auf den Bedarf von 1200 ml keine Differenz zu den tatsächlich verabreichten Flüssigkeitsmengen gebildet, die Eintragungen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "3 x tägl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Obstipations-, Dehydrations-Prophylaxe, 2 x Tagesstrukturierung" erscheinen routinemäßig abgezeichnet und damit unglaubwürdig, die im Berichteblatt niedergelegte Feststellung "meist unruhig, schimpft vor sich hin, benutzt unflätige Worte, wird handgreiflich, kneifen, beißen, treten, schreien, schlagen" erscheint nicht als Pflegeproblem unter AEDL und wird nicht als demenztypisches herausforderndes Verhalten erkannt. Gegenüber den konkret aufgeführten Dokumentationsdefiziten ist die insoweit völlig substanzlose Darlegung des Klägers auf S. 47, 1. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags, soweit die Pflegedokumentation gerügt werde, "mag dies zum Teil sicherlich zutreffend, zum Teil aber auch auf stilistische Vorlie-

ben zurückzuführen sein", schon im Ansatz nicht geeignet, die Defizite zu entkräften. Wenn also etwa die Eintragungen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "3 x tägl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Obstipations-, Dehydrations-Prophylaxe, 2 x Tagesstrukturierung" wegen der erkennbar routinemäßigen Abzeichnung als unglaubwürdig eingestuft werden, handelt es sich nicht um stilistische Vorlieben, sondern um ein den Kernbereich der Pflegedokumentation in ihrer dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bewohner dienenden Funktion betreffendes gravierendes Defizit. Wie bereits ausgeführt, ist eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragungen allein nicht geeignet, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen über die konkreten Zeitpunkte der angeblich dreimal bzw. zweimal täglich durchgeführten und über die Art der durchgeführten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung "3 x tägl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Obstipations-, Dehydrations-Prophylaxe, 2 x Tagesstrukturierung", die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden. Der Hinweis auf S. 47, 1. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags auf den von der Gutachterin attestierten guten Ernährungszustand und mäßigen Pflegezustand geht wiederum an den hier in Rede stehenden Defiziten der Pflegedokumentation vorbei.

#### V. Bewohnerin L1. Q. , geb. 30.12.1919

A) Sachverständige C1. , Tag der Feststellung 17.04.2008, Vermerk vom 22.04.2008, Stellungnahme vom 1.08.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Fortgeschrittene Demenz, trockene schuppige Haut, leichtes Hämatom auf der rechten Gesäßhälfte 3 x 0,5 cm, weißlich belegte Zunge, starker Mundgeruch, beide Unterschenkel mit starker Ödembildung bis hin zum Fußrücken, tiefe Einschnürungen durch das Gummi der Strümpfe, die zur Wulstbildung der Ödeme unterhalb der Einschnürung durch die Strümpfe oberhalb des Schuhwerkes führ-

ten, für Frau Q. wurde am 04.02.2008 ein Körpergewicht von 59,7 Kg und am 02.04.2008 ein Körpergewicht von 53,6 Kg vermerkt.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Die beim Besuch der Bewohnerin festgestellten Probleme sind in der Pflegedokumentation nicht berücksichtigt. Die Ernährungssituation wurde in der Pflegeplanung nicht berücksichtigt, ein Ernährungsprotokoll bzw. aktueller Ernährungsplan lag nicht vor; der letzte Ernährungsplan wurde im Jahr 2006 geführt. Das Dekubitusrisiko wurde nach der Braden-Skala in Bezug auf die Ernährung mit 4 Punkten bewertet (guter Ernährungszustand: isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf, nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich, isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten, braucht keine Ergänzungskost). Das geführte Bewegungsprotokoll konnte kaum entziffert werden, da die Schrift sehr unleserlich war. Der Pflegeprozess war nicht erkennbar. Gegenüber den konkret aufgeführten Dokumentationsdefiziten ist ein substantiierter Vortrag in der Begründung des Zulassungsantrags nicht erfolgt. Die Ausführungen auf S. 12, 2. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags lassen die Feststellungen der Sachverständigen unberührt. Auch ein – wie hier – schwer lesbares Bewegungsprotokoll entspricht, wie oben dargelegt, nicht dem heimrechtlichen Standard einer leicht nachvollziehbaren Pflegedokumentation. Die Ausführungen des Klägers zur Bewohnerin Q. von Seite 37, 4. Absatz, bis Seite 38, 2. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags, mit denen u.a. die Feststellung der Gutachterin angegriffen wird, der Ernährungsplan habe nicht vorgelegen, rechtfertigen keine andere Bewertung. Zwar wird dieser Feststellung auch hier die Behauptung entgegengestellt, der aktuelle Ernährungsplan habe sich in der Küche befunden, hieraus ergibt sich jedoch noch nicht ohne weiteres die Ordnungsgemäßheit der Pflegedokumentation im Ernährungsbereich. Zwar wird es aus Praktikabilitätsgründen tolerierbar sein, Teile der Pflegeplanung auszugliedern und separat aufzubewahren, jedoch erfordert in diesen Fällen die Anforderung der leichten Nachvollziehbarkeit einer Pflegeplanung eine eindeutige Bezugnahme auf die ausgegliederten Bestandteile und ihren jeweiligen aktuellen Standort, um sich den Inhalt ohne weiteren Verzug und ohne die Zuhilfenahme Dritter erschließen zu können. Soweit der Kläger wiederum rügt, der Gutachterin sei der Umstand der Aufbewahrung der Ernährungspläne

deshalb verborgen geblieben, weil sie "im Rahmen der Durchsicht der Pflegedokumentation nicht mehr auf die bereitstehende Pflegekraft I1. zurückgegriffen" habe, wird verkannt, dass es nicht Aufgabe der Sachverständigen gewesen ist, die verstreuten Teile einer Pflegeplanung zusammenzuführen, sondern es war die Aufgabe des Klägers, der Sachverständigen zur Überprüfung der Ordnungsgemäßheit der Pflegeplanung diese Planung bezogen auf die jeweils überprüfte Heimbewohnerin von sich aus vollständig vorzulegen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Überprüfungen am 16. und 17.04.2008 gerade auch durch zuvor festgestellte, unzureichende Pflegedokumentationen (vgl. die Feststellungen vom 7.11.2007 und die unter Beteiligung auch des Klägers erfolgte Festlegung der erneuten Überprüfung in der Besprechung vom 13.11.2007) veranlasst worden sind. Die auf S. 37, 2. Absatz, und S. 53, 4. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags in Bezug genommene ärztliche Stellungnahme der Ärztin für Allgemeinmedizin, Schiller, vom 5.05.2008, die auf einer "Inspektion" der Bewohnerin am 28.04.2008 mithin 11 Tage nach dem Tag der Feststellung durch die Sachverständige C1. am 17.04.2008 beruht, hat die Hautprobleme und die Ödembildung nicht bestätigt, vielmehr das Hautbild als "regulgerecht" erkannt. Hieraus allein kann jedoch nicht die Fehlerhaftigkeit der Feststellungen der Sachverständigen C1. abgeleitet werden. Vielmehr hat diese in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 1.08.2008 ausgeführt, "das von mir beschriebene kleine Hämatom kann sich innerhalb von 11 Tagen zurückgebildet haben, denn der Hausbesuch der Frau Dr. T1. fand erst am 28.04.2008 statt. Gleiches gilt für die Ödeme." Diesen sachverständigen Ausführungen ist der Kläger nicht substantiiert entgegengetreten. Sein allgemeines Vorbringen auf S. 38, 1. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags, es sei äußerst unwahrscheinlich, dass "in sämtlichen Fällen eine abweichende Nachbegutachtung durch einen Arzt eine kurzfristige Verbesserung und ein Verschwinden der festgestellten Beeinträchtigung eingetreten sein soll", bewegt sich im rein spekulativen Bereich, zumal etwa in der ärztlichen Stellungnahme der Ärztin für Allgemeinmedizin, Dr. T. , vom 28.06.2008 zugestanden werden musste, dass aus medizinischer Sicht die in Bezug auf die Bewohnerin L. festgestellten Hautprobleme ("Hämatome an beiden Oberarmen, diffuse Hämatome an beiden Schienbeinen, Druckstelle am linken Ober-

schenkel unterhalb der Leiste, Dekubitus Grad I beider Fersen, am Gesäß diffuse Rötungen, Mazeration der oberen Hautschicht an der linken Gesäßhälfte") in der Zeit zwischen dem Besuch der Sachverständigen am 17.04. und dem Patientenbesuch der Ärztin am 22.04.2010 bei einer deutlich geringeren Zeitspanne von lediglich vier Tagen abklingen konnten, und damit auch eine kurzfristige Regenerationsfähigkeit bestätigt wird. Dass eine solche bei der Bewohnerin Q. nicht gegeben ist, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Belange der hier in Rede stehenden Pflegedokumentation werden im Übrigen in der genannten Bescheinigung gar nicht angesprochen.

B) Sachverständige F. Gutachten, mit Schriftsatz vom 9.06.2009 übersandt, ergänzende Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.2009

1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand: Reduzierter Allgemeinzustand, kachektischer Ernährungszustand, Orientierung nicht vorhanden; MNA: 14,5 = Unterernährung; Hautzustand: trocken, schlaffer Turgor (Spannungszustand der Haut), schuppig an Beinen und Gesäß, trockenes Ekzem an den Ellbogen, Körperfalten intakt, Labie (Schamlippe) rechts gerötet, schmerzhaft, Nägel deformiert, Verhornungen; Mobilität: Hallux valgus (Schiefstand der großen Zehe), links stärker ausgeprägt.

2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation: Ärztliche Verordnungen teilweise durch den behandelnden Arzt abgezeichnet, regelmäßige Visiten, nicht vom Arzt abgezeichnet, Vitalwerte Gewicht 50,6 und 52, 5 können keinem Datum zugeordnet werden, fehlerhafte Datierung: Werte für den Monat August erscheinen bereits auf dem neuen Bogen, während auf dem alten Bogen schon der September eingetragen ist, Pflegeplanung AEDL, viele Selbstverständlichkeiten erfasst, Pflegeproblemen sind keine eindeutigen Pflegeziele und keine eindeutigen Maßnahmen zugeordnet, die neue Pflegeplanung ist, obwohl sie von derselben Person geschrieben worden ist, die auch die alte Pflegeplanung geschrieben hat, ohne gravierende Veränderungen bei der Bewohnerin vollkommen anders, die Pflegeplanung weist erhebliche sprachliche Mängel auf, AEDL 1 Kommunizieren können Bewertung: Die gesamte bisherige Problembeschreibung (08.03./08.05./15.05.08

P: Fr. Q. leidet unter akustischen, optischen Halluzinationen, leidet unter Angstzuständen, ist unruhig dabei, R hat ein Hörgerät links) erscheint in der neuen Pflegeplanung nicht mehr, weder aus dem Bericht noch aus der Planung ist ersichtlich, wie es zu dieser Änderung gekommen ist, AEDL 2 Sich bewegen können Bewertung: eine Maßnahme unter Problemen eingeordnet, Aufführen von Selbstverständlichkeiten, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Bewertung: zu den Beschreibungen (dünner, transparenter Hautzustand, ist oft unruhig, nervös, müde) finden sich keine Ziele und Maßnahmen, zu BMI und MNA fehlen Maßnahmen, die zur Erhöhung der jeweiligen Werte beitragen, zu den Angaben "MN: Standard 2, Thromboseprophylaxe N8, Pneumonieprophylaxe findet sich keine Problematisierung und keine Individualisierung, AEDL 4-13 Bewertung: Pflegeplanung unübersichtlich durch das Aufführen von Selbstverständlichkeiten, teilweise wird Unsinn geplant (z.B. Teilnahme am Gottesdienst an Sonntagen, 09.30 Uhr ZDF), im Bewegungsplan werden Beobachtungen oder Gefährdungen als Risikofaktoren bezeichnet, im Sturzprotokoll sind Kürzel nicht zu deuten, mehrere Wunddokumentationen bei kleinen Hämatomen sind ohne Therapieerfordernis geführt, im Ein-/Ausfuhrprotokoll werden überwiegend keine Summen und es wird auch keine Differenz ermittelt, die Eintragung im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "Dekubitus-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Thrombose-, Pneumonie-/Aspirationsprophylaxe" ist routinemäßig abgezeichnet und unglaubwürdig. Die Ausführungen des Klägers zur Bewohnerin Q. von Seite 47, 4. Absatz, bis Seite 48, 1. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags, mit denen – neben der hier mit Blick auf dem maßgebenden Zeitpunkt nicht unmittelbar einschlägigen Thematik der Fixierung und der zumindest vorübergehend fehlenden vormundschaftsgerichtlichen Verlängerung des Fixierungsbeschlusses – u.a. die Feststellung der Gutachterin angegriffen wird, die Pflegeplanung sei aufgrund der Aufführung von Selbstverständlichkeiten unübersichtlich, lassen schon die im Übrigen unter Hinweis auf die einzelne Dokumentationsstelle konkret bezeichneten Dokumentationsmängel unberücksichtigt. Dass eine unübersichtliche Pflegeplanung dem geltenden heimrechtlichen Standard einer leicht nachvollziehbaren Pflegedokumentation nicht entspricht, ist bereits oben ausgeführt worden. Die weiteren allgemein gehaltenen Ausführungen, die Wertungen der Sachverständigen ver-

mengen "Zweckmäßigkeitserwägungen, subjektive Einschätzungen und tatsächliche Fehler im Rahmen der Pflegeplanung, ohne Letztere allerdings identifizierbar zu benennen", treffen in dieser Allgemeinheit ersichtlich nicht zu. Wenn etwa die Eintragungen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "Dekubitus-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Thrombose-, Pneumonie-/Aspirationsprophylaxe" wegen der erkennbar routinemäßigen Abzeichnung als unglaubwürdig eingestuft werden, handelt es sich um die Feststellung eines den Kernbereich der Pflegedokumentation in ihrer dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bewohner dienenden Funktion betreffenden gravierenden Defizits.

Wie bereits ausgeführt, ist eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragungen allein nicht geeignet ist, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen über die konkreten Zeitpunkte und über die Art der angeblich durchgeführten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung "Dekubitus-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Sturz-, Thrombose-, Pneumonie-/Aspirationsprophylaxe", die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden; ein Umstand, der heimrechtlich durchaus relevant ist.

#### **VI. Bewohner N1. X. , geb. 13.12.1931, Aufnahme am 09.04.2008**

A) Sachverständige C. , Tag der Feststellung 16. u. 17.04.2008, Gutachten vom 23.04.2008, Stellungnahme vom 11.07.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Pflegestufe II, Apoplex, Demenz, Blasen- und Prostatakarzinom, Stuhl- und Harninkontinenz.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Hohes Dekubitusrisiko nach der Bradenskala, der Bewegungsplan ist schwer nachvollziehbar, da auf engstem Raum Angaben zur Ernährung, Inkontinenzversorgung, Körperpflege und die Oberkörperhochlagerung dokumentiert sind, wie sich etwa aus

den Angaben zum Nachtdienst im Zeitraum 13. – 15.04.2008 ergibt, ist die "Ernährung" nicht weiter beschrieben, es könnte sich hier um das Anreichen von etwas zu Trinken handeln bis hin zu einer vollständigen Nahrungsaufnahme, bei der festgehaltenen "Inkontinenzversorgung" sind Handlungen nicht klar dargestellt, es könnte nur nachgesehen worden sein, ob der Inkontinenzschutz verschmutzt ist oder es könnte der Inkontinenzschutz gewechselt worden sein, die aufgeführte "Körperpflege" sei ebenfalls nicht definiert, es könnte die Waschung der Hände sein bis hin zu einem vollständigen Bad, wie sich die Fixierung tatsächlich gestaltete (hochgestellte Bettgitter, im Bett ein Bauchgurt), konnte dem vorhandenen Fixierungsformular nicht entnommen werden, in einer Wunddokumentation fehlten die Einträge, keine handlungsweisende Festlegung des Umgangs mit Wunden, auch bei wiederholter Feststellung, dass der Bewohner Schmerzen hat, konnte eine Umsetzung des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege" nicht erkannt werden (gemeint ist offenkundig die insoweit etwa vorgesehene systematische Schmerzeinschätzung mittels geeigneter Instrumente bzw. die wiederholte Einschätzung der Schmerzintensität in Ruhe und bei Belastung – Ergänzung durch den Senat). Die Ausführungen auf S. 8, 3. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags sind nicht geeignet, die festgestellten Dokumentationsmängel zu entkräften. Zwar trifft es zu, dass die Gutachterin ausgeführt hat, aufgrund der kurzen Zeit, die der Bewohner in der Einrichtung liege, könne eine Pflegeplanung noch nicht erstellt sein. Wenn auch eine Pflegeplanung in ihrer Gesamtheit zu diesem frühen Zeitpunkt noch nicht erstellt sein kann, bietet allein die Kürze des bisherigen Aufenthaltes keine Rechtfertigung dafür, dass der aufgestellte Bewegungsplan schwer verständlich ist. Ebenso wenig ist nachvollziehbar, dass den für den genannten Zeitraum dokumentierten Maßnahmen "Ernährung", "Inkontinenzversorgung" und "Körperpflege" jeder individuell-konkrete Gehalt fehlt und aus dem Fixierungsformular die erfolgte Fixierung nicht ersichtlich ist. Dies alles betrifft nicht die Pflegeplanung in ihrer komplexen Gesamtheit, sondern die schlichte Dokumentation der in der Zeit des Aufenthaltes des Bewohners erfolgten Maßnahmen. Wenn es an Zeit für eine diesbezüglich ordnungsgemäße Dokumentation gefehlt haben sollte, kann dies nicht auf die erst kürzlich erfolgte Übernahme des Bewohners zurückgeführt werden, sondern ist Ausdruck einer mangel-

haften Organisation oder Personalausstattung. Dass die fehlenden Einträge in der Wunddokumentation, das offenkundig trotz mehrfacher Schmerzfeststellung nicht dokumentierte Schmerzmanagement und das Unterlassen der Dokumentation der durch die Gutachterin festgestellten gesundheitlichen Mängel auf die kürzlich erfolgte Übernahme des Bewohners zurückzuführen sind, ist nicht einmal ansatzweise substantiiert dargelegt. Der ergänzende pauschale Einwand auf S. 14, 1. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags, die Ausführungen zur Frage des Umgangs mit Schmerzen seien "nicht recht nachvollziehbar, zumal hier offenbar Defizite gegenüber einem Expertenstandard gerügt werden, die dem Handlungsbereich des Arztes vorbehalten sind", verkennt offensichtlich den Geltungsbereich des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege", der – wie im Übrigen schon aus dem Titel zu erkennen – gerade auf den Bereich der Pflege und die Pflegefachkräfte bezogen ist. Vgl. etwa die Präambel zum Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege": ... "Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Schmerzmanagement und hat zum Ziel, die Schmerzwahrnehmung der Pflegefachkräfte zu verbessern und so die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Linderung deutlich zu verkürzen. ... Den Pflegefachkräften kommt im interdisziplinären Team auf Grund ihres häufigen und engen Kontaktes zu den Patienten und Bewohnern eine Schlüsselrolle im Rahmen des Schmerzmanagements zu. ... Aufgabe der Pflege im Rahmen des Schmerzmanagement ist es, Frühzeichen des erfahrenen Schmerzes zu erkennen und adäquate Therapien zu koordinieren oder durchzuführen. Unabdingbare Voraussetzung da ist eine aktuelle wie auch systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten oder bei tumorbedingten chronischen Schmerzen mittels komplexer Dokumentationsverfahren wie zum Beispiel Schmerztagebüchern."<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Vgl. darüber hinaus den Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" zum Pflegeprozess: "Die Pflegefachkraft P1 - erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. - führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch. - wiederholt die Einschätzung der

Dass die beim Besuch des Bewohners festgestellten gesundheitlichen Mängel (trockener, verschleimter Mund, im Bereich des linken Rippenbogens zwei Hautveränderungen, eine 2 x 0,3 cm und eine etwa einen Cent große Rötung, im Kreuzbeinbereich eine Rötung von 16 x 10 cm mit einer kleinen Stelle in der Pofalte, die leicht eingerissen war, eine Hautveränderung von 2,5 x 3 cm an der linken Ferse, die auf eine Nekrose hindeuten könnte, am linken Knöchel eine weißlich belegte Hautveränderung von 2 x 1,5 cm, die mit Ligasano abgepolstert war, eine strichförmige Hautveränderung an der rechten Ferse von 1,5 x 0,5 cm, die auf eine Nekrose hindeuten könnte, Veränderungen an den Fußnägeln, die auf eine Fußpilzbefall hindeuten könnten, Hämatome an der rechten Hand und am linken Arm) Eingang in die Pflegedokumentation gefunden haben, ist nicht ersichtlich.

#### **VII. Bewohnerin B1. T2. (s), geb. 02.01.1935, Aufnahme am 02.09.2003**

A) Sachverständige C. , Tag der Feststellung 16. u. 17.04.2008, Gutachten vom 23.04.2008, Stellungnahme vom 11.07.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Pflegestufe III, Demenz vom Typ Alzheimer, Diabetes mellitus Typ II, Stuhl- und Harninkontinenz.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Die Pflegedokumentation ist in Bezug auf die Größe der Bewohnerin widersprüchlich (Stammblatt: 170 cm, MNA: 165 cm), obwohl die ermittelten BMI-Werte mit 23,9 und 22,5 bereits im Grenzbereich liegen, in der Pflegeplanung vom 04.12.2007 mit Evaluierung vom 11.03.2008 fehlen Angaben zum Pflegeproblem "Sturzrisiko", obwohl die Mitarbeiterin N2. berichtet hat, dass ein Sturzrisiko bestehe und die Bewohnerin nicht im Rollstuhl sitzend alleine gelassen werden darf, da sie nach vorne kippe und das Gleichgewicht verliere und dann stürze, eine Zielbeschreibung fehlt und als Maßnahme ist erhoben "ein Sturzprotokoll zu führen", in der Sturzrisikoerhebung vom 10.04.2008 wird ein Risiko erkannt, ohne dass eine Maßnahmenbeschreibung erfolgt, die Eintragungen im Lagerungs-

plan sind überfrachtet beschrieben. Der auf S. 9, 1. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags vorgebrachte Hinweis auf das Vorliegen einer Pflegeplanung und Evaluierung geht an den an eine ordnungsgemäße Pflegeplanung und –dokumentation zu stellenden inhaltlichen Anforderungen vorbei. Die Einwände des Klägers auf S. 14, 2. Abs., bis S. 15, 2. Abs. der Begründung des Zulassungsantrags greifen nicht durch. Der Hinweis auf den "über Monate stabilen Ernährungszustand ohne Zustandsverschlechterung oder Gewichtsabnahme" stellt weder die von der Gutachterin angeführte Bedeutung der korrekten Körpergröße für die Ermittlung des BMI noch die aus den Gewichtsangaben resultierende Einschätzung des Ernährungszustandes mit BMI-Werten von 23,9 und 22,5 als "Im Grenzbereich liegend" und die widersprüchlichen Eintragungen im Stammblatt mit 170 cm und in dem MNA mit 165 cm in Frage. Die Ausführungen zu dem von der Gutachterin aufgrund der Beschreibung der Pflegefachkraft N2. festgestellten Sturzrisiko und der insoweit defizitären Dokumentation beschränken sich auf die Behauptung, Frau T3. werde "ausschließlich in den Rollstuhl gesetzt und hiermit an einen Esstisch geschoben", so dass sie nicht in der Lage sei, "aus dem Rollstuhl zu fallen", und auf die hieraus gezogene Schlussfolgerung, in der Vergangenheit sei es auch nicht zu irgendeinem Sturzereignis gekommen, "irgendein Gewinn für die Versorgung der Pflegebedürftigen wäre durch eine aufwändige Dokumentation zu dieser Frage nicht zu ziehen gewesen"; diese Darlegungen lassen – ungeachtet der Frage, ob die geschilderte Verfahrensweise zur Vermeidung eines Sturzes der nach § 11 Nr. 1 HeimG zu schützenden Würde der Bewohnerin und dem Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung-Implementierung (Februar 2006)" entspricht – sowohl die Feststellung eines bestehenden Sturzrisikos durch die Gutachterin als auch das von der Gutachterin festgestellte Dokumentationsdefizit unberührt. Darüber hinaus wird exemplarisch deutlich, dass wesentliche Funktionen der Pflegedokumentation, wie etwa die Informationssicherung und die Sicherung eines verlustfreien strukturierten Informationsflusses und –austauschs zwischen den (Schicht-)Mitarbeitern im Pflegeheim und außenstehenden Dritten, etwa Ärzten oder anderen Pflegekräften bei der Pflegeüberleitung, um die notwendige Koordination und Kontinuität der Pflegeplanung und der einzelnen Pflegemaßnahmen zu gewährleisten, entweder nicht bekannt

---

Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabstände

sind oder bewusst ignoriert werden. Dass es – angeblich – bislang nicht zu einem Sturzereignis gekommen ist, mag der Kenntnis der damaligen Pflegefachkraft zuzurechnen sein, schon bei einem Wechsel der Pflegefachkraft ist aber mangels Dokumentation nicht mehr gewährleistet, dass insoweit Vorsorge getroffen wird. Dass die beim Besuch der Bewohnerin festgestellten gesundheitlichen Mängel (Hautrötung am linken Trochanter obwohl die Bewohnerin im Zeitpunkt des Besuchs auf der rechten Seite lag, Hämatome am linken und rechten Unterschenkel, Kontrakturen, verschmutzter Bauchnabel) Eingang in die Pflegedokumentation gefunden haben, ist nicht ersichtlich.

B) Sachverständige F. Gutachten, mit Schriftsatz vom 9.06.2009 übersandt, ergänzende Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.2009

1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand: Pflegestufe III, Demenz, Aphasie, Diabetes mellitus Typ I, Hautzustand an Rücken und Gesäß völlig intakt, Rötungen am rechten Kleinzeh, am linken Fuß Z.n. Fersendekubitus, abgeheilt, oberflächliche Wunde 2 x 2 cm am rechten Ellenbogen, in der linken Ellenbeuge 4,5 x 3,5 cm gerötet - Intertrigo (rote, nässende Entzündung der Haut), Achselhöhle links: Intertrigo 3 Stellen je 5 x 5 cm, geschlossen, Achselhöhle rechts: Haut intakt, Brustwarze links 5 cm, gerötet, angeschwollen, Mobilität: Kontrakturen der Beine rechts ca. 40 %, links ca. 30 %, Beweglichkeit: Arme sind fest an den Körper gezogen, Finger streckbar, bei Ansprache sehr aufmerksam, befolgt ansatzweise Aufforderungen, kann keine Worte formulieren, macht durch Schreien auf sich aufmerksam, schwierig zu differenzieren, ob es sich um Schmerzlaute oder Rufen handelt, gelegentlich scheint sie auch zu singen, reagiert positiv auf jeden Kontakt, deutlich erfreut bei Frau E. und Frau M. .

2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation: Ärztliche Diagnosen und Pflegegediagnosen fehlen, ärztliche Kommunikation: Zeitraum 16.02. – 02.07.2008 fehlt, Vitalwerte: Eintragungen nicht eindeutig datierbar, teilweise fehlen die Bezüge, AEDL 2 Sich bewegen können Maßnahme "SN 1 Kontrakturenprophylaxe. Passive Bewegungsübungen in den Grundmustern der Gelenke", nicht eindeutig, ob die gesamten Standards einbezogen werden sollen oder nur die genannten Maßnah-

men, AEDL 2 Sich bewegen können Maßnahme "SN 9 Wechseldruckmatratze, Lagerung je 1,5 – 2 Stunden", Frau Sch. hat eine Weichlagerungsmatratze, AEDL 2 Sich bewegen können "Ligasano abpolstern", hier fehlt die Benennung der zu polsternden Körperregionen, es fehlt in der gesamten Akte entgegen dem Standard die genaue Beschreibung der Kontrakturen, der Verlauf kann nicht nachvollzogen werden, AEDL 4 Sich pflegen können Maßnahme "Intertrigoprophyllaxe", hier ist eine Konkretisierung erforderlich, AEDL 5: Maßnahme "Soor- und Parotitisprophylaxe", muss individualisiert werden, AEDL 6: Problem "Obstipationsgefahr" (Verstopfungsgefahr), Begründung fehlt, AEDL 6: Maßnahme "Standard 3", muss individualisiert werden, AEDL 8 Ruhen und schlafen können Maßnahme "Vorlagen wechseln", hierzu ist kein passendes Problem formuliert, AEDL 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern können Problem "erkennt vertraute Personen nicht", Frau T3. erkennt eindeutig Frau E. und anscheinend auch Frau M. , Gerontopsychiatrische Informationssammlung AEDL, es fehlt das anhaltende Schreien und die Thrombosegefahr, Bewegungsplan Problembeschreibung "Sehr steif in den Beinen", Kontrakturen sind nicht beschrieben, Bewegungsplan Problembeschreibung "Haut altersbedingt trocken und schuppig", Zusammenhang nicht klar, Bewegungsplan Problembeschreibung "Risikofaktoren: Diabetes mellitus, Intertrigo, Dekubitus", Risikofaktor und Gefahren vermischt, Wunddokumentation "kein Exsudat – übelriechender Sekretaustritt nicht täglich überprüft 4 x 4 und 2,5 x 2,5 cm", Widerspruch in sich auch verschiedenen Seiten zuzuordnen, während der gesamten Entwicklung wird keine Beziehung zwischen den Wunddokumentationen hergestellt, MNA nicht eindeutig datierbar, im Ein-/Ausführprotokoll mehrfach Rechenfehler, nicht ersichtlich ob Gesamtmenge in einer Schicht oder pro Gabe gemeint ist, Differenz zur Sollmenge nur gelegentlich ermittelt, Kommunikationseinschränkung bei der Schmerzerfassung, nur bis Bereich 6 von 11 erfasst, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Fixiernachweis Bettseite bis 22.01.09 geführt, Bauchgurt erscheint nicht, Behandlungs- und Grundpflegenaachweis "3 x tgl. werden durchgeführt: Dekubitus-, Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Obstipations-, Dehydrations-, Soor-Parotitis-, Intertrigo- Prophylaxe, Tagedstrukturierung 2 x tägl., 3 x Beaufsichtigung aller Nahrungsaufnahmen+vollständige Hilfe bei oraler Nahrungsaufnahme", ein Bogen wird ohne Da-

tumsangabe geführt, durchgehend keine Sturzprophylaxe, Beaufsichtigung aller Nahrungsaufnahmen nicht möglich, routinemäßiges Abzeichnen aller Prophylaxen, dadurch erscheint der Nachweis unglaubwürdig.

Die Ausführungen auf S. 48, 5. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags sind nicht geeignet, die festgestellten Dokumentationsmängel zu entkräften. Der Einwand, die Gutachterin habe in Anbetracht der Schwere der Erkrankung bei Frau "T4." einen zufriedenstellenden Pflegezustand attestiert, geht an den hier in Rede stehenden Mängeln der Pflegedokumentation vorbei und lassen die von der Gutachterin im Einzelnen festgestellten umfangreichen Dokumentationsdefizite unberührt. Dies gilt etwa für die wegen der erkennbar routinemäßigen Abzeichnung als unglaubwürdig eingestufte Eintragungen im Behandlung- und Grundpflegenachweis "3 x tgl. werden durchgeführt: Dekubitus-, Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Obstipations-, Dehydrations-, Soor-Parotitis-, Intertrigo-Prophylaxe, Tagestrukturierung 2 x tägl.". Hierbei handelt es sich um die Feststellung eines den Kernbereich der Pflegedokumentation in ihrer dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bewohner dienenden Funktion betreffenden gravierenden Defizits. Wie bereits ausgeführt, ist eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragungen allein nicht geeignet ist, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen über die konkreten Zeitpunkte und über die Art der angeblich durchgeführten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung "3 x tgl. werden durchgeführt: Dekubitus-, Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Obstipations-, Dehydrations-, Soor-Parotitis-, Intertrigo- Prophylaxe, Tagestrukturierung 2 x tägl.", die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden; soweit "Tagestrukturierung 2 x tägl." vermerkt ist, lässt sich nicht einmal ansatzweise erkennen, wie angesichts des Krankheitsbildes der Bewohnerin eine derartige individualisierte Tagesstrukturierung erfolgt sein soll.

#### VIII. Bewohner K1. L2. , geb. 06.01.1931, Aufnahme am 02.12.2003

A) Sachverständige C. , Tag der Feststellung 16. u. 17.04.2008, Gutachten vom 23.04.2008, Stellungnahme vom 11.07.2008

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Pflegestufe III, Apoplex (Herzinfarkt) mit Hemiparese (halbseitiger Lähmung) links, Stuhl- und Harninkontinenz.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Lagerungsplan lückenhaft geführt, Braden-Skala nicht korrekt erhoben, am 01.04.2008 wurden danach 19 Punkte erreicht, wonach kein Risiko besteht, wohingegen bei der tatsächlichen Inaugenscheinnahme des Bewohners eine Vielzahl von Hautveränderungen festzustellen waren, aus dem Unter- bzw. Überschreiten der Zieltrinkmenge werden keine Schlussfolgerungen gezogen, Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung auf S. 10, 3. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags, wonach die "inhaltliche Aufmachung" und die "nicht vollständige Lückenlosigkeit" der festgestellten Pflegeplanung gerügt worden sei, unzutreffend. Die auf S. 27, 4. Absatz, und S. 52, 4. Absatz, der Begründung des Zulassungsantrags in Bezug genommene ärztliche Stellungnahme des Arztes T5. vom 20.06.2008 ist nicht geeignet, die Feststellungen der Gutachterin in Frage zu stellen. Soweit darin am Ende ausgeführt ist "Beschriebene Hautveränderungen am Gesäß und an den Ohren konnte ich kurze Zeit nach der Begutachtung nicht nachvollziehen", lassen die angesprochenen "Hautveränderungen am Gesäß und an den Ohren" einen konkreten Bezug zu den von der Gutachterin festgestellten Mängeln (Rötung unter der rechten Achsel, eingerissene Haut am linken Fuß zwischen dem großen Zeh und den folgenden zwei Zehen, ältere und frische Kratzspuren sowie punktförmige Hautveränderungen an den Beinen, Hautrötungen im Intimbereich, rötlicher, runder Hautdefekt in der Bauchfalte links, Rötung im Kreuzbeinbereich, abgeheilter Dekubitus im Kreuzbein, zeigt sich gerötet, Fingertest negativ, rote Stelle von ca. 6 x 1 cm an der linken Hüfte, zwei Hämatome im Abheilungsprozess an der linken Hüfte, Hautrötungen am rechten Rippenbogen) nicht ohne weiteres erkennen. Unabhängig davon kann aus dem Umstand, dass Hautveränderungen "kurze Zeit" nach der Begutachtung nicht festzustellen waren, nicht die Fehlerhaftigkeit der Feststel-

lungen der Sachverständigen C. abgeleitet werden. Wie schon aus der für die Bewohnerin L. vom Kläger selbst eingereichten ärztlichen Stellungnahme der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. vom 28.06.2008 zu entnehmen ist, können auch aus medizinischer Sicht Hautprobleme, wie etwa Hämatome, Druckstellen, Dekubitus Grad I beider Fersen, diffuse Rötungen am Gesäß, Mazeration der oberen Hautschicht an der linken Gesäßhälfte, in relativ kurzer Zeit abklingen. Dass bei dem Bewohner L3. eine entsprechende Regenerationsfähigkeit nicht geben ist, ist weder vorgetragen noch aus der ärztlichen Bescheinigung oder sonst ersichtlich. Abgesehen davon lässt die völlig unbestimmte Zeitangabe in der Bescheinigung "kurze Zeit nach der Begutachtung" schon im Ansatz nicht erkennen, dass der Zeitraum zwischen der Begutachtung und der Überprüfung durch den Arzt so kurz bemessen gewesen ist, dass jegliche Regeneration ausgeschlossen werden muss, zumal im Fall der Bewohnerin L. der Zeitraum zwischen dem Besuch der Sachverständigen am 17.04. und dem Patientenbesuch der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. am 22.04.2010 lediglich vier Tage betrug und die Ärztin selbst bei einer so gering bemessenen Zeitspanne aus medizinischer Sicht das Abklingen der festgestellten Hautprobleme für möglich gehalten hat. Belange der hier in Rede stehenden Pflegedokumentation werden im Übrigen in der genannten Bescheinigung nicht angesprochen. Dass die von der Gutachterin angeordnete Abpolsterung der Auflage des Rollstuhls von dem Arzt T5. ausweislich der vorgelegten Bescheinigung abgelehnt wird – die übrigen Maßnahmen der Gutachterin (Weichlagerungsmatratze, Versorgung der Zehzwischenräume) werden von der Ablehnung ersichtlich nicht erfasst –, stellt zum einen nicht die Notwendigkeit einer Abpolsterung des Gesäßes als solche, sondern nur die Art der Ausführung in Frage, für die in der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen vom 11.07.2008 eine Lösungsmöglichkeit aufgezeigt wird, und lässt zum anderen die festgestellten Defizite unberührt. Dass die beim Besuch des Bewohners festgestellten gesundheitlichen Mängel (Bewohner sehr versteift, Rötung unter der rechten Achsel, eingerrissene Haut am linken Fuß zwischen dem großen Zeh und den folgenden zwei Zehen, ältere und frische Kratzspuren sowie punktförmige Hautveränderungen an den Beinen, Hautrötungen im Intimbereich, rötlicher, runder Hautdefekt in der Bauchfalte links, Rötung im Kreuzbeinbereich, abgeheilter Dekubitus im

Kreuzbein, zeigt sich gerötet, Fingertest negativ, rote Stelle von ca. 6 x 1 cm an der linken Hüfte, zwei Hämatome im Abheilungsprozess an der linken Hüfte, Hautrötungen am rechten Rippenbogen) Eingang in die Pflegedokumentation gefunden haben, ist nicht ersichtlich.

B) Sachverständige F. Gutachten, mit Schriftsatz vom 9.06.2009 übersandt, ergänzende Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.2009

1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand: Reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, BMI 34, 1 = Adipositas I – II Grades, MNA nicht anwendbar: 21,5 = Risiko der Unterernährung trotz erheblichen Übergewichts, in den Reaktionen verlangsamt, seit Absetzen des Neuroleptikums zur Bekämpfung des Juckreizes wirkt er wacher, reagiert adäquat, antwortet sinnvoll auf einfache Fragen, kann keine vollständigen Sätze bilden, folgt Anweisungen, deutliche Hautreaktionen auch bei geringem Druck, verkrustete Bläschen an Nacken und Schultern, Achselhöhle rechts gerötet 9x 5 cm, zwei aufgerissene Hautfalten, Hautrötung rechtes Handgelenk/Radius 6 x 6 cm, Kratzstreifen linke Schulter, aufgekratzte Blase am linken Unterarm, Riefen in den Fingernägeln, auf- bzw. abgerissen bis ins Fleisch, Skrotum (Hodensack) gerötet, aufgeschuete Blase rechte Gesäßhälfte, vernarbtes tiefes Dekubitalulcus am Steiß, Haut an beiden Beinen extrem gespannt, glänzend, Kratzspuren am rechten Oberschenkel, Leistenbereich, beiden Knien, am rechten Unterschenkel aufgekratzte, blutende Bläschen, Ferse und Außenknöchel rechts gerötet, linke Hüfte gerötet und angeschwollen, Kratzspuren, Haut des linken Beines und Fußes sehr trocken, alte reizlose Narbe am linken Knie, fraglich, ob durch eine Intensivierung der Pflege eine Zustandsverbesserung erreicht werden kann, denkbar sind pflegerische Maßnahmen wie Nahrungsumstellung zur Gewichtsreduktion, eiweißreiche Kost zur Milderung der Ödeme, Hochlagerung der Beine, auf jeden Fall sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der mentalen Fähigkeiten erforderlich.

2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation: Erhebliche Mängel, enthält Akten anderer Bewohner, Kommunikation ist von den behandelnden Ärzten nicht abgezeichnet, Pflegeplanung lässt erkennen, dass der Pflegeprozess nicht beherrscht wird, AEDL 1 Kommunizieren können Problem: "Sehen,

hören, verstehen sind stark eingeschränkt aufgrund seiner Grunderkrankung – zeitweise kann er Gesagtes nicht umsetzen", Aphasie (Sprachstörung) wird nicht genannt, Sehen ist eingeschränkt durch Sehfehler, Hören ist eingeschränkt durch Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr und wiederholt auftretende Schmalzpfröpfe, dass er Gesagtes nicht umsetzen kann, ist auf die Demenz zurückzuführen, AEDL 1 Kommunizieren können Problem: "Wird verbal öfters aggressiv im Verhalten, sehr laut, ist dann wesensverändert, hört zur Zeit schlecht durch Ohrenschmalz in beiden Gehörgängen", zuerst kommt die Wesensveränderung – Folge davon sind auffällige Verhaltensweisen, unzulässige Verbindung verschiedener Ursachen, AEDL 1 Kommunizieren können Maßnahme: "Bekommt Ohrentropfen", Zusammenhang zwischen Ohrentropfen und Aggression nicht nachvollziehbar, AEDL 2 Sich bewegen können Problem: "leidet oft unter Hautrötungen", hier gehören die Bewegungseinschränkungen durch Hemiparese, Kontrakturen, Adipositas usw. hin, dann wäre auch eine angemessene Maßnahmeplanung möglich, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Problem: "kleine rote verstreute Punkte", Ursachen und Folgen sind nicht eindeutig, Wechsel in der Bezeichnung der Wundart, dadurch Verlauf nicht nachvollziehbar, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Problem: "Hat das rechte Bein dicker wie das linke", Ziel: "Keine Wassereinlagerungen", und Maßnahme: "Anweisung 17/20, 2 x mtl. wiegen, Pütterverband, mtl. BMI, mtl. MNA", hier erhebt sich die Frage, wie es zu den extremen Einlagerungen kommt, die durchaus die Ursache der Bläschen und des Juckreizes sein können. Denkbar ist z.B. eine venöse Insuffizienz, der venöse Rückfluss würde in diesem Fall durch den Pütter-Verband unterstützt, die Anweisung 17 (=Standard Diabetes mellitus) und 20 (Standard RR-Messung) kann in diesem Zusammenhang nicht eingeordnet werden, die monatliche Ermittlung des Gewichts führt nicht weiter, wenn keine Problematisierung erfolgt, BMI und MNA stehen in keinem Zusammenhang mit dem Problem und dem gesetzten Ziel, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Maßnahme: "Intertrigoprophyllaxe", Maßnahme nicht weiter ausgeführt, AEDL 4 Sich pflegen können Problem: "kann selbst keine Mundpflege durchführen" und Maßnahme: "Morgens bei der Körperpflege wird Mundwasser gerichtet. H. K. angeleitet zum Gurgeln und danach werden seine Zähne wieder eingesetzt", geplante Maßnahme steht im Wider-

spruch zum genannten Problem, Gerontopsychiatrische Informationssammlung AEDL AEDL 2 Sich bewegen können Problem: "Hemiparese re Arm, re Bein, Kontrakturen re Arm, re Bein", Ausprägung/dadurch entstehende Einschränkungen nicht beschrieben, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten "Neigt zu Kratzstellen, oberflächlichen Hautdefekten", Zusammenhang mit vitalen Funktionen nicht ersichtlich AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten "Wasseransammlung in den Beinen", keine Maßnahmeplanung AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten "Adipositas erfasst", keine Maßnahmeplanung AEDL 4 Sich pflegen können "Kann elektr. Rasierer selbst benutzen, kann gurgeln", wird in der Pflege nicht umgesetzt, AEDL 5 Essen und trinken können "Hat kein persönliches Sättigungsgefühl, isst zeitweise mit den Fingern", als Verhaltensbeschreibung aufgenommen, keine Einordnung in die Demenzsymptomatik, keine Einbeziehung in die Planung, AEDL 9 Sich beschäftigen können "Lehnt Angebote der Beschäftigungstherapie ab, blättert oft in Zeitschriften und zerreißt diese", kann nicht zutreffen, denn in der Angebotsplanung werden mtl. zwischen 6 und 17 Aktivitäten genannt, AEDL 10 Sich als Mann/Frau fühlen können "tlw. unkontrolliertes Verhalten bei pflegerischen Tätigkeiten", Verhaltensbeschreibungen müssen eindeutig sein, AEDL 11 Für Sicherheit sorgen können "Äußert kein Unwohlsein bei Schmerzen", was ist unter Unwohlsein zu verstehen, steht im Widerspruch zu AEDL 13 "äußert Schmerzen", Bewegungsplan: "Dekubitusrisiko nach Braden-Skala gering", Braden-Skala auf den Bewohner nicht anwendbar, Bewegungsplan Problem: "zeitweise Einschränkung von Armen und Beinen aufgrund von Diagnose", Formulierungen aufgrund von Sprachproblemen nur mit Phantasie deutbar, Bewegungsplan Risikofaktoren: "Adipositas, Wundstellen", Adipositas ist bereits vorhanden, die Wundstellen sind kein Risiko, sondern das Problem ist bereits eingetreten, Bewegungsplan: lückenhaft Ein-/Ausfahrprotokoll: Trinkmenge mit 2000 ml angegeben – meist überschritten, im Ernährungsplan beträgt das Flüssigkeitssoll 2400 ml, bei Mindermengen keine Differenz gebildet, Behandlungs- und Grundpflegenachweis: "3x tgl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Obstipations-, Intertrigo-, Sturzprophyllaxe", keine inhaltliche Ausgestaltung, das Abzeichnen erscheint automatisch zu erfolgen und ist dadurch unglaubwürdig, Berichtblatt: Enthält wiederholt Arbeitsanweisungen durch Fr. E. , diese finden sich nicht in

der Pflegeplanung wieder, werden nicht befolgt. Gegenüber den danach im Einzelnen bezeichneten Dokumentationsdefiziten greifen die Einwände des Klägers nicht durch. Soweit der Kläger auf S. 45, 4. Abs., und S. 46, 1. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags die zur Pflegeplanung AEDL 3 "Hat das rechte Bein dicker wie das linke" und zu der dokumentierten Maßnahme: "Anweisung 17/20, 2 x mtl. wiegen, Pütterverband, mtl. BMI, mtl. MNA" erfolgte Stellungnahme der Gutachterin, hier erhebe sich die Frage, "wie es zu den extremen Einlagerungen kommt, die durchaus die Ursache der Bläschen und des Juckreizes sein können", "denkbar ist z.B. eine venöse Insuffizienz, der venöse Rückfluss würde in diesem Fall durch den Pütter-Verband unterstützt", mit der Begründung angreift, die Gutachterin setze ihre eigene Einschätzung an die Stelle derjenigen der Pflegeeinrichtung, ohne zu begründen, woher derartige Erkenntnisse resultierten, überdies würden hier auch medizinische Diagnosen spekulativ in den Raum gestellt, wozu die Gutachterin wohl kaum befugt sein dürfte, wird verkannt, dass die Gutachterin ausgehend von der Zielbeschreibung "keine Wassereinlagerungen" mit ihrer Fragestellung sinngemäß das Fehlen einer auf das Entstehen von Wassereinlagerungen ausgerichteten, ursachenbezogenen Problemerkennung und -beschreibung festgestellt hat. Dass die Ursachen für die Wassereinlagerungen in der Pflegeplanung entgegen dem Monitum der Gutachterin erfasst und berücksichtigt worden sind, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Entgegen den Ausführungen des Klägers hat die Gutachterin auch nicht ihre eigene Einschätzung "an die Stelle derjenigen der Pflegeeinrichtung" gesetzt, weil die Pflegeeinrichtung zu den Ursachen der Wassereinlagerungen gar keine Einschätzung abgegeben hatte, die Beseitigung der Wassereinlagerungen aber gleichwohl als Ziel der Pflegeplanung festgelegt hat. Der von der Gutachterin verwendete Begriff der "venösen Insuffizienz" ist entgegen der Auffassung des Klägers ersichtlich nicht als medizinische Diagnose, sondern als ein möglicher Grund für die Wassereinlagerungen verwendet worden.

Dass der Gutachterin hierzu die Befugnis fehlen soll, ist mit der spekulativen und pauschalen Behauptung "wozu die Gutachterin wohl kaum befugt sein dürfte" nicht einmal ansatzweise in einer den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügenden Weise dargelegt. Auch ist nicht ansatzweise dargelegt,

dass eine venöse Insuffizienz nicht als möglicher Grund für Wassereinlagerungen in Betracht kommen kann.

Der weitere Einwand des Klägers, die Auffassung der Gutachterin, die Braden-Skala sei zur Einschätzung des Risikos bei Herrn L3. nicht geeignet, sei nicht begründet, führt nicht weiter.

Dass die Anwendung der Braden-Skala im Fall dieses Bewohners nicht zu brauchbaren Ergebnissen bei der Dekubitus-Risikoerschätzung führt nichts anderes sollte ersichtlich ausgesagt werden, insbesondere sollte die Braden-Skala als übliches Instrument der Risikoerschätzung nicht in Frage gestellt werden, ergibt sich schon aus der Eintragung im Bewegungsplan "Dekubitusrisiko nach Braden-Skala gering"; demgegenüber ist Adipositas, also letztlich das hohe Gewicht des Betroffenen, das das Ausmaß der lokalen Druckbelastung der Gefäße über das normale Maß (bei einem BMI von über 30 sogar weit) erhöht, als Risikofaktor bei Dekubitus (Druckgeschwür) anerkannt, so dass der Widerspruch zwischen den statistischen Werten einerseits und der tatsächlichen Gefährdung andererseits offenkundig ist. Bei den weiteren allgemein gehaltenen Ausführungen hinsichtlich der Wertungen der Sachverständigen zur Unglaubwürdigkeit der Eintragungen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis ("3x tgl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Obstipations-, Intertrigo-, Sturzprophylaxe"), die Gutachterin habe nicht "im Entferntesten" mitgeteilt, worauf sie diese Einschätzung zurückführe, wird verkannt, dass eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragungen allein nicht geeignet ist, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen über die konkreten Zeitpunkte und über die Art der angeblich durchgeführten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung ("3x tgl. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen-, Obstipations-, Intertrigo-, Sturzprophylaxe"), die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden. Die Einwände des Klägers gegen die Feststellung der Gutachterin, die Formulierungen der Problemstellung im

Bewegungsplan "zeitweise Einschränkung von Armen und Beinen aufgrund von Diagnose" seien "aufgrund von Sprachproblemen nur mit Phantasie deutbar", greifen nicht durch. Es ist gerade die Aufgabe der Sachverständigen gewesen, die Einhaltung der Anforderungen an eine ordnungsgemäße Pflegedokumentation festzustellen. Zu den Anforderungen gehört auch, wie oben dargelegt, dass aus den Unterlagen der Pflegedokumentation jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses in all seinen Schritten in geeigneter, leicht nachvollziehbarer Form ablesbar sein muss.

Ein – wie hier – schwer bzw. gar nicht verständliches Bewegungsprotokoll entspricht ersichtlich nicht diesem heimrechtlichen Standard. Dass nach der Einschätzung der Gutachterin die Problemstellung " ... mit Phantasie deutbar" ist, ließe das festgestellte Dokumentationsdefizit nur dann entfallen, wenn die Ausführungen im Wege der "Deutung" ohne weiteres einen hinreichend bestimmten sinntragenden Gehalt ohne einen pflegerelevanten Deutungsspielraum erkennen ließen. Dies ist jedoch weder dargelegt noch sonst ersichtlich.

**IX. Bewohnerin H1. Q1. (k)owski, geb. 15.01.1934, Aufnahme am 31.10.1996** Sachverständige C. , Tag der Feststellung 16. u. 17.04.2008, Gutachten vom 23.04.2008, Stellungnahme vom 11.07.2008

**1) Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Pflegestufe III, Apoplex, Diabetes mellitus, Demenz, Stuhl- und Harninkontinenz, 168 cm groß, bei Aufnahme 71 kg, BMI 25,2, am 01.04.2008 45,3 kg, BMI 16,1, die Bewohnerin liegt im Bett auf einer Wechseldruckmatratze, die nicht das Gewicht anzeigt, die Bettgitter sind hochgestellt, die Zunge zeigt sich belegt, die Inkontinenzschutzvorlage ist nicht fachgerecht vorgelegt, so dass der Bettenschutz stark eingenasst ist, an der linken Ferse liegt ein abgeheilter Dekubitus vor, an dieser Stelle wird eine Verhärtung gefühlt, die Bewohnerin berichtet über Hunger und Schmerzen, sie erhält als Schmerztherapie 1 Tbl. Novalis am Tag.

**2) Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Pflegeplanung "Essen und Trinken" vom 24.10.2007, nicht aktualisiert, keine Reaktion auf den Gewichtsverlust, Zielbeschreibung "kein Gewichtsverlust mehr", unrealistisch, Ernährungsplan vom 20.09.2006, Ernährungsplan lückenhaft (z.B. 11., 12. und

15.04.2008), Trinkprotokoll lückenhaft (04., 05., 06., 13. und 16.04.2008), freiheitsentziehende Maßnahmen: Einwilligung der Bewohnerin zu Bettgittern liegt vor (24.10.2007), eine Einwilligung des Betreuers (Gesundheitsfürsorge) ist nicht dokumentiert, in der Pflegeplanung zum Pflegeproblem "Dekubitus" fehlt die Zielbeschreibung, der Lagerungsplan enthält Lücken im Nachtdienst, bei Dekubitusrisikerkennung anhand der Braden-Skala am 15.04.2008 10 Punkte erreicht, welches ein hohes Risiko darstellt, Wunddokumentation lückenhaft (Abtrag eines Stücks des Nagels am 11.04.2008), zum Umgang mit Kontrakturen konnte in der Dokumentation kein Hinweis gefunden werden. Die auf S. 9, 5. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags erfolgten Ausführungen lassen die festgestellten Mängel unberührt. Soweit die Bedeutung der festgestellten Mängel mit der pauschalen Formulierung relativiert werden soll, die Gutachterin habe "lediglich" die "nicht vollkommene Lückenlosigkeit" der ansonsten vorhandenen Pflegeplanung und der vorhandenen entsprechenden Dokumente zu deren Umsetzung gerügt, bleibt dies ohne Erfolg. Abgesehen davon, dass es sich bei den festgestellten – und in der Begründung des Zulassungsantrags als solche auch nicht in Frage gestellten – Lücken im Ernährungsplan, im Trinkprotokoll und im Lagerungsplan nur um einen Teil der festgestellten Dokumentationsmängel handelt, und die weiteren Defizite somit nicht von den Darlegungen erfasst werden, handelt es sich angesichts der bei der Bewohnerin festgestellten Probleme (Gewichtsverlust, Kontrakturen, hohes Dekubitusrisiko) um Lücken in zentralen Pflegebereichen, die die einzelnen durchgeführten Pflegemaßnahmen nicht erkennen lassen. Die ergänzenden Ausführungen ab S. 21, 6. Abs., der Begründung des Zulassungsantrags führen hier ebenfalls nicht zur Zulassung der Berufung. Die pauschale Behauptung, der behandelnde Arzt Dr. F2. , habe im Zuge einer nachträglichen Untersuchung festgestellt, dass die "im Zuge der Überprüfung wohl nur mündlich geäußerte Vermutung, es liege ein Dekubitus vor, sich nicht halten" lasse, ist mangels jeglicher Substanz nicht geeignet, die Dekubitusfeststellung – und nicht bloße Vermutung – der Gutachterin zu entkräften. Die insoweit in Bezug genommene Stellungnahme von Dr. med G. F2. vom 18.06.2008 ist nicht geeignet, die Feststellungen der Gutachterin zu entkräften. Die Stellungnahme, die ausdrücklich "nicht auf Einzelheiten des Berichts" eingeht, sondern sich in pauschalen

Wertungen erschöpft (z.B. "halte ich für einen Willkürakt", "die Begründung und Einschätzung meiner Patientin H1. Q2. ist an vielen Stellen falsch und man merkt in keiner Weise, dass der Begutachter gewillt war, in Rücksprache mit den Pflegekräften ein objektives Bild der Patientin zu zeichnen", "Ich möchte in diesem Bereich nicht auf Einzelheiten des Berichts eingehen, aber ganz allgemein gesprochen, möchte ich behaupten, dass hier jemand nicht in der Lage ist, seinen Job als Gutachter in angemessener Weise auszuführen"), lässt nicht einmal ansatzweise konkrete Umstände erkennen, die die Sach- und Fachkunde der Gutachterin in Frage stellen könnten. In Ermangelung sachlicher Kritikpunkte war der Gutachterin in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 11.07.2008 eine sachbezogene Entgegnung nicht möglich. Soweit gegenüber der Feststellung der Gutachterin, eine Reaktion auf den Gewichtsverlust hätte zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen müssen, auf die Erklärung der Tochter J. K2. vom 12.04.2008 verwiesen wird, wonach die Tochter eine PEG-Legung (Sonde zur künstlichen Ernährung) "zur Zeit" ablehne, folgt daraus gerade nicht ein frühzeitigeres Bemühen, die bereits im Jahr 2007 festzustellende fortschreitende Gewichtsabnahme (71 kg bei der Aufnahme am 31.10.1996, 06.01.2007: 65,2 kg, 05.02.2007: 63 kg, 02.03.2007: 62,2 kg, 08.04.2007: 59 kg, 04.06.2007: 60,5 kg, 19.06.2007: 58,6 kg, 10.12.2007: 50,1 kg [Gewichtsverlust in Höhe von 8,5 kg in rd. einem halben Jahr], 31.12.2007: 49,8 kg) pflegerisch zu bewältigen. Dass angesichts dieser evidenten Entwicklung das offenkundig so nicht zu erreichende Pflegeziel "kein Gewichtsverlust mehr" und der offenbar unveränderte Ernährungsplan vom 20.09.2006 im Sinne des Regelkreismodells einer Überprüfung unterzogen worden sind, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Ob das Legen einer PEG die einzige erfolgreiche Maßnahme gegen den Gewichtsverlust darstellt, kann dahinstehen. Der diesbezügliche Hinweis lässt die von der Gutachterin festgestellte Notwendigkeit eines frühzeitigeren pflegerischen Einsatzes und der Revision der insoweit einschlägigen Dokumentation nicht entfallen. Zudem lässt sich der vorgelegten Bescheinigung lediglich entnehmen, dass das Legen einer PED von der Tochter "zur Zeit", mithin – ausgehend von der Unterschrift am 12.04.2008 – im April 2008 abgelehnt wird. Dass das Legen einer PED zu einem früheren Zeitpunkt, etwa schon im zweiten Halbjahr 2007, abgelehnt worden wäre, lässt sich der

Bescheinigung nicht entnehmen, zumal die Tochter eine Begründung dafür, ihrer Mutter die PED (als nach den Darlegungen des Klägers einzig erfolgsversprechende Maßnahme gegen den Gewichtsverlust) vorzuenthalten, nicht gegeben hat.

Soweit der Kläger die von der Gutachterin festgestellte fehlende Dokumentation der Einwilligung der Betreuerin in das Hochstellen des Bettgitters mit der pauschalen Darlegung angreift, hier liege keine Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt vor, kann dies nicht nachvollzogen werden; eine Kopie des Beschlusses über die Anordnung der Betreuung, aus dem sich die Art der Betreuung hätte entnehmen lassen können, wurde nicht vorgelegt. Der Hinweis auf den Beschluss des Amtsgerichts vom 20.04.2004 – 11 XVII 71/00 –, in dem festgestellt wird, dass derzeit die Anbringung von Bettgittern keiner vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung nach § 1906 Abs. 4 BGB bedürfe, da die Betroffene das Bett ohnehin nicht mehr aus eigener Kraft verlassen könne und mit der Anbringung von Bettgittern daher keine Freiheitsentziehung verbunden sei, und außerdem die Betroffene selbst die Anbringung der Bettgitter wünsche, lässt keinen Rückschluss auf die Art der Betreuung zu. Abgesehen davon lässt sich dem in Bezug genommenen Beschluss des Amtsgerichts lediglich entnehmen, dass "derzeit", d.h. mit Blick auf das Beschlussdatum im April 2004, das Anbringen von Bettgittern keiner vormundschaftlichen Genehmigung bedarf; ob dies auch für den hier relevanten Zeitraum gegolten hat, ist nicht in einer den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügenden Art und Weise dargelegt.

Dass der – nicht substantiiert in Frage gestellte – Einwilligungsvorbehalt bei Maßnahmen nicht gilt, die unterhalb der Schwelle der Freiheitsentziehung angesiedelt sind, ist ebenfalls weder dargelegt noch sonst ersichtlich.

Die weitere Rüge des Klägers, die gutachterliche Feststellung, in der Wunddokumentation für den Großzeh links sei kein Hinweis darüber gefunden worden, dass der behandelnde Arzt am 11.04.2008 ein Stück des Nagels abgetragen habe, sei unzutreffend und nur auf eine mangelhafte Überprüfung der Dokumentationsunterlagen zurückzuführen, greift nicht durch. Der insoweit vorgebrachte Hinweis auf die – im Übrigen nicht vom Arzt abgezeichnete – Eintragung im "ärztlichen Kommunikations-

blatt" unter dem 11.04.2008 "Dr. F3. → Nagel außen teilw. abgetragen → soll harnstoffhaltige Salbe auf d. Zehnnagel aufgetragen werden, Wechsel alle 5 Tage", und auf den Eintrag auf dem Blatt "Verbandtechnik nach ärztlicher Anordnung" vom 12.04.2008 "Harnstoffhaltige Salbe auf Zehennagel auftragen – luftdicht verbinden – Wechsel alle 5 Tage" lässt die Feststellung der Gutachterin, in der Wunddokumentation fehle der Hinweis auf die Abtragung des Nagels unberührt. Dass sich an anderer Stelle der Dokumentationsunterlagen ein Hinweis auf die Abtragung des Nagels und die weitere Behandlung findet, bei der Feststellung des aktuellen Wundstandes also auf weitere – in der Wunddokumentation offenkundig nicht näher bezeichnete – Blätter der Dokumentation zurückgegriffen und deren Aussagegehalt zusammengeführt werden muss, erfüllt nicht den Standard einer leicht nachvollziehbaren Dokumentation, in der jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ablesbar ist.

Auch der Angriff des Klägers gegen die Feststellung der Gutachterin, die Bewohnerin habe berichtet, Hunger und Schmerzen zu haben, bleibt ohne Erfolg.

Der **Hinweis des Klägers, die Bewohnerin habe vor der um 09.30 Uhr erfolgten Begutachtung um 08.30 Uhr gefrühstückt**, ist nicht geeignet, die gegenüber der Gutachterin getätigte Aussage der Bewohnerin, sie habe Hunger, in Frage zu stellen. Dass das "Frühstück" so bemessen gewesen und in einer Weise verabreicht worden ist, dass ein Hungergefühl der Bewohnerin auszuschließen ist, ist nicht einmal im Ansatz dargelegt; angesichts des offenkundigen Gewichtsverlustes, der eine unzureichende Nahrungsaufnahme nahelegt, wäre dies jedoch im Einzelnen auszuführen gewesen.

Der weitere **pauschale Hinweis des Klägers auf die "fortgeschrittene Demenz"** der Bewohnerin "mit der Folge, dass Aussagen zum Hungergefühl zwar ernstzunehmen sind, jedoch nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen müssen", deutet die Möglichkeit des Fehlens des geistigen Urteilsvermögens der Heimbewohnerin lediglich an, ohne insoweit zum konkreten Stand der geistigen Leistungsfähigkeit der Bewohnerin hinreichend nachvollziehbare Angaben aufzuführen; dies vor dem Hintergrund, dass etwa die Einwilligung der Bewohnerin in das Aufstellen der

Bettgitter – auch nach Auffassung des Amtsgerichts in dem bereits genannten Beschluss – für beachtlich angesehen worden ist. Entsprechendes gilt für die Beachtlichkeit der Aussage der Bewohnerin, sie habe Schmerzen. Ansätze eines an eine solche Aussage anknüpfenden Schmerzmanagements sind im Übrigen nicht erkennbar; dass es sich um die erstmalige Äußerung der Bewohnerin über Schmerzen gehandelt hat, ist weder dargelegt noch sonst ersichtlich.

**Der Einwand des Klägers gegen die Feststellung der Gutachterin, die Bewohnerin erhalte als Schmerztherapie 1 Tbl. Novalgin am Tag, greift ebenfalls nicht durch.**

Soweit er zur Begründung auf die Dokumentation der ärztlichen Verordnung verweist, die "unverändert seit langer Zeit als Schmerzmittel ‚Tramal/Tramagit 100 Tbl.‘ als einmalige morgendliche Gabe" ausweise, wird der Unterschied zwischen der Verordnung einerseits und der von der Gutachterin getroffenen Feststellung des tatsächlich verabreichten Schmerzmittels "1 Tbl. Novalgin am Tag" verkannt. Dass die Bewohnerin entgegen der Feststellung der Gutachterin tatsächlich das Schmerzmittel nach der ärztlichen Verordnung erhalten hat, kann nicht mit der Behauptung der ärztlichen Verordnung allein belegt werden. Das in diesem Zusammenhang in Bezug genommene Dokumentationsblatt "Ärztl. Verordnung 3013 A" lässt zum Einen eine durch einen Arzt abgezeichnete ärztliche Verordnung des Medikaments "Tramal/Tramagit 100 Tbl." und zum anderen die tatsächliche Verabreichung dieses Medikaments nicht erkennen. Gegenüber der Feststellung der Gutachterin, zum Umgang mit Kontrakturen konnte in der Dokumentation kein Hinweis gefunden werden, führt der Verweis auf die Kopie des Blattes "Pflegeplanung AEDL" und die daraus in der Rubrik "Pflegemaßnahmen" ersichtlichen Eintragung "Strecken – Beugen – Passive – assistive – aktive Bewegungsübungen" nicht weiter. Dass der Gutachterin dieses Blatt seinerzeit tatsächlich vorgelegen hat, wird in der Begründung des Zulassungsantrags nicht dargelegt.

Sollten über die der Gutachterin seinerzeit vorgelegte und eingesehene Dokumentation hinaus weitere gesonderte Dokumentationsbestandteile vorhanden gewesen sein, erfordert in diesem Fall die Anforderung der leichten Nachvollziehbarkeit einer Pflegeplanung eine

eindeutige Bezugnahme auf die ausgegliederten Bestandteile und ihren jeweiligen aktuellen Standort, um sich den Inhalt ohne weiteren Verzug und ohne die Zuhilfenahme Dritter erschließen zu können.

Es ist nicht Aufgabe der Sachverständigen gewesen, die verstreuten Teile einer Pflegeplanung zusammenzuführen, sondern es war die Aufgabe des Klägers, der Sachverständigen zur Überprüfung der Ordnungsgemäßheit der Pflegeplanung diese Planung bezogen auf die jeweils überprüfte Heimbewohnerin von sich aus vollständig vorzulegen.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Überprüfungen am 16. und 17.04.2008 gerade auch durch zuvor festgestellte, unzureichende Pflegedokumentationen (vgl. die Feststellungen vom 7.11.2007 und die unter Beteiligung auch des Klägers erfolgte Festlegung der erneuten Überprüfung in der Besprechung vom 13.11.2007) veranlasst worden sind. Abgesehen davon weist die in Kopie vorgelegte Pflegeplanung als Datum das Jahr 2007 aus, so dass nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass es sich um den im Zeitpunkt des – im Übrigen u.a. im Beisein des Klägers, des Pflegedienstleiters und der stv. Pflegedienstleitung – durchgeführten Einrichtungsbesuchs der Gutachterin am 16. und 17.04.2008 bestehenden, aktuellen Stand der Pflegeplanung handelt.

Der **Hinweis des Klägers auf den Leistungsnachweis "Prophylaxen" für den Monat April 2008 und den hieraus nach seiner Auffassung ersichtlichen Beleg für die Durchführung auch der Kontrakturenprophylaxe** verkennt, dass eine – wie hier – einfache Abzeichnung in den Feldern der lediglich abstrakt bezeichneten Kategorien "Dekubitusprophylaxe, Kontrakturenprophylaxe, Obstipationsprophylaxe, Soor-/ Parotitisprophylaxe, Intertrigoprophyllaxe" allein nicht geeignet ist, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen.

Fehlt es an weitergehenden Eintragungen, etwa über die konkreten Zeitpunkte der angeblich vorgenommenen "Kontrakturenprophylaxe" sowie die Beschreibungen der zur angeblichen "Kontrakturenprophylaxe" durchgeführten konkreten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Kategorie "Kontrakturenprophylaxe", die tatsächliche Durch-

führung der Maßnahme nicht abgeleitet werden. Dass die Vielzahl der festgestellten Hautveränderungen am rechten Unterarm, im Bereich des Rückens, im Kreuzbeinbereich und am linken Unterschenkel, sowie die 9 festgestellten Hämatome Eingang in die Pflegedokumentation gefunden haben, ist nicht ersichtlich.

#### **X. Bewohnerin N. T6. , geb. 26.03.1924, Aufenthalt ab 24.11.2003**

Sachverständige F. Gutachten, mit Schriftsatz vom 9.06.2009 übersandt, ergänzende Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.2009

1) **Sachverständige Feststellungen zum Pflegezustand:** Pflegestufe I, Diagnose: Hirnminderleistung nach Schlaganfall, M. Parkinson, Pflegezustand zufriedenstellend, guter Allgemeinzustand und Ernährungszustand, Orientierung voll vorhanden, keine Demenz, MNA unauffällig, Hautzustand altersentsprechend normal, Talg in den Zehenzwischenräumen (wird nur einmal wöchentlich beim Duschen gewaschen), Unterarme gebräunt, pergamentartig, alle Körperfalten intakt, livide Verfärbung der Füße, starke Gefäßzeichnung im Knöchelbereich, Verhornung am linken Großzeh, Hühnerauge am rechten Kleinzeh, geht etwas unsicher mit dem Rollator, da sie Angst vor einem Sturz hat, Feinmotorik der Hände eingeschränkt durch Tremor und Verkrümmungen der Finger.

2) **Sachverständige Feststellungen zur Pflegedokumentation:** Ärztliche Kommunikation und Verordnungen sind nicht vom behandelnden Arzt abgezeichnet, Pflegeplanung AEDL AEDL 1 Kommunizieren können Sehen – schlecht, hat Brille, Hören – gut, deutlich, sprechen, Tasten – Tremor Feinmotorik leicht gestört, Schmecken – süß, ohne Auffälligkeiten, Riechen – normal, Bewertung: Guter Wille erforderlich, um diese Pflegeplanung zu verstehen, Maßnahme: "Zeit zum Antworten geben, im Gespräch ernst nehmen, pflegerische MN erklären, über Sinn und Zweck von MN informieren, anleiten warum Brille benutzt sein muss, Bewertung: Absolute Selbstverständlichkeiten gehören nicht in die Pflegeplanung, AEDL 2 Sich bewegen können Problem: Start, Stoppschwierigkeiten, unkoordiniert, Ziel: Start, Stoppschwierigkeiten sind koordiniert, Maßnahme: je Befinden bekommt sie Hilfestellung beim Aufstehen, beim Gehen, Hinsetzen, Bewertung: Dies sind Symptome des

M.Parkinson, das gesetzte Ziel ist nicht erreichbar, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Problem: Speichelfluss, Ziel: Reduzierung, Maßnahme: Taschentücher, Bewertung: Zusammenhang mit Vitalfunktionen nicht ersichtlich, Ziel nicht erreichbar, Maßnahmen zutreffend, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Problem: Hühnerauge, Bewertung: Gehört nicht zu den Vitalfunktionen, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten 373 Problem: Kann Vitalwerte nicht durchführen, Bewertung: Unverständlich AEDL 4 Sich pflegen können Maßnahme: Pflegeutensilien bereitstellen, Hautzustand beachten, Bewertung: Absolute Selbstverständlichkeiten aufgeführt, AEDL 4 Sich pflegen können Problem: Erkennt die Gefahr nicht bei zu langem Sonnenbad, Bewertung: Aus den Berichten ist nicht ersichtlich, dass die Bewohnerin jemals einen Sonnenbrand oder Sonnenstich hatte AEDL 5 Essen und trinken können Problem: auf Flüssigkeitszufuhr achten, Maßnahme: Getränke griffbereit stellen, Essenszeiten angeben, Bewertung: Absolute Selbstverständlichkeiten aufgeführt, die Essenszeiten der Einrichtung gehören nicht in den Pflegeplan, AEDL 7 Sich kleiden können Bewertung: Die Maßnahmenplanung beinhaltet die selbstverständlich fachgerechte Vorgehensweise beim Anziehen von Antithrombosestrümpfen, AEDL 11 Für Sicherheit sorgen können Bei Sturz- und Thrombosegefahr als Maßnahme die Braden-Skala genannt, Bewertung: Die Braden-Skala dient der Erkennung des Dekubitusrisikos, es besteht kein Zusammenhang mit Sturz- oder Thrombosegefahr. AEDL 13 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können Problem/Ressourcen: Äußert keinen Ängste, z.B. spricht nicht über Bestattungswünsche, Ziel: kennt Möglichkeiten, mit Angst umzugehen, Bewertung: Dem Stammblatt ist zu entnehmen, dass eine Beisetzungsverfügung vorliegt, ansonsten ist unverständlich, wie diese Planung zustande gekommen ist, Aktuelle Pflegeplanung AEDL AEDL 1 Kommunizieren können Problem: Gestörte Feinmotorik, Tremor, Bewertung: Gehört nicht hierher, AEDL 2 Sich bewegen können Ziel: Regelmäßige Bewegungen kontrakturgefährdeter Gelenke, Bewertung: Kein Problem dazu vorhanden, dies ist kein Ziel, sondern eine Maßnahme, die genannten Maßnahmen sind allgemeingültig, nicht individualisiert, AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten Ziel: Gefährdung frühzeitig erkennen, Maßnahme: Pneumonieprophylaxe nach Standard, Bewertung: Jeder Standard muss dem individuellen Bedarf angepasst

werden, AEDL 4 Sich pflegen können Bewertung: Selbstverständlichkeiten geplant, wie z.B. Intimsphäre wahren, Hautzustand beobachten, AEDL 5 Essen und Trinken können Problem: Ernährungszustand gering, unter Maßnahmen Essenszeiten angeben, AEDL 6 Ausscheiden können Standard 5, Kontinenztraining, Bewertung: Die Maßnahmen müssen individualisiert werden, AEDL 6 Ausscheiden können Problem: Erreicht die Toilette nicht schnell genug, verliert tropfenweise Urin, Ziel: Nimmt Hilfe an, erreicht rechtzeitig die Toilette, Kontinenztraining fördern, Maßnahmen: Toilettengänge unter Beaufsichtigung durchführen, Vorlagenkontrolle, auf pathologische Beimengungen achten, Intimpflegeschutz wahren, Bewertung: Die Ziele passen nicht zum genannten Problem, die Maßnahmen führen – von Verständnisproblemen abgesehen – nicht zu den genannten Zielen, AEDL 7 Sich kleiden können Maßnahme: Morgens im Bett nach Ausstreichen Herzrichtung, Bewertung: Das ist die selbstverständliche Vorgehensweise beim Anziehen von Antithrombosestrümpfen und gehört nicht in die Pflegeplanung, AEDL 9 Sich beschäftigen können Maßnahmen: Information über Angebote, Interessen werden erfragt, Teilnahme erfragen, Begleitung zu Beschäftigung angeboten, Kontakte ermöglichen, Bewertung: Selbstverständlichkeiten fließen in die Pflegeplanung ein, AEDL 11 Für Sicherheit sorgen können Problem: erkennt, nimmt Problem nicht ernst an, z.B. Sturzgefahr, Rauchen im Zimmer, Ziel: findet sich zurecht, erkennt Feuergefahr, Maßnahme: Dekubitusgefahr einschätzen, abends 20.00 Uhr, Daumen-druckkontrolle, Bewertung: Zusammenhang nicht ersichtlich AEDL 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern können Problem: Raucht gerne und trinkt Alkohol, Gefahr zu einem Brand ist groß, Bewegungsprobleme durch Alkoholgenuss, Maßnahme: Standard 2, gebeten nicht übermäßig Alkohol zu sich zu nehmen, vermehrte Kontrollgänge, Bewertung: In der Informationssammlung steht, dass die Bewohnerin gelegentlich 1 oder 2 Gläschen trinkt, ich habe nachgefragt, ob sie jemals alkoholisiert aufgefallen ist, das ist nicht der Fall, die Bewohnerin wird grundlos zur Alkoholikerin abgestempelt, Gerontopsychiatrische Informationssammlung AEDL, Bewertung: Seit 2006 ohne Veränderungen, jedoch immer wieder neu geschrieben, Sturzprotokoll/Sturzrisikofaktoren Alkoholabusus in Maß, Bewertung: Alkoholabusus kann nicht in Maßen erfolgen, Wunddokumentation Bewertung: Auch bei minimalen Defekten geführt, Ein-/Ausfahrprotokoll, Be-

wertung: Bei Mindermengen keine Differenzbildung Behandlungs- und Grundpflegenachweis "3 x tgl. Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Soorprophylaxe", Bewertung: Routinemäßig abgezeichnet und damit unglaubwürdig Behandlungs- und Grundpflegenachweis mundgerechte Zubereitung, Bewertung: Notwendigkeit nicht ersichtlich, MNA Bewertung: Ein Bogen wird mit unterschiedlichen Werten doppelt geführt Pflegevisite "Am 16.07.08 erhielt Frau S. die Gerontoanamnese .. um eine neue aktuelle Pflegeplanung ab Juli 07 unter der erkannten Validation durchzuführen. Frau S. evaluiert stets nach Stand März 07 die alte Rechnung", Bewertung: Bemerkung unverständlich. Die Begründung des Zulassungsantrags auf S. 48, 4. Abs., – "Einen zufriedenstellenden Pflegezustand attestiert das Gutachten auch mit Blick auf Frau T6. , die allerdings offenbar mit der Versorgung und Zuwendung zumindest subjektiv nur eingeschränkt zufrieden ist" – lässt die festgestellten Dokumentationsmängel unberührt. Dies gilt u.a. auch für die Eintragungen im Behandlungs- und Grundpflegenachweis "3 x tgl. Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Soorprophylaxe".

Wenn diese wegen der erkennbar routinemäßigen Abzeichnung als unglaubwürdig eingestuft werden, handelt es sich um ein den Kernbereich der Pflegedokumentation in ihrer dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bewohner dienenden Funktion betreffendes gravierendes Defizit.

Wie bereits ausgeführt, ist eine einfache Abzeichnung der hier in Rede stehenden und im Gutachten wörtlich wiedergegebenen pauschalen Eintragungen allein nicht geeignet, die nach dem Dokumentationsstandard erforderliche, in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht konkretisierte, individualisierte Durchführung (Leistungsnachweis) zu belegen. Fehlt es an weitergehenden Eintragungen über die Art und über die konkreten Zeitpunkte der angeblich dreimal bzw. zweimal täglich durchgeführten Maßnahmen, kann aus der Abzeichnung lediglich der allgemeinen Beschreibung "3 x tgl. Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Intertrigo-, Soorprophylaxe", die im Übrigen eher der Maßnahmeplanung als der Durchführung der Maßnahme zuzuordnen ist, die tatsächliche Durchführung der Maßnahme nicht abgeleitet werden.

**Die danach im Rahmen des Zulassungsverfahrens bei einer signifikant hohen Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner des vom Kläger geleiteten Heims "Haus S. " durchgehend festzustellenden gravierenden Dokumentationsdefizite indizieren zugleich die unzureichende Organisation und Eignung der Leitung sowie der eingesetzten Pflegefachkräfte (§ 11 Abs. 2 Nr. 2 HeimG).**

Soweit der Kläger mit Schriftsatz vom 11. August 2010 auf das Ergebnis des auf der Grundlage einer Überprüfung vom 9. Februar 2010 erstellten **Transparenzberichts** verweist, kommt diesem Vortrag im Zulassungsverfahren wegen der Versäumung der Frist des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO keine rechtliche Bedeutung zu; eine Wiedereinsetzung nach § 60 Abs. 1 VwGO kommt mit Blick auf § 60 Abs. 2 Satz 1 VwGO schon deshalb nicht in Betracht, weil ausweislich des genannten Schriftsatzes der Transparenzbericht dem Kläger bereits Ende April 2010 vorlag, der Bericht jedoch ohne Angabe von Hinderungsgründen erst im August 2010 dem Gericht zur Kenntnis übermittelt worden ist.

Unabhängig davon sind die ausgewiesenen Ergebnisse – abgesehen von der ohnehin in dem hier maßgeblichen Zusammenhang unbeachtlichen Mittelwertbildung für den jeweiligen Qualitätsbereich – nicht ohne weiteres geeignet, einen Rückschluss auf eine nunmehr evident durchgehend ordnungsgemäß geführte Pflegedokumentation zu ermöglichen, weil schon die schmale Beurteilungsgrundlage von lediglich max. 5 überprüften Personen von insgesamt 19 Bewohnern eine derartige Annahme nicht trägt.

Darüber hinaus wird die Frage der ordnungsgemäßen Pflegedokumentation nicht über einen eigenen Qualitätsbereich erfasst und die Feststellungen in den erfassten Qualitätsbereichen (B1: Pflege und medizinische Versorgung, B2: Umgang mit Demenzkranken Bewohnern, B3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, B4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene, B5: Befragung der Bewohner) lassen, wenn sie denn überhaupt die Dokumentation betreffen, allenfalls mittelbare und auch nur rudimentäre, unzureichende Erkenntnisse zu.

**Wie das Verwaltungsgericht ebenfalls zutreffend entschieden hat, waren hier i.S.d. §**

### **19 Abs. 1 HeimG Anordnungen nach § 17 HeimG nicht ausreichend.**

Bereits am 21. November 2005 hatte im "Haus S." eine Pflegequalitätsprüfung stattgefunden, in der von der Gutachterin C. der Pflegestand und die Pflegedokumentation bei drei Heimbewohnerinnen (Frau L4., Frau C3. und Frau Q3.) ermittelt wurden. Diese im Beisein der damaligen Pflegedienstleiterinnen Frau E. und Frau T7. sowie der Pflegefachkraft Frau I1. durchgeführte Überprüfung förderte in allen drei Fällen gravierende Dokumentationsdefizite zutage, die in der Abschlussbesprechung auch gegenüber dem Kläger dargelegt wurden. In der hierauf unter dem 6. Dezember 2005 mit einer Zwangsgeldandrohung erlassenen, sofort vollziehbaren – und vom Kläger nicht angefochtenen – Ordnungsverfügung werden diese wie folgt zusammengefasst: "Die gesichteten Pflegedokumentationen waren für einen Außenstehenden nicht nachvollziehbar. So war z.B. als Pflegeproblem Grippeschutzimpfung, als Ziel: nicht an Gr erkranken, als Maßnahme: Impfung, dokumentiert. Immer wieder wurden Krankheiten als Pflegeproblembeschreibung genutzt. Die einzelnen Probleme und Ressourcen waren nicht einzelnen AEDL's zugeordnet. Der Inhalt Pflegeplanungen ergänzte sich nicht und gab kein umfassendes Bild der Bewohner, sonde Aussagen wiederholten sich immer wieder. Die geführten Pflegeplanungen sind nicht immer in Zusammenhang mit den geführten Durchführungsnachweisen zu bringen.

Es wurde zum Beispiel nicht klar, wann u wie ein Beutel eines Blasenverweilkatheters geleert wurde. Pflegeziele sind größtenteils oberflächlich beschrieben, teilweise fehlen diese auch völlig.

**Die beschriebenen Pflegemaßnahmen sind verwirrend und nicht handlungsanweisend. Flüssigkeitspläne werden geführt.** In einem Fall war eine andere Flüssigkeitsmenge als Zielmenge in der Pflegeplanung festgelegt als auf dem Flüssigkeitsplan. In einem Fall war eine Ernährungspumpe vorhanden, ohne nochmalige Rücksprache mit dem behandelnden Arzt waren Anordnungen und Menge dem Entlassungsbericht des Krankenhauses entnommen worden. Zusätzlich wurde die Bewohnerin oral ernährt, über d Menge wurden jedoch keinerlei Aussagen getroffen. Weiterhin war die Indikation der PEG-Sonde, Lagerung, Sondengabe, Mundpflege, Bolusgabe und wie mit dem Verband d PEG Eintrittsstellen verfahren werden soll, nicht dokumentiert. Regelmä-

ßige, mindestens monatliche Gewichtskontrollen waren nicht nachvollziehbar.

In einem Fall wurde lediglich im November 2005 das Gewicht mit 46,5 kg ermittelt. Bei einer Größe von 165 cm liegt der BMI bei 17 kg/qm. Zum Umgang mit Inkontinenz-Material wurden keine Angaben gemacht. Es standen lediglich drei verschiedene Vorlagen zur Verfügung (eine größere und zwei kleinere), was a nicht ausreichend bewertet werden muss. Eine Bewohnerin wird nachts alle 1 ½ Stunden geweckt und auf den Toilettenstuhl gesetzt, so dass die Nachtruhe nicht gesichert ist und e gestörter Tag- und Nachtrhythmus konsequenterweise entstehen muss." Entgegen der Auffassung des Klägers war der Tenor der Ordnungsverfügung nicht unbestimmt und damit rechtswidrig. Zwar wurde in der Ordnungsverfügung unter Nr. 1 dem Kläger aufgegeben, "Ab sofort, das heißt ab dem Tag der Zustellung dieser Ordnungsverfügung muss damit begonnen werden, für sämtliche pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner des Altenpflegeheimes "Haus S." in I. -V., S. 43, individuelle Pflegeplanung aufzustellen.

Diese Pflegeplanungen müssen insbesondere eine angemessene Qualität vo Betreuung und Pflege nach dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnis und den anerkannten Pflegestandards beinhalten und die Umsetzung der Pflege dokumentieren mit dem Ziel, die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Ihnen Anvertrauten dauerhaft zu sichern. Innerhalb von drei Monaten nach Zustellung dieser Ordnungsverfügung muss die Umsetzung der Maßnahme abgeschlossen sein".

**Diese Anordnung allein, die sich im Wesentlichen auf die Wiedergabe des Gesetztextes beschränkt, begegnet sicherlich Bedenken hinsichtlich der inhaltlichen Bestimmtheit, jedoch greifen der lediglich an den Tenor der Ordnungsverfügung anknüpfende Einwand des Klägers und die insoweit erfolgte Bezugnahme auf die Beschlüsse des SG Münster vom 19. Januar 2010 – S 6 P 201/09 ER – und des SG Hildesheim vom 29. Juli 2009 – S 51 P 41/09 ER – zu kurz.**

Eine Verfügung erweist sich auch dann als hinreichend bestimmt, wenn aus dem gesamten Inhalt des Verwaltungsaktes und aus dem Zusammenhang vor allem aus der von der

Behörde gegebenen Begründung des Verwaltungsaktes, aus den den Beteiligten bekannten näheren Umständen des Erlasses, etwaigen dem Erlass vorausgegangen Anträgen etc. im Weg einer an den Grundsätzen von Treu und Glauben orientierten Auslegung hinreichende Klarheit gewonnen werden kann.<sup>14</sup>

Das ist hier der Fall.

Sowohl die Begründung der Ordnungsverfügung mit der – oben zitierten – dezidierten Mängelaufzählung als auch den daran anschließenden Ausführungen und insbesondere das der Ordnungsverfügung beigefügte Gutachten der Gutachterin C. zur Pflegequalitätsprüfung am 24. November 2005 mit den Einzelfeststellungen zu Nr. 5 bis 7 und die im Gutachten unter Nr. 8 aufgelisteten Einzelvorschläge lassen hinreichend deutlich erkennen, was im Einzelnen von dem Kläger und dem von ihm eingesetzten Personal zur Beseitigung der Missstände verlangt wurde. Die sofort vollziehbare und mit einer Zwangsmittelandrohung versehene Ordnungsverfügung hat jedoch nicht zum Erfolg geführt. Im Rahmen der Qualitätsprüfung des MDK im Februar 2006 wurde festgestellt, dass die im Gutachten vom 24. November 2005 festgestellten Mängel in der Pflegedokumentation noch nicht abschließend bearbeitet seien. Die Qualitätsprüfung schließt im Maßnahmenkatalog mit einer Reihe von Handlungsempfehlungen auch zur Pflegedokumentation. Trotz der vom Kläger zur Unterstützung eingeschalteten Beratungsgesellschaft für Sozial- und Betriebswirtschaft (BSB) und des von der BSB im August 2006 übersandten "Fahrplans" zur Qualitätsverbesserung, der unter Nr. 14 "Dokumentation des Pflegeprozesses" und unter Bezugnahme auf den Maßnahmenkatalog des MDK (Nrn. 4.3, 4.3.1, 4.3.2, 4.4, 4.5, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3.1, 4.1.3, 4.1.5.2) als Maßnahme enthielt "Mit Hilfe von protokollierten Dokumentationskontrollen und Einzel-Coaching werden die Mitarbeiter hinsichtlich der Darstellung des Pflegeprozesses weiter geschult", ergab sich im Rahmen einer unangemeldeten Überprüfung durch die Gutachterin C1. am 28. Februar 2007 (bei zwei Bewohnerinnen) in bezug auf die Dokumentation bei der Bewohnerin O. folgendes Bild: "Die Überprüfung der Dokumentation führte auch in diesem Fall zu einem völlig desolaten Bild. Die Pflegeplanung ist überhaupt nicht aussagekräf-

tig. Es wurde ab und zu Gewicht der Frau O. ermittelt, hierbei konnte festgestellt werden, dass Frau O. seit August 2006 kontinuierlich abnimmt. Das Gewicht liegt derzeit bei 44,1 kg. Es ergibt sich ein BMI von ca. 20. Die Planung zu Frau O. weist vom AEDL 5 (Ernährung und Flüssigkeitsversorgung) keinerlei Aussagen auf. Das heißt, dass AEDL 5 ist von der Bezugspflegekraft überhaupt nicht bearbeitet worden.

### **Die Dokumentationsführung weist Unmengen von Doppeldokumentationen auf.**

Die Planung ist überhaupt nicht aussagekräftig, handlungsanleitende Maßnahmen fehlen. Viele sind allgemein formuliert, Ressourcen und Probleme werden nicht differenziert beschrieben. Es wird ein Sturzrisiko ermittelt, z.B. bei F T4. , obwohl diese im Bett liegt und gar nicht stürzen kann. Teilweise werden Pflegeprobleme überhaupt nicht erkannt. Es werden generelle Abarbeitungen vorgenommen die jedoch mit den Problemen einzelner Bewohner in keinem kausalen Zusammenhang stehen." Am 7. November 2007 erfolgte im Rahmen einer von der Heimaufsicht angemeldeten Überprüfung durch die Gutachterin C. die Begutachtung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation bei vier Bewohnerinnen und einem Bewohner (Frau S1. , Frau T8. , Frau Q2. , Frau D. und Herr F4. ).

Danach ergaben sich u.a. immer noch Pflegedokumentationsmängel. In der Besprechung am 13. November 2007, die die gutachterlichen Feststellungen vom 7. November 2007 zum Gegenstand hatte, wurden diese Feststellungen nicht in Frage gestellt. Vielmehr wurden vom Kläger personelle Maßnahmen angekündigt: Wechsel in der Pflegedienstleitung ab dem 1. Dezember 2007, Herr L5. , Pflegedienstleiter Haus St. K1. , wird die Pflegedienstleitung (hauptsächlich Qualitätssicherung – Auswertung der Pflegevisiten und Ergebnisveranlassung – und Personalführung) übernehmen, die bisherige Pflegedienstleiterin, Frau E. , wird die Stellvertretung übernehmen (Durchführung der Pflegevisiten), interne Fortbildungen, insbesondere zum Thema Dokumentationsführung und speziellen behandlungspflegerischen Schwerpunkten in Form von kleinen Projektgruppen, und zeitlich abgeschichtete Entlassungen von 2 bis 3 Fachkräften (ca. 25 % der Gesamtbesetzung), Neuausschreibung für Neueinstellungen. In der Besprechung wurde ein Zeitraum von drei Mona-

<sup>14</sup> Vgl. Kopp/Ramsauer, VwVfG Kommentar, 11. Aufl. 2010, § 37 Rn. 12 m.w.N.

ten für eine erste Abarbeitung der festgestellten Mängel eingeräumt.

Gleichzeitig wurde eine weitere Qualitätsüberprüfung für Ende Februar / Anfang März 2008 vereinbart, die dann letztlich am 16. und 17. April 2008 mit dem bekannten Ergebnis durchgeführt worden ist. Dass angesichts dieses Ergebnisses wiederum mit – wie oben dargelegt – gravierenden Mängeln in der Pflegedokumentation bei einer signifikant hohen Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern über den bereits erfolgten Erlass der zwangsmittelbewehrten und sofort vollziehbaren Ordnungsverfügung vom 6. Dezember 2005 und den bis zum April 2008, mithin innerhalb eines Zeitraums von mehr als zwei Jahren, erfolgten Beratungen und Unterstützungsleistungen hinaus der Erlass einer weiteren, lediglich auf die Verbesserung der Pflegedokumentation beschränkten Ordnungsverfügung nunmehr zeitnah zum Erfolg geführt hätte, kann nicht angenommen werden.

**Die trotz des "Warnschusses" vom 6. Dezember 2005 nach wie vor vorhandenen Missstände im Bereich der Pflegedokumentation lassen nur den Schluss auf fehlende fachliche Qualifikation der Heim- und der Pflegedienstleitung sowie der Pflegefachkräfte trotz angekündigter Fortbildungen oder auf eine die Bedeutung der Pflegedokumentation aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorsätzlich relativierende, unprofessionelle Haltung zu; in beiden Fällen ist ein weiteres Zuwarten den betroffenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern nicht mehr zumutbar gewesen.**

Hinsichtlich der weiteren noch streitigen Bestandteile der Ordnungsverfügung vom 24. August 2008, wie der Untersagung, neue Bewohnerinnen/Bewohner zur Dauer- und Kurzzeitpflege aufzunehmen (Nr.1 der Ordnungsverfügung) und der Anordnung, die Verlegung der Bewohnerinnen / Bewohner in geeignete Alten- und Pflegeeinrichtungen mit deren Zustimmung bzw. Zustimmung der jeweiligen Betreuer zu dulden (Nr. 3 der Ordnungsverfügung), die sich als (notwendige) Folge der Betriebsuntersagung darstellen, sind gesonderte Zulassungsgründe nicht dargelegt worden.

Entgegen der Auffassung des Klägers weist die Rechtssache nicht die geltend gemachten

besonderen tatsächlichen Schwierigkeiten i.S.d. § 124 Abs. 2 Nr. 2 VwGO auf.

Allein der pauschale Hinweis auf die "schiere Stoffmenge und die Tatsache, das drei Gutachterinnen zum Teil sich überschneidende Fälle überprüft haben", lässt den Schwierigkeitsgrad der Rechtssache mit Blick auf den maßgeblichen Prüfungsansatz, der lediglich die Feststellung von Dokumentationsmängeln bei einer relevanten Quote von Bewohnerinnen und Bewohnern erfordert, nicht signifikant über die auch ansonsten im Verwaltungsprozess bestehenden Schwierigkeiten bei der Sachverhaltsfeststellung heraustreten.

Dass die Zulassung der Berufung nach § 124 Abs. 2 Nr. 2 VwGO nicht allein vom Umfang der Zulassungsbegründung (hier: 63 Seiten) abhängt, liegt auf der Hand.

Die geltend gemachten Verfahrensmängel (Zulassungsgrund nach § 124 Abs. 2 Nr. 5 VwGO) führen ebenfalls nicht zur Zulassung der Berufung. Ein Verstoß gegen den Amtsermittlungssatz (§ 86 Abs. 1 VwGO) durch das Unterlassen der Beweiserhebung entsprechend den Beweisangeboten des Klägers ist nicht in einer den Anforderungen des § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügenden Art und Weise dargelegt.

Ausgehend von der Rechtsauffassung des Verwaltungsgerichts, die im Wesentlichen der Auffassung des beschließenden Senats entspricht, wonach gravierende Mängel in der Pflegedokumentation schon als solche eine Betriebsuntersagung nach § 19 Abs. 1 HeimG rechtfertigen können, musste sich dem Verwaltungsgericht eine weitere Sachaufklärung unter dem Aspekt der Fachkunde der Gutachterinnen und der Fachlichkeit ihrer Einzelfeststellungen nicht aufdrängen.

Die erhobenen Einwendungen, die, soweit sie nicht – wie oben dargelegt – ohnehin einen beträchtlichen Teil der Sachverhaltsfeststellungen der Gutachterinnen zu den Dokumentationsmängeln von vornherein unberührt lassen, sind – wie oben dargelegt – auch unter Berücksichtigung der in Bezug genommenen ärztlichen Bescheinigungen nicht geeignet, die gutachterlichen Feststellungen dergestalt in Frage zu stellen, dass sich unter Berücksichtigung des maßgebenden Prüfungsansatzes des § 19 Abs. 1 HeimG – der eine behördliche Betriebsuntersagung auch dann trägt, wenn nicht alle für maßgeblich erachteten Umstände

zutreffen, sofern die verbleibenden Gründe ausreichen – eine weitere umfassende Sachverhaltsaufklärung indiziert hätte.

Abgesehen davon ist Rügeverlust eingetreten. Die Geltendmachung der Verletzung der Pflicht zur Amtsermittlung setzt unter anderem die Darlegung voraus, dass die unterlassene Aufklärung vor dem Tatsachengericht rechtzeitig gerügt worden ist.<sup>15</sup>

Diesen Anforderungen genügt die Darlegung schon deshalb nicht, weil daraus nicht ersichtlich ist, dass der anwaltlich vertretene Kläger spätestens in der mündlichen Verhandlung am 11. November 2009 die seiner Ansicht nach unterlassene Aufklärung gegenüber dem Verwaltungsgericht angesprochen und gerügt hat.

In bezug auf die Gewährleistung rechtlichen Gehörs ist ebenfalls Rügeverlust eingetreten. Eine Versagung rechtlichen Gehörs kann ein Rechtssuchender nämlich nur dann mit Erfolg rügen, wenn er zuvor die nach Lage der Sache gegebenen, zumutbaren prozessualen Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um sich rechtliches Gehör zu verschaffen.<sup>16</sup>

Zu den verfahrensrechtlichen Befugnissen, von denen ein Rechtsanwalt erforderlichenfalls Gebrauch machen muss, um den Anspruch des von ihm vertretenen Beteiligten auf rechtliches Gehör durchzusetzen, zählt dabei insbesondere auch die Stellung eines unbedingten Beweisantrages in der mündlichen Verhandlung, der gemäß § 86 Abs. 2 VwGO nur durch einen Gerichtsbeschluss, der zu begründen ist, abgelehnt werden kann. Die begründete Ablehnung des Beweisantrages ermöglicht es dem Antragsteller zu ersehen, ob er neue, andere Beweisanträge stellen oder seinen Vortrag ergänzen muss.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Vgl. etwa BVerwG, Beschluss vom 12. August 1997 – 8 B 165.97 –; OVG NRW, Beschlüsse vom 16. November 2010 – 12 A 2183/09 –, vom 10. Oktober 2008 – 12 A 1818/07 – und vom 7. August 2007 – 12 A 189/06 –

<sup>16</sup> Vgl. BVerwG, Beschluss vom 13. August 2003 – 1 B 359/02 –, Buchholz 402.25, § 1 AsylVfG Nr. 273, juris, m.w.N.

<sup>17</sup> Vgl. BVerwG, Beschluss vom 21. Januar 1997 – 8 B 2.97 –, Buchholz 310, § 102 VwGO Nr. 21, juris, m.w.N.; Urteil vom 22. April 1986 – 9 C 318.85 – u.a., NVwZ 1986, 928, juris; OVG NRW, Beschlüsse vom 20. Septemb 2010 – 12 A 2167/09 –, vom 22. April 2010 – 12 A 2793/09 –, vom 3. März 2010 – 12 A 1877/09 –, vom 22. Oktober 2009 – 12 A 1494/07

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat laut Sitzungsprotokoll in der mündlichen Verhandlung vom 11. November 2009 Beweisanträge nicht gestellt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 47 Abs. 1 und 3, 52 Abs. 1 und 2 GKG. Der festgesetzte Wert von 15.000 Euro entspricht dem Mindestwert bei Gewerbeuntersagungen nach Nr. 54.2.1 des Streitwertkataloges. Eine hiervon abweichende Bemessung für die streitgegenständliche Untersagung des Betriebs eines Heims drängt sich nicht auf. Dieser Beschluss ist gemäß § 152 Abs. 1 VwGO und – hinsichtlich der Streitwertfestsetzung – nach §§ 66 Abs. 3 Satz 3, 68 Abs. 1 Satz 5 GKG unanfechtbar.

**Das Urteil des Verwaltungsgerichts ist nunmehr rechtskräftig (§ 124a Abs. 5 Satz 4 VwGO).**

(...)



–, vom 25. Februar 2009 – 12 A 3169/08 – und vom 13. Dezember 2007 – 12 A 2268/06 –