

Abdruck

**Heimaufsicht,
Gesundheitsförderung und
Prävention**

München, den 31.05.2017

Landratsamt München

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

Geprüfte Einrichtung:	Wohnstätte II Theodor-Heuss-Str.16c 85640 Putzbrunn
------------------------------	---

Träger:	Lebenshilfe München e.V. St.-Quirin-Str. 13 a 81549 München
----------------	---

In der Einrichtung wurde am 21.02.2017 eine unangemeldete routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Prüfgegenstände:

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität

Soziale Betreuung/Dokumentation

Verpflegung

Arzneimittel

Hygiene

Personal

Gesundheitsvorsorge/Wundmanagement

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennung möglich):

- Stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Angebotene Wohnformen (Mehrfachnennungen möglich):

- Wohnbereich für geistig und mehrfach behinderte Menschen

Tagesstrukturierende Maßnahmen für Menschen mit Behinderung:

- Tagsüber: Besuch der Förderstätte für Menschen mit Behinderungen und Besuch der tagesstrukturierenden Maßnahme in der Einrichtung
- Freizeitbeschäftigung nach der Rückkehr aus der Förderstätte bzw. den tagesstrukturierenden Maßnahmen

Angebotene Plätze	18
Belegte Plätze:	17/18
Einzelzimmerquote:	100 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %):	57,71 %
Anzahl der auszubildenden Betreuungskräfte in der Einrichtung:	0

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

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

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

Bei der Begehung der Einrichtung der Wohnstätte II der Lebenshilfe München e.V., in der Theodor-Heuss-Str.16b, in 85640 Putzbrunn ist positiv festzuhalten:

- Die anwesenden Mitarbeiter der Einrichtung wurden sehr engagiert und motiviert erlebt. Es wurde beobachtet, dass die Mitarbeiter geduldig und wertschätzend mit den Bewohnern umgehen.
- Die Einrichtungsleitung kannte die Bewohner sehr genau, obwohl sie erst seit ca. 4 Monaten die Einrichtung leitet.
- Die Einrichtung ist in einer lichten Bauweise mit viel Glas erbaut, sodass die Einrichtung hell ist. Es gibt großzügige Gemeinschaftsflächen sowohl innerhalb der jeweiligen Wohngruppen als auch für die gesamte Wohnstätte, inklusive der Garten. Es wurde beobachtet, dass auf Dekoration Wert gelegt wird und die Bewohner sich daran beteiligen.
- Die Handhabung der Betäubungsmittel war einwandfrei.

II.2 Qualitätsentwicklung

II.2.1 Informationen zur baulichen Angleichungsfrist aus §10 AVPfleWoqG i.V.m. der DIN 18040-2:

Anträge zur Verlängerung der Angleichungsfrist nach §10 AVPfleWoqG als auch Anträge nach § 50 AVPfleWoqG wurden bei der FQA eingereicht.

II.3 Qualitätsempfehlungen

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

II.3.1 Qualitätsbereich: Wohnqualität

Es gibt zwei Toiletten im Pflegebad, wobei eine Toilette abgetrennt ist. Das andere WC-Becken ist direkt und ohne Abtrennung neben der Badewanne.

Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass die nachfolgende Empfehlung schon umgesetzt worden sei.

Der Einrichtung wird empfohlen, eine Abtrennung des WC zur Badewanne zu installieren.

II.3.2 Qualitätsbereich: Wohnqualität

In der Einrichtung gibt es einen Snoozelenraum, der laut Auskunft der Einrichtungsleitung von den Bewohnern der Wohnstätte II kaum genutzt wird. Es gäbe ein paar Bewohner der Wohnstätte I, die ihn nutzen. Warum er so wenig genutzt wird, kann die Einrichtungsleitung nicht sagen.

Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass die nachfolgende Empfehlung im Rahmen einer Mitarbeiterschulung eingebunden werde, die im dritten Quartal dieses Jahres stattfinden solle.

Der Einrichtung wird empfohlen herauszufinden, warum er so wenig genutzt wird.

II.3.3 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement/Angehörigenarbeit:

Der Träger führt aus, dass vorgesehen sei, dass zweimal im Jahr ein Angehörigenabend stattfindet, um Neuerungen und Themen, wie z.B. Finanzen oder Outsourcing der Wäschereinigung mit Fremdvergabe an eine Firma anzusprechen. Im Jahr 2016 fand lediglich ein Angehörigenabend statt.

Der Arbeitsbeginn ab November 2016 der neuen Einrichtungsleitung wurde nicht in einem Angehörigenabend kommuniziert, sondern sie stellte sich selbst im Rahmen der Weihnachtsfeier den Eltern kurz vor.

Die Einrichtungsleitung teilt mit, dass bisher keine Angehörigenbefragung /-Feedback eingeholt wurde.

Dem Träger und der Einrichtung wird empfohlen, die Angehörigenarbeit wieder zu intensivieren. Wichtige Dinge, die die Angehörigen der Bewohner betreffen, wie zum Beispiel der Wechsel der Einrichtungsleitung, sollten ihnen gegenüber kommuniziert werden. Dies sollte auch in dem von Träger hierfür vorgesehenen Rahmen (Angehörigenabend) stattfinden. Die Angehörigenarbeit hat bei einem Träger, der aus einer Elterninitiative heraus entstanden ist, einen höheren Stellenwert als bei anderen Trägern. Es wird dem Träger empfohlen, regelmäßig das Angehörigenfeedback zu erfragen, auszuwerten und diesen Baustein idealerweise im Qualitätsmanagement zu implementieren.

II.3.5 Qualitätsbereich: Personal/Personelle Besetzung/Ausreichend Pflegekräfte/Dienstplangestaltung

Die gesetzlich geforderte Fachkraftquote von 50 % ist mit 57,71 % erfüllt. Rechnet man eine Bewohnerin aus der Wohngruppe „Orange“ deswegen nicht mit, weil sie sich im Zeitpunkt der Begehung seit ca. 6 Wochen durchgehend nicht in der Einrichtung aufhält, beläuft sich die Fachkraftquote auf 61,11 %.

Bei der Berechnung der Fachkraftquote wurden bei folgenden Mitarbeitern die beschriebenen Besonderheiten wie folgt berücksichtigt:

Im Monat Februar 2017 gab es bei zwei Mitarbeiterinnen Beschäftigungsverbote, die daher als Fachkräfte unberücksichtigt bleiben müssen:

Bei der Dienstplanüberprüfung teilte die Einrichtungsleitung mit, dass vier Mitarbeiter Aufgaben aus verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Rahmen ihrer wöchentlichen Arbeitszeit nachgehen müssen. Diese Aufgabenteilung geht jedoch aus dem Dienstplan nicht hervor.

In der Legende werden die Kürzel für die Abwesenheitszeiten erklärt, nicht jedoch die Kürzel für die verschiedenen Schichten. Letztere werden direkt in den Dienstplan eingetragen (F/F1/F2/F3/S/S1/S2/S3/N/N1/N2).

Der Einrichtung wird empfohlen, dass im Dienstplan die zu leistende Wochenstundenzahl in den einzelnen Tätigkeitsfeldern angegeben wird. Um den Formalien eines Dienstplans zu genügen, wird empfohlen, die Legende direkt auf dem Dienstplan einzutragen bzw. jederzeit als Aushang einsehbar vorzuhalten.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

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

III.1 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge/fehlende Medikamentenschulung

III.1.1 Die letzte Beratung der in der Pflege und Betreuung tätigen Personen zum sachgerechten Umgang mit Arzneimittel fand am 07.10.2015 statt. Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass eine Medikamentenschulung im Juli 2017 angesetzt sei.

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

III.1.3 Der Einrichtung wird geraten, die Beratung der in der Pflege und Betreuung tätigen Personen gemäß Art. 3 Abs.2 Nr.5 PflWoqG zu sachgerechten Umgang mit Medikamenten einmal jährlich durchzuführen und zu dokumentieren.

III.2 Qualitätsbereich: Infektionsschutz und Hygiene

III.2.1 Es konnte zum Prüfzeitpunkt beobachtet werden, dass bei einem mit MRSA-Bakterien kontaminierten Bewohnerzimmer keine hierfür notwendige Boden- und Flächendesinfektion durchgeführt wird.

Die Notwendigkeit besteht hierzu insbesondere deshalb, da die Art der Betreuung der in der Einrichtung lebenden Bewohner, überwiegend pflegerisch ist. Als wichtige Risikofaktoren für eine Besiedelung bzw. Infektion mit multiresistenten Erregern bei dem in der Einrichtung lebenden Klientel wird u.a. gezählt die Immobilität, funktionelle Störungen im Bereich der Nahrungsaufnahme oder der Ausscheidung, Multimorbidität und chronische Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Hautläsionen, invasive Maßnahmen wie Sonden und Katheter sowie wiederholte Antibiotikatherapien.

Der zum Prüfzeitpunkt anwesenden Reinigungskraft war es nicht bewusst, dass für das mit MRSA-Bakterien kontaminierte Bewohnerzimmer besondere Hygienebedingungen gelten.

Zum Prüfzeitpunkt wurde der FQA gegenüber erklärt, aktuell keinen Hygieneplan für MRSA vorhalten zu können.

Dies ergibt sich nach dem Bayerischen Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in stationären Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige i. S. des Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und in Anlehnung an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut.

Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass ein Hygieneplan auch zum Thema MRSA vorliege und dass die Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA von Hygienefachkraft im März 2017 geschult worden seien.

- III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetz verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art.3 PflWoqG).
- III.2.3 Es wird geraten, die ärztliche und gesundheitliche Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu sichern, indem ein ausreichender Schutz vor Infektionen gewährleistet wird. Hierzu ist sicherzustellen, dass die Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich erforderliche persönliche und fachliche Eignung vorweisen können und die diesbezüglichen einschlägigen Anforderungen der Hygiene einhalten.

Ferner wird geraten, dass ein Qualitätsmanagement betrieben wird, insbesondere, dass ein Hygieneplan im Umgang mit MRSA-Bewohnern erstellt wird.

III.3 Qualitätsbereich: Erhalt der eigenständigen Lebensführung/Soziale Lebensbereiche

- III.3.1 Im Beisein und im informativen Austausch mit dem Qualitätsbeauftragten des Hauses wurde durch den Sozialpädagogen stichprobenartig die Dokumentation einer Bewohnerin der Einrichtung aus der Wohngruppe Orange eingesehen. Die schriftliche Einwilligung der Bewohnerin bzw. des gesetzlichen Vertreters liegt vor.

Hierbei musste festgestellt werden, dass die Eintragungen der individuellen Förderplanung durchweg sehr spärlich gehalten sind. Es wird bei den eingesehenen Stichproben durchwegs nur ein Inhaltspunkt angesprochen, kurzfristige und mittelfristige Ziele sind nahezu identisch.

Aus der Dokumentation ist weder ein zielführendes Konzept noch eine pädagogische Förderstruktur zu erkennen, die ein klar definiertes Ziel verfolgt.

Die vorgefundene Dokumentation legt den Eindruck nahe, dass die Felder zwar mit Eingaben ausgefüllt sind, aber darin keine Sinnhaftigkeit in Bezug auf die tägliche Arbeit gesehen wird.

Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass mit den unter Punkt III.3.3 angeratenen Schulungen des Personals teilweise schon begonnen worden sei.

III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetz verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art.3 PflWoqG).

III.3.3 Es wird der Einrichtung geraten, die Mitarbeiter in der Dokumentationsarbeit fortzubilden, um ein Verständnis und eine Motivation zu dieser Arbeit zu schaffen. Darüber hinaus wird der Einrichtung geraten, Förderziele genau zu definieren und die dazu hinführenden Maßnahmen zu formulieren, die sich notwendigerweise von der Zielformulierung unterscheiden müssen.

III.4 Qualitätsbereich: Personelle Besetzung/ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

III.4.1. Zu Beginn der Begehung zählte die FQA das aktuell anwesende Personal in den Wohnbereichen ab und notierte sich die Namen der Mitarbeiter:

In der Wohngruppe Orange war eine Fachkraft um 7:50 Uhr allein. Sie ist Altenpflegerin und arbeitet 30 Stunden pro Woche.

An diesem Tag lebten fünf Bewohner in der Wohngruppe. Drei Bewohner saßen am Tisch.

In der Wohngruppe Blau wurden um 7:55 Uhr eine Hilfskraft (anerkannte Zweitkraft) und eine Fachkraft als Springerin angetroffen. Die Fachkraft ist Heilerziehungspflegerin. In dieser Wohngruppe leben sechs Bewohner, es saßen zwei Bewohner am Tisch.

In der Wohngruppe Gelb wurde um ca. 8:00 Uhr eine Fachkraft allein angetroffen. Die Fachkraft ist Altenpflegerin. Auch hier leben sechs Bewohner; zwei Bewohner saßen am Tisch.

Die Kopien der Berufsurkunden liegen der FQA vor.

a) Teilnehmende Beobachtung der Frühstückssituation in Wohngruppe Orange

Um möglichst intensiv die Morgensituation einer Wohngruppe beobachten zu können, entschließt sich ein Mitarbeiter der FQA, die Altenpflegerin zu begleiten, welche in der Gruppe „Orange“ nach eigener Aussage seit ca. einem ¾ Jahr tätig ist. Am Tag der Begehung betreut sie die Wohngruppe komplett alleine.

Von den sechs Bewohnern ist derzeit eine Bewohnerin nicht im Haus, sondern bei ihren Eltern. Vier der Bewohner haben Epilepsie.

Beim Betreten der Wohngruppe „Orange“ wird eine Bewohnerin (sie wird im Folgenden als Bewohnerin 1 bezeichnet) auf der Toilette sitzend vorgefunden. Ein anderer Bewohner (Bewohner 2) ist bereits fertig angezogen und wird in einer Art „Spielecke“ sitzend angetroffen. In stetig wiederkehrenden Bewegungen ist er in Sichtweite des Esstisches mit Bauklötzchen in der Hand beschäftigt.

Die Altenpflegerin erklärt, dass eine weitere Bewohnerin, welche bereits in Rente ist, erst aufsteht, nachdem die anderen gefrühstückt haben.

Die Fachkraft beginnt den Tisch zu decken, wobei eine relativ eigenständige Bewohnerin, welche auf verbale Hinweise zumeist reagiert, einfache Tätigkeiten, wie etwas aus dem Kühlschrank holen, übernimmt. Die Altenpflegerin zeigt sich sehr einfühlsam und kennt alle Besonderheiten und Bedürfnisse der Bewohner.

Das Geschehen am Tisch wird für längere Zeit unterbrochen, da die Altenpflegerin die Bewohnerin 1 von der Toilette holt und beim Ankleiden und der Morgentoilette unterstützt. Die anderen Bewohner warten derweil unter Unmutsäußerungen auf den Beginn des gemeinsamen Frühstücks.

Eine Hauswirtschafterin kommt kurz vorbei und bringt Brötchen. Nach kurzer freundlicher Unterhaltung mit den Bewohnern verlässt sie die Wohngruppe wieder. Offensichtlich wird sie in einer anderen Wohngruppe gebraucht.

Auch eine Heilerziehungspflegerin hat kurz im Personalraum zu tun. Sie spricht davon, „wieder unterbesetzt“ zu sein, da eine Person krank sei. Auf Nachfrage gibt sie zur Auskunft, dass es mindestens seit Weihnachten personelle Ausfälle gibt. Die Heilerziehungspflegerin wirkt in Eile und kann nicht unterstützend mitarbeiten, die Altenpflegerin ist wieder alleine in der Wohngruppe.

Nachdem sie alle vier Bewohner bis auf die noch im Bett befindliche, berentete Mitbewohnerin fertig gepflegt, angezogen und am Frühstückstisch platziert hat, beginnt das gemeinsame Frühstück.

Erst jetzt kehrt ein wenig Ruhe ein. Die Altenpflegerin zeigt sich gegenüber der Gruppe vorbehaltlos einfühlsam und unterstützt die Bewohner in der Frühstückssituation, soweit sie Hilfe brauchen. Sie gibt viel Zuwendung und es ist zu sehen, dass ihr viel Vertrauen und Dankbarkeit für ihre Hilfe entgegen gebracht wird. Für individuelle Gespräche und Vorbereitungen auf den Tag hat sie keine Zeit.

Auf Nachfrage erklärt die Altenpflegerin, dass die an diesem Tag erlebte Situation der Normalität entspricht. Sie sei sich darüber im Klaren, dass bei den vier an Epilepsie leidenden Bewohnern sehr schnell eine Ausnahmesituation entstehen kann. Bei Krisensituationen sei sie auf Hilfe aus anderen Wohngruppen angewiesen und die Unterstützung der Nichtbetroffenen bleibe entsprechend auf der Strecke.

Das Erscheinungsbild der Gruppe „Orange“ ist geprägt durch die gut strukturierte, routinierte und sehr empathische Arbeit der Altenpflegerin. Dennoch zeigt sich, dass sie sich als alleinige Kraft in der Gruppe absolut an der Grenze des Machbaren befindet.

Da die Bewohner nur nacheinander betreut werden können, müssen sie vor dem Frühstück in unterschiedlichen Betreuungsstadien verweilen. So ist zu beobachten gewesen, dass Bewohnerin 1 sehr lange auf der Toilette sitzend warten musste, bis die Altenpflegerin wieder Zeit für sie hatte. Sie ist offensichtlich auf stetige Impulse einer Pflegekraft angewiesen, um ihre Körperpflege und das Anziehen zu bewerkstelligen. Auch Bewohner 2, welcher schon lange fertig für das Frühstück war, musste sich lange gedulden.

Aus Sicht der FQA kann die Vielzahl unterschiedlicher Arbeitsabläufe, mit denen die Altenpflegerin in einem Zeitraum von mehreren Stunden konfrontiert wird, von einer Person kaum bewältigt werden. Unvorstellbar ist, wie eine einzige Kraft unter diesen Umständen mit außergewöhnlichen Begebenheiten wie einem epileptischen Anfall zurechtkommen soll.

b) Teilnehmende Beobachtung in Wohngruppe Blau

Zwei Mitarbeiterinnen des Bezirks und eine Mitarbeiterin der FQA beobachteten die Frühstückssituation in der Wohngruppe Blau von 8:30 Uhr bis ca. 9:00 Uhr:

Drei Mitarbeiter, nämlich eine Hilfskraft, eine Hauswirtschafterin und eine Fachkraft, die an diesem Morgen als Springerin auf dieser Wohngruppe aushilft, waren anwesend.

Zu Anfang bereitet die Hauswirtschafterin das Essen vor, bzw. füllt Dinge nach. Vor 8:45 Uhr kam der eine oder andere Bewohner in die offene Wohnküche, setzte sich entweder an den Tisch oder nahm in der Sitzgarnitur Platz. Manche Bewohner kommen von allein auf das Prüfungsteam zu und begrüßen es, andere Bewohner beobachteten es.

Bis 8:45 Uhr sitzen fünf Bewohner am Tisch. Der sechste Bewohner darf als Teilnehmer der tagesstrukturierenden Maßnahmen länger schlafen.

Nun nahm eine Mitarbeiterin am Tisch Platz, während die Hauswirtschafterin den schon zuvor gedeckten Tisch weiter befüllte. Die dritte Mitarbeiterin beschäftigte sich mit einer Bewohnerin, die einen sehr starken Bewegungsdrang hatte. Diese Bewohnerin konnte nicht ruhig sitzen, d.h. sie lief ständig hin und her und tänzelte und drehte sich. Die Aufforderungen der Mitarbeiter, sich an den Tisch zu setzen, schienen in wenigen Sekunden wieder vergessen zu sein. Manchmal ging eine Mitarbeiterin dieser Bewohnerin nach und folgte ihr in ihr Zimmer, um sie zum Essen aufzufordern. Manchmal nahm diese Bewohnerin ein geschmiertes Brot und verschwand wieder damit. Obwohl die Bewohnerin mit dem starken Bewegungsdrang immer wieder vom Personal aufgefordert wurde, zum Essen zu kommen bzw. sich auch zu setzen, geschah dies immer wertschätzend und in einem konstant ruhigen Ton.

Am Tisch wurde insgesamt wenig gesprochen. Die Mitarbeiter fragten die Bewohner, was sie essen wollten und schmierten die Brote für die Bewohner. Als Auswahl gab es Marmelade, Wurst oder Käse. Die Bewohner aßen und tranken. Es herrscht eine ruhige Atmosphäre.

Als das Frühstück beendet war, halfen die Bewohner beim Aufräumen. Eine Bewohnerin, die im Rollstuhl saß, wird von einer Mitarbeiterin zum Geschirrspüler gefahren, damit sie den Teller in den Geschirrspüler stecken kann.

Während der gesamten Frühstückssituation lief das Radio.

Obwohl in dieser Wohngruppe drei Mitarbeiter anwesend waren, nämlich eine Fachkraft, die als Springerin auf dieser Wohngruppe am Prüfungstag aushilft, eine Hilfskraft und eine Hauswirtschafterin, war auffallend, dass z.B. beim Frühstück nicht fördernd oder aktivierend mit den Fähigkeiten der Bewohner oder diese Fähigkeiten unterstützend gearbeitet wurde.

So strich eine Mitarbeiterin die Brote für alle Bewohner. Die Fachkraft war überwiegend mit der Bewohnerin mit dem starken Bewegungsdrang beschäftigt. Auffallend war auch, dass kaum eine Kommunikation stattfand, auch keine unterstützte Kommunikation. Auch wenn manche Bewohner in der Kommunikation eingeschränkt sind, herrschte eine auffallend kommunikationsarme Atmosphäre, obwohl die Einrichtung die Fortbildung TEACCH®, eine Fortbildung zur individuellen Förderung kommunikationsbehinderter Menschen, anbietet und laut eingereichtem Fortbildungsprogramm Mitarbeiter (Hilfs- und Fachkräfte) der Wohnstätte II am 07.02.2017 an dieser Fortbildung teilgenommen haben.

c) Dienstplangestaltung

In der Wohnstätte Putzbrunn II arbeiten 27 Mitarbeiter in der Betreuung, davon sind zwei Personen Vollzeitkräfte. 18 Personen arbeiten zwischen 30 und 35 Stunden pro Woche. Am Prüfungstag hatten dreizehn Arbeitnehmer reguläres Dienstfrei (fast die Hälfte aller Mitarbeiter). Darüber hinaus waren am Prüftag drei Arbeitnehmer krank und zwei weitere Arbeitnehmerinnen hatten ein Beschäftigungsverbot.

Bei der Durchsicht der Dienstpläne fällt auf, dass es neben den eingetragenen Beschäftigungsverboten auch Eintragungen zu Krankheitstagen anderer Mitarbeiter und viele „Frei“-Eintragungen gibt (z.B. „X“ als sog. „Strichtag“ oder gar kein Zeichen, weil dieser Tag aufgrund der Teilzeitbeschäftigung frei ist, oder „U“ für Urlaub).

Für den Monat Februar 2017 (01.02. - 21.02.2017) wurden seitens der FQA geprüft, inwiefern durch Fehlzeiten der Mitarbeiter (Krankheit/Urlaub/Freitage/ Beschäftigungsverbot) die Fachkraftbesetzung der Einrichtung noch gewährleistet war:

- Wohngruppe „Orange“
In der Wohngruppe „Orange“ war keine Fachkraft im Frühdienst an 8 Tagen im Dienstplan als diensthabend eingetragen (am 1./2./4./5./11./12./ 15. und am 18.02.).
Im Spätdienst war an zwei Tagen keine Fachkraft im Dienstplan als diensthabend eingetragen (am 11. und am 18.02.).
- Wohngruppe „Gelb“
In der Wohngruppe „Gelb“ war keine Fachkraft im Frühdienst an 6 Tagen im Dienstplan als diensthabend eingetragen (am 1./2./3./6./7. und am 09.02.) an zwei weiteren Tagen war teilweise eine Fachkraft eingetragen (am 20. und am 21.02. war von 6:00 Uhr bis 9:00 Uhr).
Im Spätdienst war keine Fachkraft an 11 Tagen im Dienstplan als diensthabend eingetragen (am 1./2./3./4./5./10./14./15./17./20. und 20.02.) und an zwei weiteren Tagen war teilweise eine Fachkraft eingetragen (am 18.02. war eine Fachkraft von 7:00 Uhr bis 17:00 Uhr anwesend, am 19.02. war eine Fachkraft von 7:00 Uhr bis 14:15 Uhr anwesend).
- Wohngruppe „Blau“
In der Wohngruppe „Blau“ war im Frühdienst an 12 Tagen keine Fachkraft im Dienstplan als diensthabend eingetragen (am 4./5./6./13./14./15./17./18./19./20. und am 21.02.).
Am 21.02.2017 half eine Fachkraftspringerin aus der Wohngruppe „Orange“ aus, die an diesem Tag und Dienst mit 2 Fachkräften besetzt waren.
Im Spätdienst war an 3 Tagen keine Fachkraft im Dienstplan eingetragen (am 8./10. und am 16.02.) am 07.02. und am 12.02. war teilweise eine Fachkraft eingetragen. Am 07.02. war die Fachkraft von 9:30 Uhr bis 16:00 Uhr und am 12.02. von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr anwesend.

Betrachtet man das Fachkraft-Personal für die gesamte Wohnstätte II, gibt es innerhalb des geprüften Zeitraumes vom 01.02. - 21.02.2017 trotz der durch Fehlzeiten deutliche ausgedünnte Dienstplan an jedem Tag in jeder Schicht mindestens eine Fachkraft. Dennoch ist die Fachkraft-Personaldecke in der Wohnstätte insgesamt dünn und teilweise sehr dünn:

Am 1., 2., 4., 5., 6. und am 18.02. ist nur eine einzige Fachkraft im Frühdienst anwesend. Sie ist dann für alle drei Wohnbereiche, zumindest hinsichtlich der

Tätigkeiten, die einer Fachkraft vorbehalten sind, verantwortlich. In dem geprüften Zeitraum von 21 Tagen entspricht dies fast einem Drittel der Zeitspanne.

Am 18.02. war im Spätdienst ab 17 Uhr eine einzige Fachkraft für alle Wohnbereich zuständig.

Im Gespräch teilte uns die Einrichtungsleitung mit, dass die Dienstplangestaltung schwierig sei. Da es unter anderem eine Dienstvereinbarung gebe, die geteilte Dienste nicht erlaube, müsse die Einrichtungsleitung den betroffenen Arbeitnehmer nach dem „Morgendienst“ nach ca. drei Stunden nach Hause schicken und könne ihn nicht mehr für denselben Tag einteilen. Wenn es sich um eine Vollzeitkraft handele, bauten sich auf diese Weise sehr schnell Minusstunden auf, die auch durch einen Wochenenddienst à je 10 Stunden kaum ausglich werden würden. Dies sei ein Grund, warum kaum Vollzeitkräfte eingestellt würden, was wiederum die Stellensuche erschwere.

Im Ergebnis zeigt sich, dass am Prüfungstag trotz Einhalten der Fachkraftquote nicht genügend Personal eingesetzt war, um die komplexe Betreuung nach dem allgemeinen Stand der fachlichen Erkenntnisse wie die der aktivierenden und fördernden Betreuung von mehrfach schwerstbehinderten Menschen sicherzustellen.

Die Kontrolle des Dienstplans für Februar 2017 (01.02.2017 - 21.02.2017) hat ergeben, dass die Fachkraft-Personaldecke dünner war als am Prüfungstag. So gab es an sechs Tagen, also fast an einem Drittel des geprüften Zeitraumes, im Frühdienst nur eine Fachkraft in der gesamten Wohnstätte II.

Vor Erstellung des Prüfberichtes II teilte der Träger mit, dass mit der Überarbeitung der Betriebsvereinbarungen begonnen worden sei.

- III.4.2 Der Träger ist kraft Gesetz verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art.3 PflWoqG).
- III.4.3 Der Einrichtung wird geraten, eine den komplexen Krankheitsbildern gerechte Betreuung zu gewährleisten. Diese beinhaltet vor allem eine tägliche aktivierende Pflege und Unterstützungshandlungen, die in vielen kleinteiligen Schritten und oft unter ständiger impulsgebender Wiederholung stattfinden müssen.

Darüber hinaus wird geraten, mit genügend Personal zu planen und dieses auch tatsächlich einzusetzen, um eine aktivierende Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Zusätzlich wird geraten, die Einsatzplanung des Dienstplanes bewohnerorientiert zu gestalten. Hierbei ist notwendig, alle dienstplangestaltenden Elemente, worunter auch Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen fallen, auf eine Bewohnerorientierung hin zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Wenn pro Wohngruppe laut den vorgelegten Dienstplänen grundsätzlich vier bis sieben Fachkräfte vorgesehen sind, muss eine bewohnerorientierte Einsatzplanung möglich sein, die auch bei kumulativ krankheitsbedingten Fehlzeiten sicherstellt, dass eine Fachkraft pro Wohngruppe anwesend ist. Aufgrund der komplexen Krankheitsbilder der Bewohner wird geraten, dass mindestens eine Fachkraft pro Wohngruppe anwesend ist, um bei besonderen Situationen wie einem epileptischen Anfall schnell und zugleich adäquat reagieren zu können.

Da laut den vorgelegten Dienstplänen pro Wohngruppe jeweils drei bis vier weitere Hilfskräfte vorgesehen sind, muss eine bewohnerorientiertere Dienstplangestaltung dergestalt möglich sein, dass die Fachkraft nicht allein diensthabend in der jeweiligen Wohngruppe ist. Aufgrund der komplexen Krankheitsbilder der Bewohner wird geraten, dass zusätzlich mindestens eine weitere Kraft pro Wohngruppe anwesend ist.

Es wird geraten, bei kommunikationsbehinderten Bewohnern zu eruiieren, welche Methode der unterstützten und unterstützenden Kommunikation für den jeweiligen Bewohner passt und diese Methode für den Bewohner auch anzuwenden.

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

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

Zum Prüfzeitpunkt wurden keine wiederholten Mängel festgestellt.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

V.1 Qualitätsbereich: Helfender Umgang/Wundmanagement:

- V.1.1 Bei einem Bewohner mit aktueller MRSA-Infektion im Mund/Nasen/Rachenraum besteht seit nach Aussage der durchführungsverantwortlichen Mitarbeiterin eine stark nässende, gerötete, entzündliche sowie teils eitrig PEG-Punktionsstelle. Ab wann diese Wunde besteht, lässt sich durch Aussagen der Einrichtung und Durchsicht der Pflegedokumentation nicht genau eruiieren.

Die Mitarbeiterin gibt ferner an, dass die PEG-Punktionsstelle in der Vergangenheit ebenfalls mit MRSA infiziert gewesen sei.

Die Einrichtung führt keine Wunddokumentation, wie z. B. zum Wundverlauf oder zu den durchgeführten ärztlichen Anordnungen zur Wundversorgung.

Der Pflegedokumentation konnten folgende ärztliche Anordnungen zur Wundversorgung entnommen werden:

1. 04.02.2014 – „PEG Desinfektion mit Octenisept 1x Tag, dann Bepanthenalbe, möglichst offen lassen“ (laufend)
2. 13.01.2016 – „DIPROGENTA® Creme, 1x täglich bei Bedarf wenn PEG-Einstichstelle und Umgebung gerötet“ (schriftlich abgesetzt am 18.01.2017, laufend im EDV-System)
3. 21.07.2016 – „PEG Einstichstelle gerötet, bitte VW 2x Tag, mit NaCl spülen und unter Aufsicht an der Luft trocknen, DIPROGENTA® Creme“ (laufend)
4. 18.01.2017 – „Mirfulan® Salbe, 1x täglich bei Rötung der Einstichstelle“ (laufend)

Zum Prüfzeitpunkt konnte anhand der Dokumentation nicht geklärt werden, welche ärztlichen Anordnungen zur Wundversorgung aktuell sind. Die durchführende Pflegekraft führte die ärztlichen Anordnungen zur Wundversorgung vom 21.07.2016

sowie vom 18.01.2017 aus. Ferner zeigte sich, dass schriftliche Anordnungen nicht denen im EDV-System entsprachen (siehe Anordnung vom 13.01.2016).

Die Punktionsstelle sowie deren Hautumgebung zeigten sich zum Prüfzeitpunkt als stark entzündet (rot, nässend, offen).

Die durchführungsverantwortliche Mitarbeiterin führte die Wundversorgung durchwegs mit einem Paar nicht steriler Handschuhe durch. Die seitens der FQA beobachtete Arbeitsweise entsprach nicht einer fach- und sachgerechten Wundversorgung in Bezug der allgemeinen Hygiene, Infektionsschutz, ärztlicher aktueller Anordnung sowie neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen (Expertenstandards zur pflegerischen Versorgung).

Die sterilen Wundverbandstoffe wurden zum Prüfzeitpunkt in einem offenen Behältnis teils ohne Umverpackung im Bewohnerzimmer vorgefunden. Dieses offene Behältnis steht direkt neben dem Abwurfbehälter für MRSA-besiedelte Schmutzwäsche und Inkontinenzmaterial. Eine ordnungsgemäße Aufbewahrung des in diesem Behältnis befindlichen Sterilguts für die Wundversorgung ist somit nicht gewährleistet.

Ferner wurde das Kennzeichnen von Anbruchs- und Verfallsdatum für die vom Hausarzt zur Wundreinigung verordnete Wundspüllösung sowie die Salben versäumt.

Die ordnungsgemäße Lagerung von Medikamenten, Sterilgut oder auch Verbandstoffen ergibt sich u. a. aus dem Arzneimittelgesetz.

Zum Prüfzeitpunkt erklärte die Einrichtung gegenüber der FQA, dass sie die für eine aseptische Wundbehandlung notwendigen Materialien (sterile Pinzette und/oder sterile Handschuhe) nicht verwendet. Eine fachgerechte, aseptische Wundversorgung ist somit nicht gegeben. Die FQA wies die Einrichtung mündlich an, zeitnah geeignetes Material zur aseptischen Wundbehandlung („Non-Touch-Technik“) zu beschaffen sowie dieses fach- und sachgerecht zu lagern. Die Einrichtung sicherte noch während der Prüfung zu, diese Materialien zu besorgen und bereits kontaminiertes Material zu entsorgen. Die Einrichtung sicherte ferner zu, ab sofort die Versorgung von aseptisch zu behandelnden Wunden mit geeigneten Materialien fach- und sachgerecht fortführen zu wollen, um u. a. die prüfgegenständliche, bereits infizierte Wunde aseptisch behandeln zu können. Außerdem erklärte die Einrichtung, die hierfür notwendige personelle Kompetenz ggf. von externen Dienstleistern ab sofort und fortlaufend erbringen zu lassen.

Dass die aseptische Wundbehandlung nach hygienischer Händedesinfektion in der Non-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten oder / und mit sterilen Handschuhen erfolgen muss, ergibt sich aus dem „bayerischen Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in Heimen“, den RKI-Richtlinien sowie aus dem Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und ist allgemein anerkannter Stand pflegerischer Erkenntnisse.

Aufgrund der festgestellten Hygienemissachtungen muss von einer konkreten Gefahr für den Bewohner ausgegangen werden. Eine vollumfängliche Umsetzung des nationalen Expertenstandards für „chronische Wunden“, des Arzneimittelgesetzes, der RKI-Richtlinien, der ärztlichen Anordnungen und der Empfehlungen des Wundmanagers sowie eine insgesamt bessere Kommunikation aller an dem Prozess beteiligten Personen, insbesondere Pflegepersonal, Wundmanager und Arzt, hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit die Wundheilung positiv beeinflusst.

Da die mündliche Anordnung bereits vor Erstellung des Prüfberichtes nachweislich umgesetzt wurde, wurden keine weiteren Anordnungen erlassen.

- V.1.2 Der Träger ist kraft Gesetz verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art.3 PflWoqG).
- V.1.3 Es wird dringend geraten, Medikamente, Verbandsmaterialien sowie Sterilgut, das im täglichen Gebrauch ist, in der Einrichtung vorzuhalten und entsprechend den Richtlinien und gesetzlichen Vorgaben aufzubewahren, insbesondere um eine Gefahr für die Gesundheit des Bewohners bei der Wundversorgung abwenden zu können, hier MRSA- und Wundinfektionen.

Darüber hinaus wird dringend geraten, die Ausführung von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen ohne entsprechende Arztanordnung zu unterlassen. Zu den Sorgfaltspflichten der ausführenden Person gehören die Durchführungsverantwortung sowie die sorgfältige Prüfung der eigenen Fähigkeiten und der formalen Ausbildung. Jede Person ist grundsätzlich für ihr Handeln (Tun oder Unterlassen) verantwortlich.

Voraussetzung für die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten ist eine ausdrückliche Anordnung des Arztes. Die übertragene Aufgabe muss inhaltlich genau definiert sein. Die Pflegefachkraft muss zweifelsfrei wissen, welche Maßnahmen sie durchführen soll, um ihre Mitarbeit bei der jeweiligen Therapie fachgerecht leisten zu können. Der Arzt ist hier in der Anordnungsverantwortung.

Daher wird empfohlen, dass die Einrichtung im Hinblick auf ihre Organisationsverantwortung dafür Sorge trägt, vom jeweiligen behandelnden Arzt zur fachgerechten Durchführung der Maßnahmen eine schriftliche Anordnung mit Unterschrift/ Handzeichen zu erhalten. Dies dient der Sicherheit der Pflegefachkraft im Sinne ihrer Durchführungsverantwortung.

Es wird geraten, die angegebene Ablauffrist des Herstellers nicht zu überschreiten. Auf angebrochenen Arzneimitteln wird geraten, das Anbruchdatum und ggf. das daraus resultierende neue Verfallsdatum zu vermerken.

V.2 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge/ Dekubitusprophylaxe/ Umgang mit ärztlichen Anordnungen:

- V.2.1 Der zum Prüfzeitpunkt im Bett liegende Bewohner zeigt nach pflegefachlicher Einschätzung der FQA ein hohes Dekubitusrisiko. Die hauptsächlich intrinsischen und extrinsischen Risikofaktoren wie Sensibilitätsstörung, stark eingeschränkte Mobilität, aktuelle Infektion, Inkontinenz und Multimorbidität lassen auf ein relevant hohes Dekubitusrisiko schließen.

Nach Durchsicht der gesamten Pflegedokumentation kann bezüglich einer Risikoerhebung und geplanter Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe seitens der Einrichtung keine Dokumentation vorgelegt werden.

Jedoch kann der Pflegedokumentation eine zum Prüfzeitpunkt gültige ärztliche Anordnung zu einem Allevyn Schaumverband vom 11.01.2017 entnommen werden (Zitat: „Allevyn Verband auf Wunde – Wechsel alle 3 Tage“). Ein Allevyn Schaumverband wird überwiegend bei chronischen Wunden wie Ulcus Cruris, Diabetischem Fuß sowie zur Dekubitusbehandlung eingesetzt.

Nach Rücksprache mit der Einrichtung verwendet sie den Allevyn-Schaumverband tatsächlich zur Dekubitusbehandlung.

Die Einrichtung kann zum Prüfzeitpunkt keine Wunddokumentation vorzeigen. Ob und in welchem Ausmaß dieser Dekubitus noch besteht, lässt sich vor Ort nicht abschließend feststellen, da der Bewohner selbst zum Prüfzeitpunkt in der Förderstätte ist.

Unabhängig davon hat es auch hier die Einrichtung versäumt, das nun konkret vorhandene Dekubitusrisiko zu dokumentieren und hier geeignete Maßnahmen abzuleiten, diese zu dokumentieren und durchzuführen, um einen erneuten Dekubitus verhindern zu können.

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

V.2.3 Jede Pflegekraft hat den Auftrag, Selbstpflegethemen des Bewohners zu erkennen und/oder zu ermitteln. Hierzu wird dringend geraten, dass die an der Pflege und Betreuung beteiligten Mitarbeiter die Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf ihre Relevanz prüfen und den individuellen Ressourcen und Einschränkungen des Bewohners anpassen, insbesondere dann wenn hierzu ein hohes Risiko für die Gesundheit besteht und gesundheitliche Schäden präventiv vorgebeugt werden müssen.

Bei der Planung von Pflegemaßnahmen wird dringend geraten, individuelle Ressourcen und Einschränkungen des Bewohners zu berücksichtigen. Bei Veränderungen des Bewohnerzustands sind die Maßnahmen ggf. in der Pflegeplanung ggf. anzupassen, insbesondere dann, wenn hierzu ein hohes Risiko für die Gesundheit besteht und gesundheitliche Schäden präventiv vorgebeugt werden müssen.

Der Einrichtung obliegt die Organisationsverantwortung. Es wird daher dringend geraten, die erforderlichen Angaben des verantwortlichen Arztes, wie hier die Lokalisation der Wunde des zu erfolgenden Verbandwechsels sicherzustellen.

Sollte kein Verbandwechsel seitens des Arztes gewünscht sein, muss er dies ebenfalls im Sinne seiner Anordnungsverantwortung dokumentieren und abzeichnen. Dies dient der Sicherheit der Pflegefachkraft im Sinne ihrer Durchführungsverantwortung.

Um eine Verbesserung in der Pflegequalität zu erreichen und zu halten, wird zusätzlich empfohlen, dass zum einen eine Risikomatrix erstellt wird und zum anderen, dass regelmäßig Pflegevisiten stattfinden:

Eine monatliche aussagekräftige Risikomatrix soll einen aktuellen, transparenten Überblick zur Struktur der pflegerischen Risiken in der Einrichtung aufzeigen können und als Basis für eine aktive Steuerung des Pflegeprozesses im PDCA-Zyklus genutzt werden können.

Die Risikoerfassungsliste ist als unterstützendes Arbeitsinstrument für die Qualitätssicherung sinnvoll zu nutzen.

Pflegevisiten sind regelmäßige Gespräche zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern. Die Pflegevisite dient im Rahmen des Pflegeprozesses der Erfassung von Pflegeproblemen und Pflegeressourcen. Zudem werden Pflegeziele festgelegt und die Wirksamkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen kritisch hinterfragt.

Es wird empfohlen, dass Organisations- und Prozessverantwortliche den Pflegeprozess mittels der Pflegevisite überwachen. Es handelt sich dabei um ein direktes Werkzeug zur Qualitätskontrolle (Feststellung des Ist-Zustandes) und, falls notwendig, zur Leistungsoptimierung (Definition des Soll-Zustandes).

Die Durchführung der Pflegevisite ist zudem eine zentrale Forderung des MDS ("Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.") gemäß den Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege.

VI. Rechtsbehelfsbelehrung

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

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

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

Er kann **auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen** unter der Adresse poststelle@lra-m.bayern.de eingelegt werden.

Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden.

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

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. **Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen** und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBl S. 390) wurde im Bereich des Heimrechts ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine

Wahlmöglichkeit eröffnet zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung.

- Ein elektronisch eingelegter Widerspruch muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen sein. Eine elektronische Widerspruchseinlegung ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.
- Eine Klageerhebung in elektronischer Form ist unzulässig.
- [Sofern kein Fall des § 188 VwGO:] Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten seit 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Widmann

II. z.K. Herr Weisner, Herr Münzenhofer

III. in Abdruck an:

die überprüfte Einrichtung
an Regierung von Oberbayern, Sachgebiet 13 (Fachaufsicht)
an Bezirk Oberbayern

IV. z.V.