

Landratsamt Weilheim-Schongau Postfach 1247 86952 Schongau

Gegen Postzustellungsurkunde

Stadt Schongau

Herrn Bürgermeister Falk Slyterman

Münzstraße 1 – 3

86956 Schongau

**Heimaufsicht
FQA**

Gebäude BG5
Bauerngasse 5
86956 Schongau

Ihr Ansprechpartner:

Zimmer Nr.: 111
Tel.: (08861) 211-0
Fax: (08861) 211-4181

-Abdruck-

**Vollzug des Bayer. Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)
Prüfbericht gemäß PflWoqG und Anhörung nach Art. 28 Bayerisches
Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG);**

Schongau,
20.05.2020

**Träger der Einrichtung: Heiliggeist Spital Stiftung
Karmeliterstr. 8
86956 Schongau,
vertreten durch Herrn
Bürgermeister Falk Slyterman**

Unser Aktenzeichen:
(Bitte bei Antwort angeben)
4810.02 PBII_HG
SOG- Sg.20.2

Ihr Schreiben vom:

Ihr Aktenzeichen:

**Geprüfte Einrichtung: Altenheim der Heiliggeist Spital Stiftung
Karmeliterstr 8
86956 Schongau**

In der Einrichtung wurde am 06.02.2020 von 08.30 Uhr bis 16.00 Uhr eine
turnusmäßige Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität
Pflege und Dokumentation
Umgang mit Medikamenten

Telefonvermittlung:
(0881) 681-0

E-Mail:
poststelle@
lra-wm.bayern.de

Internet:
www.weilheim-
schongau.de

Öffnungszeiten:

Montag - Freitag
08:00 - 12:00 Uhr
Dienstag
14:00 - 16:00 Uhr
Donnerstag
14:00 - 18:00 Uhr
sowie nach
Vereinbarung



Postanschrift:
Postfach 1247
86952 Schongau

Bankverbindungen:
Verein. Sparkassen Weilheim
BLZ: 703 510 30, Kto.: 1032
IBAN: DE37 7035 1030 0000 0010 32
BIC: BYLADEM1WHM

Kreissparkasse Schongau
BLZ: 734 514 50, Kto.: 356
IBAN: DE77 7345 1450 0000 0003 56
BIC: BYLADEM1SOG

Personal
Hygiene
Mitwirkung

Hierzu hat die Fachstelle für Pflege-, und Behinderteneinrichtungen -Qualitätsentwicklung und Aufsicht- (FQA) für den Zeitpunkt der Prüfung folgendes festgestellt:

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart:

Stationäre Pflegeeinrichtung
Stationäre Einrichtung für Menschen mit Demenz
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung

Angebotene Plätze	114
Belegte Plätze:	94
Einzelzimmerquote:	78,7 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%): 52,11 %
Stand: 06.02.2020

Anzahl der Auszubildenden: 2

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

Die Einrichtung liegt im Zentrum der Stadt Schongau innerhalb der Altstadt, eingrahmt von der historischen Stadtmauer. Die Heiliggeist Spital Stiftung hat in ihrer Satzung festgelegt, dass das Alten- und Pflegeheim der Unterbringung, Verpflegung und Betreuung älterer erwerbsunfähiger Schongauer Bürger dient. Soweit keine geeigneten Bewerber aus Schongau vorhanden sind, können auch auswärtige Bewerber aufgenommen werden.

Das Gebäude des Heimes besteht aus einem Altbau, der ehemaligen Klosterbraustätte, sowie einem Anbau aus dem Jahr 1991. Drei Innenhöfe laden zum Verweilen und Spaziergehen ein.

Im Haus gibt es eine Vogelvoliere, die den Alltag der Bewohner belebt. Die Vögel werden von den Bewohnern betreut.

Die Wohnbereiche sind wohnlich eingerichtet und jahreszeitlich dekorativ geschmückt. Mit Unterstützung der Bewohner haben die Mitarbeiter am Begehungstag die Einrichtung mit selbst gebastelter Faschingsdekoration wunderschön geschmückt.

Beim Hausrundgang wurde festgestellt, dass die Hauswirtschaft gute Arbeit leistet. Alle Räume sind ordentlich geputzt, vor allem die Personalumkleiden.

In der Einrichtung konnte eine angenehme und ruhige Atmosphäre wahrgenommen werden. Der Umgang mit den Bewohnern seitens der Mitarbeiter war wertschätzend und freundlich. Die Bewohner werden individuell gepflegt, in ihrer Selbständigkeit gefördert und die Selbstbestimmung des einzelnen Bewohners respektiert.

Jährlich finden 3 Ausflüge mit Unterstützung vieler Ehrenamtlicher statt. Mit drei BRK-Bussen werden die Bewohnern zu verschiedenen Zielen gefahren (z.B. Alpaka-hof in Peiting oder zur Floßfahrt auf dem Lech). Diese Ausflüge sind bei allen Bewohnern sehr beliebt und könnten ohne ehrenamtliche Mitarbeiter nicht durchgeführt werden.

Mit Bescheid vom 13.09.2017 wurde für die Nachrüstung der Sprachsteuerung im Aufzug eine Fristverlängerung bis 31.12.2018 gewährt. Zwischenzeitlich ist die Nachrüstung erfolgt.

Mitwirkung

Im Oktober 2019 wurde die Bewohnervertretung neu gewählt. Sie besteht aus 5 Bewohnern, die regelmäßig eine Sitzung abhalten. Ein Aushang der Sitzungsprotokolle erfolgt in der Einrichtung.

Gegenüber der FQA äußerte sich ein Mitglied der Bewohnervertretung positiv über die Einrichtung. Von Seiten der Einrichtungsleitung würde versucht möglichst viele Vorschläge und Wünsche der Bewohnervertretung, im Rahmen der Möglichkeiten, umzusetzen. Die Zusammenarbeit ist kooperativ und vertrauensvoll.

Verpflegung

Am Prüfungstag findet eine teilnehmende Beobachtung der Mahlzeit und Essensversorgung im ersten Obergeschoss (Wohnbereich: Schlossberg) statt. In diesem Bereich leben Bewohner mit dementiellen Veränderungen, jedoch nicht in einem geschützten Rahmen.

Die Tische sind ordentlich gedeckt und optisch ansprechend dekoriert. Auf jedem Tisch stehen ausreichend Wasser und Limonade, gelegentlich auch Radler zur Verfügung. Es gibt zunächst eine Nudelsuppe als Vorspeise, die im Schöpfsystem an die Bewohner ausgegeben wird. Als Hauptspeise werden zwei Menüs angeboten, für eines davon man sich im Vorfeld entscheiden musste. Zur Auswahl stehen am Prüfungstag entweder Paprika Gulasch mit Nudeln und Salat oder Gemüse-Schinkenauflauf. Die Hauptspeisen werden auf Tablett in einer Warmhaltevorrichtung angeliefert und in die Küche des Wohnbereichs verbracht. Die Mitarbeiter der Einrichtung servieren jedoch den Bewohnern nur die Teller und nicht das gesamte Tablett. Es werden Porzellangeschirr sowie Gläser aus Glas verwendet und nicht etwa aus Plastik. Bei der Essensausgabe tragen alle Mitarbeiter Schürzen. Während des gesamten Essens wird auf die Bewohner Rücksicht genommen. Leere Gläser werden bei Bedarf aufgefüllt. Ein Bewohner benötigt Hilfe bei der Essenseinnahme. Zu diesem Zweck setzt sich ein Mitarbeiter neben ihn. Das Essenstempo wird dabei vom Bewohner bestimmt.

Es entsteht insgesamt ein positiver Eindruck während des Essens auf dem Wohnbereich.

Qualitätsmanagement

Im Qualitätsmanagement-Handbuch gibt es ein Sterbekonzept, indem pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase, wie auch die verschiedenen Glaubensrichtungen berücksichtigt werden und ein Palliative Care Konzept. Ziel dieser Konzepte ist, die Lebensqualität für die Bewohner bis zum Tod bestmöglich zu gewähren und die Angehörigen während des Sterbeprozesses und über den Tod hinaus zu begleiten und unterstützen.

Auf jedem Wohnbereich befindet sich außerdem ein „Sterbekoffer“, indem sich ein Gotteslob, Sterbekreuz, LED-Kerze mit Glasuntersetzer und eine kleine Tischdecke befindet. Im Todesfall wird das Bewohnerzimmer, entsprechend der Glaubensrichtung gestaltet.

So stellt die Einrichtung sicher, dass Sterben in einem entspannten Umfeld erfolgen kann und die individuellen Bedürfnisse der Bewohner nach Lebensqualität und spiritueller Unterstützung gelebt werden.

II. 2. Qualitätsentwicklung

Die Einrichtung bemüht sich, ihr Angebot dem Bedarf der Bewohner bzw. Mitarbeiter stetig anzupassen.

Bis Jahresende wird gemeinsam mit den Mitarbeitern das Projekt „Kulturwandel“ durchgeführt. In verschiedenen Workshops wird z.B. ein neues Leitbild für die Einrichtung erarbeitet bzw. die Mitarbeiter für eine „gute Kultur“ im Haus stark gemacht. Ziel dieses Projektes ist u.a. eine gelebte Wohlfühl-Kultur im Altenheim mit zufriedenen Bewohnern, Mitarbeitern, Angehörigen und Ärzten.

II.3. Qualitätsempfehlungen

II.3.1. Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

1. Beim Bewohner wurde eine teilnehmende Beobachtung der Intimpflege durchgeführt. Der Bewohner hatte zuvor stark eingekotet und ist mit einem transurethralen Dauerkatheter versorgt. Die Intimpflege wurde mit Waschlotion und Wasser durchgeführt. Eine Desinfektion des transurethralen Dauerkatheters erfolgte nicht.
Wir empfehlen im Rahmen der täglichen Körperpflege eine schonende Reinigung des Meatus urethrae und des Katheters mit Trinkwasser und Seifenlotion ohne Zusatz antiseptischer Substanzen. Eine antiseptische Reinigung empfehlen wir bei starker Kot Verschmutzung.
2. Der Bewohner ist mit einem transurethralen Dauerkatheter versorgt. Bei der teilnehmenden Beobachtung der Harnentsorgung des Auffangbeutels in die Urinflasche fiel auf, dass die Pflegekraft das Ablassventil in die Urinflasche legte. Die Pflegekraft führte eine Sprühdesinfektion mittels Hautdesinfektionsmittel vom Ablassventil vor und nach der Entleerung durch.
Bei der Harnentsorgung sollte der Ablassstutzen nicht mit dem Auffanggefäß in Kontakt kommen. (Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen)

II.3.2 Qualitätsbereich: Umgang mit Arzneimittel

Es zeigte sich bei der stichprobenartigen Überprüfung der Betäubungsmittel (BtM), dass in der BtM-Dokumentation der Bewohner die am Ende eines jeden Kalendermonats durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigende Kontrolle der BtM-verordnenden Ärzte grundsätzlich fehlt. Es waren auch keine BtM-Rezeptkopien vorhanden.

Wir empfehlen, diese Verpflichtung bei den Hausärzten zu thematisieren. Die Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Betäubungsmittel sowie die Übereinstimmung der Bestände mit den geführten Nachweisen sind von dem in den §§ 2 bis 4 bezeichneten, verschreibungsberechtigten Arzt am Ende eines jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Für den Fall, dass die Nachweisführung mittels elektronischer Datenverarbeitung erfolgt, ist die Prüfung auf der Grundlage zum Monatsende angefertigter Ausdrucke durchzuführen. Sobald und solange der Arzt die Nachweisführung und Prüfung nach Satz 1 Nr. 6 nicht selbst vornimmt, hat er sicherzustellen, dass er durch eine Person nach § 5 Abs. 10 Satz 1 und 2 oder § 5c Absatz 2 (vom Arzt beauftragtes, eingewiesenes und kontrolliertes Personal) am Ende eines jeden Kalendermonats über die erfolgte Prüfung und Nachweisführung schriftlich oder elektronisch unterrichtet wird.

Ebenfalls empfehlen wir, BtM-Rezeptkopien grundsätzlich den BtM-Nachweisformularen beizufügen, um die korrekte BtM-Ausgabe in Bezug auf Betäubungsmittel, Dosis und Applikation zu gewährleisten.

III. Erstmals Festgestellte Abweichungen (Mängel)

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.1.1.1 Sachverhalt

Beim Bewohner besteht ein Dekubitusrisiko. Ein vorheriger Dekubitus ist bereits abgeheilt. Er ist in seiner Eigenbewegung eingeschränkt. Aktuell hat der Bewohner eine Spannungsblase am Innenknöchel rechts. Die Beine sind stark ödematös. Er liegt auf einer Wechseldruckmatratze (WDM). 3 – 4 stündliche Lagerungen werden in der Pflegeplanung geplant. Bei der Überprüfung des Bewegungsprotokolls konnten zu lange Lagerungsintervalle festgestellt werden. Laut Bewegungsprotokoll finden bis zu 10 Stunden keine Lagerungen des Bewohners statt. Abweichungen im Pflegebereich konnten diesbezüglich nicht nachvollzogen werden.

III.1.1.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.1.3 Beratung

Je nach individuellem Risiko kann bereits eine kurze Einwirkung von erhöhtem Druck und/oder Scherkräften zu Dekubitus führen. Entsprechend der Ausführungen im Ex-

pertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist bei fehlender Eigenbewegung oder nicht ausreichender Eigenbewegung eine individuelle Bewegungsförderungsplanung vorzunehmen, damit gefährdete Körperstellen entlastet sind. Es wird dringend geraten, eine engmaschige Hautinspektion durchzuführen sowie die geplanten Maßnahmen zu evaluieren, anzupassen, konsequent umzusetzen und entsprechend zu dokumentieren.

III.1.2.1 Sachverhalt

Der Bewohner hat massive Beinödeme beidseits. Laut Angaben der Pflegekraft sind die Beinödeme momentan ausgeprägter wie sonst. Bei der Grundpflege konnte eine Spannungsblase am rechten Innenknöchel wahrgenommen werden. Der Pflegekraft war diese Spannungsblase bisher unbekannt. Dem Pflegebericht konnte am **02.02.2020** entnommen werden: Wasserblasenbildung an den Füßen / Knöchel – bitte beobachten. Weitere pflegerische Interventionen außer beobachten wurden nicht eruiert. Laut Angaben der Pflegekraft kam am 03.02.2020 der Hausarzt. Währenddessen war keine Fachkraft zur Stelle und die Wasserblase wurde nicht angesprochen. Eine Arztinformation erfolgte bis zum Zeitpunkt der Begehung nicht. Außerdem konnte festgestellt werden, dass der Bewohner am linken Innenknöchel ein ausgeprägtes Hämatom hatte. Dieses Hämatom wurde nicht dokumentiert. Ein situationsgerechtes Handeln konnte nicht nachvollzogen werden.

III.1.2.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.2.3 Beratung

Die Verpflichtung zum Führen einer Bewohnerdokumentation ist eine pflegfachliche Notwendigkeit. Die Pflegedokumentation ist für die Sicherstellung einer nachweisbaren angemessenen fachlichen Pflege und Betreuung für die in einer Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner unerlässlich. Erst durch konkrete Vorgaben ist ein einheitliches Vorgehen aller an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen möglich. Die Pflegedokumentation ist außerdem ein unverzichtbares innerbetriebliches Kommunikationsinstrument. Eine exakte Pflegedokumentation ist gesetzliche Vorgabe sowie Grundvoraussetzung für eine professionelle Pflege und die ordnungsgemäße Darstellung eines Pflegeprozesses. Akute Ereignisse unter anderem eine Spannungsblase und Hämatome sind im Pflegebericht zeitnah, nachvollziehbar zu dokumentieren. Erforderliche Maßnahmen wie die Kommunikation mit dem Arzt sollten durchgeführt werden um ein situationsgerechtes Handeln zu erzielen. Es wird geraten, entsprechende Rücksprachen mit dem Arzt zeitnah vorzunehmen um pflegerische Interventionen einzuleiten.

III.1.3.1 Sachverhalt

Beim Bewohner wurde eine teilnehmende Beobachtung der Körperpflege durchgeführt. Der Bewohner hatte am Sakralbereich einen Dekubitus. Momentan ist die Haut am Gesäßbereich intakt. Die Körperpflege wurde von der Pflegekraft im Bett durch-

geführt. Der Bewohner ist überwiegend bettlägerig und inkontinent. Zum Zeitpunkt der Begehung hatte der Bewohner stark eingekotet. Bei der Durchführung der Körperpflege trug die Pflegekraft keine Plastikschrürze. Nachdem die Pflegekraft die Intimpflege durchführte, wurde nach Aufforderung seitens der FQA von der Pflegekraft noch Stuhlreste am Gesäßbereich entfernt. Die Intimpflege wurde mit Einmalwaschhandschuhe durchgeführt. Die mit Stuhl verschmutzten Einmalwaschhandschuhe wurden nach Benutzung von der Pflegekraft in die Waschschrüssel zurückgelegt und nicht in einer Mülltüte entsorgt. Ein Waschwasserwechsel fand statt. Nachdem die Pflegekraft den Intimbereich gewaschen und abgetrocknet hatte, versorgte die Pflegekraft den Sakralbereich mit einer Multilind Salbe. Die Multilind Salbe wurde sehr dick aufgetragen. Auch wurde der Oberkörper während der Intimpflege nicht abgedeckt. Der Bewohner lag während der Intimpflege nackt im Bett. Es fand nach der Intimpflege kein Handschuhwechsel statt. Während der Grundpflege fand keine einzige Händedesinfektion statt. Bei der Innaugenscheinnaahme der Zehenzwischenräume konnten übelriechende Beläge beider Füße festgestellt werden. Die Körperpflege wurde nicht fachgerecht durchgeführt.

III.1.3.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.3.3 Beratung

Die korrekte Durchführung der Körperpflege ist Grundbestandteil jeder Pflegeausbildung. Um drohende Infektionen zu vermeiden, sollte die Körperpflege hygienisch korrekt und nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse durchgeführt werden. Bei allen Tätigkeiten, die potentiell die Gefahr des Kontaktes mit Körperflüssigkeiten, Ausscheidungen oder infektiösen Stoffen bergen, sind nach aktuellem fachlichen Stand Einmalhandschuhe zu tragen. Nach der Durchführung solcher Tätigkeiten erfolgen ein Handschuhwechsel und eine hygienische Händedesinfektion. Wir empfehlen bei der Versorgung mit eingekoteten Bewohnern Plastikschrürzen zu verwenden. Während die Intimpflege durchgeführt wird, empfehlen wird den Oberkörper des Bewohners abzudecken um die Intimsphäre des Bewohners zu wahren. Es wird auf den Bayerischen Rahmenhygieneplan und die RKI-Empfehlungen verwiesen.

Die Einrichtung hat eine sach- und fachgerechte Durchführung der Körperpflege der Bewohner sicherzustellen, da ansonsten eine unmittelbare Gefahr für die Gesundheit der Bewohner vorliegt. Sie hat so zu erfolgen, dass Ablagerungen und käsiger Geruch an gefährdeten Stellen z.B. auch in den Zehenzwischenräumen nicht entstehen können.

III.1.4.1 Sachverhalt

Die Pflegekraft trug während der Entleerung des Urinbeutels Einmalhandschuhe. Die Einmalhandschuhe wurden nach der Entleerung nicht unmittelbar ausgezogen. Es bestand im Anschluss im Bewohnerzimmer zu mehreren Flächen Kontakt, unter anderem wurde die Türklinke von der Pflegekraft angefasst. Die hygienischen Aspekte bei der Harnentsorgung wurden nicht beachtet.

III.1.4.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.4.3 Beratung

Hände sind durch ihre vielfältigen Kontakte mit der Umgebung und anderen Menschen hauptüberträger von Krankheitserregern. Um Krankheitserreger an den Händen abzutöten, ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich. Sie ist unter anderem nach dem Ablegen von Schutzhandschuhen notwendig, die möglicherweise kontaminiert sind. Nach der Harnentsorgung in das Auffanggefäß sind die Einmalhandschuhe aus hygienischen Gründen zu entsorgen. Wir empfehlen der Einrichtung Schulungen im Bereich Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens durchzuführen. (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut.

III.1.5.1 Sachverhalt

Bei einem Bewohner wurde im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung bei einer Blutzuckerkontrolle festgestellt, dass die Pflegekraft für die Hautdesinfektion einen Tupfer verwendete, der offen in einem Becher gelagert war. Sie benetzte den Tupfer mit Hautdesinfektionsmittel und führte anschließend eine Abreibung der Haut durch. Die Einwirkzeit des Hautdesinfektionsmittels von 15 sec wurde nicht eingehalten. Für die Blutzuckerkontrolle wurden keine Einmalhandschuhe verwendet. Eine Händedesinfektion wurde ebenfalls nicht durchgeführt. Die Tupfer werden im Stationszimmer in einer Kunststoffbox gelagert, die ebenfalls offenstand.

Bei der teilnehmenden Beobachtung der Blutzuckermessung eines weiteren Bewohners konnte festgestellt werden, dass die Pflegekraft vor der Blutzuckermessung keine korrekte Hautdesinfektion durchführte. Diese führte nach dem Einsprühen mit Hautdesinfektionsmittel des Hautareals, Abreiben der Haut mit einer Zellette keine erneute Sprühdeseinfektion durch. Die Zellekten lagen offen in einem Becher. Im Stationszimmer stand die Kunststoffbox auch offen. Der erste Blutropfen wurde für die Blutzuckermessung verwendet und nicht der zweite. Einmalhandschuhe wurden nicht getragen und keine einzige Händedesinfektion wurde durchgeführt. Beide Blutzuckerkontrollen wurden nicht fachgerecht durchgeführt.

III.1.5.2 Die beschriebenen Situationen stellen einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.5.3 Beratung

Unmittelbar vor der Punktion ist eine Hautantiseptik unter Beachtung der vom Hersteller angegebenen (Mindest-) Einwirkzeit des Hautantiseptikums vorzunehmen. Es muss darauf geachtet werden, dass das Hautdesinfektionsmittel vollständig abgetrocknet ist, bevor die Insulininjektion/Blutzuckerkontrolle vorgenommen wird, da es durch Eintrag von Alkoholresten in das Subkutangewebe bei noch nicht vollständig abgetrocknetem Desinfektionsmittel zu einer aseptischen Entzündung mit nachfol-

gendem Risiko einer Gewebsverhärtung kommen kann. Ob die Hautantiseptik durch eine Sprüh- oder Wischdesinfektion vorgenommen wird, macht hinsichtlich der Wirksamkeit keinen Unterschied. Entscheidend ist, dass das zu desinfizierende Hautareal vollständig mit dem Antiseptikum benetzt wird.

Bei der Durchführung der Wischdesinfektion wird ein sterilisierter oder keimarmer Tupfer zum Aufbringen des Antiseptikums benötigt. Sterilisierte Tupfer werden nach Sterilisation kontaminationsgeschützt verpackt und aufbewahrt z.B. in einer unsterilen Klarsichthülle oder in einer sauberen, **geschlossenen** Kunststoffbox. Solange der Kontaminationsschutz aufrechterhalten wird, gelten diese Tupfer als „keimarm“. Ebenso gelten als keimarm solche, die unter qualitätskontrollierten, keimarmen Bedingungen hergestellt, mit einem geeigneten Desinfektionsmittel vorgetränkt und in einer Einzelverpackung (z.B. Staniolfolie) verpackt sind. (AlkoPads)

Bei allen Tätigkeiten mit möglichem Blutkontakt sind Einmalhandschuhe zu verwenden. Die Indikationen für eine hygienische Händedesinfektion sollten dem Pflegepersonal bekannt sein. Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen Empfehlungen „Händehygiene“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

Das Personal ist regelmäßig anhand des Hygieneplans in den hygienischen Arbeitstechniken zu schulen, damit ein fachgerechtes Vorgehen einer Hautdesinfektion sichergestellt werden kann. (Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI))

III.1.6.1 Sachverhalt

Bei der teilnehmenden Beobachtung der Insulininjektion konnte festgestellt werden, dass die Pflegekraft für die Hautdesinfektion eine Zellette mit Hautdesinfektionsmittel Cutisept benetzte. Anschließend führte sie die Abreibung der Haut durch. Die Einwirkzeit von 15 sec wurde nicht eingehalten. Ebenfalls wurde festgestellt, dass die Pflegekraft die Sicherheitsnadel vor der Insulininjektion, wie es im Beipackzettel vermerkt ist, nicht auf ihre Durchgängigkeit überprüft hat. Die Pflegekraft entfernte die Nadel sofort nachdem das Insulin injiziert war. Es wurden keine 10 Sekunden nach der Injektion abgewartet. Die Insulininjektion wurde im Speisesaal durchgeführt. Die Bewohner saßen bereits an ihren Tischen. Die Zelletten wurden offen im Bewohnerablett gelagert. Auch die Zelletten, welche in einer Zelletten-Box im Stationszimmer gelagert werden, war nicht geschlossen. Für die Insulininjektion wurden keine Einmalhandschuhe getragen. Keine einzige Händedesinfektion wurde durchgeführt. Die Insulininjektion wurde nicht fachgerecht durchgeführt.

III.1.6.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PflWoqG dar.

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

III.1.6.3 Beratung

Es sollte darauf geachtet werden, dass die vom Hersteller vorgegebene (Mindest-)Einwirkzeit des Hautantiseptikums beachtet wird. Das Hautdesinfektionsmittel sollte lt. RKI vollständig abgetrocknet sein, bevor die Insulininjektion vorgenommen wird. Bei der Durchführung der Hautdesinfektion wird ein sterilisierter oder

keimarmer Tupfer zum Aufbringen des Antiseptikums benötigt. In der Gebrauchsanleitung wird unter Punkt 4 beschrieben, dass eine Durchgängigkeitsprobe durchgeführt werden soll. Ebenfalls sollte nachdem das Insulin injiziert wurde 10 Sekunden gewartet werden, bevor die Nadel aus der Haut entfernt wird.

Da eine Übertragung von Mikroorganismen am häufigsten über die Hände erfolgt, ist die Händehygiene die wichtigste prophylaktische hygienische Maßnahme. Um Krankheitserreger an den Händen abzutöten, ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich. Sie ist notwendig vor medizinischen-pflegerischen Maßnahmen, auch wenn dabei Handschuhe getragen werden, z.B. bei der Insulininjektion. Bei allen Tätigkeiten mit möglichem Blutkontakt sind Einmalhandschuhe zu verwenden.

Aufgrund der Wahrung der Intimsphäre des Bewohners sollte die pflegerische Tätigkeit im Bewohnerzimmer durchgeführt werden.

Wir empfehlen der Einrichtung Schulungen im Umgang mit Insulininjektionen zu veranlassen um eine korrekte Durchführung einer Insulininjektion sicherzustellen.

III.2 Qualitätsbereich: Umgang mit Arzneimittel

III.2.1.1 Sachverhalt

Bei der Inaugenscheinnahme des Insulinpens Apidra konnte festgestellt werden, dass der Pen mit dem Anbruchsdatum 20.01.2020 und mit dem Verfalldatum 20.02.2020 beschriftet wurde. Der Verfall ist bereits am 17.02.2020. Das Insulin wurde mit dem falschen Verfalldatum beschriftet.

Im EG befand sich ein Hautdesinfektionsmittel auf dem Pflegewagen mit dem Anbruchsdatum 25.01.2019. Das Hautdesinfektionsmittel war bereits abgelaufen.

III.2.1.2 Die beschriebenen Situationen stellen einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 5 PflWoqG dar.

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

III.2.1.3 Beratung

Aus fachlicher Sicht ist für einen ordnungsgemäßen Umgang und Einsatz von Medikamenten und Desinfektionsmittel selbstverständlich, dass auf die Verwendbarkeit geachtet wird. Dazu ist das Datum des Anbruchs zu verzeichnen, ggf. auch das **richtige beschriftet** vom Verfallsdatum. Das Beschriften gewährleistet eine notwendige Überwachung bezüglich der Dauer der Verwendbarkeit. Die Mitarbeiter sind im sachgerechten Umgang mit Medikamenten zu schulen Die Schulung ist durch einen Apotheker durchzuführen.

Viele Arzneimittel beinhalten sensible Stoffe, deren Wirkungsweise sich über die Zeit verändern kann. Arzneimittel und auch Händedesinfektionsmittel sollten deshalb nach Ablauf des Verfallsdatums nicht mehr verwendet werden. Abgelaufene Medikamente müssen sachgerecht entsorgt werden.

III.2.2.1 Sachverhalt

Bei der stichprobenartigen Überprüfung der BtM konnte festgestellt werden, dass die Schlüsselübergabe lückenhaft dokumentiert war.

So z.B. an den Tagen: 23.01.2020, 27.01.2020, 29.01.2020, 30.01.2020, 31.01.2020, 01.02.2020, 02.02.2020 und am 03.02.2020.

III.2.2.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 5 PflWoqG dar.

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

III.2.2.3 Beratung

Der BtM-Schlüssel ist ausnahmslos von der pro Schicht in der Dokumentation unterzeichnenden und für den BtM-Schlüssel und BtM-Bestand verantwortlichen Person (Schichtleitung) am Körper zu führen, um eine Schlüsselentwendung und BtM-Missbrauch zu verhindern. Die Dokumentation der BtM-Schlüsselübergabe hat zu dem tatsächlich erfolgten Zeitpunkt zu erfolgen - nicht im Voraus - und ist lückenlos zu führen, um einen verantwortungsbewussten Umgang zu gewährleisten.

III.2.3.1 Sachverhalt

Bei der stichprobenartigen Kontrolle der Bedarfsmedikation konnte festgestellt werden, dass ein Bedarfsmedikament nicht vorschriftsmäßig vorgehalten wurde. Der Bewohner kann bei Obstipation länger als 3 Tage Movicol erhalten.

III.2.3.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 5 PflWoqG dar.

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

III.2.3.3 Beratung

Bedarfsmedikamente sollten vorschriftsmäßig vorgehalten werden.

Die Mitarbeiter sind im sachgerechten Umgang mit Medikamenten zu schulen. Die Schulung ist durch einen Apotheker durchzuführen.

III.2.4.1 Sachverhalt

Bei der Überprüfung der Kühlschranktemperatur im 1. und 2. Stock konnte festgestellt werden, dass Medikamente in der Kühlschranktür gelagert werden.

Ebenfalls wurde festgestellt, dass die Kühlschranktemperatur nicht regelmäßig überprüft wird. So fand im 1. Stock z.B. an den Tagen 21.01.2020, 22.01.2020, 23.01.2020, 27.01.2020, 30.01.2020, 31.01.2020, 03.02.2020 und am 04.02.2020 keine Temperaturüberprüfung statt. Die Min- und Max Temperatur wird ebenfalls nicht regelmäßig dokumentiert. Auch finden sich falsche Messangaben in der Dokumentation so z.B. an dem Tag 05.02.2020, 02.02.2020 und 01.02.2020 mit der Angabe MIN 17,4 C° und MAX 24,5 C°.

Im 2. Stock wird nur die tatsächliche Kühlschranktemperatur dokumentiert. Hier finden sich zudem Lücken in der Dokumentation an den Tagen 29.01.2020 und 28.01.2020. Die MIN und MAX Temperatur wird generell nicht dokumentiert. Am 05.02.2020 (9 C°) und am 06.20.2020 (12 C°) gab es Abweichungen bzgl. der Kühlschranktemperatur. Wie darauf reagiert worden war, konnte der Dokumentation nicht nachvollzogen werden.

Die Temperaturkontrolle des Medikamentenkühlschranks wurde nicht ordnungsgemäß dokumentiert und auf Abweichungen wurde nicht fachgerecht reagiert. Die Lagerung von Medikamenten in der Kühlschranktür ist nicht zulässig.

III.2.4.2 Die beschriebenen Situationen stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, und 5 PflWoqG dar.

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

III.2.4.3 Beratung

Um Qualität und Haltbarkeit des sich im Kühlschrank befindlichen Medikamentes zu gewährleisten sind Temperaturkontrollen täglich durchzuführen und lückenlos zu dokumentieren. Die Temperatur des Medikamentenkühlschranks sollte dabei nicht allein auf den derzeitigen Ist-Wert überprüft werden, sondern auch auf die Minimal- und Maximal-Werte der letzten 24 Stunden. Nur so können Temperaturschwankungen und ein Über- oder Unterschreiten der zulässigen Temperatur festgestellt werden. Dazu sollte ein Thermometer, welches die Min- und Max-Werte ausweist, verwendet werden. Nach Überprüfung der Temperatur sollte die Aufzeichnung über die Minimal- und Maximalwerte der nächsten 24 Stunden neu gestartet werden. Bei Abweichungen der Temperatur außerhalb des Referenzbereiches von unter 2°C oder über 8°C sollte das genaue Procedere festgelegt sein, welche Maßnahmen zu ergreifen haben. Hierbei ist eine Nachfrage in der zuständigen Apotheke erforderlich, um zu erfragen, ob die zum Zeitpunkt der Temperaturabweichung im Kühlschrank gelagerten Medikamente noch verwendbar sind oder verworfen werden müssen. Die Maßnahmen bei Temperaturabweichungen außerhalb des Referenzbereiches sind im Temperatur-Protokoll zu vermerken.

In den Türfächern dürfen wegen erheblicher Temperaturschwankungen keine kühlpflichtigen Arzneimittel aufbewahrt werden.

Die Mitarbeiter sind bezüglich der Temperaturkontrollen und der Dokumentation zu schulen

III.3 Qualitätsbereich: Hygiene

III.3.1.1 Sachverhalt

Bei dem Hausrundgang fiel auf, dass einige Einmalgebilde zur Händedesinfektion- und Händereinigung nach Ablaufdatum noch verwendet wurden, andere wiesen keine Etikettierung bezüglich Anbruchsdatum auf.

Die einschlägigen Anforderungen an die Hygiene wurden nicht eingehalten.

III.3.1.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 5 PflWoqG dar.

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

III.3.1.3 Beratung

Einmalgebilde zur Hautdesinfektion sind mit einer Etikettierung bezüglich des Anbruchdatums zu versehen, aus der die Monats- und Jahresangabe ersichtlich ist und nach Ablauf nicht mehr zu verwenden, um einen wirksamen Einsatz zu gewährleisten. Dabei ist darauf zu achten, dass das Haltbarkeitsdatum nach Anbruch für Einmalgebilde Händedesinfektionsmittel je nach verwendetem Spender variiert.

III.3.2.1 Sachverhalt

Bei der Überprüfung der Wartung medizinisch-technischer Geräte fiel auf, dass bei einem Wäschetrockner im Keller laut Plakette die nächste Wartung 07/2017 angestanden hätte und nicht erfolgt war. Der Wäschetrockner wurde nicht fachgerecht gewartet.

III.3.2.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 5 PflWoqG dar.

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

III.3.2.3 Beratung:

Medizinisch-Technische Geräte sind regelmäßig und ordnungsgemäß zu warten, um einen sach- und fachgerechten Einsatz zu gewährleisten. Die Wartung ist über eine Plakette am Gerät auszuweisen.

III.4 Qualitätsbereich: Personal

III.4.1.1 Sachverhalt

Derzeit sind zwei Mitarbeiter zur gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft in der Einrichtung tätig. Eine Gerontofachkraft in Vollzeit ist seit über einem Jahr Langzeitkrank. Gemäß § 15 Abs. 3 AVPflWoqG. müssen in stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen Gerontofachkräfte entsprechend dem Verhältnis von je einer Fachkraft pro 30 Bewohner eingesetzt werden. Dies wären am Tag der Begehung 2,9 Vollzeitstellen.

III.4.1.2 Die beschriebene Situation stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 4 und Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG dar.

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

III.4.1.3 Beratung

Damit die gesetzlich vorgeschriebene Quote von 2,9 Vollzeitstellen als gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft erreicht wird, sollten entsprechende Maßnahmen getroffen werden (z.B. Weiterbildung weiterer Mitarbeiter).

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

IV.1 Qualitätsbereich: Umgang mit Medikamenten

IV.1.1 Sachverhalt

Bei der Überprüfung der Medikamente eines Bewohners konnte festgestellt werden, dass die Multilind Heilsalbe und das Triam Gel nicht mit einem Anbruchsdatum versehen wurden. Ebenfalls wurde das Hautantiseptikum kodan mit dem Datum 23. – 30.08. beschriftet. Nach Angabe einer Pflegekraft stellte sich heraus, dass mit dem Datum die Aufbringungszeit des Hautdesinfektionsmittels gemeint war.

Bei der Blutzuckerkontrolle eines anderen Bewohners wurde ein Hautdesinfektionsmittel Cutasept® F verwendet ohne Anbruchsdatum.

IV.1.2 Die beschriebenen Situationen stellen einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nrn.1 und 4 PflWoqG dar.

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

IV.1.3 Beratung

Aus fachlicher Sicht ist für einen ordnungsgemäßen Umgang und Einsatz von Medikamenten und Desinfektionsmitteln selbstverständlich, dass auf die Verwendbarkeit geachtet wird. Dazu ist das Datum des Anbruchs zu verzeichnen, ggf. auch das richtige Beschriften vom Verfallsdatum. Das Beschriften gewährleistet eine notwendige Überwachung bezüglich der Dauer der Verwendbarkeit. Die Mitarbeiter sind im sachgerechten Umgang mit Medikamenten zu schulen. Die Schulung ist durch einen Apotheker durchzuführen.

Viele Arzneimittel beinhalten sensible Stoffe, deren Wirkungsweise sich über die Zeit verändern kann. Arzneimittel und auch Händedesinfektionsmittel sollten deshalb nach Ablauf des Verfallsdatums nicht mehr verwendet werden. Abgelaufene Medikamente müssen sachgerecht entsorgt werden.

IV.2 Qualitätsbereich: Personal

IV.2.1 Sachverhalt

Anhand der Dienstpläne war ersichtlich, dass grundsätzlich drei Pflegekräfte, davon eine Pflegefachkraft im Nachtdienst eingeplant sind. Bei krankheitsbedingtem Ausfall eines eingeplanten Mitarbeiters wird jedoch kein Ersatz gestellt, so dass dann nur zwei Pflegekräfte die Nachtwache wahrnehmen. So geschehen am 01.01., 31.01., 01. und 02.02.2020

Im Kalenderjahr 2015 wurde seitens des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege für die Nacht ein Nachwachenschlüssel von einer Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohnerinnen und Bewohner je nach örtlicher Gegebenheit vorgegeben. In der Einrichtung waren zum Zeitpunkt der Begehung 94 Plätze belegt, hiervon von 87 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Somit müssen pro Nacht mindestens drei Pflegekräfte vor Ort sein. Zum Zeitpunkt der Begehung besteht ein Defizit von einer Pflegekraft pro Nacht für die o.g. Tage.

IV.2.2 Die beschriebenen Situationen stellen einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nrn.1 und 4 PflWoqG dar.

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

IV.2.3 Beratung

Nach § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPflWoqG muss in der Nacht ausreichend Personal, mindestens eine Fachkraft, ständig anwesend sein, um die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend der fachlichen Konzeption und der Bewohnerstruktur der stationären Einrichtung sicherzustellen. Als noch ausreichend erachtet das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege einen Nachwachenschlüssel von einer Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohnerinnen und Bewohner. Der Anteil der dementiell erkrankten Menschen sowie der multimorbiden Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen ist hoch und wird weiter ansteigen. Bei Nichtbeachtung dieses Nachwachenschlüssels ist im Kontext der tatsächlich vorhandenen Arbeitskraft einer einzelnen Nachtwache daher seitens der FQA von einer potentiellen Gefährdung der Bewohnerinnen und Bewohner auszugehen. Aufgrund der baulichen Gegebenheiten (lange Laufwege über 3 Stockwerke, unübersichtliche Gänge) und der Bewohnerstruktur fordert die FQA einen Personalschlüssel von 1:30 ein. Rüstige Bewohnerinnen und Bewohner wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

Am Tag der Begehung wurden keine erheblichen Mängel festgestellt.

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

Dem Träger wurde mit Schreiben vom 04.03.2020 Gelegenheit gegeben, sich zu den festgestellten Mängeln gem. Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG zu äußern. In einem Punkt der Stellungnahme vom 15.04.20 konnte die Ausführung berücksichtigt werden. Die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes wurden beachtet.

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

Einen Abdruck des Prüfberichtes erhalten die überprüfte Einrichtung, die Regierung von Oberbayern, der MDK Bayern, Ressort Pflege, der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung und der Bezirk; Sozialcontrolling.

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

ist der Widerspruch schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz zugelassenen Form (bitte Hinweis 1 beachten) einzulegen beim

Landratsamt Weilheim-Schongau
in Weilheim oder in Schongau.

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: Bayerstr. 30, 80335 München 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 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 Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen bei schriftlicher Einreichung oder Einreichung zur Niederschrift Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird

ist die Klage bei dem

Bayerischem Verwaltungsgericht in München
Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München
Hausanschrift: Bayerstr. 30, 80335 München

zu erheben.

Die Klage kann schriftlich, zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz zugelassenen Form (bitte Hinweis 1 beachten) erhoben werden. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten 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 Abschrift beigelegt werden.

Der Klage und allen Schriftsätzen sollen bei schriftlicher Einreichung oder Einreichung zur Niederschrift Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

¹ Die Einlegung eines Rechtsbehelfs per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen! Nähere Informationen zur elektronischen Einlegung von Rechtsbehelfen entnehmen Sie bitte der Internetpräsenz des Landratsamts Weilheim-Schongau (www.weilheim-schongau.de, dort unter Impressum) bzw. der Bayerischen Verwaltungsgerichtsbarkeit (www.vgh.bayern.de).

Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten infolge der Klageerhebung eine Verfahrensgebühr fällig.