



Landratsamt, Postfach 13 60, 83633 Bad Tölz

St. Ursula GmbH  
z.Hd. Herr Peter Gahren  
Sudetenstr. 5  
82538 Geretsried

Nina Zitzmann  
Abt. 3 FQA  
Zimmer: 1.083  
Persönliche Erreichbarkeit:  
Mo-Do 8:00-16:30 Uhr, Fr 8:00-12:00 Uhr  
Telefon: 08041 505-393  
Telefax: 08041 505-525  
E-Mail: [nina.zitzmann@lra-toelz.de](mailto:nina.zitzmann@lra-toelz.de)

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen,  
3-4821 FQA

Unsere Nachricht vom

Datum  
23.07.2020

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);  
Prüfbericht gemäß PfleWoqG und Anhörung gemäß Art. 28 des Bayer.  
Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG) zur Einrichtungsbegehung am  
06.02.2020**

**Träger der Einrichtung:** St. Ursula GmbH  
**Geschäftsführung:** Herr Peter Gahren  
Sudetenstr. 5  
82538 Geretsried  
**Internetadresse:** [www.stursula-lze.de](http://www.stursula-lze.de)

**Geprüfte Einrichtung:** St. Ursula  
Therapeutisches Langzeitwohnen (beschützt)  
Sudetenstr. 5  
82538 Geretsried

In der o.g. Einrichtung wurde am 06.02.2020 von 9:15 Uhr bis 16:15 Uhr eine  
turnusmäßige Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Qualitätsmanagement  
Betreuung MmB  
Förderplanung MmB  
Hygiene  
Arzneimittel

Wohnqualität  
Bauliche Gegebenheiten  
Personal  
Mitwirkung  
Verpflegung  
Freiheit einschränkende Maßnahmen

I. **Daten zur Einrichtung:**

Einrichtungsart:

Stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Angebotene Wohnformen:

Langzeitwohnbereich (beschützt und intensiv betreut) für seelisch behinderte Erwachsene (LZW)

Therapeutisches Außenwohnprojekt (AWP)

Ambulant betreute Wohngemeinschaft (TWG)

Tagesstrukturierende Maßnahmen für Menschen mit Behinderung

- innerhalb der Einrichtung
- außerhalb der Einrichtung

Therapieangebote:

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- sonstige Therapieangebote, kognitive und therapeutische Angebote

Angebotene Plätze	LZW:	126
	AWP:	13
	TWG:	12

Belegte Plätze	LZW:	125
	AWP:	13
	TWG:	12

Einzelzimmerquote: 24,7 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%): **48,10 %**

Anzahl der auszubildenden Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 0

## **II. Information zur Einrichtung**

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

### **II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen**

[Hier erfolgen eine kurze, prägnante Aufstellung des positiven Sachverhalts bzw. der aus der Sicht der FQA hervorzuhebenden Punkte und allgemeine Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.]

#### **Organisationsstrukturen**

Die gesamte Prüfung verlief in einer guten Atmosphäre. Es konnten offene und konstruktive Gespräche mit den anwesenden Mitarbeitern geführt werden.

Der Umgang mit den Bewohnern wirkte wertschätzend und respektvoll.

Während der Begehung wurden bereits die Qualitätsempfehlungen angesprochen und beraten und im Abschlussgespräch nochmal ausführlich erörtert.

Der Neubau, die Umzüge und die Trennung von Pflege und Eingliederungshilfe haben einen umfassenden Veränderungs- und Organisationsentwicklungsprozess in Gang gesetzt.

In diesem Zusammenhang soll auch die Möglichkeit eines Eingliederungshilfeschlags für den Pflegebereich überprüft werden (Agenda 2021).

Die Vorbereitung und Umsetzung der neuen BTHG Forderungen, stellten einen enormen zusätzlichen administrativen Aufwand dar (z.B. Grundsicherungsregelbetrag) und kostete hohe Zeitressourcen.

#### **Brandschutz**

Die Feuerlöscher werden regelmäßig überprüft. Der TÜV ist gültig bis 11/2020.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig im Umgang mit den Feuerlöschern geschult.

#### **Allgemeines**

Am Begehungstag lagen augenscheinlich keine hygienischen Beanstandungen vor.

#### **Arzneimittel**

Medikamente werden in einem abschließbaren Medikamentenschrank bewohnerbezogen mit Beipackzettel sauber und ordentlich gelagert. Der Umgang mit Arzneimittel und mit ärztlichen Verordnungen war nicht zu beanstanden. Die Medikamentenkühlschränke waren sauber, die Temperatur wird täglich überprüft und protokolliert.

#### **Betäubungsmittel**

Die Betäubungsmittel werden ordnungsgemäß in einem Safe gelagert, es gibt pro Bewohner und Medikament ein BTM-Buch. Die stichprobenartige Überprüfung zeigte keine Auffälligkeiten bezüglich der Bestandmenge. Es werden monatliche Kontrollen des BTM-Bestandes gemacht und vom Arzt unterschrieben.

#### **Wohnqualität**

Im letzten Jahr erfolgte der Umzug der pflegebedürftigen Bewohner in den neuen Anbau der Einrichtung. Dadurch entzerrte sich die Wohnsituation. Es werden nun

ausschließlich Doppel- und Einbettzimmer vorgehalten. Die befragten Bewohner waren mit ihrer Wohnsituation zufrieden.

Der Gartenbereich wurde nach Fertigstellung des Anbaus neu gestaltet und mit Bänken erweitert. Das sich dort befindende Müllhäuschen ist verschlossen.

Die fehlende Absturzsicherung bei Speisesaal Keller wurde fertiggestellt.

Die Aufenthaltsräume wurden im Bereich des Anbaus mit „Wintergarten-Ecken“ erweitert.

Im Neubau wurde zudem ein neuer Mitarbeiterbereich mit Umkleiden, Duschen und Aufenthaltsraum mit eigener Küchenzeile geschaffen.

### **Qualitätsmanagement**

Das Dokument „Konzept Beschwerdemanagement“ wurde geprüft. Der beschriebene Prozessablauf ist gut strukturiert, nachvollziehbar und umfasst den methodischen Umgang mit Beschwerden. Das Ziel, gefährdete Kundenbeziehungen aufgrund negativer Ereignisse zu stabilisieren und Informationen über eine zukünftige Fehlervermeidung zu erlangen, wird beschrieben (P-D-C-A).

Das Dokument „Heimvertrag St. Ursula GmbH“ mit Anlagen wurde geprüft. Der Vertrag ist sehr umfangreich, beinhaltet die Voraussetzungen für den Aufenthalt des Bewohners in der Einrichtung und bildet ein einheitliches Ganzes. In der Anlage 1 sind die Vereinbarungen von Sonder- und Zusatzleistungen geregelt, u.a. auch die Fahrtkosten, z.B. zum Arzt. Das Informationsblatt zu Ansprechpartnern für Beschwerden (auch die FQA) und zur Bewohnervertretung befindet sich ebenfalls im Anhang des Heimvertrags. Alle Dokumente werden zur Unterschrift des Bewohners oder/und des gesetzlichen Betreuers vorgehalten.

### **Betreuung MmB**

In der Einrichtung wurde eine, den Bewohnern sinngebende, Tagesstruktur sichtbar. Sie gibt den Bewohnern Sicherheit und Orientierung. Der Gesamttherapieplan war nachvollziehbar und das Angebot vielseitig. Die Wochenpläne hängen in den Wohnbereichen aus. Jeder Bewohner hat einen individuellen Wochenplan. Einige individuelle Wochenpläne der Bewohner wurden eingesehen. Die betreffenden Bewohner kannten ihren Plan. Änderungswünsche werden mit dem Bezugspädagogen besprochen, evaluiert und angepasst.

Ausgangsregelungen der Bewohner werden im Haus anhand einer vorgezeigten Liste dokumentiert, aktualisiert und sind für alle Involvierten transparent. Gesprochene Bewohner mit Ausgangssperren und individuellen Ausgangsregelungen kannten den Hintergrund der Maßnahme und akzeptierten sie. Laut der Einrichtungsleitung werden die gesetzlichen Betreuer und/oder Angehörigen über Ausgangssperren informiert.

### **Förderplanung MmB**

Die Förderplanung eines Bewohners wurde geprüft. Die Dokumentation erfolgt in der Handakte. Sie war nachvollziehbar. Die Maßnahmenplanung erfolgt unter Einbeziehung des Bewohners. Die individuelle Sichtweise des Leistungsberechtigten könnte zukünftig deutlicher dargestellt werden.

Zur Überprüfung der Dokumentation, Förderplanung und der Mitwirkung von Bewohnern wurde mit Einwilligung zweier Bewohner (auch Bewohnerbeiräte) exemplarisch deren Zimmer besichtigt und mit ihnen ein Gespräch zur eigenen Wohnsituation, Zufriedenheit und Mitwirkung in der Bewohnervertretung abgehalten, sowie deren Planungen und Berichte eingesehen.

Die zielgerichtete Hilfeplanung erfolgt in der Einrichtung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (HEB-Bögen).

Die handschriftlichen Förderplanungen vor Entwicklungsberichtserstellung konnten zeitlich bedingt nicht mehr eingesehen werden. Die letzten aktuellen Entwicklungsberichte wurden von der Einrichtung zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht. Die darin enthaltene Maßnahmenplanung und die Rahmenziele sind in beiden Fällen logisch und nachvollziehbar.

### **Bewohnervertretung**

Die neue Bewohnervertretung wurde am 29.1.2019 gewählt und ist seitdem (1.konstituierende Sitzung 5.2.2019) mit Unterstützung (Betreuer u. externe Person) im 3-4 wöchigen Sitzungsmodus (siehe BWR Protokolle: 11.2., 3.3., 31.3.) aktiv. Es kann hierzu positiv vermerkt werden, dass sich die Bewohnervertretung (auch nach dem Umbau und der Umzugsphase) immer noch aus unterschiedlichsten Wohngruppenmitgliedern zusammensetzt. BW 1 ist Vorsitzender der Bewohnervertretung. Der stellvertretende Vorsitz ist derzeit mit einem Bewohner besetzt, welcher sich aufgrund deren Tätigkeit in der WfbM und dem Wunsch zum Ausscheiden verändern wird. Ein Nachrückverfahren (§32 AV PflWoqG) ist bereits in der Sitzung vom 31.3.20 thematisiert worden. Die nachrückenden Ersatzmitglieder werden bis zu nächsten Sitzung informiert und zur Mitarbeit angefragt.

Im Gespräch am Begehungstag mit dem Vorsitzenden und eines weiteren Mitgliedes konnten die regelmäßig stattfindenden Sitzungen und die Unterstützung durch weitere Personen (Betreuer und externe Begleitung) bestätigt werden. Die Unterstützer halfen und helfen bei den Durchführungen der Sitzungen und bei den Niederschriften und Protokollen, bzw. bei Vorhaben und Anliegen des Beirates gegenüber der EL. Aufzeichnungen und Protokolle konnten die Vorsitzende und das weitere Mitglied am Tag der Begehung keine eigenen Aufzeichnungen /Protokollordner hierzu vorlegen, sondern verwiesen auf die Verwahrung der Unterlagen bei den Begleitpersonen und der Einrichtungsleitung. Aus den nachträglich erhaltenen Protokollen ist ersichtlich, dass in den 60 minütigen Sitzungen auch tatsächliche Aufgaben der Bewohnervertretung (§39 AV PflWoqG), wie z.B. Anregungen und Beschwerden (z.B. bzgl. Verpflegung, Essenszeiten, Kummerkasten, Feiern und Feste) behandelt und auch gemeinsam mit der EL (siehe Protokoll vom 3.3.2020) diskutiert wurden.

In der Zeitungsausgabe „Der Anzeiger“ werden die Protokolle der Beiratssitzung regelmäßig veröffentlicht (eingesehen in der Februar Ausgabe 2020, Protokoll der Sitzung vom 7.1.2020). Manche Bewohner äußerten beim Hausrundgang, dass zu wenig dieser Exemplare ausliegen.

### **II.2 Qualitätsentwicklung:**

[Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusgemäße Überprüfungen hinweg.]

### **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.]

## **Verpflegung**

Die neue Küche im Keller Neubau wurde 14 Tage vor der Begehung in Betrieb genommen. Die Flächen sind großzügig und die Ausstattung auf neuestem Stand.

Zum Zeitpunkt der Essensausgabe war ein reger Betrieb, die Mitarbeiter waren sehr freundlich und emsig beschäftigt. Es wurden die drei Gerichte (Vollkost, Schonkost und Vegetarisch) ausgegeben, wie auf dem Speiseplan angegeben. Die Ausgabe erfolgt im Tablett System.

Bei Durchsicht der Speisepläne der letzten 6 Wochen konnte festgestellt werden, dass es wiederkehrende Angebote gibt, meist mit Varianten, aber es konnte keine ständige Wiederholung des Speiseplans in regelmäßigem Rhythmus festgestellt werden. Die Speisepläne sind abwechslungsreich.

Diabetiker erhalten bei Bedarf eine Zwischenmahlzeit und auch eine Spätmahlzeit kann in Anspruch genommen werden. Für Vegetarier wird immer ein Angebot bereitgestellt.

Es gibt meist mittags und abends eine unterschiedliche Suppe, nachmittags (13:30 Uhr) immer Obst / Joghurt oder Süßspeise zum Kaffee, zum Frühstück. Herzhaftes (z.B. Wurst, Käse, Kräuterquark) jedoch nur an Sonn- und Feiertagen. Es wird viel Gemüse angeboten, bei den vegetarischen Gerichten auch vermehrt Salat.

Da täglich über 200 Essen ausgegeben werden, ist verständlich, dass immer wieder nicht der Geschmack von allen Bewohnern getroffen werden kann. Bei dem Hausrundgang wurde jedoch von den meisten Bewohnern mit denen kurze Gespräche möglich waren, das Essen gelobt. Einige gaben an, das Essen sei reichlich, andere hätten gerne einen Nachschlag. Die Möglichkeit sei gegeben. Da sich die neue Küche im KG des Neubaus befindet, gibt es evtl. noch Möglichkeiten zur Nachbesserung der organisatorischen Ausgabe-Struktur. Dies muss sich erst im Praxisbetrieb zeigen.

Es wird empfohlen, sich über Angebote beispielsweise beim Fachzentrum Ernährung / Gemeinschaftsverpflegung des Amts für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AELF) oder anderen Instituten zu erkundigen, oder an entsprechenden Fortbildungen die aktuelles Wissen und neue Ideen vermitteln, teilzunehmen.

Zudem wird empfohlen dem immer wiederkehrenden Wunsch der Bewohner nach mehr Angeboten von frischem Obst und Salat nach Möglichkeit entgegenzukommen. Eventuell kann auch eine Bewohnerbefragung oder Einbeziehung der Bewohnervertretung die Wünsche der Bewohner widerspiegeln und Aufschluss geben.

### *Anmerkung:*

*Zwischenzeitlich wurden im März die Essenszeiten umgestellt (Mittag und Abendessen eine Stunde später). Es ergeben sich dadurch deutlich mehr Möglichkeiten in den Beschäftigungsangeboten. Im Zusammenhang mit dem allgemeinen Veränderungsprozess hat dies die Betreuungs- und Versorgungsqualität nach Aussage der EL verbessert.*

## **Liquide Psychopharmaka**

Anhand des Anbruch-Datums und der Überprüfung der verordneten Menge konnte nachvollzogen werden, dass bei zwei liquiden Psychopharmaka leichte Abweichungen vorlagen. Ein rechnerischer Fehler sowie Verluste bei der Entnahme der Tropfen sind möglich. Dennoch wäre es sinnvoll, stichprobenartige Kontrollen der liquiden Psychopharmaka durch die Pflegedienstleitung vorzunehmen, um sicherzustellen, dass nicht mehr Tropfen abgegeben werden als verordnet.

## **Wohnqualität / Wohngruppenkonzept**

Grundsätzlich ist geplant jedes Stockwerk in zwei Wohngruppen aufzuteilen, getrennt durch das großzügige Treppenhaus.

Die Einrichtung teilt sich nicht nur sprachgebräuchlich und in Dokumenten in „Stationen“ auf. Ein „Krankenhaus“-Charakter ist noch an vielen Stellen sichtbar. Bewohner können nur eingeschränkt wählen, ob sie im Speiseraum oder im Zimmer essen.

Es wird angeraten, zeitnah mit dem Prozess der Umsetzung des Normalitätsprinzips in der Wohnqualität zu beginnen. Erste Schritte könnten sein, die Bezeichnung „Station“ im Sprachgebrauch und in den Dokumenten durch die Bezeichnung „Wohnbereich“ zu ersetzen. Alle Gegebenheiten, die an einen „Krankenhaus“-Charakter erinnern, sollten, soweit fachlich vertretbar, reduziert werden.

Bei der geplanten Neugestaltung der einzelnen Wohnbereiche, wird empfohlen, die Möglichkeit der Schaffung von Speiseräumen (Nichtraucher) je Wohnbereich zu prüfen. Diese Räume könnten von den Bewohnern auch als Aufenthalts- und Begegnungsräume genutzt und gegebenenfalls mit individuell nutzbaren Kochgelegenheiten ausgestattet werden. Die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung wären auch an dieser Stelle damit gefördert.

Die Umsetzung der therapeutischen Grundgedanken zum Wohngruppenkonzept ist als absehbares Entwicklungsziel wichtig. Hierzu ist auch eine entsprechende Konzeptanpassung i.S. des GSV 15 Punkt 1.6.1. -Tagesstruktur im Bereich Wohnen notwendig. (Selbstversorgung, auch im Bereich Wäsche, Zimmerreinigung, etc.)

Selbstverständlich jeweils unter Einbeziehung der individuellen Ressourcen der Bewohner.

Die Küche im Keller wurde erst zwei Wochen vor der Begehung in Betrieb genommen. Ob eine Möglichkeit des Nachfassens oder der Tischausgabe angedacht wird, im Zuge der Wohngruppenkonzeption hängt von der Organisationsstruktur ab, derzeit ist keine Änderung angedacht. Das Tablett-System ist seit langem bewährt.

## **Hausrundgang / bauliche Mindestanforderungen AVPfleWoqG**

Beim Hausrundgang durch den Altbestand der Einrichtung, der seit dem Umzug der Pflege in den Neubau ausschließlich für das therapeutische Langzeitwohnen genutzt wird konnte eine entspannte und ruhige Wohnatmosphäre wahrgenommen werden.

Die baulichen Gegebenheiten entsprechen noch nicht den baulichen Anforderungen der AVPfleWoqG, aber es hat sich ein großer Entwicklungsschritt ereignet.

Die Bewohner wirken zufrieden. Die meisten Bewohner lassen weiterhin ihre Zimmertüre zum Flur offen stehen, da sie ungerne alleine sind und am Leben der Gemeinschaft in den einzelnen Wohngruppe teilhaben wollen, ohne oft aktiv am Geschehen teilnehmen zu wollen.

Die ehemaligen Stationsstützpunkte sind offene Büros der Mitarbeiter. In den einsichtigen Büros werden die Medikamente aufbewahrt und ausgegeben. Die dort anwesenden Mitarbeiter sind auch immer freundliche Ansprechpartner. Der Raum liegt gegenüber dem sehr frequentierten Raucherraumes.

Die offenen Büros könnten nun nach der Trennung von der integrierten Pflege nun noch wohnlicher, weniger einsichtig im unteren Bereich der Glasscheiben, integriert werden.

Nachdem die Umsetzung der baulichen Anforderungen der AVPfleWoqG noch nicht abschließend erfolgt ist (Sanitärsituation) ist eine entsprechende Miteinbeziehung zur weiteren Gestaltung der Wohngruppenkonzepte (s.o.) mit einzuplanen, wie

beispielsweise Gemeinschaftsräume / Aufenthaltsräume (evtl. mit Kochgelegenheit und Kühlschrank).

Der Speisesaal im Keller wird weiterhin nur von Männern genutzt. Im Zuge weiterer Umstrukturierungen soll dieser auch gemischtgeschlechtlich genutzt werden, und evtl. eine Möglichkeit geschaffen werden, die vorhandene Küchenzeile besser für einzelne Bewohner nutzbar zu machen.

Auch im Bereich 1b gäbe es weitere Möglichkeiten die Küche verstärkt zu nutzen, oder auch die Therapieküche in das Prinzip der Selbstversorgung (Training) stärker mit einzubeziehen. Einzelne Bewohner haben bereits einen eigenen Kühlschrank oder eine Kaffeemaschine auf dem Zimmer.

Der Eingangsbereich soll noch zu einem Empfangsbereich umgewandelt werden (geplant 2021). Im Eingangsbereich wurde die fehlende Rampe für den neuen barrierefreien Zugang zum Zeitpunkt der Begehung noch nicht geliefert.

### **Qualitätsmanagement**

Die Mitarbeiter regten im Gespräch die Installation einer regelmäßigen Supervision an. Teamproblematiken und Fälle könnten fachlich besser bearbeitet werden.

Es wird empfohlen, den Mitarbeitern die Teilnahme an regelmäßiger Supervision zu ermöglichen. Supervision trägt dazu bei, die Qualität der beruflichen Tätigkeit zu erhöhen, hilft Konflikte zu lösen, eigene Lösungskompetenzen zu entwickeln und berufsbedingte Belastungen zu reduzieren. Supervision stellt ein wichtiges Instrument effektiver Unternehmens- und Organisationsentwicklung dar.

### **Betreuung MmB**

In der Situation, bei der es zum Streitgespräch zwischen einer Mitarbeiterin und zwei Bewohnern, über das Anziehen der Jacken beim Gang in den Garten, kam, wurde die Selbstbestimmung der beiden Bewohner beschränkt.

Es wird empfohlen, darauf zu achten, dass gerade Bewohner einer geschlossenen Einrichtung in Situationen, die nicht bedrohlich und fachlich vertretbar sind, ihre Selbstbestimmung möglichst beibehalten können.

Die Installation einer tiergestützten Therapie in den Therapieablauf wird von den Mitarbeitern angestrebt und als fachlich bereichernd angesehen.

Es wird empfohlen, das therapeutische Angebot dahingehend zu ergänzen. Die tiergestützte Intervention stellt eine andere Form des Kommunikations- und Interaktionsangebots dar und wirkt sich nachweislich positiv auf die allgemeine Stimmung, den Aktivitätsgrad, die motorischen und kognitiven Fähigkeiten, sowie soziale Interaktion aus.

### **Förderplanung MmB**

Die Dokumentation des sozialpädagogischen Förderverlaufs eines Bewohners konnte im Blatt „psychosoziale Betreuung“ der Handakte auf dem Wohnbereich im letzten Monat nicht ausreichend nachvollziehbar vorgefunden werden. Der Inhalt der Kopie des HEB-Bogens war inhaltlich nachvollziehbar, es fehlten jedoch die Unterschriften.

Es wird empfohlen, den Förderverlauf so zu dokumentieren, dass daraus die, für die Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe erstellten, Förder- und Hilfepläne, einschließlich deren Umsetzung zu jedem Zeitpunkt ersichtlich sind. Es wird angeraten, zeitnah darauf zu achten, dass die in jeder Handakte hinterlegte Kopie des HEP-Bogens mit der Unterschrift des Bewohners/Betreuers versehen ist.



Zur Dokumentation des sozialpädagogischen Förderverlaufs bei BW 1 kann folgendes erwähnt werden. Die im HEB-Bogen (Beurteilungszeitraum: 01.08.19 - 31.07.19) beschriebenen Reflexionen und Ziele deckten sich mit den Aussagen des Bewohners. Die darin vom Bezugsbetreuer im HEB-Bogen erörterten Inhalte waren nachvollziehbar, schlüssig und realistisch. Auch die persönliche Sichtweise des Bewohners fand im HEB Bogen differenziert in unterschiedlichsten Lebensbereichen Rückmeldung, welche sich auch mit ihren Aussagen im persönlichen Gespräch deckten. Die hinterlegte Kopie des HEB-Bogens sollte mit Unterschrift der Bewohner und evtl. der gesetzlichen Betreuung versehen werden.

Zur Dokumentation des sozialpädagogischen Förderverlaufs bei BW 2 kann folgendes erwähnt werden. Die im HEB-Bogen (Beurteilungszeitraum: 31.05.17 – 31.05.19) beschriebenen Reflexionen und Ziele deckten sich größtenteils mit den Aussagen des BW 2, bzw. gingen noch über den von ihr beschriebenen Rahmen hinaus. Das von ihm bemängelte zu kleine Sauerstoffgerät war zum Zeitpunkt der Begehung vorhanden. Im Entwicklungsbericht (Erstellungsdatum 28.3.2019) wurde es als beantragt durch die Bezugsbetreuer vermerkt und auch der Umgang damit und mit der Atemmaske für die Nacht floss in die Ziel- und Förderplanung ein. Trotzdem äußerte der Bewohner noch Unsicherheiten bezüglich der Handhabung und des zeitlichen Sauerstoffversorgungszeitrahmens. Hierbei wird empfohlen, weitere Hilfestellungen im Umgang mit dem Gerät und dem zeitlichen Umfang beim Einzelausgang dem Bewohner zu geben, um deren Ängste zu verringern und somit den Grad an Selbstständigkeit gemessen an den persönlichen Möglichkeiten des Bewohners wieder zu erhöhen.

Die persönliche Sichtweise des Bewohners ist im HEB Bogen nur als „Zustimmung aller Maßnahmen“ vermerkt. Eine differenziertere persönlichere Sichtweise könnte mit dem Bewohner aufgrund seiner guten Kommunikationsmöglichkeiten zukünftig ausführlicher festgehalten werden. Die hinterlegte Kopie des HEB-Bogens sollte mit Unterschrift des Bewohners und evtl. der gesetzlichen Betreuung versehen werden.

### **Bewohnervertretung**

Es wird empfohlen, die Bewohnervertretung weiterhin konsequent in ihrem Wirken zu unterstützen und in ihrer Selbstbestimmung weiter zu fördern, um dem Gremium alle Mitwirkungsrechte (über die Verpflegungsplanung / den Essensplan hinaus) an Entscheidungsprozessen in Wohnbereichen und in der ganzen Einrichtung zu vermitteln. Dem Beschwerdemanagement über den „Kummerkasten“ hinaus (im Keller, welcher lt. Aussage der Bewohnervertreterin selten bis nie genutzt wird) oder anderen Beschwerdeabfragemöglichkeiten sollte zukünftig erneut mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, um mehr Transparenz, Ergebniserhebung und Auswertung im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu erlangen.

Ein Hinweis auf den Kummerkasten im allgemein zugänglichen Eingangsbereich wäre denkbar.

### **III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)**

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

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

### III.1 Qualitätsbereich: Personal / Fachkraftquote

#### III.1.1 Sachverhalt

Die Berechnung erfolgte aufgrund der mit dem Bezirk vereinbarten Leistungsvereinbarung WT-E-S vom 04.06.2019.

Insgesamt beträgt die Fachkraftquote (FKQ) zum Zeitpunkt der Begehung 48,10 %.

Es wurde vereinbart das pädagogische Personal deutlich aufzustocken, weshalb sich rechnerisch ein anderer Sollschlüssel ergibt. Aufgrund der enormen Umstrukturierung und der Umzüge im Haus und fehlender adäquater Bewerbungen ist die Umsetzung bis zum Zeitpunkt der Begehung noch nicht erfolgt.

Es wurde von Seiten der Einrichtung zugesichert, dass mit Nachdruck die Bemühungen laufen, die Stellen baldmöglichst zu besetzen. Die bereits erfolgten ausgeschriebenen Stellenangebote wurden nachgewiesen.

Die Anforderungen nach Art. 3 Abs. 3 Nr.1 PflWoqG (Pflege- und Betreuungskräfte in ausreichender Anzahl vorhanden) i.v.m. § 15 Abs. 1 AVPflWoqG (mindestens jede zweite betreuende Person eine Fachkraft) werden aufgrund der neu geforderten Stellen derzeit noch nicht erfüllt.

Die Einrichtungsleitung konnte bereits mitteilen, dass im Haus zwei Mitarbeiter gefunden werden konnten, die ab 09/2020 eine HEP-Ausbildung beginnen und somit Fachpersonal aus den eigenen Reihen zur Verstärkung gebildet werden kann. Im SGB IX-Bereich gibt es jedoch keine Ausbildungsfinanzierung wie im SGB XI-Bereich.

Zudem wurde eine Vergleichsberechnung angestellt, wenn die vier PFK, die sich im Anerkennungsjahr befinden bereits anerkannt wären, würde sich eine FKQ von 54,24 % ergeben.

Die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse ist mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden.

1. Die Ausstellung eines rechtsgültigen Bescheides von der zuständigen Behörde dauert unverhältnismäßig lange (z.T. mehrere Monate).
2. Der Abschluss des geforderten B2-Deutschkurses nimmt viel Zeit in Anspruch (nat. abhängig auch vom Sprachniveau des Antragstellers). Wesentliche Schwierigkeiten sind scheinbar zu wenig Angebote von adäquaten Sprachkursen und die wenigen sind überlaufen.
3. Die gestellten Anforderungen für die Anerkennung könnten evtl. evaluiert werden. Gut ausgebildete Pflegekräfte müssen einen Anpassungslehrgang durchführen der mindestens drei Monate mit anschließender Prüfung dauert. Die Anpassungslehrgänge können nur in ausgewählten Kliniken durchgeführt werden. Regional (Bad Tölz) wird eher der Eigenbedarf abgedeckt. Das bedeutet, dass die betreffenden Mitarbeiter nach München in die Kliniken fahren müssen um dort den Lehrgang zu absolvieren.
4. Insgesamt kostet alles viel Geld und Zeit für die Einrichtungen. Kosten und Ressourcen, die in keiner Kalkulation berücksichtigt werden.

Im Endeffekt dauert eine Anerkennung (nach Erfahrung der Einrichtung) mindestens zwei Jahre, realistisch knappe drei Jahre. Aus Sicht der Einrichtung deutlich zu lang mit zu hohen Kosten und Ressourcenverbrauch.

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

III.1.3 Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels:

Die fehlenden pädagogischen Fachkraftstellen sind baldmöglichst zu besetzen.

Es handelt sich zum Zeitpunkt der Begehung um keine Schlechterstellung zum bisherigen Personal, daher wird von weiteren Maßnahmen vorerst abgesehen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Stellenbesetzungen trotz der derzeitigen schwierigen Situation (Corona) erfolgen, und somit das Defizit ausgeglichen ist.

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

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

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

#### **V. festgestellte erhebliche Mängel**

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

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

#### **VI. Hinweis**

Die Prüfung erfolgte nach dem Prüfleitfaden des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) und dem Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung, kurz Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PflWoqG), vom 08. Juli 2008 (GVBl 2008, S. 346 Gliederungs-Nr. 2170-5-A). Der Prüfbericht gibt ausschließlich den zum Zeitpunkt der Begehung festgestellten Zustand wieder.

Die Einrichtung, der Bezirk Oberbayern, die Regierung von Oberbayern, sowie die Abt. 6 – Humanmedizin am Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen erhalten einen Abdruck dieses Schreibens zur Kenntnisnahme.

## VII. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann **innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch** eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar **Klage** erhoben (siehe 2.) werden, schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz **zugelassenen**<sup>1</sup> Form.

### 1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

ist der Widerspruch einzulegen bei

**Landratsamt Bad Tölz - Wolfratshausen  
Prof.-Max-Lange-Platz 1  
83646 Bad Tölz**

Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann **Klage** bei dem **Bayerischen Verwaltungsgericht in 80335 München, Bayerstr. 30**, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 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.

### 2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

ist die Klage bei dem

**Bayerischen Verwaltungsgericht  
Hausanschrift: Bayerstr. 30, 80335 München  
Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 8005 München**

zu erheben.

### Hinweis zur Rechtsbehelfsbelehrung:

Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung (AGVwGO) vom 22.06.2007 (GVBl S. 390, BayR S. 34-1-I) wurde im Bereich des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine Wahlmöglichkeit zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung eröffnet.

<sup>1</sup> 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 des Landratsamtes Bad Tölz-Wolfratshausen <http://www.lra-toelz.de/service-center/info-elektronische-einlegung-von-widerspruechen> der Bayerischen Verwaltungsgerichtsbarkeit ([www.vgh.bayern.de](http://www.vgh.bayern.de)).

Sofern kein Fall des § 188 VwGO vorliegt: Kraft Bundesrechts wird in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten infolge der Klageerhebung eine Verfahrensgebühr fällig.

Mit freundlichen Grüßen

Nina Zitzmann

### Abdruck per Email an:

Einrichtung

Regierung von Oberbayern

Bezirk Oberbayern

Abt. 6 -Humanmedizin

Abt. 3 -AL Frau Singer