



**Stadt Wuppertal**  
**Der Oberbürgermeister**  
Amt 201.52  
Sozialamt  
Neumarkt 10  
42103 Wuppertal

**Ansprechpartnerin**  
Annette Claßen

**Telefon**  
+49 202 563 4845

**E-Mail**  
annette.classen  
@stadt.wuppertal.de

**Zimmer**  
209

**Bankverbindung**  
Stadtsparkasse Wuppertal  
BIC WUPSDE33  
IBAN DE89 3305 0000  
0000 1007 19

**Internet**  
[www.wuppertal.de](http://www.wuppertal.de)

**Newsletter**  
[www.wuppertal.de/news](http://www.wuppertal.de/news)

**ServiceCenter**  
+49 202 563-0

**Seite**  
1 von 11

Stadt Wuppertal - 201.52 - 42269 Wuppertal

Dr. Heinrich Feuchter-Stiftung  
z. Hd. Herrn Niklas Starck  
Westfalen Weg 210  
42111 Wuppertal

07.08.2025

**Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW (WTG NRW) 02.10.2014 (GV.NRW S 625) in der Fassung vom 31.01.2023 und der Verordnung zur Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes (Wohn- und Teilhabegesetz-Durchführungsverordnung – WTG DVO) vom 23.10.2014 (GV.NRW S. 686) in der Fassung vom 09.05.2019**

**Prüfbericht über eine Regelprüfung gemäß § 14 Abs. 1 WTG NRW i. V. m. § 23 Abs. 2 WTG NRW**

**am 03.04.2025 sowie am 14.05.2025 in der Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot „Dr. Heinrich Feuchter-Stiftung, Westfalen Weg 210 in 42111 Wuppertal“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 03.04.2025 sowie am 14.05.2025 habe ich die Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot „Dr. Heinrich Feuchter-Stiftung, Westfalenweg 210 in 42111 Wuppertal“ gem. § 14 Abs. 1 WTG NRW in Verbindung mit § 23 Abs. 2 WTG NRW überprüft.

Die Prüfung wurde von Seiten der Einrichtung von Frau Steinbrink als Qualitätsmanagerin und einarbeitende Pflegedienstleitung sowie der künftigen Pflegedienstleitung begleitet.

Prüfende:

Annika Appelkamp-Decker, Dirk Meschkat  
Annette Claßen

Struktur  
Pflege /FEM

Die Prüfergebnisse der einzelnen Kategorien sind folgende:

## **1. Qualitätsmanagement**

Die Einrichtung hält nach § 4 Abs 3 WTG NRW ein Qualitätsmanagement vor. Im Zeitpunkt der Prüfung konnte es nicht vorgelegt werden, wurde aber am 11.04.2025 auf PfAD.wtg hochgeladen. Die Nachprüfung ergab keine Beanstandung. Die Mindestinhalte aus § 4 Abs. 3 Nrn. 1 und 2 WTG NRW liegen vor und sind inhaltlich konkret.

Es ist eine Qualitätsbeauftragte bestellt und die Aufgaben sind nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 WTG NRW in der Anlage zum QM-Konzept beschrieben.

Das Konzept für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Sinne des § 4 Abs. 3 Nr. 3 und 8 WTG NRW liegt vor und ist durch die Jahresplanung 2025/2026 nachvollziehbar umgesetzt.

Im Pflegekonzept ist das Konzept zur Beschreibung des Kernprozesses des Betriebes nach § 4 Abs. 3 Nr. 4 WTG NRW inkludiert. Die Umsetzung der gesetzlichen Intention gemäß § 4 Abs. 2 WTG NRW ist erfüllt.

Den Anzeigepflichten nach § 9 WTG NRW i.V.m. § 23 WTG DVO ist die Einrichtung ausnahmslos nachgekommen.

## **2. Wohnqualität**

Die Einrichtung war am Tag der Prüfung mit 84 von 87 möglichen Plätzen belegt. Die Einrichtung erfüllt die gesetzliche Einzelzimmerquote nach § 20 Abs. 3 WTG NRW. Das nach § 8 Abs. 4 WTG DVO erforderliche Krisenzimmer ist vorhanden und wurde im Rahmen der Prüfung bezugsfertig vorgefunden.

Die Zimmer der Nutzenden sind individuell gestaltet und verfügen über die erforderlichen Notrufeinrichtungen. Die Privatsphäre der Nutzenden wird gewahrt.

Die Gestaltung der Gemeinschaftsbereiche entspricht den Maßgaben des § 20 Abs. 1 WTG NRW. Die Gemeinschaftsräume mit Esstischen sind in den jeweiligen Wohnbereichen offen mit Küchenzeilen gestaltet. In den Fluren und Ecken der Wohnbereiche und in den vergrößerten Bereichen der Treppenhäuser vor den Wohnbereichen sind in verschiedenen Größen zusätzliche Sitzecken eingerichtet. Die individuelle Gestaltung der jeweiligen Wohnbereiche erleichtert den Nutzenden die Orientierung.

Der große Eingangsbereich wird regelmäßig für Gruppenaktivitäten genutzt, was im Zeitpunkt der Prüfung beobachtet werden konnte.

Die gemeinschaftlich nutzbaren Außenbereiche der Einrichtung im Sinne des § 8 Abs. 7 WTG DVO sind in der weitläufigen Anlage durch Grünflächen, verschiedene Terrassen und in den oberen Etagen Balkonen und einer Dachterrasse gestaltet.

Die technischen Voraussetzungen der Individual- und Gemeinschaftsbereiche entsprechen den Bestimmungen des § 5 Abs. 3 WTG NRW und § 7 Abs. 4 WTG DVO. Es ist WLAN vorhanden, die Router hängen sichtbar an den Wänden, das Signal konnte bestätigt werden. Es sind zusätzlich digitale Informationstafeln im Eingangsbereich vorhanden, welche über eine zielgruppenspezifische Schriftgröße verfügen und leicht verständlich Informationen zu der Einrichtung sowie zu aktuellen Veranstaltungen vermitteln.

Der Eingangsbereich wird videoüberwacht. Es findet keine Aufzeichnung, sondern nur eine Übertragung statt, die Kamera wird zur Erkennung unbefugter Personen am Haupteingang genutzt. Die entsprechenden Hinweisschilder sind vorhanden.

### **3. Hauswirtschaftliche Versorgung**

Für die Gewährleistung der hauswirtschaftlichen Versorgung liegt ein Hauswirtschaftskonzept entsprechend § 19 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 19 Abs. 1 Satz 1, 4. Alt. WTG NRW vor.

Die Speisen- und Getränkeversorgung erfolgt über einen Caterer mit den Schwerpunkten regionaler und biologisch angebaute Lebensmittel. Die Mahlzeiten werden im Rahmen modularer Speisegestaltung mit Warmhalteoptionen angeboten.

Die Speisen können wahlweise in der für Externe geöffneten Cafeteria eingenommen werden, im Speisesaal mit den Nutzenden des benachbarten betreuten Wohnens und Servicewohnens oder in den Gruppenräumen der jeweiligen Wohnbereiche.

Die Einrichtung machte hinsichtlich der Gesamthygiene einen guten Eindruck.

### **4. Gemeinschaftsleben- und Alltagsgestaltung**

Das Teilhabekonzept nach § 5 Abs. 1 und 2 WTG NRW liegt vor.

Die Umsetzung der Inhalte hinsichtlich der Einbeziehung des örtlichen Gemeinwesens und der Öffnung der Einrichtung für Externe erfolgt insbesondere durch die Kooperation mit fünf Schulen mit wechselseitigen Einladungen zu Festen.

Es finden mit der Junior-Uni Aktionen für geeignete Nutzende statt, um deren kognitive Fähigkeiten zu erhalten. Es besteht zudem die Möglichkeit zur digitalen Teilhabe.

Die Hinweise und Informationen zu Veranstaltungen und Aktionen waren in geeigneter Weise, insbesondere im Hinblick auf Barrierefreiheit erhältlich. Neben der persönlichen Ansprache und den Informationstafeln der Wohnbereiche gibt es im Eingangsbereich digitale Displays, welche alle für den aktuellen Tag relevanten Informationen in Dauerschleife abspielen.

Über interdisziplinäre Bezugsbetreuung wird der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und der Mobilität gewährleistet.

Während der Begehung wurde die Privatsphäre der Nutzenden geachtet.

## **5. Information und Beratung**

Die Möglichkeit zur Information nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 WTG NRW ist erfüllt. Die persönliche Beratungsmöglichkeit wird durch ein Onlineangebot und Flyer sowie Broschüren ergänzt.

Schriftliche geeignete und verständliche Information an die Nutzenden über Beratungs- und Beschwerdestellen nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 WTG NRW werden mit Einzug in der Willkommensmappe ausgehändigt. Zusätzlich sind über Aushänge die Kontaktmöglichkeiten nach analog und digital sowie den Möglichkeiten interner und externer Hilfestellung zur Inanspruchnahme aufgeführt.

Nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG hing der aktuelle Prüfbericht der WTG-Behörde aus und die Möglichkeit der Einsichtnahme aller bisherigen Prüfberichte war gut sichtbar kenntlich gemacht.

## **Beschwerdemanagement**

Die Einrichtung hält ein Beschwerdemanagement nach § 6 Abs. 2 WTG NRW vor. Die Konkretisierung der Bearbeitungsfrist im Sinne des § 6 Abs. 2 Nr. 3 WTG NRW wurde im Nachgang zur Prüfung fristgerecht angepasst und das Konzept erneut auf PfAD.wtg hochgeladen.

Die stichprobenhafte Einsichtnahme in das Beschwerdemanagement nach erfolgt ohne Beanstandung.

## **6. Mitwirkung und Mitbestimmung**

Die Mitteilung, ob ein Beirat gewählt ist, lag zum Zeitpunkt der Begehung nicht vor. Es erfolgte eine Beratung zu den Meldepflichten aus §§ 20, 22 WTG NRW und § 16 WTG DVO NRW.

Eine weitergehende Prüfung der Mitwirkung und Mitbestimmung erfolgte nicht.

## **7. Personelle Ausstattung**

Die Einrichtungsleitung wurde der WTG-Behörde nach § 21 Abs. 1 WTG NRW mit den entsprechenden Nachweisen angezeigt. Die jährliche Schulung der Einrichtungsleitung nach § 3 Abs. 1 WTG DVO NRW wurde im Nachgang zur Prüfung mit Mail vom 04.04.2025 vorgelegt.

Die Pflegedienstleitung (PDL) nach § 21 Abs. 2 WTG NRW wurde unter Vorlage der entsprechenden Nachweise der WTG-Behörde nach § 23 Abs. 1 Nummer 7 in Verbindung mit Abs. 3 S. 1 WTG DVO NRW angezeigt. Die Nachweise der jährlichen Schulung der PDL nach § 3 Abs. 1 WTG DVO NRW wurde ebenfalls im Nachgang zur Prüfung mit Mail vom 04.04.2025 vorgelegt.

Es wurde zudem mitgeteilt, dass ein Wechsel der PDL geplant sei. Die voraussichtliche Stelleninhaberin werde nach der Einarbeitung auf PfAD.wtg angezeigt. Sie begleitete die Prüfung im Bereich der Pflege.

### **Persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten**

Die Stichproben der Berufsqualifikationen im Bereich der Pflegekräfte im QN3 und der Fachkräfte im sozialen Dienst ergaben keine Beanstandungen.

Bei der Stichprobennahme zur persönlichen Eignung wurde von fünf Stichproben nur eine Abweichung von der Maximalfrist von fünf Jahren festgestellt, da die letzte Feststellung in 2019 erfolgte. Noch in der Prüfung wurde dies behoben und vom betroffenen Mitarbeiter eine eidesstattliche Erklärung eingeholt.

Die letzte Schulung zur Gewaltprävention und Zwangsmaßnahmen nach § 8 Abs. 1 WTG NRW fand in 2023 statt, aktuell ist eine Schulung für Juni 2025 geplant. Es wurde auf die Empfehlung der jährlichen Schulung hingewiesen.

Hinsichtlich der fachlichen Eignung fehlten einzelne Nachweise aus den Stichproben im Bereich der Schulungen in Erste-Hilfe-Maßnahmen gemäß § 18 Abs. 4 Rahmenvertrag zu § 132a Abs. 2 SGB V und § 3 Abs. 2, Satz 2 WTG DVO, der palliativpflegerischen, geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Schulungen nach § 3 Abs. 3 WTG DVO, der Schulungen im pflegerischen Bereich nach § 3 Abs. 2 WTG DVO und der Schulung des

Teilhabeconzeptes nach § 13a WTG NRW. Die Schulungen und die Vorlage der Nachweise erfolgten im Nachgang zur Prüfung fristgerecht per E-Mails.

### **Dienstpläne /PeBem**

Bei der Überprüfung der PeBem-Liste ist folgendes aufgefallen:

Die Auslastung der Einrichtung bei der Belegung liegt im Jahresdurchschnitt bei 97,99 %. Der Belegungsmix ist sehr ausgeglichen.

Die Vergütungsvereinbarung wird im Jahresdurchschnitt mit 1,48 Mitarbeitenden in Vollzeit unterschritten. Die Fachkraftquote liegt bei 50,60 % Vollzeitkräften. Auffällig ist, dass zu wenig Pflegefachassistenten in der Einrichtung vorgehalten werden.

Die Pflege- sowie der Betreuungsbedarf ist in der Einrichtung sichergestellt.

Bei der Vor-Ort-Überprüfung der Dienstpläne, am Tag der Belegung, war ersichtlich, dass die Schichten über die Organisationseinheiten durch Pflegefachkräfte sichergestellt sind.

## **8. Pflege und Betreuung**

In der Einrichtung wurde am 13.11.2024 eine Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD Nordrhein), vor weniger als zwölf Monate, durchgeführt.

Gemäß § 14 Abs. 1a, S. 1 WTG fand in diesem Zusammenhang keine Prüfung der Ergebnisqualität statt. Die vom Medizinischen Dienst festgestellten Mängel wurden bei der Prüfung durch die WTG-Behörde berücksichtigt.

Im Weiteren umfasst die Prüfung die untenstehenden Kategorien, die im Sinne der §§ 4 Abs. 10 ff. WTG NRW und 24 Nrn. 3, 4 und 6 WTG DVO sowie nach dem aktuellen Stand des Wissens im Bereich Pflege (Expertenstandards). Die Prüfung umfasst die Dokumentationen nach § 10 Abs. 1 WTG NRW sowie ggf. die Inaugenscheinnahme der Nutzenden, soweit dies notwendig und erlaubt war nach § 14 Abs. 8 WTG NRW.

Die Auswahl der Nutzenden erfolgte stichprobenartig und zufällig in Anwesenheit einer Mitarbeitenden der Einrichtung.

### **Pflege- und Betreuungsqualität**

Die Überprüfung der pflegerischen Betreuung beantwortet die Frage, ob diese selbstbestimmt, am persönlichen Bedarf orientiert, gesundheitsfördernd, wertschätzend und qualifiziert im Sinne des WTG gewährleistet ist.

Die im Kontakt angetroffenen Nutzenden wirkten zufrieden. In den Gesprächen wurde ein freundlicher pflegerischer Umgang bestätigt. Der Umgang seitens der Mitarbeiter war höflich und zugewandt. Neben Gesprächen mit Nutzenden wurden diese, nach Einholung

des entsprechenden Einverständnisses, in ihren Zimmern besucht und zum Teil in Augenschein genommen.

Der Pflegezustand der versorgten Nutzer\*innen weist auf eine ausreichende gute Körperpflege hin. Die Haut der aufgesuchten, geprüften Nutzenden ist altersgerecht, aber trocken und schuppig. Pflegemittel sind in ausreichende Menge vorhanden und sollten in allen Fällen auch genutzt werden.

### **Nutzende 1:**

Eine aktive Kommunikation mit dem Arzt ist erkennbar. Der Verlauf einer Kommunikation mit dem Arzt ist jedoch nicht immer lückenlos dokumentiert. Der zuständige Hausarzt kommt regelmäßig einmal die Woche zur Visite und bei akuten Situationen. Die Pflegeberichte sind aussagekräftig. Ein situationsgerechtes Handeln ist nachvollziehbar. Die Kommunikation mit dem Arzt sowie die Pflegedokumentation erfolgt komplett digital. Die behandlungspflegerischen Maßnahmen, wie Vitalzeichen oder Gewicht, entsprechen der ärztlichen Anordnung.

In der Einrichtung werden die Medikamente einmal wöchentlich von einer Pflegefachkraft für den Wohnbereich händisch gestellt. Die Medikamentenversorgung entspricht nicht in allen Fällen den ärztlichen Anordnungen. In diesem Fall wurde Dekristol Kapseln 20.000 i.E., (Internationale Einheiten) statt einmal wöchentlich, täglich gestellt. Das Medikament wurde sofort während der Prüfung aus den für diese Woche händisch gestellten Tagesdosetts entfernt. Prednisolon Tabletten 10 mg (1-0-0) wurde für die Woche nicht gestellt. Laut Aussage der Pflegefachkraft vor Ort wurde das Medikament abgesetzt. Eine ärztliche Anordnung für das Absetzen des Medikamentes konnte während der Prüfung jedoch nicht vorgelegt werden.

Bei Einzug der Nutzenden wurde die SIS mit Maßnahmenplanung erstellt. Seitdem hat keine Evaluierung stattgefunden. Intermittierend wurden Assessments zu den verschiedenen Risiken durchgeführt.

### **Nutzer 2:**

Der zuständige Hausarzt kommt regelmäßig mindestens einmal wöchentlich in die Einrichtung. Die erfassten und dokumentierten ärztlichen Anordnungen entsprechen in der Dokumentation nicht vollständig den behandlungspflegerischen Maßnahmen. Der Nutzende bekommt ärztlich angeordnet Kompressionsstrümpfe der Klasse 2, die behandlungspflegerisch nicht erfasst sind.

In der Einrichtung werden die Medikamente einmal wöchentlich von einer Pflegefachkraft für den Wohnbereich händisch gestellt. Die Medikamentenversorgung entspricht nicht in allen Fällen den ärztlichen Anordnungen. Hier wurde laut ärztlicher Verordnung Magnesium in Tablettenform angeordnet. Im PC ist das Medikament als Granulat angegeben.

Verabreicht wird das Medikament ebenfalls als Granulat. Das Medikament Movicol (täglich ein Beutel) ist im Karton mit einer Maximalstückzahl von 50 Beuteln enthalten, vorgefunden wurden 57 Beutel mit verschiedenen Chargennummern. Die beiden Flaschen Laxoberal und Lactulose wurden bei Anbruch nicht namentlich zugeordnet und es fehlte das Anbruch- sowie Verfallsdatum auf beiden Flaschen.

Relevante Veränderungen bei dem Nutzenden mit Harninkontinenz bzw. Verweilblasenkatheter werden aktuell dokumentiert. Maßnahmen wurden geplant, durchgeführt und dokumentiert. In diesem Fall fehlen für den Verweilblasenkatheter die ärztliche Indikation sowie Diagnose.

### **Nutzende 3:**

Die Nutzende ist am 26.02.25 in die Einrichtung gezogen. Vorher war die Nutzende in der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege der Einrichtung.

Eine aktive Kommunikation mit dem jeweils behandelnden Arzt ist dokumentarisch sehr gut nachvollziehbar. Der Verlauf einer Kommunikation mit dem Arzt ist lückenlos dokumentiert. Die Pflegeberichte sind, auch für Außenstehende, vollständig und aussagekräftig.

Die Wundversorgung des Nutzenden ist entsprechend der ärztlichen Verordnung aus der Pflegedokumentation lückenlos zu entnehmen. Die Wunden der versorgten Nutzenden wurden fachgerecht nach den Qualitätsniveaus versorgt. Der Ort und der Zeitpunkt der Entstehung der Wunde ist komplett nachvollziehbar. Der Verlauf/Heilung der Wunden ist fachgerecht dokumentiert. Ein Austausch mit dem hinzugezogenen Facharzt findet regelmäßig statt.

Im Rahmen des Schmerzmanagements wurde die chronische Schmerzsituation bei der Nutzenden auf dem Wohnbereich ausreichend pflegeplanerisch berücksichtigt. Die systematische Schmerzeinschätzung wird nach den fachlichen Anforderungen und den Qualitätsniveaus ausreichend dokumentiert.

Die individuellen Ernährungsressourcen und die Risiken wurden dokumentiert und geplant. Die Haut ist trocken und der Ernährungszustand stark reduziert (kachektisch). Ein Ernährungsprotokoll wurde beim Einzug zur Kurzzeitpflege am 01.12.2024 angelegt. Die erforderlichen Maßnahmen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung wurden geplant bzw. erfasst wie z. B. Energiebedarf, Angaben zur Menge der geplanten Flüssigkeitszufuhr, Ermittlung des Gewichtes, Vorlieben und Abneigungen. Die Zusatznahrung wurde vom zuständigen Hausarzt am 14.01.2025 abgesetzt, da die Nutzende stetig an Gewicht zunimmt.

01.12.2024: 42,2 kg / BMI: 15,13

04.03.2025: 45,5 kg / BMI: 16,67

03.04.2025: 47,9 kg / BMI: 17,18

Die Einrichtung verabreicht eigenständig Maltodextrin. Diese Maßnahme ist nicht geplant oder dokumentiert.

### **Gesamt für alle drei Nutzenden**

Die Lagerungspläne auf allen 3 Wohnbereichen werden lückenhaft durchgeführt. Hier sind Lücken bis zu 12 Stunden sichtbar. Die Lagerungen werden nicht zeitnah, sondern erst am Ende der Schicht dokumentiert. Bis zum Ende der Prüfung wurde keine einzige Lagerung dokumentiert, sodass eine adäquate Überprüfung daher nicht möglich war. Die Lagerung an sich war bis auf einen Fall fachgerecht durchgeführt.

Der Umgang mit Medikamenten ist sachgerecht. Alle angebrochenen Medikamente (Tropfen, Salben, Insulinpens) sind mit Anbruchs- und Verbrauchsdatum versehen, Medikamente sind namentlich zugeordnet und die Chargennummern sind erkennbar. Die Bedarfsmedikation ist vorhanden. Die Aufbewahrung der Medikamente und der Umgang mit Betäubungsmitteln ist sachgerecht. Die Dokumentationsbögen der BtM müssen evaluiert werden. Auf den Dokumentationsbögen muss erkennbar sein, welche Chargennummer das Betäubungsmittel hat und die Lieferapotheke muss benannt werden. Der verschreibende Arzt oder die verantwortliche Pflegefachkraft muss diese Dokumentationsbögen nach interner Prüfung einmal monatlich abzeichnen. Die Übergabe des Schlüssels zum Betäubungsmittelsafe und die Kontrolle des Bestandes der Betäubungsmittel erfolgt lückenhaft. Hier ist auf eine lückenlose Dokumentation zu achten.

Bei der Durchsicht der Betäubungsmittel (BtM) sowie deren Dokumentation fiel auf, dass die Betäubungsmittel von verstorbenen Nutzenden an Nutzende weitergegeben werden, welche in der Zwischenzeit palliativ eingestuft wurden. Der behandelnde Haus- und Palliativarzt hat dies befürwortet. Die Dokumentation ist daher sehr unübersichtlich für alle Beteiligten und Außenstehende. Die Amtsapothekerin der Stadt Wuppertal wurde während der Begehung informiert und zur Beratung hinzugezogen. Eine Handlungsleitfaden mit Rechtsgrundlage ist diesem Bericht beigelegt. Die Dokumentation ist in dieser Form ab sofort dementsprechend zu führen.

### **Amtsapotheke**

#### **„Was ist für das patientenbezogene (Wieder)-Verschreiben für die unter Verantwortung des Arztes gelagerten BtM zu beachten?“**

Diese (Kann-)Bestimmung in § 5c BtMVV eröffnet dem Arzt die Möglichkeit, die Verschreibung über ein Betäubungsmittel nicht dem Patienten auszuhändigen, sondern diese entweder selbst oder unter seiner Verantwortung durch von ihm beauftragtes Personal (der Einrichtung) in der Apotheke vorzulegen bzw. vorlegen zu lassen. Um die

Weiterverwendung nicht mehr benötigter aber weiterverwendbarer BtM zu ermöglichen, darf der behandelnde Arzt in einem Alten- oder Pflegeheim, einem stationären Hospiz oder einer Einrichtung der SAPV die unter seiner Verantwortung gelagerten BtM anderen Patienten dieser Einrichtung erneut verschreiben oder an eine versorgende Apotheke zur Weiterverwendung in solchen Einrichtungen zurückgeben. Hinsichtlich der Nachweisführung zum Verbleib dieser Betäubungsmittel gelten §§ 13 und 14 BtMVV. Die Nachweise sind patientenbezogen zu führen.

Formblätter zur patientenbezogenen Nachweisführung von Betäubungsmitteln können im Internet von der Webseite des BfArM unter Nachweisführung von Betäubungsmitteln gemäß §§ 13 und 14 BtMVV heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Der behandelnde Arzt hat am Ende des Monats die Dokumentation zu prüfen und durch Unterschrift und Datum zu bestätigen. Für die Weiterverwendung der neu verschriebenen oder zurückgegebenen BtM gelten die Vorschriften über die Verschreibung und lückenlose Nachweispflicht der BtMVV § 1 Abs. 3 i. V. m. §§ 13, 14 BtMVV (s. Homepage [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)).

Anmerkung: Die Regelung gilt ausschließlich unter den Voraussetzungen des § 5c BtMVV nur für Patienten, denen ein eigenverantwortlicher Umgang mit ärztlichen BtM-Verschreibungen nicht mehr zugemutet werden kann, z.B. Demenz-Patienten. Alle vom Arzt ausgestellten Betäubungsmittel-Verschreibungen, die ein Arzt direkt an Patienten aushändigt, sind deshalb von dieser Regelung nicht betroffen.

## 9. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Die Einrichtung verfügt über keinen geschützten Wohnbereich. In PfAD.wtg waren für das erste Quartal 2025 Null (0) freiheitsentziehende Maßnahmen für die Einrichtung eingestellt.

Am Tag der Regelbegehung wurde bei einer bettlägerigen Nutzerin beide geteilten Bettseitenteile komplett hochgezogen durch die Prüfbehörde vorgefunden. Laut Aussage der Pflegedienstleitung (PDL) ist die Nutzerin noch so mobil und agil und hat den Willen das Bett eigenständig zu verlassen, sodass sie auf eigenen Wunsch das Bett verlassen könnte.

Es liegt eine Einwilligungserklärung der Angehörigen aus Juli 2022 vor. Weder Amtsgericht noch Verfahrenspflege wurden zuvor informiert oder eingeschaltet. Die **Freiheitsentziehung** der Nutzerin wurde **sofort** beendet und ist in Zukunft zu unterlassen. Die Behörde hat während der Begehung dahingehend beraten, um eine Sturzvermeidung der Nutzen zu gewährleisten.

Einzelnachweise über die Anwendung der freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 8a Abs. 4, Satz 1 WTG NRW) waren in der gesamten Einrichtung nicht zu finden. Ebenfalls waren keine gesetzlich geforderten Überprüfungen, spätestens

nach drei Monaten, (§ 8b Abs. 2 WTG NRW) vor Ort. Im Qualitätsmanagement-Handbuch ist das Konzept Werdenfeller Weg zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen mit dem Inhalt Präventionsstrategie, Interventionsmaßnahmen vorhanden und wurde Ende März von der Behörde geprüft, infrage gestellt und freigegeben. Die Inhalte und die praktische Umsetzung sind den Beschäftigten regelmäßig zu vermitteln und die Schulungen zu dokumentieren. (§ 8 Abs. 1 WTG NRW).

Am Tag der Prüfung konnten nur sehr wenige Schulungsnachweise sowie Dokumentationen derselbigen dazu vorgelegt werden.

Qualitätsmanagementbeauftragte und Pflegedienstleitung wurden auf diese gesetzlichen Bestimmungen im Nachberatungsgespräch hingewiesen und die Gesetzesvorgaben des WTG müssen mit sofortiger Wirkung eingehalten werden.

## **10. Gewaltschutz**

Es liegt ein Gewaltschutzkonzept vor, welches im Vorfeld zur Prüfung auf PfAD.wtg beanstandungsfrei eingesehen wurde.

### **Gewaltereignis**

Bei der Durchsicht einer Dokumentation fiel auf, dass auf ein Gewaltereignis nicht adäquat reagiert wurde. Dadurch wird gegen die Meldepflicht nach § 9 Abs. 5 2. Alt. WTG NRW, wonach Leistungsanbieter verpflichtet sind, Gewalttaten unverzüglich der zuständigen Behörde mitzuteilen, verstoßen. Dementsprechend verstößt die Einrichtung gegen § 8 Abs.1 Satz 1 WTG NRW, wonach Leistungsanbieter geeignete Maßnahmen zum Schutz aller Beteiligten vor Gewalt zu treffen haben.

Bisher ist wurde die Gewaltmeldung noch nicht bei der zuständigen Behörde nachgereicht. Ob Maßnahmen zur Vermeidung eingeleitet wurden, ist daher nicht ersichtlich.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Claßen