



**Kreis
Paderborn**

...nah bei den Menschen!

Kreis Paderborn | Postfach 1940 | 33049 Paderborn

Stiftung Bethel- Bethel.regional
Geschäftsführung
Maraweg 9
33617 Bielefeld

Der Landrat

Kreis Paderborn

Dienstgebäude: E

Büro: **E.02.42**

Aldegrevestr. 10 – 14

33102 Paderborn

Ansprechperson:

Herr Makko

Amt: 50 – WTG-Behörde

☎ 05251 308-5049

✉ makkod@kreis-paderborn.de

Mein Zeichen: 50.3 8920

Datum: 20. Mai 2026

Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (WTG);

hier: Qualitätsprüfung nach §§ 14 und 23 WTG in der Einrichtung „Unterstütztes Wohnen Westernstraße“, Westernstraße 42, 33098 Paderborn am 25.02.2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 25.02.2026 wurde in der Betreuungseinrichtung „Unterstütztes Wohnen Westernstraße“ in Paderborn eine wiederkehrende Prüfung gem. § 23 Abs. 1 WTG durchgeführt.

Die Prüfung wurde in sieben Prüfkategorien (inhaltlich orientiert an den Kriterien des Rahmenprüfkataloges) unterteilt. Nicht jede Kategorie wurde ausführlich geprüft. Die Prüfergebnisse werden in diesem Prüfbericht zusammenfassend dargestellt. Nach jeder Kategorie sind bei festgestellten Mängeln die sich daraus ergebenden Maßnahmen bzw. Handlungsempfehlungen sowie ggf. die für eine Mängelbeseitigung gesetzten Fristen aufgeführt. Grundlage dieses Prüfberichtes bilden die bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse, Einsichtnahme und Auswertung der zur Verfügung gestellten Unterlagen und Dokumentation. Im Übrigen verweise ich auf die geführten Gespräche, mündliche Beratung und das Abschlussgespräch am Prüfungstag.

An der Prüfung nahmen teil:

WTG-Behörde: David Makko, Michaela Behrenberg, Lidija Piepenbreier (Einarbeitung)
als Vertreter der Einrichtung: Frau Werner, Einrichtungsleitung
Frau Astrid Sinne, Bereichskoordinatorin

sowie begleitend, weitere Mitarbeitende des Hauses.



Öffnungszeiten

Mo-Fr 08.30 – 12.00 Uhr
Do 14.00 – 18.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Straßenverkehrsamt

Mo-Fr 07.30 – 12.00 Uhr
Di 14.00 – 16.00 Uhr
Do 14.00 – 18.00 Uhr
Nur nach Terminabsprache oder
Terminreservierung

Mit Bus und Bahn zu uns:

Fußweg vom Bahnhof Paderborn
zum Kreishaus ca. 3 Minuten

Sparkasse Paderborn-Detmold-Höxter

IBAN DE26 4765 0130 0001 0340 81
BIC WELADE33XXX

VerbundVolksbank OWL eG.

IBAN DE89 4726 0121 8758 0000 00
BIC DGPBDE33XXX

Deutsche Bank AG

IBAN DE45 4727 0029 0521 2162 00
BIC DEUTDE33472

Steuer ID DE126229853

Steuernummer 339/5870/1115

Allgemeine Angaben

Die Betreuungseinrichtung bietet laut aktuellem Versorgungsvertrag 12 stationäre Plätze. Am Tag der Prüfung waren alle Plätze belegt.

Die letzte Regelprüfung der WTG-Behörde fand am 23.01.2025 statt.

Kategorie 1: Qualitätsmanagement

Die Einrichtung betreibt ein Qualitätsmanagement, welches den Anforderungen des WTG entspricht.	☒ ja	☐ nein
Die Rechte der hilfebedürftigen Menschen werden konzeptionell berücksichtigt.	☒ ja	☐ nein
Ein Konzept zum Gewaltschutz liegt vor und entspricht den Vorgaben (WTG 2023).	☒ ja	☐ nein
Ein Konzept zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) liegt vor und entspricht den Vorgaben (WTG 2023).	☒ ja	☐ nein
FEM-Maßnahmen werden nachweislich laut WTG dokumentiert und sind nachvollziehbar	☐ ja	☒ nein
Ein verbindliches Konzept zur Fort- und Weiterbildung liegt vor und wird umgesetzt.	☒ ja	☐ nein
Das Beschwerdemanagement entspricht den gesetzlichen Vorgaben.	☒ ja	☐ nein
Ein schriftliches Teilhabekonzept wird angebotsbezogen vorgehalten.	☒ ja	☐ nein
Die Sterbebegleitung ist konzeptionell geregelt	☒ ja	☐ nein
Ein Krisenkonzept liegt vor.	☒ ja	☐ nein
Ein Hitzeschutzkonzept liegt vor.	☒ ja	☐ nein
Ein Hygienekonzept liegt vor.	☒ ja	☐ nein
Die Beschäftigten werden über das QM und Änderungen des QM angemessen informiert und bei Bedarf geschult	☒ ja	☐ nein
Es findet eine nachweisliche Dokumentation über die Weitergabe der Inhalte im Rahmen des QM an die Mitarbeiter statt	☐ ja	☒ nein
Ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegt vor.	☐ ja	☒ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen:

Am Prüftag wurde vereinbart, dass sämtliche Konzepte, über die der Leistungsanbieter verfügt, in der Datenbank PfAD.wtg in aktueller Version hochzuladen sind.

In der Einrichtung wird das Thema Palliativversorgung bereits aktiv gelebt und im Pflegealltag sensibel sowie fachlich kompetent umgesetzt. Aktuell werden in der Einrichtung keine FEM-Maßnahmen ausgeübt.

Im Rahmen der internen Qualitätsprüfung wurde festgestellt, dass neue Inhalte des Qualitätsmanagements im Rahmen von Teamsitzungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben werden. Über die Teamsitzungen werden Protokolle geführt. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar dokumentiert, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Protokolle gelesen bzw. die darin enthaltenen Inhalte zur Kenntnis genommen haben.

Ein Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte nicht vorgezeigt werden. Ebenfalls konnte kein Krisenkonzept vorgelegt werden, das insbesondere Regelungen für den Umgang mit Ausnahmesituationen wie beispielsweise Stromausfällen enthält.

Ein strukturiertes und dokumentiertes Vorgehen für derartige Notlagen ist derzeit nicht nachvollziehbar vorhanden

Beratung:

1. Stellen Sie sicher, dass ein vollständiges, verbindliches und nachvollziehbar dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem eingeführt und innerhalb der Einrichtung umgesetzt wird. Dazu gehört insbesondere, dass alle Inhalte dieses Systems an sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben werden. Es ist zudem sicherzustellen und nachvollziehbar zu dokumentieren, dass auch diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht an Teamsitzungen teilnehmen, über die dort behandelten Inhalte informiert werden.
2. Stellen Sie sicher, dass im Rahmen eines strukturierten Qualitätsmanagements sowie einer fachlich und quantitativ angemessenen Personalausstattung ein verbindliches Einarbeitungskonzept entwickelt, eingeführt und umgesetzt wird. Das Einarbeitungskonzept ist als Instrument zu nutzen, um neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch und nachvollziehbar in ihre Aufgabenbereiche einzuarbeiten und sie bei der Übernahme ihrer Tätigkeiten angemessen zu begleiten.
3. Für den Fall akuter Krisensituationen ist gem. den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ein Krisenkonzept vorzuhalten. Frist: Bitte reichen Sie dieses bis zum **31.07.2026** nach.

Kategorie 2: Personelle Ausstattung

Die Personalausstattung ist quantitativ und qualitativ ausreichend sichergestellt.	☐ ja	☐ nein
Die Einrichtung verfügt über eine qualifizierte Einrichtungsleitung	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung verfügte über eine qualifizierte verantwortliche Fachkraft	☒ ja	☐ nein
Die Vertretung der Fachkraft ist gewährleistet	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung verfügt über eine Hauswirtschaftsfachkraft.	☒ ja	☐ nein
Die Weisungsunabhängigkeit der verantwortlichen Fachkraft ist schriftlich festgelegt	☒ ja	☐ nein
Die durchgängige Besetzung der Dienste (jederzeit, auch nachts und an Wochenenden) mit mindestens einer geeigneten Fachkraft ist gewährleistet.	☒ ja	☐ nein
Alle Mitarbeitenden verfügen über die persönliche und fachliche Eignung.	☒ ja	☐ nein
Die Planung der Dienste erfolgt entsprechend den fachlichen Standards.	☒ ja	☐ nein
Die Umsetzung des Fort- und Weiterbildungskonzeptes entspricht den rechtlichen Vorgaben.	☒ ja	☐ nein
• Pflichtfortbildungen (Gewaltschutz, FEM, Medikamente, Schutzkonzepte)	☐ ja	☒ nein
• Palliative, geriatrische oder gerontopsychiatrische Kenntnisse	☒ ja	☐ nein
• Der Inhalt der Gewaltpräventionsschulungen wird dokumentiert	☒ ja	☐ nein
Ein Delegationskonzept liegt vor.	☒ ja	☐ nein
Delegierte Aufgaben werden nachweislich dokumentiert und der Mitarbeiter bestätigt die ihn delegierten Aufgaben qualitativ ordnungsgemäß durchführen zu können	☐ ja	☒ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen:

Die Überprüfung der quantitativen und qualitativen Personalausstattung obliegt dem Landschaftsverband und daher nicht Bestandteil dieser Prüfung.

Die Pflichtfortbildungen Gewaltschutz und FEM konnte nicht bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachgewiesen werden. Auch ein Nachweis über stattgefundene Hygieneschulungen konnte nicht nachgewiesen werden.

Seit der letzten Regelprüfung wurde ein Gewaltvorfall gemeldet. Nach Angaben der Einrichtungsleitung haben darüber hinaus weitere Gewaltvorfälle stattgefunden, die jedoch nicht gemeldet wurden. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die verpflichtende Meldung von Gewaltvorfällen zu sensibilisieren.

Beratung:

4. Ich empfehle der Einrichtung, die Mitarbeiter zu dem Thema Gewalt und der Meldung von Gewaltvorfällen zu sensibilisieren. Ziel ist es, sowohl den Schutz der Einrichtung sicherzustellen als auch eine vollständige und nachvollziehbare Dokumentation der Vorfälle zu gewährleisten. Dies ist insbesondere erforderlich, um im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen ableiten und umsetzen zu können.
5. Gemäß § 13 a haben die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter ihre Beschäftigten regelmäßig in den einrichtungsindividuellen Teilhabe-, FEM-, Gewaltschutz-, Hygiene- und Infektionsschutzkonzepten zu schulen. Die Schulungen, die vermittelten Inhalte und die Teilnehmenden sind zu dokumentieren. Frist: Bitte reichen Sie mir bis spätestens zum **31.07.2026** die entsprechenden Schulungsnachweise hinsichtlich **Hygiene, FEM und Gewaltschutz** und die vermittelten Inhalte der Schulungen aller Mitarbeiter nach.

Kategorie 3: Wohnqualität

Die Anforderungen an die Wohnqualität nach dem WTG und WTG-DVO werden erfüllt.	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung ist barrierefrei erreichbar.	☒ ja	☐ nein
Innerhalb der Einrichtung können sich die Nutzenden selbständig bewegen.	☒ ja	☐ nein
Die Wohnraumgestaltung wird nach den Wünschen der Nutzenden umgesetzt.	☒ ja	☐ nein
Die Nutzerzimmer sind mit Telefon- und Fernsehanschluss ausgestattet.	☒ ja	☐ nein
Die Intim- und Privatsphäre der Nutzenden wird unterstützt.	☒ ja	☐ nein
Die Sanitärräume sind in ausreichender Zahl in Form von Einzel- oder Tandembädern vorhanden	☒ ja	☐ nein
Die Aufbewahrung von Wertgegenständen ist möglich.	☐ ja	☒ nein
Die Einrichtung kann jederzeit, auch nachts, verlassen werden.	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung verfügt über Möglichkeiten zum Aufenthalt im Freien.	☒ ja	☐ nein
Die Rauchfreiheit ist gewährleistet	☒ ja	☐ nein

Kategorie 4: Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Speisen- und Getränkeversorgung ist situationsangemessen und berücksichtigt die individuellen Fähigkeiten, Einschränkungen, Vorlieben, Bedürfnisse und Wünsche.	☒ ja	☐ nein
---	--	-------------------------------

Ort und Zeitpunkt der Mahlzeiteinnahme sowie die Portionsgröße sind frei wählbar.	☒ ja	☐ nein
Die Zubereitung der Mittagsmahlzeit erfolgt in der Einrichtung.	☒ ja	☐ nein
Die Zubereitung der Mahlzeiten (Frühstück- und Abendessen) erfolgt eigenständig.	☒ ja	☐ nein
Die Mahlzeiten werden unter Berücksichtigung hygienischer Standards zubereitet.	☒ ja	☐ nein
Für eine ausreichende Versorgung mit Getränken und Zwischenmahlzeiten wird gesorgt.	☒ ja	☐ nein
Die Reinigung der Wäsche wird sichergestellt	☒ ja	☐ nein
Der Verlust persönlicher Wäsche wird ersetzt	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung machte zum Zeitpunkt der Prüfung einen gepflegten und sauberen Eindruck.	☐ ja	☒ nein
Die Temperaturlisten für die Kühl- und Gefrierschränke werden fortlaufend geführt.	☐ ja	☒ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen:

Im Rahmen eines Rundgangs durch die Einrichtung wurden mehrere Auffälligkeiten im Hinblick auf Hygiene und baulichen Zustand festgestellt. In den Flurbereichen sowie in den öffentlich zugänglichen Räumen war ein unangenehmer Geruch wahrnehmbar. Zudem wurde ein vermehrtes Auftreten von Fruchtfliegen festgestellt.

Des Weiteren befanden sich die Küchen in einem deutlich verschmutzten Zustand, was auf bestehende Defizite in der Reinigungs- und Hygienepaxis hindeutet. An den Wänden wurden darüber hinaus auffällige Stellen festgestellt, die auf mögliche Feuchtigkeitsansammlungen bzw. eindringende Nässe hinweisen könnten. Dies bedarf einer weiteren Überprüfung und gegebenenfalls geeigneter Maßnahmen zur Behebung.

Insgesamt ergeben sich hieraus Hinweise auf Optimierungsbedarf in den Bereichen Hygiene, Reinigung sowie bauliche Instandhaltung. Dies bedarf einer weiteren Überprüfung und gegebenenfalls geeigneter Maßnahmen zur Behebung, sodass das Gesundheitsamt des Kreises Paderborn zu einer Überprüfung in die Einrichtung entsandt wurde.

Zudem wurde festgestellt, dass die Temperaturkontrolle für die Wohnküchen in den Wohnbereichen nicht vollständig durchgeführt bzw. nicht dokumentiert wurden.

Beratung:

6. Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Betriebsführung und Einhaltung der hygienerechtlichen Anforderungen wird empfohlen, künftig in sämtlichen Wohnbereichen eine vollständige und fortlaufende Temperaturdokumentation der Kühleinrichtungen vorzuhalten. Die Temperaturkontrollen sind täglich durchzuführen und nachvollziehbar zu dokumentieren. Dies gilt ausdrücklich auch für Wochenend- und Feiertage.

Frist: Diese Maßnahme ist unverzüglich umzusetzen.

7. Die ausgesprochenen Maßnahmen vom Gesundheitsamt des Kreises Paderborn im Rahmen des Kontrollbesuches vom 27.02.2026 sind umzusetzen.

Frist: Diese Maßnahme ist unverzüglich umzusetzen.

Kategorie 5: Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Die Leistungsanbieter unterstützen und fördern die Nutzenden bei der Sicherung der

Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.	☒ ja	☐ nein
Externe Angebote, Veranstaltungen werden besucht.	☒ ja	☐ nein
Innerhalb der Einrichtung werden selbstorganisierte und abwechslungsreiche Aktionen von den Bewohnern durchgeführt.	☒ ja	☐ nein
Die Nutzenden und deren Wünsche werden in die Angebotsplanung mit einbezogen.	☒ ja	☐ nein
Die Wahrnehmung auswärtiger Termine wird unterstützt und gefördert.	☒ ja	☐ nein
Eine Verbindung zum Internet ist sowohl in den Individualbereichen als auch in den Gemeinschaftsbereichen technisch möglich.	☒ ja	☐ nein
Der Empfang von Besuch ist jederzeit möglich. Besuchsverbote wurden nicht ausgesprochen.	☒ ja	☐ nein
Barbetragsverwaltung wird angeboten	☐ ja	☒ nein
Unterstützung der Abwicklung von Geldgeschäften wird angeboten	☒ ja	☐ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen

Das Gemeinschaftsleben sowie die Alltagsgestaltung in der Einrichtung sind sichergestellt. Die Nutzenden haben regelmäßig Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und zur aktiven Mitgestaltung ihres Alltags. Die Angebote orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten. Beanstandungen ergaben sich nicht.

Kategorie 6: Pflege und soziale Betreuung

Betreuende Tätigkeiten werden nur von Fachkräften wahrgenommen	☒ ja	☐ nein
Die Nutzenden/Angehörigen werden in die Erstellung der individuellen Teilhabeplanungsgespräche einbezogen	☒ ja	☐ nein
Die Überleitung in Krankenhaus erfolgt fachgerecht	☒ ja	☐ nein
Die freie Arzt- und Therapeutenwahl ist gewährleistet	☒ ja	☐ nein
Auswärtige Termine werden organisiert und bei Bedarf begleitet	☒ ja	☐ nein
Die Einrichtung kann auf freiheitsentziehende/-beschränkende Maßnahmen verzichten	☒ ja	☐ nein
Die Medikamentenversorgung erfolgt sach- und fachgerecht	☐ ja	☒ nein
Ärztliche Ver- und Anordnungen werden umgesetzt	☐ ja	☒ nein
Handlungsanleitende Maßnahmen zur Umsetzung der Teilhabeziele werden nachvollziehbar durchgeführt	☒ ja	☐ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen:

Die Leistungserbringung der Einrichtung ist hauptsächlich auf psychische und soziale Teilhabebedarfe ausgerichtet. Um die Nutzenden nicht zusätzlich zu belasten und zu verunsichern, wurde von einer Inaugenscheinnahme mit Befunderhebung abgesehen.

Die Ergebnisqualität wurde stichprobenartig überprüft. Darüber hinaus wurde die Pflege- und Betreuungsdokumentation eingesehen und ausgewertet. Des Weiteren wurde der fach- und sachgerechte Umgang mit Arzneimitteln überprüft, sowie der Umgang mit ärztlichen Ver- und Anordnungen.

Freiheitsentziehende/- beschränkende Maßnahmen werden aktuell nicht eingesetzt.

N 1:

Feststellungen:

Mit der ärztlichen Verordnung vom 21.03.2025 wurde durch Dr. Gloger das Medikament „Nature Love Vitamin Komplex“ 1 x täglich, 1 x 1 Kaps angesetzt. Das Verordnungsblatt der Einrichtung (Stand 25.02.2026) beinhaltet jedoch diese ärztliche Verordnung nicht. Das Medikament wurde zum Zeitpunkt der Prüfung nicht vorgehalten.

Beratung:

8. Gemäß § 19 WTG Abs.3 NRW 2023 müssen die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter eine „... Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorbehaltlich der ärztlichen Anordnungsbefugnis...“ sicherstellen. Konkret bedeutet dies, dass eine ärztliche Verordnung umzusetzen, das Medikament in der Einrichtung vorzuhalten ist und die Einnahme der ärztlich verordneten Medikation unterstützt wird.

Kategorie 7: Kundeninformation, Beratung, Mitwirkung und Mitbestimmung

Die Einrichtung informiert über das Leistungsangebot und Veränderungen.	☒ ja	☐ nein
Der Prüfbericht über die letzte Regelprüfung der WTG-Behörde hängt gut sichtbar aus	☐ ja	☒ nein
Die Beratungs- und Beschwerdestellen sind im Vertrag aufgeführt	☒ ja	☐ nein
Die Kontaktdaten der WTG-Behörde hängen im Eingangsbereich aus	☐ ja	☒ nein
Beschwerden werden schriftlich erfasst	☐ ja	☒ nein
Beschwerden werden nachweislich bearbeitet	☒ ja	☐ nein
Beschwerden werden mind. einmal jährlich ausgewertet	☒ ja	☐ nein
Die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte werden gewährleistet	☒ ja	☐ nein
Der Beirat wird in seiner Arbeit unterstützt	☒ ja	☐ nein
Über die Tätigkeit des Beirates wird in einer Nutzerversammlung jährlich berichtet	☒ ja	☐ nein

Zusammenfassung/Erläuterungen/Abweichungen:

Seit der letzten Prüfung konnte die Einrichtung eine dokumentierte Beschwerde vorlegen. Die Erledigung der Beschwerde war nicht nachvollziehbar. Es konnte nicht nachvollzogen werden, wie die Beschwerde bearbeitet wurde und es zu einem Abschluss des Beschwerdeverfahrens kommt.

Die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte der Nutzerinnen und Nutzer werden grundsätzlich gewährleistet. Es konnten jedoch keine Protokolle über durchgeführte Nutzerversammlungen sowie über regelmäßige Austauschtreffen des Beirates, weder untereinander noch gemeinsam mit der Einrichtungsleitung, vorgelegt werden. Eine nachvollziehbare Dokumentation der entsprechenden Gremienarbeit ist somit derzeit nicht gegeben.

In der Einrichtung hängt der letzte Prüfbericht der WTG-Behörde nicht aus.

Beratung:

9. Gemäß § 6 Abs.2 Ziff. 4 WTG ist die Dokumentation und Auswertung der Beschwerden vorgeschrieben. Die Art der Erledigung ist zu erfassen. Sofern Beschwerden mündlich vorgetragen werden, sind diese schriftlich zu erfassen. Ich empfehle, auch kleinere Beschwerden und Verbesserungsvorschläge

schriftlich im Beschwerdeordner festzuhalten und auszuwerten, um daraus evtl. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abzuleiten.

10. Stellen Sie sicher, dass über alle Nutzerversammlungen sowie über die regelmäßigen Austauschtreffen des Beirats – sowohl intern als auch gemeinsam mit der Einrichtungsleitung – nachvollziehbare und vollständige Protokolle geführt werden. Die Protokolle sind so zu dokumentieren und aufzubewahren, dass die Inhalte, Beschlüsse und Ergebnisse der Sitzungen jederzeit überprüfbar sind. Zudem ist sicherzustellen, dass die Dokumentation den Anforderungen an Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Rahmen der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte entspricht.
11. Gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG sind Sie verpflichtet, die **aktuellen** Prüfberichte über Regelprüfungen der Aufsichtsbehörde an gut sichtbarer Stelle auszuhängen oder auszulegen sowie die Prüfberichte über Regelprüfungen der letzten drei Jahre zur Einsichtnahme durch die gegenwärtigen oder künftigen Nutzerinnen und Nutzer oder von ihnen beauftragte Personen bereitzuhalten.

Zusammenfassung:

Abschließend komme ich zu dem Ergebnis, dass die strukturellen Anforderungen des WTG soweit sie bei dieser Prüfung erfragt wurden, weitestgehend erfüllt werden. Die befragten Personen waren mit der Versorgung und Betreuung insgesamt sehr zufrieden.

Die Mitteilung des Prüfungsergebnisses stellt gleichzeitig eine Beratung nach § 15 Abs. 1 WTG dar. Sofern zu den genannten Punkten bzw. zur Umsetzung des WTG weiterer Beratungsbedarf besteht, stehe ich Ihnen gerne nach vorheriger Terminabsprache zur Verfügung.

Ich bitte um Stellungnahme zu diesem Prüfbericht und über die von Ihnen bereits veranlassten Maßnahmen bis zum **08.06.2026**.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir darüber hinaus neu erstellte bzw. überarbeitete Konzepte möglichst auf elektronischem Weg bzw. über die Datenbank PfAD.wtg übersenden.

Hinweis:

Werden festgestellte oder die Ursachen für drohende Mängel nicht abgestellt, sollen Anordnungen gegenüber den Leistungsanbietenden erlassen werden, die zur Beseitigung einer eingetretenen oder Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung des Wohls der Nutzenden und zur Durchsetzung der den Leistungsanbietenden obliegenden Pflichten erforderlich sind (§ 15 Abs. 2 S. 1 WTG).

Anordnungen können mit einem Zwangsgeld durchgesetzt werden (§ 55 VwVG), Zuwiderhandlungen gegen Anordnungen können mit einem Bußgeld geahndet werden (§ 42 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 2 WTG).

Gebühren:

Über die Höhe der Gebühren erhalten Sie einen gesonderten Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Makko