

**Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe
zur Qualität und Qualitätssicherung
einschl. des Verfahrens zur Durchführung
von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI
in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)
vom 18. August 1995**

In der Fassung vom 31. Mai 1996

der Spitzenverbände der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK-Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Bundesknappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe
der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Köln und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im folgenden teilstationäre
Pflegeeinrichtungen genannt) auf Bundesebene

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bonn
- Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Frankfurt a.M.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V., Bonn
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Stuttgart
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bremerhaven
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover
- ArbeitgeberVerband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen
- Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V., Bonn
- ### Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin

Präambel

Zur Sicherstellung einer qualifizierten teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten die nachstehenden Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und sind bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI zwischen den Vertragsparteien heranzuziehen.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Pflege von Behinderten durch die besonderen Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Soweit Pflege auf der Grundlage des SGB XI erbracht wird, werden die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart.

1. Grundsätze

1.1 Ziel

Teilstationäre Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere

- im Einzelfall fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten,
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen,
- auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung fördern unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und der Biographie des Pflegebedürftigen,
- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, insbesondere der Rehabilitation sowie der Alten- und Behindertenhilfe sicherzustellen.

1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung zu subsumieren.

Prozeßqualität

Prozeßqualität bezieht sich auf den Pflege- und Versorgungsablauf. Es geht dabei u.a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Ausführung sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Zu vergleichen sind das angestrebte Pflegeziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen.

1.3 Qualitätssicherung

1.3.1 Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können höchst unterschiedlich gestaltet werden. Je nach Standort sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden.

1.3.1.1 Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfaßt die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung. Jede Pflegeeinrichtung ist für die Qualität der Leistungen, die sie den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.

1.3.1.2 Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

1.3.2 Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale.

1.3.2.1 Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt.

1.3.2.2 Dezentrale Methoden der Qualitätssicherung sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor.

2. Leistungserbringer

Leistungserbringer für die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) sind:

- Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger Träger,
- Pflegeeinrichtungen privater Träger,
- Pflegeeinrichtungen öffentlicher Träger.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind - unabhängig von der Trägerschaft - selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige geplant pflegen und versorgen.

3. Qualitätsmaßstäbe

3.1 Strukturqualität

3.1.1 Struktureller Rahmen der Pflegeeinrichtung

- 3.1.1.1 Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante Pflege und Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen können sowohl als Solitäreinrichtungen bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.
- 3.1.1.2 Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung in der Tagespflege an mindestens 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden und in der Nachtpflege jeweils mindestens 12 Stunden täglich zu gewährleisten.

3.1.1.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebots auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt werden kann.

3.1.1.4 Die von der Pflegeeinrichtung angebotene teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese u.a. verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung,
- die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich.

Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt sicher, daß bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach 3.1.3.1 gewährleistet ist.

3.1.1.5 Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Deren Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren; Fachliteratur ist vorzuhalten.

3.1.2 Räumliche Voraussetzungen

3.1.2.1 Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- beschilderte, sicher zu erreichende und alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung,
- direkte Zufahrt für Fahrzeuge,
- alten- und behindertengerechte Ausstattung,
- ein angemessenes Raumangebot einschl. Ruhe- und Gemeinschaftsräume, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können (bisherige im Bereich der Sozialhilfe bestehende Regelungen und Vereinbarungen gelten als angemessen).

Tagespflegeeinrichtungen müssen ferner folgende Voraussetzungen erfüllen:

- eine Bewegungsmöglichkeit im Freien,
- eine Möglichkeit zur Erbringung von Heilmitteln.

3.1.2.2 Ruheräume sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden.

Die Unterbringung in der Nachtpflege ist in Ein- bzw. Zweibettzimmern anzustreben.

3.1.3 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.3.1 Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“, oder „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

3.1.3.2 Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter 3.1.3.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde.

3.1.3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht InhaberIn der Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft EigentümerIn oder GesellschafterIn der Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige Pflegeeinrichtung beziehen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

3.1.4 Pflegekräfte

3.1.4.1 Die Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.5 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.

3.1.4.2 Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger,
- staatlich anerkannte Altenpflegerinnen/Altenpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- staatlich anerkannte Dorfhelferinnen/Dorfhelfer.

Sonstige Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

3.1.5 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Die Kooperation kann auch der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes der Pflegeeinrichtung dienen, insbesondere zur Rehabilitation. Soweit eine Pflegeeinrichtung die Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für Leistungen im Rahmen seines Versorgungsauftrages und die Qualität der Leistungen bei der zugelassenen Pflegeeinrichtung bestehen.

3.2 Prozeßqualität

Zur Durchführung einer qualifizierten Pflege hat die Pflegeeinrichtung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

3.2.1 Darstellung der Pflegeeinrichtung

Die Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar.

Diese Information kann Angaben enthalten über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot im Bereich der Tages- und Nachtpflege,
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung auch hinsichtlich Maßnahmen aktivierender Pflege,
- das Pflegekonzept,
- die personelle Ausstattung,
- die Öffnungszeiten der Pflegeeinrichtung,
- die Lage sowie die Erreichbarkeit der Einrichtung,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Leistungserbringern, wie z.B. die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- die zu zahlenden Entgelte für die Leistungsangebote.

3.2.2 Pflegeprozeß

- 3.2.2.1 Die Pflegeeinrichtung führt ein/e Aufnahmegespräch/Anamnese durch. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan vorliegt, ist dieser heranzuziehen.

Dabei sind im Rahmen der Pflege die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß herauszuarbeiten. Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.

Dabei ist festzustellen, welche Leistungen im Rahmen des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, die Pflegeeinrichtung oder andere an der Pflege beteiligte Personen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist dabei Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

Soweit die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln festgestellt wird, informiert die Pflegeeinrichtung mit Zustimmung des Pflegebedürftigen hierüber die Angehörigen und/oder die Pflegekasse.

- 3.2.2.2 Die Pflegeeinrichtung fertigt aufgrund der durch das Aufnahmegespräch bzw. die Anamnese gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung an. Dabei ist die Abgrenzung der Leistungserbringung zu Leistungen anderer an der Pflege Beteiligter aufzuführen.

Die Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.

3.2.3 Pflegedokumentation

Die Pflegeeinrichtung hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich durchzuführen.

3.2.4 Pflegeteams

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist bei der Betreuung Pflegebedürftiger größtmögliche Kontinuität sicherzustellen. Die Dienstplanung wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch durchzuführen.

3.2.5 Beratung der Angehörigen

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige von der Pflegeeinrichtung beraten.

3.2.6 Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen

Im Rahmen einer qualitativen Pflege hat die Pflegeeinrichtung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt,
- andere ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Krankenhäuser und
- Leistungserbringer im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. 3.1.5).

3.3 Ergebnisqualität

3.3.1 Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die Ziele aktivierender Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen im Pflegeprozeß Berücksichtigung gefunden haben.

Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.

3.3.2 In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung und Verbesserung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen sind,
- der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit.

Darüber hinaus ist ggf. Stellung zu nehmen zu dem Abbau von Ängsten, der Überwindung von Antriebsschwächen sowie der Bewältigung von Überreaktionen.

4. Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung

- 4.1 Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

Qualitätssicherungsmaßnahmen können u.a. sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.

- 4.2 Die Pflegeeinrichtungen haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

5. Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

- 5.1 Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten.
- 5.2 Die Landesverbände der Pflegekassen teilen dem Träger der Pflegeeinrichtung und der Vereinigung, der der Träger angehört, die Durchführung, den Gegenstand, den Umfang sowie den Zeitpunkt der Prüfung mit.
- 5.3 Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zur Pflegeeinrichtung zu gewähren.
- 5.4 Vom Träger der Pflegeeinrichtung oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- 5.5 Grundlage der Prüfung bilden u.a. die Pflegedokumentationsunterlagen (vgl. Punkt 3.2.3).

- 5.6 Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, aus dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger der Pflegeeinrichtung, der Vereinigung, der der Träger angehört, und den Landesverbänden der Pflegekassen zu.

6. Inkrafttreten, Kündigung

- 6.1 Die Vereinbarung tritt am 01.04.1995 in Kraft.
- 6.2 Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende, frühestens aber zum 31.12.1997, gekündigt werden.

Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg, Karlsruhe, Köln, Düsseldorf, Freiburg, Frankfurt a.M., Stuttgart, Bremerhaven, Hannover,

AOK-Bundesverband
Bonn, den

BKK-Bundesverband
Essen, den

IKK-Bundesverband
Bergisch Gladbach, den

See-Krankenkasse
Hamburg, den

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
Kassel, den

Bundesknappschaft
Bochum, den

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Siegburg, den

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Siegburg, den

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen
Träger der Sozialhilfe
Karlsruhe, den

Für die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände:

- Deutscher Städtetag
Köln, den

- Deutscher Landkreistag
Bonn, den

- Deutscher Städte- und Gemeindebund (e. V.)
Düsseldorf, den

Arbeiterwohlfahrt - Bundesverband e. V.
Bonn, den

Deutscher Caritas-Verband e. V.
Freiburg, den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Gesamtverband e. V.
Frankfurt a.M., den

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Bonn, den

Diakonisches Werk EKD e. V.
Stuttgart, den

Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Bremerhaven, den

Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V.
Hannover, den

ArbeitgeberVerband ambulanter Pflegedienste e. V.
Hannover, den

Bundesverband Ambulante Dienste e. V.
Essen, den

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
Essen, den

Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und
sozialer Dienste e. V.
Bonn, den

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V.
Bonn, den

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.,
Berlin, den