

**Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung  
einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80  
SGB XI in der Kurzzeitpflege vom 18. August 1995  
(i.d.F. 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 Kurzzeit-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  
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Frankfurt a.M.  
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 Kurzzeitpflege 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**

Kurzzeitpflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere

- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend ist,
- für den Pflegebedürftigen den Übergang aus der stationären Behandlung in die häusliche Pflege erleichtern und ermöglichen,
- 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,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, insbesondere der Rehabilitation, der ärztlichen Versorgung 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 Kurzzeitpflege sind:

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

Kurzzeit-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 Kurzzeit-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. Kurzzeitpflegeeinrichtungen können sowohl Solitäreinrichtungen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.

3.1.1.2 Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen.

3.1.1.3 Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Kurzzeitpflege 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.

3.1.1.4 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 Kurzzeitpflege 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. Gemeinschaftsräume, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können (bisherige im Bereich der Sozialhilfe bestehende Regelungen und Vereinbarungen gelten als angemessen).

Kurzzeitpflegeeinrichtungen müssen ferner folgende Voraussetzungen erfüllen:

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

3.1.2.2 Die Räume, die dem Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse, die pflegerischen Erfordernisse und die Anforderungen an eine wohnliche Umgebung des Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden. Der kurzzeitigen Aufnahme und einem wechselnden Personenkreis ist dabei Rechnung zu tragen.

Die Aufnahme 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

- a) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter 3.1.3.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde.
- b) der Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden vorliegt. Verantwortliche Pflegefachkräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung nicht verfügen, müssen im Rahmen einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Abschluß der Vereinbarung diese Qualifikation erworben haben. Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden

oder

der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität vorliegt.

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. 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.

Die Kooperation kann auch der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes der Pflegeeinrichtung dienen, insbesondere zur Rehabilitation.

## **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 Kurzzeitpflege,
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung auch hinsichtlich Maßnahmen aktivierender Pflege,

- das Pflegekonzept,
- die personelle Ausstattung,
- 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.

Erfolgt die Kurzzeitpflege aufgrund einer kurzfristig erheblichen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit oder im Anschluß an eine stationäre Behandlung, ist der individuelle Pflegeprozeß darauf auszurichten, einen erneuten stationären Aufenthalt zu vermeiden und den Übergang in die häusliche Pflege zu ermöglichen.

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 und die Versorgung im Anschluß an den Kurzzeitpflegeaufenthalt berücksichtigen.

### **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 zum Abschluß des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung 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 Sie 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, Berlin

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

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. ....  
Frankfurt a.M., 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