

**Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung
einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80
SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 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 Pflegedienste 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
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn
- ArbeitgeberVerband ambulanter Pflegedienste e.V., Hannover
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Bremerhaven
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e.V., Hannover
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin
- Bundesverband Ambulante Dienste e.V., Essen
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen

Präambel

Zur Sicherstellung einer qualifizierten ambulanten Versorgung 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.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im Bereich der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege sowie der vollstationären Pflege.

1. Grundsätze

1.1 Ziel

Ambulante Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll

- 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,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die individuelle Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz des Pflegebedürftigen respektieren und fördern.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, der Alten- und Behindertenhilfe zu berücksichtigen.

1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität

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

Prozeßqualität

Prozeßqualität bezieht sich auf den Versorgungs- bzw. Pflegeablauf. 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 jeden Dienst. Jeder Pflegedienst ist für die Qualität der Leistungen, die er 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 ambulante Pflege sind

- Pflegedienste freigemeinnütziger Träger,
- Pflegedienste privater Träger,
- Pflegedienste öffentlicher Träger.

In den weiteren Ausführungen werden die Leistungserbringer einheitlich als "Pflegedienste" bezeichnet.

Pflegedienste im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind - unabhängig von der Trägerschaft - selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter fachlicher Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung geplant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

3. Qualitätsmaßstäbe

3.1 Strukturqualität

3.1.1 Struktureller Rahmen des Pflegedienstes

- 3.1.1.1 Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten.

Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonn- und Feiertagen. Der Pflegedienst muß über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein. Kooperationen in der Region können gebildet werden.

- 3.1.1.2 Die vom Pflegedienst angebotene ambulante Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

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

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.

Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, daß bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach 3.1.2.1 gewährleistet ist. Diese sollte in der Regel sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein.

- 3.1.1.3 Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Ihr Fachwissen ist ständig zu aktualisieren, fachbezogene Fachliteratur ist vorzuhalten.

3.1.2 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.2.1 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.

3.1.2.2 Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß

- a) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter 3.1.2.1 genannter Beruf hauptberuflich, davon in der Regel mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich, ausgeübt wurde und
- 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.

3.1.2.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft EigentümerIn oder GesellschafterIn des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf den jeweiligen Pflegedienst bezieht.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

3.1.3 Pflegekräfte

3.1.3.1 Der Pflegedienst hat unter Berücksichtigung von Pkt. 3.1.4 den individuellen Erfordernissen der Pflegebedürftigen auch bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) - entsprechend den jeweiligen pflegerischen Leistungen - geeignete Kräfte vorzuhalten.

Geeignete Kräfte im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe sind entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation einzusetzen.

3.1.3.2 Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

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

Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

3.1.4 Kooperationen mit anderen ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten

Zugelassene Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. Die Kooperation dient der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes des Pflegedienstes. Soweit ein Pflegedienst die Leistungen anderer Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem zugelassenen Pflegedienst bestehen.

3.2 Prozeßqualität

Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung hat der Pflegedienst folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

3.2.1 Schriftliche Vorstellung des Pflegedienstes und Darlegung des Hilfeangebotes

Hierin könnten u.a. Informationen enthalten sein über

- das vorgehaltene Leistungsangebot,
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung,
- das Pflegekonzept,
- die personelle Ausstattung,
- die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit des Pflegedienstes,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten,
- Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3.2.2 Pflegeprozeß

3.2.2.1 Erstbesuch/Anamnese

Der Pflegedienst führt zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation einen Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durch. Dabei sind die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß herauszuarbeiten. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan vorliegt, ist dieser beim Erstbesuch heranzuziehen. Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.

Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen 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 sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraumes ergibt, informiert der Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlaßt.

3.2.2.2 Pflegeplanung

Der Pflegedienst fertigt aufgrund der durch den Erstbesuch gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung. Darin ist die Aufteilung der Leistungserbringung auf die an der Pflege Beteiligten aufzuführen.

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

3.2.3 Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie ist beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Pflegedienst zu führen.

Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt.

3.2.4 Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenigen Personen betreut werden. Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, daß die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.

3.2.5 Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige vom Pflegedienst beraten und in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- bzw. Pflege Techniken unterstützt.

3.2.6 Im Rahmen einer qualitativen Pflege haben die Pflegedienste zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt und
- andere ambulante Dienste und stationäre/teilstationäre Einrichtungen.

Nach Möglichkeit sollen Selbsthilfegruppen in die Zusammenarbeit einbezogen werden.

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 Betroffenen 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. Dabei ist auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen zu berücksichtigen.

3.3.2 In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen sind,
- der Pflege verbaler und nonverbaler Kommunikation und Verbesserung soweit möglich,
- der Unterstützung räumlicher, zeitlicher und situativer Orientierung,
- dem Abbau von Ängsten,
- der Überwindung von Antriebsschwächen bzw. das Auffangen überschießender Reaktionen,
- der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen,
- der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen.

4. Maßnahmen des Pflegedienstes zur Qualitätssicherung

- 4.1 Der Träger des Pflegedienstes 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.

Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese 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.

Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.

- 4.2 Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 Dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, ist die Durchführung, der Gegenstand, der Umfang sowie der Zeitpunkt der Prüfung mitzuteilen.
- 5.3 Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zum Pflegedienst zu gewähren.
- 5.4 Vom Träger des Pflegedienstes 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 3.3).
- 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 des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, 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 31.12.1998 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, Hannover, Bremerhaven, 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
Düsseldorf, den

Arbeiterwohlfahrt - Bundesverband e.V.
Bonn, den

Deutscher Caritasverband 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

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

Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e.V.
Hannover, den

Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Bremerhaven, den

Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e.V.
Hannover, den

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.
Berlin, den

Bundesverband Ambulante Dienste e.V.
Essen, den

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