



# MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

45. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 17. August 1992

Nummer 51

## Inhalt

### I.

**Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes  
für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBI. NW.) aufgenommen werden.**

Glied.-Nr.	Datum	Titel	Seite
2170	23. 6. 1992	RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen für die Förderung von ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten, insbesondere von Sozialstationen . . . . .	1062

2170

**I.**

**Richtlinien  
über die Gewährung von Zuwendungen  
für die Förderung von ambulanten gesundheits-  
und sozialpflegerischen Diensten,  
insbesondere von Sozialstationen**

RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales v. 23. 6. 1992 –  
II B 2 – 5655.2

**1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage**

- 1.1 Das Land gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinien und der VV zu § 44 LHO Zuwendungen für die Förderung von ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten für zu Hause lebende Menschen für
  - 1.11 das Angebot ambulanter somatischer und/oder psychiatrischer Krankenpflege,
  - 1.12 das Angebot ambulanter somatischer und/oder gerontopsychiatrischer Altenpflege,
  - 1.13 die Bereitstellung von Hilfen zum Erhalt der selbständigen Lebensführung und
  - 1.14 das Angebot ambulanter Familienpflege, soweit es im Rahmen von Sozialstationen erbracht wird.
- 1.2 Die Zuwendungen des Landes sind für solche Dienstleistungen ambulanter gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste vorgesehen, für die sozialgesetzliche Leistungsträger nicht einzustehen haben.
- 1.3 Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendungen besteht nicht, vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltssmittel.

**2 Gegenstand der Förderung**

Gefördert wird unter Berücksichtigung von Nr. 1.2 die Beschäftigung von Personal für ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, die ihre Dienstleistungen hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zur Verfügung stellen. Dienste in diesem Sinne sind:

- 2.1 Sozialstationen, in denen das Angebot an ambulanter somatischer und/oder psychiatrischer/gerontopsychiatrischer Kranken-, Alten- und Familienpflege personell und organisatorisch zusammengefaßt ist,
- 2.2 ambulante psychiatrische Dienste, die psychiatrische und gerontopsychiatrische Pflege leisten,
- 2.3 Mobile Soziale Dienste, die Hilfen zur selbständigen Lebensführung, insbesondere Hilfen zur Unterstützung der Haushaltssführung bereitstellen.
- 2.4 Neben den in Nrn. 2.1 bis 2.3 beschriebenen Kernaufgaben der verschiedenen Dienste können weitere ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienstleistungen erbracht werden; Leistungen der Tages- und Kurzzeitpflege gehören nicht dazu.

**3 Zuwendungsempfänger**

Zuwendungen können gewährt werden an Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und ihnen angeschlossene Träger, sofern diese ihren Sitz in Nordrhein-Westfalen haben und die Dienste in Nordrhein-Westfalen geleistet werden.

**4 Zuwendungsvoraussetzungen**

- 4.1 Gefördert wird die Beschäftigung von hauptberuflichem qualifiziertem Pflege- und Leitungspersonal und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dies sind:
  - 4.11 Krankenschwestern/Krankenpfleger (staatl. Anerkennung),
  - 4.12 Altenpflegerinnen/Altenpfleger (staatl. Anerkennung),

4.13 Familienpflegerinnen/Familienpfleger (staatl. Anerkennung); Dorfhelperinnen/Dorfhelper (staatl. Anerkennung),

4.14 Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer (staatl. Anerkennung),

4.15 Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten oder Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten anstelle einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nach Nrn. 4.11 bis 4.14,

4.16 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die insbesondere Hilfen für die Körperpflege sowie Reinigungs-, Einkaufs- und Wäschedienste in Sozialstationen leisten,

4.17 Pflegedienstleistungen qualifiziert nach Nrn. 4.11 oder 4.12 in Sozialstationen, die den Besuch eines entsprechenden Qualifizierungslehrgangs nachweisen. In Ausnahmefällen kann Leitungspersonal mit Abschlußdiplom in Pädagogik oder staatlicher Anerkennung/Diplom in Sozialarbeit/Sozialpädagogik und entsprechendem Qualifizierungslehrgang in die Förderung mit einbezogen werden.<sup>1)</sup> Voraussetzung hierfür ist, daß das fachliche Weisungsrecht (Nr. 4.2) von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ausgeübt wird, die in der Kranken- oder Altenpflege (Nr. 4.11 oder 4.12) ausgebildet sind und nicht als Pflegedienstleitung gefördert werden.

4.18 Einsatzleitungen für den Aufbau und Betrieb Mobiler Sozialer Dienste, die über ein Abschlußdiplom in Pädagogik oder die staatliche Anerkennung/ein Diplom in Sozialpädagogik oder Sozialarbeit verfügen. Andere Qualifikationen können von der Bewilligungsbehörde nach Abstimmung mit mir anerkannt werden.

4.2 Das fachliche Weisungsrecht des Leitungspersonals gegenüber den anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Dienste nach Nrn. 2.1 bis 2.3 ist durch entsprechende Regelungen sicherzustellen.

4.3 Die personelle Ausstattung von

4.31 Sozialstationen muß mindestens vier Vollzeitbeschäftigte umfassen, von denen bis zu zwei durch Teilzeitbeschäftigte ersetzt werden können. Innerhalb dieser Mindestausstattung sind drei Stellen durch Pflegepersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung zu besetzen; davon muß eine Stelle durch eine Krankenschwester/einen Krankenpfleger besetzt sein und soll eine weitere Stelle von einer Altenpflegerin/einem Altenpfleger eingenommen werden. Sozialstationen, die neben der somatischen auch psychiatrische/gerontopsychiatrische Pflege anbieten, müssen für dieses Aufgabengebiet mindestens zwei vollzeitbeschäftigte oder entsprechende teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern/Krankenpfleger oder Altenpflegerinnen/Altenpfleger mit Berufserfahrung oder staatlich anerkannter Weiterbildung nach 4.32 einstellen.

4.32 ambulanten psychiatrischen Diensten muß mindestens drei vollzeitbeschäftigte Pflegemitarbeiterinnen/Pflegemitarbeiter umfassen, die eine Kranken- oder Altenpflegeausbildung haben mit

- staatlich anerkannter Weiterbildung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie oder zur Fachpflegerin/zum Fachpfleger für Gerontopsychiatrie oder

- mindestens zweijähriger Berufstätigkeit im stationären psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Bereich (z.B. im psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses) oder im komplementären Bereich (z.B. Betreutes Wohnen, Heime) oder

- mindestens zweijähriger Berufstätigkeit in der Betreuung und Pflege im ambulanten psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Bereich.

Zwei der drei vollzeitbeschäftigte Pflegemitarbeiterinnen/Pflegemitarbeiter des ambulanten psychiatrischen Dienstes können durch Teilzeitbeschäftigte ersetzt werden.

<sup>1)</sup> Übergangsbestimmung: Derzeitige Leitungen mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Leitung von Sozialstationen werden längstens bis Ende 1994 gefördert. Eine Weiterförderung kommt nur in Betracht, wenn die Teilnahme an einem entsprechenden Qualifikationslehrgang nachgewiesen wird.

- 4.4 Die Arbeitszeit des vollzeitbeschäftigte Personals muß – soweit tarifvertraglich nichts anderes vereinbart ist – der tarifvertraglichen wöchentlichen Arbeitszeit von Landesbediensteten entsprechen. Soweit eine Vollzeitbeschäftigung nicht zwingend vorgeschrieben wird, ist es möglich, Teilzeitbeschäftigte mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit einzustellen; hierbei noch freibleibende Anteile können wiederum zu Teilzeit- (mindestens 50 v.H.) oder Vollzeitbeschäftigung zusammengefaßt werden.
- 4.5 Bei Unterschreitung der personellen Mindestausstattung von einem zusammenhängenden Zeitraum über mehr als drei Monate hat der Träger nachzuweisen, daß die Funktionsfähigkeit des Dienstes durch Vertretungen sichergestellt war.
- 4.6 Die unter Nr. 4.32 bezeichneten psychiatrischen Pflegekräfte sind für die Pflege psychiatrisch/gerontopsychiatrisch erkrankter und solcher Patienten einzusetzen, die primär an einer psychischen Krankheit leiden. Bei psychisch kranken Patienten, bei denen körperliche Leiden im Vordergrund stehen, haben sie beratend tätig zu sein und die Arbeit des anderen Pflegepersonals zu ergänzen. Die fachliche Arbeit des psychiatrischen Pflegepersonals ist durch Supervision zu begleiten.

## 5 Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

### 5.1 Zuwendungsart

Projektförderung

### 5.2 Finanzierungsart

Festbetragsfinanzierung

### 5.3 Form der Zuwendung

Zuschuß

### 5.4 Bemessungsgrundlage

Das Land gewährt einen jährlichen Zuschuß für

- 5.41 eine vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterin/einen vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter nach Nrn. 4.11 bis 4.16 für den Pflegedienst in Sozialstationen für je 3500 Einwohnerinnen/Einwohner von 7 700 DM.

Für finanzschwache Träger beträgt der Zuschuß für vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 10 100 DM. Ohne besondere Prüfung gelten als finanzschwach die Träger, die einem Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt, dem Landesverband des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes oder einem Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes angegeschlossen sind.

- 5.42 eine vollzeitbeschäftigte psychiatrische Pflegemitarbeiterin/einen Pflegemitarbeiter mit entsprechender Berufserfahrung oder staatlich anerkannter Weiterbildung nach Nr. 4.32 für Sozialstationen und ambulante psychiatrische Dienste für je 40 000 Einwohnerinnen/Einwohner von 21 000 DM. In begründeten Ausnahmefällen kann von den Landschaftsverbänden eine Unterschreitung des Pflegeschlüssels von 1:40 000 zugelassen werden.

- 5.43 eine vollzeitbeschäftigte Pflegedienstleitung nach Nr. 4.17 für Sozialstationen von 20 000 DM. Vollzeitbeschäftigte Pflegedienstleitungen müssen in Sozialstationen tätig sein, die außer der Pflegedienstleitung noch über mindestens acht Vollzeit- oder entsprechende Teilzeitbeschäftigte nach Nrn. 4.11 bis 4.16 verfügen und dürfen ausschließlich Aufgaben der Leitung des Pflegedienstes wahrnehmen.

Für Pflegedienstleitungen, die in Sozialstationen mit mindestens sechs Vollzeit- oder entsprechenden Teilzeitbeschäftigte nach Nrn. 4.11 bis 4.16 tätig sind und die mindestens zu 75 v. H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Aufgaben der Pflegedienstleitung wahrnehmen, wird ein Zuschuß von 15 000 DM gezahlt.

Pflegedienstleitungen, die in Sozialstationen mit mindestens vier Vollzeit- oder entsprechenden Teilzeitbeschäftigte nach Nrn. 4.11 bis 4.16 tätig sind und die

mindestens zu 50 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Aufgaben der Pflegedienstleitung wahrnehmen, erhalten einen Zuschuß von 10 000 DM.

- 5.44 eine vollzeitbeschäftigte Einsatzleitung nach Nr. 4.18 für Mobile Soziale Dienste innerhalb des Einzugsgebietes von zwei Sozialstationen von 40 000 DM. Vollzeitbeschäftigte Einsatzleitungen müssen in Mobilen Sozialen Diensten tätig sein, die außer der Einsatzleitung noch über mindestens zehn Vollzeit- oder entsprechende sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigte verfügen und dürfen ausschließlich Aufgaben der Leitung des Mobilen Sozialen Dienstes wahrnehmen.

Für Einsatzleitungen in Mobilen Sozialen Diensten innerhalb eines Einzugsgebietes einer Sozialstation wird ein Zuschuß von 20 000 DM gezahlt, wenn die Einsatzleitung mindestens zu 50 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Aufgaben der Einsatzleitung wahrnimmt und der Mobile Soziale Dienst mindestens sechs Vollzeit- oder entsprechende sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigte umfaßt.

- 5.45 Je Sozialstation (Nr. 2.1) werden höchstens zehn vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Nrn. 4.11 bis 4.16 zuzüglich einer Pflegedienstleitung (Nrn. 4.17 und 5.43) gefördert; bei Sozialstationen, die neben der somatischen auch psychiatrische/gerontopsychiatrische Pflege anbieten, sind darüber hinaus zusätzlich höchstens drei und bei ambulanten psychiatrischen Diensten (Nr. 2.2) höchstens fünf vollzeitbeschäftigte Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter nach Nr. 4.32 förderbar. Für förderbare Teilzeitbeschäftigte mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit wird der Zuschuß auf 50 v. H. und für Teilzeitbeschäftigte mit mindestens drei Viertel der Wochenarbeitszeit auf 75 v. H. des jährlichen Zuschusses nach Nr. 5.4 festgesetzt.

- 5.46 Bei einer nicht ganzjährigen Anstellung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters oder bei einem Wegfall des Anspruchs auf Vergütung vermindert sich der Jahresfestbetrag für jeden vollen Kalendermonat der Nichtbeschäftigung oder fehlenden Vergütungsverpflichtung um ein Zwölftel. Dies gilt nicht, wenn der Grund für die Einstellung der Zahlung spätestens nach drei Monaten wegfällt oder spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums eine Ersatzstellung erfolgt ist.

## 6 Verfahren

### 6.1 Antragsverfahren

Der Antrag auf Gewährung eines Landeszuschusses ist vom Träger zweifach nach dem Muster der Anlage 1 bis zum 15. November eines Jahres für das folgende Kalenderjahr beim zuständigen Landschaftsverband vorzulegen, in dessen Bereich der Antragsteller seinen Sitz hat. Die beantragten Dienste, einschließlich ihrer Einzugsbereiche müssen mit den zuständigen Gebietskörperschaften einvernehmlich abgestimmt sein. Die Standorte sind ortsnah und entsprechend der Bevölkerungsstruktur festzulegen.

Dem Erstantrag sowie Anträgen bei Änderung des Einzugsbereichs sind beizufügen:

- Die Stellungnahme des zuständigen Spaltenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege,
- die Stellungnahme des für den Standort des zu fördernden Dienstes zuständigen Kreises/der kreisfreien Stadt; darüber hinaus bei Sozialstationen mit psychiatrischer/gerontopsychiatrischer Pflege nach Nr. 2.1 sowie ambulanten psychiatrischen Diensten nach Nr. 2.2 ein mit dem Kreis/der kreisfreien Stadt abgestimmtes Versorgungskonzept oder ein Psychiatrieplan und bei Mobilen Sozialen Diensten nach Nr. 2.3 eine mit dem Kreis/der kreisfreien Stadt abgestimmte Zuordnung eines Dienstes zum Einzugsgebiet einer Sozialstation oder zum Einzugsgebiet von zwei Sozialstationen.
- Ein Lageplan mit Standort und Einzugsbereich des zu fördernden Dienstes sowie der weiteren im Kreis/der kreisfreien Stadt bereits errichteten oder geplanten entsprechenden ambulanten gesund-

heits- und/oder sozialpflegerischen Dienste unter Angabe des Trägers,

- bei Bestehen eines Trägerverbundes eine Ablichtung über die entsprechenden Vereinbarungen.

#### **6.2 Bewilligungsverfahren**

Bewilligungsbehörde ist der zuständige Landschaftsverband, der unter Verwendung des Musters der Anlage 2 einen schriftlichen Zuwendungsbescheid erteilt.

#### **6.3 Auszahlungsverfahren**

Die Auszahlung des Zuschusses erfolgt nach den Regelungen des Muster-Zuwendungsbescheides.

#### **6.4 Verwendungsnachweisverfahren**

Anlage 3 Der Verwendungsnachweis ist nach dem Muster der Anlage 3 bis zum 30. 6. des dem Bewilligungsjahr folgenden Kalenderjahres zu verlangen.

- 6.5 Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die ggf. erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die VV zu § 44 LHO, soweit nicht in diesen Förderrichtlinien Abweichungen zugelassen sind.

#### **7 Inkrafttreten**

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 1. Januar 1992 in Kraft. Gleichzeitig treten meine RdErl. v. 28. 4. 1983 (SMBI.NW. 2170) und v. 8. 12. 1989 – IV A 1 – 5655.2 (n.v.) außer Kraft.

**Anlage 1**  
**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung**

An den  
Landschaftsverband

nachrichtlich  
an

die Oberkreisdirektorin/  
den Oberkreisdirektor

die Oberstadtdirektorin/  
den Oberstadtdirektor

in .....  
und .....

den zuständigen Spitzenverband  
der Freien Wohlfahrtspflege

**Betr.:** Förderung von ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten, insbesondere von Sozialstationen (RL.)

**Bezug:** Richtlinien über die Zuwendungsgewährung (RL) – RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales v. 23. 6. 1992 (SMBI. NW. 2170)

Anschrift:

<b>1 Antragstellerin/Antragsteller</b>	
Name/Bezeichnung der Trägerin/ des Trägers:	
Anschrift:	Straße/Nr./PLZ/Ort/Kreis
Auskunft erteilt:	Name/Tel. (Durchwahl)
Bankverbindung:	Konto-Nr. .... Bankleitzahl
	Bezeichnung des Kreditinstitutes

2 Maßnahme/Maßnahmen			
Bezeichnung/angesprochener Zuwendungsbereich			
Art der ambulanten Dienste <sup>1)</sup>			
<input type="checkbox"/> Sozialstationen (Nr. 2.1 der Richtlinien) Anzahl .....			
<input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Dienste (Nr. 2.2 der RL) Anzahl .....			
<input type="checkbox"/> Mobile Soziale Dienste (Nr. 2.3 der RL) Anzahl .....			
2.1 Sozialstationen <sup>2)</sup>			
	Sozialstation Lfd. Nr. .....	Sozialstation Lfd. Nr. .....	Sozialstation Lfd. Nr. .....
Anschrift der Sozialstation Straße/Nr. PLZ/Ort Telefon			
Durchführungszeitraum von                    bis			
	Sozialstation Lfd. Nr. .....	Sozialstation Lfd. Nr. .....	Sozialstation Lfd. Nr. .....
Anschrift der Sozialstation Straße/Nr. PLZ/Ort Telefon			
Durchführungszeitraum von                    bis			

<sup>1)</sup> Bitte Art und Anzahl der beantragten Dienste angeben.

<sup>2)</sup> Hier sind sowohl die Sozialstationen mit ambulanter somatischer als auch psychiatrischer/gerontopsychiatrischer Pflege anzugeben. Bei der Beantragung mehrerer Sozialstationen bitte die Anschriften der einzelnen Sozialstationen angeben, numerieren und die vorgenommene Numerierung beibehalten. Erstanträge bitte hinter der lfd. Nr. mit einem „E“ kenntlich machen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

<b>2.2 Ambulante psychiatrische Dienste<sup>1)</sup>)<sup>2)</sup></b>			
	ambulanter psychiatrischer Dienst Lfd. Nr. ....	ambulanter psychiatrischer Dienst Lfd. Nr. ....	ambulanter psychiatrischer Dienst Lfd. Nr. ....
Anschrift des psychiatr. Dienstes Straße/Nr. PLZ/Ort Telefon			
Durchführungszeitraum von                    bis			
<b>2.3 Mobile Soziale Dienste<sup>2)</sup></b>			
	Mobiler Sozialer Dienst Lfd. Nr. ....	Mobiler Sozialer Dienst Lfd. Nr. ....	Mobiler Sozialer Dienst Lfd. Nr. ....
Anschrift des Mob. Sozialen Dienstes Straße/Nr. PLZ/Ort Telefon			
Durchführungszeitraum von                    bis			
<b>3 Beantragte Zuwendung</b>			
Zu der vg. Maßnahme/zu den vg. Maßnahmen wird eine Zuwendung in Höhe von ..... DM beantragt. Die Berechnung der beantragten Zuwendung ergibt sich aus der beigefügten Anlage.			

<sup>1)</sup> Hier nur die ambulanten psychiatrischen Dienste angeben, die nicht Bestandteil einer Sozialstation sind.

<sup>2)</sup> Bei der Beantragung mehrerer gleichartiger Dienste bitte die Anschriften der Dienste angeben, numerieren und die vorgenomene Numerierung beibehalten. Erstanträge bitte hinter der lfd. Nr. mit einem „E“ kenntlich machen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

**4 Erklärungen**

Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt, daß

- 4.1 die in diesem Antrag (einschließlich Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind,
- 4.2 dem Landschaftsverband förderungserhebliche personelle Änderungen unverzüglich mitgeteilt werden,
- 4.3 sie/er den im Bewilligungszeitraum erzielten und anhand einer Finanzübersicht ermittelten Überschuß auf Anforderung der Bewilligungsbehörde erstatten wird.

**5 Anlagen**

- 5.1 Personalübersicht(en) für zu förderndes Personal

- 5.2 Stellungnahmen und Vereinbarungen gemäß Nr. 6.1 der Richtlinien\*)

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

\*) nur bei Erstantrag sowie Anträgen bei Änderung des Einzugsbereichs.

**Blatt 1 – auszufüllen für die hauptberuflich angestellten  
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialstationen  
mit der lfd. Nr. \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>**

**Anlage zum Antrag  
Personalübersicht für Sozialstationen (Nr. 2.1 der RL)**

	<b>lfd. Nr.</b>	<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburts- datum</b>	<b>a) Berufs- ausbildung<sup>2)</sup> b) beschäftigt als</b>	<b>Berufserfahrung von - bis bzw. Zusatz- qualifikation als<sup>3)</sup></b>	<b>Verg.Gr. oder Entgelt nach Überstellungs- vertrag = U</b>	<b>beschäftigt von - bis</b>	<b>teilzeit mit Std. pro Woche</b>	<b>erwarteter Zuschuß des Landes DM</b>
<b>1 Soma</b> tisches <b>Pflegepersonal</b>									
1.1 Personal mit Berufsausbildung (Nr. 4.11-4.15 der RL)									
1.2 Personal insbe- sondere für Hilfen für die Körperpflege (Nr. 4.16 der RL)									
<b>2 Psychiatrisches Pflegepersonal</b>									
2.1 Personal mit Berufs- und Zusatz- ausbildung (Nr. 4.31 und 4.32 der RL)									
<b>3 Pflegedienstleitung</b> (Nr. 4.17 und 4.2 der RL)									

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrags einsetzen und für jede Sozialstation eine gesonderte Personalübersicht ausfüllen.

In der Personalübersicht bitte auch das hauptberuflich angestellte Personal (nach Nr. 4 der RL) angeben, das nach den Richtlinien voraussichtlich nicht gefördert wird. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

<sup>2)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. staatl. akkreditierte Altenpflegerin/Altenpfleger) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.

<sup>3)</sup> Für das psychiatrische Pflegepersonal gemäß Nr. 4.32 sowie das Leitungspersonal von Sozialstationen ausfüllen und entsprechende Nachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.

**Blatt 2 – auszufüllen für die hauptberuflich angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des **ambulanten psychiatrischen Dienstes** mit der Ifd. Nr. \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>**

**Anlage zum Antrag  
Personalübersicht für ambulante psychiatrische Dienste  
(Nr. 2.2 der RL)**

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	a) Berufsausbildung <sup>2)</sup> b) beschäftigt als	Berufserfahrung von – bis bzw. Zusatzqualifikation als <sup>3)</sup>	Verg.Gr. oder Entgelt nach Überstellungsvertrag = U	beschäftigt von – bis	vollzeit mit Std. pro Woche	teilzeit	erwarteter Zuschuß des Landes DM
<b>Pflegepersonal<sup>4)</sup> (Nr. 4.32 der RL)</b>									

**Die fachliche Leitung (Nr. 4.2 und 4.32 der RL) des ambulanten psychiatrischen Dienstes obliegt:**

**(Name, Vorname, Berufsausbildung, Zusatzqualifikation)**

- <sup>1)</sup> Bitte die Ifd. Nr. der Seite 3 des Antrags einsetzen und für jeden ambulanten psychiatrischen Dienst eine gesonderte Personalübersicht ausfüllen.  
<sup>2)</sup> In der Personalübersicht bitte auch für das hauptberuflich angestellte Personal (nach Nr. 4 d. RL) angeben, das nach den Richtlinien voraussichtlich nicht gefördert wird. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.  
<sup>3)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. staatl. anerkannte Altenpflegerin/Altenpfleger) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.  
<sup>4)</sup> Für das psychiatrische Pflegepersonal gemäß Nr. 4.32 sowie das Leitungspersonal von Sozialstationen und entsprechende Nachweise befügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.  
<sup>5)</sup> Hier bitte nicht das psychiatrische Pflegepersonal von Sozialstationen angeben. Das Pflegepersonal von Sozialstationen ist in Blatt 1 der Anlage einzutragen.

Blatt 3 – auszufüllen für die hauptberuflich angestellte Einsatzleitung  
des Mobilen Sozialen Dienstes  
mit der lfd. Nr. \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>

Anlage zum Antrag  
Personalübersicht für Mobile Soziale Dienste  
(Nr. 2.3 der RL)

Der Mobile Soziale Dienst ist in den Einzugsbereichen folgender Sozialstation/Sozialstationen tätig:

Träger (Name, Anschrift, Telefon)

Sozialstation (Name, Anschrift, Telefon)

lfd. Nr.	Name, Vorname	Geburts- datum	a) Berufs- ausbildung <sup>2)</sup>	Verg.Gr. oder Entgelt nach Überstellungs- vertrag = <input checked="" type="checkbox"/>	beschäftigt von – bis	vollzeit mit Std. pro Woche	teilzeit	erwarteter Zuschuß des Landes DM
			b) beschäftigt als					

Einsatzleitung  
(Nr. 4.1& und 4.2  
der RL)

Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mobilen Sozialen Dienst (ohne Leitungspersonal):<sup>3)</sup>

(Anzahl)

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2a des Antrags einsetzen und für jeden Mobilen Sozialen Dienst eine gesonderte Personalübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

<sup>2)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. Dipl.-Sozialpädagogin/Dipl.-Sozialpädagoge) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.

<sup>3)</sup> Sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigte sind entsprechend ihrer wöchentlichen Regelarbeitszeit auf das Vollzeitpersonal anzurechnen.

(Bewilligungsbehörde)

Az.: .....

(Anschrift des Zuwendungsempfängers) ..... , den .....

nachrichtlich an  
die Oberkreisdirektorin/den Oberkreisdirektor  
die Oberstadtdirektorin/den Oberstadtdirektor

in .....  
und  
den zuständigen Spitzenverband  
der Freien Wohlfahrtspflege

**Zuwendungsbescheid**  
(Projektförderung)

**Betr.:** Zuwendung des Landes NRW nach der Richtlinie zur Förderung von ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten, insbesondere von Sozialstationen (RL);  
(RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW v. 23. 6. 1992 - SMBI. NW. 2170);  
hier:<sup>1)</sup>

Sozialstation

Psychiatrischen Dienst

Mobilen Sozialen Dienst

Lfd. Nr. ....

Lfd. Nr. ....

Lfd. Nr. ....

.....

.....

.....

**Bezug:** Ihr Antrag vom

**Anlsg.:** Allgemeine Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P)  
Verwendungsnachweisvordruck  
Finanzübersicht  
Tätigkeitsinhalte von psychiatrischer Pflege<sup>2)</sup>

I.

**1 Bewilligung:**

Auf Ihren vg. Antrag bewillige ich Ihnen

für die Zeit vom ..... bis .....  
(Bewilligungszeitraum)

eine Zuwendung in Höhe von ..... DM

(in Buchstaben:

Deutsche Mark)

<sup>1)</sup> Hier ist die genaue Bezeichnung des Dienstes/der Dienste sowie die lfd. Nr. nach Nr. 2 des Antrages anzugeben.

<sup>2)</sup> Bei der Förderung von psychiatrischen Pflegekräften nach Nr. 2.1 bzw. Nr. 2.2 der Richtlinien beizufügen.

## 2 Zur Durchführung folgender Maßnahme/Maßnahmen

Beschäftigung von hauptberuflichem qualifiziertem Pflege- und Leitungspersonal und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an<sup>1)</sup>)

Sozialstation

psychiatrischem Dienst

Mobilem Sozialem Dienst

Lfd. Nr. .... Lfd. Nr. .... Lfd. Nr. ....

.....

## 3 Finanzierungsart

Die Zuwendung wird in der Form der Festbetragfinanzierung als Zuschuß gewährt.

## 4 Ermittlung der Zuwendung

Die Zuwendung wurde wie folgt ermittelt:

**Sozialstation mit der lfd. Nr.<sup>2)</sup>**

4.1 Somatisches Pflegepersonal (Nr. 5.41 d. RL)

4.1.1 vollzeitbeschäftigte Person(en) Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.1.2 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 50 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.1.3 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 75 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.2 Psychiatrisches Pflegepersonal (Nr. 5.42 d. RL)

4.2.1 vollzeitbeschäftigte Person(en) Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.2.2 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 50 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.2.3 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 75 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.3 Pflegedienstleitung (Nr. 5.43-d. RL)

4.3.1 vollzeitbeschäftigte Person(en) Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.3.2 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 50 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.3.3 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit mindestens 75 v.H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

<sup>1)</sup> Hier ist die genaue Bezeichnung des Dienstes/der Dienste sowie die lfd. Nr. nach Nr. 2 des Antrages anzugeben.

<sup>2)</sup> Hier bitte die lfd. Nr. nach Nr. 2 des Antrags angeben. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

**Ambulanter psychiatrischer Dienst mit der lfd. Nr.<sup>1)</sup>****4.4 Psychiatrisches Pflegepersonal (Nr. 5.42 d. RL)**

4.4.1 vollzeitbeschäftigte Person(en) Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.4.2 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit  
mindestens 50 v.H. der wöchent-  
lichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM4.4.3 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit  
mindestens 75 v.H. der wöchent-  
lichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM**Mobiler Sozialer Dienst mit der lfd. Nr.<sup>1)</sup>****4.5 Leitungspersonal (Nr. 5.44 d. RL)**

4.5.1 vollzeitbeschäftigte Person(en) Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM

4.5.2 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit  
mindestens 50 v.H. der wöchent-  
lichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM4.5.3 teilzeitbeschäftigte Person(en) mit  
mindestens 75 v.H. der wöchent-  
lichen Regelarbeitszeit Anzahl ..... × ..... DM = ..... DM**5 Auszahlung**

Die Zuwendung wird ohne Anforderung für das 1. Halbjahr zum 1. 3. und für das 2. Halbjahr zum 1. 9. auf das im Antrag bezeichnete Konto überwiesen.

<sup>1)</sup> Hier bitte die lfd. Nr. nach Nr. 2 des Antrags angeben. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

II.  
**Nebenbestimmungen**

Die beigefügten ANBest-P sind Bestandteil dieses Bescheides. Abweichend oder ergänzend hierzu wird folgendes bestimmt:

- 1 Die Nrn. 1.2, 1.3, 1.4, 2, 3, 4, 5.11, 5.14, 5.15, 6.4, 6.5, 6.9, 7.4, 8.31, 8.5 der ANBest-P finden keine Anwendung.
- 2 Gefördert wird die Beschäftigung von hauptberuflichem qualifiziertem Pflege- und Leitungspersonal sowie anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dies sind:
  - 2.1 Krankenschwestern/Krankenpfleger (staatliche Anerkennung),
  - 2.2 Altenpflegerinnen/Altenpfleger (staatliche Anerkennung),
  - 2.3 Familienpflegerinnen/Familienpfleger (staatliche Anerkennung); Dorfhelperinnen/Dorfhelper (staatliche Anerkennung),
  - 2.4 Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer (staatliche Anerkennung),
  - 2.5 Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten oder Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten anstelle einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nach 2.1 bis 2.4,
  - 2.6 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die insbesondere Hilfen für die Körperpflege sowie Reinigungs-, Einkaufs- und Wäschedienste in Sozialstationen leisten.
- 3 Die personelle Ausstattung von geförderten ...
  - 3.1 Sozialstationen muß mindestens vier Vollzeitbeschäftigte umfassen, von denen bis zu zwei durch Teilzeitbeschäftigte ersetzt werden können. Innerhalb dieser Mindestausstattung sind drei Stellen durch Pflegepersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung zu besetzen; davon muß eine Stelle durch eine Krankenschwester/einen Krankenpfleger besetzt sein und soll eine weitere Stelle von einer Altenpflegerin/einem Altenpfleger eingenommen werden. Sozialstationen, die neben der somatischen auch psychiatrische/gerontopsychiatrische Pflege anbieten, müssen für dieses Aufgabengebiet mindestens zwei vollzeitbeschäftigte oder entsprechende teilzeitbeschäftigte Krankenschwestern/Krankenpfleger oder Altenpflegerinnen/Altenpfleger mit Berufserfahrung oder staatlich anerkannter Weiterbildung nach 3.2 einstellen.
  - 3.2 ambulanten psychiatrischen Diensten muß mindestens drei vollzeitbeschäftigte Pflegemitarbeiterinnen/Pflegemitarbeiter umfassen, die eine Kranken- oder Altenpflegeausbildung haben mit
    - staatlich anerkannter Weiterbildung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie oder zur Fachpflegerin/zum Fachpfleger für Gerontopsychiatrie oder
    - mindestens zweijähriger Berufstätigkeit im stationären psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Bereich (z.B. im psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses) oder im komplementären Bereich (z.B. Betreutes Wohnen, Heime) oder
    - mindestens zweijähriger Berufstätigkeit in der Betreuung und Pflege im ambulanten psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Bereich.
 Zwei der drei vollzeitbeschäftigen Pflegemitarbeiterinnen/Pflegemitarbeiter des ambulanten psychiatrischen Dienstes können durch Teilzeitbeschäftigte ersetzt werden.
  - 3.3 Bei Unterschreitung der personellen Mindestausstattung von einem zusammenhängenden Zeitraum über mehr als drei Monate hat der Träger nachzuweisen, daß die Funktionsfähigkeit des Dienstes durch Vertretungen sichergestellt war.
  - 4 Je Sozialstation werden höchstens zehn vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Nrn. 2.1 bis 2.6 zuzüglich einer Pflegedienstleitung gefördert; bei Sozialstationen, die neben der somatischen auch psychiatrische/gerontopsychiatrische Pflege anbieten, sind darüber hinaus zusätzlich höchstens drei und bei ambulanten psychiatrischen Diensten höchstens fünf vollzeitbeschäftigte Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter nach Nr. 3.2 förderbar. Für förderbare Teilzeitbeschäftigte mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit wird der Zuschuß auf 50 v.H. und für Teilzeitbeschäftigte mit mindestens drei Viertel der Wochenarbeitszeit auf 75 v.H. des jährlichen Zuschusses nach Nr. 5.4 festgesetzt.
  - 5 Weiterhin werden gefördert
    - 5.1 Pflegedienstleitungen qualifiziert nach 2.1 oder 2.2 in Sozialstationen, die den Besuch eines entsprechenden Qualifizierungslehrgangs nachweisen. In Ausnahmefällen kann Leitungspersonal mit Abschlußdiplom in Pädagogik oder staatlicher Anerkennung/Diplom in Sozialarbeit/Sozialpädagogik und entsprechendem Qualifizierungslehrgang in die Förderung mit einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, daß das fachliche Weisungsrecht (Nr. 6.3) von Mitarbeiterinnen/Mitarbeiterausgeübt wird, die in der Kranken- und Altenpflege (Nr. 2.1 oder 2.2) ausgebildet sind und nicht als Pflegedienstleitung gefördert werden.

- 5.2 Vollzeitbeschäftigte Einsatzleitungen für den Aufbau und Betrieb Mobiler Sozialer Dienste, die über ein Abschlußdiplom in Pädagogik oder die staatliche Anerkennung/ein Diplom in Sozialpädagogik oder Sozialarbeit verfügen. Andere Qualifikationen können von der Bewilligungsbehörde nach Abstimmung mit mir anerkannt werden. Einsatzleitungen müssen in Mobilen Sozialen Diensten tätig sein, die außer der Einsatzleitung noch über mindestens zehn Vollzeit- oder entsprechende sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigte verfügen und dürfen ausschließlich Aufgaben der Leitung des Mobilen Sozialen Dienstes wahrnehmen. Für Einsatzleitungen innerhalb nur eines Einzugsgebietes einer Sozialstation wird der Zuschuß nur zur Hälfte gewährt, wenn die Einsatzleitung mindestens zu 50 v. H. der wöchentlichen Regelarbeitszeit Aufgaben der Einsatzleitung wahrnimmt und der Mobile Soziale Dienst mindestens sechs Vollzeit- oder entsprechende sozialversicherungspflichtige Teilzeitkräfte umfaßt.
- 5.3 Das fachliche Weisungsrecht des Leitungspersonals gegenüber den anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Dienste nach Nrn. 2.1 bis 2.3 der Richtlinien ist durch entsprechende Regelungen sicherzustellen.
- 6 Die Arbeitszeit des vollzeitbeschäftigte Personals muß – soweit tarifvertraglich nichts anderes vereinbart ist – der tarifvertraglichen wöchentlichen Arbeitszeit von Landesbediensteten entsprechen. Soweit eine Vollzeitbeschäftigung nicht zwingend vorgeschrieben wird, ist es möglich, Teilzeitbeschäftigte mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit einzustellen; hierbei noch freibleibende Anteile können wiederum zu Teilzeit- (mindestens 50 v. H.) oder Vollzeitbeschäftigung zusammengefaßt werden.
- 7 Bei einer nicht ganzjährigen Anstellung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters oder bei einem Wegfall des Anspruchs auf Vergütung vermindert sich der Jahresfestbetrag für jeden vollen Kalendermonat der Nichtbeschäftigung oder fehlenden Vergütungsverpflichtung um ein Zwölftel. Dies gilt nicht, wenn der Grund für die Einstellung der Zahlung spätestens nach drei Monaten wegfällt oder spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums eine Ersatzseinstellung erfolgt ist.
- 8 Der geprüfte Verwendungsnachweis, den Ihre zuständige Prüfungseinrichtung hinsichtlich der Durchführung sowie des Umfangs der Prüfung und des Prüfungsergebnisses zu bescheinigen hat, ist mir bis zum 30. 6. des dem Bewilligungsjahr folgenden Kalenderjahres zweifach nach dem beigefügten Muster über den zuständigen Spitzenverband einzureichen.

Als Prüfungseinrichtung im Sinne der Nr. 7.2 ANBest-P werden auch fachlich und sachlich unabhängige Beauftragte (Abschlußprüferinnen/Abschlußprüfer wie z.B. Steuerberaterinnen/Steuerberater, Wirtschaftsprüferinnen/Wirtschaftsprüfer, geeignete nebenamtliche bzw. ehrenamtliche Abschlußprüferinnen/Abschlußprüfer, Prüfungsgesellschaften) angesehen. Die Prüfung ist neben der Ordnungsmäßigkeit und rechnerischen Richtigkeit des Verwendungsnachweises auch inhaltlich auf die zweckentsprechende Verwendung der Landesmittel und auf die Einhaltung der der Bewilligung ansonsten zugrunde liegenden Bestimmungen abzustellen. Dabei darf unter Heranziehung sachgerechter Kriterien in zeitlicher und/oder sachlicher Hinsicht auch stichprobenweise geprüft werden. Bei der Feststellung von nicht unerheblichen Mängeln ist die Prüfung auf eine vollständige Nachweisprüfung bzw. ggf. auch auf die Vorjahre auszudehnen. Der Prüfungsumfang ist aktenmäßig festzuhalten.

- 9 Soweit im Bewilligungszeitraum ein Überschuß erwirtschaftet wird, hat die Bewilligungsbehörde im Rahmen pflichtgemäßem Ermessens die Zuwendung ganz oder teilweise zurückzufordern. Auf eine Rückforderung hat die Bewilligungsbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen dann zu verzichten, wenn der Zuwendungsempfänger als Träger der nach Nr. 2 der RL geförderten Dienste im Bewilligungszeitraum einen aufgrund der Finanzübersicht ermittelten Überschuß für Defizite anderer geförderter Dienste auf Gemeinde- oder Kreisebene verwendet hat.

Im Auftrag

.....  
(Unterschrift)

Hinweise zu Nr. 3.2 der  
Nebenbestimmungen des  
Zuwendungsbescheides

**Tätigkeitsinhalte von psychiatrischer Pflege**

1. Veranlassung notwendiger diagnostischer Klärung und therapeutischer Maßnahmen (einschließlich Krisenintervention)
2. Aufbau einer Beziehung zur Patientin/zum Patienten bei spezifischen Krankheitsbildern wegen krankheitsbedingter fehlender Motivation (Abrechnungsfähig: bis zu 5 × )
3. Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankheitszustandes und der Krankheitsentwicklung
4. Sicherung notwendiger Arztbesuche (Motivierung, ausnahmsweise Begleitung zur ärztlichen Praxis)
5. Überwachung der Medikamenteneinnahme einschließlich kontinuierlicher Aufklärung und Motivierung, Verabreichung der Medikamente und Kontrolle der medikamentösbedingten Wirkungen und Nebenwirkungen
6. Aktivierung zu elementaren Verrichtungen und Training elementarer Fertigkeiten
7. Psychische Entlastung im Alltag  
(z.B. Gefühle der Angst, Trauer, Freude usw. aussprechen lassen)
8. Geistiges und psychisches Training  
(z.B. Gedächtnistraining, Training zur Angstbewältigung usw.)
9. Hilfe beim Erkennen beeinträchtigender Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen  
(z.B. Gespräch zur Klärung der Auslösung depressiver Gefühle)
10. Erarbeitung krankheitsangemessener Sicht- und Verhaltensweisen
11. Vorbeugen von Suizidgefährdung  
(z.B. Treffen von Abmachungen)
12. Hilfe bei der Planung und Durchführung der Tages- und Wochenstrukturierung
13. Anleitung von Familienangehörigen/der pflegenden Bezugsperson  
(z.B. durch Anleitung zum Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen der Patientinnen/Patienten)

....., den .....,  
 (Zuwendungsempfängerin/Zuwendungsempfänger)

**An**  
**(Bewilligungsbehörde)**

.....

über den  
 zuständigen Spitzenverband  
 der Freien Wohlfahrtspflege

.....

### **Verwendungsnachweis**

**Betr.:** Zuwendungen des Landes NRW;  
 hier: Zuwendung für die Förderung von<sup>1)</sup>)

**Bezug:** Förderrichtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW – (RL)  
 (RdErl. v. 23. 6. 1992 – SMBI. NW. 2170)

Sozialstationen

psychiatrischen Diensten

Mobilien Sozialen Diensten

Lfd. Nr. ....

Lfd. Nr. ....

Lfd. Nr. ....

.....

.....

.....

Durch Zuwendungsbescheid(e) der (Bewilligungsbehörde)

vom ..... Az.: ..... über ..... DM

vom ..... Az.: ..... über ..... DM

wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme/Maßnahmen insgesamt ..... DM

bewilligt.

Es wurden ausgezahlt insgesamt ..... DM

<sup>1)</sup> Hier bitte die genaue Bezeichnung des Dienstes/der Dienste sowie die lfd. Nr. nach Nr. 2 des Antrages angeben.

I. Sachbericht  
für die Sozialstation<sup>1)</sup>  
mit der laufenden Nr. ....

---

(Hier bitte eine zusammengefaßte Beschreibung der Tätigkeit für den Bewilligungszeitraum vornehmen)

Folgende Mindestangaben sind erforderlich:

Zeitpunkt der Ersteröffnung und Pflegeschwerpunkte der Sozialstation

Gesamtpersonalbestand

Betreute Personen

Zusätzliches Angebot der Sozialstation

Kooperation mit anderen Stellen

Bestehende Arbeitskreise vor Ort

Weitere Planungen

**Bestätigung**

Die fachliche Arbeit des psychiatrischen Pflegepersonals ist in der Zeit von ..... bis .....  
durch Supervision begleitet worden.

---

<sup>1)</sup> Bitte die ifd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jede Sozialstation einen gesonderten Sachbericht anfertigen.  
Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

**I. Sachbericht****für den ambulanten psychiatrischen Dienst<sup>1)</sup>**

mit der laufenden Nr. ....

---

(Hier bitte eine zusammengefaßte Beschreibung der Tätigkeit für den Bewilligungszeitraum vornehmen)

**Folgende Mindestangaben sind erforderlich:****Zeitpunkt der Ersteröffnung und Pflegeschwerpunkte des ambulanten psychiatrischen Dienstes****Gesamtpersonalbestand****Betreute Personen****Zusätzliches Angebot des ambulanten psychiatrischen Dienstes****Kooperation mit anderen Stellen****Bestehende Arbeitskreise vor Ort****Weitere Planungen****Bestätigung**

Die fachliche Arbeit des psychiatrischen Pflegepersonals ist in der Zeit von ..... bis ..... durch Supervision begleitet worden.

---

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jeden ambulanten psychiatrischen Dienst einen gesonderten Sachbericht anfertigen.  
Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

I. Sachbericht  
für den **Mobilen Sozialen Dienst**<sup>1)</sup>)  
mit der laufenden Nr. ....

---

(Hier bitte eine zusammengefaßte Beschreibung der Tätigkeit für den Bewilligungszeitraum vornehmen)

Folgende Mindestangaben sind erforderlich:

Zeitpunkt der Ersteröffnung und Schwerpunkte des Mobilen Sozialen Dienstes

Gesamtpersonalbestand

Betreute Personen

Zusätzliches Angebot des Mobilen Sozialen Dienstes

Kooperation mit anderen Stellen

Bestehende Arbeitskreise vor Ort

Weitere Planungen

---

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jeden Mobilen Sozialen Dienst einen gesonderten Sachbericht anfertigen.  
Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

**II. Zahlenmäßiger Nachweis**

**1 Personalübersichten**

**1.1 Personalübersicht für die Sozialstation (Nr. 2.1 der RL) mit der lfd. Nr. \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>**

Auszufüllen für das Personal, das im Bewilligungszeitraum mit einem Landeszuschuß gefördert wurde:

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Berufsausbildung <sup>2)</sup> b) beschäftigt als	Berufserfahrung von - bis bzw. Zusatz- qualifikation als <sup>3)</sup>	Verg.Gr. oder Entgelt nach Überstellungsg- vertrag = U	a) beschäftigt von - bis b) kein Vergü- tungsanspruch vom - bis	Zuschuß gezahlter Landesz- zuschuß (Fest- beitrag)	teil- zeit mit Std. pro Woche
<b>1 Soma</b> tisches <b>Pflegepersonal</b>							
1.1 Personal mit Berufsausbildung (Nr. 4.11-4.15 der RL)							
1.2 Personal insbe- sondere für Hilfen für die Körperpflege (Nr. 4.16 der RL)							
<b>2 Psychiatrisches Pflegepersonal</b>							
2.1 Personal mit Berufs- und Zusatz- ausbildung (Nr. 4.31 und 4.32 der RL)							
<b>3 Pflegedienstleitung</b> (Nr. 4.17 und 4.2 der RL)							

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrags einzusetzen und für jede Sozialstation eine gesonderte Personalauswahl ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

<sup>2)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. staatl. anerkannte Altenpflegerin/Altenpfleger) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.

<sup>3)</sup> Für das psychiatrische Pflegepersonal gemäß Nr. 4.22 sowie das Leitungspersonal von Sozialstationen ausfüllen und entsprechende Nachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.

1.2 Personalaufübersicht für den ambulanten psychiatrischen Dienst (Nr. 2.2 der RL) mit der lfd. Nr. \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>

Auszufüllen für das Personal, das im Bewilligungszeitraum mit einem Landeszuschuß gefördert wurde:

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Berufsausbildung <sup>2)</sup> a) Berufsausbildung b) beschäftigt als Zusatzausbildung bzw. Zusatz- qualifikation als <sup>3)</sup>	Berufserfahrung von - bis Überseitstellungs- vertrag = U	Verg.Gr. oder Entgelt nach Überseitstellungs- vertrag = U	a) beschäftigt von - bis b) kein Vergü- tungsanspruch von - bis	voll- zeit mit Std. pro Woche	teil- zeit	Zuschuß gezahlter Landesz- zuschuß	neue Zu- schußhöhe (Fest- betrag)

Pflegepersonal<sup>4)</sup>  
(Nr. 4.32 der RL)

Die fachliche Leitung (Nrn. 4.2 und 4.32 der RL) des ambulanten psychiatrischen Dienstes obliegt:

(Name, Vorname, Berufsausbildung, Zusatzqualifikation)

- <sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 3 des Antrags einsetzen und für jeden psychiatrischen Dienst eine gesonderte Personalaufübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.  
<sup>2)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. staatl. anerkannte Altenpflegerin / Altenpfleger) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.  
<sup>3)</sup> Für das psychiatrische Pflegepersonal gemäß Nr. 4.32 sowie das Leitungspersonal von Sozialstationen ausfüllen und entsprechende Nachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbehörde noch nicht vorliegen.  
<sup>4)</sup> Hier bitte nicht das psychiatrische Pflegepersonal von Sozialstationen angeben. Das Pflegepersonal ist unter der Nr. 1.1 des zahlenmäßigen Nachweises einzutragen.

1.3 Personalübersicht für den **Mobilen Sozialen Dienst** (Nr. 2.3 der RL) mit der lfd. Nr. \_\_\_\_\_)

Auszufüllen für das Personal, das im Bewilligungszeitraum mit einem Landeszuschuß gefördert wurde:

	a) Berufs- ausbildung <sup>2)</sup> b) beschäftigt als	Berufserfahrung von - bis bzw. Zusatz- qualifikation als <sup>3)</sup>	Verg.Gr. oder Entgelt nach Überstellungss- vertrag = U	a) beschäftigt von - bis b) kein Vergü- tungsanspruch von - bis	voll- zeit mit Std. pro Woche	teil- zeit mit Std. pro Woche	Zuschuß gezahlter Landes- zuschuß (Fest- betrag)
--	---	--	--	--	-------------------------------	-------------------------------	---

Einsatzleitung  
(Nr. 4.18 und 4.2  
der RL)

Anzahl der vollzeitbeschäftigte[n] Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im **Mobilen Sozialen Dienst** (ohne Leitungspersonal):<sup>1)</sup>

(Anzahl)

<sup>1)</sup> Bitte die lfd.-Nr. der Seite 2 a des Antrags einsetzen und für jeden **Mobilen Sozialen Dienst** eine gesonderte Personalausübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.  
<sup>2)</sup> Bitte genaue Bezeichnung verwenden (z.B. Diplom-Sozialpädagogin/Diplom-Sozialpädagoge) sowie Qualifikationsnachweise beifügen, soweit sie der Bewilligungsbeförde noch nicht vorliegen.  
<sup>3)</sup> Sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigte sind entsprechend ihrer wöchentlichen Regilarbeitszeit auf das Vollzeitpersonal anzurechnen.

2 Ist-Ergebnis

---

2.1 Summe der (neuen) Zuschußhöhe  
nach Nr. II.1 jeweils Spalte 8 der vorhergehenden Seiten

---

2.2 Summe des gezahlten Landeszuschusses  
nach Nr. II.1 jeweils Spalte 7 der vorhergehenden Seiten

---

2.3 Differenz

---

Übersteigt der gezahlte Landeszuschuß (2.2) die (neue) Zuschußhöhe (2.1), so ist die Differenz zu erstatten.

Der Erstattungsbetrag von ..... DM

wurde überwiesen am

Kto.-Nr.:

zum Aktenzeichen:

**III. Bestätigungen**

Es wird bestätigt, daß

- die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides beachtet wurden,
- die Angaben im Verwendungsnachweis vollständig sind und mit den Unterlagen und Belegen übereinstimmen.

( )<sup>1)</sup> eine eigene Prüfungseinrichtung im Sinne der Nr. 7.2 ANBest-P

( ) nicht unterhalten wird

( ) unterhalten wird und

( ) die Prüfung des Verwendungsnachweises durch die Prüfeinrichtung mit folgendem vollständigen Ergebnis erfolgte:

( ) siehe den beigefügten Prüfvermerk/-bericht

( ) .....  
(Angabe des Prüfungsergebnisses)

( )<sup>1)</sup> eine sachlich und fachlich unabhängige Beauftragte/ein Beauftragter

(Abschlußprüferin/Abschlußprüfer, wie z.B. Steuerberaterin/Steuerberater, Wirtschaftsprüferin/Wirtschaftsprüfer oder eine geeignete nebenberufliche bzw. ehrenamtliche Abschlußprüferin/ein Abschlußprüfer, Prüfungs-gesellschaft)

die Prüfung des Verwendungsnachweises mit folgendem Ergebnis vorgenommen hat:

( ) siehe den beigefügten Prüfvermerk/-bericht

( ) .....  
(Angabe des Prüfergebnisses)

.....  
(Datum)

.....  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

<sup>1)</sup> Zutreffendes ist anzukreuzen.

.....  
(zuständiger Spaltenverband)

.....  
(Ort/Datum)

Es wird bestätigt, daß jährlich mindestens 20 v.H. der Zuwendungsempfänger dieses Förderbereiches vollständig oder bei allen Zuwendungsempfängern dieses Förderbereiches die Bücher und Belege oder sonstigen Unterlagen im Umfang von mindestens 20 v.H. geprüft wurde. Dabei wird sichergestellt, daß jeder Zuwendungsempfänger je Förderbereich mindestens einmal innerhalb von 5 Jahren einer Prüfung insgesamt unterzogen wird. Die Prüfung und der Prüfungsumfang wird hier in den Spaltenverbandsunterlagen durch Erstellung von Prüfungsplänen aktenkundig gemacht.

.....  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

Ergebnis der Prüfung durch die Bewilligungsbehörde (Nr. 11.2 VVG)

Der Verwendungsnachweis wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft. Es ergaben sich keine – die nachstehenden – Beanstandungen.

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift)

## Anlage zum

Musterzuwendungsbescheid

und

Verwendungsnachweis

**Finanzübersicht für 19.....<sup>1)</sup>**1. Nachweis über den geleisteten Aufwand und die Erträge für Sozialstationen<sup>2)</sup>

Aufwand	Aufwand (volle hundert DM)		
	Sozialstation Lfd. Nr. _____	Sozialstation Lfd. Nr. _____	Sozialstation Lfd. Nr. _____
1 Personalaufwand insges. davon 1.1 für Pflegekräfte			
1.2 für andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter			
2 Sachaufwand (ohne Abschreibung)			
3 Abschreibung, Instand- haltung und geringwertige Wirtschaftsgüter insges. davon 3.1 Abschreibung auf Sachanlagen, Gebäude und Einrichtung, Kfz			
3.2 Instandhaltung, Instandsetzung, Wartung			
3.3 geringwertige Wirtschaftsgüter			
<b>Gesamtaufwand (1-3)</b>			

<sup>1)</sup> Die Finanzübersicht ist jeweils für den Bewilligungszeitraum lt. Zuwendungsbescheid aufzustellen.<sup>2)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jede Sozialstation gesondert die Finanzübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

Erträge	Erträge (volle hundert DM)		
	Sozialstation Lfd. Nr. _____	Sozialstation Lfd. Nr. _____	Sozialstation Lfd. Nr. _____
4 Leistungsentgelte insgesamt davon			
4.1 von gesetzlichen Krankenkassen			
4.2 von anderen Sozialleistungsträgern (z. B. LVA)			
4.3 von Sozialhilfe- trägern			
4.4 von Selbstzahlern			
5 Öffentliche Zuschüsse insgesamt davon			
5.1 von Gemeinden (GV)			
5.2 von Sozialleistungsträgern (z. B. LVA)			
5.3 vom Land			
5.4 vom Bund			
5.5 von anderen öffentlichen Stellen			
6 Sonstige Erträge insgesamt davon			
6.1 Leistungen der Arbeitsverwaltung			
6.2 Andere sonstige Erträge			
Gesamterträge (4–6)			

Gesamtaufwand			
Gesamterträge			
Überschuß/Defizit (vor Zuführung zu Rücklagen bzw. Entnahme aus Rücklagen)			

2. Nachweis über den geleisteten Aufwand und die Erträge für ambulante psychiatrische Dienste<sup>1)</sup>

Aufwand	Aufwand (volle hundert DM)		
	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____
1 Personalaufwand insges. davon 1.1 für Pflegekräfte			
1.2 für andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter			
2 Sachaufwand (ohne Abschreibung)			
3 Abschreibung, Instand- haltung und geringwertige Wirtschaftsgüter insges. davon 3.1 Abschreibung auf Sachanlagen, Gebäude und Einrichtung, Kfz			
3.2 Instandhaltung, Instandsetzung, Wartung			
3.3 geringwertige Wirtschaftsgüter			
<b>Gesamtaufwand (1-3)</b>			

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jeden ambulanten psychiatrischen Dienst gesondert die Finanzübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

Erträge	Erträge (volle hundert DM)		
	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____	psychiatr. Dienst Lfd. Nr. _____
<b>4 Leistungsentgelte insgesamt</b>			
davon			
4.1 von gesetzlichen Krankenkassen			
4.2 von anderen Sozialleistungsträgern (z.B. LVA)			
4.3 von Sozialhilfeträgern			
4.4 von Selbstzahlern			
<b>5 Öffentliche Zuschüsse insgesamt</b>			
davon			
5.1 von Gemeinden (GV)			
5.2 von Sozialleistungsträgern (z.B. LVA)			
5.3 vom Land			
5.4 vom Bund			
5.5 von anderen öffentlichen Stellen			
<b>6 Sonstige Erträge insgesamt</b>			
davon			
6.1 Leistungen der Arbeitsverwaltung			
6.2 Andere sonstige Erträge			
<b>Gesamterträge (4-6)</b>			

Gesamtaufwand			
Gesamterträge			
Überschuß/Defizit (vor Zuführung zu Rücklagen bzw. Entnahme aus Rücklagen)			

3. Nachweis über den geleisteten Aufwand und die Erträge für Mobile Soziale Dienste<sup>1)</sup>

Aufwand	Aufwand (volle hundert DM)		
	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____
1 Personalaufwand insges. davon 1.1 für Pflegekräfte			
1.2 für andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter			
2 Sachaufwand (ohne Abschreibung)			
3 Abschreibung, Instand- haltung und geringwertige Wirtschaftsgüter insges. davon 3.1 Abschreibung auf Sachanlagen, Gebäude und Einrichtung, Kfz			
3.2 Instandhaltung, Instandsetzung, Wartung			
3.3 geringwertige Wirtschaftsgüter			
<b>Gesamtaufwand (1-3)</b>			

<sup>1)</sup> Bitte die lfd. Nr. der Seite 2 des Antrages einsetzen und für jeden Mobilen Sozialen Dienst gesondert die Finanzübersicht ausfüllen. Bei Bedarf mehrere Seiten anlegen.

Erträge	Erträge (volle hundert DM)		
	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____	Mob. Soz. Dienst Lfd. Nr. _____
<b>4 Leistungsentgelte insgesamt</b> davon			
4.1 von gesetzlichen Krankenkassen			
4.2 von anderen Sozialleistungsträgern (z.B. LVA)			
4.3 von Sozialhilfe-trägern			
<b>4.4 von Selbstzahlern</b>			
<b>5 Öffentliche Zuschüsse insgesamt</b> davon			
5.1 von Gemeinden (GV)			
5.2 von Sozialleistungsträgern (z.B. LVA)			
5.3 vom Land			
5.4 vom Bund			
5.5 von anderen öffentlichen Stellen			
<b>6 Sonstige Erträge insgesamt</b> davon			
6.1 Leistungen der Arbeitsverwaltung			
6.2 Andere sonstige Erträge			
<b>Gesamterträge (4–6)</b>			

Gesamtaufwand			
Gesamterträge			
Überschuß/Defizit (vor Zuführung zu Rücklagen bzw. Entnahme aus Rücklagen)			

4. Nachweis über den insgesamt für alle ambulanten Dienste geleisteten Aufwand und die Erträge<sup>1)</sup>

Aufwand	Aufwand (volle hundert DM) Summe
1 Personalaufwand insges. davon 1.1 für Pflegekräfte	
1.2 für andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter	
2 Sachaufwand (ohne Abschreibung)	
3 Abschreibung, Instand- haltung und geringwertige Wirtschaftsgüter insges.  davon 3.1 Abschreibung auf Sachanlagen, Gebäude und Einrichtung, Kfz	
3.2 Instandhaltung, Instandsetzung, Wartung	
3.3 geringwertige Wirtschaftsgüter	
<b>Gesamtaufwand (1-3)</b>	

<sup>1)</sup> Hier bitte die Summe von Nr. 1, 2 und 3 der Finanzübersicht eintragen.

Erträge	Erträge (volle hundert DM) Summe
<b>4 Leistungsentgelte insgesamt</b> davon	
4.1 von gesetzlichen Krankenkassen	
4.2 von anderen Sozialleistungsträgern (z. B. LVA)	
4.3 von Sozialhilfe-trägern	
4.4 von Selbstzahlern	
<b>5 Öffentliche Zuschüsse insgesamt</b> davon	
5.1 von Gemeinden (GV)	
5.2 von Sozialleistungsträgern (z. B. LVA)	
5.3 vom Land	
5.4 vom Bund	
5.5 von anderen öffentlichen Stellen	
<b>6 Sonstige Erträge insgesamt</b> davon	
6.1 Leistungen der Arbeitsverwaltung	
6.2 Andere sonstige Erträge	
<b>Gesamterträge (4–6)</b>	

Gesamtaufwand	
Gesamterträge	
Überschuß/Defizit (vor Zuführung zu Rücklagen bzw. Entnahme aus Rücklagen)	

**Erklärung:**

Ich/wir erkläre(n), daß die Angaben in diesem Nachweis vollständig und richtig sind und mit den von mir/uns geführten Aufzeichnungen/Büchern übereinstimmen. Wir erklären weiterhin, daß bei Ausweisung eines Defizites dieses durch Eigenanteile gedeckt wird.

(Ort, Datum)

(rechtsverbindliche Unterschrift)

**Einzelpreis dieser Nummer 11,- DM  
zuzügl. Porto- und Versandkosten**

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

**Abonnementsbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 96 82/238 (8.00–12.30 Uhr), 4000 Düsseldorf 1

**Bezugspreis halbjährlich 81,40 DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 162,80 DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.**

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

**In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**

**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 96 82/241, 4000 Düsseldorf 1

Von Vorabeinsendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

**Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 4000 Düsseldorf 1  
Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 4000 Düsseldorf 1  
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach  
ISSN 0177-3589**