



Stellungnahme

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

**Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflege-personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021
(Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung)**

Untergrenzen sind Kennzeichen eines Ausnahmezustands – grundlegende Reformen der (pflegerischen) Versorgung jetzt erforderlich!

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende

Berlin, 30.09.2021

Inhalt

A.	Grundlegender Reformbedarf statt nur weitere Pflegepersonaluntergrenzen	2
B.	Die Pflegepersonalregelungen in der neonatologischen Pädiatrie und der Geburtshilfe	4
a)	Neonatologische Pädiatrie	4
b)	Spezielle Pädiatrie	5
c)	Geburtshilfe	5
d)	Hebammenversorgung	5
C.	Einsatz für eine „sichere und respektvolle Geburt“	6

A. Grundlegender Reformbedarf statt nur weitere Pflegepersonaluntergrenzen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Anmerkungen und Vorschläge in dieser Stellungnahme beziehen sich ausschließlich auf Aspekte, die im Zusammenhang mit der Patientensicherheit stehen.

Das APS hat sich in der Vergangenheit mehrfach zur Frage der Pflegepersonalausstattung und der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen geäußert und schließt mit dieser Stellungnahme an frühere Positionierungen an. An dieser Stelle soll ausdrücklich festgestellt werden, dass die früheren Ausführungen auch in der derzeitigen Situation und insbesondere für die Zukunft noch immer Gültigkeit haben (vgl. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/10/190926_SN_PpUGV_final.pdf sowie https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/10/201007_SN_PPUGV_APS.pdf).

Dabei zeichnet sich sowohl Licht und Schatten bezüglich der Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) ab: Als absolute Notmaßnahme in Ausnahmesituationen haben PPUG ihre Berechtigung und eine positive Wirkung auf die Patientensicherheit in den am schlechtesten ausgestatteten Häusern, mittel- und langfristig stellt sich eine komplett andere Sachlage dar. Bereits in früheren Stellungnahmen hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit deshalb darauf hingewiesen, dass **die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung nicht geeignet sind, um die Patientensicherheit signifikant zu verbessern**. Auch die aktuellen Entwicklungen der Corona-Pandemie haben dazu beigetragen, dass das ursprüngliche Maßnahmenpaket der Bundesregierung (Untergrenzen und Änderung der Vergütungssituation der Pflege im Krankenhaus) nicht mehr trägt. Hier sei insbesondere an folgende Punkte erinnert:

- Unzureichende Methodik der Festlegung der Höhe der PPUG
- Fehlende Orientierung der Pflegepersonalvorgaben am tatsächlichen Pflegebedarf der zu versorgenden Patient*innen (z.B. schrittweise Einführung und Weiterentwicklung der PPR 2.0)
- Negative Anreizwirkung niedriger PPUG auf die Personalausstattung in Häusern oberhalb dieser „dunkelroten“ Grenze – verschärft durch die (Nachwirkungen der) Corona-Pandemie
- Unzureichende Berücksichtigung des Skill-mix in der Pflege, insbesondere Vorgaben rund um Pflegehilfskräfte
- Verlagerung von zusätzlichen Tätigkeiten auf die Pflege aufgrund der Neuordnung der Pflegeentgelte
- Fehlende Vorkehrungen, um sekundäre Traumatisierungen aufgrund von physisch und vor allem psychisch überlastenden Arbeitsbedingungen¹ zu verringern

¹ Vgl. zur Problematik der Schädigungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen durch psychische Belastungen https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/05/20200414-HE-Second-Victim_web.pdf

- Fehlende Evaluation der bestehenden Auswirkungen der PPUG in der Praxis

Es gibt Argumente, die für die Ausweitung der Pflegepersonalregelungen auf weitere Versorgungsbereiche sprechen: So ist zu begrüßen, dass auf diese Weise Verschiebungen von Patient*innen und Personal zwischen den geregelten und ungeregelten Versorgungsbereichen reduziert werden. Hinzu kommt: In Abschnitt C wird ausgeführt, in welchen Hinsichten die PPUG für die Pädiatrie akut die Patientensicherheit gefährden. Aus der Methodik, wie die PPUG festgelegt werden, ergibt sich, dass derzeit in einem Viertel aller Krankenhäuser die in der Verordnung genannten Personalvorgaben unterschritten werden, also akute Patientengefährdung besteht. Diese schnellstmöglich abzustellen, muss kurzfristig das oberste Ziel sein.

Große Sorgen bereiten dem APS dennoch die negativen Auswirkungen der Regelungen in der Praxis, gerade jetzt, zu einem Zeitpunkt, an dem das Gesundheitswesen seinen Weg in die neue Normalität sucht. Die Befürchtungen, dass die eigentlich als unterste Untergrenze vor der unvermeidlichen Patientengefährdung konzipierten Untergrenzen als Richtwert für die Personalausstattung angesehen werden, hat sich insbesondere in der Corona-Krise erneut bestätigt. Die temporäre Aussetzung der PPUG – mit anderen Worten: das Signal bzw. die Erlaubnis, Versorgung über längere Zeit mit einer Personalausstattung zu betreiben, die fortlaufend Patient*innen gefährdet! – hat zu einer Zermürbung der verbliebenen Fachkräfte geführt, die nun den Fachkräftemangel verschärft. Auch trotz der geänderten Vergütungsbedingungen (Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen) ist ohne weitere Maßnahmen der Gesundheitspolitik damit sehr wahrscheinlich, dass in der Praxis auf absehbare Zeit die PPUG eher die Ober- als die Untergrenze der Personalbesetzung darstellen werden. Die Arbeitsbedingungen der betroffenen Pflegekräfte bleiben so hochgradig belastend, immer weitere Personen werden aus dem Beruf ausscheiden und die Situation verschlechtert sich weiter. Streiks von Hebammen und Pflegepersonal mit dem Ziel, eine Entlastungsperspektive zu bekommen, sprechen eine deutliche Sprache. Der Personalmangel ist ein komplexes Problem, dieses kann man nicht mit einem Ansatzpunkt bzw. einer punktuellen Intervention oder einer einmaligen Regelung beheben! Hier müssen verschiedene Ansätze ineinandergreifen und immer wieder an die Entwicklung der Situation angepasst werden..

Die beschriebene Abwärtsspirale bezieht sich nicht nur auf die Verfügbarkeit von Pflegepersonal, sondern auch auf den Pflegebedarf. Eine geringe Pflegepersonalausstattung bedeutet nicht nur eine erhöhte Mortalität aller zu versorgenden Patient*innen, viele erleiden auch während der Versorgung vermeidbare Schäden, die dann wieder neue Versorgung und damit Personaleinsatz benötigen. So bedingen sich Fachkräftemangel und steigender Versorgungsbedarf gegenseitig und verschärfen sich fortlaufend. Der Erlass von weiteren Pflegepersonaluntergrenzen nach dem alten Prinzip ohne einen umfassenden Reformansatz und eine Perspektive für die Entlastung der Pflegekräfte wie auch die Sicherheit der Patient*innen führt nicht aus dem beschriebenen Teufelskreis.

Befürworter der Pflegepersonaluntergrenzen betonen, dass mit diesen die schlimmsten Versorgungssituationen zuerst verbessert werden sollen. Dieses Anliegen ist gerechtfertigt. Weiter bestehen Befürchtungen, dass, wenn die Pflegepersonaluntergrenzen höher festgelegt würden, Einrichtungen aufgrund des Pflegepersonalmangels gezwungen wären, Patient*innen mit dringendem Versorgungsbedarf abzuweisen, die dann gar keine Versorgung z.B. unter der Geburt oder bei Notfällen hätten. Auch diese Bedenken müssen ernst genommen werden. Kurzfristig mögen die derzeitigen Pflegepersonaluntergrenzen zu temporären, leichten Verbesserungen führen. Angesichts der oben dargelegten doppelten Abwärtsspirale sowohl hinsichtlich des Pflegekräfteangebots als auch der vermeidbaren Patientenschädigungen ergibt sich aber mittel- und langfristig, dass gerade durch die getroffenen Maßnahmen die Lage weiter verschärft wird.

In der Summe kommt das APS zu folgenden Empfehlungen:

- Die Versorgungsstrukturen müssen aktiv gestaltet werden. Auch wenn die unmittelbare Belastung des Gesundheitswesens in der Pandemie bewältigt scheint, muss der Rückweg in eine neue Normalität gesteuert erfolgen. Insbesondere muss mit allem Nachdruck verhindert werden, dass Über- und Fehlversorgung dringend benötigte Pflegekräfte binden.

- Die Gestaltung der Versorgungsstrukturen muss durch Personalvorgaben untermauert werden, die in allen Berufsgruppen – Ärzt*innen, Pflegekräfte, Hebammen, Psychotherapeut*innen, u.v.m. – eine wirklich sichere Patientenversorgung ermöglichen. Z.B. sollten Fachabteilungen, die zeitkritische Notfälle aufnehmen, über eine 24/7-Anwesenheit (nicht nur Rufbereitschaft!) von Fachärzten und genügend qualifiziertes Pflegepersonal verfügen, um möglichen Belastungsspitzen oder Personalengpässen begegnen zu können.
- In einem Hochrisikobereich wie dem Krankenhaus muss auch an personelle Reservekapazitäten gedacht werden. Hieraus ergeben sich weitreichende Aufgaben für die Bedarfsplanung, aber auch für Strukturvorgaben insbesondere im stationären Sektor.
- Vorgaben zur Personalbemessung müssen zwingend am tatsächlichen Pflegebedarf der versorgten Patient*innen orientiert sein und sie müssen so gestaltet sein, dass sie dauerhaft Anreize setzen, die pflegerische Versorgung fortlaufend zu verbessern.
- Die Evaluation der Pflegepersonalregelungen muss fortlaufend geschehen und gegenüber der Öffentlichkeit aktiv kommuniziert werden.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf eine ohnehin höchst angespannte Situation hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung erfordert von der Politik nun, in besonderem Maße Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen und aktiv zu werden. Eine bloße Fortschreibung der bisherigen Vorgehensweisen wird die Versorgungssicherheit in Deutschland dauerhaft gefährden.

B. Die Pflegepersonalregelungen in der neonatologischen Pädiatrie und der Geburtshilfe

Die oben beschriebenen negativen Langzeitfolgen von Pflegepersonaluntergrenzen auf die Motivation von Pflegekräften und die Patientensicherheit ergeben sich besonders dann, wenn

1. die Vorgaben starr sind, d.h. keine sukzessive Anhebung oder, noch besser, eine Orientierung am tatsächlichen Pflegebedarf in Aussicht steht und
2. sie so niedrig angesetzt sind, dass sie strukturell die Patienten- und damit auch die Mitarbeitersicherheit gefährden.

In der aktuellen Verordnung werden neue Untergrenzen für die spezielle und die neonatologische Pädiatrie sowie die Gynäkologie und die Geburtshilfe festgelegt. Die in der Verordnung vorgesehenen Untergrenzen sieht das APS in einigen Fällen als so niedrig an, dass auch bei ihrer Einhaltung kritische Vorkommnisse, die sich bei allen Patient*innen einstellen können, nicht sicher beherrscht werden können. Mit anderen Worten: Die Patientensicherheit ist nicht gegeben. Bedenken hinsichtlich der Höhe der Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patient*innen hegt das APS insbesondere in Bezug auf folgende Vorgaben:

a) Neonatologische Pädiatrie

Hier sieht die Verordnung eine Verhältniszahl von 3,5 Neugeborenen je Pflegekraft in der Tagschicht und 5 in der Nachtschicht vor. Die einschlägige Leitlinie sieht eine Relation von 1:4 vor, verweist aber darauf, dass z.B. in den USA eine Versorgung mit einem Verhältnis von 1:3 üblich ist.² Damit liegen die Vorgaben in der Nacht deutlich hinter den Empfehlungen für Deutschland und sind sogar am Tag schlechter als die Vergleichswerte aus den USA. Das ist insbesondere deshalb problematisch, weil eine geringere pflegerische Versorgung, das sagt die Leitlinie an zahlreichen Stellen in aller Deutlichkeit, mit einem schlechteren „Outcome“ verbunden ist. Dahinter verbergen sich physische und psychische Folgeschäden, die die betroffenen Kinder teilweise ein Leben lang begleiten. Hier zu sparen, verletzt nicht nur die Menschlichkeit und das

² Vgl. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html>

Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG), sondern zieht auch lebenslangen personalintensiven Versorgungsbedarf nach sich.

Problematisch ist die Personalvorgabe vor allem auch mit Blick auf die GBA-Richtlinie zur Versorgung von Frühgeborenen. Danach ist für Frühgeborene, die intensivmedizinisch betreut werden müssen, eine 1:1-Versorgung erforderlich. Für Kinder, die „intensiv-überwachungspflichtig“ sind, ist ein Pflegepersonalschlüssel von 1:2 vorgegeben. Wenn nun mit der PPUG für Neugeborene auf der neonatologischen Pädiatrie ein Personalschlüssel von 1:5 als ausreichend deklariert wird, ist absehbar, dass der Druck auf Ärzt*innen wächst, Frühgeborene, die eigentlich unter die Intensiv-Überwachungspflicht fallen, als stabiler einzustufen, damit weniger Pflegepersonal benötigt wird. Selbst im besten Fall haben diese Frühgeborenen dann nachts zu mehr als 80 % der Zeit keine sie unmittelbar versorgende Pflegekraft. Dass die Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal, das Nacht für Nacht bis zu fünf Frühgeborene betreuen muss, überaus belastend sind, muss nicht weiter ausgeführt werden.

b) Spezielle Pädiatrie

In der Speziellen Pädiatrie inklusive Diabetologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Infektiologie, Nephrologie, Rheumatologie und Stoffwechselerkrankungen werden Kinder in teilweise sehr kritischem gesundheitlichem Zustand betreut. Nachts sind in der Regel keine Eltern anwesend, um die Kinder psychisch zu stabilisieren oder auch Aufgaben in der Pflege und Überwachung zu übernehmen. Für diesen Bereich wird für die Nachtschichten eine Personalvorgabe von 14 zu betreuenden Kindern pro Pflegekraft vorgesehen. Wenn man berücksichtigt, dass Pflegepersonal auch Zeit für wichtige Aufgaben wie z.B. Händehygiene, Vorbereitung von Medikation, Dokumentation und Übergaben benötigt, dann stehen pro Kind und Nacht deutlich weniger als 30 Minuten Pflegezeit am Bett zur Verfügung. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, die sich bei Problemen oder Versorgungsbedarf gedulden können oder sich auch einmal selbst zu helfen wissen.

c) Geburtshilfe

In geburtshilflichen Abteilungen können rein logisch zwei Arten von Patientinnen betreut werden: Frauen, die (potentiell) unmittelbar vor der Geburt stehen oder frischgebackene Mütter mit ihren Kindern, die aus gesundheitlichen Gründen (z.B. nach einem Kaiserschnitt) noch nicht entlassen werden können. Bei ersteren sind insbesondere Krankenbeobachtung und Kommunikation sehr wichtig, um Schwierigkeiten z.B. im Rahmen einer Plazenta praevia, Schwangerschaftsvergiftungen, etc. oder einer gestörten arteriellen Versorgung des Kindes im Mutterleib zu entdecken. Dazu sind zeitaufwendige Untersuchungen völlig unabhängig von der Uhrzeit erforderlich (z.B. CTG). Zu späte Handlungen können zu Geburtsschäden, Totgeburten oder schweren Verläufen der Mutter bis hin zur Muttersterblichkeit führen. Zeitaufwendige Aufnahmen erfolgen in der Geburtshilfe rund um die Uhr, nicht nur tagsüber.

Auch nach der Geburt ist der Betreuungsbedarf der Paare aus Mutter und Kind hoch, insbesondere nach Kaiserschnitt: Wundversorgung, Mobilisation nach der Operation, Stillhilfe und Anleitung für Erstgebärende im Umgang mit dem Kind sind Aufgaben, die unabhängig von der Uhrzeit anfallen. Gerade leichtgewichtige Neugeborene sollten ca. alle 4 Stunden gestillt werden, wofür Mütter nach einem Kaiserschnitt umfangreiche Hilfe benötigen. Die vorgesehene Personalbemessung von einer Pflegekraft auf 18 Patientinnen in der Nacht ermöglicht rechnerisch eine Pflegezeit am Bett von ca. 20 Minuten pro Patientin bzw. Neugeborenes. Sie ist damit völlig unrealistisch und eindeutig patientengefährdend.

d) Hebammenversorgung

Die Versorgung mit Hebammen ist nicht Gegenstand der PpUGV. Da sowohl in der Nachbetreuung von Müttern und Kindern nach der Geburt als auch in frühen Geburtsphasen z.B. bei der Überwachung des Geburtsfortschritts einige Aufgaben entweder von den Pflegekräften oder den Hebammen übernommen werden können, ist es sachlich notwendig, die Versorgung mit Hebammen ebenfalls in die Betrachtung mit einzubeziehen. Aus der Praxis erreichen das APS hier Berichte, die von äußerst ungünstigen Betreuungsverhältnissen vor, während und nach der Geburt berichten. Die oben zitierte Leitlinie zu den strukturellen Voraussetzungen für die perinatologische Versorgung in Deutschland sagt aus, dass unter der Geburt eine 1:1 Betreuung durch eine Hebamme angeraten ist; nur in Ausnahmefällen ist eine 1:2 Versorgung möglich. Die Realität, von der Hebammen berichten, ist, dass sie bis zu vier Frauen unter der Geburt betreuen sollen.

Drei Viertel der Zeit sind die werdenden Mütter (je nach aktuellen Pandemie-Vorgaben zusammen mit ihrer Begleitperson) in solchen Fällen allein, denn auch Pflegepersonal, das die Hebammen unterstützen könnte, ist bei den o.g. Personalvorgaben nicht vorhanden. Eine Folge dieser unzureichenden Betreuung sind vermeidbare ungeplante Kaiserschnitte, eine andere Geburtstraumata bei den Frauen. Auch schwerwiegende physische Folgen sind nicht sicher auszuschließen. Das APS spricht sich deshalb dafür aus, dass in zukünftige Regelungen zur Verbesserung der Personalausstattung auch die Hebammen explizit einbezogen werden.

C. Einsatz für eine „sichere und respektvolle Geburt“

Vor wenigen Tagen, am 17. September 2021 war der dritte Welttag der Patientensicherheit. Für dieses Jahr hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Motto ausgerufen: „Act now for safe and respectful childbirth“. Das hat das APS zum Anlass genommen, um auf seiner Veranstaltung zu diesem Anlass (nachzuerfolgen unter <https://www.aps-ev.de/Veranstaltungen/aps-veranstaltung-wtps-2021/>) auf verschiedene Möglichkeiten aufmerksam zu machen, die Patientensicherheit rund um die Geburt in Deutschland zu erhöhen. Nicht nur, dass die Mütter- und Kindersterblichkeit in Deutschland mit Blick auf Vergleichswerte aus anderen entwickelten Volkswirtschaften weiter gesenkt werden kann, es geht auch darum, vermeidbare Schäden wie z.B. ungeplante, nicht notwendige Kaiserschnitte, Geburtstraumata oder unzureichende Stillanleitung zu vermeiden – alles Vorkommnisse, die das Potential haben, die Betroffenen und das Gesundheitssystem später zu belasten.

Ein zentraler Ansatz, um Geburtsschäden und vor allem -traumata zu vermeiden, ist eine intensive Kommunikation zwischen Hebammen bzw. Pflegekräften und den werdenden Müttern (inkl. ggf. Angehörige). Es geht nicht nur darum, die Präferenzen der Schwangeren zu erfragen, um sie in einer möglichst selbstbestimmten und würdevollen Art versorgen zu können, sondern auch darum, tragfähige Kommunikationsgrundlagen aufzubauen, die im Falle unvorhergesehener kritischer Geburtsverläufe eine sichere Versorgung unterstützen. Hierzu liegen auch bereits erste Ergebnisse aus einem Innovationsfondsprojekt („Teambaby“) vor, an dem das APS maßgeblich beteiligt ist. Die Erkenntnis ist: Die Investition in eine gute Kommunikation durch Schulungen sowohl des Personals als auch der werdenden Mütter ist hilfreich, um kritische Situationen besser beherrschbar zu machen.

Ein weiterer, wirkungsvoller Ansatz zur Verbesserung der Patientensicherheit rund um die Geburt ist die regelhafte Durchführung von interprofessionellen Team- und Simulationstrainings. Bei ersteren geht es vor allem darum, eine sichere Kommunikation (korrekt, vollständig, eindeutig, verständlich, situationsgerecht etc.) zwischen den Mitgliedern der geburtshilflichen Teams zu ermöglichen und eventuelle Kommunikationshemmnisse zwischen unterschiedlichen Professionen und Hierarchiestufen zu überwinden. Teil dieser Trainings ist auch „Speak up!“, also die Ermächtigung aller Teammitglieder, bei Unsicherheiten hinsichtlich der Patientensicherheit diese auch gegenüber Autoritätspersonen offen anzusprechen. Simulationstrainings wiederum widmen sich vor allem der fachlichen Einübung von kritischen Situationen, um Prozeduren und vor allem Notfälle besser beherrschen zu lernen.

Beiden Ansätzen ist gemeinsam, dass sie das Vorhandensein von ausreichendem Personal erfordern. Eine Personalausstattung, die sich dauerhaft nur am äußersten Minimum orientiert oder dieses sogar systematisch unterschreitet (vgl. Abschnitt B), schließt Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Würde rund um die Geburt aus.

In Zukunft wird sich Deutschland als eines der führenden Mitgliedsländer der WHO entsprechend dem Globalen Aktionsplan Patientensicherheit 2021-2030 der WHO international daran messen lassen müssen, was konkret für die Verbesserung der Patientensicherheit erreicht wird – rund um die Geburt, aber auch in allen

anderen Versorgungsbereichen. Damit die Bilanz positiv ausfällt, sind umfassende Reformen der Versorgung, die insbesondere auch eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung mit sich bringen, unerlässlich. Noch unerlässlicher ist eine spürbare Trendwende mit Blick auf die Versorgungssicherheit und die Resilienz des deutschen Gesundheitssystems.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS
Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin
Tel. 030 3642 816 0
Email: info@aps-ev.de
Internet: www.aps-ev.de