

Ambulanter Kontenrahmen und Kostenstellen

Einleitung

Die ambulante Pflegelandschaft ist zwar durch die Pflegeversicherung grundsätzlich verändert worden, einige gesetzliche Grundlagen und strukturelle Veränderungen werden aber nur schleppend umgesetzt: hier sei insbesondere die gesetzlich verbriefte Forderung nach einer leistungsgerechten Vergütung genannt.

Von vielen Seiten wird diese Forderung des Gesetzgebers zum Teil phantasievoll umgangen. Anders ist es nicht zu erklären, dass in einigen Bundesländern noch immer Preise für Leistungen der Pflegeversicherung gelten, die zum Teil vor 5 Jahren verhandelt wurden, ganz zu Schweigen von differenzierten Preisen für die einzelnen Pflegeeinrichtungen.

Neben dem Argument, Einzelverhandlungen wären viel zu aufwendig, scheint die Angst davor groß zu sein. Die Drohung, vor allem von Leistungsträgerseite gern benutzt, um mitunter eher schlechte Rahmenverträge abzuschließen, trifft offensichtlich bei vielen Pflegeeinrichtungen auf fruchtbaren Boden. Es scheint so zu sein, dass jede Variante der Vergütungsvereinbarung besser sei als eine Einzelpreisverhandlung. Aus meiner Erfahrung sind eine Reihe von Einrichtungen momentan bei der Darstellung der eigenen Zahlen nicht in der Lage, für sich selbst differenzierte Preise/Kosten zu ermitteln. Es mangelt an den einfachsten Instrumenten wie einem speziell angepassten Kontenrahmen sowie einer verursachungsgerechten Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung.

Aber wer für sich nicht weiß, was eine Stunde Pflegeversicherung Grundpflege kostet, kann gar keine Vergütungsverhandlung führen.

Dass viele Einrichtungen in diesem Dilemma sind, ist um so verständlicher,

da offensichtlich auch die in der Regel beauftragten Steuerberater den ambulanten Bereich mit seinen Besonderheiten stark vernachlässigen. Selbst der DATEV-Kontenrahmen SKR 45, nach dem der überwiegende Teil ambulanter Pflegeeinrichtungen arbeitet, berücksichtigt nicht die ambulanten Besonderheiten, sondern ist lediglich eine erweiterte Form der PBV, deren stationäre Ausrichtung inzwischen bekannt sein dürfte.

Ein systematisches Missverständnis verstärkt diese Problem: die Befreiungsvorschrift der PBV dient vielen Einrichtungen und deren Buchhaltungen/Steuerberatern als Grund, keine differenzierte Kostenstellenrechnung zu erstellen. Allerdings wird hier grundsätzlich übersehen, dass die Befreiungsvorschrift nicht vor der grundsätzlichen Verpflichtung zur Kostenstellenrechnung aus dem Versorgungsvertrag § 71: „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ befreit.

„Selbständig wirtschaftende Einrichtung“ und die PBV

Der Versorgungsvertrag nach SGB XI beschreibt als Grundvoraussetzung, dass jede Pflegeeinrichtung eine „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ sein muss.

„1. Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“ (§ 71 SGB XI).

Zitat aus der Begründung der Bundesregierung:

Unterlässlich ist freilich, dass die verschiedenen Versorgungszweige innerhalb ihres Leistungsverbundes organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt werden, um die unterschiedlichen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortlichkeiten (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe, usw.) nicht zu vermengen. Insofern gilt das Erfordernis der „wirtschaftlichen Selbständigkeit“ nicht für stationäre, sondern auch für ambulante Pflegeein-

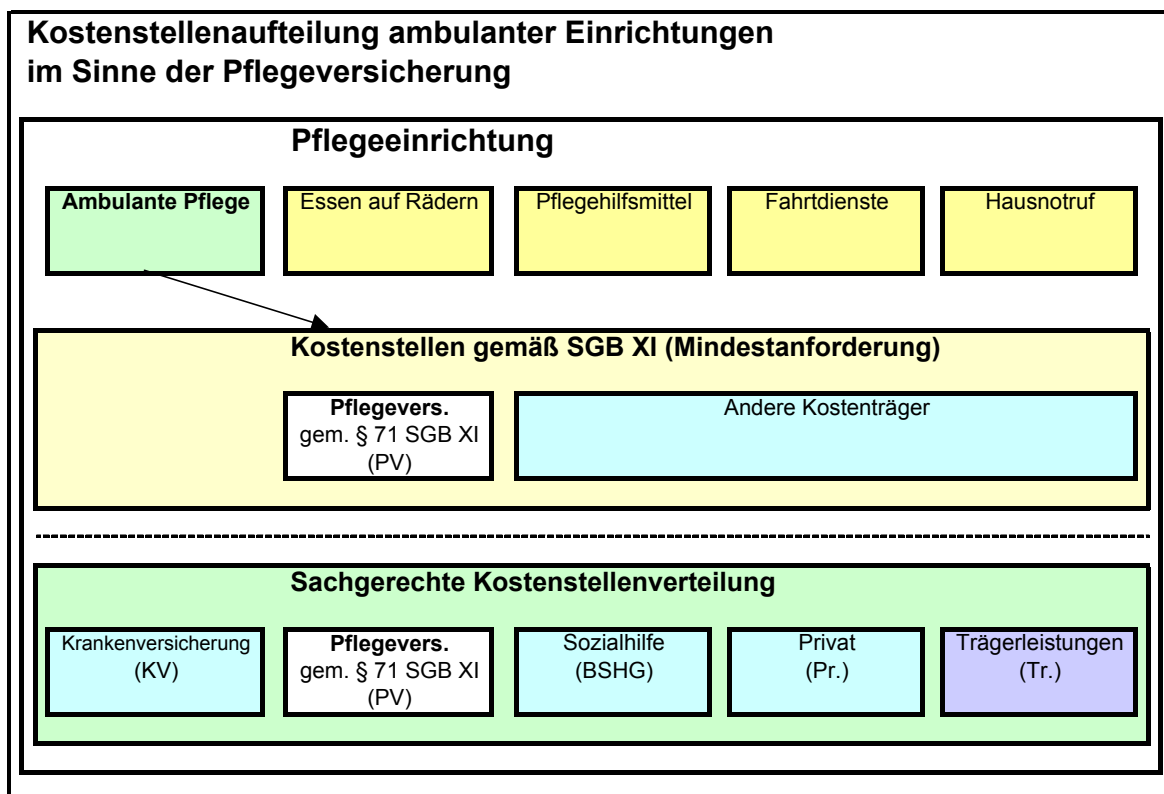
richtungen.“ (Zitiert nach Klie, Pflegeversicherung, 5. Auflage Vincentz Verlag, S. 266)

Das heißt im Klartext: jeder ambulante Pflegedienst ist eine gemischte Einrichtung, weil er in der Regel mindestens neben der Pflegeversicherung noch andere Leistungen erbringt (Krankenversicherung, etc.). Damit muß buchhalterisch jeder ambulante Pflegedienst zumindest 2 Kostenstellen zur Trennung dieser Betriebsteile führen:

Das Missverständnis mit der Pflegebuchführungsverordnung (PBV)

Die PBV sollte, das ist der gedankliche Hintergrund, die Buchhaltungen der Pflegeeinrichtungen standardisieren, damit einerseits die unternehmerische Steuerung einfacher wird, vor allem

aber die notwendige leistungsgerechte Vergütung einfacher darstellbar und überprüfbar wird. Ob dies mit der jetzigen Fassung der PBV gelungen ist, darf man für den ambulanten Bereich getrost verneinen. Das stationäre Vorwissen der Richtlinienautoren hat zwar aus dem verpflichtenden Kontenrahmen eine



annehmbare Fassung für stationäre Einrichtungen gemacht, für ambulante Einrichtungen ist er jedoch sehr lückenhaft (dazu im Detail: Kontenrahmen). Die (allerdings auch nur als

Muster) dargestellten Kostenstellen und die Empfehlungen für eine Kostenträgerrechnung sind ambulant schlicht unbrauchbar.

Die PBV legt u.a. folgende Schritte fest:

1. doppelte kaufmännische Buchführung
2. verpflichtender Kontenrahmen (bei Abweichungen Überleitungstabelle vorhalten)
3. Jahresabschluss in vorgegebener Form (verbindliche Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, Anlagen- und Fördernachweis)
4. Kostenstellenrechnung (Kostenstellenrahmen der PBV ist nur Muster)
5. Kostenträgerrechnung (Kostenträgerrahmen der PBV ist nur Muster)

Die berechtigte Kritik bei Vorstellung und Einführung der PBV führte allerdings dazu, dass vor allen nach der Befreiungsvorschrift § 9 gesehen wurde.

Diese Befreiungsmöglichkeit (in zwei Varianten) sollte die unter Umständen unnötige und teure Belastung (ggf. spezieller Jahresabschluss, verpflichtende Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) für kleinere Einrichtungen vermeiden/verringern.

Die Befreiungsvorschrift kennt zwei Möglichkeiten (§ 9, Absatz 1 u.2, hier nur ambulant dargestellt):

1. Pflegedienste mit bis zu sechs Vollzeitkräften (Teilzeitkräfte sind auf Vollzeitstellen umzurechnen) sind **grundsätzlich** befreit,
2. Und Pflegedienste mit von sieben bis 10 Vollzeitkräften können auf Antrag von den Landesverbänden der Pflegekassen befreit werden,

wenn bei beiden Varianten der Jahresumsatz im abgelaufenen Geschäftsjahr „aus der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages nach SGB XI (ohne Investitionsaufwendungen) 500.000 DM nicht übersteigt.

Das entscheidende Kriterium für eine mögliche Befreiung ist also lediglich der Umsatz. Wer, (zumindest bezogen auf westdeutsche Vergütungssätze), mit 6 Vollzeitkräften, die ausschließlich (fiktiv) in der Pflegeversicherung arbeiten, keine 500.000 DM Umsatz macht, dürfte auch sonst finanzielle Schwierigkeiten haben.

Somit bleibt allein die Frage für eine mögliche Befreiung, wie die Formulierung: „aus der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages nach SGB XI“ zu verstehen ist? Werden hier nur die Einnahmen, die direkt von der Pflegekasse im Rahmen der Höchstbeträge der Sachleistungen zu finanzieren sind, gemeint oder alle Einnahmen der Leistungen, die nach den „Spielregeln“ der Pflegeversicherung erbracht werden. Also auch die Anteil, die als Eigenanteil privat oder über den Sozialhilfeträger finanziert werden.

Die Frage, welche Einnahmen für die Befreiungsgrenze entscheidend sind, ist allerdings dann von geringerer Bedeutung, wenn man Absatz 3 der Befreiungsvorschrift § 9 PBV genauer liest:

„Pflegeeinrichtungen, die nach Absatz 1 oder 2 von den Vorschriften dieser Verordnung befreit sind, haben eine vereinfachte Einnahmen- und Ausgabenrechnung zu führen, die den

Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung entspricht: als Mindestanforderung gelten die in § 259 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches aufgeführten Rechenschaftspflichten entsprechend. **Die Auskunfts- und Nachweispflichten der Pflegeeinrichtungen nach dem Siebten und Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.** (Fett-Druck von Autor)

Was sind die Auskunfts- und Nachweispflichten? Das Siebte Kapitel beginnt mit § 69, umfasst damit auch den Versorgungsvertrag nach §§ 71 und 72. Hier ist ja schon eindeutig geregelt, dass jede ‚Pflegeversicherungseinrichtung‘ zumindest diesen Betriebsteil von allen anderen (wie beispielsweise Krankenversicherung) trennen muss. Grundlegend muß jeder Pflegedienst (bzw. jede Pflegeeinrichtung im Sinne SGB XI) trotz bzw. gerade wegen der

Befreiungsvorschrift eine „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ buchhalterisch darstellen.

Insofern befreit der § 9 nur von den zusätzlichen Zwängen der PBV wie dem verbindlichen Kontenrahmen, einer vorgeschriebenen Art des Jahresabschlusses sowie von einer weiter zu differenzierenden Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung.

Folgendes bleibt festzuhalten:

- es müssen mindestens 2 Kostenstellen eingerichtet sein
- interessant ist die Frage der Befreiung nur für die damit verbundenen zusätzlichen Anforderungen an einen speziellen Jahresabschluß und einer weiter differenzierten Kostenstellen/Trägerrechnung.

Die strategische Frage: Was kostet eine Stunde Grundpflege Pflegeversicherung?

Unabhängig von den oben geschilderten gesetzgeberischen Zwängen stellt sich für jede Pflegeeinrichtung die Frage nach den Kosten einer bestimmten Leistungsart wie einer Stunde Behandlungspflege. Vor allem in Hinblick auf eine betriebswirtschaftliche Steuerung und in Zusammenhang mit dem Abschluss von Vergütungsverträgen ist dieses Wissen entscheidend. Schon allein um selbst einschätzen zu können, ob ein Angebot der Kranken- oder Pflegekassen ‚gut‘ für die eigene Einrichtung ist, hilft nur eine differenzierte Kostenstellenrechnung. Die alleinige Feststellung, insgesamt (über alle Leistungsgebiete) gesehen kostet eine Stunde DM x, reicht hier nicht aus. Durch die (mit Sicherheit nicht glückliche) Trennung in unterschiedliche Finanzierungszweige mit unterschiedlichen Personal- und Qualitätsanforderungen sowie unterschiedlichen Preisfindungsregeln kann eine Pflegeein-

richtung nicht (mehr) auf eine differenzierte Buchhaltung und Kostenstellenrechnung verzichten. Wie weit die Praxis dieser selbstverständlichen Schlussfolgerung hinter her hinkt, kann man meiner Meinung nach nicht zuletzt an den lange gleich bleibenden Vergütungen SGB XI trotz steigender Lebenshaltungskosten ablesen (siehe Einleitung).

Grundlage für eine differenzierte betriebswirtschaftliche Steuerung müssten also die Leistungseinheiten sein, in denen die Leistungen erbracht werden: dabei braucht die Differenzierung nicht bis in die einzelne Leistungsart hinein erfolgen: so muss nicht der einzelne Leistungskomplex der Pflegeversicherung als Kostenträger (im Sinne einer Kostenträgerrechnung) erhalten. Es wird in der Praxis nicht die einzelne Leistung, sondern eine gleichartige Leistungsgruppe verhandelt: hier bei-

spielsweise alle Leistungskomplexe, die Grundpflegetätigkeiten im Sinne des SGB XI umfassen. Verhandlungsgegenstand ist somit eine Stunde Pflege Pflegeversicherung, etc. .

Auf dieser Grundlage lassen sich folgende Kostenträger in den unterschiedlichen Kostenstellen trennen:

Krankenversicherung

- Grund- und Behandlungspflege nach § 37.1
- ‚Behandlungspflege nach § 37.2
- Haushaltshilfe nach § 38 bzw. nach 198/99 RVO
- Schulung
- Fahrtkosten

Anmerkung: Anleitungs- bzw. Schulungsmaßnahmen, die auch im Bereich SGB V möglich sind (vgl. Richtlinie nach 92 SGB V), werden deshalb getrennt dargestellt, weil sie eine unter Umständen andere/höhere Qualifikation des Pflegepersonals benötigen.

Sind die Fahrtkosten in der Vergütungsvereinbarung nicht eigenständig ausgewiesen, sondern im Sinne einer Mischkalkulation Bestandteil der Leistung, können die Einnahmen hier nur kalkulatorisch getrennt werden.

Pflegeversicherung

- Pflege (Grundpflege)
- Hauswirtschaft
- Schulung (§ 45); Beratung § 37.3
- Verhinderungspflege
- Fahrtkosten
- Investitionskosten (nach PV)

Anmerkung: hierunter fallen alle Leistungen, die im Sinne SGB XI definiert sind, unabhängig vom realen Leistungsträger (auch beispielsweise privat bezahlte Module!).

Die bisherige Trennung der Leistungen nach Pflegestufen (im PBV-Kontenrahmen so vorgegeben) erweist sich in der ambulanten Praxis als un-

sinnig und in der Steuerung der Kostenträgerrechnung als schwierig. Da ambulant keine unterschiedliche Vergütung nach Pflegestufen vorgesehen und praktisch sinnvoll ist, sollte dies in der zukünftigen Revision der PBV für die ambulante Pflege verändert werden. Momentan müssen alle PBV-pflichtigen Einrichtungen auf der Kontenebene nach Pflegestufen buchen.

Sind die Fahrtkosten im Sinne einer Mischkalkulation Bestandteil der Leistung, können die Einnahmen hier nur kalkulatorisch getrennt werden.

BSHG

- Leistungen
- Fahrtkosten

Anmerkung: nur Leistungen, die nicht unter die Definition Pflegeversicherung fallen; beispielsweise: allgemeine Betreuung, Begleitung, Spazieren gehen

Privatleistungen

- Leistungen
- Fahrtkosten

Anmerkung: nur Leistungen, die nicht unter die Definition Pflegeversicherung fallen; beispielsweise: allgemeine Betreuung, Spazieren gehen, Tierversorgung, Begleitung ins Theater, etc.

Trägerleistungen

- Leistungen
- Fahrtkosten

Anmerkung: Serviceleistungen des Trägers sind genauso zu behandeln wie andere Leistungsarten: die Einnahmen stammen beispielsweise aus Trägererlösen oder Spenden.

Die dargestellten Kostenträger stellen im Prinzip die Leistungseinheiten dar, für die die Einrichtung die Kosten ermitteln sollte. Trägerleistungen sind deshalb als eigenständige Kostenstelle/Kostenträger aufgenommen worden, um die mitunter vielfältigen Trägerleistungen in Abgrenzung von anderen

Leistungen darstellen zu können. (Bei einer sachgerechten Führung könnte dann nicht mehr behauptet werden, die Vergütung beispielsweise der Pflegeversicherung könnte deshalb abgesenkt/nicht erhöht werden, weil bei der Leistungserbringung offensichtlich immer noch Zeit für Serviceleistungen/Heimliche Leistungen wäre.)

Ein ambulanter Kontenrahmen

Der von der PBV vorgesehene Kontenrahmen ist im Einnahmehereich (Kontenklasse 4000) vor allem um die Bereiche Pflegestufe „0“, BSHG-Leistungen und Privatleistungen zu ergänzen. Die Leistungen der Krankenversicherung (4090) sind entsprechend zu erweitern.

Ein viel größeres Problem bildet die undifferenzierte Darstellung der Personalkosten : In der Praxis werden die meisten Pflegepersonalkosten im Konto 6010 Pflegedienst (6110, 6210, etc.) gebucht. Hier finden sich dann undifferenziert die unterschiedlichsten Personalgruppen wie Pflegefachkräfte, Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte wieder, obwohl diese in der Praxis recht unterschiedliche Leistungen erbringen. Wird hier nicht differenziert, können die Kosten auch nicht verursachungsgerecht auf die Kostenstellen und Kostenträger zugeordnet werden. Ein Beispiel für eine mögliche Differenzierung:

Grafik 2: Kontengruppe 6000-6070

Modellkontenrahmen: Beispiel für Differenzierung der Personalkosten	
Kontenklasse 6: Aufwendungen	
Löhne und Gehälter	
6000	Geschäftsführung
6005	Pflegedienstleitung und Stellvertretung
6010	Pflegefachkräfte
6011	Pflegekräfte, einjährig
6012	Hilfskräfte (unter einjährige Ausbildung)
6015	Aushilfen - Pflegefachkräfte
6016	Aushilfen - Pflegekräfte
6017	Aushilfen - Hilfskräfte
6020	Hauswirtschaftliche Kräfte
6025	Aushilfen - Hauswirtschaftliche Kräfte
6030	Leitung Verwaltung
6035	Mitarbeiter Verwaltung
6037	Aushilfen Verwaltung
6060	Sold und Sachbezüge ZDL
6062	Vergütung FSJ

Zu welchen Ergebnissen eine undifferenzierte Aufteilung der Personalkosten führt, zeigt Tabelle 3 (Beispiel Kostenstellenverteilung).

Im ersten Beispiel erfolgt die Kostenstellenverteilung nach Umsatz. Scheinbar sieht das Ergebnis für alle Kostenstellen positiv aus.

Kostenstellenverteilung

Unterschiedliche Verteilungsschlüssel und Auswirkungen

Beispieleinrichtung

Einnahmen	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
		430.000,00	1.050.000,00	60.000,00

Ausgaben	Fachkraft	Pflegekraft	Hilfskraft	Gesamt
	pro Kraft	80.000,00	70.000,00	60.000,00
Anzahl Stellen	5,00	5,00	10,50	20,50
Gesamt	400.000,00	350.000,00	630.000,00	1.380.000,00
Anteil an Gesamt	28,99%	25,36%	45,65%	
Anteil Sachkosten	57.971,01	50.724,64	91.304,35	200.000,00
Gesamtkosten	457.971,01	400.724,64	721.304,35	1.580.000,00

1. Kostenverteilung nach Umsatz

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	430.000,00	1.080.000,00	80.000,00	1.590.000,00
in Prozent	27,04%	67,92%	5,03%	100,00%
Kosten	427.295,60	1.073.207,55	79.496,86	1.580.000,00
Differenz	2.704,40	6.792,45	503,14	10.000,00

2. Kostenverteilung nach Aufwand pro Kostenträger pauschal

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	430.000,00	1.080.000,00	80.000,00	1.590.000,00
Arbeitszeit in %	25,70%	69,10%	5,20%	100,00%
Kosten	406.060,00	1.091.780,00	82.160,00	1.580.000,00
Differenz	23.940,00	-11.780,00	-2.160,00	10.000,00

3. Kostenverteilung differenziert nach Berufsgruppe

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	430.000,00	1.080.000,00	80.000,00	1.590.000,00
Arbeitszeit Fachkräfte	35,50%	58,70%	5,80%	100,00%
Kosten	162.579,71	268.828,99	26.562,32	457.971,01
Arbeitszeit Pflegekräfte	15,50%	80,20%	4,30%	100,00%
Kosten	62.112,32	321.381,16	17.231,16	400.724,64
Arbeitszeit Hilfskräfte	28,50%	65,70%	5,80%	100,00%
Kosten	205.571,74	473.896,96	41.835,65	721.304,35
Gesamt	430.263,77	1.064.107,10	85.629,13	1.580.000,00
Differenz	-263,77	15.892,90	-5.629,13	10.000,00

© System & Praxis Andreas Heiber

In der zweiten Verteilung erfolgt die Kostenstellenverteilung nach Arbeitszeitaufwand aller Mitarbeiter: Nun scheint es, dass die Pflegeversicherung einen hohen Verlust, die Krankenversicherung hingegen einen hohen Gewinn macht.

Erst die dritte Variante (Verteilung differenziert nach der Arbeitszeit pro Berufsgruppe) zeigt ein verursachungsgerechtes Ergebnis: Das positive Ergebnis resultiert aus der Kostenstelle Pflegeversicherung.

Die Notwendigkeit einer solchen Differenzierung ist leicht nachvollziehbar, die praktische Umsetzung für die Kostenrechnung allerdings um so schwieriger: wie können die Arbeitszeiten der unterschiedlichen Mitarbeitergruppen ermittelt werden, so dass sie dann auch für eine Kostenstellenrechnung zur Verfügung stehen?

Mehrere Möglichkeiten:

1. Ideal wäre die Ermittlung aufgrund der Personaleinsatzplanung mit einer fähigen Software: die Sollplanung würde die Tourenplanvorgabe für den Mitarbeiter machen, nach dem Istabgleich erfolgt die Kostenstellenverteilung, die monatlich verdichtet als Buchungswert zur Verfügung steht. Ideallösung, aber meistens noch nicht technisch und praktisch umsetzbar
2. Temporäre Zeiterfassung: für einen kurzen Zeitraum werden sehr detailliert die Arbeitszeiten auf Kostenträgerebene erhoben, ausgewertet und verdichtet. Die Zeiterfassung wird regelmäßig wiederholt, beispielsweise quartalsweise (siehe Modellvorstellung in HP 7/2000; in dieser Form demnächst über den Vincentz Verlag zu beziehen)
3. Permanente Zeiterfassung per Papier oder Geräte: erbringt ebenfalls differenzierte Werte, allerdings mit sehr hohem permanentem Aufwand: ohne regelmäßige Kontrollen und Feedback werden die Daten unbrauchbar
4. Schätzung, wenn Methode 1 bis 3 nicht möglich: in der Praxis nach meiner Einschätzung immer noch besser als eine Verteilung nach Umsatz!

Während die Verteilung der Pflege- und Hauswirtschaftspersonalkosten nach Arbeitszeit pro Kostenstelle/Träger erfolgen sollte, sieht es bei der Verteilung der Sachkosten anders aus: ein Beispiel zur Illustration: die Planung, Durchführung und Abrechnung eines Einsatzes ist in der Regel gleich aufwendig, unabhängig davon, ob er 5 Minuten (für eine Medigabe) oder 45 Minuten (für eine große Toilette) gedauert hat. Daher sollte als Verteilungsschlüssel die Verteilung der Einsätze nach SGB V und XI bzw. kombiniert und andere gewählt werden: Die prozentuale Menge an Einsätzen wäre hier der Verteilungsfaktor, übrigens auch für die Personalkosten Geschäftsführung, Verwaltung und PDL/Stellvertretung, soweit diese nicht direkt in der Pflege arbeiten und mit dem obigen Werten verteilt werden.

Weiterhin notwendig ist die Abtrennung der sogenannten Investitionskosten nach § 82 SGB XI von den anderen Sachkosten, um die Investitionskostenanteile Pflegeversicherung ermitteln zu können. Diesen Kosten müssten entsprechende Einnahmen gegenüberstehen: entweder als Landesförderung (Konto 4500) als Einnahmen aus einer Weiterberechnung an Privat/BSHG (Konto 4640).

Zusammengefasst

Voraussetzung für eine leistungsgerechte Vergütung ist die eigene differenzierte Kostenstellen und Kostenträgerrechnung, die auf die Ebene der Vergütungsverhandlungen differenziert. Problem dabei sind ein für die ambulante Pflege angepasster Kontenrahmen, der vor allem im Personalkostenbereich differenziert werden muß. Die notwendige verursachungsgerechte Verteilung der Personalkosten kann nur über eine Arbeitszeiterfassung erfolgen, die jedoch auch temporär, also für jeweils einen begrenzten Zeitraum erfolgen kann.

Veröffentlicht in:

Häusliche Pflege, Ausgabe 4/01

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

Email: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de