

Berlin, 13.05.2019

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zu den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung
an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen**

Vorbemerkung

Mit Schreiben vom 26.04.2019 wurden wir über die von der DRV geplanten qualitativen und quantitativen Änderungen der personellen Strukturanforderungen informiert. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme und übermitteln Ihnen in Vorbereitung auf den Austausch am 24.05.2019 unsere Rückmeldungen zu den geplanten Änderungen. Grundsätzlich möchten wir Sie nochmals bitten, uns in die Beratungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung frühzeitig einzubinden. Als Vertreter der Reha-Einrichtungen in privater Trägerschaft unterstützen wir Sie gern dabei, praktikable Anforderungen zu entwickeln, die von den Reha-Einrichtungen mitgetragen werden. Die nachfolgende Stellungnahme basiert in ihrem Grundsatz auf der im Oktober 2017 von uns eingereichten Stellungnahme.

Wir halten es für sinnvoll und notwendig, dass die Träger der Deutschen Rentenversicherung für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation Qualitätsstandards festschreiben. Strukturvorgaben sind jedoch nur dann sachlich gerechtfertigt, wenn sie direkte Auswirkungen auf die Qualität der Rehabilitationsleistung haben. Daran müssen sich die einzelnen Strukturvorgaben messen lassen. Reha-Einrichtungen fordern diese Nachweise, um die Entwicklung, Auswahl und Operationalisierung einzelner Strukturanforderungen nachvollziehen zu können. Vor dem Hintergrund des steigenden Fachkräftebedarfs sowie der aktuellen politischen Aktivitäten und Gesetzgebungsverfahren und des sich daraus ergebenden verschärfenden Wettbewerbs um Mitarbeiter werden insbesondere Anforderungen an die personelle Struktur in Reha-Einrichtungen zu einem hochsensiblen Thema, das nach praktikablen und zukunftsfähigen Lösungen verlangt.

1. Grundsätzliche Anmerkungen zu den personellen Anforderungen

1.1 Personalvorgaben als Orientierungswert

Der BDPK begrüßt die Flexibilisierung von personellen Anforderungen durch die Bildung von Funktionsgruppen, die Möglichkeit vertraglicher Vereinbarungen von Kooperationen sowie individueller Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen und den RV-Trägern. Personalstellenpläne per se als Qualitätskriterium heranzuziehen, sehen wir aus folgenden Gründen jedoch kritisch:

- Die Orientierungsstellenpläne sind in rentenversicherungsinternen Arbeitsgruppen festgelegt worden. Eine Kausalität zwischen diesen Stellenplänen und der Behandlungsqualität kann daraus nicht abgeleitet werden. Im Fokus der Qualitätssicherung sollte die Ergebnisqualität stehen, die sich in den direkten Behandlungsergebnissen bzw. der Rehabilitandenzufriedenheit abbildet.
- Gewollte und sinnvolle konzeptionelle Unterschiede der Einrichtungen, die sich durch unterschiedliche Patientengruppen und deren Reha-Bedarf ergeben, werden durch standardisierte Strukturvorgaben in Frage gestellt.
- Der „100-Betten-Plan“ als Bezugsgröße zur Berechnung des Personalbedarfs in stationären Reha-Einrichtungen ist aus unserer Sicht nicht geeignet. Eine lineare Umrechnung der Personalanforderungen auf die jeweilige Betten-/Patientenzahl der Einrichtung entspricht nicht dem tatsächlichen Personalbedarf in den Reha-Einrichtungen. So profitieren beispielsweise größeren Reha-Einrichtungen von Synergieeffekten, wenn einzelne Grundleistungen, die im Sollstellenplan enthalten sind, nicht proportional mit der Anzahl der Rehabilitanden steigen. Kleinere Einrichtungen haben insbesondere in Hinblick auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst und der 24-Stunden Betreuung durch Pflegekräfte einen proportional höheren Personalbedarf, der dann auch den Pflegesatz beeinflusst.
- In Hinblick auf den angespannten Arbeitsmarkt gestaltet sich insbesondere die Besetzung der geforderten Arzt-/Psychotherapeuten- und Pflegestellen aber auch weiterer Professionen wie beispielsweise Diplom Sportlehrer schwierig. Reha-Einrichtungen und Reha-Träger sollten in diesem Sinne gemeinsam an kreativen und konstruktiven Lösungen arbeiten und nicht auf festgesetzte Personalanforderungen beharren. Insbesondere durch die fehlende Re-Finanzierung der Pflegepersonalkosten erleben die Kliniken aktuell eine erhöhte

Personalfuktuation der examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Die Forderung der 2/3 Quote führt dazu, dass Rehabilitationskliniken vereinzelt diese nur bedingt erfüllen werden. Um die Quote der geforderten Pflegekräfte erfüllen zu können, müssen weitere Berufsgruppen in der Pflege wie z.B. Pflegehelfer, medizinische Fachangestellte oder examinierte Altenpfleger zur Erfüllung der Quote beitragen dürfen (siehe auch Punkt 1.3).

- Auch der Grad der Digitalisierung ist in Kliniken unterschiedlich. In Kliniken mit einem hohen Digitalisierungsgrad der Prozesse zur Entlastung der Mitarbeiter können entsprechende Effizienzsteigerungen nicht gehoben werden. Durch die festen Stellenschlüssel im Zusammenhang von Vollkräfte-Werten und Belegung sind Investitionen in Digitalisierung für viele Gesundheitseinrichtungen nicht attraktiv.
- Die personellen Anforderungen müssen in Übereinstimmung mit weiteren QS-Anforderungen (Reha-Therapiestandards (RTS), Anforderungen an medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen (MBOR), vertragliche und konzeptionelle Grundlagen der Einrichtungen) stehen. Insbesondere die Kompatibilität zwischen den in den RTS formulierten personellen Anforderungen und den MBOR-Anforderungen ist zum Teil nicht gegeben. Die Qualitätssicherung von MBOR-Maßnahmen und Reha-Maßnahmen ohne MBOR-Ausrichtung muss aus diesem Grund differenziert betrieben werden, um weiterhin einen fairen Einrichtungsvergleich zu ermöglichen. Eine Parallel-Erfüllungspflicht verschiedener Anforderungsprofile würde in der Praxis zu einer Überversorgung mit Leistungen und für die Einrichtungen zu einer geringeren Bepunktung im Qualitätsranking führen.

Aufgrund der angeführten Punkte schlagen wir vor, dass Personalstellenpläne ausschließlich als Orientierungswerte betrachtet werden, solange die Einrichtung in den Bereichen der Qualitätssicherung (RTS, Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Rehabilitandenbefragung, Peer Review) den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung genügt. Damit stehen ausreichend Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Die Einhaltung der personellen Anforderungen sollte nur dann gefordert werden, wenn aus den QS-Ergebnissen hervorgeht, dass die Einrichtung die Leistungsvorgaben nicht erfüllt. Angaben über die Qualifikation des medizinisch-therapeutischen Personals sowie die erbrachten Leistungen erhält die DRV über die Daten der KTL. Zudem würden die Meldungen des Personalbestands in halbjährlichem Rhythmus beibehalten. Mit einem derart abgestimmten Verfahren könnte das Prozedere erheblich entbürokratisiert werden, ohne dass auf die Transparenz über die Leistungserbringung

verzichtet würde.

1.2 Geltungsbereich der Personalanforderungen nur für Leistungen der DRV

Häufig werden Fachabteilungen durch unterschiedliche Reha-Träger belegt, was in der Vergangenheit für die Einrichtungen besonders zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung zu Unklarheiten im Hinblick auf die zu erfüllenden Anforderungen geführt hat. Beide Träger treffen eigene Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Rehabilitationskliniken. Die personellen Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung an ihre Vertragseinrichtungen stellt, dürfen sich aus diesem Grund auch nur ausschließlich auf Leistungen beziehen, die für die Träger der DRV erbracht werden. Universell geltende Personalanforderungen können nur dann gefordert werden, wenn sie von allen die Einrichtung belegenden Trägern gewünscht bzw. finanziert werden.

1.3 Anerkennung neuer Berufsgruppen im Stellenplan der DRV

Mit der Aktualisierung der Strukturanforderungen an stationäre Reha-Einrichtungen im Jahr 2014 wurden bereits die in der Bologna-Reform geänderten Berufsbilder in den Strukturanforderungen der Rentenversicherung geändert. In Hinblick auf den bestehenden und weiter zunehmenden Fachkräftemangel kommt der Anerkennung neuer Berufsgruppen im Stellenplan der DRV auch weiterhin eine wesentliche Bedeutung zu. So sollte das examinierte Pflegepersonal zielgerichtet im Sinne von Pflegeexperten, die vor allem für die spezielle Behandlungspflege, Pflegeplanung und der -steuerung zuständig sind, eingesetzt werden. Alle weiteren Tätigkeiten der Grundpflege, Dokumentation sowie Hol- und Bringdienste können weitere pflegerische Berufsgruppen (u.a. Pflegehelfer mit mind. 1-jähriger Ausbildung, medizinische Fachangestellte oder examinierte Altenpfleger) zur Entlastung abdecken.

Auch neue Berufsbilder, wie beispielsweise der medizinische Assistenzberuf „Physician Assistant“ könnten als Delegationsmodell ärztlicher Aufgaben an akademisch qualifiziertes nicht- ärztliches Personal den Fachkräftemangel mildern. Um die Reha-Einrichtungen dabei zu unterstützen, ihre Strukturen und Prozesse optimal auszugestalten, sollte die Entwicklung und Integration unterstützender und neuer Berufsbilder in den Personalstellenplan vom Reha-Träger konsequent gefördert werden.

2. Rückmeldungen zu den konkret geplanten qualitativen und quantitativen Änderungen in stationären Reha-Einrichtungen

2.1 ärztlicher Bereich

Die ärztliche Anwesenheit über 24h im Haus indikationsübergreifend als belegungsrelevantes Kriterium zu klassifizieren, lehnen wir ab. Warum diese Anforderung lediglich in der Suchtrehabilitation ein zuweisungsrelevantes Kriterium darstellen soll, ist nicht nachvollziehbar. Auch in den anderen Indikationen besteht nicht die Notwendigkeit einer permanenten ärztlichen Anwesenheit, vor allem da bereits die als strukturelevantes Kriterium geforderte 24h-Anwesenheit einer examinierten Pflegekraft die Erstversorgung von Notfällen sichert.

Auch für die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen gibt es viele Möglichkeiten, die sich so noch nicht in den personellen Strukturanforderungen widerspiegeln. Arztassistenten/Arztassistentinnen, Reha-Koordinatoren/Reha-Koordinatorinnen und Stationssekretäre/Stationssekretärinnen entlasten Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten/Therapeutinnen von administrativen Aufgaben. Der durch die Delegation ausgewählter Arbeiten verringerte Arbeitsaufwand für Ärzte, sollte sich auch im vorgegebenen Stellenplan für Ärzte widerspiegeln. Innovative Delegationsmodelle sollten insbesondere in Zeiten des Ärztemangels unterstützt und nicht durch starre Personalvorgaben verhindert werden. Für delegierte Aufgaben kann bspw. mit sogenannten Befähigungsnachweisen gearbeitet werden.

2.2 psychologischer Bereich

Der Wunsch, die teilhabeorientierte Weichenstellung während der Reha-Maßnahme zu verbessern, ist nachvollziehbar. Dass dies jedoch mit der Erhöhung der psychologischen Psychotherapeutenstellen um 0,5 pro 100 Rehabilitanden erreicht werden kann, ist äußerst fraglich. Denn den Fokus auf die Teilhabeorientierung zu legen, ist nicht alleinige Aufgabe psychologischer oder psychotherapeutischer Fachkräfte, sondern liegt in der Verantwortung des gesamten interdisziplinären Reha-Teams. Zudem ist die geplante Erhöhung in der praktischen Umsetzung unrealistisch, da die Reha-Einrichtungen bereits heute große Probleme haben, Psychotherapeuten für die Arbeit in einer Reha-Einrichtung zu gewinnen. Mit der Neuregelung, die Funktionsgruppe Psychologe/Psychotherapeut zu differenzieren, würden die Reha-Einrichtungen zudem in ihrer bei der Besetzung der Stellen dringend benötigten Flexibilität eingeschränkt werden. Leider bieten die Rahmenbedingungen der

Rehabilitation kein attraktives Umfeld für approbierte Psychotherapeuten, um diese für eine langfristige Tätigkeit in einer Rehabilitationsklinik nach Abschluss der Ausbildung zu gewinnen. Häufig stellt die Fest-Anstellung den "Notnagel" aufgrund fehlender Niederlassungsmöglichkeiten dar. Hier spielen die engen Rahmenbedingungen in der relativ kurzen Behandlungszeit während einer Rehabilitationsmaßnahme die ausschlaggebende Rolle. Die im Rahmen der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten fokussierten Langzeitbehandlungen mit Fokus auf Einzelbehandlung können in den Rehabilitationskliniken aufgrund der Rahmenbedingungen zudem nicht stattfinden.

Bislang wird zum Teil in der Indikation Sucht noch eine zweijährige suchtspezifische Berufserfahrung der Psychotherapeuten gefordert. Formal werden somit frisch approbierte Psychologen ohne entsprechende Erfahrung ausgeschlossen und die Reha-Einrichtungen im Wettbewerb um hochqualifizierte Therapeuten systematisch beschnitten. Mit dem Anerkennen additiver „Ausbildungsstellen“ für Universitätsabgänger und deren Anerkennung im Stellenplan wäre ein großer Schritt zum Abbau des immensen Fachpersonalmangels in benannten Bereichen getan.

Der Vorschlag, in der Psychosomatik zukünftig ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zu einer Funktionsgruppe zusammenzufassen ist gut und richtig. Nur sollten auch hier die Diplom- bzw. Master-Psychologen nicht aus der Funktionsgruppe herausfallen. Je nach Zusammensetzung der in der Klinik behandelten Diagnosegruppen können sich auch ärztliche und psycho-/therapeutische Behandlungsnotwendigkeiten in der Gesamtheit verschieben. Schmerzpatienten bedürfen bspw. einer höheren ärztlichen Behandlungsdichte als Patienten mit depressiven Episoden. Depressive Patienten wiederum benötigen je nach Grad der Chronifizierung erhöhte psycho-/therapeutische Betreuung. Das Stellenverhältnis von Ärzten zu Psychologen in der Psychosomatischen Rehabilitation sollten in diesem Sinne auch möglichst flexibel gehalten werden.

2.3 pflegerischer Bereich

Die Festlegung, dass der Anteil examinierter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mindestens 2/3 des Pflegepersonals betragen muss, sehen wir insbesondere vor dem Hintergrund des eklatanten Fachkräftemangels in der Pflege äußerst kritisch. Ganz im Gegenteil zu einer Verschärfung der Anforderungen, sollten im Rahmen der Behandlung von Rehabilitanden im Heilverfahren auch andere pflegenaher Berufsgruppen wie bspw. Arzthelfer/Arzthelferinnen und Pflegehilfskräfte eingesetzt werden können. Originäre Arbeiten der Grund- und Behandlungspflege sind bei Heilverfahrenspatienten in der Regel

weniger notwendig. Insbesondere in der Psychosomatik können teilweise Aufgaben der Pflegemitarbeiter auch durch Alltagsbetreuer/Alltagsbetreuerinnen erbracht werden. Hier sollten Kliniken in Zeiten des Pflegenotstands flexibel arbeiten können und auch diese Mitarbeiter im Stellenplan auf die Berufsgruppe Pflege anrechnen können. Der Umgang mit Notfallsituationen kann dabei bspw. in internen Schulungen vermittelt werden.

2.4 therapeutischer Bereich

Die geplante Erhöhung der Physio- und Ergotherapeutenstellen in der Onkologie und Pneumologie sehen wir kritisch, da auch im therapeutischen Bereich ein drastischer Fachkräftemangel existiert und die Forderung, eine Vollzeitkraft in der Onkologie bzw. 1,4 Vollzeitkräfte in der Pneumologie auf 100 Rehabilitanden mehr einzustellen, die Reha-Einrichtungen vor große Schwierigkeiten stellen wird. Die Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten z.B. in Form einer Langzeitbeatmung begründen aus unserer Sicht auch keine erhöhten Anforderungen über alle stationären pneumologischen Reha-Einrichtungen. Wenn sich Einrichtungen auf die rehabilitative Versorgung langzeitbeatmeter Patienten spezialisieren, spiegelt sich das in entsprechenden Behandlungskonzepten und Personalstrukturen wider und sollte im Rahmen der externen Qualitätssicherung in zuweisungsrelevanten Kriterien abgebildet werden.

Zugleich muss sichergestellt sein, dass mit dem Anstieg der VK-Zahlen die Refinanzierung der Personalkosten in den Vergütungssatzverhandlungen erfolgt. Eine 1,0 VK im therapeutischen Bereich bemisst sich mit rund 45.000 EUR/ Bruttojahresgehalt¹.

3. Rückmeldungen zu den konkret geplanten qualitativen und quantitativen Änderungen in ambulanten Reha-Einrichtungen

3.1 ärztlicher und pflegerischer Bereich

Wir begrüßen ausdrücklich die geplante Reduktion der geforderten Ärzte und Pflegekräfte in ambulanten Reha-Fachabteilungen. Eine mit der Aktualisierung der Personalanforderungen einhergehende Abweichung zu den BAR-Rahmenbedingungen ist hier angemessen und für die DRV-Rehabilitanden bedarfsgerecht. Die neue verhältnismäßig hohe Forderung von 2,5 ärztlichen Vollzeitkräften auf 40 Rehabilitanden in der ganztägig-ambulanten psychosomatischen Reha ist im Vergleich zu den 1,6 Arztstellen in der orthopädischen, kardiologischen und neurologischen ganztägig-ambulanten Reha jedoch nicht nachvollziehbar.

¹ In Anlehnung an die Kosten im Krankenhausbereich. Regionale Differenzierung sind vorbehalten.

3.2 psychologischer Bereich

Die Differenzierung der Funktionsgruppe Psychologe/Psychotherapeut analog der geplanten Änderungen im stationären Bereich sehen wir aus oben genannten Gründen hier ebenfalls kritisch.

3.3 therapeutischer Bereich

Eine gesonderte Forderung nach Masseuren und medizinischen Badehelfern außerhalb der Gruppe der Physiotherapeuten sollte im Sinne einer Flexibilisierung der Personalanforderungen abgeschafft werden. Die Reha-Einrichtungen haben zum Teil große Probleme, die geforderten Stellen mit Masseuren bzw. med. Badehelfern zu besetzen, da sich auch in dieser Profession ein wachsender Fachkräftemangel zeigt. In Hinblick auf die Qualifikation spricht nichts dagegen, dass Aufgaben, die von Masseuren und medizinischen Badehelfern getätigt werden, von ausgebildeten Physiotherapeuten übernommen werden. Um in Einzelfällen zu verhindern, dass Masseure bzw. med. Badehelfer die Arbeit von Physiotherapeuten übernehmen, könnte die Angabe zur Anzahl der geforderten Physiotherapeutenstellen mit einem Hinweis versehen werden, wie viele Stellen davon maximal durch Masseure/med. Badehelfer abgedeckt werden dürfen.

3.4 weitere Indikationen

Der Bereich der ambulanten onkologischen Rehabilitation gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die personellen Anforderungen, die die Rentenversicherungsträger aktuell an entsprechende Fachabteilungen stellen, sind jedoch zum Teil nicht mehr zeitgemäß und variieren stark (zwischen ambulanten onkologischen Reha-Fachabteilungen und im Vergleich mit anderen ambulanten Fachabteilungen somatischer Indikationen). Wenn die RV-Träger trotz der Entwicklungen im Bereich der Ergebnisqualitätsmessung weiterhin an den personellen Strukturanforderungen festhalten, sollte perspektivisch auch ein Orientierungsrahmen für die personellen Anforderungen in der ambulanten onkologischen Rehabilitation entwickelt werden.

4. Rückmeldungen zur neuen Strukturierung der personellen Strukturanforderungen für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Zusammenfassung der bislang indikationsspezifischen Anforderungen (Allergologie, Adipositas, Stoffwechselerkrankungen, Orthopädie) zu einem Anforderungskatalog für alle somatischen Indikationen und einen für die Psychosomatik ist aus unserer Sicht nicht zielführend und wird dem individuellen Reha-Barf der Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Indikationen nicht gerecht (siehe auch Erläuterung in der derzeit noch gültigen Broschüre zu den Strukturanforderungen der DRV auf Seite 26 zu den unterschiedlichen Personalanforderungen für die einzelnen Behandlungsindikationen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen). Umso wichtiger ist es, dass die Reha-Einrichtungen auch weiterhin mit ihrem federführenden Rentenversicherungsträger in Abhängigkeit von der tatsächlichen Indikationsverteilung sowie diagnostischer und therapeutischer Besonderheiten einen klinikspezifischen Stellenplan in Form einer Mischkalkulation vereinbaren können.

In der Zusammenfassung der aktuellen Beschlüsse der DRV-Arbeitsgruppe PGSTA zu den personellen Strukturanforderungen wird auch angeführt, dass für Einrichtungen, in denen ein hoher Anteil von Begleitpersonen regelhaft mit in den Rehabilitationsprozess eingebunden ist, höhere Anforderungen (z.B. für zusätzliche Schulungsangebote etc.) gelten und der Mehrbedarf vom Federführer bei der Personalbemessung zu berücksichtigen sei. Dies ist sinnvoll und nachvollziehbar. Selbstverständlich muss aber auch geregelt werden, dass den Reha-Einrichtungen die Kosten für den Mehrbedarf an Personal über einen entsprechend höheren Vergütungssatz refinanziert werden.

4.1 ärztlicher Bereich

Analog zur stationären Rehabilitation Erwachsener sehen wir die Klassifizierung der ärztlichen Anwesenheit über 24h im Haus als belegungsrelevantes Kriterium in der Kinder- und Jugendlichen Reha ebenfalls kritisch.

4.2 psychologischer Bereich

Den Ausschluss der Diplom/ bzw. Master-Psychologen aus der Funktionsgruppe Psychologe/Psychotherapeut in der Indikation Psychosomatik sehen wir sehr kritisch. Mit dem

stärkeren Fokus auf die Bedeutung von Psychotherapeuten in der Rehabilitation ist indirekt auch eine Abwertung der Psychologen verbunden, die mit ihrer Profession in der Reha-Einrichtung jedoch mindestens ebenso wichtig sind. Diplom/ bzw. Master-Psychologen sollten deshalb unbedingt weiter in eine gemeinsame Funktionsgruppe mit den Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingruppiert werden.

4.3 pflegerischer, pädagogischer und therapeutischer Bereich

Im Bereich Pflege und Erziehung wurde durch die Zusammenfassung der indikationsspezifischen Anforderungen zum Gesamtbereich Somatik die indikationsspezifische Differenzierung komplett aufgegeben. Im therapeutischen und pädagogischen Bereich wird es durch die geplante Neustrukturierung in einzelnen Indikationen zu drastischen Änderungen kommen, beispielsweise in der Indikation Orthopädie in der bislang 9 Erzieher gefordert wurden und die nun mit 7 weiteren Erziehern verstärkt werden soll. Um die geplanten Veränderungen inhaltlich-sachlich nachvollziehen und diskutieren zu können, benötigen wir hier noch entsprechende Begründungen.

Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen zu unserer Stellungnahme zur Verfügung.

Konstanze Zapff
Geschäftsbereich Rehabilitation
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin
Tel.: 030 24008990
E-Mail: zapff@bdpk.de