

# Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

Prof. Meinolf Noeker, LWL-Landesrat

51. Jahrestagung  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VDK  
- LWL-Klinik Dortmund -

19.10.2017

# Übersicht StäB

1. Kurzer Rückblick: fachlich – ökonomisch - rechtlich
2. Das prinzipielle Potential der StäB: Beispiel LWL-Klinik Lengerich
3. Vereinbarung zur StäB: Relevante Textpassagen und erste Bewertungen
4. Vereinbarung zu unbewerteten PEPPs und OPS
5. Diskussion und Perspektiven

## Erfolge im Vergleich zur Ursprungsfassung

1. Abwendung eines äquivalenten Bettenabbaus im KH-Plan
2. Abwendung der Voraussetzung „akute Krankheitsphase“  
(hoch streitanfällig bei MDK-Prüfung)
3. Vereinbarungsentwurf aus 04/2017. Damalige Position GKV:  
„Die Behandlung des Patienten umfasst mindestens 210 Minuten pro Tag im persönlichen Kontakt zum Patienten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.“

## Die fachliche Ausgangssituation

### GKV finanzierte Tageskosten (€) verschiedener Krankenhausleistungen



(Koch-Stöcker, EVKB Bielefeld)

# Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

## Ziele

- Verbesserung der Versorgung von „High Utilizern“ im Kreis Steinfurt
- Reduktion der stationären Aufnahmepflichtigkeit und Behandlungstage
- Versorgungslücke zwischen stationären, teilstationären und ambulanter Therapie soll geschlossen werden
- Höchstmögliche Lebensqualität für die Betroffenen trotz ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen

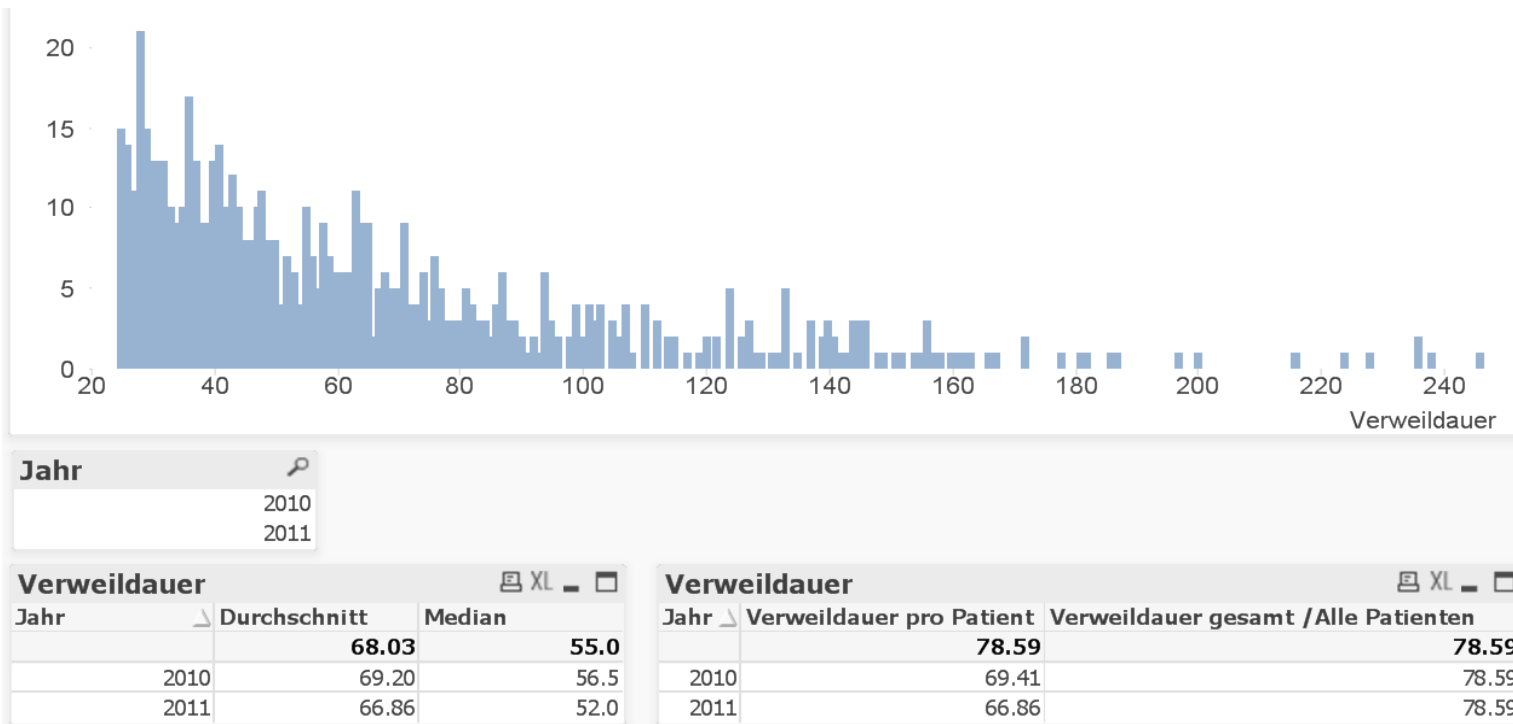
# Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

## Einschlusskriterien

- Chronische Schizophrenie (F20-25)
- > 25 Tage kumulierte Ø stationäre VWD
- rezidivierende Krisen,
- eingeschränkte Compliance,
- mindestens ein stationärer Aufenthalt,
- hohes Wiedereinweisungsrisiko
- Patienten sind der Klinik bekannt und nach individueller fachärztlich/pflegerischer Einschätzung geeignet
- Wunsch, Einverständnis des Patienten

# Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

## Einschlusskriterien: VWD



## Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Ausschlusskriterien

- keine Erstbehandlung zu Hause
- Betreuung im selbstständigen Wohnumfeld wird nicht toleriert
- Somatische Pflegebedürftigkeit, gerontopsychiatrische Indikation
- Suchtproblematik > Schizophrenie
- Suizidalität und / oder Fremdgefährdung sind erkennbar



Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich  
(2012, also vor § 115d)

## Konzept

- Störungsspezifische Behandlung zu Hause
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und involvierten Diensten
- 24/7 Krisentelefon und -intervention zu Hause, bei Bedarf täglich
- Psychiatrische Pflege (z.B. Medikation am Wochenende)
- Stationärer Kriseninterventionsplatz im Notfall (Stationäres „Belegbett“)
- Stationäre oder ambulante Behandlung möglichst durch das gleiche Team
- Kontinuierliche Anpassung des Behandlungsbedarfes
- Supervision / Fallbesprechungen: 1 x wöchentlich 30-45 min., besser kürzer, im Behandlungsteam oder auf der Fahrt
- Besprechungen mit Diensten, Angehörigen, Freunden u.a. möglichst *in Gegenwart* des Patienten beim Hausbesuch

## Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Termingestaltung

- 85% der Hausbesuche erfolgten regulär nach fester Terminabsprache
- 10% der Hausbesuche waren ‚Notfalleinsätze‘ nach Anforderung durch Patient, Angehörige, Freunde, Nachbarn oder komplementäre Dienste
  - Zweier-Team in Krisen, bei neuen Patienten und nach Bedarf
  - im stabilen Verlauf allein
- 5% der Hausbesuche erfolgten fürsorglich ohne besondere Anmeldung („Ich war gerade in der Gegend und wollte nach Ihnen schauen.“)
- Dauer und Frequenz der Hausbesuche: völlig individuell
  - von 10 Minuten bis 2,5 Stunden
  - Frequenz zwischen 1 x wöchentlich bis 14 x wöchentlich)
- Teilnahme an Gruppen auf der Schwerpunktstation;
- Nutzen des AT-, Sport und Ergotherapieangebotes der Klinik
- Nach Abschluss: Termine wieder in der PIA

# Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

## Zeitaufwand über die Berufsgruppen

Aufwand Gesamt pro Patient										
Dienstart	Für 12 Monate (Hochrechng.)							Pro Monat		
	Behandlung (min.)	Fahrtzeit (min.)	Behandlung (Std.)	Fahrtzeit (Std.)	Behandlung/Patient	Fahrtzeit / Patient	Summe	Behandlung/Patient	Fahrtzeit / Patient	Summe
Arzt	14.661	6.725	244,4	112,1	20,40	9,30	<b>29,70</b>	1,7	0,8	<b>2,5</b>
Pflege	53.518	27.793	892,0	463,2	74,30	38,60	<b>112,90</b>	6,2	3,2	<b>9,4</b>
Therap. Dienst	19.562	5.979	326,0	99,7	27,20	8,30	<b>35,50</b>	2,3	0,7	<b>3,0</b>
Doku-Hilfe	11.037	0	184,0	0,0	15,30	0,00	<b>15,30</b>	1,3	0	<b>1,3</b>
<b>Summe</b>	<b>98.778</b>	<b>40.497</b>	<b>1.646</b>	<b>675</b>	<b>137,2</b>	<b>56,3</b>	<b>193,5</b>	<b>11,4</b>	<b>4,7</b>	<b>16,1</b>

## Das Potential von StäB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Ressourcenaufwand pro Patient / Jahr

- ohne Medikation, ohne stationäre Kriseninterventionen
- Medizinische Personalressourcen: 14.354 Euro
- Basisressourcen (PKW / Verwaltung): 3737 Euro
- Summe **18.091 Euro**
- Vergleich: Aufwand bei stat. Beh. ca. 23.000 Euro
- Daten aus 2014/2015 weisen bei „gemischtem Klientel“ auf etwa halbierten Ressourcenaufwand von ca. 9700,- Euro hin

08/2017 Abschluss  
einer Vereinbarung zur  
Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung  
nach § 115d Abs. 2 SGB V  
zwischen GKV/PKV vs. DKG

Nach § 115 d Abs. 2 SGB V war die Selbstverwaltung beauftragt, eine Vereinbarung im Benehmen mit der KBV zu schließen zu

1. Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
2. Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern
3. Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

## § 2 Grundsätze

(1) Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht **hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung**. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.

(2) Die Entscheidung über die Erbringung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung unterliegt bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses. **Entscheidungsleitend ist, auf welche Weise das Therapieziel bei einem Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit am ehesten zu erreichen ist.**

(3) Es gilt das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1 a 5GB V.

## Bewertung

(1) **Es ergibt sich folgende Kaskade der medizinischen Indikationsstellung**

- **Schritt 1: Indikation zum Setting:** Differentielle Eignung von StäB versus vollstationäre Behandlung zur Erreichung des therapeutischen Ziels
- **Schritt 2: Indikation zu dem *häuslichen Setting spezifisch angepassten* Behandlungsleistungen**
- **Beispiel:** Indikation zu Konfliktmoderation mit Angehörigen, Nachbarn oder Vermieter. Keine Indikation zu Bewegungstherapie in der Turnhalle oder Ergotherapie in der Gruppe.

## KH- Position

1. Es geht um *Funktionelle* Äquivalenz zur Zielerreichung, nicht um Deckungsgleichheit mit Art und Umfang typischer stationärer Leistungen (MDK)!
2. Auch bei weniger komplexem Mitteleinsatz (z.B. Verzicht auf im stationären Setting übliche Leistungen), aber mindestens gleichwertiger Therapiezielerreichung ist die Indikation für StäB legitimiert und MDK-resistent.

## Passung des häuslichen Umfelds

§ 3 Eignung des häuslichen Umfelds

§ 4 Zustimmung des häuslichen Umfeldes

§ 5 Berücksichtigung des Kindeswohls

§ 6 Eltern-Kind-Behandlung

## § 7 Behandlungsteam

(1) Das Krankenhaus hält Vertreter der folgenden Berufsgruppen vor:

- Ärzte,
- Psychologen,
- Pflegefachpersonen,
- Spezialtherapeuten.

Das Team für die stationsäquivalente Behandlung besteht aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten.

**Bewertung:** Definition der Berufsgruppen spiegelt

- OPS-Entgeltbestimmung (Anlage 6a und 6b)
- PIA-Dokumentation: Offen halten einer späteren Harmonisierung?



## § 7 (4) Fachärztliche Leitung

„Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung **an mehr als sechs Tagen in Folge** eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung durchgeführt wird, in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Diese Regelung umfasst ebenfalls die beauftragten Leistungserbringer nach § 10. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen.“

## § 8 Patientenkontakte

(1) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams **mindestens einmal täglich** einen direkten Patientenkontakt durchführt.

(2) Kommt ein direkter Kontakt aus Gründen nicht zustande, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch als direkter Patientenkontakt im Sinne dieser Vereinbarung.

(3) Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge eine wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt **in der Regel** im häuslichen Umfeld durchgeführt wird. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten.

## Bewertung

Regelung folgt der Logik eines auf tägliche Kontinuität angelegten stationären Behandlungsregimes („StäB am Stück“)

## KH-Position

- Intermittierende (z.B. 1 x pro Woche) Behandlung muss unbürokratisch und unstrittig möglich sein! Vgl. Beispiele Lengerich, Bochum, Bonn & weitere Modellprogramme
- Legitimation der Indikation für StäB: 1 Tag Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, dann über Intervall von 6 Tagen keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit?

## § 9 Sicherstellung der Behandlung

- (1) Das Krankenhaus hat **verbindliche Vorgehensweisen festzulegen**, wie es die individuellen Hilfeleistungen durch das multiprofessionelle Team **im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen** der Patienten organisiert, die sich in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung befinden.
- (2) Die **Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams** ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft).
- (3) Darüber hinaus ist eine jederzeitige, **24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten**. Bei kurzfristigen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.

### Bewertung und KH-Position

- Verpflichtung zur Vorhaltung
- Abbildung dieser Vorhaltekostenkosten 24/7 in den Entgelten !?!

## § 10 Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern

- an Niedergelassene oder Krankenhäuser
- Haftung bleibt beim StäB-Krankenhaus
- Maximal 50% der Leistungen beauftragbar

## § 11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

„(1) Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese dokumentiert wird. Die Patientenakte umfasst zudem die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation. Vom Patienten zu vertretende Gründe eines nicht zustande gekommenen direkten Kontaktes nach § 8 Abs. 2 sind ebenfalls zu dokumentieren.“

### Bewertung:

- Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Verlauf (MDK)?
- Wie dokumentieren bei intermittierender Behandlung?

## § 12 Anforderungen an die Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen und an die privaten Krankenversicherungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der Datenübertragung nach § 301 SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kenntlich zu machen. Es ist dabei der **Ort des häuslichen Umfelds (Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen)** kenntlich zu machen.

(2) Darüber hinaus hat das Krankenhaus **die Therapiezeiten am Patienten separat und berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten)** an die Krankenkassen zu übermitteln. Fahrzeiten sind dabei **nicht berücksichtigt**.

### Bewertung:

- Datenübermittlung und Dokumentationspflicht nimmt PEPP / OPS-Kodierung vorweg.
- Einengung der örtlichen Verhandlungsfreiheit zu Vergütungsmodalitäten ?

## § 13 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. August 2017 in Kraft.

Hurra, Sie können starten!

**Stationsäquivalente Behandlung**  
**Bewertete Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung**  
**nach § 115d SGB V**

STAEB	Bezeichnung	OPS Version 2018		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5

- Anlage 6a: Bewertete Entgelte sind nicht kalkulierbar, daher zunächst irrelevant
- Dr. Heimig (InEK) am 01.09.2017:  
 „Aufgrund fehlender Leistungsbezeichner und fehlender Vereinbarung zur Vergütung sind noch keine Entgelte definiert.“



## ... bleibt Anlage 6b: Unbewertete Entgelte

Anlage 6b

PEPP-Version 2018

### Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. Dabei können für die aufgeführten PEPP-Entgelte auch weiter differenzierende Entgelte vereinbart werden. Bei der Vereinbarung der Entgelte ist die Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im OPS zu berücksichtigen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
QA80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
QK80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen
<b>Fehler-PEPP bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung</b>	
PF05Z	Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung

Der OPS ist noch nicht bekannt.

Vermutlich wird es ein Tagescode mit folgender Struktur:

### 5. Stelle: eine von 4 Berufsgruppen

- .1 Ärzte
- .2 Psychologen
- .3 Spezialtherapeuten
- .4 Pflegefachpersonal

### 6. Stelle: Eine von 7 Zeitklassen

- .0 bis 30 Minuten
- .1 >30 bis 60 Minuten
- .2 >60 bis 90 Minuten
- .3 >90 bis 120 Minuten
- .4 >120 bis 180 Minuten
- .5 >180 bis 240 Minuten
- .6 ....>240 Minuten

-Innerhalb einer Berufsgruppe sind die Therapiezeiten eines Tages zu addieren

### Erste Bewertung:

- Entgelthöhe krankenhausesindividuell zu definieren
- Konzeptionelle Nähe zur PIA-Vergütung Bayern !
- > 8000 Kombinationen = nicht kalkulationsfähig
- **Basisentgelt? Overhead? Fahrtzeiten? Bisher keine konkreten Aussagen !!  
Örtliche Antworten?!?**

## Diskussion und Perspektiven I

### Grundsätzliche Definition und Interpretation der Leistungsvoraussetzung

- StäB = eine neue Form der Behandlung des Krankenhaus (vgl. § 2)  
versus
- Indikation für stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit muss vorliegen, wird aber in einem anderen Setting umgesetzt (vgl. § 11)

vgl. einerseits § 2 Grundsätze

- (1) „Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst **eine Krankenhausbehandlung** im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. „

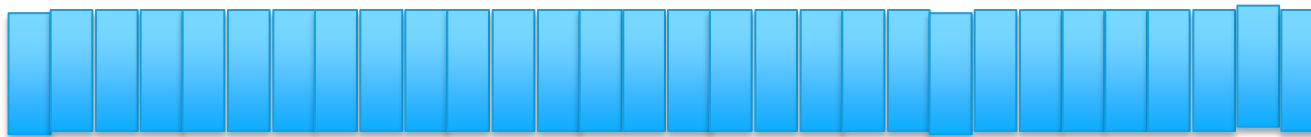
vgl. andererseits §11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

- (1) „Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte **die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese dokumentiert wird.“

## Diskussion und Perspektiven II

# Klarstellung der Rechtssicherheit der Intermittierenden Therapie

Vgl. Modellprojekt § 64b: LWL-Universitätsklinik Bochum und LVR-Klinik Bonn



alt

30 Tage vollstationäre Versorgung

15 Tage stationäre Versorgung



und x Tage „Stationsungebundene Leistungen (SUL)“



neu

## Diskussion und Perspektiven III

### Leitplanken für die örtliche Entgeltverhandlung

5. Stelle: eine von 4 Berufsgruppen

6. Stelle: Eine von 7 Zeitklassen

1. Overhead?
2. Vorhaltekosten?
3. Fahrtzeiten Personal?
4. Sachkosten, Fahrtkosten Kfz?
5. ....

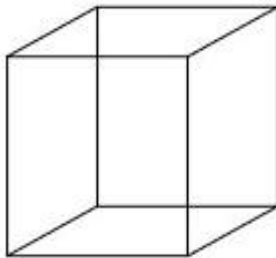
Bisher keine konkreten Aussagen! 2 Varianten

1. Tagesgleicher Teilbetrag für den Grundaufwand und weitere Teilbeträge in Abhängigkeit des Therapieaufwands
2. Einpreisung des Grundaufwands in den Stundenaufwand

Örtlich divergierend und damit niemals kalkulationsfähig?

## Diskussion und Perspektiven IV

### OPS: 8 Tagesbezogene Pakete (vgl. Bochum und Bonn) oder Entgelt nach Zeitaufwand



1. Klinik vs. Häusliches Milieu
2. Standardbehandlung vs. Krisenbehandlung
3. Arzt/Psych, vs. Pflege/Spezialtherapie

Leistungspaket	Setting	Leistungstyp	Leistungserbringer
A	Häusliches Umfeld	Krisenintervention	Arzt/Psych.
B	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
C	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
D	Klinik	Krisenintervention	Arzt/Psych.
E	Klinik	Psychotherapie	Arzt/Psych.
F	Klinik	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
G	Klinik	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
H	Klinik	Einfachkontakt	Alle
I (übergangsweise)	Klinik	Psychosomatik	Alle

## Diskussion und Perspektiven V

### Flexibilität beim Ort der Erbringung der StäB

Schreiben Ministerialrat M. Algermissen (BMG) an  
DKG Frau Dr. Schlottmann (DKG) vom 15.05.2017

„... Eine Einengung der Behandlungsmöglichkeiten ausschließlich auf das häusliche Umfeld würde aber der Intention des Gesetzes widersprechen, mit der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung die sektorübergreifende Versorgung zu stärken. Beispielsweise sollte es auch im Rahmen einer StäB möglich sein, an einer Gruppentherapie teilzunehmen, die im Krankenhaus durchgeführt wird. Gleiches gilt für Leistungen wie Physio-, Ergo-, oder Psychotherapie, die ggf. von Kooperationspartnern an einem anderen Ort als dem häuslichen Umfeld erbracht werden. Oder aber für therapeutisch begleitende Gespräche am Arbeitsplatz des Patienten, oder bei Kindern in der Schule oder der KiTa stattfinden. Schließlich kann es auch das Ziel einer StäB sein, eine Aktivierung, Mobilisierung und Befähigung des Patienten zu erreichen, sich aus dem häuslichen Kontext herauszubewegen. Aus meiner Sicht gibt es weder formale noch fachliche Gründe, die Flexibilität bei der StäB einzuschränken.“

## Diskussion und langfristige Perspektiven VI: Zukunftsszenarien StäB und PIA

	Klinikbasiert	Häusliches Umfeld
StäB		
PIA		

1. Bemerkenswerte Annäherung bei der Dokumentation: Langfristige Integration?
2. Parallele Koexistenz?
  - StäB: „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“
  - PIA: „Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“
3. Forcierte Ausweitung StäB in Klinik vs. PIA in häusliches Umfeld?
4. DKG, GKV/PKV legen bis um 31.12. 2021 einen gemeinsamen Bericht zu den Auswirkungen der StäB vor (§115d Absatz 4 SGB V)



## Diskussion und langfristige Perspektiven VII: Wille zur konstruktiven Gestaltung oder zur Abwicklung?

„Wenn diese Form der Versorgung hilft, Leiden zu verringern, wäre viel gewonnen. Absehbar ist aber schon jetzt, dass es sich um eine kleine Patientengruppe handelt. Im Einzelfall sollten Patient und Arzt zusammen gut abwägen, ob diese Behandlungsform wirklich die beste Variante darstellt“.

Johann-Magnus v. Stackelberg, stv. Vorstandsvorsitzender GKV-SV  
In: Gemeinsame Pressemitteilung DKG, GKV, PKV vom 22.08.2017

# Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

Prof. Meinolf Noeker, LWL-Landesrat

51. Jahrestagung  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VDK  
- LWL-Klinik Dortmund -

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

19.10.2017

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.  
Auf Wiedersehen.

**Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe (LWL)  
Abteilung Muster**

Freiherr-vom-Stein-Platz 1

48147 Münster

Tel.: 0251 591-01

Fax: 0251 591-33 00

[lwl@lwl.org](mailto:lwl@lwl.org)

Besuchen Sie uns im Internet: [www.lwl.org](http://www.lwl.org)