

Effizienter Einstieg ins QM

☐ *Im Rahmen eines Pilotprojektes der proCum Cert (pCC) und der Kooperation für Qualität und Transparenz (KTQ®) mit 17 Krankenhäusern in der Diözese Osnabrück wurde ein so genannter Kurzcheck als effizienter Einstieg in das Qualitätsmanagement entwickelt. Das Verfahren stellt für Krankenhäuser, die über eine Zertifizierung nach KTQ®/pCC nachdenken oder ihr Qualitätsmanagement neu reflektieren wollen, eine Möglichkeit dar, eine erste Standortbestimmung vorzunehmen.*

Mit der proCum Cert wird ein christlich geprägter Weg im der Qualitätssicherung beschritten (s. Artikel von Dr. Angela Rier in **ku**-Sonderheft Qualitätsmanagement 6/2001, S. 42). Die proCum Cert Gesellschaft existiert seit 1998 und ist eine ökumenische Initiative des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) sowie des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands (KKVD) mit ihren Wohlfahrtsverbänden Diakonie und Caritas und deren Versicherungsdienst Ecclesia. Die KTQ® und proCum Cert kooperieren für die Erarbeitung der von den KTQ®-Vertragsparteien vereinbarten Entwicklung von zertifizierbaren Qualitätskriterien für Krankenhäuser. Diese Kooperationsvereinbarung gewährleistet, dass der komplette

Erfahrungen aus dem proCum Cert Pilotprojekt der Diözese Osnabrück

KTQ®-Bewertungskatalog von der proCum Cert einheitlich angewendet wird. In Einzelfällen erfolgt eine Abstimmung. Die Vereinbarung sieht ferner nach Beendigung der Projektphase eine Zusammenarbeit im Routinebetrieb vor.

Die Bewertung der Anforderungen aus dem Kriterienkatalog erfolgt an Hand einer festgelegten Punktezahl, die sich am PDCA- Zyklus orientiert (s. Abb. 1). Die KTQ®-Gesamtpunktezahl ergibt sich aus der Summe der Kriterienpunktezahlen bei den Kernkriterien einschließlich ihrer Gewichtung und kann je nach Anwendbarkeit der Kriterien auf das Krankenhaus variieren.

Zur Zertifikatvergabe muss ein Krankenhaus mindestens 55 Prozent der „adjustierten“ KTQ®-Gesamtpunktezahl erreichen, welche individuell für jedes Haus zu errechnen ist. Zu diesem Zweck wird die maximale Punktezahl der Kriterien, die ein Krankenhaus als für sich nicht zutreffend identifiziert hat, von der maximalen KTQ®-Gesamtpunktezahl (1299

Punkte) abgezogen. Die Mindestpunktezahl für die Zertifikatvergabe wird daher auch als Prozentsatz der „adjustierten“ KTQ®-Gesamtpunktezahl angegeben.

Die maximale Kriterienpunktezahl wird bei den Kernkriterien dann vergeben, wenn alle in den PDCA-Schritten konkret geforderten Aspekte dargestellt sind, d. h. zu jedem Kernkriterium sollte jede PDCA Frage konkret beantwortet werden. Bei einigen Kernkriterien kommt es vor, dass zu Check und/oder Act-Schritt(en) Standardfragen formuliert sind. In diesen Fällen ist es nicht notwendig, die Standardfragen zu jedem aufgeführten Aspekt zu beschreiben. Hier genügt es, wenn bzgl. der Standardfragen ein Aspekt ausgewählt und der PDCA-Zyklus damit für einen Aspekt vollständig beschrieben wird.

Darüber hinaus ist die vertragliche Zusicherung gegenüber der Zertifizierungsstelle, den KTQ®-Qualitätsbericht zeitgleich mit der Erteilung des Zertifikates zu veröffentlichen, eine Voraussetzung für die Zertifikatvergabe. Der zur Veröffentlichung im Internet bestimmte Qualitätsbericht wird von der Zertifizierungsstelle im Benehmen mit dem Krankenhaus erstellt. Um eine solche Zertifizierung zu erlangen, muss sich das Krankenhaus einer Fremdbewertung unterziehen, die am Ende eines jeweiligen Qualitätsmanagementzyklus steht. Der Zeitraum, der vom Zeitpunkt der ersten QM-Maßnahme bis zur ersten Fremdbewertung mit anschließend erteilter Zertifizierung im Krankenhaus vergeht, variiert von 9 bis 24 Monaten. Folgebewertungen schließen sich dann im Rhythmus von drei Jahren an. Ziel der Fremdbewertung ist es, durch hierarchisch und beruflich

PDCA	Beschreibung	Bedeutung für die Selbstbewertung
PLAN	Ist- Situation, Ziel- und Prozessplanung, Regelungen bzgl. der Verantwortlichkeit	1 Das Vorgehen ist fundiert 2 Es gibt explizit nachweisbare kriteriumsabhängige Planungen
DO	Umsetzung in die Praxis	3 Das Vorgehen ist strukturiert umgesetzt
CHECK	Überprüfung	4 Die Effektivität des Vorgehens und der Umsetzung werden regelmäßig gemessen
ACT	Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen	5 Lernorientierte Aktivitäten werden genutzt, um beste Praktiken und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und mit anderen zu teilen 6 Die Ergebnisse der Messungen und lernorientierten Aktivitäten werden analysiert und genutzt, um Verbesserungen zu identifizieren, zu priorisieren, zu planen und einzuführen

Abb. 1: „Plan-Do-Check-Act“.

gleichgestellte Persönlichkeiten aus verschiedenen Leitungsebenen, das Qualitätsmanagement des Krankenhauses zu hinterfragen und zu bewerten. Zu diesem Zweck wird ein Visitorenteam zusammengestellt, welches stets interdisziplinär, d. h. in der Regel mit je einer Person aus dem ärztlichen, kaufmännischen und pflegerischen Bereich des Krankenhauses, besetzt ist.

Die Visatoren sind ausschließlich aktive Krankenhausmitarbeiter in leitender Funktion, die durch die KTQ® akkreditiert worden sind.

Diese gesamte Entwicklung zu gestalten, stellt für alle Mitarbeiter im Krankenhaus eine permanente Herausforderung dar. Qualität zu beschreiben und zu zertifizieren, verlangt von kirchlichen Krankenhäusern, sich bezüglich der Wurzeln ihrer Werteorientierung und ihrer Wertemaßstäbe auf kontinuierliche Verbesserungen einzulassen.

Der Kurzcheck als effizienter Einstieg

Im Rahmen des Pilotprojektes nach pCC/KTQ® mit 17 Krankenhäusern aus der Diözese Osnabrück wurde ein Verfahren zur Bestandsaufnahme entwickelt. Dieses Stärken-/Schwächenprofil erhebt den Ist-Zustand, welcher alle relevanten Anforderungen nach pCC und KTQ® abbildet. Zu diesem Zweck wurden die 2250 Fragen aus dem pCC/KTQ®-Qualitäts-handbuch komprimiert zusammengestellt und der so entwickelte Fragebogen als Analyseinstrument eingesetzt, so dass die Ergebnisse in einem zweitägigen Workshop erarbeitet werden können. Der Kurzcheck stellt für Krankenhäuser, die über eine Zertifizierung nach KTQ®/pCC nachdenken oder ihr Qualitätsmanagement neu reflektieren wollen, eine Möglichkeit dar, eine erste Standortbestimmung bezüglich ihres QM vorzunehmen. Diese sind danach in der Lage, eine Konzentration auf das zukünftige Handeln bezüglich der Verbesserungsaktivitäten vorzunehmen.

Das Untersuchungsergebnis zeigt nach der Auswertung durch ein computergestütztes Verfahren einen

Trend zur Umsetzung auf, welches als Orientierungshilfe für das Krankenhaus zu verstehen ist. Aus diesen Trends lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten. Je nach Gewichtung der Relevanz und



Felix Klein, Mitarbeiter des Geschäftsbereiches QM, APB Unternehmensberatung, Münster

Notwendigkeit der Umsetzung können daraus eine Projektplanung entwickelt und Prioritäten für die eigene zukünftige Arbeit gesetzt werden.



Dr. Michael Greiling, Leiter Geschäftsbereich Controlling, APB Unternehmensberatung, Münster

Zur Einführung in den Kurzcheck werden die Erwartungen und die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmer mit QM auf einem Flipchart festgehalten, um am Ende des letzten Tages rückblickend sehen zu können, wie sich diese evtl. verschoben haben. So wird ein aktiver Einstieg der Teilnehmer gewährleistet.

Des Weiteren werden durch den Moderator der Kurzcheckveranstaltung die Bewertungsregeln vorgestellt und darüber hinaus auch erwähnt, worin es in dieser Veranstaltung nicht gehen soll, so ist

- der Kurzcheck kein Ersatz für die Selbst- und Fremdbewertung der Qualitätsmanagement-Modelle
- keine objektive Messung nach wissenschaftlichen, empirischen Gütekriterien ►

Hier steht im Heft eine Anzeige

1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung	1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern
3. Sicherheit im Krankenhaus	3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen	4. Informationswesen
5. Krankenhausführung	5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung
6. Qualitätsmanagement	6. Qualitätsmanagement
	7. Spiritualität
	8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Abb. 2: Vergleich der KTQ®-pCC-Qualitätskategorien.

Keine Anzeichen von Bewegung oder Entwicklung	Anfängliche Anzeichen tatsächlicher Entwicklung	Anzeichen für Entwicklung	Eindeutige Anzeichen für Entwicklung	Klare Ergebnisse																		
Keinerlei Planung, Umsetzung oder Überprüfung. Einige gute Ideen	Grundlegende Planung sowie die Umsetzung in Teilbereichen hat begonnen, gelegentliche Überprüfung	Planung weitestgehend abgeschlossen, Umsetzung im Gesamtprozess klar erkennbar, Überprüfungen liefern erste Ergebnisse	Umsetzung weitestgehend positiv durchgesetzt, regelmäßige sowie effektive Überprüfungen und Verbesserungen Erste Vergleiche mit anderen Einrichtungen	Ideale Umsetzung in allen Aspekten, Überprüfungen bestätigen hervorragende Ergebnisse, Verbesserungen werden effizient umgesetzt Regelmäßig positive Vergleiche mit anderen Einrichtungen																		
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Gewichtung:																		1	2	3	4	5

Abb. 3: Kategorie 1, Patientenorientierung in der Krankenversorgung.

Definition kirchliche Krankenhäuser:
 Kirchliche Krankenhäuser

- bemühen sich um die ganzheitliche Betreuung des Menschen (Körper, Psyche und Seele)
- arbeiten Berufsgruppen übergreifend in Teams
- achten die Würde des Menschen
- begleiten Sterbende auf ihrem letzten Weg
- stehen den Angehörigen nach Kräften bei

Beurteilen Sie die Gewichtung jedes einzelnen Kriteriums in Hinblick auf die Wichtigkeit für ein kirchliches Krankenhaus im Gegensatz zu einem nicht kirchlichen Krankenhaus.

Verwenden Sie dabei folgende Ausprägungen:

Eines der wichtigsten Kriterien für ein kirchliches Krankenhaus	Sehr wichtiges Kriterium für ein kirchliches Krankenhaus	Wichtiges Kriterium für ein kirchliches Krankenhaus	Weniger wichtiges Kriterium für ein kirchliches Krankenhaus	Unwichtiges Kriterium für ein kirchliches Krankenhaus
---	--	---	---	---

Abb. 4: Erläuterung der Gewichtung der Fragen Stellung und Selbstverständnis kirchlicher Krankenhäuser.

- es nicht so wichtig wie die einzelne Frage in ihrer Auswertung abschneidet, sondern vielmehr, wie sie im Vergleich zu anderen Fragen abschneidet (Gewichtung des weiteren Vorgehens)
- die Untersuchung keine Darstellung von wirklichen, wahren Tatbeständen, sondern die Feststellung von Trends und Richtungen, einer zukünftigen Konzentration auf ein umfassendes QM.

Vielmehr sollen Mitarbeiter-, Patienten-, und Prozessorientierung an Hand des Vorgehens, Umsetzung, Messung und Verbesserungsmöglichkeiten beurteilt werden.

Bei den bisher durchgeführten, je anderthalb Tage dauernden 50 Kurzchecks entsandten die jeweiligen Krankenhäuser eine 15 bis 20 Personen umfassende, interdisziplinäre Delegation, wodurch ein weiter Blickwinkel bei der Bearbeitung der Fragen gewährleistet ist und die jeweiligen Fragen zu den Qualitätskriterien aus vielfältigen Sichtweisen andiskutiert werden können, was für die Reliabilität der ermittelten Mittelwerte von Bedeutung ist. Zudem bietet der Kurzcheck für viele teilnehmende Krankenhäuser ein Diskussionsforum, das interdisziplinär und Berufsgruppen übergreifend eine wichtige Plattform bietet. Unterschiedliche Wahrnehmungen, verschiedenartige Interpretationen und vielerlei Probleme der Teilnehmer werden besprochen und abschließend dokumentiert und bewertet.

Die Kategorien

Die Fragebögen, die die Teilnehmer nach einer Diskussion ausfüllen, stellen eine Auswahl von 101 Kriterien aus KTQ®pCC (4.0) dar, unterteilt in acht Kategorien. In Abb. 2 werden diese acht Kategorien von KTQ® und pCC vergleichend gegenübergestellt.

Bewertung und Gewichtung

Zu jedem dieser acht Kategorien beantworten die Teilnehmer einen Fragebogen. In Abb. 3 sieht man die im Fragebogen eingetragenen Bewertungsskalen. Diese sind eingeteilt in eine Skala von 0 bis 100, sowie eine weitere 5polige Skalierung, die sich auf die Gewichtung bezieht. Die Bewertung eines Kriteriums mit 0 bis 100 %-Punkten steht für den Umsetzungsgrad im Krankenhaus. Hierzu hat der Teilnehmer als Einstufungshilfe die 5 Spalten oberhalb der

Bewertungsskala als Orientierung, die aus dem PDCA-Zyklus abgeleitet wurden (siehe Abbildung 3).

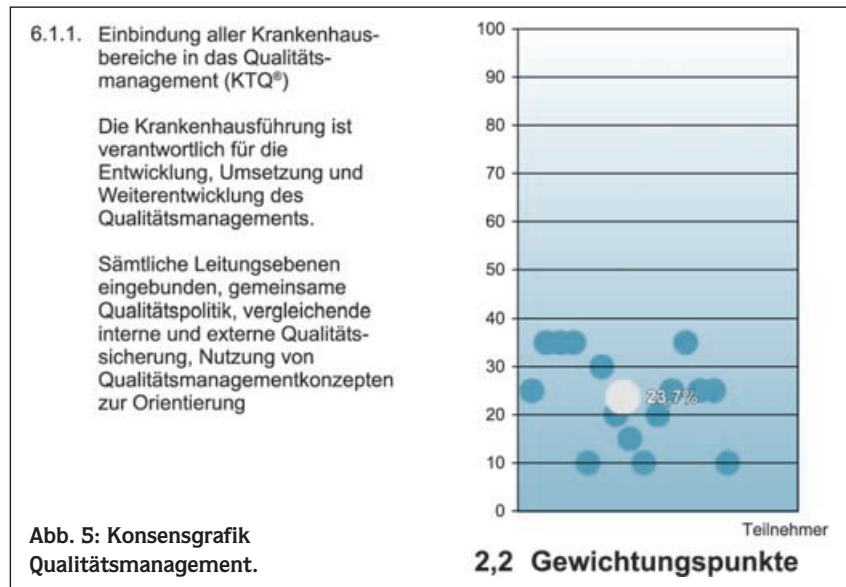
Des Weiteren müssen die einzelnen Unterfragen der acht Kategorien bezüglich ihrer besonderen Bedeutung für ein kirchliches Haus eingestuft werden. Dies geschieht in einer Abstufung von 1 bis 5, wobei die Einstufung 1 aussagt, dass der entsprechende Punkt ein herausragend wichtiger Punkt für ein kirchliches Haus sei, in Vergleich zu einem nicht kirchlichen Haus. Auch hierzu erhält der Teilnehmer wieder eine Hilfestellung (Abb. 4).

Im Folgenden soll nun der gesamte Prozessablauf Kurzcheck an Hand eines exemplarisch ausgewählten Kriteriums (6.1.1.) aufgezeigt werden, um einen Eindruck von Ablauf, Auswertung und Problempunkten in Krankenhäusern zu erhalten.

Ablauf

Begonnen wird die Veranstaltung mit einer ausführlichen Einleitung in die Thematik, wobei die Erwartungen und bisherigen Erfahrungen der Teilnehmer mit Qualitätsmanagement auf Flipcharts festgehalten werden. Der Einstieg beginnt mit einer möglichst übersichtlichen Kategorie, um so den Start in die Thematik und die Vorgehensweise zu erleichtern.

Nachdem das Kriterium (hier 6.1.1. „Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement“) vom Moderator vorgelesen und erläutert wurde, diskutiert das Plenum dieses Kriterium. Diese Konsensdiskussion ist ein wesentliches Charakteristikum des Kurzchecks, da sie die Möglichkeit bietet, auf kurzem Wege Verbesserungsbereiche je Kriterium zu identifizieren. Bei der anschließenden Bewertung der Kriterien im standardisiert geschlossenen Fragebogen stellt sich für den Teilnehmer jeweils die Frage: Wie beobachte ich nach der Diskussion und meiner eigenen Wahrnehmung die Umsetzung des betreffenden Kriteriums in unserem Krankenhaus? Die entsprechende Ausprägung kann der Teilnehmer auf der Bewertungsskala von 0 bis 100 % Punkten ankreuzen (siehe Abb. 3). Nachdem die gesamte Kategorie kurz diskutiert und bewertet wurde, wird sie parallel zur nächsten Kategorie ausgewertet, so dass den Teilnehmern schon wenige Minuten später die ersten Auswer-



wertungsergebnisse präsentiert werden können (siehe Abb. 5 und 6). Die Auswertungsergebnisse werden in Form von Punktwolkengraphiken und Balkendiagrammen dargestellt.

Auf der linken Seite der Darstellung ist das Kriterium 6.1.1. „Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement“ aufgeführt und darunter die ergänzende Beschreibung mit Angabe von Beispielen. Abbildung 5 ist eine Punktwolkengraphik bzw. Konsensgraphik, die auf der Abszisse die Anzahl der Teilnehmer und auf der Ordinate deren individuelle Bewertung in Form von dunklen Punkten zeigt. Der Mittelwert aus den Beurteilungen ist hell hervorgehoben. Zusätzlich ist unter der Graphik noch das Arithmetische Mittel der Gewichtungspunkte hinsichtlich der Wichtigkeit für kirchliche Krankenhäuser angegeben. Die weitere Auswertung zeigt eine Kriteriengraphik, die einen Überblick über die Mittelwerte aller Kriterien einer gesamten Kategorie wiedergibt (Abb. 6).

Während des gesamten Verlaufes wurden die Verbesserungsbereiche auf Metaplanwänden festgehalten und später in die Tabelle „Verbesserungsbereich“ (siehe Abb. 7, Seite 54) eingefügt. Darin sind stichpunktartig die Problemlagen festgehalten, die in den Kurz-/Konsensdiskussionen als verbesserungswürdig erarbeitet wurden.

Abb. 7 verdeutlicht den zum jeweiligen Kriterium zugehörigen Verbesserungsbereich mit Angabe von Bewertungs- und Gewichtungspunkten.

Die Interpretation der Auswertungen wurde in der folgenden Art und Weise von den Krankenhäusern vorgenommen:

- Als erstes wurde die Punktwolkengraphik betrachtet. Liegt die Verteilung der Bewertungen im oberen, mittleren oder unteren Drittel? Der größte Handlungsbedarf würde sich aus der Positionierung im unteren Drittel ergeben.
- Zusätzlich ist jedoch auch auf die Streuung der Ergebnisse zu achten. ▶

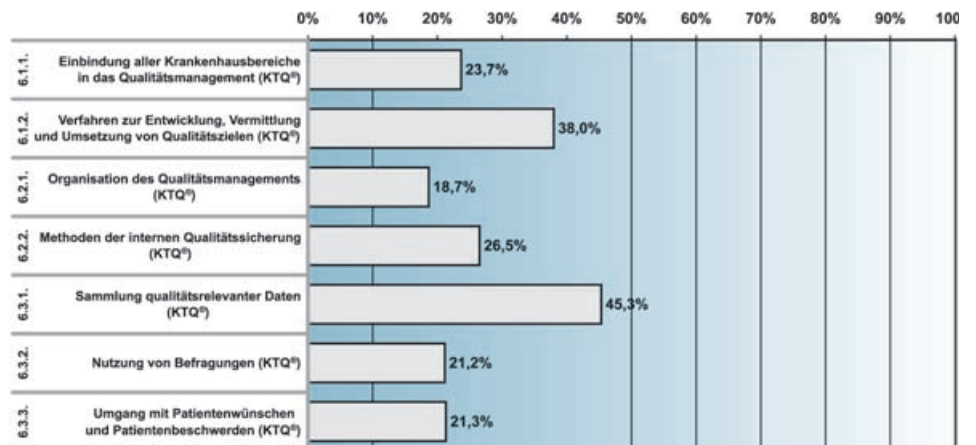


Abb. 6: Kriteriengraphik Qualitätsmanagement.

Kriterium	Verbesserungsbereich	Erfüllungsgrad in %	Gewichtung
6.1.1.	◆ Orientierung an Qualitätsnormen optimieren	23,7	2,2
6.1.2.	◆ Dokumentation der Qualitätsziele aufbauen	38,0	2,3
6.2.1.	◆ Strukturelle Form gestalten	18,7	2,3
6.2.2.	◆ Interne Qualitätssicherung ist ausbaufähig	26,5	2,2
6.3.1.	◆ Sammlung und Auswertung ausbauen und formulieren	45,3	2,1
6.3.2.	◆ Keine Befragung niedergelassener Ärzte	21,2	2,2
6.3.3.	◆ Für dieses Kriterium besteht allgemeiner Verbesserungsbedarf	21,3	1,9

Abb. 7: Verbesserungsbereiche der Kategorie Qualitätsmanagement.

Zeigt das Resultat die unterschiedliche Umsetzung in den verschiedenen Abteilungen oder in den unterschiedlichen Berufsgruppen?

- Danach ist die Auflistung der Verbesserungsbereiche zu berücksichtigen. Was wurde zu den verschiedenen Kriterien notiert? Wo bestehen Probleme in der Umsetzung?
- Als letztes können alle Auswertungen der acht Kriteriengraphiken, die einen Überblick über die Mittelwerte aller Kriterien einer gesamten Kategorie wiedergeben, „untereinandergelegt“ werden. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, Prioritäten zu setzen sowie eine Ent-

scheidung bezüglich der Energie bzw. des Mitteleinsatzes zur Verbesserung zu treffen. Welche Kriterien sieht das Krankenhaus als die dringlichsten und notwendigsten Punkte zur Optimierung an?

Erfahrungen aus bisherigen Kurzchecks

Eine Auswertung über die ersten Kurzchecks mit insgesamt 21 Krankenhäusern besagt, dass diese, eingeteilt in eine Gruppe mit 6 Krankenhäusern (Gruppe A) und eine Gruppe mit 15 Krankenhäusern (Gruppe B), insgesamt 7 Korrelationen aus einem

6 Krankenhäuser der Gruppe A		15 Krankenhäuser der Gruppe B	
Kategorie Kriterium	Prozent	Kategorie Kriterium	Prozent
Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung 2.2.2. Festlegung der Qualifikation	30,3	Umgang mit Mitarbeitern Mitarbeiter sind qualifikationsentsprechend eingesetzt	30,8
Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung 2.3.1. Praktizierung eines Mitarbeiterorientierten Führungsstils	38,8	Führung und Leitung Einheitlicher Führungsstil wird gelebt, Mitarbeiterbedürfnisse werden systematisch erfaßt und berücksichtigt	28,2
Krankenhausführung 5.1.1. Entwicklung eines Leitbildes	33,8	Umgang mit Mitarbeitern Handeln der Mitarbeiter ist Leitbildkonform	27,1
Qualitätsmanagement 6.2.1. Organisation des Qualitätsmanagement	17,0	Gesellschaft Existiert ein umfassendes Qualitätsmanagement?	38,1
Qualitätsmanagement / Krankenhausführung 6.3.2. Nutzung von Befragungen	28,3	Trägerverantwortung Regelmäßige wissenschaftliche Befragungen zur Verbesserung der Leistung	29,3
Gesellschaft 8.3.2. Betriebliches Umweltinformationssystem	58,1	Gesellschaft Umfassende Regeln zum Umweltschutz	49,8

Abb. 8: Korrelation der Problemkriterien aus 21 Krankenhäusern.

der drei am schlechtesten bewerteten Kriterien jeder Kategorie aufweisen (s. Abb. 8). Die Gesamtauswertungen der 6 Krankenhäuser sind auf der linken und die Werte der 15 Krankenhäuser auf der rechten Seite aufgeführt. Die Kategorien sind teilweise unterschiedlich benannt, verfügen aber über vergleichbare Inhalte. Der Kurzcheck wurde seit Januar 2001 ständig weiterentwickelt, so dass unterschiedliche Versionen der Qualitätsnormen als Grundlage verwendet wurden. In der Spalte Kategorie/Kriterium ist zuerst die Kategorie und dann das entsprechende Kriterium genannt, das mit dem in der gegenüberliegenden Spalte insofern korreliert, als dass es ebenfalls zu den drei am besten bzw. schwächsten bewerteten Kriterien dieser bzw. einer vergleichbaren Kategorie gehört.

Bei einer Vielzahl der bisher durchgeführten 50 Kurzchecks lässt sich das Ergebnis aus Abb. 8 bestätigen. Häufig sind die Bereiche

- Mitarbeiterorientierung,
- Grundsätze der Führung,
- Leitbildentwicklung und leitbildkonformes Handeln,
- Umsetzung des Qualitätsmanagements,
- Nutzung von Befragungen (Mitarbeiter, Patienten, niedergelassene Ärzte) sowie die
- Konzeptionen zur Umweltorientierung

am schlechtesten ausgeprägt. Weiterhin lässt sich die Beobachtung bestätigen, dass die Konzeptionen zur Seelsorge und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen nicht in ausreichender Weise gestaltet werden.

An Hand der übersichtlichen Darstellungen der Auswertungsergebnisse bietet der Kurzcheck eine kurze und effektive Methode, den Ist-Zustand des Krankenhauses innerhalb eines Stärken-/Schwächenprofils darzustellen und die Entscheidungen zur Umsetzung zu unterstützen. ■

Dr. Michael Greiling

Leiter Geschäftsbereich Controlling

Felix Klein

Mitarbeiter des Geschäftsbereiches QM
Unternehmensgruppe Ev. Treuhand/APB
Wüllerstr. 3
48149 Münster