

Qualitätskriterien selber setzen!

I. Das Beispiel Krankenhaus-Sozialarbeit

*Weil alles, was wir tun, und alles, was wir sind, in Gefahr ist und weil die Gefahr unmittelbar und gnadenlos ist,
ist jeder Mensch der richtige Mensch zum Handeln und jeder Augenblick der richtige Augenblick für den Anfang,
beginnend mit dem gegenwärtigen Augenblick.*

Jonathan Schell

Die Sozialberatung im Krankenhaus ist ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus durch fachliche Hilfen für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben.¹

Die in diesem Bereich tätigen SozialarbeiterInnen arbeiten oft alleine und müssen sich im Berufsalltag gegen die im Krankenhaus etablierten und sehr professionell auftretenden Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte behaupten, und stehen gleichzeitig in Auseinandersetzungen mit Kostenträgern und der Krankenhausverwaltung.

Eine Zeit, die gerade im Gesundheitswesen von Qualitätsdiskussionen geprägt ist, in denen nach Effektivität (Wirksamkeit von Maßnahmen) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen) gefragt wird, hat sich die Situation der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nochmals erschwert:

In der konkreten Praxis geht es nunmehr nicht mehr nur um die Durchsetzung einer bestmöglichen psychosozialen Versorgung der PatientInnen, sondern zugleich auch um die Wahrung professioneller Standards für die eigene Arbeit.

In dieser Situation haben M. Trost, E. Nußbaum, S. Jaensch-Solibieda, M. Marquardt, I. Wals und M. Müller als „DBSH Bundesfachgruppe Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ das „Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus-Sozialarbeit“ entwickelt.

Anders als in üblichen Verfahren zur Qualitätssicherung wird nicht das „System Krankenhaus“ insgesamt und im Rahmen eines „Top-Down-Prozesses“ untersucht. Vielmehr werden der spezifische Aufgabenbereich des Sozialdienstes zwischen divergierenden Trägerinteressen (Krankenhaus, Krankenkassen, usw.), kollegialer Struktur (Sozialdienst in Beziehung zu technischen, medizinischen und pflegerischen MitarbeiterInnen), Bedürfnissen der

¹vgl.: Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., Basisinformation und Handlungskonzept für die Sozialarbeit im Krankenhaus, Eigenverlag, Mainz, 1996; S.6f..

PatientInnen und Erwartungen der Angehörigen in seiner Eigenständigkeit aus der Praxis heraus verortet und die besonderen Leistungen der Sozialen Arbeit benannt.

Es soll erreicht werden, daß sich Politik und Kostenträger bei der personellen und sachlichen Ausstattung von Sozialberatungen an einem Konzept ausrichten, das sich nicht an abstrakten Kennzahlen orientiert, sondern die Erfordernisse des spezifischen Arbeitsbereiches benennt.

Damit wird zugleich die Professionalität und der Nutzen der Sozialen Arbeit als eigenständiger Bereich im „System Krankenhaus“ verdeutlicht und für andere Berufsgruppen im Krankenhaus transparent gemacht.

Mit dieser Vorgehensweise hat das „Lörracher Qualitätskonzept“ bereits kurz nach seinem Erscheinen über den Gesundheitsbereich hinaus Anerkennung gefunden.

Viele in der Sozialen Arbeit Beschäftigte sehen ein solches Konzept nicht nur als Möglichkeit der Beschreibung und Verortung der eigenen Tätigkeit, sondern auch als Grundlage für einen strategischen Ansatz zur Festigung und zum Ausbau der methodischen und strukturellen Rahmenbedingungen:

Indem aus der eigenen Expertenrolle heraus Aufgabenbereiche, Methoden und notwendige Standards für eine gute Arbeit beschrieben werden, kann „vor Ort“ ein Gegenpol zu vermeintlichen Rationalisierungsbemühungen geschaffen und zugleich auf die politischen Rahmensetzungen eingewirkt werden.

Kurz: Es lohnt sich, das „Lörracher Qualitätskonzept“ auch auf andere Felder der Sozialen Arbeit zu übertragen.

Im Folgenden schildern die Autoren des „Lörracher Qualitätskonzeptes für die Krankenhaus-Sozialarbeit“ ihren Weg und ihre Erfahrungen mit der Erarbeitung eines Konzeptes „aus der Praxis für die Praxis“. Der folgende Beitrag geht dabei besonders auf die:

- Voraussetzungen für einen kreativen Gruppenprozeß
- notwendige Arbeitsschritten und Methoden
- politische Durchsetzung von Qualitätsstandards

ein.

II. Die Kreativität der Gruppe nutzen

Erfahrung ist nicht das, was mit einem Menschen geschieht.

Sie ist das, was ein Mensch aus dem macht, was mit ihm geschieht.

A. Huxley

Das zu entwickelnde Qualitätskonzept soll dem Anspruch Leitlinie und Hilfsinstrument für das jeweilige Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit zu sein, gerecht werden.

Dabei ist es von Bedeutung, die Erfahrung und die Kreativität von KollegInnen über den eigenen Träger hinaus in den Gruppenprozeß einzubringen.

Bereitschaft sich einzulassen

Durch die Bereitschaft seine eigenen Erfahrungen anzuschauen, sie zu hinterfragen und zu prüfen wird das versteckte Wissen und kreative Potential geweckt. Über eine vertrauensvolle

Zusammenarbeit wird es möglich auch liebgewonnen Ansichten und Verhaltensweisen aufzugeben und durch Neues zu ersetzen.

Problembewußtsein - Sinnfindung seiner Handlung

Wer im Rahmen seiner alltäglichen Praxis rundum zufrieden ist wird nicht motiviert sein, sich zu engagieren. Sich der Probleme bewußt zu sein, schafft die Voraussetzung für den Willen Qualitätskriterien selbst zu setzen und nicht von "außen" vorgegesetzt zu bekommen.

Die Lust zum Engagement aber entsteht in der Gruppe über die Entwicklung einer geteilten Vision von optimaler Qualität, die Fragen nach Erwartungen, Zielen und möglichem Gewinn zu beantworten hilft.

Ressourcen an Zeit und Energie bestimmen

Um ein Qualitätskonzept erarbeiten zu können braucht es die Handlungsfähigkeit des Einzelnen im Team.

Für die Gruppe ist es von Bedeutung, daß ihre Mitglieder voneinander wissen, wieviel zeitliche Ressourcen jeweils eingebracht werden können und wo die Grenzen sind.

Erfolgreiches Handeln kann dann immer noch zu größerem Engagement motivieren und zu überraschenden Wendungen führen.

Gute Kenntnis von anderen Institutionen

Da das zu entwickelnde Qualitätskonzept nicht nur für den eigenen Arbeitsplatz gelten soll, sind gute Kenntnisse anderer Institutionen vonnöten. Es braucht das Unterscheidungsvermögen, was als allgemeingültig benannt werden kann, und was sehr spezifisch nur am eigenen Arbeitsplatz gilt.

Bereitschaft sich in einen offenen Prozeß einzulassen

Für den kreativen Prozeß braucht es eine grundsätzliche Offenheit, sich auch auf das scheinbare Chaos einzulassen. Es gilt mehr spürend, als wissend den Weg zu suchen.

Effektive Kommunikationsstrukturen – Informationsfluß

Je kürzer und unkomplizierter die Wege sind, sich zu treffen und Informationen miteinander auszutauschen, um so günstiger für den Prozeß. Modernste Kommunikationsmittel machen es leichter.

Wichtiger ist jedoch der persönliche Austausch, das Zuhören, das aufeinander vertrauen, das geben von Rückmeldungen, die Bereitschaft Konflikte auszutragen und Störungen zu bearbeiten und ihnen nicht auszuweichen.

Aufgaben- und Rollenverteilung

Die Aufgaben und Rollen sollten in offener Gruppendiskussion der fachlichen und persönlichen Kompetenz der einzelnen Mitglieder entsprechend für alle transparent verteilt werden.

Es gilt eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Vertrauen kann wachsen und entstehen durch klare Aussagen und gutes Zuhören, sich anerkennen und sich gegenseitig ernst nehmen.

Jeder leitet sich selbst und die Gruppe

Jeder bestimmt selbst was er sagen will, was er in den Gruppenprozess einbringen möchte und was nicht. Somit trägt jeder Verantwortung für sein eigenes Handeln. Jedes Gruppenmitglied muß mit dem Ergebnis leben können. Das Ergebnis soll auch dieses Bewußtsein schaffen: der Sozialarbeiter ist in seinem Arbeitsfeld kompetent und selbstbewußt. Er leitet sich und trägt Verantwortung für sein Handeln.

Das sinnvollste Ergebnis für die Gruppe ist immer auch das sinnvollste Ergebnis für jeden einzelnen

D. Lynch

Wachstum der persönlichen Kompetenz

Die vertiefende Einarbeitung in das Thema bewirkt eine zunehmend differenzierte Wahrnehmung des eigenen beruflichen Handelns. Eigene Kompetenzen, Handlungsabläufe werden hinterfragt und verbessert.

Die Gruppe wächst zusammen und gestaltet Freiräume - Zukunftswerkstatt

Die Arbeitsgruppe orientiert sich zunächst am Modell der Zukunftswerkstatt von R. Jungk. Bei dieser Werkstattarbeit gibt es drei Phasen. Die Kritik-, die Phantasie- und die Verwirklichungsphase.²

In der **Kritikphase** hat jeder der Gruppe die Gelegenheit alles zu äußern, was ihn in seiner täglichen Arbeit stört, ihm mißfällt, was er zu kritisieren hat. Alles soll hier Platz haben. In dieser Phase wird auch deutlich, wo der Schuh drückt und was es alles zu verändern und zu verbessern gibt.

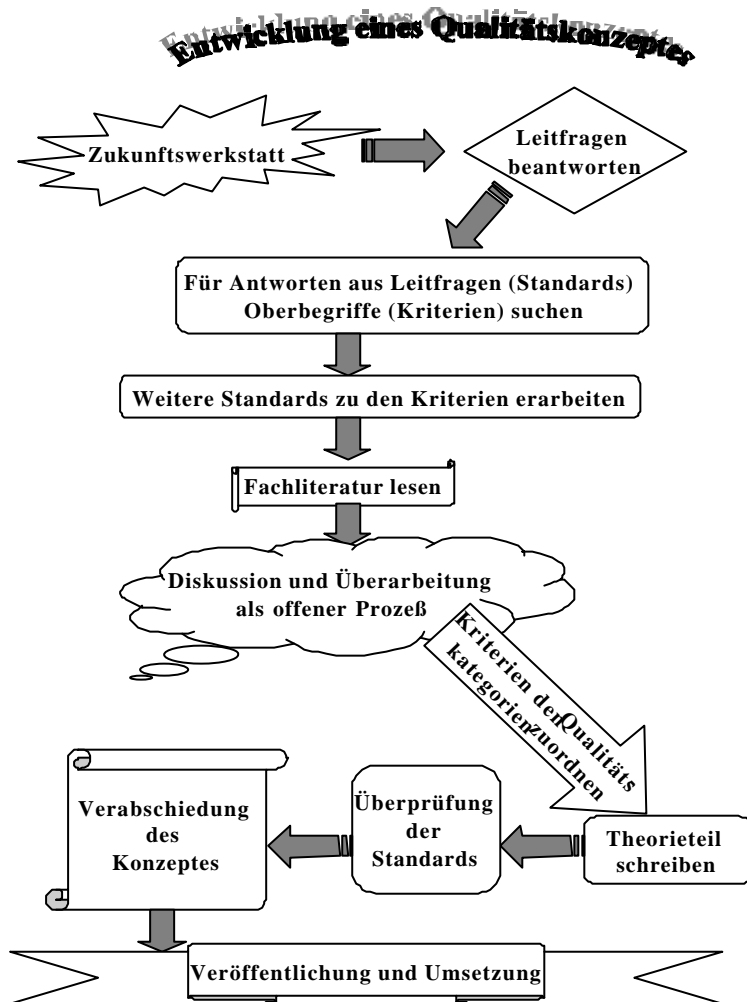
In der **Phantasiephase** wird jeder dazu aufgefordert, das sonst Undenkbare zu denken, experimentierfreudig, neugierig, unangepaßt zu sein. An den Äußerungen sollte keine Kritik laut werden, "everything goes".

In der **Verwirklichungs- und Praxisphase** gilt es die Ergebnisse der Phantasiephase mit den realen Bedingungen in Einklang zu bringen. Die Umsetzungsschritte werden konkret anhand von Zeit- Orts- und Verantwortlichkeitsbedingungen geplant.

²vgl.: Jungk R., Müllert N., Zukunftswerkstätten, München 1989

III. Mögliche Vorgehensweise

Folgende Grafik veranschaulicht die einzelnen Schritte:



1. Einstieg - Zukunftswerkstatt

Als Einstieg in das Thema eignet sich die Durchführung der oben beschriebenen Zukunftswerkstatt.

2. Leitfragen beantworten

Als nächstes beantwortet die Arbeitsgruppe folgende Leitfragen:

- "Was macht qualitativ gute und professionelle Sozialarbeit in meinem Arbeitsfeld aus?"
- "Welche Bedingungen oder Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?"
- "Wie sehen Arbeitsabläufe idealtypisch aus?"
- "Woran kann ich feststellen, daß ich gute Arbeit geleistet habe?"

In einem Brainstorming werden Antworten auf die Leitfragen notiert und in der Gruppe gewichtet. Es geht hierbei um die Beschreibung eines optimalen, idealtypischen Zustands.

3. Für Leitfragen Oberbegriffe suchen

Die aufgrund der Leitfragen gewonnenen Antworten verstehen wir als "Qualitätsstandards" für eine optimale Soziale Arbeit. In dem nun folgenden Schritt werden die Standards ihrem Inhalt nach geordnet. Anschließend sucht man nach Oberbegriffen. So findet man erste Merkmale oder Kriterien, die eine qualitativ optimale Sozialarbeit beschreiben.

Ein Beispiel aus dem „Lörracher Qualitätskonzept“: Unter dem Oberbegriff *„Effektive Kommunikationsstruktur“* lassen sich die „tägliche Präsenz auf Station“, das „eigene Postfach“ sowie die Aussage, daß die Sozialberatung schriftlich eingeschaltet werden soll, zusammenfassen. Für die Forderung nach einem Büro in zentraler Lage und das Faxgerät wurde der *Oberbegriff „Umgebung/Arbeitsbedingungen“* eingeführt. Koordinationsfähigkeit und abgeschlossenes FH-Studium der Sozialarbeit wurden zunächst unter dem Begriff *„Kompetenzniveau“* zusammengefaßt.

4. Weitere Standards zu den „Oberbegriffen“ erarbeiten

Als nächstes überlegt sich die Arbeitsgruppe, welche weiteren Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit z.B. von einer „effektiven Kommunikationsstruktur“ gesprochen werden kann (z.B. wöchentliche Teamsitzung).

Mit Hilfe der gewonnenen Standards soll die Beurteilung der Qualität erfolgen. Der gesetzte Standard legt die Grenze zwischen einer guten und einer schlechter Leistung fest. Haben die Kriterien den Maßstab definiert, an dem die Qualität gemessen werden soll, so zeigen die Standards das Ausprägungsmerkmal, bei dem von guter (oder schlechter) Qualität gesprochen werden kann.³ Dabei ist zu beachten, daß die Standards meßbar, verläßlich, sensitiv und überprüfbar sind.

5. Fachliteratur lesen

In dieser Phase des Erarbeitens empfiehlt es sich, sich mit den Grundlagen der verschiedenen Qualitätsmodellen (TQM, EFQM oder ISO 9000ff.) auseinanderzusetzen. Auch die Lektüre der Standardwerke zur Qualitätsentwicklung (u.a. Donabedian⁴) ist zu diesem Zeitpunkt sinnvoll.

6. Diskussion und Überarbeitung – ein offener Prozeß

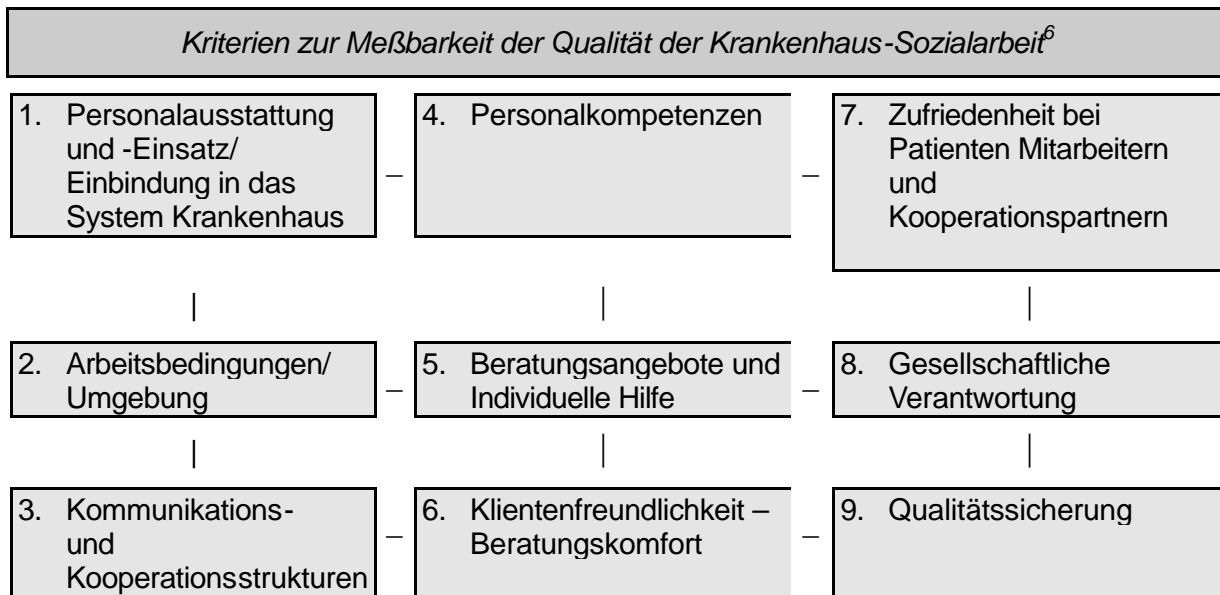
In weiteren Treffen diskutiert die Gruppe die bisher gewonnenen und jeweils schriftlich zusammengefaßten Ergebnisse.

So gibt es quasi von Beginn an (als Ausfluß der Zukunftswerkstatt) eine "Grundversion" des Qualitätskonzeptes an der nun gefeilt werden muß. Nun wird nach weiteren Standards gesucht, welche die Kriterien "mit Leben füllen", sie verständlich und vor allem meßbar machen. In dieser Phase kann es gut sein, daß einige Kriterien wieder gestrichen, umbenannt, mit anderen zusammengelegt werden oder daß sich andere Oberbegriffe als sinnvoller erweisen.

Für die Krankenhaus – Sozialarbeit wurden schließlich folgende Kriterien erarbeitet:⁵

³ vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Leitfaden für Qualitätssicherung im Krankenhaus, Wien, 1994, S. 28

⁴ vgl. Donabedian, Advedis, Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol 1-3 Health Administration Press 1980,1982,1985



7. Kriterien gängigen Qualitätskategorien zuordnen

Sind die Kriterien festgelegt, wird versucht, sie den in der Literatur verwendeten Qualitätskategorien (Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität⁷) zuzuordnen. Sollte man dabei feststellen, daß es zu einem der drei Qualitätsbereiche noch kein erarbeitetes Kriterium gibt, empfiehlt es sich, gemeinsam nach einem solchen zu suchen. Am obigen Beispiel finden sich in der ersten Spalte (1.-3.) die Kriterien der Strukturqualität, in der zweiten (4.-6.) die der Prozeßqualität und in der dritten Spalte (7.-9.) die Kriterien der Ergebnisqualität.

8. Theorieteil des Konzeptes schreiben

Die zum Verständnis des zu entwickelnden Konzeptes notwendigen theoretischen Fachbegriffe, sowie eine kurze Einführung in das Thema Qualität, werden der Kriteriensammlung vorangestellt. Hierzu gehört neben den Begriffsdefinitionen auch eine kurze Beschreibung des Arbeitsfeldes, für welches das Qualitätskonzept entwickelt wird.

9. Überprüfung der Standards

In einem nächsten Schritt wird auf alle Standards die „RUMBA Regel“⁸ angewendet. Daß heißt, es wird überprüft, ob die Standards:

a) für das Kriterium relevant sind,

⁵ Trost, Nussbaum et.al; Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaussozialarbeit, Eigenverlag, Seite 10, Lörrach 1999

⁶ Graphik in Anlehnung an das EFQM-Modell für Business Excellence, vgl. European Foundation for Quality Management, Brüssel 1996.

⁷ vgl. ebd.

⁸ Vgl. Havard Medical School, Havard

- b) auch für Dritte verständlich sind,
- c) konkret meßbar und operationalisierbar sind,
- d) veränderbar sind,
- e) überhaupt jemals erreichbar sind.

Für diesen Arbeitsschritt sollte sich die Gruppe Zeit zur gemeinsamen Diskussion über die einzelnen Standards nehmen.

10. Vorstellung des Konzeptes

Nun ist der Zeitpunkt gekommen, das Konzept einem größeren Fachpublikum vorzustellen und mit anderen Kollegen darüber zu diskutieren. Hierzu sucht man den Kontakt mit Fachgruppen seines Arbeitsfeldes. Denkbar sind Werkstattberichte bei regionalen Fortbildungsveranstaltungen oder die gezielte Weitergabe des Konzeptes an befreundete Kollegen aus demselben Arbeitsfeld. Ziel ist es Anregungen für die Weiterentwicklung des Konzeptes zu erhalten, und mögliche „blinde“ Flecken in der Gruppe zu vermeiden.

Will man die sich aus dem Konzept ergebenden trägerbezogenen und berufspolitischen Forderungen umsetzen, und will man das Erarbeitete als Qualitätsstandard für alle in dem Arbeitsfeld Tätigen definiert wissen, ist es sinnvoll, sich dem Berufsverband anzuschließen.

11. Austausch mit Mitgliedern anderer Verbände

In der Regel ist man, gerade bei einem so aktuellen Thema wie das der Qualität, nicht der Alleinige, der an einem Konzept arbeitet. Es ist daher erforderlich sich mit anderen Fachkollegen, die an ähnlichen Konzepten für das eigene Arbeitsfeld arbeiten, auszutauschen.

12. Wissenschaftliche Begleitung

Eine wichtige Bereicherung ist auch die Rückmeldung von Seiten der Wissenschaft. Hierzu empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit interessierten FachhochschuldozentInnen oder anderen im Feld engagierten WissenschaftlerInnen.

13. Erstellung eines Beurteilungsrasters

Um das erarbeitete Qualitätskonzept auf die Praxis anzuwenden zu können bietet sich die Erstellung eines Beurteilungsrasters zur Selbstevaluation analog zum bestehenden Konzept an. Das bedeutet, daß alle im Konzept geforderten Standards operationalisiert werden müssen. Für die Umsetzung der einzelnen Kriterien und Standards vergibt man Punkte, deren Höhe von der „Wichtigkeit“ des Standards abhängen. Ziel des Beurteilungsrasters ist es, anhand des erarbeiteten Punkterasters, eine konkrete Aussage über die Qualität der Sozialarbeit machen zu können.

Schwierig wird es bei der Bewertung z.B. des Kriteriums „Personalkompetenzen“. Bei der als Standard geforderten Kritikfähigkeit ist man auf eine ehrliche Selbsteinschätzung angewiesen. So gesehen ist das Qualitätskonzept immer auch ein Instrument zur Selbstevaluation.

14. Veröffentlichung des Konzeptes

Nach dem Einarbeiten zusätzlicher Anregungen aus Wissenschaft und Praxis und der Aufnahme des Beurteilungsrasters sollte das Qualitätskonzept veröffentlicht werden. Diese dient nicht nur der Bereicherung des fachlichen Diskurses um das Thema Qualität, sondern auch als Einstieg in die fach- und berufspolitische Diskussion.

III. Umsetzung des Konzeptes

Umsetzung vor Ort

Die „Qualität“ eines so entstandenen „Qualitätskonzeptes“ beweist sich vor allem an seinen Chancen zur Umsetzung. Der Weg zum Ziel (eben gute Arbeit machen zu können) beginnt bei der eigenen Praxis.

Nicht nur die Autoren eines Qualitätskonzeptes sollten etwas für die eigene Arbeit mitnehmen können, sondern auch KollegInnen, die nicht unmittelbar an dem Erarbeiten mitgewirkt haben. So gesehen ist ein Qualitätskonzept Grundlage für notwendige Selbstevaluation, die nach den eigenen Kompetenzen und Verfahren fragt.

Durch das Beurteilungsraster wird deutlich, an welcher Stelle Verbesserungen notwendig sind. Bewährt hat sich ein Verfahren, bei dem zu Beginn des Jahres Ziele für die eigene Arbeit formuliert werden. Am Ende eines Jahres, bei einer erneuten Überprüfung der Arbeit durch das Beurteilungsraster, sieht man, ob die Qualität der Arbeit verbessert wurde.

Gleichzeitig ist aber auch nach den strukturellen Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zu fragen, diese zu ändern. „Gute Arbeit“ bedeutet auch, gegenüber dem eigenen Träger, im kollegialen und lokalen Umfeld auf Verbesserungen hinzuwirken und sich z.B. an Organisationsentwicklungsmaßnahmen im Krankenhaus mit eigenen Zielsetzungen zu beteiligen.

Politische Umsetzung

Aus jedem praxisrelevanten Qualitätskonzept heraus sollten sicher sozial-, fach- und berufspolitische Ziele entwickeln lassen.

Diese sollten möglichst konkret sein und sich jeweils auf einzelne Handlungsfelder beziehen lassen (z.B. Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, Träger, Gesetzgebung, usw.).

Darauf aufbauend gilt es, sich auf eine Strategie zur Umsetzung zu verständigen.

Das Dokumentieren der Folgen nicht vorhandener Qualitätsstandards für KlientInnen, Politik und Kostenträger ist ein erster möglicher Schritt.

Von Bedeutung ist auch der Zusammenschluß im kollegialen Umfeld, die Vernetzung mit anderen Akteuren und die Abstimmung von Zielen, deren Durchsetzung realistisch erscheint.

Das Beispiel Krankenhaus-Sozialarbeit

Als erster Schritt wurden berufspolitische Forderungen formuliert, wie z.B.:

In den Krankenhausgesetzen der Länder oder in entsprechenden Richtlinien des Bundesgesundheitsministeriums ist die Einrichtung von Krankenhaus – Sozialberatungen und deren Besetzung mit SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen (gesetzlich) verbindlich festzuschreiben.

In den Berechnungen zu den Tagessätzen bzw. den begleitenden Ausführungsbestimmungen sind die mit dem Betrieb der Krankenhaus – Sozialberatung anfallenden Kosten aufzunehmen. Dabei ist ein Stellenschlüssel von

Innere Medizin	1:100
Chirurgische Betten	1:150
Andere Fachabteilungen	1:180
Allgemeinkrankenhaus	1:160

zu vereinbaren.

Gleichzeitig wurde eine Zusammenarbeit des DBSH mit der „Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.“ vereinbart.

IV. Ausblick

Die Entwicklung um das „Lörracher Qualitätskonzept“ zeigt nicht nur, wie produktiv und befriedigend die Arbeit in regionalen Gruppen sein kann. Es zeigt auch, daß überall dort, wo Engagement konkret ist, gemeinsame Visionen entwickelt werden und viele KollegInnen betroffen sind, strategische Sozialarbeit Spaß machen und erfolgreich sein kann.

Wenn wir als SozialarbeiterInnen unserer Expertenrolle in der Vermittlung zwischen System und Lebenswelt gerecht werden wollen, bedarf es den Mut, sich nicht einseitig von Politik und Kostenträgern vorschreiben zu lassen, was „gute Arbeit“ ist.

So gesehen brauchen wir neben dem „Lörracher“ auch das „Berliner“, „Münchener“ und „Kölner Qualitätskonzept“.

Kontaktadressen:

Michael Trost
St. Elisabethenkrankenhaus Lörrach
Feldbergstr. 15
79539 Lörrach
Tel. 07621/171-5400
Fax 07621/171-5498

Peter Marquart
Hochrheinklinik GmbH
Bad Säckingen
Postfach 1218
79703 Bad Säckingen
Tel. 07761/558-382
Fax 07761/558-352