

VPP



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

HEFT 59

Dezember 2022

Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung



EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

ein ereignisreiches Jahr geht zu Ende. Im September wurde der VPP-Vorstand neu gewählt und wir begrüßen drei neue Vorstandsmitglieder – siehe dazu den Bericht im Heft. Sehr aktiv haben wir uns dieses Jahr bei den bundesweiten KV-Wahlen 2022 engagiert. Und inhaltlich sind wir aktuell sehr mit den weitreichenden Gesetzesprozessen zur Sterbehilfe, Digitalisierung und zur kontrollierten Abgabe von Cannabis gefordert.

In dieser Ausgabe widmen wir uns im Schwerpunkt den Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung intelligenzgeminderter Patientinnen und Patienten. Die Autorinnen Anika Gabriel und Dr. Almut Helmes skizzieren das Arbeitsfeld und geben viele praktische Informationen, z. B. zu besonders zu beachtenden Faktoren in der Therapie. Dr. Elke Stodolka beleuchtet in einem weiteren Beitrag zu unserem Schwerpunktthema die therapeutischen Besonderheiten im KJP-Bereich.

Die ehemalige VPP-Vorsitzende, Dr. Johanna Thünker, gibt einen ausführlichen Überblick zur Psychotherapeutenausbildungsreform. Jan Frederichs (Justiziar des BDB e. V.) berichtet u. a. zu den Fallstricken bei einem (hälftigen) Praxisverkauf. Und nicht zuletzt stellt der „Ethikverein e. V. – Ethik in der Psychotherapie“ sich mit seiner wichtigen Arbeit vor. Viel Spaß bei der Lektüre!

Wir wünschen Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit und einen guten sowie gesunden Start in das neue Jahr!

Mit kollegialen Grüßen

Dipl.-Psych. Susanne Berwanger
Vorsitzende des VPP im BDP e. V.



INHALT

Editorial	3
-----------	---

Schwerpunktthema

Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	4
--	---

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung	8
--	---

Quo vadis, Psychotherapie?	12
----------------------------	----

Ethikverein e. V. – Ethik in der Psychotherapie	16
---	----

Verkauf der „halben Praxis“	18
-----------------------------	----

Neuer Vorstand des VPP gewählt	19
--------------------------------	----

Veranstaltungskalender	20
------------------------	----

Impressum	20
-----------	----

Die Private Kranken-Versicherung – (k)eine Alternative zur GKV?	21
---	----

Highlights aus dem Online-Magazin psyllife	22
--	----

Ein Überblick

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Alle 90 Minuten wird in Deutschland ein Kind geboren, das mit einer geistigen Behinderung leben wird: Es entwickelt sich, aber langsamer; es denkt, wenn auch einfacher; es lernt, nur nicht so leicht. Im Folgenden soll es aber gar nicht ausschließlich um Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung gehen, sondern um ein viel weiteres Spektrum, nämlich die Gesamtheit von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.

Diese Kinder und Jugendlichen haben ein bis zu vierfach höheres Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken. Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland wird als unzureichend eingeschätzt (Metaxas et al., 2014). Schwerer geistig Behinderte bleiben oft unversorgt, so meine persönliche Erfahrung. Die Ursachen dafür sind vielschichtig.

Aktuelle Situation

Derzeit fehlen vielfach die zeitlichen und finanziellen Ressourcen – und es sind letztendlich jetzt bereits „Good-will-Leistungen“, die in der Therapie mit Patientinnen und Patienten, die intelligenzgemindert sind, aufgebracht werden. Dazu gehören z. B. konkrete Anleitungen von Fachkräften oder Angehörigen vor Ort, Besuche zu Hause und/oder in der Schule oder in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Bei Abrechnung von Kassenleistungen gibt es hierfür keine EBM-Nummer, die diesen zusätzlichen Aufwand vergüten kann. Dies wäre aber notwendig, um aus der Ecke des Engagements einzelner herauszukommen. Oft hören wir Stimmen von Therapeutinnen und Therapeuten, dass das ambulante Setting unpassend sei bzw. nicht ausreiche. Konkret würden bereits erste Psychotherapiegespräche häufig an organisatorischen Problemen wie zum Beispiel aufsuchende Psychotherapie vor Ort, Begleitungen von Betreuerinnen und Betreuern oder den Transportkosten zur Praxis scheitern.

Darüber hinaus fehlt oftmals auch aus den unterschiedlichsten Gründen die Bereitschaft, mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zu arbeiten. Oft werden vor allem in der eingeschränkten bzw. mangelhaften Introspektions- und Reflexionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten Probleme gesehen. Deren oft eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten erschweren die Arbeit noch zusätzlich. Zudem weisen noch immer Curricula der Ausbildung dieses Thema nicht ausreichend aus, und Weiterbildungen zur Nachqualifizierung werden nur punktuell und noch nicht ausreichend angeboten. Außerdem erfordert die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung eine enge Vernetzung und Kooperation mit unter-

schiedlichen Einrichtungen, Fachdiensten und Berufsgruppen, die für und an einer angemessenen Versorgung und Betreuung eben dieser Patientinnen und Patienten arbeiten. Das bedarf der Bereitschaft, interdisziplinär zu arbeiten.

Meine Erfahrungen auf diesem Weg sind dann positiv, wenn es gelingt, kollegial eng zusammenzuarbeiten, sich gegenseitig zu informieren und vor allem zu klären, wer woran arbeitet. Vorgeschaltete Helferkonferenzen sind insgesamt in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen empfehlenswert. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sind sie jedoch unerlässlich! Genauso wichtig wird es sein, mit den Kostenträgern notwendige Abrechnungsmodalitäten zu vereinbaren.

Zusammenhang Intelligenzminderung – Verhaltensauffälligkeiten?

Eine grundlegende Frage, die sich Betreuerinnen und Betreuer, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Lehrkräfte, Bezugspersonen und natürlich auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der praktischen Arbeit stellen, ist die Frage, wie Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten zusammenhängen. Oft wird in der alltäglichen Auffassung oberflächlich davon ausgegangen, dass ein kausaler Zusammenhang besteht. Dies ist eine Besonderheit der psychotherapeutischen Arbeit und ergibt sich auch aus dem Umstand, dass Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung ebenso wie solche ohne Intelligenzminderung Verhaltensauffälligkeiten zeigen können. Auf Grund der Unfähigkeit zur kognitiven Eigenreflexion ihres Verhaltens zeigen sich diese Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung oft extremer und länger andauernd. Das kann zu Schwierigkeiten im diagnostischen und im therapeutischen Prozess führen. Deshalb ist es mir an dieser Stelle auch ein Bedürfnis, immer wieder auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Supervision, sowohl für ambulant tätige Therapeutinnen und Therapeuten als auch für Teams, hinzuweisen (vgl. Ettrich/Stodolka, 2014).

Diagnostik

Die Diagnostik, die Abklärung der Symptome und die Differenzialdiagnostik richten sich wie bei anderen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen „...nach den Gesetzmäßigkeiten und Verfahrensweisen wie bei nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen. Sie bedürfen punktuell besonderer Diagnoseverfahren, über die man sich informieren muss. Die psychiatrisch-klinischen Syndrome werden auf

der MAS – Achse I (einschließlich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen F84), umschriebene Entwicklungsrückstände auf der Achse II, körperliche Störungen (einschließlich der sogenannten Verhaltensphänotypen) auf Achse IV, die begleitenden abnormen psychosozialen Bedingungen auf Achse V und die Beurteilung der psychosozialen Anpassung auf Achse VI erfasst“ (Hennicke et al., 2009, S. 13).

Für Kinder und Jugendliche mit leichter Intelligenzminderung können nach der ICD-10 und ICD-11 zusätzlich zur Diagnostik der F81 (umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten) Verhaltensauffälligkeiten mit der Codierung der F91 (Störungen des Sozialverhaltens) vorgenommen werden. Für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung, für die die Codierungen F70 – F79 verwendet werden, können Zusatzkodierungen für zusätzlich auftretende Verhaltensstörungen angewandt werden. Informationen müssen durch Sammlung und Befragung von mehreren zuverlässigen, unabhängigen Quellen erhoben werden. Im Vordergrund steht dabei die Exploration der Eltern und Bezugspersonen wie Großeltern, Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher und andere Verwandte und Freunde. Die Kinder und Jugendlichen können im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit einbezogen werden. Ziele der medizinischen, psychiatrischen, psychologischen und u.U. der genetischen Diagnostik liegen in der Einschätzung des Funktionsniveaus der Patientin oder des Patienten und damit in der Einschätzung der Ausprägung der Intelligenzminderung. Sie gibt uns Aufschluss über die Wahl der Methoden für die psychotherapeutische Arbeit. Es ist erforderlich, dass diese Diagnostik von qualifizierten Fachärzten durchgeführt wird und uns uneingeschränkt zur Verfügung steht (Hennicke et al., 2009). Auf der Basis der gesammelten Diagnosen von Fachärztinnen und Fachärzten, der Berichte von Behörden und der Ergebnisse der vertieften Exploration ist die Diagnostik auch mittels testpsychologischer Verfahren möglich und notwendig. Sie ist notwendig, um vorhandene Diagnosen abzusichern und ggf. vorhandene Ressourcen zu erkennen oder Begabungsinselformen zu identifizieren.

Entwicklungsstand berücksichtigen

Deshalb muss bei der Wahl des Verfahrens der tatsächliche Entwicklungsstand des Kindes oder des/der Jugendlichen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist bei sehr jungen Kindern eine umfassende Entwicklungsdiagnostik z. B. auch von Frühförderstellen erforderlich. Eine aussagereiche Übersicht von Tests und Entwicklungsverfahren finden wir in den Leitlinien (Hennicke, Klauß 2016, S. 77 ff.). Ein weiterer un-



Bei der Wahl des Verfahrens muss der Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigt werden

verzichtbarer Bestandteil der Diagnostik ist selbstverständlich die Intelligenzdiagnostik, sowohl bei leichter als auch bei schwerer Intelligenzminderung. Bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten liefert die Verhaltensbeobachtung und die Wahrnehmung des Interaktionsgeschehens mit dem Kind oder der/dem Jugendlichen einen wichtigen Beitrag. Dabei kommt der Verhaltensbeurteilung eine wichtige diagnostische Funktion zu. Sie gibt Aufschluss darüber,

- wie ein Kind sich in Anforderungssituationen verhält,
- wie es auf Überforderung und Nichtwissen reagiert,
- wie es an die Lösung verschiedener Aufgabenstellungen herangeht,
- wie es seine Bedürfnisse mitteilt, welche Umweltbedingungen ihm angenehm sind,
- wie Zuneigung und Ablehnung gezeigt werden und auch
- wie es mit Veränderungen im Alltag zurechtkommt.

Die Verhaltensbeurteilung hat die verfügbaren diagnostischen Informationen zum Entwicklungsstand des Kindes oder der/des Jugendlichen miteinzubeziehen. Wenn z. B. beklagt wird, dass ein Kind mit Intelligenzminderung sich nur dann an Regeln hält, wenn es sich unmittelbar beobachtet weiß, so ist dies nur dann als eine Verhaltensauffälligkeit zu bewerten, wenn es solche Normen überhaupt verstehen und verinnerlichen kann (Hennicke et al., 2014). Insgesamt ist aber auch darauf zu achten, dass die diagnostische Situation das Kind oder die/den Jugendlichen nicht unangemessen belastet und dadurch zusätzliche Verhaltensprobleme ausgelöst werden. Durch die gewonnenen Ergebnisse kann eine Verhaltensanalyse erstellt werden. Dafür sollten direkt Beobachtungsmethoden und Verhaltensanalysen in vivo (z. B. im Rahmen von Haus- und Schulbesuchen) genutzt werden. Mithilfe von individuell erstellten Beobachtungsprotokollen können Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Frequenz und Ausprägung protokolliert werden.

Spezifische Therapieformen?

Warnke (2006) betont: „Eine spezifische **Therapie** psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gibt es nicht. Die Besonderheit liegt vielmehr darin, die allgemeinen Prinzipien und Verfahren sowie Techniken der Psychotherapie störungsspezifisch der jeweils individuell ausgeprägten Behinderung und den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen des Kindes, aber auch den Ressourcen der Bezugsperson anzupassen“ (Warnke, 2006, S. 469).

Und Henricke schreibt: „In der psychotherapeutischen Arbeit sollten bei Kindern mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen aufgrund der hohen Komplexität der Problematik multimodale Interventionsstrategien Berücksichtigung finden. Das bedeutet, dass:

- auf den verschiedenen Ebenen Individuum, Familie und Umfeld mit jeweils unterschiedlicher somatischer, psychischer und sozialer Fokussierung,
- mit unterschiedlichen Methoden ...
- in unterschiedlichen Settings ...

wirksame Interventionen durchgeführt werden können ...“ (Henricke et al., 2009, S. 42).

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sollte darauf geachtet werden, dass je schwerer die Kinder und Jugendlichen intellektuell beeinträchtigt sind, umso intensiver die Beratung der Bezugspersonen im Vordergrund der Arbeit stehen sollte. Die Psychoedukation über die speziellen Auswirkungen der Intelligenzminderung auf das soziale Lernen und die Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten zur Alltagsbewältigung, aber auch auf die Fähigkeit, angemessen Gefühle zu zeigen, ist wie bei allen Kindern und Jugendlichen, selbstverständlich. Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist die psychoedukative Arbeit aber umfassender, nachhaltiger und vor allem auf Interaktion angewiesen. Vor allem Berichte von Bezugspersonen sollten zur Informationssammlung für ein gemeinsames Problemverständnis genutzt werden. Nur so lassen sich gemeinsame Ziele ohne Missverständnisse formulieren.

Bedeutung der Bezugspersonen

Bei der Behandlungsplanung müssen Bezugspersonen mit einbezogen werden. Sie sollten am besten die Rolle von Co-Therapeutinnen und Co-Therapeuten oder Alltagsunterstützerinnen und Alltagsunterstützern erhalten. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Elterntrainings entwickelt, die in modularer Form Anwendung finden können, um Bezugs-

personen zu sensibilisieren. Belegt sind Wirksamkeiten der Elterntrainings hinsichtlich konsequenten Verhaltens von Bezugspersonen (Henricke et al., 2009).

Konsequente Reaktionen von Bezugspersonen sind für alle Kinder und Jugendliche klare Orientierungen im Alltag und Haltegriffe für eigenes Handeln. Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sind diese Haltegriffe ganz besonders wichtig und entscheiden mitunter darüber, welches Verhalten gezeigt wird und ob Veränderungen gelingen können. Dabei sind **Spiel- und Verhaltenstherapie** je nach Alter gut validiert und eignen sich. Wenn kommunikative Fähigkeiten eingeschränkt sind, so sollten nonverbale Therapieformen wie Musik- und Kunsttherapie bevorzugt werden. Der in der Behandlung autistischer Störungen etablierte TEACCH-Ansatz kann auch Kinder und Jugendliche ohne autistische Symptomatik darin unterstützen, eine bessere Orientierung im Alltag und eine verbesserte Kommunikation zu erlangen (Henricke et al., 2009).

Verhaltenstherapie mit ihren Möglichkeiten, soziale Kompetenzen zu verbessern, Problemlösungen zu erlernen, Selbstinstruktionen zu geben und Selbstwirksamkeit zu erlernen, bietet auch Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und deren Bezugspersonen, Verhaltensänderungen zu erleben (Mendes et al., 2013). Dabei gilt es zu beachten, dass weniger immer mehr ist! So bedarf es **kleinschrittiger Arbeit**, um Überforderung zu vermeiden. Es sollte genau darauf geachtet werden, dass Problemverhalten nicht noch verstärkt wird. Stattdessen sollten erwünschte Verhaltensweisen oder die Bemühung darum eine positive Konsequenz nach sich ziehen (ebenda). Es sollten individuell wirksame Verstärker gesucht und gefunden werden, um motivational zu arbeiten (Verstärkerlernen). Dabei kommt der eigenen Reflexion eine wichtige Bedeutung zu. Das Kind, der oder die Jugendliche soll lernen, selbst zu erkennen, was zur positiven Konsequenz geführt hat. Dies kann entweder durch das Gespräch erfolgen oder gemeinsam reflektiert werden. Auch der Einsatz von Videos oder Fotos kann sich hier bewähren.

In jedem Fall sollte die Veränderung alltagswirksam sein. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die **Reflexionen von Bezugspersonen** einzuholen und die positiven oder negativen Verstärker gemeinsam festzulegen. Diese wirken wesentlich nachhaltiger, wenn das Kind oder der/die Jugendliche mit Intelligenzminderung selbst mitgehört wird und mitentscheiden darf. Neben kleinschrittiger Arbeit gekoppelt mit Verstärkern bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sollte immer beachtet werden, dass das Abstra-

hierungsvermögen dieser eingeschränkt ist, d.h. ihre Vorstellungskraft von Gesagtem ist unterentwickelt. Aus diesem Grund sollte möglichst vieles, was gesagt wird, visualisiert und hinterfragt werden. Die Arbeit mit Büchern, Anschauungsmaterial, Bildkarten und Übersichten hilft dem Kind, besser zu verstehen.

Besonders bewährt hat sich bei dieser Arbeit die **nondirektive Spieltherapie**. D.h., es wird im Spiel nichts vorgegeben, das Kind oder der/die Jugendliche entscheidet selbst, was es, er oder sie sich zum Spielen aussucht. Das Spielmaterial steht in der vorbereiteten Umgebung zur Verfügung. Anhand der gewählten Spielmaterialien können Kinder und Jugendliche die sie bewegenden Themen verdeutlichen. Ständige Wiederholung der Spielthemen dient der Festigung der Inhalte und der Erkenntnisse. D.h., für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sollten Therapeutinnen und Therapeuten sich darüber bewusst sein, dass eine **Langzeittherapie** dafür erforderlich sein wird, was gut begründbar ist.

Das **Einführen von Ritualen** hilft, in der Therapiestunde eine klare Struktur herzustellen. Das ist bei allen Kindern und Jugendlichen, egal mit welcher psychischen Problematik sie kommen, wichtig. Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sind die Berücksichtigung klarer Strukturen und eine Vermeidung von Reizüberflutung besonders wichtig. Sicherheitsgebende Rituale können Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung auch helfen, z.B. Phobien und Ängste abzubauen. Oft zeigen sie ein stark aufmerksamkeitsuchendes Verhalten. Dies wird auch oftmals eingesetzt, um Anforderungen zu vermeiden. Das Kind oder den/die Jugendliche/n darauf zu lenken, Anforderungen zu erfüllen, ist therapeutisch wichtig.

Neben klaren Strukturen ist bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung auch ein **deutlicher Wechsel von**

Anspannung und Entspannung in der therapeutischen Arbeit erforderlich. Nach Phasen intensiven Arbeitens sollten Pausen eingelegt werden, die sowohl der Befriedigung von Bedürfnissen (Essen, Trinken und Toilettengang) als auch der Entspannung dienen. Kleine Traumreisen, Igelballmassagen oder Vorlesen von kurzen Geschichten können dabei ebenso helfen wie das Hören von Musik oder Gespräche. Ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – nicht nur mit Intelligenzminderung – ist Humor. Gemeinsames Lachen schafft bei Kindern und Jugendlichen (und eigentlich auch bei Erwachsenen) eine Wohlfühlatmosphäre. Und wer sich wohlfühlt, kommt gern wieder.

Resümee

Die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung unterscheidet sich im Wesentlichen nicht in der Anwendung von Techniken und Methoden von der Arbeit mit anderen Kindern und Jugendlichen. Einige Besonderheiten gilt es doch zu berücksichtigen, um erfolgreich zu arbeiten. Es ist eine sehr schöne und dankbare Arbeit, denn so viel gefühlvolle Reflexion, wie diese Personengruppe sie zeigt, tut gut und ist Bestätigung für diese nicht einfache Arbeit.

Dr. Elke Stodolka ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Heilpädagogin, Autorin, Dozentin und Supervisorin für verschiedene Aus- und Weiterbildungs-einrichtungen und soziale Träger.



© privat

Die Literaturliste ist unter www.vpp-aktuell.de/leseproben als Download verfügbar.

Unsere Kurse für Psychologische Psychotherapeutinnen

Sterben, Tod und Trauer
03.02.2023 - 04.02.2023, **DE-Würzburg**
Dr. Elisabeth Jentschke
320,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB230203A)

Was, Wann, Wie? – Therapiekonzepte in verschiedenen Krankheitsphasen
10.02.2023 - 11.02.2023, **DE-Berlin**
Dr. Dipl.-Psych. Angelika Thöne-Otto
320,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB230210A)

Hirn und Herz – Liebe, Partnerschaft und Sexualität nach Hirnschädigung
24.02.2023 - 25.02.2023, **DE-Bremen**
Dipl.-Psych. Tobias Gräßer
320,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB230224A)

Psychologische Behandlung chronischer Schmerzen
31.03.2023 - 01.04.2023, **DE-Veitshöchheim***
Dipl.-Psych. Andreas Binder
315,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB230331A)

Anamnese, Exploration und Verhaltensbeobachtung in der Neuropsychologie
21.04.2023 - 22.04.2023, **DE-Bremen**
Dipl.-Psych. Gerhard Müller
320,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB230421B)

Das neuropsychologische Gutachten – Einführungskurs
06.10.2023 - 07.10.2023, **DE-Berlin**
Dr. Thomas Merten
325,00 €; 16 Std. (Kursnr.: FB231006B)

neuoräum Fortbildung · Semmelstraße 36/38 · D-97070 Würzburg · Tel. +49.931.46 07 90 33 · Fax: +49.931.46 07 90 34 · info@neuoräum.de · www.neuoräum.de

neuoräum
Freude an Fortbildung

* bei Würzburg