

Psychodrama- Aufstellungsarbeit mit einer depressiven Klientin

Ein Fallbericht

Gilbert Suchanek

Zusammenfassung Im vorliegenden Artikel beschreibe ich den therapeutischen Prozess einer depressiven Patientin in einer psychiatrischen Reha Klinik mit besonderem Fokus auf die Abläufe und Rituale in einer Psychodrama- Aufstellungsgruppe. Ersichtlich wird in dieser Fallgeschichte die Notwendigkeit, traumatische Erfahrungen in der Biografie von depressiven PatientInnen zu berücksichtigen und dafür auch entsprechende Therapiemaßnahmen anzubieten.

Schlüsselwörter Psychodrama- Aufstellungsarbeit- Stationäre Gruppenpsychotherapie- Psychiatrische Rehabilitation- Trauma- Depression

Pictures of a Constellation Session

Psychodrama- Constellation Work in a stationary setting

Abstract In this article i describe the therapy process of a depressive female patient in a psychiatric rehabilitation clinic with special focus on the procedures and rituals during a psychodrama- constellation session. This case study also shows that it's necessary to consider traumatic experiences in the biography of depressive patients and to offer adequate therapies for this special group of patients.

Keywords Psychodrama- constellation work- stationary group psychotherapy- psychiatric rehabilitation- trauma- depression

Die psychotherapeutische Arbeit entfaltet sich vor allem in der Anfangsphase einer Therapie als hermeneutischer Prozess des gegenseitigen Kennenlernens und Verstehens. Diagnosen und Krankheitshypothesen, aber auch die Therapierichtung, müssen immer wieder überprüft, in Frage gestellt und bei Bedarf auch neu angepasst werden- bei depressiven PatientInnen trifft dies aus meiner Erfahrung in besonderem Maße zu. In meinem Fallbeispiel war es möglich, die vielfältigen Persönlichkeitsanteile (Rollencluster) der Klientin schrittweise durch die Psychodrama- Therapie, zunächst im Einzelsetting und in der Gruppenpsychotherapie, dann aber auch besonders in der Aufstellungsgruppe kennenzulernen.

1 Die Protagonistin

Fr. S. ist 52 Jahre alt, war bis vor zwei Jahren als technische Zeichnerin tätig und befindet sich nun in Invaliditätspension. Die Zuweisungsdiagnose für den Aufenthalt in der Reha Klinik war „Mittelgradige depressive Episode“. An Beschwerden beschreibt Fr. S. depressive Symptome, sowie eine generalisierte Wut „auf die Welt“, die Angst um das Leben des Sohnes (Drogensucht) und massive soziale Ängste, bzw. Rückzugstendenzen. Im Gespräch macht Fr. S. klar, dass es auch in Bezug auf die Reha sehr hohe Erwartungshaltungen gibt, aber eben auch wenig Hoffnung (Ambivalenz). Fr. S. ist eine große, schlanke Frau mit langer, gewellter, roter Haarpracht, sichtlich bedacht auf ein gepflegtes und kreativ gestaltetes äußeres Erscheinungsbild.

1.1 Herkunftsfamilie

Fr. S. ist als mittleres von drei Geschwistern bei ihren Eltern aufgewachsen, hat einen älteren Bruder, eine jüngere Schwester. Die Kindheit war von Gewalt und Übergriffen durch den Vater gegen die Mutter und auch gegen die Kinder geprägt, sie beschreibt diese Zeit als einzigen „Albtraum“. Nicht „sichtbar“ zu sein wäre extrem wichtig gewesen (Überlebensstrategie). Gleichzeitig war es immer wichtig, nach außen den Schein einer gutbürgerlichen Mittelstands- Familie aufrecht zu erhalten. In der Klosterschule hätte es ebenfalls harte Bestrafungen und Demütigungen als Erziehungsmittel gegeben, diese Zeit erinnert sie als sehr schwierig und deprimierend -von den dortigen Schwestern wurde ihr beispielsweise immer wieder versichert, dass sie den „Teufel im Leib“ hätte. In ihren Beziehungen wiederholte sich dann die Erfahrung, emotionaler und körperlicher Gewalt ausgesetzt zu sein, bzw. sich schwach, abhängig und ohnmächtig zu fühlen. Es kam dann sogar zu psychotischen Episoden und Suizidversuchen aufgrund völliger Erschöpfung und Überforderung. Trotz aller Krisen und Schwierigkeiten versuchte sie ihrem Sohn eine gute Mutter zu sein, sie hatte immer den Wunsch, auch irgendwann beruflich „durchzustarten“ (machte sich sogar mit einer eigenen Firma selbständig, was allerdings im Konkurs endete).

1.2 Soziales Atom

Fr. S. hat einen 21 jährigen Sohn (B.), der vor drei Jahren einen Schlaganfall erlitten hat, inzwischen aber wieder seinen Alltag gut bestreiten kann. B. ist schon seit seinem 12. LJ. Im Drogenmilieu unterwegs, hat verschiedenste Drogen konsumiert. Er befindet sich derzeit im Substitutionsprogramm für Opiatabhängige. Fr. S. verbringt täglich 2- 3 Stunden bei ihrem Sohn zu Hause, hat selbst kaum andere Kontakte, berichtet, dass sie in Bezug auf die Erziehung und Entwicklung des Sohnes auch schwerwiegende Schuldgefühle hätte. Außer dem Kontakt zum Sohn gibt es nur sporadische Treffen mit der jüngeren Schwester, mit der sie sich gut versteht.

1.3 Diagnosen

Aufgrund der biografischen Anamnese und der vielfältigen Symptome kann bei der Patientin von einer *komplexen Traumafolgestörung, bzw. von einem schweren Bindungstrauma* ausgegangen werden. Es finden sich die Kernsymptome der PTBS (Intrusionen, Rückzugstendenzen, Hyperarousal) plus Somatisierungsneigung und innerer Rollenfragmentierung, sowie dissoziative Symptome, z.B. Depersonalisationserfahrungen. Trotz früher struktureller Defizite schaffte es Fr. S. ausreichende Handlungskompetenzen auf allen drei Rollenebenen (psychosomatische, psychodramatische und soziodramatische Rollenebene) zu erlangen. Auffällig ist allerdings das Aufrechterhalten eines Co-abhängigen/symbiotischen Bindungsstils, den Fr. S. auch bereits mit ihren Partnern gelebt hat.

1.4 Ressourcen

Kraftquellen, erzählt Fr. S., wären für sie die täglichen Yoga- Einheiten in der Früh (1-2 Stunden), dies würde ihr die nötige Stabilität verschaffen, sonst gäbe es ohnehin nicht viel. An bisherigen Therapieerfahrungen beschreibt sie einige Sitzungen im Einzelsetting in einer Beratungseinrichtung. Vor allem die Arbeit mit dem „Inneren Kind“ wäre hilfreich gewesen, da könne sie ihre Fantasie einsetzen und sie könnte sich auch gut vorstellen, da anzuknüpfen.

1.5 Therapieverlauf

Im Laufe der ersten Wochen habe ich mit der Klientin ein Genogramm, sowie einige Übungen zur psychischen Stabilisierung erarbeitet. Fr. S. erwies sich dabei in der Arbeit auf der „Inneren Bühne“ (Imagination) als äußerst kreativ: Sie konnte ihrem „Inneren Kind“ begegnen, als dieses bereits in einem ruhigen Waldstück unter der lockeren Erde begraben lag. Ihr „Jüngeres Selbst“ war aber noch nicht tot, sondern hielt sich noch mit wiederkehrenden Wutattacken am Leben...Mit Geduld, Interesse und liebevoller Aufmerksamkeit war eine vorsichtige Begegnung, eine Art „Wiederbelebung“ möglich.

2 Stationäres Therapiesetting

Im Rahmen eines 6- wöchigen (psychiatrischen) Rehabilitations- Aufenthaltes absolvieren die PatientInnen eine Gruppenpsychotherapie (4x wöchentlich, je 1,5 Std.), sowie eine Einzeltherapie (1x wöchentlich je 50 min). Die weiteren medizinisch- therapeutischen Angebote sind interdisziplinär breit aufgestellt (Ergotherapie, Körpertherapie, Physiotherapie, etc.). Seit mehreren Jahren biete ich die Psychodrama Aufstellungsgruppe in der Reha Klinik als psychotherapeutische Ergänzung an (1x wöchentlich, je 2 Std., 10- 15 TeilnehmerInnen). Diese hat sich zur vertieften Bearbeitung von individuellen Themen sehr bewährt, die Ergebnisse und Erfahrungen können auch wieder in den laufenden Therapieprozess einfließen.

Zielgruppe sind Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen jeder Altersgruppe (Kinder und gerontopsychiatrische Patienten ausgenommen). Die häufigsten Diagnosen betreffen die Depression in den verschiedensten Schattierungen, also die „Affektive Störung“ (ICD F 30- 39). Tatsächlich stellt sich oft erst im Verlauf des Aufenthaltes heraus, um welche Beschwerden und Probleme es wirklich geht („die vielen Gesichter der Depression“: Traumatisierungen, Persönlichkeitsstörungen, Burnout, Suchtprobleme, etc.). Bei vielen PatientInnen ist außerdem eine Multimorbidität gegeben, d.h. es sind mehrere krankheitswertige Symptome (z.B. Angststörungen) vorhanden, sowie zusätzlich somatische Diagnosen, wie z.B. Schmerzsymptome, Schlafstörungen, u.ä.

3 Die Psychodrama- Aufstellungsgruppe

Die Abläufe und Rituale in der Aufstellungsgruppe sind weitgehend an das psychodramatische Aufstellungsverfahren nach Roswitha Riepl angelehnt (vgl. Riepl 2011, Riepl 2015). Aufgrund der stationären Rahmenbedingungen (Zeitknappheit, inhomogene Gruppenzusammensetzung, Berücksichtigung von PatientInnen mit strukturellen Defiziten, u.a.) muss die Vorgangsweise immer wieder leicht modifiziert (meist auch vereinfacht) werden. Insgesamt hat sich aus meiner mehrjährigen Erfahrung das psychodramatische Aufstellungsformat jedoch bestens bewährt.

- Während des ersten Termins (Anwärmprozess) werden soziometrische Differenzierungsübungen zum gegenseitigen Kennenlernen durchgeführt und die einzelnen Schritte im Prozessablauf genau erklärt: z.B. Aufgaben der Hilfs- Iche, Bedeutung der Aufstellungsbilder, etc. Dies ist insofern wichtig, da viele TeilnehmerInnen auch schon mit anderen Aufstellungsformaten Erfahrungen gesammelt haben.
- Die Auswahl der ProtagonistInnen, sowie der StellvertreterInnen und des Anliegens findet bei jedem Termin „live“ in der Gruppe statt. Der gesamte Prozess ist für alle Anwesenden transparent, dadurch ist eine hohe emotionale Mitbeteiligung und Kohärenz gewährleistet- „Therapie *in* der Gruppe, *durch* die Gruppe, *für* die Gruppe und *der* Gruppe“ (Moreno, 1956, zit. nach Leutz, 1974).
- Die Gruppe wird als wichtige Ressource verstanden, als heilsamer Rahmen („Container“) für selbst- überfordernde Emotionen und Affekte. Bereits die Teilnahme als Hilfs- Ich in einer Aufstellung kann bereits wesentliche Impulse für den eigenen

- Therapieprozess bringen, manchmal wird im Feedback sogar berichtet, dass gar keine „eigene“ Aufstellung mehr nötig sei.
- Handlungsleitend ist der *protagonistenzentrierte Ansatz im Psychodrama*. Viele depressive PatientInnen leiden unter den starren, dysfunktionalen Rollenmustern im Sinne der Verfolgung von „perfekten Zielen“ (vgl. Schacht 2010, S 141). Häufige Symptome: soziale Rückzugstendenzen/ Absage an Ich-Du- Begegnungen, sowie Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht, Fehlen von Aktionshunger, etc. Die Förderung von Selbstwirksamkeit, emanzipatorischem Handeln, Kreativität und Spontaneität (*aller TeilnehmerInnen*) steht daher im Zentrum des Geschehens, statt dem Finden von „Lösungen“ für Einzelne und der Selbstinszenierung des Aufstellungsleiters.
 - Während aller 3 Phasen der Aufstellung (Anwärmphase, Spielphase, Integrationsphase) können die Impulse, Rückmeldungen oder auch Fragen der Hilfs- Iche und BeobachterInnen immer wieder ins Gesamtgeschehen miteinbezogen werden. Erstaunlich immer wieder wie wohltuend es für (depressive) PatientInnen sein kann, gewählt, gehört und gebraucht zu werden und welche sozialen Kompetenzen dann plötzlich sichtbar werden.
 - Arrangements in der Aufstellungsgruppe: Familienaufstellungen, Ego- State- Aufstellungen (Soziokulturelles Rollenatom), Ressourcenaufstellungen, Körperbild- Aufstellungen, Aufstellung des Sozialen Atoms, etc. Besonders die Kombination von Aufstellungsarbeit und szenischen Elementen, Dialogen bewährt sich hervorragend.

4 Die Psychodrama- Aufstellung

4.1 Erwärmungsphase

Fr. S. war bei den ersten beiden Aufstellungen schon dabei gewesen und meldete sich nun als Protagonistin mit dem Anliegen, ihren Glaubenssatz „Das Leben ist eine unzumutbare Schweinerei“ zu verändern. Ziel: Den Sohn „freigeben“, wieder zur eigenen Lebendigkeit und Leichtigkeit finden. Als explizites Kriterium (siehe Riepl 2011, S 62-63) wurde „Leichtigkeit und Lebendigkeit“ festgelegt. Fr. S. wählt dann die folgenden Rollen für ihre Hilfs- Iche aus:

Double/ StellvertreterIn, Sohn, Leichtigkeit und Lebendigkeit, Glaubenssatz (GS), Sucht/ Abhängigkeit, Trauer (T1 und T2)

Vor dem Betreten der Bühne lade ich die Klientin (die sichtlich aufgereggt ist) noch zu einer kurzen Achtsamkeitsübung ein, die im Einzelsetting bereits eingeübt wurde (Atemtechnik, Hier- und Jetzt- Fokus), erst dann erfolgt der nächste Schritt.

4.2 Aufstellungsphase (Spielphase)

Während des ersten Positionierens der Hilfs- Iche ist Fr. S. sichtlich bereits viel ruhiger, es entsteht folgendes erstes Bild (die Spitze zeigt die Blickrichtung an)¹.

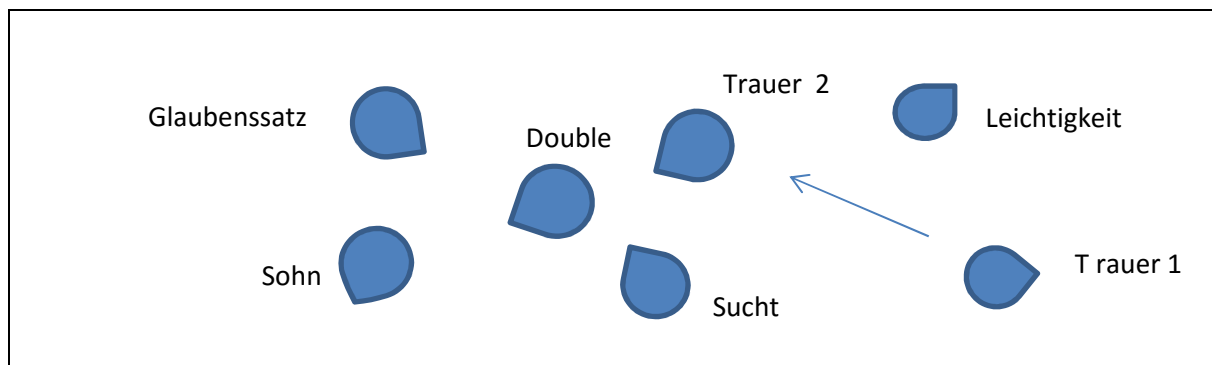


Abb. 1: Erstes Aufstellungsbild

Das erste Aufstellungsbild kann als „Abbild der inneren Seelenlandschaft“ verstanden werden, gleichsam als *Spiegelbild* der für das ausgewählte Thema relevanten inneren Repräsentationen. Nun kann die Protagonistin sogar durch ihr Aufstellungsbild hindurchgehen, Atmosphären einfangen, Perspektiven verändern, oder in Rollen wechseln und schließlich zum *Feedback* der Hilfs- Iche einladen.

4.2.1 Positionsfeedback

Sohn: „Bin verwirrt, kann die Szenerie hinter mir nicht sehen, Impuls wäre, mich umzudrehen“

Double: „Sucht ist lähmend, Sohn fühlt sich sehr stark an, lädt ein, sich anzulehnen. Der Glaubenssatz fühlt sich an wie Wut“

Leichtigkeit/ Lebendigkeit: „Bin wie benommen, unklar wohin...“

Glaubenssatz: „Ich spüre die „Wut“ beim Double“

Sucht: „Impuls in Richtung Double zu gehen“

Trauer: „Möchte näher zu den anderen hin“

Die Szene erinnert etwas an ein „Versteckspiel“ und die „Wut“ wird zum Thema. Die „Leichtigkeit/Lebendigkeit“ steht weit weg und ist von der Protagonistin abgewandt².

4.2.2 Prozessarbeit

Fr. S. entscheidet sich zu einem *Rollenwechsel* mit ihrem Double: Sie spürt nun das „Hin und Her- Pendeln“ zwischen der „Sucht“ und dem „Glaubenssatz“, gleichzeitig kommt es zu einem „Ad hoc“- Positionswechsel der Trauer („möchte mich bemerkbar machen, sie sieht mich nicht, hat immer nur ihren „Sohn“ und den Überlebenskampf im Sinne“). Gefühle kommen ins Spiel, Fr. S. ist sichtlich überfordert, muss aus der eigenen Rolle wieder aussteigen und die Stellvertreterin kommt wieder ins Spiel³.

Zur Entlastung der Protagonistin schlage ich ihr vor, nun alle Hilfs- Iche dazu einzuladen, ihre Position zu verändern, „dem eigenen Handlungsimpuls in der jeweiligen Rolle nachzuspüren, bzw. nachzugehen“.

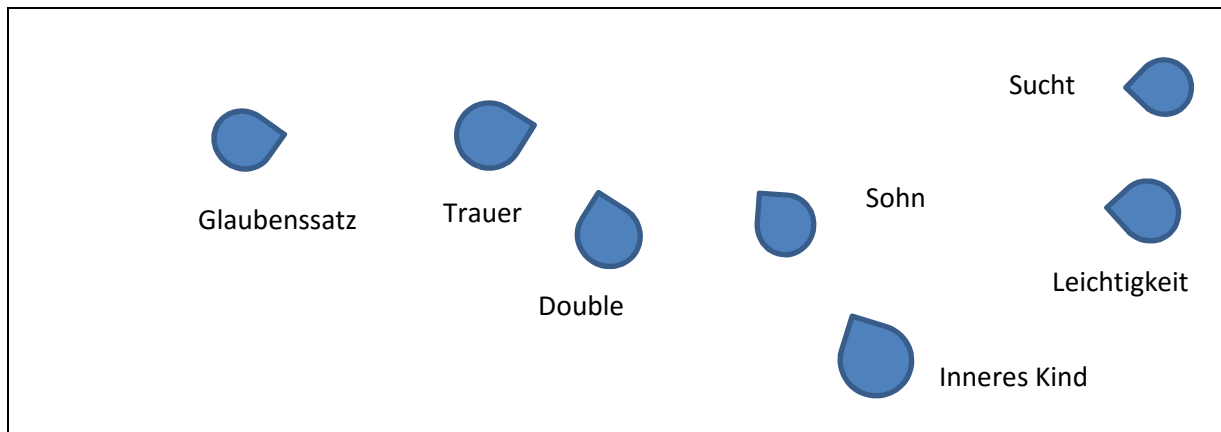


Abb. 2: Zweites Aufstellungsbild

Gemeinsam betrachte ich mit Fr. S. das neue Aufstellungsbild (Abb.2), das nach kurzer Positionsveränderung der Hilfs- Iche entstanden ist: die Unruhe und die Verwirrung sind weiterhin groß, der „Sohn“ ist nun näher ins Zentrum gerückt (genau zwischen Double und „Leichtigkeit“), die „Sucht“ verschwand an den Rand. Die „verstrickte“ Situation ist der Protagonistin ja aus ihrem Leben mehr als bekannt- ein Leben im „Überlebensmodus“ (nun verschoben auf die Angst um das Leben des Sohnes). Der Fokus ist auf die Suchterkrankung des Sohnes gerichtet und auf die eigene Rolle als „Helferin, bzw. Retterin“ (Co- Abhängigkeit) eigene traumatisierte Anteile werden nach Möglichkeit ausgeblendet (dissoziiert).

4.2.3 Status Nascendi

An dieser Stelle erinnere ich mich an die „Innere Kind“- Übung mit Fr. S. im Einzelsetting (Imagination), die einige Tage vor der Aufstellung stattgefunden hat (siehe oben). Ich biete ihr daher an, diesem „wütenden Inneren Kind“ nun auf der Spielbühne zu begegnen, also den Prozess aus dem Einzelsetting in der Aufstellungsgruppe fortzusetzen. Fr. S. wählt ein Hilfs- Ich für die neue Rolle aus und positioniert diese in der Nähe ihres Doubles. Das „Innere Kind“ beginnt allerdings auf der Bühne herumzuirren, es gibt noch keine wirkliche Begegnung, keinen Augenkontakt. Daher schlage ich der Protagonistin vor, sich selbst und ihrem „Inneren Kind“ für einige Momente eine Atempause zu gönnen. Es benötigt schließlich drei Anläufe (mit stützendem Doppeln und im Hintergrund den Chor der anderen Hilfs- Iche, die ihre Botschaften laut sprechen), bis die Protagonistin wirklich zur Ruhe kommt, Augenkontakt aufnimmt und plötzlich Stille im Raum einkehrt. Vom „Inneren Kind“ kommt nun folgende Botschaft: „Du musst dich um mich kümmern, egal was du vorschickst, du musst dich mit mir auseinandersetzen!“ Fr. S. hält kurz inne und antwortet mit „Ja, ich sehe dich“. Sie wechselt wieder aus der Double- Position hinaus, ist dabei sichtlich bewegt und überrascht.

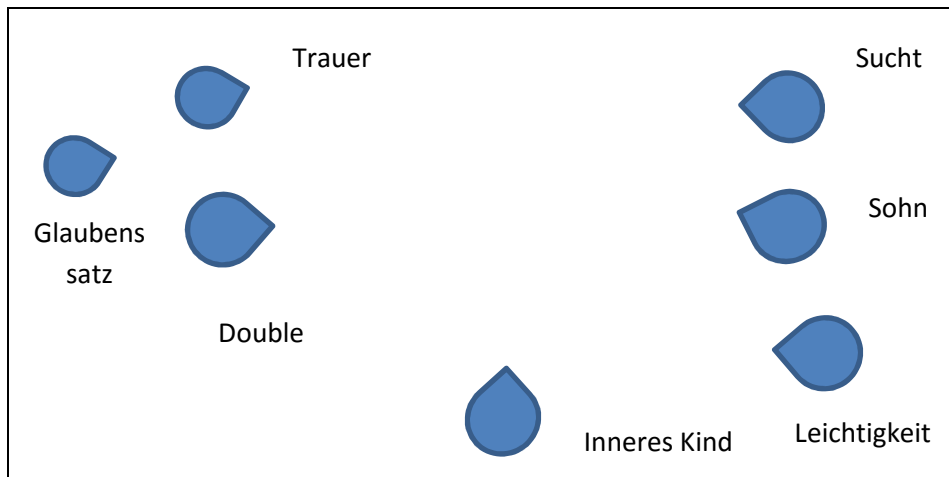


Abb. 3: Schlussbild

Bereits während der letzten berührenden Szenen folgte der „Sohn“ seinem Impuls, weiter an den Rand der Aufstellungsbühne zu gehen. Von ihm kommt das Feedback, dass er nun klar sehen kann und die Erlaubnis spürt, gehen zu dürfen. Der Blick der Protagonistin auf ihr Anliegen („Leichtigkeit, Lebendigkeit“) ist nun frei. Auch von den anderen Hilfs- Ichen kommt ein positives Feedback, es ist ein stimmiges Schlussbild. Nachdem die Protagonistin noch einmal aus der Spiegelposition auf das Schlussbild sieht, wird die Aufstellung beendet. Es folgt dann noch das wichtige Ritual des „*Entrollens*“: Alle MitspielerInnen kehren aus der „*Surplus- Reality*“ wieder ins „Hier und Jetzt“ zurück.

4.3 Integrationsphase

Feedback und Sharing sind ebenfalls wichtige Bestandteile des Aufstellungsablaufs, müssen aber im stationären Setting aufgrund der allgemeinen Zeitknappheit meist eher kurz gehalten werden. In der Gemeinschaft der Aufstellungsgruppe entsteht oft eine spezielle Dynamik und Vertrautheit, die es ermöglicht, sehr persönliche Erfahrungen auch zwischen den „offiziellen“ Terminen zu teilen. Fr. S. wurde dabei bestärkt, im sozialen Miteinander nicht nur die große, „starke“ Erwachsene zu sein, sondern auch noch viel mehr ihre kindliche, kreative und lebenslustige Seite zu zeigen.

Fr. S. berichtete im ambulanten Betreuungssetting einige Wochen nach Abschluss der Rehabilitation, dass es ihr nun tatsächlich wieder möglich sei, sich lebendig zu fühlen, nachdem jeder Tag zuvor ein „Kampf“ gewesen war. Sie erinnerte sich, dass sich früher ihre Ängste darauf bezogen hätten, dass die Mutter eines Tages vom Vater erschlagen werden könnte, nun wäre es die Angst um das Leben des Sohnes. Es ginge aber darum, ein Leben *mit* den Ängsten zu führen und auch für anderes Platz zu lassen. Die Arbeit mit dem inneren Kind hat Fr. S. als sehr heilsames Hobby entdeckt. Zuletzt, so erzählt sie, hätte sie auch während eines imaginativen Spaziergangs zu den schönen, fröhlichen Plätzen der Kindheit von ihrem jüngerem Selbst die Botschaft erhalten, sie möge sich doch auch die „Leichtigkeit und Unbeschwertheit im Herzen bewahren“.

5 Zusammenfassung

Psychodrama- Aufstellungen zeichnen sich besonders durch das protagonistenorientierte Vorgehen dazu aus, die verlorene Spontaneität, Selbstwirksamkeit und Kreativität von (depressiven) KlientInnen zu fördern. Das Miteinbeziehen der Gruppe als wichtige heilsame Ressource trägt ebenfalls zu einer Verbesserung der Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit bei. Im geschilderten Fallbericht wurde gezeigt, dass hinter der „offiziellen“ Fassade der Depression traumatische Schicksale verborgen sein können. Psychodrama Aufstellungen

ermöglichen den ProtagonistInnen, dysfunktionale Überlebensstrategien (z.B. Co-abhängige Bindungsmuster) sichtbar und erlebbar zu machen, sowie neue Handlungskompetenzen zu erwerben.

Anmerkungen:

- ¹ Auf ein ausführliches Eindoppeln (Einkleiden der Rollen) wurde der Einfachheit halber verzichtet (Komplexitätsreduktion).
- ² Bei KlientInnen, die Traumatisierungen erlebt haben, kommt es häufig zu einer Dissoziation (Abspaltung) von wesentlichen Affekten und Emotionen, sowie zu einem verstärktem Hyperarousal (vegetativer Alarmierungszustand).
- ³ Rollenwechsel und Rollentausch können nur so lange durchgeführt werden, als eine ausreichende Spontanitätsslage und Stabilität der Protagonistin gewährleistet sind. Nachdem im stationären Setting viele Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen frühe, strukturelle Defizite aufweisen, können zur Vermeidung von Überforderungen eher strukturierende Techniken angewendet werden, z.B das „stützende Doppeln“, das „einfühlende Doppeln“, das „dialogische Interview“, etc. (vgl. Ameln 2004, S.71-79)

Literatur

- Ameln, F. v., Gerstmann, R., Kramer, J. (2004). *Psychodrama* (S.71-79). Berlin: Springer Verlag
- Leutz, G. (1974). *Das klassische Psychodrama nach J. L. Moreno*. Berlin: Springer Verlag
- Riepl, R. (2011). Homo Metrum. *Die Grundlage der Aufstellungsarbeit*. Masterthese. Krems: Donau Universität
- Riepl, R. (2015): Die Psychodramatische Familienaufstellung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 1/2015
- Schacht, M. (2010). *Das Ziel ist im Weg*. Wiesbaden: VS Verlag

Gilbert Suchanek, Mag., Jg. 1967, Psychodrama- Psychotherapeut, Klinischer- und Gesundheitspsychologe in der Reha Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt und in freier Praxis. Weitere Tätigkeiten als Supervisor, Körpertherapeut, sowie als Referent in der Erwachsenenbildung Psychodrama- Schwerpunkte: Traumatherapie, Aufstellungsarbeit, Paar- und Sexualtherapie

Gilbert Suchanek

Praxis: Feschnigstrasse 30, 9020 Klagenfurt

E-Mail: gilbert.suchanek@chello.at

www.gilbert.suchanek.at