

INTERVIEW

mit Dr. Gabriele Scharf-Mayer zur Umsetzung intensiver Sprachtherapie in der ambulanten Praxis

Liebe Frau Dr. Scharf-Mayer, Sie bieten seit acht Jahren ambulante Intensivtherapie für Menschen mit neurologischen Sprach- und Sprechstörungen in Ihrer sprachtherapeutischen Praxis an. Was hat Sie dazu bewogen?

Ich habe lange in der stationären neurologischen Rehabilitation gearbeitet. Unter den dortigen Bedingungen dachte ich zunehmend: PatientInnen und Therapie bleiben hinter ihren Möglichkeiten zurück. Da wäre mehr rauszuholen. Dann habe ich erste Studien zur Wirksamkeit intensiver Aphasietherapie aus den Jahren 2005 und 2008 gelesen, worin bereits nach zweiwöchigen Intensivtherapien mit je drei Stunden am Tag signifikante sprachliche Verbesserungen erreicht werden konnten. Diese Studien haben mich sehr motiviert, es doch mit der Intensivtherapie zu probieren. Jetzt kann ich die Therapie und die Rahmenbedingungen so gestalten, wie es für eine maximal effektive ambulante Sprachtherapie möglich ist. Das ist schon sehr befriedigend.

An welche PatientInnen richtet sich Ihr Angebot?

In aktuellen Studien wird die Intensivtherapie vor allem für Menschen mit Aphasien untersucht. Auch bei uns sind die meisten unserer TeilnehmerInnen Menschen mit Aphasie. Wir machen aber auch sehr gute Erfahrungen in der intensiven Behandlung von kognitiven Kommunikationsstörungen, Sprechapraxie und Dysarthrie.

Wie reagieren die verordnenden ÄrztInnen auf das Angebot der Intensivtherapie? Wie müssen ihre Verordnungen aussehen?

Die ÄrztInnen reagieren sehr unterschiedlich. Es gibt viele, insbesondere HausärztInnen, die die Intensivtherapie bereitwillig verordnen. Zahlreiche ÄrztInnen sind jedoch um ihr Budget besorgt oder glauben nicht, dass in der chronischen Phase durch Intensivtherapie nochmal etwas bewegt werden kann. Diese müssen erst überzeugt werden. Dabei spielen die Angehörigen häufig eine wichtige Rolle, die wir mit Argumenten versorgen und die damit dann eine ÄrztIn suchen müssen, die bereit ist, Sprachtherapie in dieser hohen Frequenz zu verordnen.

Damit die ÄrztIn weiß, wie die Verordnungen aussehen müssen, stellen wir für jede PatientIn Musterverordnungen aus und prüfen die Rezepte auf Korrektheit, bevor die PatientIn anreist. Meist sind dies für ein Therapieintervall zwei Rezepte für die Einzeltherapien (als Doppelbehandlung) und ein Rezept für die Gruppentherapie. Die neuen Heilmittel-Richtlinien haben leider keine Verbesserung für die Intensivtherapie mit sich gebracht. Eine hohe Therapiefrequenz von 10-mal pro Woche ist darin zwar nicht ausgeschlossen, aber auch an keiner Stelle erwähnt, ebenso wenig die parallele Verordnung von

„Es ist unser Ziel, für jede PatientIn die Schlüsselstörungen herauszufinden, um dann in der Therapie genau da anzusetzen. Denn nur wenn dies gelingt, ist die hohe Therapieintensität gut investiert und das wiederholende Üben effektiv.“



Dr. Gabriele Scharf-Mayer war nach Studium und Promotion im Bereich Klinische Linguistik 15 Jahre lang als Sprachtherapeutin in der stationären neurologischen Rehabilitation tätig. Seit 2012 ist sie selbstständig mit einer eigenen Praxis für intensive Sprachtherapie für neurologische PatientInnen.

Einzel- und Gruppentherapien an demselben Tag. Beides wird aus diesem Grund von den Krankenkassen meist für unmöglich gehalten. Für gesetzlich Versicherte stellen wir daher zusammen mit den PatientInnen meist lange vor Therapiebeginn zuerst einen Antrag an die Krankenkassen, damit diese der ÄrztIn ausdrücklich genehmigen,

„ÄrztInnen und Krankenkassen für die Intensivtherapie zu gewinnen, ist nach wie vor Pionierarbeit.“

Verordnungen in der erforderlichen Therapiedichte ausstellen zu dürfen. Dabei handelt es sich jedes Mal um eine Entscheidung im Einzelfall. Daher wird oft auch der MDK eingeschaltet. Lehnt dieser

ab, helfen wir den PatientInnen wieder mit gezielten Gegenargumenten, einen Widerspruch zu formulieren. Dabei geht es häufig darum, nachzuweisen, dass eine Verordnung mit diesen hohen Frequenzen wirklich innerhalb der Heilmittel-Richtlinien möglich ist. Außerdem zitieren wir darin natürlich immer die Ergebnisse der FCET2EC-Versorgungsstudie. ÄrztInnen und Krankenkassen für die Intensivtherapie zu gewinnen, ist nach wie vor Pionierarbeit.

Wie gestalten Sie die Intensivtherapie inhaltlich? Welche Behandlungsmethoden nutzen Sie? Und benötigen LogopädInnen für Intensivbehandlungen ein spezifisches Fachwissen?

Unerlässlich ist eine gründliche Anamnese, Analyse der Kommunikationssituation und Diagnostik der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Es ist unser Ziel, für jede PatientIn die Schlüsselstörungen herauszufinden, um dann in der Therapie genau da anzusetzen. Denn nur wenn dies gelingt, ist die hohe Therapieintensität gut investiert und das wiederholende Üben effektiv.

Das ist allerdings häufig eine große Herausforderung, da neben den sprachsystematischen und kommunikativen Störungen ja auch die vielfältigen, häufig erheblichen kognitiven Defizite, der bisherige Verlauf und das Umfeld sowie die aktuelle Lebenssituation der PatientIn zu berücksichtigen sind.

Was Behandlungsmethoden angeht, ist ein möglichst großes Spektrum an Methoden notwendig. In den meisten Fällen bringen die

PatientInnen ja bereits therapeutische Vorerfahrung mit. Dann ist es gut, an die bisherigen Methoden anknüpfen zu können, oder wenn diese nicht gegriffen haben, alternative Methoden im Repertoire zu haben. Da der größte Teil unserer AphasiepatientInnen eine globale Aphasie hat und sehr viele PatientInnen eine Sprechapraxie, ist es besonders wichtig, für diese Störungsbilder mit einem breiten Methodenspektrum ausgerüstet zu sein. Viele sind neugierig auf PC-gestützte Methoden. Daher sollte eine Auswahl an PC-Programmen und geeigneten Trainings-Apps vorhanden sein. Viele freuen sich auf die Erfahrungen, den Austausch und die Anregungen in der Gruppe. Die Gruppentherapie ist ja auch ein wertvoller Bestandteil unseres Konzepts. Neben dem Methodenspektrum ist aufseiten der TherapeutInnen eine gewisse Belastbarkeit sowie eine schnelle Auffassungsgabe für diese Arbeit in kurzen Intervallen unerlässlich. Man kann die PatientInnen nicht erstmal in aller Ruhe über Wochen kennenlernen, sondern man muss innerhalb weniger Therapiestunden die Störungsschwerpunkte finden und die Therapie sehr gezielt beginnen. Dabei müssen die Inhalte natürlich an die jeweiligen Alltagsziele angepasst werden. Auch benötigen wir einen großen Fundus an Therapiematerialien, damit jeder Schwerpunkt auch intensiv bedient werden kann.

Welche Wünsche und Ziele haben die PatientInnen für die Intensivtherapie?

Alle PatientInnen kommen mit hoher Motivation, aber auch mit sehr hohen Erwartungen zu uns. Viele sehen in der Intensivtherapie die Möglichkeit, Jahre, teilweise auch viele Jahre nach dem Ereignis endlich nochmal sprachliche Verbesserungen zu erreichen. Nicht selten hören wir Sätze wie: „Sie sind meine letzte Hoffnung.“ Aber von solch hohen Erwartungen darf man sich nicht einschüchtern lassen. Oft sind sie nicht so konkret und man kann sie lenken. Die meisten PatientInnen wollen endlich mehr als nur ein bis drei Stunden Sprachtherapie pro Woche und sie wollen gefordert werden. Viele kommen mit dem großen Wunsch, ihre Spontansprache zu verbessern, dann muss die Therapie stark auf die Sprachproduktion ausgerichtet werden. Menschen mit Sprechapraxie wollen eigenständiger und flüssiger sprechen. Das Spektrum der TeilnehmerInnen reicht von Menschen, die für jede Floskel dankbar sind, mit der sie sich wieder ins Gespräch einbringen können, bis zu denen, die wieder fit für ihren Beruf gemacht werden möchten. Im Lauf der Jahre hat sich herausgestellt, dass viele TeilnehmerInnen ausgesprochen oder unausgesprochen von der Intensivtherapie zudem eine Art Standortbestimmung erwarten: Wo stehe ich nach dem Krankheitsereignis bzw. nach soundsoviel Jahren? Was kann ich noch erreichen? Und wie? Wenn TeilnehmerInnen in Abständen wieder zu uns kommen, ist dies für sie oft die Gelegenheit, sich in einer anderen Situ-



ation zu erleben und dabei eine Sicht von außen einzunehmen und mit neuer Perspektive auf sich, ihre Kommunikationssituation oder überhaupt auf ihre Lebenssituation zu schauen.

Gibt es während der Intensivtherapie auch Angebote für Angehörige?

Unbedingt. Die Information, Beratung und Anleitung der Angehörigen, die häufig mitreisen oder zu Hause erreichbar sind, spielt eine sehr wichtige Rolle, um den Effekt des kurzen Therapieintervalls nach Therapieende zu erhalten oder zu verstärken. Wir zeigen ihnen und üben mit ihnen ein, wie sie ihre Alltagskommunikation mit ihrem von der Sprachstörung betroffenen Angehörigen förderlich(er) gestalten können und wie sie mit ihm oder ihr üben oder beim Üben am PC unterstützen können.

Sehr wertvoll ist auch der Austausch der Angehörigen untereinander. Das melden sie uns oft auch so zurück. Da wir unsere TeilnehmerInnen ja in homogenen Gruppen einladen, sind mitreisende Angehörige auch meist mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Oft nutzen sie dann die Begegnung in unserem Aufenthaltsraum oder verabreden sich untereinander, während ihre PartnerInnen in unseren Therapien sind.

Können Sie typische Therapieverläufe beschreiben?

Manche PatientInnen, die zum ersten Mal kommen und vorher nur sehr niedrigfrequent oder ungezielt therapiert wurden, sind typische „Erstlinge“. Das heißt, sie haben oft noch gar nicht richtig verstanden, was ihr Hauptproblem ist, sie haben noch nicht ihre Eigenverantwortung beim Üben erkannt, sie haben noch nicht erprobt, was mit einer erhöhten Therapiefrequenz möglich ist, noch nie eine Gruppentherapie kennengelernt und sie haben noch keine Erfahrungen mit dem gezielten Einsatz von Strategien gemacht. Diese „Erstlinge“ erleben häufig schon nach der ersten Woche einen Schubser durch das gezielte Ansetzen an

„Viele sehen in der Intensivtherapie DIE Möglichkeit, Jahre, teilweise auch viele Jahre nach dem Ereignis endlich nochmal sprachliche Verbesserungen zu erreichen.“

einem wichtigen Punkt der Störung oder den Effekt einer gezielten Anwendung von Strategien und sind dann häufig sehr erstaunt und erfreut, wieviel noch vorangeht. Es kann sein, dass diese TeilnehmerInnen bei einem nächsten Therapieintervall dann

feststellen müssen, dass die nächsten Schübe etwas geringer ausfallen. Demgegenüber gibt es aber auch Verläufe, bei denen der Therapieerfolg beim ersten Mal geringer ist, die bei Folgeintervallen jedoch mehr und mehr profitieren. Zum Beispiel weil das begleitende kognitive Training dann greift, der Arbeitsspeicher erst nach und nach gesteigert wird, semantische Relationen klarer werden oder die Sprechapraxie-Therapie greift und dadurch erst weitere sprachliche Fortschritte möglich werden. Diese könnte man vielleicht die „Verzögerten“ nennen, die erst bestimmte Hindernisse aus dem Weg räumen müssen, um dann erst ihre Alltagskommunikation verbessern zu können.

Und wie sehen die Therapieverläufe bei Menschen mit Aphasie aus, die begleitende kognitive Beeinträchtigungen haben, wie beispielsweise im Bereich der Aufmerksamkeit?

Ja, ein hoher Anteil unserer PatientInnen hat neben der Aphasie auch eine hochrelevante und ausgeprägte kognitive Störung wie mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung, schwankende Konzentration, eingeschränktes Arbeitsgedächtnis, fehlende Handlungsplanung oder mangelnde Flexibilität o.a., sie sind sich dieser Problematik aber noch nicht bewusst. Wenn sie diese mithilfe von neuropsychologischer Diagnostik und unserer Unterstützung dann erkennen, brauchen sie einige Zeit, um das in ihr Selbstbild einzubauen. Sie profitieren von der Therapie dann in dem Ausmaß, wie sie bereit sind, den kognitiven



Störungen ins Auge zu sehen und mit geeigneten Strategien zu begegnen. Gelingt das, können auch sie oft rasche Erfolge erleben. Gelingt das innerhalb der Therapiedauer noch nicht ausreichend, kommt es darauf an, auf welches Umfeld sie zu Hause stoßen. Sind sie dort etwa aufgrund fehlender oder ahnungsloser Angehöriger ständig kognitiv überfordert, sind weniger sprachliche Fortschritte zu erwarten, oder sie fallen in ihre Muster vor der Intensivtherapie zurück. Dann benötigen sie einen weiteren Therapieaufenthalt, um die Bedeutung der kognitiven Störungen und den Zusammenhang zur Sprachfähigkeit noch tiefer zu erkennen. Dann sollte man noch den Typ der „Fleißigen“ nennen. Das sind die überaus Ehrgeizigen, die schon vor der Intensivtherapie so viel Therapie wie möglich und viel Eigentaining machen und zu uns kommen, um dieses Training noch zu optimieren. Sie meinen, wenn sie nur ausreichend hart trainieren, wird alles wieder wie vorher. Sie setzen sich häufig derart unter Druck, dass ihr Gehirn überhaupt nicht optimal lernen kann. Sie müssen erstmal lernen zu entspannen, ihre Situation zu akzeptieren und dann in einem angemessenen Rahmen weiter zu üben. Häufig gehört bei ihnen zum Therapieinhalt das Entwickeln neuer Lebensperspektiven, mit deren Hilfe eine Entspannung überhaupt erst möglich wird.

Letztendlich ist aber jeder Therapieverlauf individuell. Mir scheint manchmal, die Intensivtherapie ist wie ein Brennglas, in dem innerhalb von kurzer Zeit die relevanten Muster eines Patienten hervortreten und dann möglichst wirksam beeinflusst werden sollten.

Die große Versorgungsstudie FCET2EC hat die Wirksamkeit einer Intensivbehandlung bei Aphasie eindrücklich nachgewiesen. Wie integrieren Sie die Befunde in Ihr Konzept? Mit anderen Worten: Wie kommt die Wissenschaft in die Praxis?

Die Wissenschaft, sprich der aktuelle Wissensstand zur Wirksamkeit von Intensivtherapie, ist von Anfang an der Motor und weiterhin das Korrektiv für unsere Praxis. Als ich anfang, gab es die große FCET2EC-Studie ja noch nicht. Als sie durchgeführt wurde, habe ich als Testleiterin mitgewirkt. Dass die Ergebnisse so klar ausfielen, hat uns natürlich auch in unserer Arbeit in der Praxis bestätigt. Unser Konzept entspricht in allen zentralen Punkten den Standards dieser Studie: Von der dreiwöchigen Dauer mit zwei Stunden Einzeltherapie und Gruppe am Tag über die Kombination von sprachsystematischer und kommunikativ-pragmatischer Arbeit bis zum angeleiteten täglichen Eigentaining mit hoher Be-

„Ich würde mich freuen, wenn nach Jahren der Diskussion um Frequenz und Dichte von Therapie jetzt wieder mehr über Inhalte und Methoden geforscht werden würde. Meiner Erfahrung nach ist dies immer noch das Wichtigste.“

deutung von PC-Training. Auch der Anspruch, dass die Erfolge im kommunikativen Alltag erkennbar werden müssen.

Aber auch in der Anwendung von Testverfahren und evidenzbasierten Therapieansätzen ist es natürlich tagtäglich wichtig, die Wissenschaft aktiv in die Praxis zu holen. So hat nach der Lektüre von Studien, dem Besuch von Tagungen und Fortbildungen etwa das Training des Arbeitsgedächtnisses und der Exekutivfunktionen einen hohen Stellenwert bei uns erhalten, haben SIPARI und die therapiebegleitende Gleichstromstimulation tDCS in unsere Praxis Einzug gehalten. In der Gruppe setzen wir unter anderem auch CIAT mit ihren jeweiligen Weiterentwicklungen als gut untersuchte Methode mit Erfolg ein.

Welche Fragen muss die Forschung noch beantworten, damit ein Intensivkonzept inhaltlich noch effektiver gestaltet werden kann?

Ich würde mich freuen, wenn nach Jahren der Diskussion um Frequenz und Dichte von Therapie jetzt wieder mehr über Inhalte und Methoden geforscht werden würde. Meiner Erfahrung nach ist dies immer noch das Wichtigste.

Der Bereich, in dem wir jedoch am meisten dazulernen müssen, ist meiner Meinung nach die Verzahnung von Sprache und Kognition bzw. von Sprachtherapie mit kognitiver Therapie. Hier wären interdisziplinäre Studien und mehr Austausch zwischen den Disziplinen wünschenswert. Ich freue mich über den frischen Wind, der hier bereits aus der Richtung Kognitive Kommunikationsstörungen weht. Lohrende Fragestellungen wären beispielsweise: Ist eine Sprachtherapie wirksamer, wenn ein intensives Aufmerksamkeitstraining vorangegangen ist? Lässt sich Wortfindung oder Syntax durch paralleles Training des Arbeitsspeichers positiv beeinflussen? Diese und viele weitere Fragen an der Schnittstelle zwischen Sprache und Kognition könnten unsere Arbeit vermutlich noch wesentlich effektiver machen.

Innerhalb der Sprachdisziplin ist die therapeutisch höchst relevante Frage nach dem jeweils zu behandelnden Störungsschwerpunkt meines Erachtens noch nicht beantwortet. Hier geht es um Fragen wie: Welche der bei einem Patienten vorliegenden Defizite stehen wann im Vordergrund und sollten vorrangig behandelt werden gegenüber anderen? Nach welchen Kriterien geht man bei der Schwerpunktwahl vor? Verhält sich dies bei den verschiedenen Syndromen gleich? Spielt die Zeitdauer nach Erkrankungsbeginn dabei möglicherweise eine Rolle, sodass in verschiedenen Abschnitten der chronischen Phase unterschiedliche Schwerpunkte bedient werden müssen?

Neben der Behandlung von Aphasie sollte auch die Dysarthrie und die Sprechapraxie in Wirksamkeitsstudien von Intervalltherapien Berücksichtigung finden. Ich sehe keinen Grund, warum ausschließlich die Aphasietherapie von höheren Therapiefrequenzen profitieren soll.

„Mir scheint manchmal, die Intensivtherapie ist wie ein Brennglas, in dem innerhalb von kurzer Zeit die relevanten Muster eines Patienten hervortreten und dann möglichst wirksam beeinflusst werden sollten.“

Auch sehe ich den Effekt von Intensivtherapie nicht nur im repetitiven Üben sprachsystematischer Inhalte, sondern auch im intensiven Einüben von wirksamen Strategien wie z.B. erst nach einer Planungspause sprechen oder erst ein Verb suchen, dann den Satz aufbauen.

Strategien werden jedoch bisher in der Sprachtherapie noch stiefmütterlich behandelt, obwohl sie sehr wirksame Mittel sind. Wirksamkeitsnachweise für den Einsatz von Strategien sind noch kaum zu finden. Dies wäre aus meiner Sicht auch ein sehr lohnendes Feld für zukünftige Forschungen.

Wir schreiben das Jahr 2030: Welche Rolle spielen Intensivkonzepte in der ambulanten logopädischen Praxis? Welche Hürden sind bis dahin in unserem Gesundheitssystem noch zu nehmen?

Ich glaube, Sie sollten lieber ein späteres Datum wählen für Ihre Zukunftsvision in Sachen Intensivtherapie. Bereits seit *Boghal* (2003) weiß man eigentlich, dass Sprachtherapie intensiv verabreicht werden sollte, und wie viele logopädische Praxen sind seitdem in Deutschland als Anbieter von Intensivtherapien dazugekommen? Es ist mühsam, wenn man als Praxis die Implementierung von Intensivtherapie im Gesundheitssystem übernehmen muss, obwohl dies eigentlich (zuvor) auf anderen Ebenen geschehen müsste.

Zunächst brauchen wir eine Verankerung von hohen Therapiefrequenzen in den Leitlinien und in den Heilmittel-Richtlinien, damit intensive Intervalltherapien nicht eine exotische Therapieform für Einzelfälle bleiben, die lange genug darum kämpfen, sondern als Standard der Aphasitherapie gelten. Erst wenn die Ärztinnen und Krankenkassen in Sachen Intensivtherapie nicht mehr mühsam im Einzelfall überzeugt werden müssen, werden vermutlich mehr und mehr Praxisleitungen den Mut haben, auf Intensivtherapie zu setzen. Erst dann wird sich die Erfahrung verbreiten, wie spannend und befriedigend die Arbeit in intensiven Intervallen sein kann.

Ich könnte mir denken, dass dann immer mehr spezialisierte Praxen entstehen, die Intensivtherapien für bestimmte Störungsbilder anbieten, weil sie dann auch ein größeres Einzugsgebiet ansprechen können. Dann könnten auch immer mehr PatientInnen auf den Geschmack kommen, mal diese oder jene Einrichtung aufzusuchen, je nach Schwerpunkt oder Qualifikation. Vielleicht könnten das projektbezogene Rei-

„Zunächst brauchen wir eine Verankerung von hohen Therapiefrequenzen in den Leitlinien und in den Heilmittel-Richtlinien, damit intensive Intervalltherapien nicht eine exotische Therapieform für Einzelfälle bleiben, die lange genug darum kämpfen, sondern als Standard der Aphasitherapie gelten.“

sen werden: Einmal im Jahr arbeite ich an meiner Syntax in dieser Praxis, oder einmal im Jahr verbessere ich ganz gezielt meine Gesprächsfähigkeit in jener. Vielen PatientInnen kommt es entgegen, eine Therapie mal intensiv in den Ferien oder eben nur ein- oder zweimal im Jahr zu machen, das ist eine Abwechslung und wie ein motivierender Schub. Womöglich haben sie nach langen Therapiejahren dann auch den Mut, dazwischen für eine gewisse Zeit die regelmäßige Therapie auszusetzen, wenn diese vielleicht schon nicht mehr so effektiv war. Das könnte eine Qualitätssteigerung in der logopädischen Landschaft bewirken, da die PatientInnen stärker vergleichen und mehr auswählen. Bereits jetzt kann man feststellen, dass der Gesundheits-Tourismus zunimmt, und das ist ja eine begrüßenswerte Entwicklung im Sinne mündiger PatientInnen.

Das Interview führte Ruth Nobis-Bosch

Das vollständige Interview, in dem Dr. Gabriele Scharf-Mayer weitere organisatorische und inhaltliche Aspekte der Umsetzung erläutert, finden Sie auf: download.schulz-kirchner.de > Forum Logopädie > Fachartikel > Jahrgang > 2021 > Ausgabe 5 > Zusatzmaterial



KONTAKT

Dr. Gabriele Scharf-Mayer

Akademische Sprachtherapeutin
Spontansprache – Sprachtherapie intensiv
Wilhelmstraße 94
75323 Bad Wildbad
gabriele.scharf-mayer@sprachtherapie-intensiv.de
www.sprachtherapie-intensiv.de



Zurück zur Sprache –
mit Kommunikationshilfen
von epitech.

Mehr Informationen unter
www.epitech.de



Intensive Aphasitherapie seit 30 Jahren im LogoZentrum

- Intensive Sprachtherapie für Menschen mit Aphasie
- 18 Logopäd:innen
- hohe Therapiefrequenz in Übereinstimmung mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Kombination aus 2–3 Einzeltherapien und 1–2 Gruppentherapien pro Tag
- sprachsystematische & kommunikativ-pragmatische Therapieinhalte
- Dauer 3–6 Wochen



Kontaktieren Sie uns jederzeit!

Tel. 0 22 66 / 9 06-0
info@logozentrumlindlar.de



www.logozentrumlindlar.de