

Ausbildungsanregungen Betreuung Sterbender in der stationären Versorgung

Wolfgang M. George und Johannes Herrmann

Bereits während der ersten Arbeitseinsätze wird der überwiegende Teil der Pflegekräfte mit sterbenden Menschen konfrontiert. Auch bringt ein großer Teil der Auszubildenden bereits persönliche Vorerfahrungen mit, die in der inhaltlichen und curriculativen Ausgestaltung der Themen „Betreuung Sterbender“ und „palliative Pflege“ berücksichtigt werden sollten. Als eine Konsequenz aus einer empirischen Studie aus dem Jahr 2017 zeigte sich, dass die den Auszubildenden begleitende Funktion des Lehrers/Ausbilders gestärkt werden sollte.

Für ungefähr 1 Millionen Mitarbeiter*innen der Gesundheitsberufe in Deutschland gehört die Betreuung Sterbender zum beruflichen Tagesgeschehen. Die wenigen deutschsprachigen empirischen Studien, die es zu diesem Handlungsfeld gibt, begrenzen sich in aller Regel auf dezidiert „palliative Versorgungs- und Handlungsbereiche“, obwohl in diesen weniger als 20 % aller Sterbenden betreut werden. Auch gibt es keine evaluativen Studien zu den längerfristigen Effekten der in den Ausbildungen vermittelten Inhalte zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen. Dies berechtigt die allgemeinere Frage nach den in dieser beruflichen Grenzsituation gesammelten biographischen Erfahrungen und im spezielleren, wie gut sich die betroffenen Helfer aufgrund ihrer Ausbildung vorbereitet sehen und welche Ausbildungsinhalte, auch rückblickend, als hilfreich bzw. fehlend bewertet werden.

In unserer 2017 deutschlandweit, u. a. zu diesem Zweck, durchgeführten Studie konnten wir zeigen, dass Umfang und Qualität der Ausbildung von großer Bedeutung für die kurz- als auch längerfristige berufliche Entwicklung ist. Auch unterscheiden sich die Einschätzungen aufgrund unterschiedlicher Berufsausbildungen. Ferner konnten Hinweise dafür gefunden werden, dass es der gelungene Umgang mit den spezifischen Herausforderungen, die sich in der Betreuung Sterbender ergeben, ist, die zu einer „gelungenen“ berufsbiographischen Entwicklung führen und dass hierfür insbesondere der Einsatz persönlicher Ressourcen – wie etwa eigener Werthaltungen und Erfahrungen

im persönlichen Lebensumfeld – verwendet werden. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich nach einer allgemeinen Ergebnisvorstellung auf die ableitbaren Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung.

Methode

Verwendet wurde ein vor diesen Zielstellungen entwickelter Fragebogen, dessen 82 Items (davon 6 offene) acht Erfahrungsbereichen zuzuordnen sind:

1. Sozio-demographische Variablen
2. vorberufliche Erfahrungen im Elternhaus und Schule
3. Ausbildung und erste berufliche Erfahrungen
4. berufliche Prägungen
5. Belastungen
6. Entlastungen
7. Helfervoraussetzungen

Der Erfahrungsbereich Konsequenzen wurde derart erfasst, dass die Fähigkeiten des „idealen“ Mitarbeiters

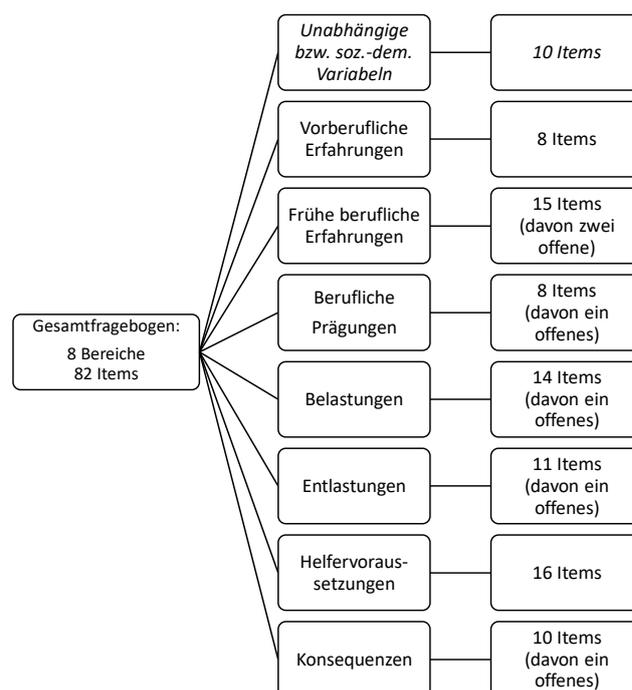


Abbildung 1. Aufbau Messinstrument.

Tabelle 1. Studienstichprobe

Variablen	n	Prozent (%)
Geschlecht, n = 496		
Weiblich	367	74,0
Männlich	121	24,4
Alter		
Durchschnitt: 44,7 Jahre		
Beruf		
Ärzte	56	11,3
Krankenpflegekräfte	237	52,2
Altenpflegekräfte	86	17,3
Sozialarbeiter	29	5,8
Seelsorger	17	3,4
Management	21	4,2
Ausbildung	33	6,7
Berufserfahrung		
Ausbildung	33	06,7
Bis 2 Jahre	18	03,6
3 – 5 Jahre	34	06,9
6 – 10 Jahre	64	12,9
Länger als 11 Jahre	325	65,5
Versorgungssektor		
Krankenhaus	224	45,2
Pflegeheim	97	19,6
Ambulante Versorgung	121	24,4
Art der Station/Versorgungsbereich (Wenn KH, N = 224)		
Onkologische Station	31	13,8
Palliativbereich	34	15,2
Intensivstation	71	31,7
Allgemeinstation	50	22,3
Träger der Einrichtung		
Frei-Gemeinnützig	136	30,0
Privater Träger	135	29,8
Öffentlicher Träger	182	40,2

ermittelt wurden (a), ob persönliche Angehörige im eigenen Arbeitsbereich versterben könnten (b), ob Mitarbeiter, die in der Betreuung Sterbender arbeiten, Schaden (Zynismus, Burn-out etc.) nehmen (c) und ob sich die Befragten – aufgrund der beruflichen Erfahrungen – gut auf ihr eigenes Sterben vorbereitet sehen. Die Stichprobe setzt sich transssektoral (ambulant/stationär), interdisziplinär (Krankenpflege-, Altenpflegepersonal, Ärzte und Therapeuten) und krankenhausbereichsselektiv (Allgemein-, Onkologie-, Intensiv- und Palliativstation) zusammen und wurde deutschlandweit geschichtet im Zeitraum vom 15.1.2017 bis 30.6.2017 erhoben. Die notwendige Ansprache wurde über Fachgesellschaften, Direktansprache und Aufrufe in Fachmedien geführt. In die Auswertung gelangten 496 Personen aus 383 Einrichtungen. Die Art der Stichprobengewinnung, insbesondere die Selbstrekrutierung der Teilnehmer, entspricht dem explorativen, nicht konfirmatorischen Charakter der Untersuchung. Die verwendeten Items nutzten, soweit sinnvoll, ein fünfstufiges Likert-Antwortformat. Die Datenanalyse wurde mit IBM SPSS Statistics, Version 24, durchgeführt.

Ergebnisse

Vorberufliche Erfahrungen

51% der Befragten wurden durch die elterliche Erziehung mit dem Thema konfrontiert. Von diesen bewerteten 75% dies als eine gelungene Auseinandersetzung. Jeder dritte der Befragten (33%) gibt an, dass „Tod und Sterben“ Gegenstand des Schulunterrichts war. (s. Abbildung 2 und 3)

Von diesen bilanzieren 80% dies als gute Hinführung. Als Jugendliche haben sich 36% mit dem Thema befasst. Hierbei besitzen eigene Reflektionen (54%) bzw. Gespräche innerhalb der Familie (45%) eine bedeutsamere Rolle als etwa Filme oder Bücher (33%). Das durchschnittliche Lebensalter, in dem im familiären Umfeld ein Todesereignis stattfand, liegt bei 13 Jahren. Rückblickend bewerten diese Erfahrung 50% als ausgesprochen schwierig bzw. schwierig. 25% können diese Erfahrung rückblickend als hilfreich und gewinnbringend bewerten.

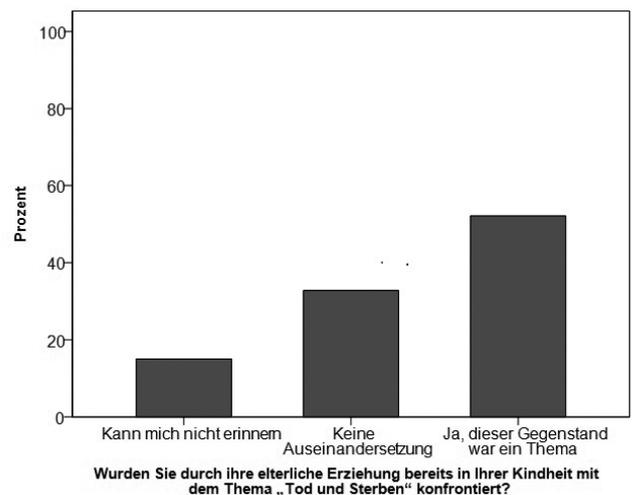


Abbildung 2. Erfahrung Elternhaus.

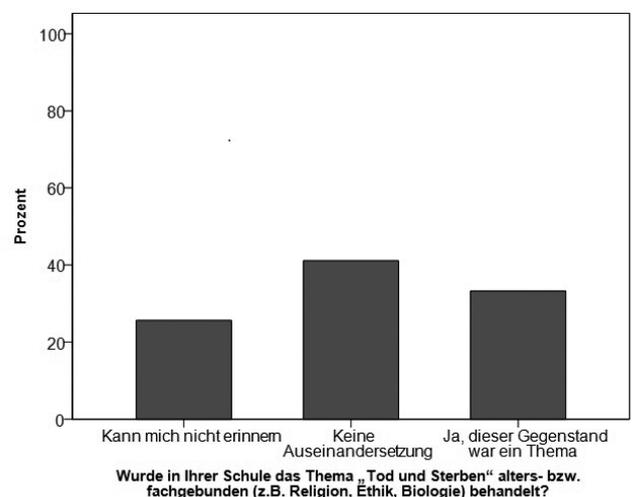


Abbildung 3. Erfahrung Schule.

Ausbildung und erste berufliche Erfahrungen

Das in der Ausbildung vermittelte Rüstzeug bewerten 27 % als nicht hinreichend, 12 % als sehr hilfreich und 21 % als hilfreich (s. Tabelle 2). Zu welchem Zeitpunkt die Betreuung und Arbeit mit sterbenden Menschen im Rahmen der Ausbildung behandelt wurde, ist in Abbildung 4 zu sehen.

Als hilfreiche Ausbildungsinhalte werden bewertet: Gesprächstraining (26 %), Symptomkontrolle (35 %), Umgang mit eigenen Emotionen (38 %), Umgang mit Angehörigen (41 %) und Umgang mit den Ängsten des Patienten (53 %) (vgl. Abbildung 5).

Über die Hälfte (55 %) der Befragten geben an, dass es insbesondere das Gesprächstraining sei, das gefehlt habe. 58 % geben an, bereits in den ersten Tagen (23 %) bzw. Wochen (35 %) mit Sterbenden konfrontiert worden zu sein. Diese ersten frühen Erfahrungen konnten 24 % nur sehr schwer bewältigen, 52 % nehmen eine gelungene Auseinandersetzung für sich in Anspruch. Die Aussage, dass diese ersten beruflichen Erfahrungen eine prägende Wirkung für das Kommende besessen haben, bestätigen 69 % der Befragten. Eine Aussprache zu diesen Erfahrungen hierzu findet vor allem innerhalb des Stationsteams (63 %) sowie des Freundes- und Familienkreises (50 %) statt. Vorgesetzte (11 %) oder etwa die Ausbilder (11 %) besitzen hier eine deutlich geringere Bedeutung. Es sind die Erfahrungen der täglichen Arbeit mit Sterbenden (85 %) und deren Familien (76 %), welche die Befragten als wichtigste, prägende Einflussgrößen beruflicher Identitätsbildung benennen. Demgegenüber tritt die Bedeutung des modellhaft arbeitenden Kollegen (44 %) und auch der Fort- und Weiterbildung (62 %) zurück. Dass auch außerberufliche Erfahrungen eine hervorragende Bedeutung besitzen, geben 51 % an. 96 TN beantworten das offene Item, wobei über 80 % über außerberufliche Erfahrungen berichten.

Belastungen

Elemente des Arbeitsklimas werden als besonders bedeutsam beschrieben: Schlechte Teamstimmung (81 %), permanenter Zeitdruck (79 %) oder Ärger mit den Vorgesetzten (65 %). Aber auch solche aus dem eigenen Umfeld wie eigene Unzufriedenheit (65 %), die fehlende Möglichkeit, zu Hause abzuschalten (62 %) oder eigene Erkrankungen (55 %). Die Interaktionen mit den Angehörigen (36 %), ein überraschender Tod (51 %) als auch ein medizinisches Problem nicht in den Griff zu bekommen (62 %), besitzen ebenfalls eine relativ große Bedeutung. Den Umgang mit dem Verstorbenen beschreiben nur wenige als belastend (9 %). Als größte Belastung zeigt sich ein junges Lebensalter des Patienten (85 %). 158 TN nehmen das offene Item, in dem ergänzende Angaben zu Belastungen gemacht werden konnten, z. T. umfassend in Anspruch. Die Formulierungen streuen breit über Aspekte des Arbeitsklimas (a), unzureichender fachlicher und menschlicher Kompeten-

Tabelle 2. War das in der Ausbildung vermittelte hilfreich?

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1 sehr hilfreich	60	12,1
	2 eher hilfreich	104	21,0
	3 teils/teils	165	33,3
	4 eher nicht hilfreich	98	19,8
	5 gar nicht hilfreich	36	7,3
	Gesamt	463	93,3
Fehlend		33	6,7
Gesamt		496	100,0

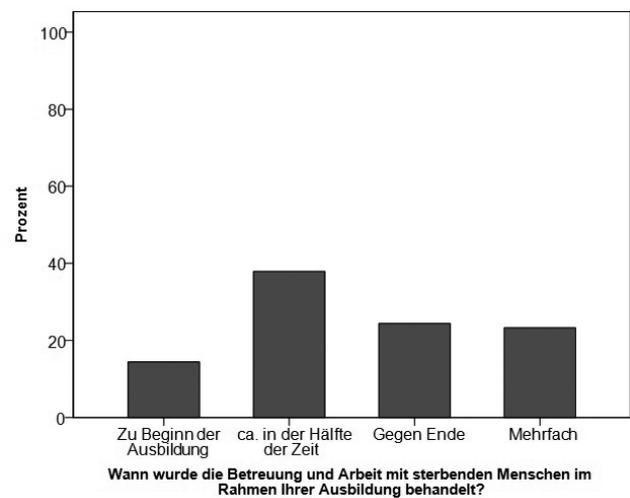


Abbildung 4. Zeitpunkt der Themenvermittlung.

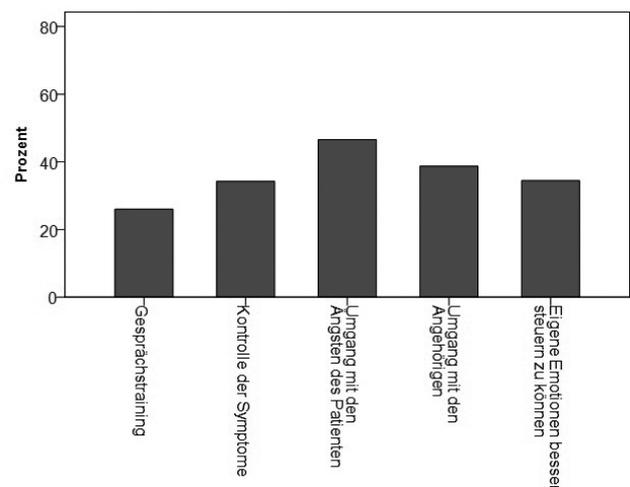


Abbildung 5. Ausbildung: Hilfreiche Elemente.

zen (b), gesellschaftlicher Defizite (c), dem handlungssteuernden ökonomischen Primat (d) oder den psychosozialen und administrativen Schwierigkeiten (e). Dabei lassen sich über 80 % der offenen Antworten auf deren appellativen, auf offensichtlich bekannte Versäumnisse verweisende Aussagen, zusammenführen.

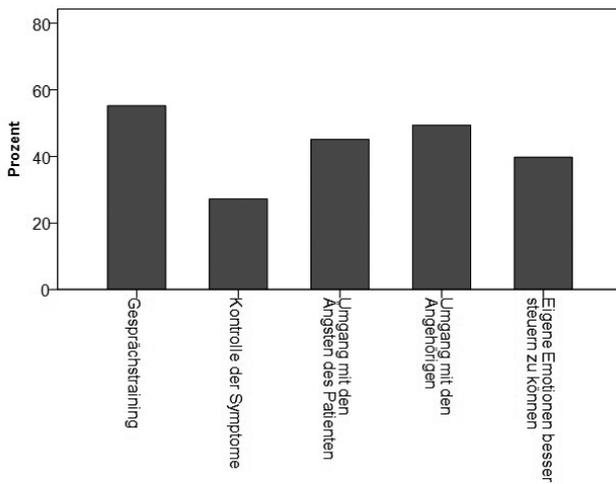


Abbildung 6. Ausbildung: Fehlende Elemente.

Entlastungen

Aktivitäten des normalen Lebens werden von 66% als hilfreich beschrieben, das Lesen von Büchern (39%), das Hören von Musik (54%) und Sporttreiben (61%) unterstreichen die Funktion von Ablenkungen. Wichtiger sind die sozialen Interaktionen mit den Betroffenen am Arbeitsplatz. 82% benennen die entlastende Funktion des kollegialen Gesprächs, 53% desjenigen mit Patienten und Angehörigen (44%). Es sind die persönlichen Werte (92%), die den Mitarbeitern am ehesten Hilfestellung geben. Eine eigene religiös-ethische Verwurzelung wird von 56%, die gedankliche Auseinandersetzung von 77% als wichtige Entlastung benannt. 154 TN nehmen das ergänzende offene Item z.T. umfassend in Anspruch. Die Formulierungen streuen über oben benannte Strategien und Aktivitäten hinaus und benennen folgende Aspekte: Natur- und Tiererlebnis (a), familiäre und soziale Bindungen (b), Wissen um eigene Endlichkeit (c), Hobbies (d), Abstand und Regeneration (e).

Mitarbeitervoraussetzungen

Psychische (98%) und physische Gesundheit (76%) werden als von größter Bedeutung benannt. Eigene Fehler zu erkennen und zu überwinden (95%), sich auf Sterbende einlassen zu können (96%), in einem kollegialen Team zu arbeiten (95%) werden als wichtig erfasst. Demgegenüber tritt die Bedeutung der (gesellschaftlichen) Anerkennung in der Wichtigkeit zurück (57%).

Konsequenzen

Dass ein eigener Angehöriger in der Einrichtung verstirbt, können sich 34% gut vorstellen. Für 26% gilt dies nicht. 50% können sich dies – wenn auch mit z.T. deutlichen Einschränkungen – vorstellen. 66% sehen sich aufgrund ihrer Erfahrungen besser auf das eigene Sterben vorberei-

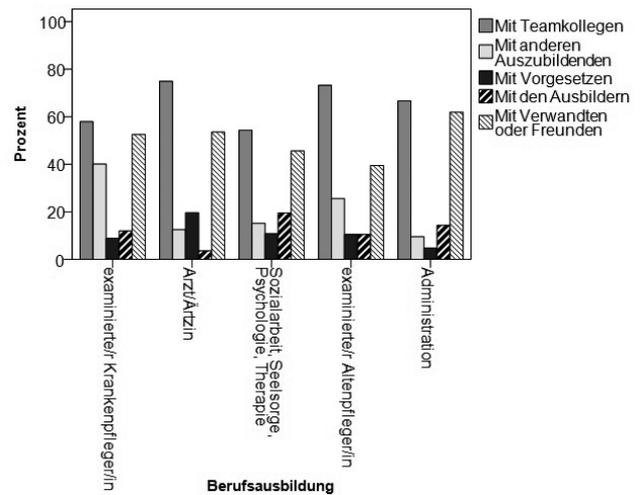


Abbildung 7. Mit wem wird gesprochen.

tet, 13% glauben dies nicht. 21% sind unentschlossen. Ob die beruflichen Erfahrungen der Sterbebegleitung zu persönlicher Schädigung der Mitarbeiter führt, weisen 29% zurück (nein = 10%, eher nein = 19%), dass dies der Fall sei, geben 26% (ja = 12% eher ja = 14%) an. 45% sehen eine „teilweise“ Gefährdung. Für das eigene Sterben in einer stationären Einrichtung wünschen sich die Mitarbeiter eine gute medizinische Betreuung (92%), Pflege (97%), dass letzte Dinge geklärt werden können (91%) und eine gelungene Angehörigenintegration (92%).

Berufsgruppenvergleiche

In Abhängigkeit der Berufszugehörigkeit kommt es zu unterschiedlichen Bereitschaften bzw. Möglichkeiten der Aussprache über die Erfahrungen. Die Einbindung der Ausbilder ist durchweg sehr gering. Am höchsten ist diese bei den Sozialarbeitern/Seelsorgern (20%), am geringsten fällt diese bei den Ärzten (4%) aus. Bei Auszubildenden der Pflege sind es 12%. Mit wem ersten Erfahrungen besprochen wurden zeigt Abbildung 7, der

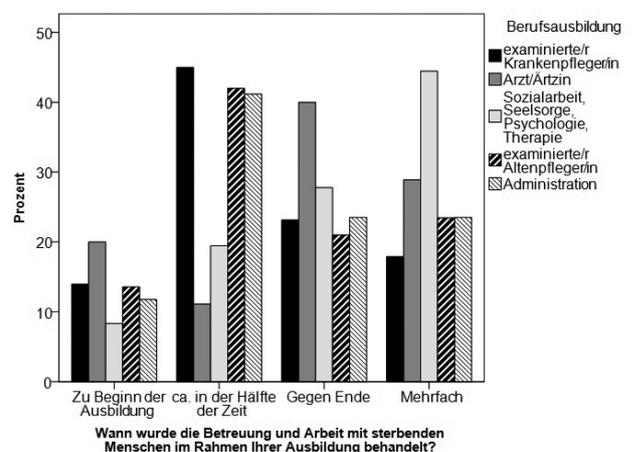


Abbildung 8. Berufsgruppenvergleich: Zeitpunkt der Themenvermittlung.

Berufsgruppenvergleich, wann die Betreuung und Arbeit mit sterbenden Menschen im Rahmen der Ausbildung behandelt wurde, wird in Abbildung 8 aufgezeigt.

Die erste Sterbesituation in der Praxis für sich zu bewältigen gelang Krankenpflegepersonal, Ärzten und Sozialarbeitern/Therapeuten weniger gut als dies für die Altenpflegekräfte der Fall ist. Dass die ersten beruflichen Erfahrungen besonders prägend sind, akzentuieren die Altenpflegekräfte stärker als Sozialarbeiter, Krankenpflegekräfte und Ärzte.

Am wenigsten hilfreich beschreiben ihre über die berufliche Ausbildung vermittelte Kompetenz zur Betreuung Sterbender die Ärzte, gefolgt von den Krankenpflegekräften, den Sozialarbeitern und Therapeuten und den Altenpflegekräften.

Fort- und Weiterbildungen zum Umgang mit Sterbenden sprechen Ärzte deutlich weniger Bedeutung zu als es die Pflegekräfte, die Sozialarbeiter/Therapeuten oder die Altenpflegekräfte vornehmen. Insbesondere deren Praxistransfer zweifeln die Ärzte im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen stärker an.

Welche Einflussfaktoren für die berufliche Identitätsbildung im Umgang mit Sterbenden bzw. dem Thema Tod und Sterben prägend sind, zeigt Abbildung 9.

Außerberufliche Erfahrungen besitzen bei den Sozialarbeitern/Therapeuten die größte Bedeutung, es folgen Pflegekräfte, Altenpflegekräfte und die Ärzte. Eine unzureichende materielle Entlohnung für ihren Einsatz wird von Altenpflegekräften, Pflegekräften und Sozialarbeitern/Therapeuten als deutlich belastender beschrieben als das bei Ärzten der Fall ist. Ähnlich ist die Situation, inwieweit ein permanenter Zeit- und Arbeitsdruck die Betreuungsqualität beeinträchtigt: Am höchsten ist die sich ergebende Belastung für Altenpflegekräfte, gefolgt von Pflegekräften, Sozialarbeitern/Therapeuten und Ärzten.

Ein medizinisches Behandlungsproblem nicht in den Griff zu bekommen wiegt für die Altenpflege- und Pflegekräfte mehr als für Sozialarbeiter/Therapeuten und Ärzte.

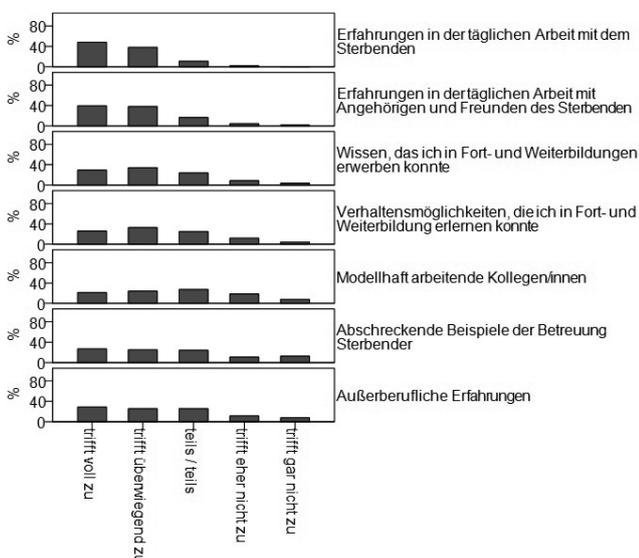


Abbildung 9. Prägende Faktoren.

Um mit den Belastungen klar zukommen besitzen die eigenen Werte für Ärzte eine etwas geringere Bedeutung als für als für Alten-, Pflegekräfte und Sozialarbeiter/Therapeuten. Die Bedeutung von physischer Gesundheit betonen Alten- und Pflegekräfte akzentuierter als dies die Sozialarbeiter/Therapeuten und Ärzte angeben. Es sind die Altenpflegekräfte, gefolgt von den Pflegekräften, Ärzten und Sozialarbeitern, die sich am wenigsten vorstellen können, einen Familienangehörigen in der „eigenen Einrichtung“ zum Sterben zu wissen. Durch ihre Erfahrung in der Betreuung Sterbender sehen sich Sozialarbeiter/Therapeuten und Krankenpflegekräfte besser auf das eigene Sterben vorbereitet als Altenpflegekräfte und Ärzte. Umfassende Zuwendung für das eigene Sterben wünschen sich die Ärzte weniger stark als Sozialarbeiter/Therapeuten und Krankenpflege- bzw. Altenpflegekräfte.

Interpretation und Empfehlungen in Bezug auf die Ausbildung

Nur die Hälfte der Befragten geben an, dass über das Thema „Tod und Sterben“ im Elternhaus eine Auseinandersetzung stattgefunden hat und nur jeder 3. der Befragten erinnert sich daran, dass in der Schule das Thema „Tod und Sterben“ behandelt wurde. Dort fehlt leider bis heute jegliches thanatologisches Konzept. Die erste Konfrontation mit einem Verstorbenen findet im Durchschnitt mit 13 Jahren statt, also vor dem Erwachsenenalter. Über die Hälfte bewertet diese Erfahrung rückblickend als belastend. Insgesamt weisen die Befunde der vorberuflichen Sozialisation und Erfahrungen darauf hin, dass diese nur eine geringe Auswirkung auf die spätere berufliche Praxis der Sterbebetreuung besitzen.

Ganz wie es die Ergebnisse zeigen, werden in nahezu allen eingesehenen Ausbildungscurricula, etwa auch der Pflege- und Altenpflege, die unterschiedlichen Kompetenzen zur Pflege und Begleitung Sterbender in der zweiten Ausbildungshälfte, häufig erst im 3. Jahr, vermittelt. Dies ist verständlich, ist doch dann die fachliche Kenntnis und erworbene psycho-soziale Fähigkeit am umfassendsten. Zugleich konnte gezeigt werden, dass in der Regel bereits in den ersten praktischen Einsätzen die Auszubildenden mit sterbenden Patienten bzw. Bewohnern konfrontiert werden. Diesem Dilemma kann dadurch begegnet werden, dass die Auszubildenden bereits vor Ihrem ersten Einsatz bestmöglich vorbereitet werden. Auch eine gezielte Einbindung der Praxisanleiterinnen auf den Stationen in die Ausbildung an den Fachschulen, sollte durchgeführt werden. Zugleich kann auch geprüft werden, von welchen Wohnbereichen in der ersten Ausbildungshälfte abgesehen werden sollte.

Legitimiert wird solch ein Vorgehen auch durch den Studienbefund, dass ein erheblicher Teil der Auszubildenden bereits vor der Ausbildung eine als schwierig empfundene, persönliche Erfahrung machen musste, wie dann

etwa in einer ontologischen Konfrontation anlässlich der Ausbildung deutlich werden kann. Dann eigentlich verspätet. Dies zu wissen sollte hilfreich für die Ausbilder*innen sein, die den Gegenstand vermitteln.

Für die Ausbilder*innen – etwa die Kursleitung – kann es insgesamt nicht zufriedenstellend sein, wenn sie/er – etwa im Unterrichtsfach – nur im absoluten Ausnahmefall (weniger als 5%), als Ansprechpartner für die ersten gesammelten Erfahrungen eingebunden wird. Bestmöglich aufgelöst werden kann diese Situation nur dadurch, dass aktive und kontinuierliche Aussprache des Themenkreises durch die Lehrenden, insbesondere während und nach den ersten berufspraktischen Einsätzen, gesucht wird. Dass positive Erfahrungen wichtig für eine gelungene Bewältigung und damit einhergehendes berufliches Selbstverständnis sind, konnte aufgezeigt werden und wird zusätzlich durch zahlreiche Aussagen der Befragten in dem hierfür formulierten offenen Item unterstrichen.

Kommunikationsfähigkeit, die nicht zuletzt durch Gesprächstraining vermittelt und erworben werden kann, wird als wesentliche Mitarbeiterkompetenz durch die Helfenden benannt, zugleich ist klar, dass allein die (Ausbildenden-) Gruppengröße hier sehr begrenzte Durchführungsmöglichkeiten zulässt. Es überrascht also kaum, wenn hier Defizite durch die Befragten beschrieben werden. Es müssen also alle Möglichkeiten, in denen Gesprächstrainings durchgeführt werden, in deren Transfer auch für die Betreuungssituation Sterbender genutzt werden. Hier ist etwa an die Gespräche und Interaktionen mit den Angehörigen zu denken, deren Gelingen von großer Bedeutung für die Pflegenden ist.

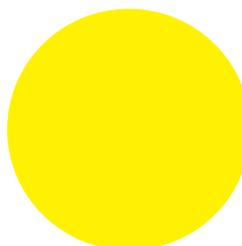
Es sind die Ärzte, welche die größten Defizite der Ausbildung beschreiben und die sich in den ersten beruflichen Konfrontationen am wenigsten auf diese vorbereitet beschreiben. Es bleibt zu hoffen, dass die in Deutschland seit 2009 existierende Veränderung der Approbationsordnung mittelfristig den jungen Mediziner*innen bessere Möglichkeiten sichert.

Interessant ist, dass die Grenzen von durch Weiterbildung vermittelten Kompetenzen von den Mediziner*innen am stärksten relativiert werden, dies setzt sich auch dahingehend fort, dass außerberufliche Lebenserfahrungen als weniger bedeutsam bewertet werden. So bleibt zu hoffen, dass der Ausbildungsgegenstand „Betreuung Sterbender“ auch in der intensivmedizinischen Grundausbildung – bereits während des Studiums – als wichtiger Inhalt behandelt wird.

Literatur

- George, W. (2014). Sterben im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildung beruflicher Helfer, *PADUA* 9 (4) 232 – 236.
- George, W., Dommer, E & Szymczak V (2013). *Sterben im Krankenhaus*, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- George, W. (2007). MIA Multidimensionales Inventar zur Integration von Angehörigen (und Patienten) in den Behandlungsprozess, Harcourt-Test-Services.
- George, W. (2006). *Patientenintegration*. München: Reinhardt-Verlag.
- George, W., George, U. (2005). *Angehörigenintegration in der Pflege*. München: Reinhardt-Verlag.
- George, W., Beckmann, D. & Vaitl, D. (1990). Aktuelle empirische Daten zur Sterbesituation im Krankenhaus. *Medizinische Welt* 41 (8), 103 – 106.
- McKeown, K. et al. (2008). Dying in hospital in Ireland: an assessment of the quality of care in the last week of life. *National audit of end-of-life care in hospitals in Ireland*.
- Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

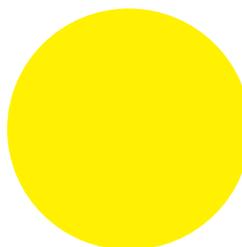
Weitere Literatur kann unter george@transmit.de angefragt werden.



Prof. Dr. Wolfgang Michael George

Diplompsychologe und Krankenpfleger, verantwortet den TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Integration der Patienten und Angehörigen in den Versorgungsprozess und regionale Gesundheitsversorgungskonzepte. Initiator der „Gießener-Studien“ zu den stationären Sterbebedingungen in Deutschland

w.george@andramedos-net.de



Dr. Johannes Herrmann

Sozialwissenschaftler, arbeitet freiberuflich als Statistikberater