

SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus:

*Autoaggression bei Kindern - Umgang mit Kindern:
Psychosoziale und soziologische Probleme*

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de



eDidact **OLZOG Verlag**

Krenz, Armin (Hrsg.)
Handbuch für ErzieherInnen
in Krippe, Kindergarten, Kita und Hort

Ausgabe: 59

Thema: Umgang mit Kindern: Psycho-soziale und soziologische Probleme
Titel: Autoaggression bei Kindern (35 S.)

Produktivhinweis
Dieser Beitrag ist Teil einer Printausgabe des Praxiswerks **Handbuch für ErzieherInnen**. Das Handbuch bietet Ihnen aktuelle Informationen zu dem wichtigsten Themen der täglichen Arbeit, professionelle Konzepte zur Qualitätsverbesserung, innovative Ideen und praktische Lösungen für Problemstellungen sowie Diskussionen und Musterdialoge, die Ihnen bei Umsetzung der Inhalte in die pädagogische Praxis erleichtern.

- ▶ Alle Beiträge dieser Ausgabe finden Sie hier.
- ▶ Die Printausgabe können Sie auch per Post im **Jahresabo** (Grundwerk auf CD-ROM zzgl. 5 Ausgaben im Jahr) beziehen.

Nutzungsbedingungen
Die Materialien dürfen nur persönlich für Ihre eigenen Zwecke genutzt und nicht an Dritte weitergegeben bzw. Dritten zugänglich gemacht werden. Sie sind berechtigt, für Ihren eigenen Bedarf Fotokopien zu ziehen, bzw. Ausdrücke zu erstellen. Jede gewerbliche Weitergabe oder Veröffentlichung der Materialien – auch auszugsweise – ist unzulässig.

- ▶ Die vollständigen Nutzungsbedingungen finden Sie hier.

Haben Sie noch Fragen? Gerne hilft Ihnen unser Kundenservice weiter!

Buchtitel: **Handbuch für ErzieherInnen**
© Post: OLZOG Verlag, c/o Krenz-Praxis-Verlag GmbH & Co. KG
Aachen, Völklinger Str. 1 | 52074 Aachen
☎ Tel.: 0 81 91 197 000 220 | ✉ Fax: 0 81 91 197 000 198
www.olzog.de | www.edidact.de

Fachwissen

51**Autoaggression bei Kindern**

Dr. Brita Schirmer

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung
- 2 Was versteht man unter autoaggressivem Verhalten?
- 3 Wer verletzt sich selbst?
 - 3.1 Auftretenshäufigkeit innerhalb der Allgemeinbevölkerung
 - 3.2 Auftretenshäufigkeit bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Behinderungen
- 4 Wie zeigt sich autoaggressives Verhalten?
- 5 Diagnostik
- 6 Entstehung von Autoaggressionen
 - 6.1 Die biologische Perspektive
 - 6.2 Die psychosoziale Perspektive
 - 6.3 Die Perspektive der sozialen Umwelt
 - 6.4 Das Zusammenwirken der Perspektiven
- 7 Folgen autoaggressiven Verhaltens
- 8 Verhaltensanalyse
- 9 Subgruppen autoaggressiven Verhaltens
 - 9.1 Instrumentell-autoaggressives Verhalten
 - 9.2 Affektiv-autoaggressives Verhalten
 - 9.3 Impulsiv-autoaggressives Verhalten

- 9.4 Automatisiert-autoaggressives Verhalten
- 9.5 Autoaggressives Verhalten als Ausdruck einer Erkrankung
- 9.6 Autoaggressives Verhalten als Selbststimulation

10 Ergebniskontrolle

11 Literatur und Adressen

Die dreizehn Monate alte Luna ist ein gut entwickeltes und fröhliches kleines Mädchen. Doch seit einiger Zeit schlägt sie in der Kita vor dem Einschlafen immer mit ihrem Köpfchen gegen die Matratze ihres Bettes. Die Erzieherinnen haben die Eltern schon auf das Verhalten angesprochen. Erzieherinnen und Eltern sind gleichermaßen sehr verunsichert. Warum tut Luna so etwas? Wird ihr nicht genug Beachtung geschenkt? Ist das Kopfschlagen ein frühes Anzeichen einer abweichenden Entwicklung? Was sollen sie tun?

1 Einleitung

Wenn sich das eigene Kind selbst verletzt, ist das für die Eltern eine schreckliche Erfahrung. Mütter und Väter erleben sich beim Auftreten von Autoaggressionen bei ihren Kindern als machtlos und versagend (vgl. Sachsse, U., 2002, S. 53). Sie suchen die Schuld dafür bei sich. Was kann so schrecklich sein, dass sich die eigene Tochter oder der Sohn deshalb Schmerzen zufügt? Weshalb können sie sie nicht schützen? Was haben sie falsch gemacht? Vor allem Mütter zeigen Reaktionen von Angst, Schuld, Traurigkeit, aber auch Feindseligkeit; Väter eher Unsicherheit hinsichtlich der Äußerungen gegenüber ihren Kindern, die sich selbst verletzt haben (vgl. Hawton, K.; Rodham, K.; Evans, E., 2008, S. 184).

Zudem ist das Thema in der Öffentlichkeit zum großen Teil tabuisiert. Wem kann man erzählen, dass sich das eigene Kind selbst verletzt, ohne sich zugleich Schuldvorwürfen auszusetzen? Bei wem kann man sich Rat holen oder selbst psychisch entlasten?

Aber auch Erzieherinnen sind mit diesem Verhalten oft überfordert. Sie greifen auf Verhaltensweisen zurück, die sich in anderen Situationen einmal bewährt haben. Mit selbstverletzendem Verhalten haben die wenigsten von ihnen Erfahrung. Sie trösten und strafen, manchmal sogar beides zugleich. Doch oftmals erweisen sich die in Verzweiflung und Ohnmacht gefundenen Formen des Umgangs mit dem Verhalten als nicht angemessen – das autoaggressive Verhalten besteht fort. Trotzdem erscheinen ihnen die einmal gewählten Formen des Umgangs mit diesem problematischen Verhalten als die einzig möglichen.

Paul Watzlawick bezeichnet dieses Phänomen als den »*verlorenen Schlüssel*« (Watzlawick, P. 2002, S. 27f.). Man hält bedingungslos an Verhaltensweisen fest, die sich in der Vergangenheit einmal als sinnvoll und erfolgreich erwiesen haben. Menschen neigen dazu, solche Verhaltensmuster in der Folgezeit als die einzig möglichen zu betrachten, wenn ihnen keine Handlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Es wäre also pädagogisch sinnvoll, auf das autoaggressive Verhalten anders als mit dem bisherigen, eingeschliffenen Verhaltensmuster zu reagieren, damit das Kind zu alternativen Verhaltensweisen veranlasst wird. Doch wie soll man reagieren?

Professioneller Umgang mit autoaggressivem Verhalten zeichnet sich durch die Kompetenz aus, spezifisches Fachwissen auf der Sachebene einzubringen und zugleich auf der Beziehungsebene Begleitung anzubieten.

Dies soll im Weiteren genauer erläutert werden.

2 Was versteht man unter autoaggressivem Verhalten?

Der Begriff des autoaggressiven Verhaltens hat in der Alltagssprache und in der Fachliteratur viele Synonyme, z.B. *Selbstverletzung* oder *Selbstbeschädigung* (vgl. Kehrer, H. E., 1997). *Selbstverletzendes Verhalten* ist eine eher neutrale Beschreibung und ohne Unterstellung einer zugrunde liegenden Absicht (vgl. Mühl, H.; Neukäter, H.; Schulz, K., 1996, S. 23 f.). Manchmal wird der Begriff *selbstverletzendes Verhalten* aber auch als Oberbegriff zu dem Begriff des autoaggressiven Verhaltens verstanden. Danach gehört *autoaggressives Verhalten* zu den selbstverletzenden Verhaltensweisen, zu den außerdem noch das selbstdestruktive, das selbstbestrafende und das masochistische Verhalten sowie die Autostimulation und die Selbstverstümmelung gehören (vgl. Schulz, E., 1995, S. 163).

Auch im englischsprachigen Raum existiert eine schier unüberschaubare Fülle synonym verwendeter Begriffe zur Kennzeichnung dieses Verhaltens, wie *self-destructive behavior*, *self-punitive behavior*, *masochistic behavior*, *self-directed aggression* und *self-mutilative behavior* (vgl. Bachmann, J. A., 1972, S. 211). *Self-injurious Behavior* (Carr, E. G., 1977, S. 800 ff.): »a little suicide, attempted suicide, attenuated suicide, [...] Deliberate disability, Deliberate self-harm, Deliberate self-injury, Demonstrative self-injury, Focal suicide, Intentional injury, Local self-destruction, Malingering, Masochism, Munchausen syndrome, Self-abusive behaviour (or conduct), Self-aggressive behaviour, Self-assaultive behaviour, Self-attacking behaviour, Self-damaging behaviour, [...] Self-harming behaviour, Self-hurting behaviour, Self-injurious behaviour, Self-poisoning behaviour, [...], Self-stimulatory behaviour, Self-wounding behaviour, Self-directed aggression, [...] Small suicide, Symbolic wounding, Para suicide, Purposive accidents« (Brezovsky, P., 1985, S. 2). Welch babylonisches Sprachgewirr!

In diesem Beitrag wird unter autoaggressivem Verhalten ein Verhalten verstanden, das sich gegen den eigenen Körper richtet und ihn physisch extrem reizt oder schädigt und das nicht gesellschaftlich akzeptiert ist. Es kann unter Umständen automatisiert bzw. stereotyp ablaufen. Nicht immer ist ein Zusammenhang mit Umweltereignissen beobachtbar. In diesen Fällen hat die Autoaggression eine steuernde bzw. regulierende Funktion für interne Prozesse.

Zugleich muss grundsätzlich zwischen der Bereitschaft zu autoaggressivem Verhalten und der tatsächlichen Handlung unterschieden werden. Man kann diese beiden Qualitäten mithilfe der Begriffe *Autoaggressivität* und *Autoaggression* deutlich machen. *Autoaggressivität* stellt die Bereitschaft dar, *Autoaggressionen* zu zeigen, und Autoaggression meint die tatsächliche Handlung (vgl. Kutter, P., 1992, S. 12).

Doch es gibt kein autoaggressives Verhalten an sich, sondern es wird erst eines durch die Bewertung einer anderen Person. Eine Erzieherin, die selbst an ihren Fingernägeln geknabbert hat, wird das Nägelknabbern bei einem Kind möglicherweise anders bewerten als eine, die dies nie getan hat. Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass die Schädigungsabsicht, der tatsächliche Schaden sowie die Normverletzung die wesentlichen Kriterien für die Einordnung eines Verhaltens als autoaggressiv sind (vgl. Stroebe, W.; Hewstone, M.; Stephenson, G., 1996, S. 444).

So gibt es in allen Kulturen akzeptiertes Verhalten, das den eigenen Organismus schädigt, dies reicht von religiösen Riten, wie der Selbstkasteiung, über das Stechen von Ohrlöchern, Löchern für Piercings oder dem Branding bis hin zum Kettenrauchen oder exzessivem Sonnenbräunen. Ob derartige Verhaltensweisen als Autoaggressionen interpretiert werden oder nicht, hängt von den sozialen Normen, von subjektiven Bewertungen und vom Kontext des Verhaltens ab.

3 Wer verletzt sich selbst?

Autoaggressionen treten nicht nur bei Menschen mit Störungen oder Behinderungen auf. Es ist nicht einmal ein spezifisch menschliches Verhalten. **Auch bei Tieren wird dieses Verhalten beobachtet.** So reißen sich z.B. Papageien in Gefangenschaft die Federn aus und Affen schlagen mit dem Kopf gegen harte Gegenstände.

3.1 Auftretenshäufigkeit innerhalb der Allgemeinbevölkerung

Autoaggressives Verhalten ist bei Menschen mit und ohne Behinderung und mit und ohne psychische Störungen in allen Altersgruppen beobachtbar. Nach Schätzungen fügt sich bis zu ein Prozent der Bevölkerung selbst Wunden zu (vgl. Wohne, K., 2002, S. 62).

Entwicklungspsychologische Interpretationen selbstverletzenden Verhaltens gehen davon aus, dass es auch in der ungestörten Entwicklung auftreten kann und als Anpassungsverhalten im Rahmen von Reifungsprozessen verstanden werden kann (vgl. Mühl, H.; Neukäter, H.; Schulz, K., 1996, S. 33). Dabei gibt es zwei Lebensphasen, in denen selbstverletzendes Verhalten besonders häufig zu beobachten ist: zum einen in der frühen Kindheit und zum anderen in der Pubertät. In diesem Beitrag wird es um selbstverletzendes Verhalten im Kindesalter gehen.

Die Auftretenshäufigkeit bei Babys im Alter von neun bis 18 Monaten ohne Entwicklungsrisiko liegt bei bis zu 15 Prozent (vgl. De Lissovoy, V., 1985, S. 163 ff.) Im Alter von zwei Jahren tritt das Verhalten noch bei 9 Prozent auf (vgl. Carr, E. G., 1977, S. 800), mit fünf Jahren ist es praktisch verschwunden (vgl. Bachman, J. A., 1972, S. 211). Es gibt Vermutungen, dass ein Auftreten selbstverletzenden Verhaltens jenseits dieses Lebensalters gewissermaßen ein »Steckenbleiben« in einer frühen Entwicklungsphase darstellt (vgl. Mühl, H.; Neukäter, H.; Schulz, K., 1996, S. 33).

Zumeist zeigt sich dieses autoaggressive Verhalten bei nicht entwicklungsbeeinträchtigten Kleinkindern als Kopfschlagen. So bezeichnet man »ein wiederholtes Schlagen des Kopfes gegen feste Gegenstände« (Brezovsky, P., 1985, S. 4). Häufigste Positionen des Kindes dabei sind:

- auf Händen und Füßen kniend und vor- und zurückschaukelnd,
- angelehnt sitzend, den Kopf seitwärts schaukelnd,
- in der Liegestützposition, dabei den Kopf auf dem Boden aufschlagend und
- stehend und den Kopf frontal gegen das Gitterbett schlagend (vgl. De Lissovoy, V., 1985, S. 153 ff.).

135 Kinder, die mit ihrem Kopf schlugen, konnten genauer untersucht werden. Dabei wurden folgende Fakten festgestellt:

»Kopfschlagen begann durchschnittlich im Alter von 8 Monaten, Häufungen des Phänomens traten zwischen dem 5. und 11. Monat auf [...].
 78 % der Kinder schlugen zur Zeit des Zubettgehens mit dem Kopf. 50 % zeigten dieses Verhalten weniger als 15 Minuten ununterbrochen.
 35 % schlugen auch während des Schlafs mit dem Kopf.
 67 % der untersuchten Kinder zeigten zusätzlich Schaukeln mit dem Körper. [...]
 In 54 % der Fälle verschwand Kopfschlagen bei einem Durchschnittsalter von 47,4 Monaten. Erwähnenswert ist, dass bei keinem der 135 Fälle eine Hirnschädigung diagnostiziert werden konnte« (Brezovsky, P., 1985, S. 4).

Kopfschlagen kann auch die Reaktion auf die Trennung eines Säuglings oder Kleinkindes von seiner Mutter oder einer anderen engen Bezugsperson sein (vgl. Bowlby, J. 2005, S. 25). Es ist deshalb möglich, dass es in einer Kindereinrichtung erstmals beobachtet wird.

3.2 Auftretenshäufigkeit bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Behinderungen

Bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten kann man allerdings von einer höheren Auftretenshäufigkeit autoaggressiven Verhaltens ausgehen. Darunter sind besonders häufig solche mit Schizophrenie und Depression. Gerade bei plötzlich auftretenden Autoaggress-

sionen muss auch immer an die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung gedacht werden.

Aber auch Kinder mit Autismus-Spektrums-Störung, solche mit genetischen Syndromen, wie dem Lesch-Nyhan- und dem Cornelia-de-Lange-Syndrom, oder allgemein mit Retardierung (vgl. Carr, E. G., 1977, S. 800 ff.) zeigen Selbstverletzungen. Bei 5 bis 15 Prozent aller Kinder mit Entwicklungsstörungen treten autoaggressive Verhaltensweisen auf (vgl. Barrera, F. J. et al., 1994, S. 170). Nachfolgend werden einige psychische Erkrankungen kurz erläutert:

Schizophrenie:

Das Wort »Schizophrenie« kommt vom Altgriechischen und setzt sich zusammen aus *schizein*, d.h. »abspalten«, und aus *phren*, d.h. »Zwerchfell, Seele«. Schizophrenie ist eine Diagnose für psychische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität, wobei verschiedene symptomatische Erscheinungsformen unterschieden werden.

Der Wortbestandteil *Schizo* bezieht sich auf den Erhalt einiger psychischer Leistungen, z.B. des Gedächtnisses. Im Gegensatz zur Demenz zerstört die Schizophrenie nämlich nicht alle zerebralen Funktionen.

In extrem seltenen Fällen können auch bei Kindern Formen von schizophrenen Psychosen etwa ab dem achten Lebensjahr auftreten. Die wichtigsten Symptome dabei sind der Verlust der verbalen Sprache, Kontaktverlust und affektive Störungen, also Störungen des Gefühlshaushaltes. Es kommt zu einem plötzlichen Knick in einer bis dahin normalen Entwicklung. Häufig treten diese Schübe nach belastenden Lebensereignissen auf.

Man kann bei einer Schizophrenie Positivsymptome (es kommt etwas hinzu) von Negativsymptomen (etwas geht verloren) unterscheiden. Zu Ersteren gehört eine Übersteigerung des normalen Erlebens. Weitere charakteristische Positivsymptome sind formale und inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen und motorische Unruhe. Als typische inhaltliche Denkstörungen bezeichnet man Halluzinationen und Wahnbildung.

Zur Negativsymptomatik gehören die Einschränkungen des normalen Erlebens, kognitive Defizite sowie eine reduzierte Mimik und Gestik. Bei ca. 40 Prozent aller an einer Schizophrenie Erkrankten kommt es zu autoaggressivem Verhalten (vgl. Schroeder, St. et al., 1985, S. 84 ff.).

Depression:

Das Wort »Depression« kommt vom Lateinischen *depressio* und bedeutet »niederdrücken«. Eine Depression zeigt sich durch die Unfähigkeit, Gefühle wie Trauer oder Freude empfinden zu können und auf Zuwendung, Anregung, Aufmunterung oder Kontakt von außen positiv reagieren zu können. Dazu gehören das Gefühl der inneren Erstarrtheit und die Erschwernis bzw. die Unfähigkeit, den üblichen Lebensvollzügen nachkommen zu können. Eine Depression kann man bei einem Kind an seiner gedrückten Stimmung, einhergehend mit Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Bedrücktheit erkennen. Daneben kommt es

häufig zu Ängsten vor den Anforderungen des Tages, aber auch zu sogenannten Panikattacken, d.h. zu frei und meist ohne äußeren Anlass aufsteigenden Gefühlen von Angst.

Erkrankte Kinder haben einen gehemmten Antrieb, sind interesselos, haben ein gestörtes Selbstwertgefühl und eine Abschwächung der Fremdwertgefühle. Sie haben also ihr Interesse, ihre Zuneigung für früher wichtige Tätigkeiten oder Bezugspersonen verloren oder eingeschränkt und können mit anderen nicht mehr gut mitempfinden, wobei sich viele ihrer fehlenden Fremdwertgefühle schmerzhaft bewusst sind.

Manchmal erscheinen diese Kinder nicht in der Schule oder zeigen nicht die gewohnten Leistungen. Sie reden wenig und wirken nicht selten aggressiv.

Ihr Denken ist eingengt auf negative Erlebensaspekte, nämlich auf Gedanken von Leistungsunfähigkeit, Wertlosigkeit, Versagen und Sinnlosigkeit. Oft zeigen sich auch Merk- und Konzentrationsstörungen, ohne dass es einen Hinweis auf hirnorganische Erkrankung gibt. Ihr Denken ist häufig langsam und mühsam und sie sind unfähig zur Entscheidung. Einige Kinder klagen auch über körperliche Beschwerden, wie Kopf- oder Bauchschmerzen. Oft verändert sich das Essverhalten. Einige haben keinen Appetit, andere essen mehr als sonst. Im Schulalter erkranken 2 bis 3 Prozent aller Kinder an einer Depression.

Autismus-Spektrums-Störungen:

Störungen aus dem autistischen Spektrum sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die genetisch bedingt sind. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Eine Autismus-Spektrums-Störung zeigt sich durch Auffälligkeiten des Kindes in zugleich drei Bereichen seiner Persönlichkeitsentwicklung: der Kommunikation, dem Sozial- und Kontaktverhalten und dem Spektrum an Handlungen und Interessen.

Man fasst unter dem Begriff der *Autismus-Spektrums-Störungen* mindestens drei verschiedene Formen zusammen: zunächst einmal den frühkindlichen Autismus als schwere Ausprägung, bei dem die Besonderheiten schon vor dem dritten Geburtstag des Kindes sichtbar werden. Dann das Asperger-Syndrom, bei dem die Kinder im Unterschied zum frühkindlichen Autismus keine geistige Behinderung haben und die Sprachentwicklung, wenn man nur Wortschatz und Grammatik betrachtet, im Wesentlichen altersgerecht verläuft. Trotzdem haben diese Mädchen und Jungen Schwierigkeiten mit der sozialen Kommunikation. Die letzte Form ist der atypische Autismus, bei dem die Auffälligkeiten entweder erst nach dem dritten Geburtstag des Kindes auffällig wurden oder nicht die erforderliche Mindestanzahl von Einzelsymptomen zutrifft, obwohl keine passendere Diagnose gefunden werden kann. Bei bis zu 50 Prozent der Kinder mit Autismus-Spektrums-Störungen kann man autoaggressives Verhalten beobachten (vgl. Busse, J., 2001, S. 17).

Lesch-Nyhan-Syndrom:

Das Syndrom wurde nach seinen Erstbeschreibern *Lesch* und *Nyhan* im Jahre 1964 benannt. Es handelt sich um eine erbliche, nur beim männlichen Geschlecht bekannte Stö-

SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus:

*Autoaggression bei Kindern - Umgang mit Kindern:
Psychosoziale und soziologische Probleme*

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de



eDidact **OLZOG Verlag**

Krenz, Armin (Hrsg.)
Handbuch für ErzieherInnen
in Krippe, Kindergarten, Kita und Hort

Ausgabe: 59

Thema: Umgang mit Kindern: Psycho-soziale und soziologische Probleme
Titel: Autoaggression bei Kindern (35 S.)

Produktivhinweis
Dieser Beitrag ist Teil einer Printausgabe des Praxiswerks **Handbuch für ErzieherInnen**. Das Handbuch bietet Ihnen aktuelle Informationen zu dem wichtigsten Themen der täglichen Arbeit, professionelle Konzepte zur Qualitätsverbesserung, innovative Ideen und praktische Lösungen für Problemstellungen sowie Diskussionen und Musterdialoge, die Ihnen bei Umsetzung der Inhalte in die pädagogische Praxis erleichtern.

- ▶ Alle Beiträge dieser Ausgabe finden Sie hier.
- ▶ Die Printausgabe können Sie auch per Post im **Jahresabo** (Grundwerk auf CD-ROM zzgl. 5 Ausgaben im Jahr) beziehen.

Nutzungsbedingungen
Die Materialien dürfen nur persönlich für Ihre eigenen Zwecke genutzt und nicht an Dritte weitergegeben bzw. Dritten zugänglich gemacht werden. Sie sind berechtigt, für Ihren eigenen Bedarf Fotokopien zu ziehen, bzw. Ausdrücke zu erstellen. Jede generische Weitergabe oder Veröffentlichung der Materialien – auch auszugsweise – ist unzulässig.

- ▶ Die vollständigen Nutzungsbedingungen finden Sie hier.

Haben Sie noch Fragen? Gerne hilft Ihnen unser Kundenservice weiter!

Buchtitel: **Handbuch für ErzieherInnen**
© Post: OLZOG Verlag, c/o Krenz-Praxis-Verlag GmbH & Co. KG
Autoren: **Armin Krenz** | 11889 | 0180000
© Tel.: 0 81 91 197 000 220 | Fax: 0 81 91 197 000 198
www.school-scout.de | www.edidact.de

Fachwissen