Dr. med. Eik Niederlohmann

Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen

Zusammenfassung

Einleitung: Whistleblower-Gaslighting bezeichnet Kommunikations- und Prozessmuster, durch die Hinweisgebende in Wahrnehmung und Legitimität systematisch unterminiert werden – mit Risiken für Speak-up, Fehlermeldesysteme und Organisationslernen. Unter Hinweisgeber- und Compliance-Anforderungen (u. a. HinSchG) kann so ein Gap entstehen: Meldekanäle sind formal vorhanden, informell werden Hinweise abgewertet, verzögert oder gegen die meldende Person gewendet. Ziel ist eine begriffliche Schärfung, Abgrenzung von fairer Kritik und eine praxisnahe Orientierung für Patientensicherheit.

Methoden: Konzeptbeitrag mit narrativer Literatursynthese; Verdichtung über Boxen, Vignetten und drei Abbildungen.

Ergebnisse: Beschrieben werden Mechanismen (Double Binds, Framing/Euphemismen, epistemische Entwertung) und Folgen (Schweigen, Pseudo-Compliance, Lernverlust) sowie Interventionen wie Non-Retaliation, dokumentierte Feedbackschleifen, mehrgleisige Meldewege inkl. Ombud/extern, Teamroutinen zur psychologischen Sicherheit und klinische Unterstützung bei hoher Belastung.

Diskussion: Entscheidend ist die Kopplung formaler Compliance an überprüfbare Prozesse und eine lernorientierte Kultur.

Schlüsselwörter

Speak-up, Hinweisgeberschutz, Patientensicherheit, psychologische Sicherheit, Organisationslernen, Pseudo-Compliance, Gaslighting, ethische Führung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2823

Kernaussagen (für die Praxis)

- Gaslighting ist ein Muster: nicht ein einzelner Konflikt, sondern wiederholte Entwertung plus blockierte Klärung.
- Pseudo-Compliance entsteht, wenn auf dem Papier reagiert wird, aber prüfbare Abhilfe ausbleibt.
- Non-Retaliation, Feedbackschleifen und unabhängige Eskalationspfade sind zentrale Schutzstrukturen

Speak-up ist Frühwarnsystem: Hinweise auf Risiken, Abweichungen und unklare Verantwortlichkeiten ermöglichen Lernen, Prävention und sichere Versorgung. In der Versorgungsrealität hierarchischer Systeme erleben Mitarbeitende jedoch immer wieder, dass Hinweise nicht nur unbeachtet bleiben, sondern aktiv umgedeutet werden – bis hin zur Infragestellung von Kompetenz, Motiven oder Stabilität der meldenden Person. Zusätzlich zu allgemeinen psychischen Mechanismen wirkt im Arbeitskontext ein reales Machtgefälle: Arbeitgebende verfügen rechtlich und organisatorisch über Weisungs-, Bewertungs- und Sanktionsmöglichkeiten, die Deutungsmacht und Abhängigkeiten verstärken. In belasteten Konstellationen können sich diese Asymmetrien psychodynamisch überlagern (z. B. durch Elternübertragungen auf Autoritätsfiguren), was Speak-up weiter erschweren kann. Ergänzend gilt: Auch Patientenbeteiligung wird als wichtiger Baustein der Patientensicherheitsarbeit beschrieben (Koch et al. 2023). Für solche Muster verwenden wir den Begriff Whistleblower-Gaslighting: eine Form systematischer Verunsicherung, die die eigene Urteilskraft unterminiert (Abramson 2014) und Zeugenschaft entwertet (Spear 2019). Im Unterschied zu fairer, evidenzbasierter Kritik entsteht dabei keine überprüfbare Klärung; stattdessen verschiebt sich der Fokus von der Sache auf die Person. In Deutschland verstärkt der Fokus auf Hinweisgeberschutz und Compliance (HinSchG) den Handlungsdruck: Wenn ein Meldekanal formal vorhanden ist, informell aber Sanktionserwartungen bestehen, kippt Speak-up in Schweigen und Pseudo-Compliance – formale Konformität ohne verlässliche Umsetzung im Versorgungsalltag. Ziel dieses Beitrags ist eine kompakte, praxisnahe Orientierung: (1) begriffliche Schärfung und Abgrenzung, (2) Mechanismen und typische Risikomuster, (3) konkrete Unterbrechungspunkte für Führung, Qualitätsmanagement und Teams.

Begriff und Abgrenzung: von fairer Kritik zu epistemischer Entwertung

>> Gaslighting zielt darauf, die Realitätsprüfung des Gegenübers zu destabilisieren. Im organisationalen Kontext geschieht dies häufig nicht als offene Lüge, sondern über wiederholte Relativierung (Einzelfall), Umdeutung (Missverständnis), Pathologisierung (überempfindlich) oder Verlagerung (falscher Kanal) – bis Betroffene ihre Wahrnehmung weniger gewichten und Rückzug naheliegt. Philosophisch lässt sich dies als epistemische Ungerechtigkeit fassen: Zeugenschaft und Erfahrung werden systematisch geringer gewichtet (Spear 2019).

Abzugrenzen ist Gaslighting von fairer Kritik und Performance-Management. Faire Kritik bleibt prüfbar, sachlich und reversibel (durch Evidenz oder Korrektur). Gaslighting ist dagegen typischerweise gekennzeichnet durch (a) Musterhaftigkeit, (b) Machtasymmetrie, (c) fehlende überprüfbare Klärung und (d) verdeckte Sanktionseffekte. Für die Versorgung ist diese Abgrenzung zentral, weil sonst sowohl berechtigte Kritik als auch berechtigte Hinweise toxisch gerahmt werden – ein Treiber für Schweigen.

Wichtig ist eine fachlich saubere Sprache: Der Begriff wird hier als organisationsbezogenes Risikomuster genutzt, nicht als klinische Diagnose. Es geht um beobachtbare Kommunikations- und Prozesssignale, die Patientensicherheit und Organisationslernen beeinträchtigen.

Hinweis zur Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit werden überwiegend geschlechtsneutrale Begriffe (z. B. Hinweisgebende, Mitarbeitende, Führungskräfte) verwandt.

Mechanismen und organisationale Folgen

Double Binds (Schein-Speak-up):

Typisch sind paradoxe Botschaften: Offiziell wird Offenheit betont (Bitte früh melden), informell folgen Abwertung, Karriere- oder Dienstplanfolgen. Gleichzeitig wird der Widerspruch geleugnet (rein organisatorisch), sodass Metakommunikation blockiert ist. Double-Bind-Logiken fördern erlernte Sprach- und Handlungslosigkeit (Watzlawick et al. 2011).

Frames, Euphemismen und Pseudo-Compliance:

Organisationen können Probleme sprachlich lösen – durch Beschwichtigung, PR-Frames oder ritualisierte Meetings ohne messbare Umsetzung. Frames prägen, ob ein Hinweis als Verantwortung oder Illoyalität gelesen wird (Lakoff 2016). Pseudo-Compliance meint die Diskrepanz zwischen formaler Konformität und fehlender zuverlässiger Umsetzung im Versorgungsalltag; organisationales Bullshit-Sprechen beschreibt dabei eine Indifferenz gegenüber überprüfbarer Wahrheit (Frankfurt 2005; Spicer 2017).

Folgen für Teams und Patientensicherheit:

Wenn Hinweisgeben als Gefahr erlebt wird, sinken Melderaten, Near Misses bleiben unsichtbar und Lernen verlagert sich von Systemkorrektur zu Selbstschutz. Zusätzlich steigen Rückzug, Fluktuation und Krankheitsausfälle. Damit wird ein Sicherheitsrisiko nicht nur übersehen, sondern strukturell stabilisiert. Für Hinweisgebende kann der erlebte institutionelle Vertrauensbruch stark belastend sein (Ahern 2018).

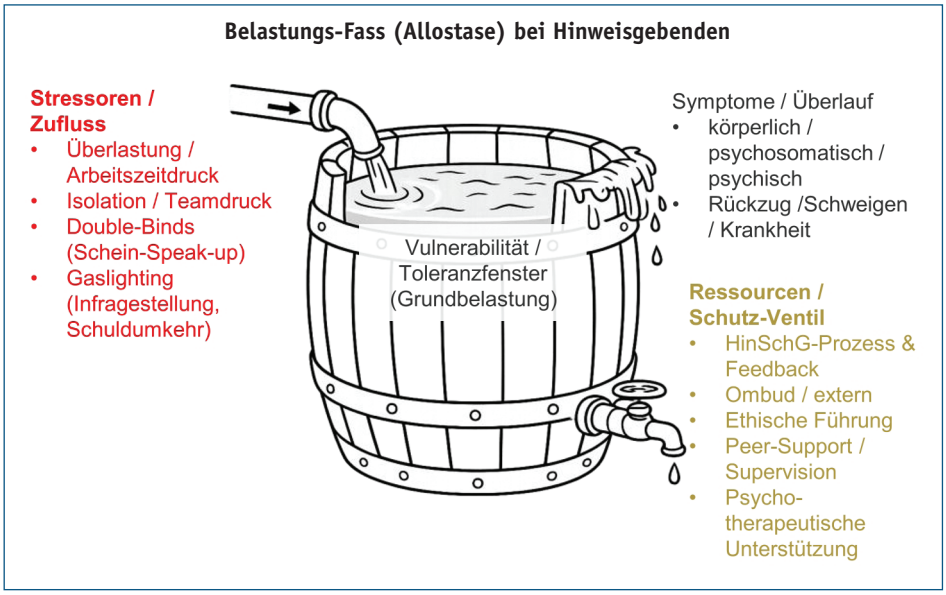


Abb. 1: Belastungs-Fass (Allostase) bei Hinweisgebenden: kumulative Belastung durch Gaslighting, Double Binds, Isolation und Arbeitsdruck versus Schutzventile (HinSchG-Prozesse, Ombud, ethische Führung, Supervision/psychotherapeutische Unterstützung). Eigene Darstellung.

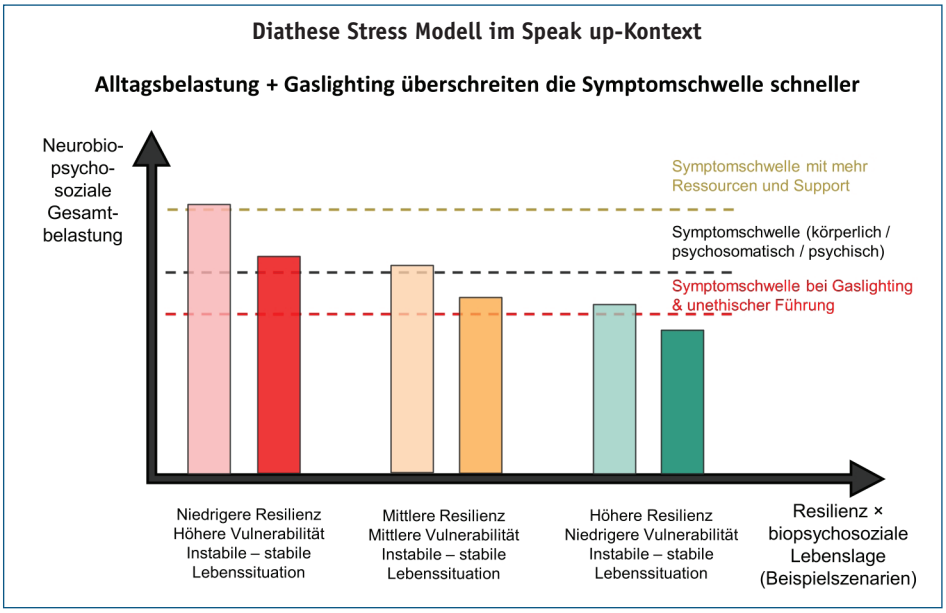


Abb. 2: Diathese-Stress-Modell im Speak up Kontext (Resilienz × biopsychosoziale Lebenslage; Beispielszenarien): Y Achse: Bio-psycho-soziale Gesamtbelastung. X Achse: Resilienz × biopsychosoziale Lebenslage (Beispielszenarien); dargestellt sind sechs Szenarien (hohe/mittlere/niedrige Vulnerabilität = niedrige/mittlere/hohe Resilienz) mit jeweils instabiler versus stabiler Lebenssituation (jeweils paarig). Die drei horizontalen Linien markieren die Symptomschwelle mit mehr Ressourcen und Support (oben), die Symptomschwelle (körperlich/psychosomatisch/psychisch; Mitte) sowie die Symptomschwelle bei Gaslighting & unethischer Führung (unten). Hinweis: Die Vulnerabilitätsniveaus sind schematisch und u. a. mit strukturellen Konzepten aus ISTDP/EDT vereinbar (z. B. „fragile character structure“ – „resistance with repression“ – „psychoneurotic“; vgl. Abbass & Town 2025). Die Symptomschwelle ist dabei exemplarisch und steht stellvertretend für unterschiedliche Schwellen je nach Symptomebene – von milden Stressreaktionen (z. B. Gereiztheit, Spannungskopfschmerz) bis zu ausgeprägten psychosomatischen/psychischen Beschwerden (z. B. funktionelle Magen-Darm-Beschwerden, suizidale Krisensymptome); mehrere Schwellen können parallel überschritten sein. (EDT/ISTDP; Abk.: Experiential Dynamic Therapy / Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy).. Eigene Darstellung.

Belastungsfolgen und Versorgungsrisiken: Warum das nicht bei Befindlichkeit endet

Whistleblower-Gaslighting wirkt als chronischer Stressor: Neben der Sachfrage (Risiko/Hinweis) entsteht ein Beziehungssignal (Deine Wahrnehmung zählt nicht). Wiederholte Unsicherheit, Isolation und Überlastung erhöhen die Gesamtbelastung und können zu Rückzug, Symptomen und Arbeitsunfähigkeit beitragen (Ahern 2018). In Hochlastsystemen ist relevant, dass lange Arbeitszeiten mit erhöhten Gesundheitsrisiken assoziiert sind (Conway et al. 2017). Zur heuristischen Einordnung visualisieren Abbildung 1 (Belastungsfass) und Abbildung 2 (Diathese-Stress-Modell; Resilienz × Lebens-

lage) die kumulative Belastung und die Schwellenlogik.

Die Systemperspektive ist dabei entscheidend: Klinische Unterstützung kann im Einzelfall entlasten, ersetzt aber keine Organisationsintervention. Prävention muss die Kette aus Melden – Prüfen – Rückmelden – Lernen strukturell sichern.

Als ergänzende klinische Unterstützung – ohne die Notwendigkeit organisationaler Veränderungen zu ersetzen – kann ein strukturiertes, evidenzbasiertes Kurzzeit-Psychotherapieverfahren hilfreich sein. Die Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) ist ein manualisiertes Vorgehen, das Betroffene darin unterstützt, Stress und Angstreaktionen sowie typische Abwehrmuster früh zu erkennen und zu regulieren – im Patientenkontakt und in belasteten Teaminteraktionen. Hofner und Bawks (2025) beschreiben in der psychiatrischen Praxis u. a. Effekte auf Selbstmonitoring, Affekt/Angstregulation und Burnout-Prävention sowie mögliche positive Nebeneffekte auf Zusammenarbeit und Führungsklima, insbesondere wenn solche Kompetenzen über Supervision, Peer-Formate und Führungskräfteentwicklung in Teams transferiert werden. Für komplexe und chronische Verläufe werden zudem Versorgungs- und Kostenaspekte diskutiert (Abbass & Town 2025).

Zur frühen Einschätzung aktueller Belastung und fragiler Zustände können kurze, standardisierte Screenings ergänzend hilfreich sein; zur Erfassung kognitiv-perzeptiver Disruption wurde mit COPEDS ein psychometrisch evaluiertes Instrument vorgestellt (Eielsen et al. 2025). Bei akuter Symptomlast kann eine zeitlich begrenzte psychopharmakologische Unterstützung entlasten; mittel- und langfristig bleiben psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen zentral und sollten – wo möglich – präventiv und niedrigschwellig verfügbar sein (Standal et al. 2025; DGPPN 2025).

Die Interaktionskette vom Hinweisgeben bis zur organisationalen Pseudo-Compliance lässt sich als Gaslighting-Spirale darstellen (vgl. Abb. 3).

Interventionen und Schutzfaktoren (Box 2)

Wirksame Prävention adressiert Struktur, nicht nur Haltung. Zentral sind

a. Schutz vor Retaliation,
b. nachvollziehbare Bearbeitung und
c. sichtbares Lernen.

Box 1: Rote Flaggen institutionellen Gaslightings (Beobachtungshinweise)

- Keine Quittung/keine Dokumentation von Meldungen; wiederholtes Einzelfall-Framing.
- Fokuswechsel von Sache auf Person (Motive, Stabilität, Teamfähigkeit).
- Paradoxe Botschaften: Offenheit plus implizite Sanktionseffekte (Dienstplan, Rotation, Projekte).
- Klärung ohne Evidenz: Entscheidungen ohne prüfbare Datenbasis oder Begründung.
- Ritualisierte Formate ohne Follow-up (Meetings ersetzen Umsetzung).
- Missbräuchliche Mediation trotz Machtgefälle; Einigungsdruck statt Sachprüfung.
- Isolation der meldenden Person (sozial, informell, kommunikativ).
- Sprachliche Beschwichtigung/Euphemismen, die Risiken entkonkretisieren.

Praxisregel: Einzelne Punkte sind unspezifisch; die Kombination über Zeit plus ausbleibende Feedbackschleifen ist hoch prädiktiv.

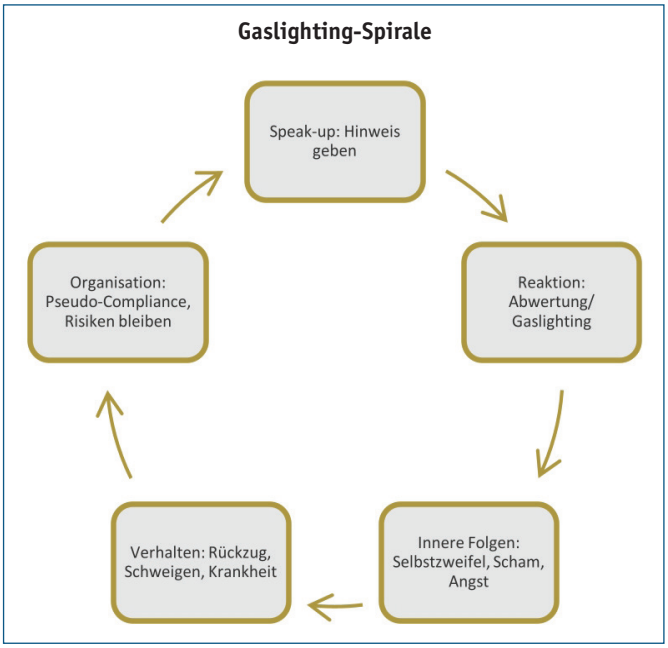


Abb. 3: Gaslighting-Spirale: Speak-up (Hinweis geben) > Abwertung/Umdeutung (Gaslighting) > innere Folgen (Selbstzweifel, Scham, Angst) > Rückzug/Schweigen > organisationale Pseudo-Compliance (Risiken bleiben). Unterbrechungspunkte: Non-Retaliation & Feedback, Ombud/extern, psychologische Sicherheit, klinische Unterstützung. Eigene Darstellung.

Box 2: 10-Punkte-Checkliste (Implementierung in Klinik/QM)

- 1) Non-Retaliation verbindlich: Policy, Vorbildkommunikation, Schutz im Einzelfall.
- 2) Mehrgleisige Meldewege: intern, Ombud, extern/Compliance; optional anonym.
- 3) Quittung + Fristen: Jede Meldung erhält Eingangsbestätigung und nächste Schritte.
- 4) Fakten/Interpretation trennen: strukturierte Dokumentation, Audit-Trail.
- 5) Unabhängige Prüfung: Board/Review mit externer Stimme bei Konfliktlagen.
- 6) Double-Bind-Check: Widersprüche explizit machen; Metakommunikation erlauben.
- 7) Schutzvereinbarungen: keine Versetzung/Dienstplanmaßnahmen während Klärung ohne Begründung.
- 8) Teamroutinen: Debriefs, Peer-Support, Supervision; psychologische Sicherheit trainieren (z. B. ISTDP/EDT informiert).
- 9) Monitoring: Bearbeitungszeiten, Rückmeldeschleifen, Indikatoren psychologischer Sicherheit.
- 10) Lernen rückspiegeln: Lessons learned, sichtbare Prozessänderungen, Feedback an Hinweisgebende.

Box 3: Zwei Kurzvignetten (fiktionale, de-identifizierte Komposite)

Vignette 1 (ärztlich): Eine Assistenzärztin meldet wiederholte Diskrepanzen zwischen Verordnung, Gabe und Dokumentation in der elektronischen Medikation (insbesondere nach Nachtdiensten), belegt durch Fallnotizen (z. B. Dokumentationslücken, zeitversetzte Nachträge oder unklare Beendigungen von Verordnungen). Im Qualitätszirkel wird Offenheit betont; kurz darauf verliert sie Projekte und wird aus organisatorischen Gründen rotiert. In Gesprächen wird ihr Mindset problematisiert; die Sachprüfung bleibt vage.

Vignette 2 (pflegerisch): Eine Pflegefachperson weist auf unklare Isolationswege und fehlendes Material hin. Danach häufen sich Nachtdienste, das Team meidet Kontakt, im Audit heißt es, Prozesse eingehalten. Erst eine Ombudsstelle validiert die Beobachtungen und strukturiert die Klärung.

Ethische Führung kann die Wahrscheinlichkeit interner Hinweise erhöhen (Cheng et al. 2019). Der Just-Culture-Ansatz als Führungsund Sicherheitsprinzip wird auch in MVF als zentraler Hebel für Patientensicherheit hervorgehoben (Bresser 2024).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Whistleblower-Gaslighting gefährdet Patientensicherheit, weil es Speak-up und organisationales Lernen systematisch unterminiert. Der zentrale Hebel liegt in Governance: Non-Retaliation, dokumentierte Feedbackschleifen und unabhängige Eskalationspfade reduzieren Pseudo-Compliance und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Hinweise in überprüfbare Verbesserungen übersetzt werden. Auf Systemebene können Reformen der Krankenhausfinanzierung die Vorhaltestrukturen stärken und Mengenanreize reduzieren, das Kontextstressniveau senken und damit Speak-up erleichtern; entsprechende Modelle werden in MVF diskutiert (Wilbert et al. 2023).

Forschungsbedarf besteht insbesondere bei Prävalenzen, Prozessindikatoren (Meldequalität, Bearbeitungszeiten) und der Wirksamkeit von Schutzinterventionen in unterschiedlichen Versorgungssettings. <<

Literatur

Abbass A, Town J. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Complex, Chronic, and Treatment-Resistant Conditions. American Journal of Psychotherapy. 2025;78(3):160–166. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20240024.
Abramson K. Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives. 2014;28(1):1–30. doi:10.1111/phpe.12046.
Ahern K. Institutional betrayal and gaslighting: Why whistle-blowers are so traumatized. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 2018;32(1):59–65. doi:10.1097/JPN.0000000000000306.
Bresser J (2024): Just Culture im Krankenhaus – Mit neuen Leadership-Ansätzen im ärztlichen Bereich die Zukunft gestalten. Monitor Versorgungsforschung 06/2024.
Cheng J, Bai H, Yang X. Ethical leadership and internal whistleblowing: A mediated moderation model. Journal of Business Ethics. 2019;155(1):115–130. doi:10.1007/s10551-017-3517-3.
Conway S, Pompeii L, Gimeno Ruiz de Porras D, Follis J, Roberts R. The identification of a long work hours threshold for predicting elevated risks of adverse health outcomes. American Journal of Epidemiology. 2017;186(2):173–183. doi:10.1093/aje/kwx003.
DGPPN (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Stand: 15.12.2025. AWMF-Registernummer: 038–020. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020 (Abgerufen am: 05.02.2026)
Eielsen M, Ulvenes PG, Melsom L, Wampold BE, Røssberg JI, Myhre F, Sørensen Ø, Rasch SM, Abbass A. Development and psychometric evaluation of a screening instrument for cognitive perceptual disruption (Copeds) in psychotherapy patients. Psychotherapy Research. Published online 02 May 2025. doi:10.1080/10503307.2025.2495773.
Frankfurt HG. On Bullshit. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2005.
Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG). Gesetz zum Schutz hinweisgebender Personen. Deutschland; 2023.
Hofner A, Bawks J. Benefits of Using Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy in Psychiatric Practice. American Journal of Psychotherapy. 2025;78(3):167–173.
Koch A, et al. (2023): Einbeziehung von Patient:innen zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. Monitor Versorgungsforschung 06/2023.
Lakoff G. Auf leisen Sohlen ins Gehirn: Politische Sprache und ihre heimliche Macht. Heidelberg: Carl-Auer; 2016.
Spear AD. Epistemic dimensions of gaslighting: Peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. Inquiry. 2019; Online first:1–24. doi:10.1080/0020174X.2019.1610051.
Spicer A. Organizational bullshit: A conceptual framework. Journal of Management Studies. 2017;54(3):505–524. doi:10.1111/joms.12296.
Standal K, Solbakken OA, Saltyte Benth J, Abbass A, Heiervang KS. Are People Worse Off in a Mental Health Treatment Paradigm Where Medication Is Deemphasised? A Naturalistic Noninferiority Trial of an Initiative to Improve Patient Choice. International Journal of Social Psychiatry. 2025;1–16. doi:10.1177/00207640251390930.
Stark C. Gaslighting, misogyny, and psychological oppression. The Monist. 2019;102(2):221–235. doi:10.1093/monist/onz007.
Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hans Huber; 2011.
Wilbert J, et al. (2023): Reform der Krankenhausfinanzierung: Erlösunabhängige Vorhaltepauschalen für akutstationäre Einrichtungen der Geburtshilfe. Monitor Versorgungsforschung 06/2023.

When Speak-Up Fails: Whistleblower Gaslighting as a Risk for Patient Safety and Organizational Learning

Introduction: Whistleblower gaslighting refers to organisational patterns that undermine the credibility and reality-testing of people who raise concerns, weakening speak-up, incident reporting and organisational learning. Even under whistleblower protection and compliance requirements, a gap may persist: reporting channels exist on paper while informal practices devalue reports, delay clarification or shift the problem onto the reporter. We define the phenomenon, distinguish it from fair performance management, and derive practical implications for patient safety.

Methods: Conceptual paper with a narrative synthesis of literature and practice observations, structured via boxes, vignettes and three figures.

Results: Mechanisms include double binds, framing/euphemisms and epistemic undermining; consequences include silence, pseudo-compliance and reduced learning. Intervention points comprise non-retaliation, documented feedback loops, multi-channel reporting incl. an ombud/external route, team routines for psychological safety, and clinical support when burden is high.

Discussion: Improvement requires aligning formal compliance with verifiable processes and a learning-oriented culture.

Keywords

speak-up, whistleblowing, patient safety, psychological safety, organizational learning, pseudo-compliance, gaslighting, ethical leadership

Data Availability Statement

This article presents a conceptual framework and does not report any new empirical dataset.
Ethics Statement: Not applicable. This work does not involve human participants, identifiable clinical data, or secondary analyses of patient records. All case vignettes are de-identified fictional composites created for training and illustration purposes.
Author Contributions: EN conceived the hypothesis and theory, developed the conceptual model, conducted the literature review, and wrote the manuscript.
Funding: No specific funding was received for this work.
Conflict of Interest: The author declares no competing interests.
Use of AI: AI was used to support language editing and literature organisation. Responsibility for content, accuracy and final version remains with the author.

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Niederlohmann, E.: „Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/26), S. 70–74. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2823

Dr. med. Eik Niederlohmann ORCID: 0009-0005-6803-3399
ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis in Leipzig. Neben seiner ambulanten Tätigkeit arbeitet er in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik Erlabrunn. Er behandelt schwer psychisch erkrankte Menschen mit strukturellen Störungen unter Einbezug verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und erlebnisorientierter Methoden (insb. Experiential Dynamic Therapy, EDT).
Kontakt: Kontakt@Praxis-Niederlohmann.de

