Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1988-1989)

Heft: 21

Artikel: Diagnostik, Therapie und Patientenführung in der Praxis - praxisbezogene Überlegungen

Autor: Schaefer, Heinrich

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789987

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 01.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Diagnostik, Therapie und Patientenführung in der Praxis — praxisbezogene Überlegungen

* Heinrich Schaefer, Binningen

Charakteristika der hausärztlichen Tätigkeit

Der wesentliche Unterschied zwischen Praxis und Klinik besteht darin, dass wir in der Praxis eine ungeheure Vielfalt der Probleme antreffen, die sich gegenseitig beeinflussen. Eine didaktische Hilfe dabei ist für mich die Quadratur der Diagnose, wie sie STEINMANN formuliert hat, geblieben; STEINMANN gewichtet die folgenden 4 diagnostischen Aspekte gleich stark, nämlich

— die somatischen
— die psychischen
— die sozialen
— die rehabilitativen (d.h. die praktische Selbständigkeit betreffenden)

Beispiel
Der verwitwete, mit der Welt in Hader lebende, leicht inkontinente, depressive 70jährige, der gehbehindert im 2. Stock in einer Wohnung mit Ofenheizung lebt, existiert am Rande der Dekompensation. Dies, obwohl kein ernstliches Leiden vorliegt.

Ich meine mit diesem Beispiel folgendes: So sehr uns das analysierende, klassierende Vorgehen hilft, umfassende Einsichten zu gewinnen, so gefährlich und falsch ist es dann, nur einen Aspekt zu berücksichtigen. Besonders in der Geriatrie dürfen wir uns nicht darauf verlassen, dass die nichtmedizinischen Probleme eines Patienten — zum Beispiel ein nicht mehr überblickbarer Haushalt — von «irgend jemandem» gelöst werden. Es sei denn, dieser Jemand seien wir selbst, in unserer Funktion als Hausärzte.

***) Es handelt sich hier um die Wiedergabe eines Vortrags, gehalten von Dr. med. H. Schaefer am Gerontopsychiatrischen Symposium der Sandoz am 11. Dezember 1986 in Basel und erstmals publiziert im «Triangel» Band 25/1986, Supplement 2, Sandoz-Zeitschrift. (Mit freundlicher Genehmigung des Referenten).**
Dr. med. H. Schaefer führt eine allgemein-internistische Praxis in 4102 Binningen BL.

Dominierende psychiatrische Diagnosen

Am häufigsten sind nach meiner Erfahrung folgende psychiatrische Krankheiten: 1. die Depression, 2. die Demenz; deutlich seltener sind 3. Schlafstörungen ernstlicher Art sowie 4. Angstzustände.

Immer wieder fällt mir auf, wie schwer sich die Patienten mit dem Begriff der **Depression** tun, wie sehr sich ihre Vorstellungen von dem unterscheiden, was wir heutigen Ärzte darunter verstehen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass moderne Begriffe, wie etwa der Blutkreislauf, noch nicht zum Alltagsgedankengut vieler Menschen gehört. Nicht anders verhält es sich mit der Depression; sie ist etwas Fremdes, das allenfalls andere haben, zum Teil auch etwas sündig Verbotenes, wie die Melancholie. Einzig schwermütig «dürfte» man werden. Dass es seit 30 Jahren so hilfsreiche Mittel wie die Antidepressiva gibt, hat kaum Eingang in das Bewusstsein der älteren Generation gefunden. Eine der dankbarsten Aufgaben des praktischen Arztes ist es, seine Patienten (etwa auch in Kursen zur Vorbereitung auf die Pensionierung) auf die Existenz dieser Krankheit aufmerksam zu machen, auf ihre möglichen Symptome und den Nutzen einer unterstützenden medikamentösen Therapie. Aspekte, die uns bei jüngeren Patienten oft Mühe bereiten, wie z.B. die unerwünschte Gewichtszunahme, spielen nach meiner Erfahrung im Alter kaum eine Rolle.

Schwieriger in der Betreuung ist der demente Patient mit seinen Angehörigen. Bei der **Demenz** bin ich als Hausarzt oft in einem diagnostischen Dilemma. Ist es noch relativ einfach, als Ursache einer Verwirrung die nicht seltene Nebenwirkung von Medikamenten (vor allem Diuretika und Digitalis) zu erkennen, so gilt das nicht mehr für einen Hydrozephalus oder ein asymptomatisches Meningiom usw. Nach meiner Erfahrung lohnt es sich, in frühen Stadien eine recht ausführliche Diagnostik unter Zuhilfenahme der Computertomographie und anderer nichtinvasiver Methoden durchführen zu lassen. In diesen Stadien ist die psychische Belastung für den Patienten zumutbar, und auch die Kosten sind etwa im Vergleich zu Spitalkosten durchaus vertretbar. Auch wenn ich nicht sehr oft das Glück hatte, behandelbare Ursachen der Demenz zu finden (im Gegensatz zu den ermutigenden Statistiken, die man liest), so hat die diagnostische Sicherheit und die gezeigte Sorgfalt entscheidenden Einfluss auf die den Patienten betreuende Umgebung. Im gleichen Sinne nützlich ist der punktuelle Beizug von Spezialisten aus beispielsweise dem Gebiet von Neurologie und Psychiatrie.

Ich erinnere mich gut an ein Ehepaar, in dem die geistig und körperlich gesunde Frau den zunehmend dement werdenden Mann pflegte. Trotz aller Vorbereitung durch mich konnte sie dann gewisse Fehlleistungen

des Mannes nicht mehr ertragen — etwa das Urinieren in den Pantoffel oder das Behalten von Gegenständen im Mund. Der Kontakt mit dem ambulaten psychiatrischen Dienst, der nach Hause kam und die Frau mit erstaunlich wenigen Gesprächen in ihrer Tägigkeit stützen konnte, hat die Hospitalisierung vermeiden können. Es scheint, dass die Information über das Krankheitsbild von den Angehörigen nicht aufgenommen werden kann. Wahrscheinlich hätte diese Krise durch das Mitwirken in einer Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe vermieden werden können. Wenn ich bei depressiven Patienten vielleicht 10-20% der Behandlungszeit zur Instruktion der Betreuer benötigte, so sind es bei Demenzproblemen um die 80-90%.

Ein wichtiges Problem, bei dem man von mir erwartet, dass ich mich kompetent dazu äussere, sind die **juristischen Aspekte.** Wir treffen 2 Situationen:

— Der demente Patient ist offensichtlich gut aufgehoben und wird liebevoll betreut (und man fürchtet, dass er sterben könnte).
— Er wird nicht betreut, und man hofft, dass er bald stirbt.

Im ersten Fall muss und soll man sicher nichts unternehmen. Im zweiten Fall stellt sich mir die Frage, ob der urteilsunfähige und meist leicht beeinflussbare Patient nicht geschützt werden müsste, besonders wenn grössere Vermögenswerte vorhanden sind. Da auch schon die Errichtung einer freiwilligen Beistandschaft ein unangenehmes Verfahren ist, fällt es oft schwer, den richtigen Rat zu geben. Immerhin ist es sehr zu empfehlen — wenn auch nicht vorgeschrieben — für die Abfassung eines Testaments den Notar zuzuziehen, der verpflichtet ist zu prüfen, ob der Testierende den Sinn des Vorgangs verstehen kann.

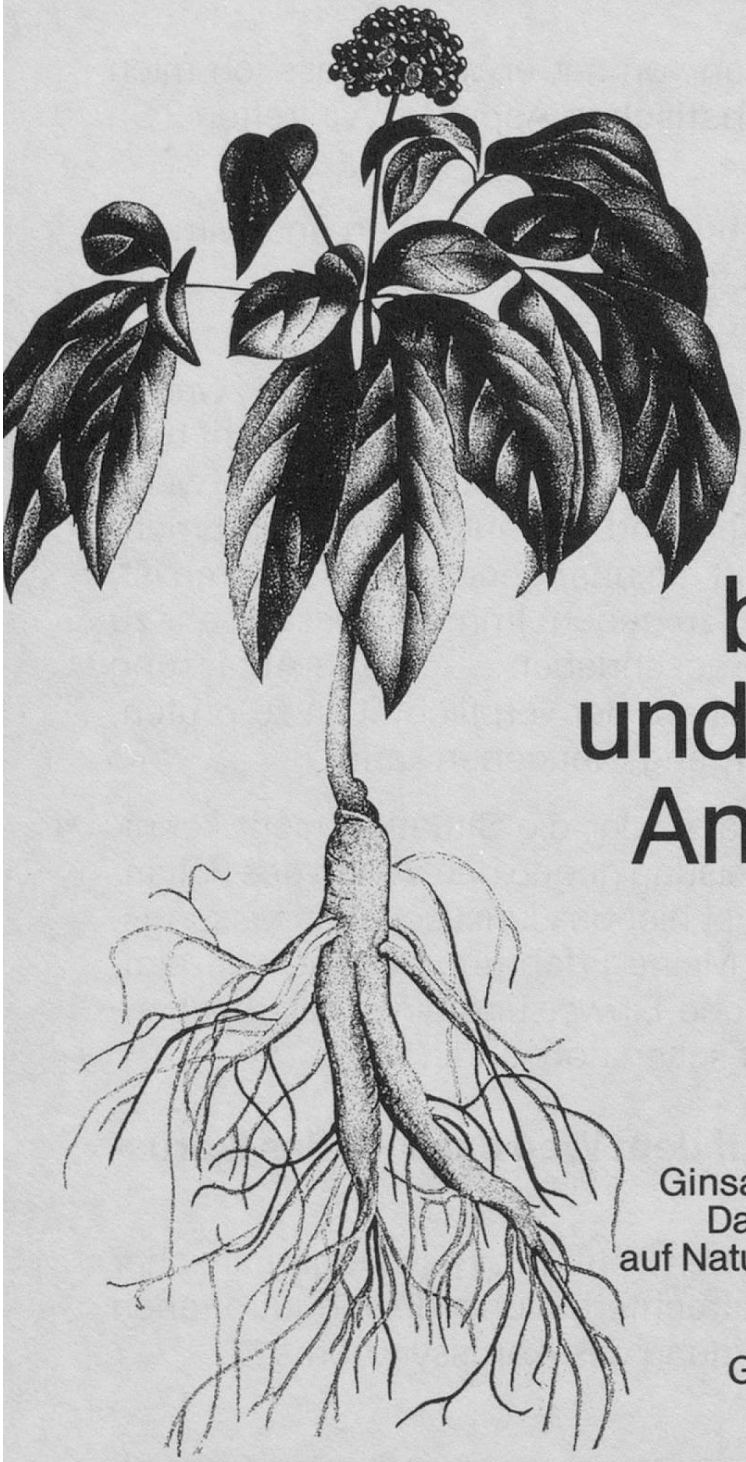
Nicht selten, besonders als Notfallarzt, der die Situation nicht kennt, werde ich dazu gedrängt, eine Einweisung gegen den Willen des Patienten zu veranlassen. Richtigerweise ist hier das juristische Einweisungsverfahren komplizierter geworden. Meine Erfahrungen haben gezeigt, dass die notfallmässige psychiatrische Einweisung eines Alterspatienten gegen seinen Willen doch recht selten notwendig ist.

Therapieziel und Hindernisse auf dem Weg dazu — das Ikarussyndrom

Das wichtigste Ziel in der hausärztlichen Betreuung psychogeriatrischer Erkrankungen ist zweifellos die Aufrechterhaltung der angetroffenen Betreuungssituation und die Vermeidung des Ikarussyndroms.

GINSANA®

G115



Steigert die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bei Müdigkeit und besonderen Anstrengungen bei Arbeit und Sport

Ginsana G115 – Jetzt in neuer Packung.
Darreichungsformen: Kapseln, Tonic auf Naturweinbasis, Tonic mit natürlichem Fruchtkonzentrat ohne Alkohol und Lutschtabletten.
GPL, Ginsana Products Lugano SA, Lugano (Schweiz)

Zur Erklärung meines Begriffs «Ikarussyndrom» muss ich einen kurzen Rückblick auf meine Laufbahn tun. An der Universität wurde uns Studenten gelehrt, dass es pharmakotherapeutische Sünde sei, Kombinationspräparate zu verordnen. Der Einwand der praktizierenden Kollegen, dass drei verschiedene Pillen nie geschluckt würden, wohl aber eine einzige, wenngleich dickere, wurde nicht angehört. Erst als der Begriff «Compliance» erfunden wurde, konnte statistisch exakt bewiesen werden, dass tatsächlich 47% der Pillen nicht geschluckt werden, vor allem jene nicht, die in bunter Vielfalt verordnet werden, oder eben: die Compliance lässt nach.

Das Hauptproblem der ambulanten Psychogeriatrie ist es, das soziale Netz tragfähig zu erhalten. Zu Beginn der Pflegesituation sind alle optimistisch. Es gibt ja so viele gute Medikamente, so viele liebe Nachbarn und Verwandte und nicht zuletzt 60 verschiedene Betreuungsorganisationen, die sich um den Patienten zu Hause kümmern werden. Bald aber wird klar, dass die Woche 168 Stunden hat (und nicht 42), dass der Patient durchaus nicht immer dankbar ist und schon gar nicht willig. Es treten erste Symptome des Ikarussyndroms in der Betreuer-Patient-Beziehung auf. Dabei unterscheiden wir bei den Betreuern die aggressive und die regressive Form.

Ein typisches aggressives Sozialsymptom lautet etwa so: «Herr Doktor, es ist unverantwortlich, diesen armen Mann ohne Spitalpflege zu versorgen, es könnte etwas eintreten, für das wir die Verantwortung nicht übernehmen können.»

Die regressive Form ist im Inhalt identisch, aber in der Spiegelung verschieden: «Herr Doktor, was kann ich nur tun, ich habe solche Angst, ich weiss nicht, wie ich meinen alten Vater pflegen soll. Und dann die Nachbarn, wenn er im Winter im Garten im Hemd Kirschen pflückt! Ich weiss schon, dass er nichts dafür kann, aber die Nachbarn, Sie wissen Herr Doktor, wie die Leute sein können.»

Kein Zweifel, das Ikarussyndrom ist voll entwickelt, der Patient stürzt aus seinen schönen, mit Wachs gekelbten Schwingen und fällt ins Wasser. Das Heim, das allenfalls für den Patienten angemessen wäre, kennt keinen Aufnahmezwang, er kommt in die Klinik, und so nimmt das Verhängnis seinen Lauf.

Was uns immer wieder erschüttert, ist die totale Hilflosigkeit von Alterspatienten nach einem Umgebungswechsel mit oft schwerer psychischer und dann physischer Verschlechterung des Zustandes, nicht selten Tod. Mir scheint, dass der Wechsel von Räumlichkeiten schlechter ertragen wird als der Wechsel von Bezugspersonen. Ist es, weil die neue

Bezugsperson auf den verängstigten Menschen eingeht, ihn beruhigen und wärmen kann? Die Erkenntnis, dass Ortswechsel im Alter ungut sind, ist nicht neu. Mühe bereitet es, dieses Wissen in konkrete betreuerische Konzepte umzusetzen. Die Situation in der Betreuung der Alterspatienten wird sich verschlechtern, wenn es uns nicht gelingt, mit der überzeugten Unterstützung weiter Bevölkerungskreise daran zu arbeiten.

Unsere Kultur ist mit den Geschenken der höheren Lebenserwartung und der grösseren Freizeit offenbar nicht fertig geworden. Höhere Lebenserwartung impliziert einen grösseren Betagtenanteil; bald wird ¼ der Bevölkerung Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV) beziehen, und wegen der niedrigen Geburtenrate sinkt der Anteil der arbeitenden Bevölkerung.

Durch die heute im allgemeinen gute finanzielle Vorsorge Betagter ist die Gefahr einer Privilegierung der älteren Generation gegenüber der jüngeren durchaus gegeben. Wir erleben das in der Praxis so, dass das wohlhabende Ehepaar seine Pensionierungszeit im wohlverdienten Ruhestand geniessen will, voller Aktivität, ohne Zeit, etwa die Grosskinder zu betreuen und die Eltern der jungen Familie zu entlasten. Und später sind diese Kinder ihrerseits nicht gewillt, ihre Eltern zu pflegen. Die dann betagten Eltern sind zudem selten bereit, den Angehörigen eine Entschädigung für die Pflege zu bezahlen. Meiner Meinung nach ist die Abschaffung der Mehrgenerationenhaushalte ebenso sehr der älteren wie der jüngeren Generation anzulasten. Der vielzitierte Platzmangel ist ein offensichtlicher Selbstbetrug, denn noch nie seit Bestehen der Menschheit hatten wir pro Kopf so viele Quadratmeter Wohnfläche zur Verfügung wie heute. Aber wir müssen eben mit- oder wenigstens nebeneinander leben wollen.

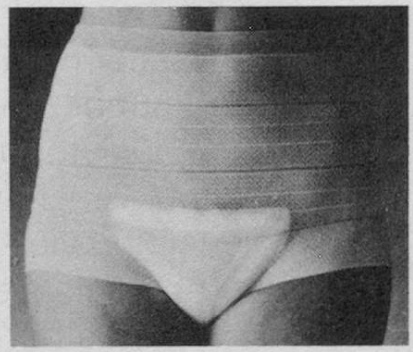
Andererseits müssen wir der verminderten Zahl der Arbeitskräfte im Verhältnis zu den AHV-Bezügern unbedingt Rechnung tragen. Die Bereitstellung finanzieller Mittel wird in Zukunft nicht mehr genügen. Ich glaube, hier befinden sich die Gläubiger der «drei Säulen» in einem folgenschweren Irrtum. Wenn die Alten das Geld haben, um von den Jungen alle Leistung zu kaufen, dann gibt es am Schluss keine gute Betagtenbetreuung, sondern eine Revolution!

Trotz allem funktioniert die familiäre und verwandtschaftliche Hilfe meistens noch am besten. Sie gilt es in erster Linie zu stützen. Was nützt es, wenn der psychisch schwer alterierte, todkranke Patient mit Kosten von Fr. 200.— pro Tag zu Hause behandelt werden könnte, wenn die Angehörigen zur Schonung des Erbteils lieber eine Hospitalisierung zu allerdings Fr. 350.— pro Tag sähen, die sie aber selbst nicht bezahlen müs-

Geniessen ohne Angst, nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen

Über 200 000 Frauen und Männer in der Schweiz leiden an Unstimmigkeiten der Blasenkontrolle.

Viele Leute leiden unter dem kleinen Malheur, die Blasenentleerung nicht unter Kontrolle zu haben. Sie leben mit der Angst, nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen, und ziehen sich aus dem aktiven Leben zurück und vereinsamen.



Das muss nicht sein! Und weil man sich mit dem TENASYSTEM so versorgen kann, dass niemand etwas merkt, wenn das Malheur passiert, können Sie unbeschwert und sicher den Alltag geniessen, immer und überall. TENASYSTEM-Einlagen und -Slips werden unter der normalen Unterwäsche getragen und passen sich ganz dem Körper an, als wären sie eine zweite Haut. Senden Sie uns bitte den komplett ausgefüllten Coupon zurück. Sie erhalten dann prompt und diskret Ihre Musterpackung und mehr Informationen. **Beides gratis.**

Und weil es so bequem ist, können Sie bei uns Ihre TENASYSTEM-Einlagen **direkt** bestellen. Die Auslieferung erfolgt mit ganz normalem Postpaket – diskret und schnell.

Bestellung: 01/840 36 60
Beratung: 01/840 54 64

Coupon:
Senden Sie mir bitte folgende Gratis-Muster-Packung:
☐ Tröpfel-Inkontinenz bei Männern.
☐ Leichte Blasenschwäche bei Frauen.
☐ Leichte bis schwere Inkontinenz bei Frauen und Männern.

Geschlecht: ☐ M ☐ W

Gewicht: ca. _____ kg

Name _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ 3/

TENASYSTEM

Mölnlycke AG
Althardstrasse 195, 8105 Regensdorf

sen? Einen politisch gangbaren Ausweg aus dieser Sackgasse sehe ich eigentlich nur in der Einführung einer häuslichen Krankenpflegeversicherung (evtl. mit Einschluss der Pflegeheimbehandlung). Gute Ansätze dazu sind zunehmend vorhanden.

Die andere Seite ist zur Zeit, dass die Organisation einer Pflege zu Hause wenn nicht am Geld, so an alltäglichen Widrigkeiten scheitert. Wer denkt denn schon in einer Zeit, die das 13. Gebot der 40-Stunden-Woche kennt, daran, dass eine Woche 168 Stunden hat? Oder dass eine Krankenschwester nicht kochen kann, will oder darf? Dass man für eine Grippe diskussionslos eine freie Woche bezahlt bekommt (Wert ca. Fr. 1000.—), aber für die Pflege des akut erkrankten Grossvaters nicht einmal 3 Tage unbezahlten Urlaub erhält? Oder, dass das ganze Management mit Zellstoffunterlage, Pflegebett, Ablöseliste der Betreuung, Nachschub von Infusionen und Sauerstoff, Essensvermittlung, Wäschedienst und vieles mehr entweder von Angehörigen oder vom überlasteten Arzt geleistet werden muss? Einen Lichtblick bildet hier immerhin die Ärzteplethora, falls wirklich die Belastung beibehalten und die Leistung verbessert wird. Wenn wir uns aber alle an das Gebot der 40-Stunden-Woche halten, können wir noch lange gut leben, ohne die Leistung verbessern zu müssen.

Ein möglicher Weg zur besseren ambulanten Betreuung

Im vorstädtischen Leimental versuchen wir, in einem neuen 80-Betten-Alters- und Pflegeheim einige der genannten Probleme zu lösen. Das oberste Gebot soll dabei sein, dass das Heim alles unterstützt, was die häusliche Betreuung somatisch und psychisch Kranker ermöglicht, also den Eintritt ins Heim so lange wie möglich überflüssig macht.

Erste Stufe

In der ersten Stufe soll vorab ein dauernd besetztes Vermittlungszentrum für die betreuten Gemeinden betrieben werden. Es hat sich nämlich immer wieder gezeigt, dass viele bereits existierende wertvolle Dienstleistungen nicht benützt werden, weil sie entweder nicht bekannt sind oder nicht innerhalb nützlicher Frist kontaktiert werden können. Dieses 168 Stunden pro Woche besetzte Telefon der Vermittlungszentrale könnte nie im Vollamt betrieben und bezahlt werden. Ich erinnere daran, dass die ärztliche Telefonnotfallzentrale, die personell damit vergleichbar ist, ca. Fr. 250'000.— pro Jahr kostet (nicht 42 Stunden pro Woche, sondern wieder 168 und zwar regelmässig und unabhängig von Ferien, Mutterschaft, Militär und anderen Abwesenheiten). Wir hoffen, die Heiminfrastruktur damit belasten zu können. Die zu vermittelnden Dienste sind zunächst die, welche bereits bestehen und sehr gut einge-

führt sind (Hausärzte, Gemeindeschwestern, Hauspflege, Pro Senectute, ambulante Psychiatriedienste, Seelsorge, Mahlzeitendienst usw.).

Zweite Stufe

In der zweiten Stufe sollen zusätzliche Leistungen angeboten werden, für die ein besonderer Bedarf nachgewiesen wird. Diese neuen Dienste müssen nicht nur neu geschaffen, sondern auch neu finanziert werden. Wir möchten dabei vor allem auch die Hilfe von festverpflichteten Senioren in Anspruch nehmen, die für eine eher symbolische Entschädigung mitarbeiten. Dabei müssen durch eine professionelle Kernstruktur (1 Vollstelle) alle personellen Aspekte, vom Einsatzplan bis zur Unfallversicherung organisiert werden. Damit soll vor allem auch die nicht selten aufopfernde Nachbarschaftshilfe wieder zur Norm werden. Zur Realisierung hoffen wir dabei auf die finanzielle Unterstützung einer oder mehrerer Stiftungen, bis eine normale Finanzierung möglich ist. Unter «normal» verstehe ich eine Beteiligung von Gemeinden, Kantonen und Versicherungen bei einem verkraftbaren Anteil für den Patienten.

Im Heim selbst haben wir neben der landesüblichen Zweiteilung Altersheim (das einem Seniorenhotel entspricht) und Pflegeheim (das einem Pflegespital entspricht) eine gesonderte psychogeriatrische Abteilung geplant. Die baulichen Massnahmen bestehen darin, dass die 12-Zimmer-Abteilung gegen das übrige Heim geschlossen werden kann, dass nur Einzelzimmer geplant sind, dass ein kleiner Essraum mit Teeküche vorhanden ist und ein eigener kleiner geschützter Garten vorliegt. Vielleicht gelingt es uns, im Sinne der Reality-Reorientation, mit dem Patienten sinnvolle Haushaltarbeiten wie Tischdecken, Geschirrwaschen etc. vorzunehmen. Gemäss vorliegenden Anmeldungen 3 Monate vor Eröffnung des Heims ist das Altersheim knapp gefüllt; für das Pflegeheim liegen doppelt so viel Anmeldungen wie Plätze vor.

Schlussbemerkung

Ich möchte es nicht unterlassen, die dankbare Seite der Psychogeriatrie für Betreuer und Hausarzt im speziellen zu erwähnen.

Auch wenn wir heute über Gedanken- und Wissensgut aller Art verfügen, so kann das Gespräch mit alten Leuten, die sich so lebensnah an ihre Jugendzeit erinnern, immer wieder Erlebnis und Freude sein.

Ausdruck der Freude und Dankbarkeit erfahren wir auch oft für eine einfache Zuwendung von dem dementen Patienten.

Natürlich fehlen die Konflikte nicht, und es ist nicht immer leicht, das Schicksal zu akzeptieren, wenn alte Menschen von schwerster Krankheit betroffen werden und sie ihrer Selbständigkeit und, im Fall von

Ehepaaren, ihrer gegenseitigen Stütze beraubt werden. Nicht zu vergessen ist auch die Dankbarkeit der Angehörigen, denen wir als Arzt im Krisenmanagement beistehen können; dies spornt uns immer wieder an, auch dort eine Lösung zu finden, wo sich keine anzubieten scheint.

Suchen Sie **Pflegepersonal?**

Mit einem Stelleninserat in Leben + Glauben sprechen Sie eine interessierte und engagierte Leserschaft an.

- Auflage: 86 956 Exemplare
- Leser total: 130 000
- Frauen: 90 000
- Auf dem Lande lebend: 66 000
- Leser in den Agglomerationen Zürich, Winterthur, Schaffhausen: 19 000

LG LEBEN und GLAUBEN

Telefonieren Sie uns einfach, wir beraten Sie gerne!

Inseratenannahme:
Mosse Anzeigenregie Leben + Glauben
Postfach, 8025 Zürich, Tel. 01/47 34 00

MOSSE ANZEIGENREGIE