

Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung

Dr.med. Walter Kaiser
Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin
Thalwil

Aktuelles

Mitglieder Info

Organisation

Behandlungsempfehlungen

Leitlinien Begutachtung

Health Professionals

Weiter- und Fortbildung

Publikum

Rheuma Schweiz

Leitlinien Begutachtung

Leitlinien zur Begutachtung



[Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung](#)

Persönlich

- 1983 - 2016 Rheumatologische Praxis in Thalwil/ZH
- Aktuell tätig als selbständiger rheumatologischer Gutachter (monodisziplinär, bidisziplinär rheumatologisch-psychiatrisch, polydisziplinär)
- Präsident Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) 2012 - 2016

Tages-Anzeiger - Donnerstag, 18. Juni 2015

Schweiz

Neues Urteil des Bundesgerichts

Schmerzen sind nicht immer überwindbar

Das Bundesgericht ändert seine Rechtsprechung bei der Beurteilung der Invalidität. Schmerzpatienten gelten nicht mehr als grundsätzlich arbeitsfähig.

IV Statistik 2014

- Anzahl IV Rentner wegen Krankheit Total 180`000
 - Knochen und Bewegungsapparat 35`000
 - Psychische Erkrankungen 102`000
 - Nervensystem 18`000
 - Anderes 25`000



Agenda

- Bisherige Praxis der Beurteilung bis 2015
 - Medizinische Frage
 - Juristische Lösung
 - Resultierende Probleme
- Neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern
 - Ausgangspunkt
 - Ablösung des Regel/Ausnahmeverfahrens durch ein strukturiertes Beweisverfahren
 - Leitlinien: Anforderung an rheumatologische Gutachten
- Fallvignetten
 - Rheumatologie - Orthopädie
 - Rheumatologie - Psychiatrie

Medizinisches Problem

- Fehlende Evidenz basierte medizinische Parameter für die Beurteilung von nicht objektivierbaren gesundheitlichen Störungen wie Schmerzen, Müdigkeit usw.
⇒ Unsicherheit in der rechtlichen Würdigung von Ansprüchen nach Versicherungsleistungen
- Nicht-Objektivierbarkeit ⇒ Gefahr der willkürlichen Einschätzung eines medizinischen Sachverhalts
- Massiver Anstieg der Berentungen ⇒ Finanzielle Schieflage der IV
- Keine Lösung von ärztlicher Seite für ein primär medizinisches Problem
⇒ Juristisches Konstrukt der «Schmerzrechtssprechung», «Überwindbarkeitsrechtssprechung» oder «Zumutbarkeitsrechtssprechung» als (allseits unbefriedigende) Behelfslösung

Juristische Lösung

- BGE 130 V 352 12.3.2004
 - Namentlich vermag nach der Rechtssprechung eine diagnostizierte **anhaltende somatoforme Schmerzstörung** als solche **in der Regel keine langdauernde zu Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit** im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu begründen
- BGE 132 V 65 8.2.2006
 - Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, so dass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtssprechung der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters der **Fibromyalgie analog** anzuwenden

Praktisch: Schmerz ⇒ arbeitsfähig, ausser...

- Mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität Ausprägung und Dauer

Oder aber

- Foerster Kriterien/rechtliches Anforderungsprofil erfüllt:
 - ⇒ Chronische körperliche Erkrankungen
 - ⇒ Verlust der sozialen Integration
 - ⇒ Mehrjähriger Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik
 - ⇒ Unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungsmassnahmen
 - ⇒ Gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen
 - ⇒ Ausgeprägter sozialer Krankheitsgewinn

Probleme

- Unterschiedliches Denken und Handeln von Mediziner und Juristen
 - ⇒ Mediziner: lebt mit Unklarheiten, Grauzonen, Wahrscheinlichkeiten
 - ⇒ Jurist: kennt nur scharfe und eindeutige Grenzen
- Diskrepanz zwischen medizinischem Wissen und Rechtsprechung
- Fehlende medizinische Evidenz für die bundesgerichtlichen Annahmen
- Vermutung zu Ungunsten der versicherten Person
 - ⇒ Abklärungsfocus liegt auf den Zumutbarkeitskriterien
 - ⇒ Vorhandene Ressourcen werden selten ermittelt
- Das biopsychische Modell des Schweizer Rechts ist ungeeignet für die Beurteilung von Schmerzpatienten

PÄUSBONOG: eine *juristische* Krankheitsgruppe

P	pathogenetisch
Ä	ätiologisch
U	unklare
S	syndromale
B	Beschwerdebilder
O	ohne
N	nachweisbare
O	organische
G	Grundlage

Jeger 2010

PÄUSBONOG: Krankheitsbilder

- Somatoforme Schmerzstörung
- **Fibromyalgie**
- Dissoziative Sensibilitäts und Empfindungsstörungen
- Dissoziative Bewegungsstörung
- Chronic Fatigue Syndrom und Neurasthenie
- **HWS Distorsion ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle**
- Nicht organische Hypersomnie und leichte Persönlichkeitsveränderungen bei chronischem Schmerzsyndrom

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Agenda

- Bisherige Praxis der Beurteilung bis 2015
 - Medizinische Frage
 - Juristische Lösung
 - Resultierende Probleme
- Neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern
 - Ausgangspunkt
 - Ablösung des Regel/Ausnahmeverfahrens durch ein strukturiertes Beweisverfahren
 - Leitlinien: Anforderung an rheumatologische Gutachten
- Fallvignetten
 - Rheumatologie - Orthopädie
 - Rheumatologie - Psychiatrie



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar · 81664 München

An

Indemnis

Rechtsanwälte für Unfallopfer,
Privat- und Sozialversicherte

Spalenberg 20
CH-4001 Basel

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie**

Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
Direktor



Mitglied des Roman-Herzog-
Krebszentrums (RHCCC)

Langerstraße 3/I
81675 München
Tel: 089 4140-4311
Fax: 089 4140-4315

www.mri.tum.de/psychosomatik
psychosomatik@tum.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bezug auf Ihre Anschreiben vom 22.2.2013 und 17.3.2014 erstelle ich
nachfolgend eine

**gutachterliche Expertise aus
psychosomatisch-psychiatrischer Sicht.**

Fazit von Prof. Henningsen (1)

- Die „Vermutung“, dass es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen somatoformen / funktionellen und anderen psychischen Störungen hinsichtlich ihres Schweregrads und hinsichtlich der Überwindbarkeit durch zumutbare Willensanspannung gäbe, ist empirisch nicht haltbar
- Auch die Annahme, dass es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen diesen Störungsgruppen hinsichtlich der Objektivier- und Beweisbarkeit gäbe, ist weder empirisch noch logisch haltbar
- Die künftige Aufgabe besteht darin, in der medizinischen Begutachtung generell die **Prinzipien des bio-psycho-sozialen Modells** einerseits, einer **Unterscheidung von Funktion, Aktivität und Partizipation** andererseits flächendeckend und konsequent zu berücksichtigen, und zwar **bei der Begutachtung aller Arten von Störungen und Krankheitsbildern, somatischen und psychischen, mit und ohne organisch definierter Pathologie**

Bio-Psychisches ↔ Bio-Psycho-Soziales Krankheitskonzept

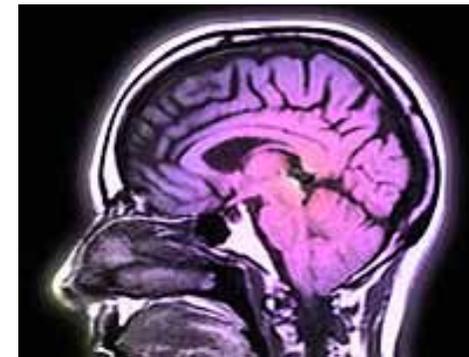
biologische Faktoren

⇒ Schmerz



psychologische und soziale Faktoren

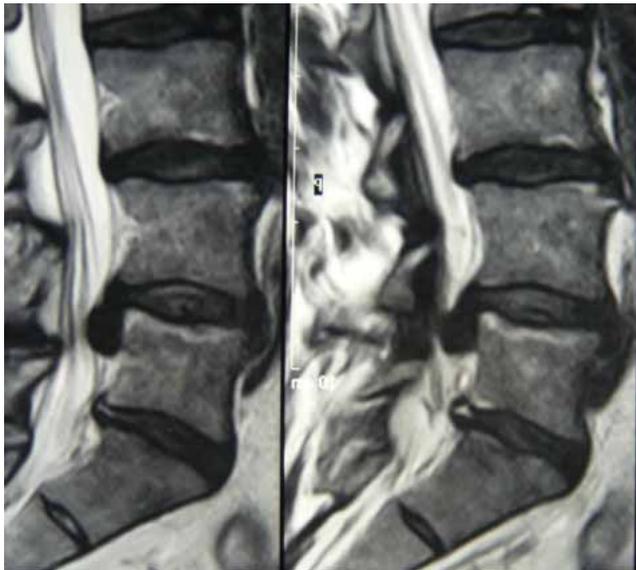
⇒ Schmerzwahrnehmung + Chronifizierung



Fazit von Prof. Henningsen (2)

- Das Vorliegen einer organisch eindeutig definierten und damit auch naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie allein sagt in sehr vielen Fällen wenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Das Nicht-Vorliegen einer solchen naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie sagt ebensowenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Erst **die systematische Berücksichtigung der in jedem einzelnen Fall relevanten biologischen und psychosozialen ätiologischen Faktoren, der Ressourcen und der Schweregrad- und Konsistenzindikatoren** erlaubt eine verlässliche medizinische Beurteilung der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und ggf. anderer sozialmedizinischer Fragen

Diagnose – Defizite - Ressourcen



- ⇒ Behandlung, Sakralblock
- ⇒ Ergonomie
- ⇒ Empowerment

Fallvignette: ♂, 35

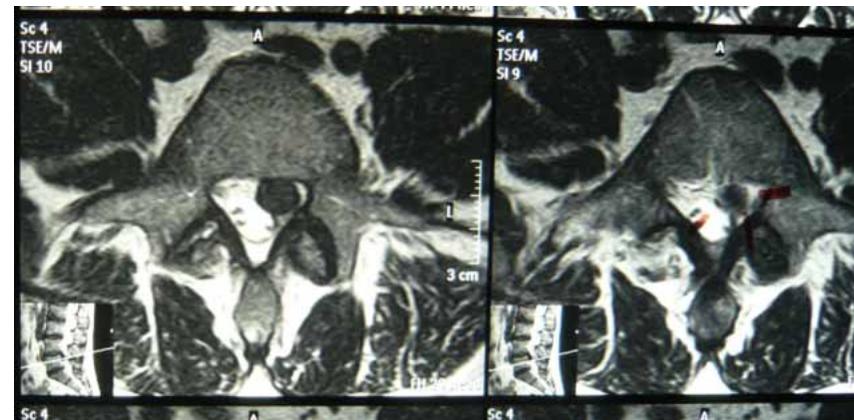
Gärtner

Lumboischialgie links

Neue Stelle

Will arbeiten

⇒ ?



Thomas Gächter / Michael E. Meier

Schmerzrechtsprechung 2.0

Bemerkung zur grundlegenden Praxisänderung im Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, zur Publikation vorgesehen

Das Bundesgericht hat im wichtigen Leitentscheid vom 3. Juni 2015 seine bisherige Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden in zentralen Punkten geändert. Künftig entfällt die für die bisherige Praxis zentrale Überwindbarkeitsvermutung. Der Beitrag stellt den Entscheid und die bundesgerichtlichen Erwägungen vor und gibt erste Hinweise auf Bedeutung und Einordnung der Praxisänderung.

Praxisänderung

Päusbonog

⇒ **anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Störungen**

Regel/Ausnahmemodell (Überwindbarkeitsvermutung)

⇒ **strukturiertes Beweisverfahren**

Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung

⇒ **Verwendung von massgeblichen Indikatoren**

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Diagnose

- Die Diagnose ist Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen
- Vom Facharzt gestellt auf internationale Klassifikationssysteme gestützt
- Diagnosen müssen für den Rechtsanwender nachvollziehbar sein
- Ausschlussgründe (Aggravation, Diskrepanz zwischen geschilderten Schmerzen und tatsächlichem Verhalten und demonstrativ und unglaubwürdig vorgetragene Klagen)

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Indikator: Funktioneller Schweregrad

- Gesundheitsschädigung
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
 - Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch)
- Persönlichkeit
 - Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen
- Sozialer Kontext
 - Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren
 - Eruiierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Indikator: Konsistenz

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen
 - Aktivitätsniveau im Erwerbsleben und Privat
- Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck
 - Werden Therapieangebote wahrgenommen
 - Compliance bei Integrationsmassnahmen und Versuche der Selbsteingliederung

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Stellenwert medizinischer Gutachten

- BG: Einem Gutachten ist aus rechtlicher Sicht zu folgen, wenn der medizinische Sachverständige lege artis begutachtet
- Die Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der festgestellten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ist der Kern der rechtlichen Beurteilung der Zumutbarkeit im Einzelfall
 - Diagnose
 - Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit
 - Kausalität zwischen Gesundheitsschaden und funktioneller Einschränkung

Thomas Gächter / Michael E. Meier,
Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29.
Juni 2015

Leitlinien für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen

Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung

Arbeitsgruppe Anpassung der Leitlinien 2015/16

- Dr. med. Pius Brühlmann, Rheumaklinik USZ
- Dr. med. Dieter Frey, Basel
- Dr. med. Isabelle Gabellon, Vorstand SGR, Vevey
- Dr. med. Jörg Jeger, Luzern (Leitung)
- Dr. med. Walter Kaiser, Thalwil, Präsident SGR
- PD Dr. med. Andreas Klipstein, Präsident SIM, Vorstand SGPMR
- Prof. Dr. med. Peter Villiger, Inselspital Bern, Past Präsident SGR

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist eine ärztliche Aufgabe

Juan Luis Vives, spanischer Humanist, Sozialhilfetheorie 1526:

Selbst Alte und Kranke sollen je nach Kräften noch leichte Arbeit tun. Keiner ist so schwach, dass er zu allem unfähig wäre. Auf Alter und Gesundheit muss man Rücksicht nehmen; doch darf man sich keine Krankheit oder Schwäche vortäuschen lassen, was nicht selten geschieht. Deshalb soll man Ärzte beiziehen und die Simulanten bestrafen...



Was ist Gesundheit?



Zustand völligen körperlichen,
seelischen und sozialen
Wohlbefindens und nicht nur das
Freisein von Krankheit und
Gebrechen



Jeanne Hersch
1910-2000

**Gesundheit ist die Fähigkeit alle
Unvollkommenheiten und
Widerwärtigkeiten des Lebens mit
seinen Sonn- und Schattenseiten
und seiner Endlichkeit ertragen zu
können.**

Was ist Krankheit?

Verschiedene Realitäten von Krankheit und Kranksein

- Disease

- Krankheit
Arztperspektive
- biologischer und ev
psychologischer Aspekt
- objektivierbar

ICD

- Illness

- Kranksein
Patientenperspektive
- biografischer sozialer und
kultureller Einflüsse
- subjektive sozio-kulturelle
Interpretation
⇒ Krankheit in Erfahrung
und Verhalten

ICF

Schwerpunkte der Leitlinien ⁽¹⁾

- 2.7 Stellenwert der rheumatologischen Expertise in der bidisziplinären und polydisziplinären Begutachtung
 - Die Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen benötigt in der Regel sowohl somatischen wie auch psychosomatisch/psychiatrischen Sachverstand und erfordert eine gemeinsame Beurteilung der Experten

Fibromyalgie: Diagnostischer Wandel



Schmerz und Arbeitsunfähigkeit

^{1,2}R. von Känel, ¹M.-L. Gander, ³U.T. Egle,
³C. Buddeberg

Differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat – Codierung nach der ICD-10

The Differential Diagnosis of Non-Malignant Chronic Musculoskeletal Pain Syndromes – Coding with the ICD-10

Praxis 2002; 91: 541-547 **542**

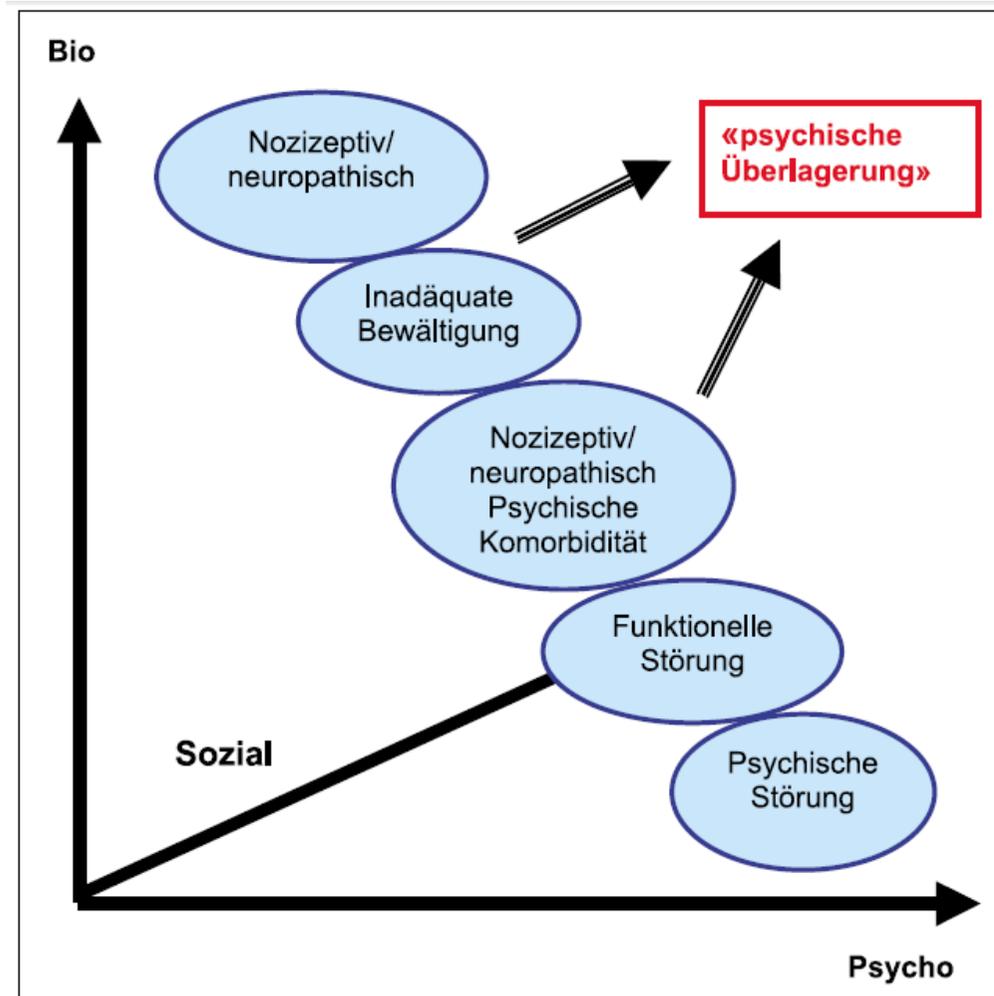


Abb. 1.: Differenzialdiagnostische Untergruppen von chronischen Schmerzsyndromen [1].

Schwerpunkte der Leitlinien ⁽²⁾

- 3.2 Befragung
 - Tagesablauf: wichtige Hinweise auf die Auswirkung des Leidens in den verschiedenen Lebensbereichen
 - Arbeitsanforderungen am angestammten Arbeitsplatz: Erhebung eines möglichst genauen Anforderungsprofils. Ev. Fremdauskünfte
 - Tätigkeiten/Engagements: Ausser-/nebenberuflich, Hobbies
 - Integration: familiär, beruflich, gesellschaftlich
 - Selbsteinschätzung: Krankheitsmodell, Lösungsansätze, Zukunftsgestaltung

Schwerpunkte der Leitlinien ⁽³⁾

- 3.4 Abfassung des gutachterlichen Berichts
 - Diagnose herleiten nach publizierten Klassifikationskriterien oder ICD
 - Verbindung aufzeigen zwischen dem festgestellten Gesundheitsschaden (Funktionsstörung) und den Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation
 - Beobachtungen aus Eingliederungsversuchen sind wichtige Hinweise
 - Darstellen von Defiziten und erhaltenen Restfunktionen (Ressourcen)
 - Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gestützt auf ICF
 - Körperfunktionen und Struktur
 - Aktivitäten
 - Partizipation zB Arbeitsleistung
 - Umgebungsfaktoren
 - Personenbezogene Faktoren

Schwerpunkte der Leitlinien ⁽³⁾

- Die **Konsistenzprüfung** bezweckt die Klärung der Frage ob die gestellte Diagnose schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine funktionelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründet. Hinterfragt werden sollen Diskrepanzen zwischen:
 - der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden;
 - subjektiven Beschwerden, Selbsteinschätzung und objektiven Befunden;
 - eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage;
 - Behinderung im Beruf und Einschränkung bei der Alltagsbewältigung sowie Freizeitaktivitäten, Sport, Reisen und sozialen Kontakten;
 - Ausmass der Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien;
 - angegebener Medikamenteneinnahme und Blutspiegel der Medikamente.

Agenda

- Bisherige Praxis der Beurteilung bis 2015
 - Medizinische Frage
 - Juristische Lösung
 - Resultierende Probleme
- Neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern
 - Ausgangspunkt
 - Ablösung des Regel/Ausnahmeverfahrens durch ein strukturiertes Beweisverfahren
 - Leitlinien: Anforderung an rheumatologische Gutachten
- Fallvignetten
 - Rheumatologie - Orthopädie
 - Rheumatologie - Psychiatrie

♀ 59 MPA/OpAss 40% bei Augenarzt

- Anamnese
 - 6 Jahre vor der Begutachtung Op komplizierte distale Radiusfraktur re
 - CRPS im Verlauf, 6 Mo postop misslungener Arbeitsversuch
 - Nach weiteren 6 Mo sukzessive Steigerung AF auf 100% von 40%
 - 1 Mo später Plattenentfernung wegen Restbeschwerden
 - AF wieder erreicht aber KG Eintrag: Wärmeempfindlichkeit und Schwellungsneigung. Dauernde Behandlung und Lymphdrainage
 - 1 Jahr später Reduktion des Arbeitspensums auf 35%, und dann 25% durch die Versicherte wegen anhaltenden Beschwerden und Mühe bei der feinmotorischen und bewegungsstereotypen Arbeit im Op
 - Schliesslich kündigt die Versicherte und beabsichtigt eine andere besser geeignete Stelle zu suchen

♀ 59 MPA/OpAss 40% bei Augenarzt

- Befunde
 - Geringgradige Bewegungseinschränkung im re Handgelenk
 - Keine Störung der Trophik
 - Hypästhesie und Algesie D1/2
- Beurteilung Orthopädie
 - st. quo ante erreicht
 - Arbeitsfähigkeit 100%



♀ 59 MPA/OpAss 40% bei Augenarzt

- Beurteilung Rheumatologie nach Leitlinien 2016
 - Diagnose
 - CRPS (Budapestkriterien erfüllt) mit residueller Schmerzsymptomatik
 - Funktioneller Schweregrad
 - Befunde im Verlauf wiederholt sehr ausgeprägt, aktuell gering
 - Fortdauernde Behandlung
 - Konsequente mehrmalige Arbeitsversuche trotz Schmerzen
 - Anamnestisch intakte Persönlichkeit
 - Idealer Arbeitsplatz, geliebtes Arbeitsumfeld, konfliktfreies Arbeitsverhältnis
 - Sucht aus eigener Initiative eine angepasste Tätigkeit (BD, EKG statt Assistenz bei Augenoperationen)

♀ 59 MPA/OpAss 40% bei Augenarzt

- Beurteilung Rheumatologie nach Leitlinien 2016
 - Konsistenz
 - Haushalt wird mit Hilfe Ehemann geführt
 - Verwendet Hilfsmittel der RL in der Küche
 - Verzicht auf Hobby Handarbeiten
 - Eingeschränkte Reisetätigkeit
 - Medikamenteneinnahme in hohen Dosen um arbeiten zu können
 - Bezahlte Lymphdrainage selbst
 - Arbeitsfähigkeit
 - Die Arbeitsfähigkeit angestammt ist erheblich und leidensadaptiert mässig eingeschränkt

♂ 38 Hilfsarbeiter, arbeitslos

- Anamnese
 - Rückenschmerzen seit 10 Jahren. Wenig objektive Befunde
 - Rheumatologisch: Lumbospondylogenes Syndrom bei Haltungsinsuffizienz
 - Psychiatrisch: Anpassungsstörung mit dysfunktionaler Schmerzbewältigung. Keine Psychische Comorbidität oder somatoforme Schmerzstörung
 - Im Verlauf 100% AUF rheumatologisch da physische Funktion wegen psychischer Überlagerung nicht beurteilbar
 - Arbeitsabklärung misslingt mangels Kooperation(smöglichkeit?)
 - 2 Jahre später Psychiatrische Diagnose revidiert: Somatoforme Schmerzstörung, AUF 100%

♂ 38 Hilfsarbeiter, arbeitslos

- Befunde
 - Unspezifisches LSS, Haltungsinsuffizienz, Dekonditionierung

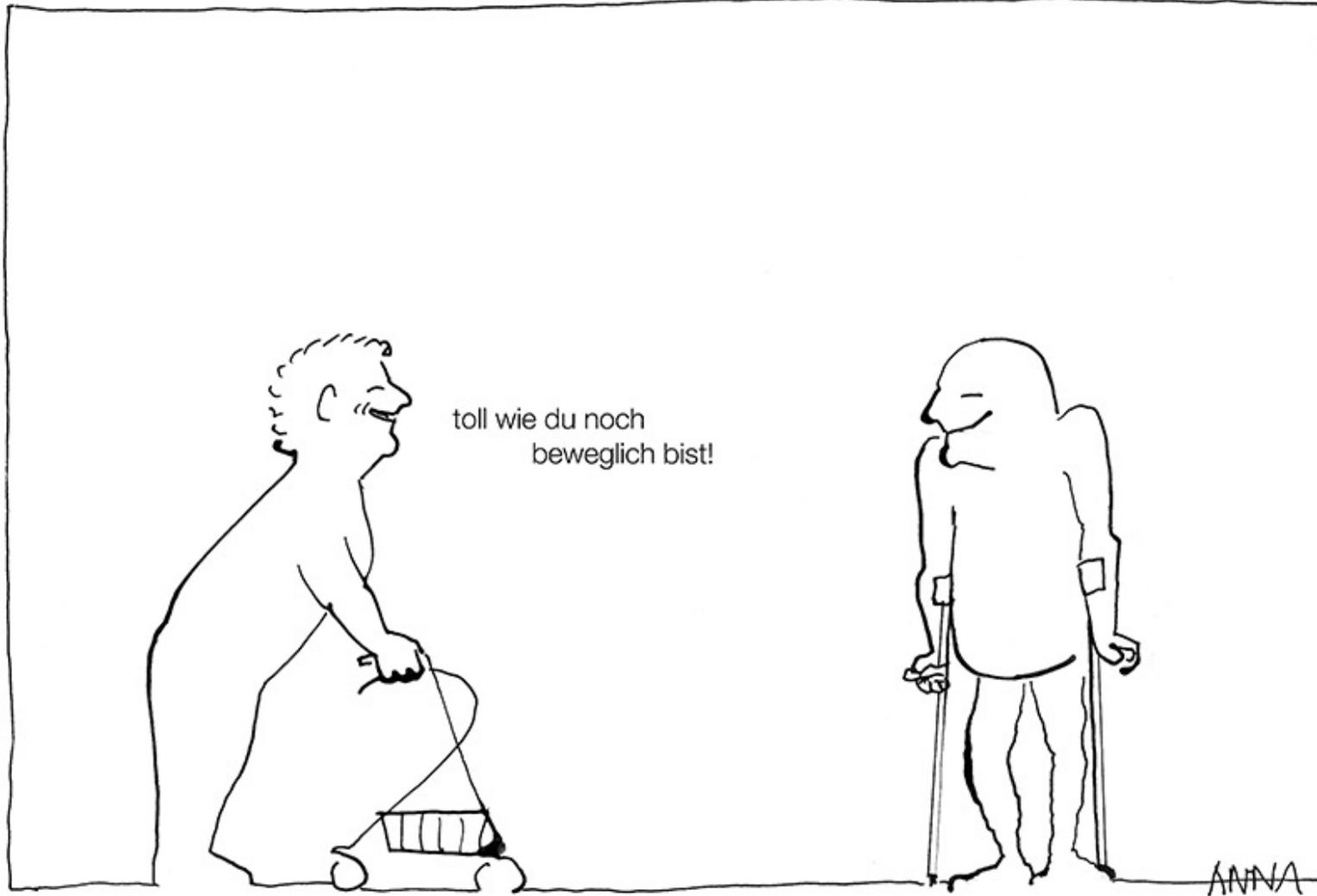


♂ 38 Hilfsarbeiter, arbeitslos

- Beurteilung
 - Medizinisch theoretisch aus strikt rheumatologischer Sicht Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dekonditionierung
 - Psychiatrie
 - D: Angst und depressive Störung gemischt. AUF 0%
 - Zahlreiche Inkonsistenzen
 - angstvoll depressive Komponente im Gegensatz zu nicht antriebsgemindertem willensbetontem Verhalten
 - psychomotorische Störungen nicht durchgehend, willensabhängig und artefiziell wirkend
 - Blutspiegel für Schmerzmittel und Antidepressiva tief

Take Home Message

- Bei der Begutachtung von Schmerzpatienten wird das Regel/Ausnahmeverfahren ersetzt durch ein ergebnisoffenes strukturiertes Beweisverfahren
- Anhand der Indikatoren Schweregrad und Konsistenz der Behinderung sind die funktionellen Einschränkungen mit Auswirkung auf Aktivität und Partizipation aufzuzeigen
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, va. mit den Psychiatern ist besonders wichtig
- Massgebend sind nicht nur die Defizite sondern auch die Ressourcen im Sinne eines positiven Leistungsbildes



Copyright © 2015 by ANNA Anna Regula Hartmann
Bild 5 von 22

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

