

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/223997145>

Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht. II. Diagnostik.

Article · January 1993

CITATIONS

0

READS

2

8 authors, including:



Günter Ollenschläger

University of Cologne

468 PUBLICATIONS 3,379 CITATIONS

SEE PROFILE

Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht

Aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer 1992

II Diagnostik

Körperliche Mißhandlungszeichen bei „aktiver Kindesmißhandlung“

Entscheidend für die Diagnosestellung ist, daß der Arzt bei kindlichen Verletzungen stets auch die Möglichkeit einer Mißhandlung differentialdiagnostisch abwägt.

Das Verletzungsmuster, einschließlich sogenannter „Bagatelverletzungen“, ist unter funktionellen Gesichtspunkten, sowie unter Berücksichtigung der motorischen Entwicklung des Kindes zu analysieren. Angaben der Eltern zu Verletzungsmechanismen (z.B. Sturz vom Wickeltisch, Auseinandersetzung mit anderen Kindern) sollten nicht kritiklos übernommen werden. Diskrepanzen lenken den Verdacht auf Mißhandlung. Zu bedenken ist, daß selbst ältere Kinder nicht selten eine unkorrekte Schilderung über die Verletzungsursachen geben, weil sie eingeschüchtert sind, oder Angst vor weiteren Mißhandlungen oder Folgen der Aufdeckung haben.

Bei Verdacht auf körperliche Mißhandlung sollte stets eine Ganzkörperuntersuchung des entkleideten Kindes erfolgen, eventuell ergänzt durch radio-

logische und nuklearmedizinische Untersuchungen und Fotodokumentation.

– Äußeres Verletzungsmuster

Die häufigste Verletzungsart bei Kindesmißhandlungen ist die Einwirkung stumpfer äußerer Gewalt (Schlagen mit der Hand, Faust oder einem Werkzeug; Zeren und Verdrehen von Körperteilen, Quetschmechanismen wie Kneifen und Beißen, Treten). Es entstehen Abschürfungen, intrakutane und subkutane Hämatome sowie Riß-, Quetsch- und Platzwunden. Pauschale Beschreibungen, wie z.B. „multiple Prellungen und Schürfungen“ sind keine Beweisgrundlage für eine Diagnose. Wünschenswert ist die ausführliche schriftliche und gleichzeitige fotografische Dokumentation der Verletzungen. Zu beachten sind insbesondere folgende Kriterien bei Hautverletzungen: Lokalisation, Gruppierung, Formung, Mehrzeitigkeit (Brinkmann).

– Lokalisation

Hämatome und Abschürfungen sind häufig an folgenden Körperteilen mißhandlungsbedingt: Rücken, Hinterseite der Beine, Gesäß, Anal- und Genitalregion, Bauch, Hals, Mund.

Prädilektionsstellen für Mißhandlungen durch stumpfe Gewalteinwirkung sind der Kopf

und das Gesäß. Zur differentialdiagnostischen Bewertung der Gesichts- und Kopfverletzungen sind zwei Lokalisationstypen zu unterscheiden:

– Sturztypische Lokalisation an prominenten Gesichtsteilen, sowie bei älteren Kindern Verletzungen unterhalb der sogenannten Hutkrempeleinie. Jüngere Kinder können als Sturzverletzungen durchaus auch höher liegende Wunden und Hämatome in der Scheitelgegend aufweisen, wobei allerdings doppel- und mehrfache Verletzungen gegen die Entstehung durch Sturz sprechen.

– Mißhandlungstypische Lokalisation an geschützt liegenden und seitlichen Gesichtspartien wie Augen und Wangen. Insbesondere ist die Entstehung durch Sturz unwahrscheinlich bzw. widerlegt, wenn beide Seiten der „Halbkugel“ des Gesichts verletzt sind.

Besonders zu beachten sind Abwehrverletzungen an der Streckseite der Unterarme, Griffmarken am Arm oder am Brustkorb – vor allem symmetrische – sowie in der Umgebung des Mundes (insbesondere bei Kleinkindern). Sturz- bzw. Anstoßverletzungen liegen demgegenüber bevorzugt über Ellenbogen, Knie und Schienbeinen.

Von der Bundesärztekammer berufene Redaktionsgruppe: Retzlaff I., Fürnis T., Kielhorn-Haas, P., Ölbing H., Ollenschläger G. (Redaktion), Otten U., Püschel K., Roesner D.; beratend, Koers A. J.

– Formung

Je nach Beschaffenheit des verwendeten Schlaginstrumentes kann die Formung von Verletzungen mannigfaltig sein: Diagnostisch von herausragender Bedeutung sind doppelstriemenförmige Hautunterblutungen bei stockähnlichen schmalen Werkzeugen, Gürteln, gelegentlich auch bei Einwirkung der Finger. Je kantiger, kleinflächiger, geformter das Werkzeug, je stärker und schneller die Einwirkung, desto eher entstehen geformte Hämatome, die die Geometrie des Schlagwerkzeuges wiedergeben (Kochlöffel, Gürtelschnallen, Schuhsohlen und ähnliches). Menschliche Bisse können deutliche – ovale oder halbmondförmige – Zahnabdrücke hinterlassen.

Ungewöhnlich geformte Narben (z.B. Rundnarben bei Zigarettenverbrennungen) oder große Narben, die offensichtlich nicht medizinisch versorgt wurden, sind grundsätzlich verdächtig.

– Gruppierung

Bei einer Einzelverletzung bereitet der objektive Nachweis einer Mißhandlung Schwierigkeiten. Gruppierte Verletzungen sind typische Mißhandlungszeichen, sie sind gekennzeichnet durch die Zusammenordnung von mindestens 3, häufig bis zu 20 – unter Umständen nach Form und Größe unterschiedlichen – Einzelverletzungen.

– Mehrzeitigkeit

Die Kindesmißhandlung ist ein typisches Wiederholungsdelikt (Stichwort: „chronische Krankheit“). Deshalb ist das Nebeneinanderbestehen frischer, älterer und ganz alter Verletzungen (Narben) ein wichtiges diagnostisches Kriterium. Häufig ist der Hinweis auf die mehrzeitige Mißhandlung lediglich durch sorgfältige Erhebung der Anamnese bzw. durch wiederholte Untersuchung eines einmal mißhandelten Kindes zu erlangen.

Verborgene Läsionen

Hierzu gehören z.B. multiple Narben nach Kopfplatzwunden im Behaarungsbereich, zirkumskripte Alopezien, Trommelfellblutungen, Retinablutungen, retroaurikuläre Hämatome und Hautrisse (z.B. nach Zerren an den Ohren), Verletzungen in der Mundschleimhaut sowie (besonders wichtig!) punktförmige Blutungen außen auf den Augenlidern und insbesondere in den Augenbindehäuten (bei Strangulationsmechanismen); in derartigen Fällen fehlen Strangulationsmarken bzw. Würgemale gerade bei Kindern relativ häufig (große Hand am kleinen Kinderhals, Wehrlosigkeit des Opfers).

Frakturen

Bei Verdacht auf Mißhandlung sollte stets ein Röntgenstatus – sofern möglich eine nuklearmedizinische Untersuchung – des gesamten Skelettsystems erwogen werden. Kennzeichnend sind: multiple, verschieden alte Frakturen an sonst unauffälligen Knochen, differente Stadien der Periostreaktionen mit Manschettenbildung an den langen Röhrenknochen, metaphysäre Infraktionen und Kantenabbrüche, Epiphysenlösungen und deren Folgen, eventuell mehrere Bruchzentren bei Schädelfrakturen. Schläge, Stöße, Verdrehungen kindlicher Gliedmaßen müssen nicht immer zu Knochenbrüchen führen. Stattdessen kommt es zu Blutungen unter der Knochenhaut und späterer subperiostaler Verkalkung. Typisch ist dabei das komplikationslose Ausheilen von Knochenläsionen in der geschützten Krankenhaussituation. Frakturen bei Kindern unter einem Jahr sind ausnahmslos als hoch verdächtig anzusehen.

Innere Verletzungen

Ohne äußerlich erkennbare Verletzungen bleibt das sogenannte Schütteltrauma der Säuglinge;

infolge von Hirnbrückenvenen-Abrissen kann es hier zu subduralen Hämatomen mit nachfolgender Hirnschädigung bzw. sogar mit letalem Ausgang kommen. Bei Verdacht auf ein Schütteltrauma sollten bildgebende Schädeluntersuchungen (Sonographie, CT) sowie eine Fundoskopie durchgeführt werden.

Ebenfalls ohne äußerlich erkennbare Verletzungen kann das stumpfe Bauchtrauma ablaufen, wobei massive Rupturen innerer Organe resultieren bis hin zu Todesfällen. Wegen der hohen Elastizität der kindlichen Thoraxwand gilt dieses auch für die Brustorgane. Bedingt durch Unzulänglichkeiten im System der Leichenschau und der Todesursachenfeststellung ist hier mit einer gewissen Dunkelziffer tödlicher Mißhandlungen zu rechnen. Notwendige diagnostische Verfahren sind hier Sonographie, Röntgenaufnahmen von Thorax bzw. Abdomen, CT.

Andere Verletzungsmechanismen

Auch bei Verbrennungs- und Verbrühungszeichen muß der Verdacht einer Mißhandlung in der Differentialdiagnose berücksichtigt werden; die Häufigkeitsangaben schwanken zwischen 3% und 25% bei körperlicher Mißhandlung. Bei der körperlichen Untersuchung sollte daran gedacht werden, daß sich ein Kind kaum unfallmäßig das Gesicht verbrühen kann, ohne daß die Füße beteiligt sind. Rundliche, linsengroße Verletzungen können Abdrücke brennender Zigaretten sein. Symmetrische Verbrennungen sind grundsätzlich verdächtig.

Allgemein seltene Verletzungsarten sind lokale Erfrierungen oder generelle Unterkühlung mit Frostflecken, Stromverletzungen mit Strommarken, Vergiftungen mit eventuellen Veränderungen der Haut und Schleimhäute, Schnitt-, Stich- und Schußverletzungen sowie Säure-

und Laugenverätzungen. Grundsätzlich muß jede Verbrennung oder Verätzung mit klaren Begrenzungen und mit gleichmäßiger Tiefe über ein großes Körpergebiet als verdächtig angesehen werden.

Unter „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“ versteht man kindliche Krankheitssymptome, welche von den Eltern vorgetäuscht (z.B. Blutbeimischung zu einer Urinprobe) oder induziert werden (z.B. durch Diuretika induzierte Enuresis). Die betroffenen Kinder werden oftmals langwierigen Krankenhausaufenthalten mit zum Teil schwerwiegenden Untersuchungen und Behandlungen unterzogen.

Mißhandlungszeichen bei „passiver Kindesmißhandlung“

Symptome der Vernachlässigung sind weniger eindeutig. Die Diagnose „Vernachlässigung“ bzw. „nicht organische Gedeihstörung“ kann nur nach Ausschluß somatischer Ursachen gestellt werden.

Der Verdacht auf Mißhandlung infolge von Vernachlässigung muß bei Vorliegen folgender Symptome aufkommen:

- Verwahrlostes Äußeres;
- Hautaffektionen: Eiterungen, „Wundsein“, Dermatitis im Ano-Genitalbereich – gelegentlich mit Soor superinfiziert;
- nicht-organische Wachstumsstörung ist eine typische Folge psychosozialer Vernachlässigung.
- Zeichen der Unterernährung oder Fehlernährung: Abmagerung, Anämie, Vitamin-Mangelercheinungen, Minderwuchs und allgemeine körperliche und geistige Entwicklungsverzögerung, unersättlicher Appetit;
- charakteristische Verhaltensweisen wie allgemeine Apathie, Katatonie, sprachliche

Entwicklungsstörung, soziale Inkompetenz (verzögerte Sozialisation), emotionale Verwahrlosung (Distanzlosigkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Angst vor Beziehungsangeboten, „everyone's friend“).

Sozial-emotionale Störungen als kennzeichnendes Verhalten nach Mißhandlungen

Mißhandelte Kleinkinder sind Fremden gegenüber weit über das normale Maß hinaus und vor allem auch den Mißhandlern (meist einem Elternteil) gegenüber ängstlich und ablehnend. Sie lassen sich nicht „drücken“ (schmiegen sich z.B. auf dem Arm nicht an, sondern machen sich absichtlich steif). Ältere Kinder sind überhöflich bemüht, die Erwartungen von Ärzten und Eltern zu erfüllen, reagieren jedoch emotionslos, wenn sie von den Eltern getrennt werden.

Typische Verhaltensauffälligkeiten Betroffener sind: Passivität, Schüchternheit, Freudlosigkeit, Mißtrauen, Aggressivität gegenüber Gleichaltrigen und Fremden, Kontaktarmut, fast berechnend wirkende Zuvorkommenheit und Anpassungsbereitschaft (durch Angst diktiert), Unruhe, Erregbarkeit, Hyperaktivität, Enuresis, Ticks, Neigung zu Wutanfällen, Eigensinn, Ungehorsam, Überempfindlichkeit, Gehemmtheit, Apathie, Neigung zur Selbstbeschuldigung (Engfer), Pseudoreife (unkindliches Verhalten).

In Einzelfällen sind mißhandelte Kinder bei der Hospitalisierung extrem ängstlich, gehemmt und passiv. Sie lassen medizinische Maßnahmen widerstandslos über sich ergehen, weinen kaum, verharren z.T. bewegungslos (katatonisch), mustern ihre Umgebung mit erhöhter Wachsamkeit (Kempe).

Bei dem Verdacht auf eine Mißhandlung sollte man daher das Verhalten des mißhandelten

Kindes vor allem gegenüber den als Mißhandler in Frage kommenden Personen sehr genau beobachten.

Diagnostische Hinweise auf sexuelle Mißhandlung

Sexuelle Mißhandlung ist häufiger, als früher angenommen wurde. Jeder Hinweis oder Verdacht, daß ein Kind sexuell mißhandelt worden sein könnte, muß unbedingt ernstgenommen werden.

Im Unterschied zu anderer körperlicher Gewaltanwendung führt die sexuelle Mißhandlung häufig nicht zu offensichtlichen körperlichen Hinweisen.

Folgende **körperliche Symptome** sind neben den oben erwähnten generellen Zeichen körperlicher Mißhandlung (speziell im Genital-, Anal-, Oralbereich, z.B. Bißverletzungen) als verdächtig anzusehen, sofern sie unerklärt und wiederholt auftreten: nicht lokalisierbare Schmerzen im Unterleib; Schmerzen beim Sitzen, Gehen, Wasserlassen; Schwellungen, Rötungen, Juckreiz, Wundsein, Verletzungen, ungeklärte Blutungen bzw. Entzündungen oder Ausfluß im Genital- und/oder Analbereich; unerklärte wiederholte Harnwegsinfektionen; Fremdkörper in Urethra, Vagina, Rektum; klaffende Vulva; klaffende Afteröffnung.

Weitere Anhaltspunkte können sein: Wiederauftreten von Bettnässen und Einkoten, Kopf- und Bauchschmerzen sowie andere psychosomatische Symptome.

Bei folgenden **Verhaltensstörungen** ist eine sexuelle Mißhandlung in die Differentialdiagnose einzubeziehen:

Schlafstörungen; Eßstörungen; Angst, sich auszuziehen und an sportlichen Schulaktivitäten teilzunehmen; unangemessene genital-sexuelle Aktivität in der frühen Kindheit; sexual-provo-

zierendes Verhalten; altersunangemessenes Sexualwissen; sozialer Rückzug und unerklärte Schulschwierigkeiten in der Vorpubertät; Promiskuität; Prostitution; Drogenkonsum; Depression; Selbstmutilation; Suizidversuch; Konversionssymptome und pseudoepileptische (sogenannte „hysterische“) Anfälle im Adoleszentenalter.

Kennzeichnendes Verhalten mißhandelnder Eltern

Normalerweise werden Kinder nach einer Verletzung sofort einem Arzt vorgestellt. Bei körperlich mißhandelten Kindern erfolgt die Vorstellung häufig erst verzögert, nach Stunden oder sogar Tagen, – oft erst spät am Abend, wenn sich die medizinische Situation verschlechtert. Säuglinge und Kleinkinder kommen dann häufig als Notfälle und werden primär nur vom diensthabenden Arzt und nicht immer vom Pädiater gesehen. Typischerweise werden dabei Erklärungen für das Zustandekommen der Verletzungen angegeben, die mit den Verletzungsspuren nicht übereinstimmen. Derartige stereotype Angaben sind: Sturz von der Treppe, vom Arm oder Wickeltisch, Verletzungen durch andere Kinder, Selbstverletzungen von Säuglingen durch lebhaftes Bewegen im Bettchen. Bei wiederholten Verletzungen wird häufig ein anderer Arzt aufgesucht, der die vorherige Krankengeschichte nicht nachvollziehen kann.

Bei der stationären Einlieferung körperlich mißhandelter Kinder verlassen die einliefernden Eltern charakteristischerweise auffällig rasch das Krankenhaus, z.B. noch bevor eine vom aufnehmenden Arzt verordnete Röntgenuntersuchung durchgeführt wurde. Unter Umständen verhindern die Eltern aber auch, daß das Kind alleine mit den Betreuern bleibt. Besuche während eines stationären Aufenthaltes

sind in der Regel relativ selten und dann kurz andauernd. Bei den Besuchen weichen die Eltern im typischen Fall Gesprächen mit den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal aus.

Bei der Vorstellung eines frisch verletzten Kindes durch offenbar betrunkene oder unter Drogeneinfluß stehende Eltern muß besonders an die Möglichkeit der Mißhandlung gedacht werden.

Risikofaktoren der Kindesmißhandlung

Anamnestiche Merkmale des betroffenen Kindes

Der Gefährdung eines Kindes, mißhandelt zu werden, können sowohl objektive Faktoren zugrunde liegen, als auch die subjektive Einstellung der Eltern oder Betreuer. Die im Folgenden aufgelisteten Faktoren sind nicht individuelle Ursachen, die obligatorisch zu Vernachlässigung und Kindesmißhandlung führen. Sie sind aber häufig charakteristische Merkmale, die in den betroffenen Familien zu beobachten sind und gezielt erfragt werden sollen:

- unerwünschte Schwangerschaft ohne postnatale Veränderung der negativen Einstellung zum Kind;
- geplanter Schwangerschaftsabbruch, der verworfen oder verweigert wurde;
- kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften;
- Risikoschwangerschaften;
- Tod eines nahestehenden Menschen in der Schwangerschaft;
- Krisen während der Schwangerschaft, die im Erleben der Eltern (der Mutter) mit der Geburt des Kindes verbunden werden;
- ungeklärte Vaterschaft bzw. Zweifel über die Vaterschaft;
- Früh- oder Mangelgeburtlichkeit des Kindes;

- neonatale Erkrankungen von Mutter und Kind;
- tiefgreifende Enttäuschung über das Geschlecht oder angeborene Mißbildungen bzw. Behinderungen des Kindes;
- ungewöhnliches Verhalten des Neugeborenen wie Unruhezustände, außergewöhnliches Schreien, extrem unregelmäßiger Tages- und Nachtrhythmus, Apathie und Kontaktverweigerung;
- Trennung von Mutter und Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt.

Anamnestiche Merkmale der Eltern bzw. des Mißhandlers

Bei Gewaltphänomenen innerhalb der Familie werden sehr häufig Faktoren sichtbar, die eine adäquate Eltern-Kind-Beziehung nicht entstehen lassen:

- intrafamiliäre Gewalterfahrung in der Kindheit der Eltern;
- die Erfahrung unangemessener oder unbeständiger elterlicher Sorge in der Kindheit der Eltern;
- längere Perioden von Klinikaufhalten und Heimunterbringung;
- belastete Schulkarrieren ohne erreichten Schul- bzw. Ausbildungsabschluß;
- Fehlen fester sozialer Beziehungen in der Adoleszenz;
- zu frühes Verlassen des Elternhauses;
- Häufung von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder häufiger Wechsel der Arbeitsverhältnisse;
- fehlende Freundschaftsbeziehungen bis hin zur sozialen Isolation;
- ständig wechselnde Partnerschaftsbeziehungen;

- streß- und/oder krankheitsbedingte Dekompensation mit krisenhaften Zuständen, die zu Angst, Verzweiflung und aggressiven Handlungen führen;
- physische und psychische Leistungsbeschränkung, noch ohne Krankheitswert;
- Persönlichkeitsstörungen oder geistige Behinderung eines oder beider Elternteile;
- Alkohol- oder Drogenmißbrauch;
- Bejahung des elterlichen Züchtigungsrechtes.

Anamnestiche Merkmale der Familie als Ganzes

Familiensituationen sind u.a. abhängig von den Lebensbedingungen, dem sozialen Umfeld und gesellschaftlichen Bedingungen. Familien, in denen Kinder vernachlässigt oder mißhan-

delt werden, weisen oft eine Reihe von folgenden Merkmalen auf:

- instabile partnerschaftliche oder eheliche Verhältnisse mit häufigen Streitigkeiten und/oder gewalttätigen Auseinandersetzungen;
- soziale Benachteiligung (z.B. niedriges Einkommen; beengte, schlecht ausgestattete Wohnverhältnisse mit ungünstigem Wohnumfeld; häufige Arbeitslosigkeit);
- drei und mehr Kinder;
- soziale Isolation;
- intrafamiliäre Ghettoisierung.

Trotz dieser Aufzählung muß vor der Annahme gewarnt werden, körperliche und seelische Kindesmißhandlung sei ein typisches Phänomen der sozialen Unterschicht (s. oben). Gewalttätige Auseinandersetzungen in-

nerhalb der Familie bis hin zu Vernachlässigung und körperlicher Kindesmißhandlung kommen in allen sozialen Schichten vor.

Viele schwer einzuordnende Verhaltensauffälligkeiten und Krankheitsbilder – auch ohne äußere Verletzungszeichen – können Folgen von Gewaltanwendung im körperlichen und seelischen Bereich von Kindern sein. Da aber Gewalt gegen Kinder nach wie vor zu den bestgehüteten Geheimnissen gehört, gelingt es den Eltern aus Mittel- und höheren Schichten aufgrund ihrer günstigeren Bildungs- und Lebenssituation, die Folgen der innerfamiliären Gewaltanwendung zu vertuschen.

Für die Autoren:

Privat-Dozent Dr. Dr. G. Ollenschläger
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln

Erst mal muß das Bauchweh weg



Jla-Med M

Die bewährten Kindertropfen gegen Bauchweh und Erbrechen

Bei allen akuten, schmerzhaften Krämpfen im Magen- und Darmbereich sind Jla-Med M Tropfen in Praxis und Klinik jahrelang bewährt, wenn es um schnelle Hilfe geht. Jla-Med M

Tropfen wirken schnell krampflösend und deshalb schmerzlindernd. Jla-Med M Tropfen regulieren die Magen- und Darmmotilität und stoppen Erbrechen.

Zusammensetzung: 1 ml enthält 4 mg Pipenzolatl bromid. Anwendungsgebiete: Bei Säuglingen und Kindern: Schmerzhaftes Krämpfe des Magen-Darm-Traktes, z. B. Pylorospasmus, Kardiaspasmus, Darmkoliken, Erbrechen, andere funktionelle Magen- und Darmbeschwerden. Gegenanzeigen: Mechanisch bedingte Verschlüsse des Magen-Darm-Traktes, Engwinkelglaukom, Megacolon, Tachyarrhythmie, akutes Lungenödem und Prostatavergrößerung mit Restharnbildung. HINWEISE: Bei Neugeborenen unter Nutzen-Risiko-Abwägung vorsichtig dosieren! Nebenwirkungen: In seltenen Fällen oder bei unvorschriftsmäßiger Anwendung können Hautrötungen, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Mund-

trockenheit, gesteigerte Herzschlagfolge, Akkomodationsstörungen, Glaukomauslösung, Harntleitungsstörungen auftreten. HINWEIS: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Sehlleistung und so das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr o. bei der Bedienung von Maschinen beeinflussen. Wechselw.: gleichzeitige Gabe von Amantadin, Chiridin oder tri- bzw. tetrazyklischen Antidepressiva oder Neuroleptika kann die anticholinerge Wirkung verstärken.

Handelstformen/Preise: OP mit 15 ml 10,32 DM (AVP)
Stand: 1/1993



**Dr. Mewes
Pharma GmbH**

Karlener Str. 6, W-1000 Berlin 10