

Neo-phänomenologische Aspekte der diabetischen Polyneuropathie

„Naturwissenschaftliche“ Medizin: Primat der Körpermaschine gegenüber dem Leib

Aus ihrer Tradition verständlich, versteht die heutige Medizin den Menschen als aus einer Seele (Bewußtsein, ratio) und einem Körper zusammengesetzt („Anthropologischer Dualismus“), wobei dieser als komplizierte Maschine aufgefaßt wird, die es möglichst geschmeidig und vollständig zu beherrschen gilt. Das Bestreben medizinischer Arbeit und ihre Selbstwertschätzung ist daher auf eine möglichst genaue Vermessung dieser Körpermaschine gerichtet. Dort, wo ein rein somatologischer Ansatz offenkundig nicht ausreicht, dem Patienten zu helfen, wird dieser um die Dimension der „Seele“ zur Psychosomatik erweitert. Obwohl hier, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, wesentliche Fortschritte erreicht werden konnten, bleibt – so zeigt es schon der Name der Disziplin – in der Psychosomatik die Grundauffassung des anthropologischen Dualismus erhalten. Der Begriff des „Leibes“¹ in seiner originären Form, als der ontologischen und anthropologischen Grundlage menschlicher Existenz wird komplett vernachlässigt². Die angloamerikanische Sprachbildung, in der die wesentlichen Forschungsergebnisse der

Medizin veröffentlicht und diskutiert werden, kennt den Begriff des Leibes überhaupt nicht, ein Phänomen, das die Problematik verstärkt. Die Erfassung der Körpermaschine wird nahezu ausschließlich über die genaue Vermessung seiner Meßdaten gesucht. Zwischen den Patienten und sich selbst hat der Arzt immer eine Maschine gestellt, die ihm zwar solche Meßdaten liefert, den Zugang zum Patienten aber verwehrt.

Leibliche Phänomene sind aber gerade solche, die dem Patienten wesentlich näher sind als die Meßdaten, die an seinem Körper erhoben werden können. Hier entsteht Verständnis- und Sprachlosigkeit zwischen Arzt und Patient. Treten diese auf, versucht die sich als Naturwissenschaft mißverstehende Medizin durch Vermehrung der Meßdaten näher an den Patienten heranzukommen („Panmathematismus“: = „Wuchern des Berechnungs- und Vermessungsgeistes“).

Annäherung an den vergessenen Leib

Im Gegensatz zum Körper, der – bei Betasten und Beschauen unschwer

zu erkennen – stetig ausgedehnt ist, zerfällt der Leib in ein unzusammenhängendes Konglomerat von „Leibesinseln“. Diese kann der geneigte Rezipient an sich selbst entdecken, wenn er versucht, an sich herunterzuspüren, ohne von den Sinnesorganen Gebrauch zu machen:

„Nun mache man aber einmal den Versuch, ebenso stetig (wie man sich betasten kann) an sich selbst ‘herunterzuspüren’, ohne Augen und Hände oder auch nur das durch Eindrücke früheren Beschauens und Betastens bereicherte Vorstellungsbild von sich zu Hilfe zu nehmen. Man wird gleich sehen, daß das nicht geht. Statt eines stetigen räumlichen Zusammenhangs begegnet dem Spürenden jetzt bloß noch eine unstete Abfolge von Inseln“ (Schmitz, H.: Der Leib; System der Philosophie, Band II, 1. Teil; Bonn, 1996, S. 25ff.).

Konstante Leibesinseln finden sich bei diesem Versuch als „orale“, „genitale“ und „anale“ Zone und als die Leibesinseln der Füße. Alle diese Leibesinseln haben einen unscharfen Umriss und eine über die Zeit abhängig vom Grad der momentanen personalen Emanzipation unterschiedliche Ausdehnung. Diese Un-

¹Mit Leib meine ich nicht den sichtbaren und tastbaren Tier- und Menschenkörper, sondern in erster Linie das, was jemand von sich in der Gegend seines Körpers ohne Beistand der fünf Sinne (Sehen, Hören, Tasten, Fühlen, Schmecken) spürt, wie z. B. Schmerz, Hunger, Durst, Schreck, Wollust, würgende Angst, Erleichterung („Es fällt mir wie ein Stein vom Herzen“), Frische, Mattigkeit, Behagen, Ekel, klaren Kopf, müde Beine. Dieses Gegenstandsgebiet des eigentlichen Spürens ist durch straffe Strukturen der Statik und Dynamik, die ich eingehend durchforscht und charakterisiert habe, übersichtlich organisiert, seine **leibliche Dynamik** (mit Enge und Weite als wichtigster Dimension) überträgt sich durch **leibliche Kommunikation**, die Grundform der Wahrnehmung und aller Sozialkontakte und Quelle der Du-Evidenz (...)

²„Ein anderes gewichtigeres Opfer der reduktionistisch-introjektionistischen Vergegenständlichung ist der Leib; ich habe ihn, den Brenn- und Drehpunkt aller Resonanz und Initiative der Menschen und Tiere, gleichsam aus der Gletscherspalte der Vergessenheit zwischen Körper und Seele als ein eigenes, statisch und dynamisch durch eigentümliche Kategorien überraschend durchsichtig strukturiertes Gegenstandsgebiet erst wieder ans Licht ziehen müssen und dabei auch die leibliche Kommunikation entdeckt (...)“ (18, S. 53).

schärfe im Umriß und zeitlich variierende Ausdehnung machen es für die traditionelle Medizin schwierig bis unmöglich, sie zu erfassen, ist sie doch nur in der Lage, aufgrund ihrer Forschungsmethode „feste Körper im zentralen Gesichtsfeld“ zu messen und, weil meßbar, als real und wichtig anzuerkennen.

Das diabetische, symmetrische, sensible Polyneuropathie-Syndrom

Die diabetische Polyneuropathie zeigt sich auf der Ebene der Körpermaschine als Störung der Nervenleitungsgeschwindigkeit, als Alteration der ableitbaren elektrischen Potentiale und ggf. als Alteration klinischer Zeichen (Pallhypästhesie, Hypo-, Areflexie, Anhidrose, Hyp- und Allästhesie etc.). Alle Versuche, auf diesem Niveau Verständnis für die Beschwerden des Patienten zu bekommen oder Therapieoptionen hieraus abzuleiten, sind gescheitert.

Ein augenfälliges Symptom dieses falschen Ansatzes ist der Jahrzehnte währende Versuch, mit Säureapplikationen die Störung zu beeinflussen. Das Beharren auf einer Sichtweise, die allein die Körpermaschine berücksichtigt, erklärt ggf. auch das Phänomen, daß sich die Auffassung von einer „diabetischen Mikroangiopathie“ als okklusive Mikroangiopathie so lange im Verständnis der Behandler halten konnte (mit der Konsequenz unnötig hoher Amputationen), erklärt ggf. auch die erhebliche Latenz, bis Patienten mit DFS einer adäquaten Behandlung zugeführt werden, und ist der Grund dafür, daß somatologisch orientierte Behandler dem Phänomen mangelnden affektiven Betroffenseins der Patienten so hilflos, z. T. mit heftigem aggressivem Gegenagieren („indolenter Patient“, „schlechte Compliance“) gegenüberstehen.

Auf der Ebene des Leibes, die für den Patienten subjektive Tatsächlichkeit, also reale Realität konstituiert, bedingt die diabetische Polyneuropathie

Hotline Schwerpunkt Fußklinik

Haben Sie Fragen zu unseren Schwerpunkt-Beiträgen? Am **25. Juni 1997** gibt es eine Hotline: Sie können Privatdozent Dr. Bernhard Greitemann (Bad Rothenfelde) und Dr. Alexander Risse (Dortmund) am Telefon erreichen, und zwar von **10 bis 11 Uhr**. Die Nummern:



Privatdozent
Dr. Bernhard
Greitemann
05424 / 220401



Dr. Alexander Risse
0231 / 8482240

thie „Leibesinselschwund“, ein Phänomen, das die Umkehrung an Amputierten erhobener Phantomglied-erlebnisse darstellt. Ist bei diesen „Leib ohne Körper“ das Problem, findet sich bei Patienten mit diabetischer Polyneuropathie „Körper ohne Leib“. Somatologische Therapie zielt in ihrem Bemühen auf den Körper, die Patienten aber leben in der Welt des Leibes (subjektive Tatsachen/ s. o.).

Ärzte bemühen sich somit auf einer Ebene der Vergegenständlichung, die für Patienten mit Polyneuropathie-syndrom ohne Beschwerden nicht mehr relevant ist. Hiermit sind Konflikte zwischen Arzt und Patient vorgebahnt. Erschwerend kommt hinzu, daß nicht, wie vom anthropologischen Dualismus angenommen, das Bewußtsein den Körper (die Körpermaschine) steuert, sondern das „Bewußthaben“ eine Funktion der leiblichen Ökonomie ist. Behandler (intakte leibliche Ökonomie) und Patienten (defizitäre leibliche Ökonomie) leben somit in unterschiedlichen Welten.

Entsprechend den o. g. Schilderungen bleibt sowohl die neurologische als auch die diabetologische Literatur bis ins letzte Jahrhundert hinein stumm, maximal stammelnd, wenn es um Beschwerdeschilderungen von Patienten mit Polyneuropathie geht: Immer wiederkehrende Beschwerdeschilderungen („Gefühl des zu engen Strumpfes“, „Ameisenlaufen“, „Brennende Füße“, „Tonnenschwere Bettdecke“, „Totes Gefühl“) werden vermischt mit medizinischen Fachtermini, die bereits wieder weit von der Patientenrealität entfernt sind (Hypästhesie, Analgesie, Pallhypästhesie etc.).

Patienten und Methode

Das Problem des Patienten mit fehlenden Beschwerden - in phänomenologischer Diktion: „reiner Leibesinselschwund“ - findet keine oder wenig Beachtung. Der einzige, der diesem Symptomenkomplex zu-

Tabelle 1: Beschwerdeschilderungen

PnP, Stumme Form

„Ich bin gefühllos bis zum Knie“

„Wenn ich über den Teppich laufe, habe ich das Gefühl, als würde ich über Kieselsteine laufen“

„Ich merke nicht richtig, ob ich im Schuh drin bin oder ob ich noch nachschieben muß“

„Am Arm habe ich ein 'taubes Gefühl': wenn ich mich leicht kratze, ist es, als wäre da eine zweite Haut darüber, wenn ich fester kratze, merke ich mich wieder“

Konsequenzen für das Körperschema und die Gesamtbefindlichkeit:

„Durch die Gefühlsstörung habe ich immer Angst, daß ich hin falle, obwohl ich den Stock benutze; dadurch ist mein Körper die ganze Zeit verkrampft - das merke ich richtig“

„Durch die Gefühllosigkeit bin ich unsicher im Laufen; manchmal falle ich nach vorne; d. h. ich bin nach vorne gekippt; das sehe ich an der Winkelstellung der Augen; dann muß ich meinen Gang mit den Augen korrigieren“

„Gelegentlich laufe ich vor einen Sessel; und wenn ich runtergucke, dann liegt der Zehennagel daneben, aber ich habe keine Schmerzen“

„Ich hab schon in Brackel gesagt: „Das Bein gehört mir ja gar nicht, das schleife ich immer hinter mir her““

Prominente Form:

„Gefühl, als ob trockener Zement in den Füßen wäre“

„Gefühl, als würde das Bein bis zum Knie dauernd elektrisiert“

„Es tut weh, als ob jemand von innen darin arbeitet“

„Dann kommt das Gefühl, als ob jemand die Zehen einzeln abreißt, das geht bis oben hin“

„Es brennt wie Feuer, besonders nachts“

Mischform:

„Dieses tote Gefühl und (beginnt zu weinen) dieses schmerzhaftes Kribbeln im Arm (weinend): schneiden Sie ihn ab“

„Es ist ein taubes Gefühl in den Zehenspitzen, so pelzig, eigentlich nicht pelzig - ich nenne es nur so; eigentlich ist es wie eine Blase, die unter dem Zelt ist, als ob da Fleisch zu viel wäre,

aber es ist da kein Fleisch zuviel - ich prüfe das immer wieder nach, aber da ist nichts“

„Seit 2 Jahren „Schmerzen in beiden Füßen“, „alle Zehen sind taub“, „alle Zehen sind ohne Gefühl“, „wie kann ich Schmerzen haben, wo ich gar nicht weiß, daß ich Zehen habe?“; jetzt: seit ca. 2 Wochen Ausbreitung auf die Fußsohlen: im Bereich der MPK: zusätzlich Schmerzen; beim Auftreten ist es „wie in Nichts getreten“; „ich stolpere über meine eigenen Beine“; „die Eltern werden schon gefragt: „trinkt Ihre Tochter?“; „trotzdem tut es auch weh“; „abends ist es, als wenn ich Eisklumpen an den Füßen hätte, aber die Füße sind warm - wenn ich sie anfasse. Dann muß sich meine Katze auf die Füße legen, die ist das schon gewohnt“; „es gibt Tage, da liege ich den ganzen Tag im Bett, weil ich nicht laufen kann“; „die Fußpflege ist besonders unangenehm: ich spüre, daß die da dran ist, aber das ist ein ganz komisches Gefühl, ganz unangenehm; ich sage dann, sie soll aufhören, weil ich das nicht aushalten kann.“

„Die Schmerzen sind ganz komisch; das sind keine Schmerzen, das ist ein unangenehmes Kribbeln; von dem könnte ich verrückt werden; das kommt immer nachts, und sobald ich aufstehe, ist es weg, ich ziehe mir schon Stützstrümpfe an, denn dann spür ich meine Beine, die sind sonst gar nicht da. Der Druck ist dann angenehm, ja, weil ich die Beine spüre. Manchmal, wenn ich ins Bett gehe, stecke ich die Beine zwischen die Matratzen, das macht auch Druck, dann kann ich schlafen. Die Leute können das nicht verstehen, wenn ich ihnen von dem Kribbeln erzähle. Da hat mich übrigens auch noch kein Arzt nach gefragt, die interessiert das überhaupt nicht. Einmal war ich bei einem, dem habe ich das erzählt, der hat mir dann sofort ein Medikament gegeben, mit -cid oder so ähnlich, das hat überhaupt nicht geholfen.“

„Kein Gefühl in den Füßen, besonders seitlich / fühlt sich unsicher beim Gehen, muß einen Stock benutzen / Ständiges Kältegefühl in den Füßen: „Ich habe kein Blut mehr im Körper“ / Dann wird es plötzlich ganz heiß und brennt / Beim Gehen das Gefühl, „als ob jemand die Füße nach hinten wegziehen würde / Zu Beginn der Beschwerden (vor 1,5 Jahren): an den Zehen das Gefühl, „als würde dauernd kalte Luft angeblasen“ / Jetzt beim Gehen: „Auch ganz kleine Kieselsteine merke ich durch die Schuhsohle - die tun sehr weh“ / Benutzung eines Gehstockes: „Ohne Stock fühle ich mich beim Gehen zu unsicher“ und „Die Schmerzen im Rücken werden weniger, wenn ich den Stock benutze“

mindest protopathisch nahegekommen ist, ist Boulton mit seinem Begriff des „painfull-painless leg“. Diabetische Polyneuropathie bedingt zunächst „Leibesschwund“ mit konsekutiv geänderter Persönlichkeit des Patienten. Aufgrund des oben ausgeführten neophänomenologischen Ansatzes wurden an der Medizinischen Klinik Nord, Dortmund, Patienten mit neurologischen Zeichen

der PNP, die auf die Eingangsfrage: „Haben Sie Beschwerden?“ mit „Nein“ geantwortet hatten, einer näheren Befragung unterzogen. Sie wurden gebeten, über ihre Empfindungen an den Füßen eingehendere Auskunft zu geben.

Tabelle 1 gibt eine selektionierte Übersicht über die geäußerten Beschwerden. Zu beachten ist hier, daß Patienten bei phänomenologisch in-

duziertem Nachfragen auch positive Symptome äußerten.

Ebenen der Interpretation von Patientenbeschwerden

Neben der menschlich anrührenden Dimension der geschilderten Beschwerden, die auf der rein meßtechnischen Ebene nicht erfaßt werden, lassen neophänomenologische Ge-

Tabelle 2
Interpretationsniveaus der
diabetischen Polyneuropathie

BEISPIEL 1

Beschwerde:

„I feel as though I'm walking on stumps“, or „I feel there is a layer of something over my skin“ (2)

Panmathematisch:

„Negative symptoms (. . .) include reduction of cutaneous touch-pressure sensitivity and hypalgesi“a (2)

„Both large and small fiber modalities may be involved (. . .) a disproportionate loss of large fiber functions . . .“ (4)

Phänomenologisch:

„Hier scheint ein Entfremdungserleben im Spiel zu sein, das nicht den ganzen Leib oder, wie bei Depersonalisation und Derealisation, den ganzen Menschen betrifft, sondern nur die einzelne, neuropathisch gestörte Leibesinsel (. . .). Die Chancen taktiler Einleibung oder, wie man volkstümlicher sagt, des Aufnehmens von Kontakt in der Berührung, dürften durch eine solche Störung im Sinne eines partiellen Entfremdungserlebens beeinträchtigt sein“ (15)

BEISPIEL 2:

Symptom:

Pallhypästhesie

Panmathematisch:

„(. . .) hängt vermutlich mit der Unfähigkeit geschädigter, insbesondere entmarkter Nervenfasern, Impulsreihen frequenzgetreu zu leiten, zusammen“ (5)

Phänomenologisch:

Schwer gestört, dürfte dagegen der vitale Antrieb auf den betreffenden, neuropathisch affizierten Leibesinseln sein; fruchtbar wird hier die Hypothese, daß es einen vitalen Antrieb nicht nur für den Leib im ganzen gibt, sondern auch für die einzelnen Leibesinseln (. . .), vielleicht besonders im Bereich der rhythmischen Schwingung, wofür der öfters hervorgehobene Ausfall des Vibrationsempfindens sprechen könnte (15).

sichtspunkte verschiedene Deutungen zu, die näher an die Patientenrealität herankommen und möglicherweise therapeutische Optionen bieten, die bisher nicht genutzt werden konnten.

Tabelle 2 zeigt zunächst ein Literaturbeispiel einer Patientenbeschwerde (Beisp. 1), anschließend ein Patientenbeschwerden verkürzend zusammenfassendes neurologisches Zeichen (Beisp. 2). Beide Begrifflichkeiten werden dann auf den beiden unterschiedlichen Interpretationsniveaus, dem panmathematischen auf der Ebene der „Körpermaschine“, und anschließend dem neophänomenologischen auf der Ebene des Leibes beleuchtet.

Während der panmathematische Zugang, wenngleich wesentliche Deutungen zur Genese bietend, die Patientenrealität außer Acht läßt und die therapeutischen Konsequenzen dem Zufall der ärztlichen Charakterorganisation überläßt, bietet der neophänomenologische Zugang Ansätze zur Deutung der geänderten leiblichen Ökonomie und somit zu einem vertieften Verständnis der Situation des Patienten.

Unabhängig vom philosophischen Hintergrund zeigen die Patientenschilderungen, daß es sich bei diabetischer PNP auch bei fehlenden prominenten Symptomen um ein schweres Krankheitsbild handelt, das zu weiterer phänomenologischer Forschung Anlaß geben sollte, wenn wir unsere Aufgabe ärztlichen Handelns, also Leiden zu lindern, nicht über dem Faszinosum technischer Beherrschung von Detailproblemen vergessen wollen.

Patienten intensiv befragen

Als erste Konsequenz schlagen wir vor, bei Beleg neurologischer Zeichen (Pallhypästhesie, Areflexie etc.), Patienten intensiviert zu befragen („Können Sie bitte Ihre Empfindungen an den Füßen näher beschreiben?“; „Wie fühlt sich das an, 'nichts' zu spüren?“ etc.).

Angesichts der schweren Beeinträchtigung der Patienten, insbesondere auch der tiefgreifenden Störung des „In-der-Welt-Seins“, bestand die zweite Konsequenz an der Medizinischen Klinik Nord darin, auch bei fehlenden faßbaren Beschwerden, bewußt und aktiv auf das Problem der Suizidalität einzugehen: „Viele Patienten fühlen sich durch das aktive Ansprechen der möglichen Suizidgedanken entlastet und - erstmalig - auch in der Schwere ihres Leidens verstanden.“

Die dritte Konsequenz besteht in dem in unserer Abteilung bereits umgesetzten Vorschlag, die diabetischen Polyneuropathien zusätzlich neophänomenologisch zu klassifizieren (Tab. 3).

Anthropologische Dimensionen

Das diabetische Polyneuropathie-Syndrom ist unabhängig von den quantifizierbaren Parametern eine

Tabelle 3
Klassifikation der diabetischen
Polyneuropathien

1. Phänomenologisch stumme Form:

Neurologische Zeichen ohne „positive“ Beschwerden
*Reiner Leibesinselschwund: Störung des vitalen Antriebs, Entfremdungserlebnisse; Störung von Intensität und Rhythmizität

2. Phänomenologisch prominente Form:

Neurologische Zeichen + Beschwerden
*Dissoziierte Leibesinselbildung; Störung der leiblichen Ökonomie der betroffenen Leibesinsel

3. Mischform:

Neurologische Zeichen + Beschwerden + Anzeichen des Leibesinselschwundes
*Störung des vitalen Antriebs bei erhaltener protopathischer und epikritischer Tendenz der leiblichen Ökonomie der Leibesinseln

*Neophänomenologische Deutung in bezug auf die Kategorialanalyse der leiblichen Ökonomie

schwere Beeinträchtigung des Patienten, nicht nur seines Wohlbefindens, sondern auch seiner gesamten Persönlichkeit. Ohne hier näher auf die anthropologischen Dimensionen des Problems oder seiner therapeutischen Optionen eingehen zu können (weiterführende Literatur bei Schmitz und Risse, s. u.), kann die vorgeschlagene Klassifikation helfen, eine größere Sensibilität für das Leiden der Patienten zu entwickeln. In der jetzigen Situation apparatgesteuerter Medizin ist es schon ein Fortschritt, Fragen formulieren zu können, auch wenn spektakuläre Lösungen noch nicht in Sicht sind.

Therapeutische Optionen?

Zur Entwicklung therapeutischer Optionen bietet der neophänomenologisch zentrale Begriff der „Einklebung“ (= Bildung eines übergreifenden Leibes mit konsekutiver Umorganisation der je individuellen leiblichen Ökonomie) Ansätze sowohl der Hypothesengenerierung als auch einer systematischen Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Interaktion. Zusätzlich werden z. B. bisher nur schwer erklärbare und die somatologische Forschung unkontrolliert verzerrende „Placebo-Effekte“ wissenschaftlich exakt eingrenzbar. Ein Umdenken in der Forschungsmethodologie, die allerdings auch eine Umverteilung der derzeit betonierte kanalisierten Forschungsgelder und Sponsorressourcen impliziert, scheint sowohl aus neophänomenologischer Sicht als auch durch die sich rasch ändernden sozioökonomischen Bedingungen dringend angeraten.

Literatur beim Verfasser

Dr. Alexander Risse
Medizinische Klinik Nord - Diabetologie
(Dir. Prof. Dr. B. Angelkort)
Münsterstraße 240
44145 Dortmund

Videofilm für jugendliche Diabetiker



echt

Intensiv!

**Besser leben
mit ICT oder
Pumpe**

Acht jugendliche Typ-1-Diabetiker verbringen ihre vierzehntägigen Ferien gemeinsam mit zwei Mitarbeitern der Diabetesklinik Bad Mergentheim in einem Haus an der Cote d'Azur. Zwei Kamerteams begleiten die Gruppe durch sämtliche Hochs

und Tiefs. In diesem Film schildern die Jugendlichen ganz offen ihre täglichen Probleme mit dem Diabetes und erläutern sachlich und verständlich die Vor- und Nachteile der ICT oder der Pumpentherapie.

„Echt intensiv!“ wurde auf dem XVI. Deutschen Industrie- und Wirtschaftsfilm-Forum mit dem Prädikat „GUT“ ausgezeichnet.

CD-ROM Diabetes Interaktiv Vol. 1

Diese CD bietet Diabetikern, Angehörigen und allen an Diabetes Interessierten viel Wissenswertes zu Diabetes mellitus.

Nützliche Informationen, wie z. B. Animationen zu Ursachen des Diabetes und der Wirkung von Medikamenten, individuelle Kohlenhydrattabellen, Adressen von Selbsthilfegruppen und Verbänden und multimediale Produktinformationen machen diese CD-ROM zu einem unentbehrlichen Medium.



Bitte bestellen Sie über unsere Auslieferung:
LIBRI DISTRIBUTIONS GMBH,
August-Schanz-Straße 33,
60433 Frankfurt,
Fax: 0 69/54 20 13

- Bitte senden Sie
- ☐ ...Videos „echt Intensiv!“
Bestell-Nr. 420228
à 49,90 DM/46 sFr/364 öS
- ☐ ... Expl. der CD ROM
Diabetes Interaktiv Vol. 1,
Bestell-Nr. 41 0927,
à 39,80 DM/37 sFr/291 öS

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Datum/Unterschrift: