

Pädiatrie hinter Gittern

Betreuung von Kindern inhaftierter Mütter

Ludwig Schmid

In vielen Haftanstalten leben Kinder gemeinsam mit ihren straffällig gewordenen Müttern. Unser Autor betreut die Kinder der Mutter-Kind-Station in der JVA München Stadelheim, wo er regelmäßig Sprechstunden abhält.

H heute ist wieder kinderärztliche Sprechstunde auf der Mutter-Kind-Station der Justizvollzugsanstalt (JVA) München Stadelheim. Im Moment sind acht Mütter mit neun Kindern auf der Station. Es gibt zwei „Neuzugänge“: Die eine Mutter kommt aus einer anderen Anstalt in Bayern, sie hatte ihr Kind in der kooperierenden Klinik zur Welt gebracht und wurde nun direkt nach dem Krankenhausaufenthalt hierher verlegt. Die andere Mutter hat eine 15 Monate alte Tochter und wurde frisch verhaftet. Heute schaue ich mir die Kinder an und führe mit den Müttern das Erstgespräch, wir lernen uns kennen.

Am Haupteingang kennen mich die meisten Beamtinnen, das Handy und

der Autoschlüssel müssen im Schließfach verwahrt werden, ich werde gescannt, meine Arzttasche ebenfalls. Meinen Personalausweis tausche ich gegen meinen ärztlichen Besucherausweis. Es sind weitere Personen in der Wartezone, man schweigt. Überwachungskameras nehmen unser Warten auf. Ich habe Vortritt und werde von einer der beiden Erzieherinnen mit dem großen Schlüssel abgeholt. Eine Türe nach der anderen wird aufgesperrt, es können nie gleichzeitig zwei geöffnet sein – Fluchtgefahr.

Schon auf dem Weg ins obere Stockwerk tauschen wir uns über die neuen Kinder aus. Beide Kinder scheinen gesund zu sein, die U2 wurde bei dem Neu-

geborenen noch in der Klinik durchgeführt, es ist wohlgenährt, die Mutter kommt gut zurecht, eine Hebamme war schon mehrmals in der JVA. Die Geschichte des anderen Kindes ist komplexer. In der Anamnese der Mutter spielt Alkohol eine Rolle, das Kind zeigt ein auffällig zurückgezogenes Verhalten.

Im Aufzug fahren gleichzeitig mit uns zwei Frauen mit dem Essenswagen, begleitet von einer JVA-Beamtin. Sie tragen „Häftlingskleidung“: eine weiße Leinenjacke, jeansfarbene Bundfalten-Stoffhose, schwarze Halbschuhe. Auf der Station angekommen rennen ein paar der mir schon bekannten Kinder auf dem langen Gang umher, sie begrüßen mich freundlich, einer rennt mir entgegen. Die Sprechstunde dient nicht nur dem Wohl des Kindes und der Mutter, sie ist auch Abwechslung im Alltag des Gefängnisses. Außer den beiden „Neuen“ haben auch noch andere Frauen etwas auf dem Herzen, das hatte mir eine der Erzieherinnen schon per E-Mail angekündigt.

Wir gehen ins Sprechzimmer. Es hat die Größe eines normalen Behandlungsraumes wie in einer Praxis und ist genau so ausgestattet. Die Stationsleitung kommt dazu, und wir besprechen uns zunächst. Das 15 Monate alte Mädchen ist extrem auf die Mutter fixiert, reagiert sehr ängstlich auf andere, will nicht essen, nur trinken. Ein anderer, etwa 2 ½-jähriger Bub, sei recht aggressiv, in der Kinderkrippe beiße er oft und ist durch die Mutter nur schwer zu regulieren.

Die Mütter unterschreiben im Haftvertrag, dass der Kinder- und Jugendarzt Einblick in die Akte nehmen darf, Hintergrundwissen kann für die Beurteilung der kindlichen Entwicklung wichtig sein.



Hinter Gefängnistüren sind die Kinder häufig der einzig sichere und soziale Kontakt der Mütter.

© bibliphoto / stock.adobe.com

Die Sprechstunde beginnt und eine Mutter nach der anderen kommt mit ihrem Kind.

Das Neugeborene ist 14 Tage alt, ist gut entwickelt, nimmt ordentlich Gewicht zu, die Mutter wirkt kompetent, sie stillt voll. Ich überprüfe das gelbe Heft, alles ist vollständig, die OAE sind negativ, das Neugeborenen-Screening ist durchgeführt, eine Hüftsonografie ist schon bei der U2 durchgeführt worden. Ich erkläre der Mutter, dass ich kein Vollzugsbeamter bin, sondern ein ganz normaler Kinder- und Jugendarzt, der eine Praxis hat, dass ich mich kinderärztlich um ihre Kinder kümmere, genauso wie „draußen“. Die meisten Mütter sind sehr erleichtert, wenn sie das hören. Eines unserer Ziele ist, die Mütter ein möglichst „normales“ Vertrauensverhältnis zum Kinder- und Jugendarzt aufbauen zu lassen. Ich erkläre der Mutter, dass der nächste Termin die U3 ist und wir dies zeitgerecht hier durchführen werden. Sollte etwas zwischendurch sein, kann sie mich jederzeit über die Anstalt erreichen.

Das Kind, das nur gezuckerte Milch trinkt

Das 15 Monate alte Mädchen ist motorisch gut entwickelt, aber mit dem Gewicht unter der dritten Perzentile. Größe und Kopfumfang sind altersgemäß. Etwa ab dem 7. Lebensmonat fiel das Gewicht stetig von der 50. auf nunmehr deutlich unter die 3. Perzentile. Die Mutter wirkt sehr gestresst, ist aufgeregt. Sie wirkt deutlich älter als sie ist. Das Mädchen sitzt mit weit geöffneten Augen auf ihrem Schoß und klammert sich fest an seine Mutter. Bei diesem ersten Kontakt ist es besonders wichtig, sich der speziellen Situation in der JVA bewusst zu sein, da allein die Tatsache der Inhaftierung Auswirkungen auf das Verhalten von Mutter und Kind hat.

Die Mutter wurde quasi über Nacht festgenommen und die Kleine jäh aus dem Alltag gerissen. Wie der Alltag vorher aussah, kann man nur erahnen. Aus der Anamnese weiß ich, dass die Mutter ein Alkoholproblem hat, alleinerziehend ist, dass es noch ein zweites, älteres Kind bei einer Pflegefamilie gibt. Das Jugendamt hat mit der Mutter also schon länger zu tun. Nun hat sie eine wohl einjährige

Haftstrafe vor sich. Wie alle inhaftierten Mütter hofft sie auf die „Zwei Drittel“. Zwei Drittel steht dafür, was bei Laien unter „vorzeitiger Entlassung wegen guter Führung“ bekannt ist. Über zwei Drittel wird vom Gericht immer im Verlauf des Aufenthaltes entschieden und hängt von vielen Faktoren ab.

Ich versuche, bei diesem Erstkontakt ein Gefühl für Mutter und Kind zu bekommen, beobachte und frage. Die Kleine wurde wohl bisher ausschließlich mit einer Art süßer Kondensmilch ernährt. Die Mutter sagt, sie wollte nie essen, nur diese Milch trinken. Ich frage nach, was „sie wollte nie“ bedeute. Am Anfang habe sie noch geschrien und die Nahrung ausgespuckt, dann aber nur noch alles erbrochen. Sie sei mit ihrer Tochter Tag und Nacht zusammen gewesen, in einer Kinderkrippe sei das Kind nicht gewesen. Bis auf die Eintragungen der ersten vier Vorsorgen ist das gelbe Heft leer, die Impfungen sind unvollständig. Hier auf der Station sei alles eine Katastrophe, berichtet die Mutter weiter, die Kleine möge die Milch hier nicht und trinke gar nichts mehr. Sie sei in großer Sorge um die Gesundheit des Kindes.

Schon bei diesem Erstkontakt wird die Komplexität der Situation deutlich. Um es vorwegzunehmen: Im weiteren Verlauf wird ein interdisziplinärer stationärer Aufenthalt nötig sein, um zum einen eine umfassende organische Abklärung vornehmen zu können. Zum anderen wird die Abteilung der Kinder- und Jugendpsychosomatik einbezogen, um das Thema der Essstörung zu betrachten. In der nächsten Zeit kristallisiert sich heraus, dass das Mädchen organisch gesund ist, die Versorgung des Kindes während des Aufenthaltes aber sehr schwierig ist. Die Versuche, das Kind mit altersgerechter Nahrung zu ernähren, scheitern regelmäßig, da sie immer wieder Milch mit Zucker – insbesondere nachts – verabreicht bekommt.

Als die Entlassung ansteht, gibt es vorher Wochenend-Entlassungen als eine Art häusliches Training, natürlich unter Einbeziehung des Jugendamtes. Der zweite Wochenendaufenthalt scheitert, da die Mutter alkoholisiert aufgegriffen wird und das kleine Mädchen alleine in der Wohnung zurückgelassen hat. Das Jugendamt verfügt dann im weiteren

Verlauf die Inobhutnahme des Kindes und die Unterbringung in einer Pflegefamilie.

Derartige Fälle sind sicherlich nicht die Regel, jedoch zeigen sie, wie schwierig die Betreuung der Mütter mit ihren Kindern während und nach der Haftzeit sein kann.

Fast wie in der Praxis „draußen“

Die anderen Mütter haben andere Themen: Ein Kind hat wiederkehrende Hautprobleme: Neurodermitis. Ich kläre intensiv über Basispflege auf und bespreche die stadiengerechte Hautpflege. Das Kind einer anderen Mutter beißt. Sie fühlt sich in der Gruppe sehr ausgegrenzt, der Kleine werde gemobbt. Dabei würden die anderen Kinder doch auch beißen. Und überhaupt sei es seit 2 Tagen schon viel besser. Ich kenne die Mutter seit einem Vierteljahr. Sie hat noch vier weitere Kinder, die alle in unterschiedlichen Pflegefamilien leben. Mit der früheren Kinder- und Jugendärztin hatte ich Kontakt aufnehmen dürfen. Sie berichtet, dass der Kleine im Rahmen des Aufenthaltes in der JVA ein zunehmend aggressives Verhalten an den Tag gelegt habe. Er schlage andere und beiße, die Mutter könne ihn nur schwer regulieren, nachts komme es oft zu Streitereien und Schreien des Buben.

Ich bespreche mit der Mutter ausführlich das Thema Erziehung, Struktur und adäquaten kindgerechten Umgang. Schließlich empfehle ich die baldige Vorstellung in einem SPZ, um auch nach der Entlassung in etwa 3 Monaten die weitere Betreuung zu sichern. Tatsächlich nimmt die Mutter mit dem Buben vor Entlassung drei Termine im SPZ wahr und hält den Kontakt auch nach Entlassung aufrecht.

Nach rund dreieinhalb Stunden ist die Sprechstunde zu Ende, ich werde zum Ausgang gebracht und wir vereinbaren einen nächsten Termin. Es stehen Vorsorgen und Impfungen an. Ich verlasse das Gebäude und fahre zur Sprechstunde in meine Praxis.

Die Mutter-Kind-Station der JVA in München

Die Station ist modern und kindgerecht eingerichtet, sie wurde im Jahr 2009 eröffnet. Ich betreue die Abteilung seit An-

beginn. Die Einrichtung ist in einem anderen Gebäude als die Männerabteilung der JVA, jedoch im gleichen Gebäude wie die allgemeine Frauenabteilung und der Jugendarrest. Die Leitung obliegt einer Sozialpädagogin, die von zwei ausgebildeten Erzieherinnen und von mehreren Vollzugsbeamtinnen unterstützt wird. Jede Frau hat einen eigenen Haftraum, an den direkt das Kinderzimmer angeschlossen ist. Beide Räume zusammen sind etwa 20 qm groß. Es gibt ein Bett für die Mutter, einen Tisch, einen Schrank, einen Wickeltisch, ein Kinderbett pro Kind, eine Regalwand und eine Waschkabine, keine Fenstergitter. Es gibt eine Kinderkrippe in der Abteilung, einen Spiel- und einen Ruheraum, eine große Terrasse und einen kleinen Spielplatz mit Sandspielkasten. Die Sicht nach außen ist nicht möglich.

Mutter-Kind-Einrichtungen in Deutschland

Während noch in der Nachkriegszeit in Westdeutschland inhaftierte schwangere Frauen ihre Kinder in einem nahegelegenen Krankenhaus entbunden, forciert abgestillt haben und dann abgeben mussten, begann man Ende der 1940er Jahre, die Kinder bei den Müttern zu lassen. Vorreiter war die JVA Frankfurt-Preungesheim, deren Leiterin seit 1947 Helga Einsele war. Die promovierte Juristin setzte sich für eine Humanisierung und Verbesserung des Strafvollzugs ein. Sie war der Meinung, dass die Unterbringung eines Kleinstkindes bei der Mutter in einer JVA nicht schädlicher sein kann als die Trennung von der Mutter. 1976 gab es in Frankfurt am Main dann die erste rechtlich legitimierte Mutter-Kind-Einrichtung innerhalb einer JVA, vorher war dies nur vereinzelt möglich.

Im Jahr 2016 gab es in ganz Deutschland Plätze für 85 Frauen und 110 Kinder, verteilt auf sechs Mutter-Kind-Einrichtungen. Bezogen auf die Gesamtzahl der inhaftierten Frauen ist dies also ein relativ geringer Anteil. Noch viel niedriger ist die Anzahl der Vater-Kind-Einrichtungen: Es gibt aktuell nur vier Bundesländer, die diese Form der Unterbringung in die Planung mit einbezogen haben. Verwirklicht hat dies bisher nur das Bundesland Sachsen.

Zu unterscheiden ist grundsätzlich der geschlossene vom offenen Vollzug. Bei der geschlossenen Unterbringung dürfen Kinder bis zum Alter von 3 Jahren bei der Mutter bleiben, im offenen Vollzug bis zum Schulalter. Geregelt ist dies durch das Strafvollzugsgesetz (§ 80). Es gibt Unterschiede bei der Altersregelung. Zum Beispiel darf ein Kind in Hamburg bei Aufnahme noch nicht 5 Jahre alt sein, in Baden-Württemberg darf es das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Vor Aufnahme eines Kindes muss die Zustimmung des Aufenthaltsbestimmungsberechtigten erfolgen und die Unterbringung eines Kindes darf zumeist nur dann erfolgen, wenn es „seinem Wohl entspricht“ und wenn vorher das Jugendamt gehört wurde. Grundsätzlich müssen die Kosten für die Unterbringung des Kindes vom Unterhaltspflichtigen übernommen werden, in praxi gibt es viele Ausnahmen.

Das Durchschnittsalter der Mütter variiert ebenso (26 bis 32 Jahre) wie das Durchschnittsalter der Kinder (4 Monate bis 2 Jahre und 10 Monate). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer variiert zwischen 7 und 11 Monaten.

Der häufigste Grund für die Inhaftierung ist Diebstahl und Unterschlagung, gefolgt von Betrug und Untreue sowie Straftaten nach dem BtMG. Insgesamt machen diese Bereiche rund 70 % der Haftgründe aus.

Frauen in Haft

Daten weisen darauf hin, dass viele der Delikte, an denen Frauen überdurchschnittlich häufig beteiligt sind, in engem Zusammenhang mit der weiblichen Geschlechterrolle stehen, häufig gibt es Abhängigkeitsbeziehungen zu Männern. Daher ist es wichtig, dass bei der Arbeit mit straffälligen Frauen großes Augenmerk auf Autonomie gelegt wird.

Helga Einsele und die Hamburger Kriminologie-Professorin Uta Krüger teilen die inhaftierten Frauen in drei Muttertypen ein:

Mittelklassetyp: Die Frauen besitzen typische Wertvorstellung der Mittelklasse, von der Haftsituation sind sie am meisten betroffen. Geäußert werden häufig Scham, Entschuldigungen und Schuldgefühle, gerade auch in Bezug auf die

Unterbringung ihrer Kinder. Hier kommt es häufig zu Verstimmungen mit Depressionen, Resignation und Lustlosigkeit. Die Kinder werden gut gepflegt und die Mütter gehen bestmöglich auf die Bedürfnisse der Kinder ein, sie versuchen die Kinder jedoch aus dem Anstaltsleben herauszuhalten. Vermutlich profitieren diese Mütter am wenigsten von ihrer Inhaftierung mit Kindern.

Sich anpassender Frauentyp: Die Haftdeprivation ist deutlich geringer, im Anstaltsalltag passen sich diese Frauen mehr an, die Einstellung gegenüber der Umgebung ist feindseliger. Die Mutter-Kind-Bindung ist emotional eher stabil, die Kinder erhalten eine gute Fürsorge. Vermutlich profitieren diese Frauen eher von der Inhaftierung. Wichtig ist hier die Erziehungsberatung.

Frauen in Not: Bei ihnen bestehen schwere seelische Fehlentwicklungen, Herkunft ist die sogenannte Unterschicht. Es sind die am meisten traumatisierten Frauen, die Folgen übertragen sich direkt auf das Kind. Die Kinder werden überwiegend für eigene Zwecke ausgenutzt und kommen oft im verwahrlosten Zustand in die JVA. Über die Erziehungsberatungen hinaus brauchen diese Frauen tiefgreifende, langfristige psychologische Hilfe.

Das Zusammensein der Mütter mit ihren Kindern führt in den meisten Fällen dazu, dass die psychischen Belastungen reduziert werden, ihre Isolation verringert und ihre Handlungsfähigkeit erhöht wird.

Problematisch ist, dass es in Deutschland nur relativ wenige Mutter-Kind-Einrichtungen gibt und sich eine wohnortnahe Haft als schwierig erweist. Der Kontakt zu Angehörigen und die Entlassungsvorbereitungen gestalten sich ebenfalls schwierig. Zum Beispiel kann es manchmal ein Problem sein, Kinder am Wochenende zur „Außenfamilie“ zu lassen.

Was der Kinder- und Jugendarzt beachten muss

Aus kinderärztlicher Sicht ist die Kenntnis der Haftumstände wichtig, da die Betreuung der Kinder nie den Aspekt der

Mutter-Kind-Beziehung mit all ihren Facetten außer Acht lassen kann. Die inhaftierten Mütter fühlen sich oft machtlos, da sie im Rahmen ihrer Mutterrolle nicht mehr völlig selbständig handeln und sich eigenverantwortlich um ihre Kinder kümmern können.

Es ist daher wichtig, die Autonomie der Mütter in der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder zu unterstützen. Oft ist die Beziehung zum Kind der einzig sichere und soziale Kontakt der Mutter. Allein dies kann die Kinder aber auch überfordern. Der Kinder- und Jugendarzt muss also die Mütter sensibilisieren, um einer Überforderung der Kinder entgegenzuwirken. Gerade eine längere Haftdauer birgt die Gefahr der Entstehung einer symbiotischen Beziehung und einer Instrumentalisierung, zum Beispiel dass Kinder als eine Art Partnerersatz empfunden werden.

Ganz allgemein enthält die kinder- und jugendärztliche Betreuung sowohl die präventive Versorgung als auch die Akutversorgung. Regelmäßig finden Sprechstunden statt, um Vorsorgen und Impfungen zeitgerecht durchführen zu können. Die Vorsorgen sind in der Regel die U3 bis zur U7. Der Hüftultraschall zur U3 wird im Bedarfsfall mit einem vorhandenen Ultraschallgerät durchgeführt, eventuell auch in der Praxis.

In der Regel findet bald nach der Aufnahme einer Mutter und ihres Kindes das Erstgespräch mit dem Kinderarzt statt. Im Erstgespräch wird versucht zu klären, in welchem Zustand sich die Frau und das Kind befinden. Oft sind die Mütter zu Beginn noch in einer Art Schockzustand wegen der Straftat und der Inhaftierung mit ihrem Kind. Im Laufe der Zeit werden sie sich ihrer Lage bewusst. Gerade in dieser Zeit gibt es große Frustrationstendenzen mit Resignation. In dieser Situation kann der Kinder- und Jugendarzt Stabilisator sein, der positiv kleine „Erziehungserfolge“ hervorhebt. Oft müssen Müttern die Grundbedürfnisse ihrer Kleinen erklärt werden. Je nach Muttertyp kann dies auch sehr intensiv nötig sein. Gerade für Frauen in Not muss ein sehr großer, interdisziplinärer Aufwand betrieben werden. Die Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen, vor allem auch mit den Erwachsenen-Psychologen ist da beson-

ders wichtig. Probleme können alleine dadurch entstehen, dass die Frauen de facto alleinerziehend sind, dass ein Austausch mit dem Partner nur ungenügend möglich ist, dass gelegentlich weitere Kinder außerhalb der Gefängnismauern leben. Die Mütter haben dann noch mehr Schuldgefühle und benötigen eine intensive Betreuung.

Selbstverständlich unterliegt die kinder- und jugendärztliche Betreuung der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist immer wieder zu erleben, dass die Mütter nach dem Hinweis „Ich bin kein Beamter, sondern eine ganz normaler Kinderarzt“ sehr erleichtert sind. Die meisten Mütter begegnen dem Kinder- und Jugendarzt sehr offen. Eine Schweigepflichtsentbindung für den vorherigen Kinder- und Jugendarzt kann gerade bei Kindern mit Grunderkrankung nötig sein.

Vor allem Kinder jenseits des Säuglingsalters sind oft verhaltensauffällig oder gar traumatisiert, es gibt oft Regulationsstörungen mit Schrei- und Aggressionstendenzen. Hier ist eine enge Betreuung mit häufigen Kinder- und Jugendarztbesuchen und gegebenenfalls die Zusammenarbeit mit Kinderpsychologen und dem SPZ nötig.

Wichtige Netzwerke

Um die sichere Versorgung erkrankter Kinder in der JVA zu gewährleisten, ist ein Netzwerk nötig. Zum Netzwerk gehören Kinderkliniken, Frühförderstellen, SPZ, Physiotherapeuten, Ärzte weiterer Fachdisziplinen wie HNO-, Augen- und Zahnärzte sowie Orthopäden. Der erste Ansprechpartner ist der Kinder- und Jugendarzt. Die Kommunikation nach außen kann nur über die Angestellten der JVA erfolgen.

Es besteht eine Kooperation mit den umliegenden Kinderkliniken, sodass im Bedarfsfall eine Unterbringung in der Klinik schnell möglich ist. Bei einer Verlegung in eine Kinderklinik muss das Kind meist von der Mutter getrennt werden. Manche Mütter können mit der Zustimmung der Anstaltsleitung auch ihre Kinder in die Klinik begleiten und bei den Kindern bleiben.

Schadet die JVA den Kindern?

Ob die Kinder durch den Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Einrichtung in ihren

Fazit für die Praxis

Insgesamt ist die Arbeit hinter den Gefängnismauern sicher zeit- und arbeitsintensiv. Doch es lohnt sich: Im Verlauf der Betreuung entsteht zwischen Kinder- und Jugendarzt und Mutter ein Vertrauensverhältnis, das den Frauen, aber vor allem auch den Kindern zugutekommt. Man fungiert als eine Art Stabilisator. Als Pädiater hinter Gittern kann man einen kleinen Beitrag im Rahmen der frühkindlichen Entwicklung leisten. Auch findet die eine oder andere Mutter nach ihrer Entlassung den Weg in die Praxis, um weiter begleitet zu werden.

Entwicklungsverläufe beeinflusst werden, kann bis heute nicht hinreichend beantwortet werden.

Eine Langzeitstudie aus dem Jahr 1988 untersuchte die Entwicklungsverläufe von Kindern, die mit ihren Müttern hinter Gittern lebten. Analysiert wurden zu zwei Zeitpunkten die Kognition, die motorische und soziale Entwicklung mittels des BSCID, des nonverbalen Intelligenztestes Snijders-Oomen und der Infant Behavior Record des BSCID. In dieser Analyse zeigte sich kein signifikanter Unterschied zu Haftbeginn und Haftende. Allerdings war die Anzahl der untersuchten Kinder sehr gering, nämlich insgesamt nur 14. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kinder durch den Aufenthalt weder positiv noch negativ in ihrer Entwicklung beeinflusst werden.

Weiterführende Literatur

1. Birtsch, V, Rosenkranz J (Hrsg.). Mütter und Kinder in Gefängnissen – Orientierung und Ergebnisse zum Frauenstrafvollzug und zu Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug, Weinheim/München 1988
2. Junker A. Mutter-Kind-Einrichtungen im Strafvollzug, Eine bundesweite empirische Untersuchung zu den Rahmenbedingungen, Bd. 29, LIT-Verlag 2011



Dr. med. Ludwig Schmid
Gemeinschaftspraxis
Kinderärzte München
Süd
Aidenbachstraße 118
81379 München