

**1. Bezeichnung des Arzneimittels**

Quensyl®

Wirkstoff: Hydroxychloroquinsulfat

**2. Verschreibungsstatus/  
Apothekenpflicht**

Verschreibungspflichtig

**3. Zusammensetzung des Arzneimittels****3.1 Stoff- oder Indikationsgruppe**

Antirheumatikum/Antimalariamittel aus der Gruppe der 4-Aminochinoline

**3.2 Bestandteile nach der Art und arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge****– Arzneilich wirksame Bestandteile**

1 Dragee enthält:

200 mg Hydroxychloroquinsulfat (entsprechend 155 mg Hydroxychloroquinbase).

**– Sonstige Bestandteile**

Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Maisstärke, Magnesiumstearat, Saccharose, Schellack, Talkum, arabisches Gummi, Calciumcarbonat, Carnaubawachs, gebleichtes Wachs, Titandioxid (E 171).

**4. Anwendungsgebiete**

- Chronische Polyarthritis (rheumatoide Arthritis einschließlich juveniler chronischer Arthritis),
- systemischer Lupus erythematodes,
- Malariaphylaxe und -therapie aller vier humanpathogenen Malariaarten außer chloroquinresistenten Plasmodienstämmen.

**5. Gegenanzeigen**

Quensyl darf nicht angewendet werden

- bei Überempfindlichkeit gegen 4-Aminochinoline,
- bei vorbestehender Retinopathie oder Makulopathie,
- bei Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel (hämolytische Anämie, Favis-mus),
- bei Erkrankungen des Blut bildenden Systems,
- bei Myasthenia gravis,
- während der Schwangerschaft (Ausnahme: Indikation Malaria, s. u.),
- in der Stillzeit,
- bei Kindern unter 6 Jahren (< 35 kg).

Quensyl sollte nur unter strenger Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses angewendet werden

- bei gastrointestinalen, neurologischen oder hämatologischen Vorerkrankungen,
- bei Überempfindlichkeit gegen Chinin,
- bei vorbestehender Psoriasis,
- bei Porphyrien,
- bei Epilepsie,
- bei ausgeprägten Nieren- und Lebererkrankungen,
- während der Schwangerschaft (Indikation: Malaria).

Eine Langzeitanwendung zur Malariaphylaxe sollte bei Kindern unterbleiben.

Kinder ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) sollten nicht länger als 6 Monate mit Quensyl behandelt werden.**Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit**

Hydroxychloroquin passiert die Plazentaschranke und kann zu Organschäden beim Fötus führen. Die Erfahrungen zur Anwendung von Hydroxychloroquin in der Schwangerschaft sind begrenzt. Daher darf Hydroxychloroquin während der gesamten Schwangerschaft nicht eingesetzt werden (Ausnahme: Malaria).

Im Falle der Anwendung bei der Indikation Malaria ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung in der Regel zu Gunsten des Hydroxychloroquins zu entscheiden, da die Malariainfektion selbst Schäden beim Fötus verursacht.

Im Falle der Anwendung bei den anderen Indikationen ist vor Beginn der Therapie mit Hydroxychloroquin eine Schwangerschaft auszuschließen und für die Dauer der Therapie und mindestens drei Monate nach Beendigung ein wirksamer Konzeptionsschutz einzuhalten.

Für die Malariaphylaxe mit bestimmungsgemäßer Dosierung von Hydroxychloroquin muss ein Konzeptionsschutz für die Dauer der Einnahme und drei Monate nach Abschluss der Prophylaxe eingehalten werden.

Hydroxychloroquin geht in die Muttermilch über. Die Konzentrationen in der Muttermilch liegen nur wenig unterhalb deren im mütterlichen Plasma. Daher darf während der Anwendung von Hydroxychloroquin nicht gestillt werden.

**6. Nebenwirkungen**

Die meisten der nach Einnahme von Quensyl beobachteten Nebenwirkungen sind dosisabhängig. Sie treten vor allem bei Plasmakonzentrationen über 250 µg/l auf.

*Häufig* werden gastrointestinale Symptome wie Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Diarrhöen mit Gewichtsverlust und Erbrechen beobachtet. Diese Symptome verschwinden gewöhnlich gleich nach einer Dosisreduktion oder nach dem Absetzen von Quensyl.*Gelegentlich* kommt es zu Schlafstörungen oder Schläfrigkeit, Tinnitus oder Taubheit, Unruhe, emotionaler Labilität, Benommenheit, Schwindel, Verwirrheitszuständen, Kopfschmerzen oder Parästhesien. Myopathien der Skelettmuskulatur, die zu einer Schwäche und Atrophie der proximalen Muskelgruppe führen, wurden berichtet. Diese Myopathie kann nach Absetzen von Quensyl innerhalb einiger Monate zurückgehen. Begleitende Änderungen in der Sinneswahrnehmung, Dämpfung der Sehnenreflexe und unnormale Erregungsleitungsstörungen können beobachtet werden. Weiterhin kann es unter Quensyl zu einer Depression der T-Welle im EKG und einer Verminderung der Kontraktilität der Skelettmuskulatur, Kardiomyopathie oder Neuromyopathie kommen.

Eine chronische Toxizität ist bei Erregungsleitungsstörungen (Schenkelblock/AVB) als auch bei biventrikulärer Hypertrophie zu erwarten. Die Symptome gehen nach Absetzen von Quensyl zurück.

*Selten* treten blasige Hautausschläge, einschließlich sehr seltener Fälle eines Erythemas multiforme und Stevens-Johnson-Syndroms, Juckreiz, Photosensibilisierung, Pigmentstörungen an Haut und Haaren (dunkle Färbung der lichtexponierten Haut, Verfärbung der Mundschleimhaut, Ausbleichen oder Ergrauen der Haare) oder Haarausfall auf. In Einzelfällen wurde über eine exfoliative Dermatitis berichtet. Weiterhin kann es selten auch zu einer Exazerbation einer Porphyria cutanea tarda mit Porphyrinurie oder Exazerbation einer Psoriasis kommen. Sehr selten kann eine akute generalisierte exanthematische Pustulosis (AGEP) auftreten, die von der Psoriasis unterschieden werden muss. Sie kann zusammen mit Fieber und Hyperleukocytosis auftreten. Der Ausgang ist nach Absetzen des Medikamentes im Allgemeinen günstig.*Selten* wurde über Leberschäden bzw. eine Verstärkung eines vorbestehenden Leberschadens, in *Einzelfällen* über Veränderungen der Leberfunktionstests, eine fulminante Hepatitis, eine Knochenmarkdepression mit Agranulozytosen, Panzytopenien, Thrombozytopenien, einen Ausbruch von Psychosen und über eine Auslösung von epileptischen Anfällen unter Quensyl berichtet.*Corneale Veränderungen* einschließlich Ödemen und Hornhauttrübungen wurden berichtet. Sie sind entweder symptomlos oder können zu Störungen wie Lichtböen (Halos), Verschwommensehen oder Lichtscheu führen. Sie können vorübergehend sein oder sind nach Absetzen von Quensyl reversibel. Verschwommensehen durch Störung der Akkommodation kann ebenfalls vorkommen, ist dosisabhängig und reversibel.*Retinopathien* mit veränderter Pigmentation und Skotomen können in seltenen Fällen auftreten. Die Frühform scheint nach Absetzen von Hydroxychloroquin reversibel zu sein. Bei fortgeschrittener Retinopathie besteht ein Risiko für eine Progredienz, auch nach Therapieabbruch. Patienten mit Retinaveränderungen können anfangs symptomlos sein. Sie können partielle Gesichtsfeldausfälle bzw. Abschwächungen vom parazentralen bzw. perizentralen Ring-Typ zeigen, die auch temporal auftreten können.

Besonders bei einer Langzeitbehandlung kann es zu irreversiblen Retinopathien mit Beeinträchtigung des Farbsehens als frühestem Symptom kommen, später können Pigmentationen, Gesichtsfeldausfälle, Flimmerskotome und Sehkraftverluste hinzutreten.

Die Inzidenz der durch Quensyl verursachten Retinopathien ist jedoch von der Tagesdosis abhängig. Beim strengen Einhalten der Tagesdosis (6,5 mg/kg Körpergewicht oder weniger bei einer Dauertherapie und normaler Nierenfunktion) sind nur noch sehr selten Netzhautveränderungen beobachtet worden.

**7. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln**

Wegen der Möglichkeit einer erhöhten Nebenwirkungsrate sollte während der Quensyl-Therapie möglichst auf andere so genannte Basistherapeutika verzichtet werden.

Mit der zusätzlichen Gabe von Phenylbutazon erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer exfoliativen Dermatitis.

Quensyl darf nicht zusammen mit lebertoxischen Stoffen (Vorsicht auch bei Alkohol in größeren Mengen) oder MAO-Hemmern eingenommen werden.

Eine Kombination mit Probenecid und Indometacin erhöht das Risiko der Sensibilisierung und der Retinopathie.

Durch gleichzeitige Gabe von Corticosteroidderivaten können Myopathien oder Kardiomyopathien verstärkt werden.

Eine langfristige Komedikation mit Digoxin kann zu einem erhöhten Digoxin-Plasmaspiegel führen und so eine Glykosidintoxikation ermöglichen. Bei Kombinationstherapie ist daher der Plasmaspiegel von Digoxin eng zu überwachen.

Da Hydroxychloroquin die Wirkung einer blutzuckersenkenden Therapie verstärken kann, ist gegebenenfalls eine Dosisreduktion von Insulin oder Antidiabetika erforderlich.

Folsäureantagonisten (Methotrexat) werden in ihrer Wirkung durch Quensyl verstärkt. Eine Kombination mit Pyrimethamin/Sulfadoxin erhöht deutlich das Risiko von Hautreaktionen.

Die Resorption von Ampicillin kann durch eine gleichzeitige Gabe von Quensyl vermindert werden.

Eine Kombination mit Aminoglykosiden kann zu einer verstärkten neuromuskulären Blockade führen.

Bei gleichzeitiger Gabe von Neostigmin oder Pyridostigmin kann deren Wirkung abgeschwächt werden.

Antazida können die Resorption von Quensyl vermindern, weshalb zwischen der Antazida- und der Quensyl-Gabe ein Abstand von 4 Stunden eingehalten werden sollte.

Cimetidin kann die Ausscheidung von Quensyl verzögern.

**8. Warnhinweise**

Keine

**9. Wichtigste Inkompatibilitäten**

Keine

**10. Dosierung mit Einzel- und Tagesgaben**

*Hinweis*

Alle Dosisangaben beziehen sich auf die Menge an Hydroxychloroquinsulfat und nicht auf die Menge an Hydroxychloroquinbase.

□ **Chronische Polyarthrit, systemischer Lupus erythematodes**

Hydroxychloroquin hat eine kumulative Wirkung, und es dauert mehrere Wochen, bis

sich die therapeutischen Wirkungen einstellen, wobei leichte Nebenwirkungen schon relativ früh auftreten können. Der Behandlungserfolg kann frühestens nach 4 bis 12 Wochen beurteilt werden. Sollte eine objektive Besserung des Krankheitsbildes innerhalb von 6 Monaten nicht eintreten, so ist das Präparat abzusetzen.

*Erwachsene* erhalten eine Anfangsdosierung von 2- bis 3-mal täglich 1 Dragee (400–600 mg/Tag).

Die Erhaltungsdosis beträgt 1- bis 2-mal täglich 1 Dragee (200–400 mg/Tag):

Gewicht (kg)	Quensyl, Dragee(s) pro Tag
30–49	1
50–64	1, jeden 2. Tag 2
ab 65	2

*Kinder* ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) erhalten 5–6,5 mg/kg Körpergewicht oder 400 mg täglich, in jedem Fall die geringere Menge.

□ **Malariaphylaxe**

Zwei Wochen vor Reiseantritt in das Malariagebiet soll mit der vorbeugenden Behandlung wie folgt begonnen werden:

*Erwachsene* erhalten 2 Dragees (400 mg) (6,5 mg/kg Körpergewicht) ein Mal pro Woche, jeweils am gleichen Wochentag.

*Kinder* ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) erhalten 6,5 mg/kg Körpergewicht ein Mal pro Woche, jeweils am gleichen Wochentag. Die Einzeldosis soll jedoch nicht über 400 mg liegen, unabhängig vom Körpergewicht.

Ist dies nicht möglich, kann folgende Dosierung empfohlen werden:

Erwachsene:

*Erwachsene* erhalten bei Reiseantritt an 2 aufeinander folgenden Tagen je 2 Dragees (400 mg), danach 2 Dragees (400 mg) ein Mal pro Woche (gleicher Wochentag!), entsprechend 6,5 mg/kg Körpergewicht ein Mal pro Woche.

Kinder:

*Kinder* ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) erhalten bei Reiseantritt an 2 aufeinander folgenden Tagen je 6,5 mg/kg Körpergewicht, danach 6,5 mg/kg Körpergewicht ein Mal pro Woche (gleicher Wochentag!). Einzeldosis nicht über 400 mg.

Die vorbeugende Behandlung muss während der Reise und sollte noch 8 Wochen nach Verlassen des Malariagebietes fortgesetzt werden.

□ **Malariatherapie**

Erwachsene:

Die Gesamtdosis Hydroxychloroquinsulfat zur Behandlung einer durch chloroquinempfindliche Plasmodien verursachten Malaria beträgt 2000–2400 mg (entsprechend 33,3–40 mg/kg Körpergewicht).

Diese Dosis sollte über einen Zeitraum von 3 bis 4 Tagen verteilt oral verabreicht werden. Es empfiehlt sich folgendes Dosierungsschema:

*Erwachsene* erhalten eine Initialdosis von 4 Dragees (800 mg), dann nach 6 bis 8 Stunden 2 Dragees (400 mg) sowie je 2 Dragees (400 mg) an den folgenden 2 Tagen. Dies entspricht insgesamt 2 g Hydroxychloroquinsulfat.

Die Dosierung kann auch auf Grund des Körpergewichtes wie bei Kindern berechnet werden (siehe unten).

Kinder:

*Kinder* ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) erhalten eine Gesamtdosis von 32 mg/kg Körpergewicht, nicht jedoch mehr als 2 g Hydroxychloroquinsulfat, verteilt über 3 Tage:

1. *Dosis:* 13 mg/kg KG (aber nicht über 800 mg pro Einzeldosis).
2. *Dosis:* 6,5 mg/kg KG (aber nicht über 400 mg pro Einzeldosis), 6 Stunden nach der 1. Dosis.
3. *Dosis:* 6,5 mg/kg KG (aber nicht über 400 mg pro Einzeldosis), 18 Stunden nach der 2. Dosis.
4. *Dosis:* 6,5 mg/kg KG (aber nicht über 400 mg pro Einzeldosis), 24 Stunden nach der 3. Dosis.

**11. Art und Dauer der Anwendung**

Die Dragees sollen möglichst zu den Mahlzeiten mit genügend Flüssigkeit eingenommen werden.

Kinder unter 6 Jahren ( $< 35$  kg) sollten nicht, Kinder ab 6 Jahre ( $\geq 35$  kg) nicht länger als 6 Monate mit Quensyl behandelt werden.

Eine Langzeitanwendung zur Malariaphylaxe bei Kindern sollte unterbleiben.

**12. Notfallmaßnahmen, Symptome und Gegenmittel**

**a) Symptome der Intoxikation**

Symptome einer starken Überdosierung mit Hydroxychloroquin im Prodromalstadium sind Kopfschmerzen, Sehstörungen, Krämpfe, Hypokaliämie, Herzrhythmusstörungen und Reizleitungsstörungen des Herzens sowie Herz-Kreislauf-Versagen. Nach einem Blutdruckabfall entwickelt sich ein Schockzustand mit Bewusstlosigkeit und Krämpfen. Der Tod erfolgt durch Atem- und Herzstillstand.

Eine schwere Überdosierung mit 2 bis 5 g beim Erwachsenen bzw. 1 bis 2 g bei Kindern kann infolge einer lähmenden Wirkung auf das Herz, den Kreislauf und die Atmung in 1 bis 3 Stunden zum Tode führen.

**b) Therapie von Intoxikationen**

Ein Antidot ist nicht bekannt.

Der Magen sollte sofort durch provoziertes Erbrechen oder eine Magenspülung entleert werden. Liegt die Überdosierung weniger als 30 Minuten zurück, so kann mit der Magensonde zugeführte Aktivkohle und eine anschließende Magenspülung eine weitere Resorption vermindern. Danach muss frühzeitig Atem- und Kreislaufhilfe (Adrenalin) einsetzen.

Die Krämpfe sind durch Benzodiazepine (Diazepam), Phenobarbital, notfalls durch periphere Muskelrelaxanzien bei künstlicher Beatmung zu unterdrücken. Parenteral verabreichtes Diazepam kann die chloroquinbedingte Kardiotoxizität vermindern.

Eine Hämodialyse ist zur Behandlung nicht geeignet. Eventuell muss eine ausgeprägte Hypokaliämie ausgeglichen werden.

Ist die akute Phase abgeklungen und bleibt der Patient symptomfrei, ist für mindestens 6 Stunden eine strenge Überwachung notwendig.

**13. Pharmakologische und toxikologische Eigenschaften, Pharmakokinetik und Bioverfügbarkeit, soweit diese Angaben für die therapeutische Verwendung erforderlich sind**

**13.1 Pharmakologische Eigenschaften**

Hydroxychloroquin gehört zu der Gruppe der 4-Aminochinoline, die zur Malariaphylaxe und Malariabehandlung geeignet sind.

Die Antimalariawirkung des Hydroxychloroquins wird u. a. über die Bindung von 4-Aminochinolinen an Porphyrin erklärt, die zur Zerstörung bzw. Hemmung von asexuellen Formen (Schizonten) nicht resistenter Plasmodien in den Erythrozyten führt sowie die Entwicklung von Geschlechtsformen (Gametozyten) bei Plasmodium ovale, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae und unreifer Formen von Plasmodium falciparum stört.

Hydroxychloroquin kann bei Langzeitbehandlung den Krankheitsverlauf der rheumatoiden Arthritis bis zu einer Remission modifizieren. Hydroxychloroquin zeigt in den meisten tierexperimentellen Entzündungsmodellen keine Wirkung.

Die antirheumatische Wirkung könnte über eine immunsuppressive Wirkung, z. B. durch Hemmung von Komplement- und Antigen-Antikörper-Reaktion, zu Stande kommen.

Außerdem ist die Wirkung beim systemischen Lupus erythematodes belegt.

**13.2 Toxikologische Eigenschaften**

Zur chronischen Toxizität liegen keine regulären Studien vor. Hohe Dosen von Hydroxychloroquin haben sich als teratogen erwiesen. Zur Kanzerogenität liegt kein Erkenntnismaterial vor. Eine mutagene Potenz konnte nicht ausgeschlossen werden. Hydroxychloroquin passiert die Plazentaschranke und kann zu Organschäden beim Fötus führen.

Hydroxychloroquin geht in die Muttermilch über. Die Konzentrationen in der Muttermilch liegen nur wenig unterhalb deren im mütterlichen Plasma.

**13.3 Pharmakokinetik**

Nach oraler Gabe wird Hydroxychloroquin rasch und nahezu vollständig resorbiert und verteilt sich in unterschiedlichen Konzentrationen in den Geweben. Die maximalen Blutspiegel werden nach 4 Stunden erreicht. Das Verteilungsvolumen ist groß. Im Vollblut ist der größte Teil des Hydroxychloroquins an die zellulären Elemente gebunden. Der im Plasma gefundene Anteil ist zu etwa 50 % an Plasmaproteine gebunden. Hydroxychloroquin akkumuliert in Blutzellen und anderen Organen. In Herz, Lunge, Nieren und Leber wird mehr als das 10fache, in parenchymatösen Zellen das 100- bis 500fache, in pigmentierten Zellen bis zum 1000fachen der Plasmakonzentration gefunden.

Die Ausscheidung aus den tiefen Kompartimenten erfolgt nur langsam. Die Halbwertszeit, berechnet unter Zugrundelegung eines Multikompartimentsystems, beträgt 30 bis 60 Tage.

Hydroxychloroquin wird im Wesentlichen zu zwei aktiven Metaboliten abgebaut. Hauptmetabolit ist das Desethylhydroxychloroquin.

Für die Malariaphylaxe sind Plasmaspiegel oberhalb von 9,6 µg/l (30 nmol/l), d. h. etwa 12,8 bis 32 µg/l erforderlich. Für die Malariatherapie werden Plasmaspiegel von 96 bis 192 µg/l benötigt.

Die Ausscheidung erfolgt zum größten Teil über den Stuhl und nur zum kleineren Teil über die Nieren. Das mit dem Urin ausgeschiedene Material besteht zu etwa 60 % aus dem unveränderten Wirkstoff.

**14. Sonstige Hinweise**

Im Hinblick auf die möglichen unerwünschten Wirkungen am Auge sollten grundsätzlich augenärztliche Kontrolluntersuchungen (einschließlich Ophthalmoskopie und Augenhintergrundkontrolle) vor Beginn einer längerfristigen Therapie und während dieser Therapie mindestens alle 3 Monate durchgeführt werden. Eine solche Untersuchung ist individuell angepasst bei solchen Patienten vorzunehmen, die eine Dosis von über 6,5 mg/kg Körpergewicht einnehmen, die niereninsuffizient sind, deren kumulative Dosis mehr als 200 g beträgt, bei älteren Patienten oder Patienten, deren Sehschärfe eingeschränkt ist. Bei ersten Anzeichen einer Retinopathie (Ausfall des Rotsehens) ist die Behandlung sofort abzubrechen.

Das Risiko von Retinopathien ist weitgehend dosisabhängig. Es ist als gering einzuschätzen bei Tagesdosen unterhalb von 6,5 mg/kg Körpergewicht. Bei Überschreitung der empfohlenen Tagesdosierung erhöht sich das Risiko von Netzhautschädigungen deutlich.

Vor Beginn einer Dauertherapie und in Abständen von 2 Monaten ist eine vollständige Kontrolle des Blutbildes durchzuführen.

Patienten mit Epilepsie müssen während der Quensyl-Therapie konsequent ärztlich überwacht werden.

Bei der Behandlung von Patienten mit eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion muss ggf. die Dosis angepasst werden.

Quensyl kann und sollte in bestimmten geographischen Bereichen bekannter Chloroquinresistenz mit anderen Malariamitteln kombiniert werden.

Bei der Langzeittherapie sollten die Patienten regelmäßig auf Funktion der Skelettmuskulatur und der Sehnenreflexe untersucht werden. Bei Schwächen sollte die Behandlung abgebrochen werden.

**Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit**

Siehe unter Punkt 5 „Gegenanzeigen“.

**Hinweis für Verkehrsteilnehmer**

Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auf Grund zentralnervöser Nebenwirkungen (Kopfschmer-

zen, Schläfrigkeit, Schwindel, Verwirrheitszustände, Sehstörungen) das Reaktionsvermögen und die Sehleistung so weit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt insbesondere bei Behandlungsbeginn sowie im Zusammenwirken mit Alkohol oder Beruhigungsmitteln.

**15. Dauer der Haltbarkeit**

Quensyl-Dragees sind 3 Jahre haltbar.

Das Präparat darf nach Ablauf des auf der Packung angegebenen Verfallsdatums nicht mehr angewendet werden.

**16. Besondere Lager- und Aufbewahrungshinweise**

Keine

**17. Darreichungsformen und Packungsgrößen**

OP mit  
30 Dragees 

N 2
-----

  
100 Dragees 

N 3
-----

**18. Stand der Information**

Juni 2002

**19. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers**

Sanofi-Synthelabo GmbH  
10898 Berlin  
Telefon: 0 30/25 75-20 00  
Telefax: 0 30/25 75-20 01

Zentrale Anforderung an:

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.

FachInfo-Service
------------------

Postfach 12 55  
88322 Aulendorf