

Gesundheit für jede und jeden?

Über die ehrenamtliche medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland

Sophie Pauligk

Herr H., 56 Jahre alt, hat Angst. Seit Stunden plagen ihn Kopfschmerzen von außergewöhnlich starker Heftigkeit. Sein Schädel dröhnt, ihm ist schwindelig und übel; er kann kaum einen klaren Gedanken fassen. In den folgenden Stunden verschlechtert sich Herrn H.s Zustand weiter. Er kann sich kaum noch bewegen, weil sein linkes Bein und sein linker Arm wie gelähmt sind. Auf die besorgten Fragen seiner Tochter antwortet er lallend und abgehackt; auf ihre Frage nach einem Arzt schüttelt er nur den Kopf. Als es dunkel wird, spricht sie ein Machtwort und greift zum Handy. »Sofort in die Notaufnahme fahren«, sagt die Stimme am anderen Ende. Hastig legt die Tochter auf und ruft einen Krankenwagen. »Warum sind Sie nicht früher gekommen?«, wird man sie später auf der Intensivstation fragen. »Bei einem Schlaganfall zählt jede Minute.«

Es ist leider keine Seltenheit, dass auf den Telefonen der MediNetze und MediBüros Anrufe wie der von Herrn H.s Tochter eingehen. Als Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung stehen die MediNetze Betroffenen telefonisch, per E-Mail und in persönlichen Sprechstunden zur Seite. Sie bemühen sich, den Patient/innen die benötigte medizinische Versorgung zu vermitteln – und finanzieren diese nötigenfalls aus Spenden. Die Gründe, aus denen sich Menschen an ein MediNetz wenden, sind dabei vielfältig und aus rechtlicher Sicht teils sehr komplex. Manche Patient/innen haben Beitragsschulden oder können sich die Beitragssätze ihrer privaten Krankenversicherung nicht mehr leisten – aber auch nicht in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln, weil dafür eine Altersgrenze von 55 Jahren gilt. Reisende aus Drittstaaten erleben nicht selten unangenehme Überraschungen, wenn sie ihre Auslandskrankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, weil die Policen allzu oft lückenhaft sind und beispielsweise keine Behandlung von Krankheiten bezahlen, die schon vor der Einreise bestanden haben.

Auch die Krankenversicherungs-Situation von EU-Bürger/innen, die sich dauerhaft oder vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist in vielen Fällen nur sehr unzureichend geklärt; etwa im Falle von Erwerbslosigkeit oder weil ihre Versicherung aus dem Heimatland von hiesigen Krankenhäusern und Praxen trotz vorhandener EHIC nicht anerkannt wird. In einigen Bundesländern gehören auch Asylsuchende zu den Patient/innen der MediNetze. Der Grund dafür sind Schwierigkeiten der Handhabung des Asylbewerberleistungsgesetzes, das in der Theorie alle medizinisch notwendigen Leistungen abdecken sollte (1), in der Praxis aber nicht von allen Sozialämtern wie von Gerichten vorgegeben ausgelegt wird.

Und dann ist da die Gruppe der Papierlosen: Menschen, die sich ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland aufhalten. In der Theorie gilt das Menschenrecht auf medizinische Versorgung, das im Grundgesetz verankert ist, auch für sie. Formaljuristisch gesehen haben sie einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach den Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes. Und in der Praxis? – Können Papierlose diese Gesundheitsleistungen de facto nicht in Anspruch nehmen: Die Beantragung erfordert einen Gang zum Sozialamt inklusive Hinterlegung der persönlichen Daten, die dort (laut geltendem § 87 Aufenthaltsgesetz) mit den Daten der Ausländerbehörde abgeglichen werden können und so unter Umständen unmittelbar zu einer Abschiebung führen – möglicherweise sogar, bevor die notwendige Behandlung überhaupt stattfinden konnte.

Die verzweifelte Versorgungslage der Papierlosen war es auch, die 1994 in Hamburg zur Gründung des ersten MediNetzes führte. Die Gründungsidee: Mit ehrenamtlichem Engagement aufzufangen, was von staatlicher Seite nicht gewährleistet wird. Konkret bedeutet das bis heute, dass versicherungslose Patient/innen von Ehrenamtlichen an Ehrenamtliche vermittelt werden. Die Patient/innen melden sich anonym bei den MediNetzler/innen. In einem Gespräch wird geklärt, wie ihr Versicherungsstatus ist und welche fachärztliche Richtung zur Behandlung benötigt wird. Zur Behandlung werden die Patient/innen idealerweise an Ärzt/innen vermittelt, die sich bereiterklären, MediNetz-Patient/innen kostenlos oder vergünstigt zu behandeln. Auch Hebammen und Geburtshelfer, Physiotherapeut/Innen, Psychotherapeut/innen, Krankenpfleger/innen und Apotheker/innen unterstützen die MediNetze. Spricht der oder die Patient/in nicht genügend Deutsch, um sich in ausreichendem Maße mit einer Ärzt/in verständigen zu können, organisieren die MediNetze eine Sprachmittler/in, die die Behandlung begleitet.

Zusätzlich versuchen die MediNetzler/innen in der Regel, gemeinsam mit der Patient/in die Perspektive für eine zukünftige Krankenversicherung zu klären. Besteht irgendeine Möglichkeit, wieder in eine Krankenversicherung einzutreten – oder einen Sozialkostenträger zu finden, der die Beiträge übernimmt? Um diese Fragen zu beantworten, braucht es allerdings in vielen Fällen sehr detailliertes juristisches Wissen. Verschiedenste Vorschriften aus dem Sozialrecht greifen hier ineinander und vermischen sich häufig mit arbeitsrechtlichen, familienrechtlichen und aufenthaltsrechtlichen Fragen. Viele Patient/innen, die sich ans MediNetz wenden, sind überfordert damit, die rechtlichen Regelungen zu verstehen, die auf sie zutreffen, die nötigen Anträge zu identifizieren und korrekt auszufüllen. Auch Mitarbeiter/innen von Krankenkassen oder Sozialberatungsstellen können ohne spezifische Weiterbildung häufig nicht ad hoc dazu beitragen, die Fälle zu klären. Tragik-komische Situationen entstehen, wenn Mitarbeiter/innen von Krankenhaus-Abrechnungsstellen oder Sozialämtern Hilfe beim lokalen MediNetz suchen.

Denn dann bittet Goliath um Beratung bei David: Die MediNetzler/innen sind in aller Regel Laien, die sich autodidaktisch Wissen zu den rechtlichen Grundlagen für ihr Ehrenamt aneignen, weil von staatlicher Seite keine entsprechenden Angebote zur Verfügung stehen. Interne Workshops für Neulinge und der Austausch auf den überregionalen Vernetzungstreffen der MediNetze helfen bei der Einarbeitung und Problemlösung. Mit etwas Glück gibt es Informationsmaterial oder Wissen aus vergangenen Fällen, die sich passgenau auf eine/n neue/n Patient/in anwenden lassen. Manchmal bringt auch eine Anfrage über den bundesweiten E-Mail-Verteiler aller MediNetze den entscheidenden Tipp zum Vorgehen. Doch oft sind die Ausnahmen auch hier eher die Regel – und für die MediNetzler/innen bedeutet das, sich mit Geduld und Spucke hinter Broschüren, Webseiten und Telefonhörer zu klemmen und sich so lange mit Krankenkassen, Ämtern, Jobcentern, Kliniken, Praxen und Antragsverfahren auseinanderzusetzen, bis für jede/n Patient/in eine individuelle Lösung gefunden ist. Da es in

den letzten Jahren sowohl im europäischen als auch im deutschen Krankenversicherungs- und Sozialrecht Verschärfungen gab (2) und aktuell, bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie, die Zahl derer steigt, die sich die Beiträge zur Krankenversicherung nicht mehr leisten können (3), steigt auch der Bedarf an professioneller Beratung zu Krankenversicherungsfragen immer weiter an.

Für die Betroffenen ist es daher sehr positiv, dass die Zahl deutschlandweiter MediNetze seit 1994 stetig gewachsen ist und im Februar 2021 ein Netzwerk von 40 Anlaufstellen umfasste. Die meisten MediNetze sind als gemeinnützige Vereine eingetragen. Sie bestehen aus kleinen Gruppen ehrenamtlich Engagierter. Studien- oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich ist nicht notwendig, um aktiv zu werden - auch die Begleitung der Patient/innen kann nach einer Einarbeitung von medizinischen Laien übernommen werden. In den meisten MediNetzen arbeiten jedoch auch viele Menschen mit, deren Ausbildungs- oder Berufsleben sich im medizinischen Bereich abspielt.

In ihrem politischen Engagement setzen die lokalen MediNetze teils auch recht unterschiedliche Themen und Schwerpunkte. Daneben gibt es jedoch ein übergeordnetes Ziel, das alle MediNetze vereint und das immer wieder in bundesweit koordinierten Demonstrationen, offenen Briefen und in der Kampagnenarbeit zum Ausdruck kommt: Dieses Ziel besteht in der Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen dafür, dass es keine MediNetz-Patient/innen mehr geben müsse und das aktuelle System der parallelen, ehrenamtlichen Versorgung ein Ende finde. Kurz: Das Ziel, sich selbst abzuschaffen.

Denn die Umstände der MediNetz-Arbeit sind – man kann es kaum anders ausdrücken – für alle Beteiligten prekär und kaum tragbar. Da wären zum einen die Rechnungen, die für stationäre oder umfangreiche ambulante Behandlungen schnell in fünf- oder sechstellige Höhen schießen. Aus verständlichen Gründen ist es ärztlichen Praxen und Krankenhäusern in der Regel nicht möglich, auf die Zahlung solcher Leistungen zu verzichten. Woher aber das Geld nehmen? Über die Vereins-Spendenkonten der MediNetze lassen sich zwar regelmäßig kleine Rechnungen, etwa für hausärztliche Behandlungen, bezahlen. Summen wie die, die in Dresden vor Kurzem für die wochenlange intensivmedizinische Betreuung eines Covid-19-Patienten fällig wurden, sind aus der Vereinskasse jedoch schlicht nicht tragbar.

Diese Tatsache steht in traurigem Gegensatz dazu, dass versicherungslose Patient/innen leider deutlich häufiger in teurem, weil Notfallmedizinischem Prozedere betreut werden müssen als regulär krankenversicherte Menschen. Denn wie Herr H. warten die meisten Menschen, die sich in ungeklärten aufenthaltsrechtlichen Situationen befinden, bis zur letzten Minute, ehe sie zu einer Ärzt/in gehen – getrieben von der Angst vor einer Abschiebung und der Angst, sich als Selbstzahler/in in einer Praxis oder einem Krankenhaus hoch zu verschulden. Auch MediNetz-Patient/innen, die sich regulär in Deutschland aufhalten oder deutsche Staatsbürger/innen sind, neigen dazu, sich deutlich zu spät eine Behandlung zu suchen – aus Angst vor Verschuldung, aus Scham, oft auch getrieben von schwierigen persönlichen Umständen wie Wohnungslosigkeit, drohender Insolvenz, Schwarzarbeit mit entsprechend fehlender Absicherung oder seelischen Erkrankungen. Die Konsequenz ist fast immer, dass sich die Symptome vor der Behandlung bereits so stark verschlimmert haben, dass die Behandlung umfangreicher und teurer wird als nötig. In besonders drastischen Fällen geschehen menschliche Tragödien, die mit einfachen medizinischen Mitteln hätten verhindert werden können. Herr H. wusste beispielsweise seit Jahren, dass er an Bluthochdruck litt; dieser war jedoch nie medikamentös eingestellt worden. Bluthochdruck ist ein gut untersuchter, hinlänglich bekannter Risikofaktor für Schlaganfälle. Aus medizinischer Sicht ist plausibel, dass Herrn H.s Schlaganfall mit einer rechtzeitigen Behandlung nicht eingetreten wäre. Doch

Herr H. nahm keine Medikamente, und er erlitt kurze Zeit nach dem Eintreffen im Krankenhaus in Folge des Schlaganfalles einen Kreislaufstillstand. Er verstarb nach 11 Tagen Behandlung auf der Intensivstation.

Vor dem Hintergrund, dass Blutdruckmedikamente eine kostengünstige, hausärztliche Standard-Verschreibung darstellen, sind Geschichten dieser Art nur als humanitäres Desaster zu sehen. Und es mag zynisch erscheinen, dass es sich auch aus finanzieller beziehungsweise volkswirtschaftlicher und staatlicher Sicht nicht ‚auszahlt‘, Unversicherte nicht in die Regelversorgung zu integrieren. Denn die Behandlung von Notfällen und chronifizierten Symptomen ist grundsätzlich teurer als deren rechtzeitige Behandlung; dies zeigen auch wissenschaftliche Studien (4).

So wurde beispielsweise anhand einer breiten Datenbasis aus drei EU-Ländern (Deutschland, Schweden und Griechenland) mittels einer ökonomischen Simulation betrachtet, wie sich die Behandlungskosten von Bluthochdruck-Patienten/innen im Vergleich zwischen regulärer Versorgung und ausschließlicher Notfallbehandlung entwickeln. Dafür wurden Daten von krankenversicherten mit denen papierloser Patient/innen verglichen. Die Simulation zeigte deutlich, dass es langfristig kostengünstiger ist, auch papierlose Patient/innen vollumfänglich zu behandeln (Beispiel Bluthochdruck: 8-9% Kostenersparnis bereits im ersten Jahr, bis zu 16% auf Lebenszeit der Patient/in) (5).

Zudem schätzen die Forscher/innen, dass in Deutschland je 1.000 Papierlosen über die gesamte Lebensspanne etwa 300 Schlaganfälle und etwa 200 Herzinfarkte verhindert werden könnten, wenn statt reiner Notfallversorgung eine Behandlung im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden würde. Die Kostenersparnis schätzt das Simulationsmodell übrigens sehr konservativ, denn es werden nur direkte Kosten (Mehrkosten im Gesundheitssystem) berücksichtigt – nicht aber indirekte Kosten, die etwa durch Verlust von Arbeitskraft entstehen.

Indirekte Wirkmechanismen zu betrachten, ist allerdings sehr wichtig, wenn man ein vollständiges Bild davon zeichnen möchte, wie sich das Fehlen von Krankenversicherungen auf Lebensumstände und Gesellschaft auswirkt – und umgekehrt. Denn während es oft schwierige finanzielle, seelische oder aufenthaltsrechtliche Umstände sind, die dazu beitragen, dass Menschen aus der Krankenversicherung fallen, tragen unbehandelte Erkrankungen umgekehrt dazu bei, dass sich Patient/innen nicht aus prekären Wohn-, Arbeits- und Lebenssituationen befreien können – ein Teufelskreis, der nebenbei zu einer steigenden Belastung der Sozialsysteme führt. Im schlimmsten Fall überträgt sich diese Verquickung aus schwierigen Lebensumständen und medizinischer Unterversorgung sogar auf die nächste Generation der Patient/innen.

Viele MediNetze vermitteln für papierlose Schwangere Anonyme Geburten, um zu verhindern, dass Mutter und Neugeborenes während einer unbegleiteten Hausgeburt zu Schaden kommen. In Leipzig nahmen dieses Angebot zuletzt etwa 30 Frauen pro Jahr an. Papierlosen Eltern ist es zudem nicht möglich, eine Geburtsurkunde für ihr Kind zu beantragen, ohne die Ausweisung der Familie zu riskieren. Und so bedeutet das auch, dass in Leipzig in jedem Jahr eine zweistellige Zahl von Kindern zur Welt kommt, deren Chance auf Bildung und gesellschaftliche Teilhabe stark eingeschränkt ist, obgleich es in den letzten Jahren zunehmend Bemühungen gibt, papierlosen Kindern zumindest einen Schulbesuch zu ermöglichen (6). Es ist MediNetzen möglich, papierlose Kinder mit U-Untersuchungen und Impfungen zu versorgen. Allein – so löst sich kaum das Problem, dass die Kinder auf allen anderen Ebenen gesellschaftlicher Teilhabe in dieselbe gesellschaftliche Randposition gedrängt werden wie ihre Eltern.

Sisyphusarbeit, Tropfen auf den heißen Stein, Kampf gegen Windmühlen: Es kann nicht so weiter gehen, und es darf auch nicht so weitergehen. In permanenter finanzieller und fachlicher Überforderung ist bei MediNetzen verschiedenster Bundesländer der Drang stärker geworden, nachhaltigere Abhilfe für die Nöte ihrer unversicherten Patient/innen zu schaffen. Denn selbst der überregionale MediFonds, mit dem sich die MediNetze bei besonders teuren Behandlungen gegenseitig finanzielle Hilfe leisten, kann jederzeit durch einen einzelnen Hochkostenfall erschöpft sein. Zudem steigen die Patient/innen-Zahlen mittlerweile in vielen Städten in Bereiche, die durch Ehrenämter/innen schlicht nicht zu bedienen sind. Es ist gut, dass die Bekanntheit der MediNetze in den letzten Jahren gestiegen ist. Doch die Anzahl der Anrufe und benötigten Behandlungen sprengt an vielen Orten schlicht und ergreifend die Grenzen dessen, was an Feierabenden und Wochenenden, neben dem Studium oder Beruf und sozialen Verpflichtungen geleistet werden kann.

Was wünschen sich die MediNetze für ihre Patient/innen – wofür setzen sie sich politisch ein? Eine Abschaffung der Informations-Übermittlungspflicht von den Sozialämtern an die Ausländerbehörden (§ 87 AufenthG) ist notwendig, um es Papierlosen zu ermöglichen, über staatliche Stellen ihr Menschenrecht auf medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Die Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten für Asylbewerber/innen ab dem ersten Monat ihres Aufenthaltes, wie sie bereits in einigen Bundesländern praktiziert wird, verringert die Probleme in der Versorgung dieser Personengruppe deutlich und führt zudem zu einer erheblichen Kostensparnis in den Budgets der zuständigen Sozialämter (7). Die Einführung einer Bürgerversicherung könnte die häufigen Probleme mit dem Wechsel zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungs-Tarifen lösen. Darüber hinaus müssten verschiedene Stellschrauben in der deutschen und europäischen Arbeits- und Sozialgesetzgebung bewegt werden, um zu erreichen, dass sowohl deutsche Staatsbürger/innen als auch EU-Bürger/Innen mit grenzüberschreitender Mobilität seltener von Versicherungslosigkeit betroffen sind.

Es scheint in weiter politischer Ferne zu liegen, all diese Vorhaben in die Tat umzusetzen und die relevanten Gesetze so zu justieren, dass tatsächlich keine Patient/innen mehr durch das medizinisch-soziale Sicherungsnetz fallen. Die MediNetze vieler Bundesländer streben daher mittlerweile die Einführung eines anderen Instrumentes an. Ein Anonymer Behandlungsschein (ABS) kann alle Patient/innen auffangen, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht über eine reguläre Krankenversicherung versorgt sind. Er setzt dabei mit staatlicher Finanzierung um, was die MediNetzer/innen bis dato ehrenamtlich stemmen: Versicherungslose Patient/innen anonym, unabhängig und kostenlos in eine Behandlung bei einer Ärzt/in ihrer Wahl zu vermitteln. Ergänzt wird das Angebot durch die Einrichtung von Clearingstellen: Beratungsstellen, die auf Menschen ohne Krankenversicherung spezialisiert sind und dabei begleiten können, in ein reguläres Versicherungsverhältnis zurückzufinden. Die Umsetzung eines anonymen, niedrigschwelligen Zugangs ist dabei äußerst wichtig, da die aktuelle Praxis der MediNetze ganz klar zeigt, dass sich die Betroffenen ohne eine Garantie der Vertraulichkeit von Vorneherein nicht an die Anlaufstellen wenden – ein Phänomen, dass die MediNetze relativ unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Betroffenen beobachten.

Hoffnung verheißt, dass bereits in einigen Bundesländern und Städten Anonyme Behandlungsscheine inklusive Clearingstellen eingerichtet werden konnten. Auf die Einführung des ersten ‚ABS‘ 2016 in Niedersachsen folgten Gründungen in Thüringen, Berlin, Rheinland-Pfalz, Leipzig, München und Frankfurt/Main. In vielen dieser Projekte waren die lokalen MediNetze tatkräftig an vorbereitender und gestaltender Arbeit beteiligt oder sind zu Trägern des ABS geworden. Aktuell ist unter anderem bei den MediNetzen in Hessen, Sachsen-Anhalt und Sachsen die Konzept- und Öffentlichkeits-Arbeit für die Einrichtung dortiger Anonymer Behandlungsscheine

und Clearingstellen in vollem Gange. Zu wünschen wäre, dass Anonyme Behandlungsscheine in den nächsten Jahren in allen Bundesländern oder sogar per Beschluss auf Bundesebene eingerichtet werden. So könnte verwirklicht werden, was laut Grundgesetz, UN-Menschenrechtscharta und Genfer Ärztegelöbnis eine Selbstverständlichkeit sein sollte: Dass alle Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Staatsangehörigkeit, sozialer Stellung und Glauben gesundheitlich versorgt werden. Und bei Risiken und Nebenwirkungen – jeder und jede ganz selbstverständlich zum Arzt oder Apotheker gehen kann.

Anmerkungen

- (1) BVerfG - Bundesverfassungsgericht (2012). Regelungen zu den Grundleistungen in Form der Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 56/2012 vom 18. Juli 2012. Abzurufen unter: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2012/bvg12-056.html> [Download am 21.01.2021]
- (2) Ärzte der Welt (2019). Gesundheitsreport 2019. Zurückgelassen – wen unser Gesundheitssystem ausschließt. Abzurufen unter: <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2019/12/11/gesundheitsreport-2019> [Download am 21.01.2021]
- (3) Siemens-Betriebskrankenkasse (2020). Pressemitteilung vom 10.06.2020. Abzurufen unter: <https://www.krankenkassen-direkt.de/news/mitteilung/SBK-Corona-Krise-Stundungen-und-Beitragsrueckstaende-im-Abwaertstrend-2595568.html> [Download am 15.03.2021]
- (4) Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015). Effects of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1993-2013. Abzurufen unter: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483> [Download am 21.01.2021]
- (5) European Agency for Fundamental Rights (2015). Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Abzurufen unter: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation> [Download am 28.12.2020]
- (6) Funck, B.J., Karakaşoğlu, Y., Vogel, D. (2015): »Es darf nicht an Papieren scheitern«. Theorie und Praxis der Einschulung von papierlosen Kindern in Grundschulen. Abzurufen unter: https://www.gew.de/fileadmin/media/publikationen/hv/Bildung_und_Politik/Migration/NichtAnPapierenScheitern_2015_Broschuere_web.pdf [Download am 21.01.2021]
- (7) Burmester, F. (2015). Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. Public Health Forum. Band 23, Heft 2. 106–108.

Autorin

Sophie Pauligk ist seit vielen Jahren ehrenamtlich in den MediNetzen Leipzig und Dresden aktiv. Wenn Sie mehr über unsere Arbeit erfahren oder MediNetze unterstützen wollen, finden Sie unter <https://medibueros.org/> eine Übersicht über die 40 lokalen Initiativen sowie deren Kontaktinformationen.

Kontakt:

Sophie Pauligk

Medinetz Dresden e.V.

Internet: www.medinetz-dresden.org

Redaktion

Stiftung Mitarbeit

Redaktion eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft

Eva-Maria Antz, Ulrich Rüttgers

Ellerstr. 67

53119 Bonn

E-Mail: newsletter@wegweiser-buergergesellschaft.de