

Stellungnahme des Bündnisses „Stoppt die e-Card“ zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Gesetzentwurf vom 22.06.2015 (BT Drs. 18/5293)

Im Bündnis „Stoppt die e-Card“ sind zahlreiche Organisationen aus der Zivilgesellschaft aktiv, die die bisherigen Arbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK oder e-Card) und der Telematikinfrastruktur seit 2007 kritisch begleiten, um eine Transformation des Gesundheitswesens zu stoppen, die nicht im Interesse der Patienten, nicht im Interesse der Ärzte ist und letztlich auch nicht im Interesse der Kostenträger sein kann.

Zu den beteiligten Organisationen zählen u. a. der Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung, der Chaos Computer Club, die Ärztenossenschaft Nord-West eG, der Bundesverband der Ärztenossenschaften, die Deutsche AIDS-Hilfe, Digitalcourage, Freie Ärzteschaft e. V., der Hausärzterverband Hamburg, IPPNW – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung e. V., NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Selbsthilfegruppe „Fibromyalgie-Syndrom“ Hamburg-Harburg, Thure von Uexküll-Akademie für integrierte Medizin und 40 weitere Verbände und Organisationen.

Das Bündnis „Stoppt die e-Card“ fordert vom Deutschen Bundestag, dem Gesetzentwurf nicht zuzustimmen, sondern ein Moratorium für das Projekt zur Einführung einer bundesweiten Telematikinfrastruktur (TI) mit zentralisierter Totalvernetzung des Gesundheitswesens durchzuführen und umgehend eine neue Kosten-Nutzen-Analyse in Auftrag zu geben.

Mehr als zehn Jahre nachdem der Gesetzgeber die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beschlossen hat, sind weder der gesetzlich fixierte Einführungstermin 01.01.2006 noch alle anderen genannten zahlreichen Termine zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Funktionen realisiert worden. Die Gesamtkosten des Mammutprojektes gehen inzwischen in die Milliarden Euro, ohne dass bisher ein Nutzen erreicht werden konnte. Ein Gesetz voller Drohungen und Sanktionen soll es jetzt richten. Staatlicher Zwang soll eine praxisferne und überwachungsorientierte Top-down-Planung ersetzen, Sanktionen statt Überzeugung. Die elektronische Gesundheitskarte soll laut Gesetz der „Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung“ dienen (§291 a Abs.1 SGBV). Nichts davon ist bisher zehn Jahre nach der geplanten Einführung verwirklicht worden, und bei der bisherigen Planung werden auch in Zukunft diese Ziele nicht erreicht werden können.

Unsere Kritik am vorgelegten Gesetzentwurf im Einzelnen:

Verbesserung der Wirtschaftlichkeit?

Schon in der einzigen existierenden Kosten-Nutzen-Analyse zum Projekt, der KNA der Firma Booz Allen Hamilton, erstellt für die Gematik im Jahr 2006, wurde bezweifelt, dass tatsächlich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis bei diesem Mammutprojekt resultieren würde. Jetzt, zehn Jahre später, stehen auf der Kostenuhr der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mehr als 1,3 Milliarden Euro

bisherige Ausgaben. Die tatsächlichen Kosten des Projekts sind um ein Vielfaches höher, wenn man bedenkt, welche Ausgaben die gegründeten Telematik-Abteilungen in Bundes- und Landesbehörden, in jeder gesetzlichen Krankenkasse, in den beteiligten Körperschaften und Kammern, bei den Industrieunternehmen und nicht zuletzt in der Einführungsorganisation Gematik hervorgerufen haben. Hier hat sich zehn Jahre lang eine gigantische Verschwendung von Steuer- und Versicherungsgeldern abgespielt, die von niemandem ehrlich beziffert wird.

Bis 2017 müssen alle jetzt ausgegebenen 60 Millionen elektronischen Versichertenkarten ausgetauscht werden, da die erste Generation Karten nicht mehr sicher ist. Kostenpunkt für die GKV: ca. 350 Millionen Euro. Entgegen aller früheren Versprechungen müssen 2016 alle stationären Kartenlesegeräte in den Arztpraxen ausgetauscht werden. Kostenpunkt: mindestens 100 Millionen Euro plus Einrichtungskosten. Wenn 2016 alle Arzt- und Zahnarztpraxen gezwungen werden, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, um dort die administrative Tätigkeit „Versichertenstammdatenmanagement“ (VSDM) für die Krankenkassen zu erledigen, fallen erneut 1000 Euro für jeden Gematik-Konnektor plus weitere Betriebs-, Wartungs-, Einrichtungs- und laufende Personalkosten in den Praxen an. All das soll jetzt per Gesetz „forciert“ werden. Patienten und Ärzte fragen sich schon seit vielen Jahren: Wofür wird hier eigentlich unser Geld ausgegeben?

Arztpraxen als Kontroll- und Außenstellen der Krankenkassen? Tests gewährleisten Funktionalität?

Ab 01.07.2016 soll die Anwendung VSDM funktionieren. Anderenfalls drohen den Körperschaften in der Gematik finanzielle Sanktionen. Ob diese Anwendung überhaupt funktioniert, steht aber noch gar nicht fest. Denn die lange geplanten und ausgeschriebenen sechsmonatigen Tests in 1000 Arztpraxen und Kliniken haben wider Erwarten noch lange nicht begonnen, da die Industrie die nötigen technischen Komponenten nicht liefern konnte. Im Anschluss an die Tests war eine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben. Nun beginnen die Tests frühestens im zweiten Quartal 2016. Durch den im Gesetzentwurf geplanten Zeitdruck kann eine Verfahrensbeschleunigung insgesamt nur dadurch erreicht werden, dass der Testumfang oder die technischen Anforderungen hinsichtlich Datensicherheit oder Funktionalität abgesenkt werden. Das alles widerspricht den gleichzeitigen Behauptungen höchster Sicherheitsgewährleistung für das Projekt aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Alle Arztpraxen müssen sich zwangsweise an die sogenannte Telematikinfrastruktur (TI) anschließen. Diese wurde schon 2014 von der Firma ARVATO (Bertelsmannkonzern) aufgebaut. Der Anschluss aller Praxen an diese zentralisierte Infrastruktur wird bundesweit von allen ärztlichen und zahnärztlichen Gremien seit Jahren per Beschluss abgelehnt. Alle Deutschen Ärztetage, die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung sind einhellig der Meinung, dass es die Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist, die Stammdaten ihrer Versicherten zu aktualisieren. Der ständige Online-Anschluss der Praxisverwaltungssysteme mit allen sensiblen Krankheitsdaten der betreuten Patienten an diese zentrale Infrastruktur stellt ein Sicherheitsproblem für die Praxisdaten dar. Wegen der nicht vorhandenen sicheren digitalen Identität bei ungeprüften Kartenfotos wird ein VSDM auf Grundlage dieser ungeprüften „Identitätsnachweise“ von unabhängigen Datenschützern als nicht möglich

angesehen. Unser Bündnis fordert hier eine Gesetzesänderung des §291 SGBV und einen Verzicht auf die Verpflichtung zum VSDM in den Arztpraxen.

Lebensrettung durch den Notfalldatensatz auf der e-Card?

Eine bereits durchgeplante Anwendung auf der eGK ist der Notfalldatensatz. Sofern der Patient das wünscht, sollen seine Notfalldaten ab Mitte 2018 auf der eGK gespeichert werden. Seit zehn Jahren sind sie das wichtigste Werbeargument für eine Totalvernetzung mit der Begründung: Die Blutgruppe sei dort gespeichert und der Notarzt könne sofort sehen, welche Medikamente ein Patient einnehme. Kurzum: Die Notfalldaten retteten Leben, weiß zumindest das Bundesgesundheitsministerium.

Die Notärzte allerdings wissen das nicht so genau. Viele notfallmedizinische Fachgesellschaften, Verbände und Arbeitsgemeinschaften haben sich noch gar keine Meinung zum Notfalldatensatz gebildet. Fakt ist aber: Notfalldaten müssen schnell, zuverlässig und sicher zur Verfügung stehen. Es ist mehr als fraglich, ob die eGK das leisten kann. Denn die Daten sind ohne Lesegerät und Datenverbindung nicht lesbar, ihre Durchsicht kostet Zeit, sie sind möglicherweise nicht vollständig oder aktuell und die Blutgruppe wird im Fall einer Transfusion in der Klinik sowieso neu bestimmt. Auch in der Vereinigung der Notfallärzte gibt es die berechtigte Befürchtung, dass vor allem die Medikamentendaten, die ja in mehreren „Anwendungen“ parallel gespeichert werden sollen (Medikationsplan, Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung AMTS und Notfalldatensatz), sich eventuell unterscheiden und man sich dann auf nichts verlassen kann. Dieses Problem entsteht, weil die ständige Aktualisierung der Daten zum Beispiel bei Änderungen der Medikation in drei verschiedenen Anwendungen des e-Card-Projekts äußerst aufwändig sein wird. Falsche Daten können großen Schaden anrichten.

Kleine elektronische Patientenakte

Bei dem Notfalldatensatz handelt es sich inzwischen dem Gesetzentwurf zufolge gar nicht mehr um einen echten Notfalldatensatz. Vielmehr handelt es sich um eine kleine elektronische Patientenakte, in die etwa manche Krankenkassen, Klinikkonzerne oder künftige Arbeitgeber gern einmal einen Blick werfen würden. Das „Lastenheft“ für das Notfalldatenmanagement listet auf 123 Seiten auf, welche Daten zu speichern sind: beispielsweise alle Diagnosen und wer diese wann gestellt hat, alle Medikamenteneinnahmen, Allergien, Implantate, Schwangerschaften mit voraussichtlichem Entbindungstermin und Komplikationen, Patientenbetreuer mit persönlichen Daten, bestehende Weglaufgefährdung, Patientenverfügung und Organspendeerklärung mit Ablageort. In den bundesweit großangelegten Tests zum e-Card-Projekt 2007 und 2008 waren die Erfahrungen zum Notfalldatensatz niederschmetternd. Etwa 20 bis 30 Minuten ärztlicher Sprechstundentätigkeit für die Erstellung eines elektronischen Notfalldatensatzes auf der Karte führten zu einem völligen Fiasko.

Was wird aus der PIN-Erfordernis?

War der Notfalldatensatz einst dafür gedacht, die Behandlung eines Patienten durch verschiedene Ärzte zu unterstützen, so steht inzwischen ein ganz anderes Ziel im Fokus. Mehr als ein Dutzend

weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sollen auf die kleine elektronische Patientenakte zugreifen können. Deshalb müsste der Notfalldatensatz wiederum durch eine sechs- bis achtstellige Patienten-PIN geschützt werden. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird allerdings von diesem Sicherheitsanspruch vollkommen abgewichen. Auf das PIN-Erfordernis wird einfach verzichtet, der Patient soll beim Arzt angeben, dass er keine PIN benötigt. Damit hat sich die behauptete Sicherheit für diese aufschlussreiche kleine e-Akte schon erledigt.

Alternative: Der europäische Notfallausweis

Die bessere Alternative zum digitalen Notfalldatensatz auf der eGK ist der Europäische Notfall-Ausweis (ENA, ein EU-Projekt seit 1987) in neun Sprachen – vor allem für Reisefreudige, denn die eGK ist im Ausland nicht lesbar. Der kleine Papierausweis kostet nur wenige Cent und bleibt in der Hand des Versicherten. Die geplante e-Card-Anwendung ist eine deutsche Insellösung. Gerade dort, wo Patienten ihre Notfalldaten benötigen würden, im Ausland und auf generell auf Reisen, ist die ganze milliardenschwere elektronische Lösung nicht zu gebrauchen. Die praxisferne Planung des elektronischen Notfalldatensatzes mit seiner zeitaufwändigen Erstellung und ständigen Aktualisierungsnotwendigkeit im Falle einer kleinen Tablettenänderung gerade bei chronisch Kranken wird dazu führen, dass sich diese Anwendung schon aus Praktikabilitätsgründen nicht durchsetzen wird. Die Teilnehmer unseres Bündnisses sind schon seit 2007 der Meinung, dass sensible medizinische Daten grundsätzlich von einer administrativen Karte getrennt werden müssen, die man überall vorzeigen muss.

Medikationsplan ist bereits Standard

Als große Errungenschaft präsentiert uns der Gesetzentwurf zunächst einen papierbasierten Medikationsplan auf freiwilliger Basis. Dazu braucht man keine „Datenautobahn“ und kein Gesetz. Ein Medikationsplan ist für die meisten Hausärzte und auch viele Fachärzte gelebte Wirklichkeit. Später soll es dann einen elektronischen Medikationsplan geben, den übrigens nicht nur jeder Facharzt, sondern auch jede andere „Institution im Gesundheitswesen“ ändern darf, z. B. der Apotheker. Der Arzt wäre aber verpflichtet, Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, zu dokumentieren. Wie würde das denn ganz praktisch aussehen? Der Versicherte kauft in einer Apotheke ein freiverkäufliches Arzneimittel und geht dann zum Arzt, um es dort eintragen zu lassen. Und was passiert nach Ende der Einnahme?

Zu befürchten ist, dass sich dann etwa die Angaben auf dem bekannten roten Marcumar-Ausweis, im Medikationsplan auf der Chipkarte, im Notfalldatensatz und in der weiterhin geplanten Anwendung Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) voneinander unterscheiden. Welcher papierbasierte Medikationsplan ist gültig? Alle? Nur einer, aber welcher? Welche juristischen Folgen diese Datenhaltungen in unterschiedlichsten Medien und Anwendungen für die Leistungsträger in der Medizin haben werden, ist ungeklärt. Wer haftet wofür? Auch noch so viele Speicherplätze ändern nichts an dem Problem mangelnder Compliance bei vielen Patienten. Compliance nimmt in dem Maße ab, in dem Vertrauen durch zu wenig Zeit für ein Arzt-Patienten-Gespräch in Praxis und Klinik schwindet. Und umgekehrt. Keine Offline- oder Online-Speicherung im e-Card-Projekt kann die Notwendigkeit einer gründlichen Anamneseerhebung bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt ersetzen.

Zeit ist das Zauberwort, Zeit für Fragen und Aufklärung, einen vertrauensvollen Kontakt zwischen den Beteiligten. Patientendaten in der Hand des Patienten und beim Arzt des Vertrauens – das ist die Lösung. Die Lösungen dieses Gesetzentwurfss gehen eher in eine andere Richtung.

Die e-Card-Daten wecken Begehrlichkeiten

Das eGK-Projekt soll die medizinische Versorgung verbessern, so steht es im SGBV und im Gesetzentwurf. Andere Meinungen: Medizindaten sollen zu einem lukrativen Geschäftsfeld werden und die Wirtschaft ankurbeln. Sie werden jetzt schon als „Gold unseres Jahrhunderts“ bezeichnet. Die Gesundheitswirtschaft etwa könnte mit individuellen Patientendaten gezielt Therapien „verkaufen“. Im April 2015 forderte BIO Deutschland, der Verband deutscher Biotechnologie-Unternehmen, die auf der eGK gespeicherten Patientendaten nutzen zu können. Die Unternehmen bräuchten eine möglichst breite Datenbasis, um den Forschungsstandort Deutschland zu stärken.

Kassen bestimmen Therapie?

Auch die gesetzlichen Krankenkassen wollen die Patientendaten auf der Karte nutzen. So locken die ersten Kassen ihre Versicherten bereits mit Bonuszahlungen für Datenspeicherungen. Ziel ist dabei wohl weniger die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Versicherten, womit das Bundesgesundheitsministerium immer wieder die Notwendigkeit der eGK begründet. Vielmehr geht es um Rationierung der Medizin und kassengesteuerte Versorgung im Sinne von „managed care“. Zentral gespeicherte und überwachte Patientendaten möglichst der gesamten Bevölkerung sollen helfen, derlei Pläne zu realisieren. Im Juni 2015 ließ ein Spitzenvertreter gesetzlicher Krankenkassen einem Bericht des Ärztenachrichtendienstes änd zufolge in einer Pressekonferenz in Berlin seinen Vorstellungen zur künftigen Arzneimitteltherapie freien Lauf: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen könnte mithilfe von auf der eGK gespeicherten genetischen Patientendaten entscheiden, welcher Patient ein bestimmtes Medikament bekommen soll und welcher nicht. Es geht dabei um teure Medikamente für die Behandlung schwerer Erkrankungen wie Hepatitis C und Krebserkrankungen. Die Therapie bestimmen also die Kassen – das ist ein Angriff auf die Therapiefreiheit im Sinne des individuellen Patienten. In der Umsetzung hieße das: Bestimmte Medikamente werden nur noch jenen Patientengruppen erstattet, bei denen ein Zusatznutzen feststellbar ist – bisher werden Medikamente, bei denen für mindestens eine Patienten-Subgruppe im Amnog-Verfahren ein Zusatznutzen festgestellt wurde, generell allen Patienten erstattet. Ob jemand zu einer Subgruppe gehört oder nicht, entscheiden dann Faktoren wie Alter oder Geschlecht – oder eben der Genotyp. Und offenbar der Medizinische Dienst der Krankenkassen - eine Vorstellung, die vor allem die Patientenvertreter im Bündnis „Stoppt die e-Card“ äußerst beunruhigend finden.

Telemedizin als Lösung für demografische Probleme?

Das vorliegende E-Health-Gesetz soll „telemedizinische Leistungen“ fördern. Konkretisiert wird das am Beispiel der Teleradiologie. Die Wünsche des BMG gehen aber viel weiter. Man befürchtet in den nächsten Jahren ein demografisches Problem bei den Patienten und, noch wichtiger, bei den Ärzten. Dieses sei mit Telemedizin zu bewältigen. Ist es das?

Telemedizin ist keine Medizin, sondern eine Technik der Datenübertragung über große Entfernungen. Sinnvoll angewandt wird sie etwa im Outback von Australien, in Nordnorwegen und für die medizinische Versorgung der Antarktismitarbeiter. Und in Deutschland sicher auch in Teilbereichen der Medizin: Teleradiologie, Telepathologie, vielleicht auch im Notfalldienst. Die größten Ausgabeposten für die medizinische Versorgung werden verursacht durch die großen Volkskrankheiten Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Asthma und Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Die hierzulande schon vor Jahren durchgeführten Studien mit Anschubfinanzierungen der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der integrierten Versorgung (IV) wurden in vielen Fällen nach Auslaufen der IV-Anschubfinanzierung wieder eingestellt. Oft stellte man fest: Das Aushändigen einer elektronischen Waage mit Onlineverbindung zum Studienzentrum an einen Patienten mit Herzinsuffizienz hatte keinen wirklichen Mehrwert dazu erbracht, dass der Patient sich auf einer normalen Waage wog und selbst, ein Angehöriger oder ein Pflegedienst bei Gewichtszunahme den Hausarzt anrief. Heute werden viele teure Telemedizinstudien nur durchgeführt, wenn Forschungsgelder aus deutschen oder EU-Töpfen zur Verfügung stehen. Ob die Praxistauglichkeit dieser Studien einer ehrlichen Kosten-Nutzen-Analyse im „Normalbetrieb“ Stand hält, muss erst noch abgewartet werden. Und was die wohnortnahe Versorgung mit Haus- und Fachärzten im ganzen Bundesgebiet betrifft, sollte man vielleicht auch fragen, ob die Steuerung der Milliarden eher in Richtung teurer Technik oder doch eher in Richtung der Medizin (und Pflege) durch Menschen sinnvoll ist.

„Empowerment der Versicherten“

Stärkt das vorgelegte E-Health-Gesetz die Versicherten? Stärkt es die Eigenbestimmung, fördert es die Transparenz für Patienten und das Gespräch auf „Augenhöhe“ mit den Leistungsträgern in der Medizin, den Ärztinnen und Ärzten, den Pflegerinnen und Pflegern? Können sich die Versicherten mithilfe von E-Health besser wehren gegen Leistungskürzungen der Krankenkassen oder ihre Ansprüche gegenüber dem Versorgungsamt durchsetzen? Nichts davon ist zu erkennen.

Die Daten im Notfalldatensatz sind im Fachchinesisch gespeichert. Diese fremde Sprache verstehen nur die wenigsten. Die immer wieder in den Raum gestellten Patientenzugriffe von zuhause aus stehen in den Sternen, sie sind eine datenschutztechnisch nicht zu realisierende Option und das Patientenfach bleibt wohl eher eine Fata Morgana. Dezentrale Speichermedien in der Hand des Versicherten mit einem großen Datenspeicher sind niemals ernsthaft geprüft und verfolgt worden. Augenscheinlich ist „Empowerment“ der Versicherten dann doch nicht so wichtig. Die ganze Praxisferne und Abgehobenheit des eGK-Projekts zeigt sich augenblicklich darin, dass es inzwischen für jede einzelne Anwendung im Projekt eine andere Patienten-PIN geben soll. Deshalb wurde kürzlich veröffentlicht: „Mit 10 PIN-Nummern zum Arzt“. Das Projekt erinnert inzwischen manchmal eher an einen Schildbürgerstreich.

Realität heute und Optionen für die Zukunft

Die 54 Organisationen und Verbände im Bündnis „Stoppt die e-Card“ sind übrigens alle von den Vorteilen der modernen Technik in der Medizin überzeugt. Sie nutzen als Ärzte, Zahnärzte,

Apotheker, Informatiker oder Bürger täglich digitale Medien. Die Vorstellung, dass es in heutigen Praxen und Kliniken überall nur Pappdeckelordner, Karteikarten und Aktenschränke gibt, ist absurd. Die meisten Arztpraxen nutzen moderne elektronische Patientenakten in ihrem Praxisverwaltungssystem, investieren viel Geld und Arbeitszeit in Digitalisierung, moderne Datenhaltung und dadurch erleichterte Diagnosestellung und Therapieentscheidungen.

Die „Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfungen“ aller eingenommenen Medikamente sind in den meisten Praxisverwaltungssystemen elektronisch implementiert und werden täglich angewandt. Welche Medikamente der Patient als mündiger Bürger zusätzlich noch einnimmt, wird aktuell jeweils neu erfragt. Woran hapert es noch? Die heutigen Kommunikationswege werden in Zukunft eher sicher verschlüsselt über das Internet stattfinden. Aber nicht wie das Mammutprojekt eGK, sondern dezentral als sicher verschlüsselte E-Mail-Programme ohne zentralisierte Totalvernetzung mit all ihren impliziten Überwachungs-, Sicherheits- und Funktionsproblemen. Die sichere Verschlüsselungstechnik für jedermann wird gerade auf dem allgemeinen Kommunikationsmarkt rasant weiterentwickelt; kostengünstig, nicht zentralisiert, von Punkt zu Punkt. Und die Daten der Patienten gehören den Patienten, sie gehören in ihre Hand. Und die Patienten werden diese Daten nur demjenigen zur Verfügung stellen, dem sie Vertrauen schenken. In einer demokratischen Gesellschaft sollte niemand die Macht über eine zentralisierte Totalvernetzungsstruktur bekommen, in der die sensibelsten Daten der ganzen Bevölkerung gespeichert werden.

Für dieses aufgezwungene Mammutprojekt scheint es nur eine Lösung zu geben: die weiteren Anwendungen möglichst schnell beerdigen und künftig die Versichertengelder dort investieren, wo sie hingehören – in eine gute medizinische Versorgung.

Bündnis „Stoppt die e-Card“

Sprecherin Dr. Silke Lüder

Grachtenplatz 7

21035 Hamburg

silke.lueder@stoppt-die-e-card.de

www.stoppt-die-e-card.de