

Antrag

der Abg. Tobias Wald u. a. CDU

und

Stellungnahme

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren**

Problematik der Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen bei multimorbiden Menschen ab 65 Jahre

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. ob ihr die Problematik der Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen bei multimorbiden Menschen über 65 Jahren, insbesondere auch mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, bekannt ist;
2. ob die in Ziffer 1 angesprochene Problematik durch die Selbstmedikation mit apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei multimorbiden Patienten über 65 Jahre noch verstärkt wird und falls ja, in welchem Umfang;
3. wie viele Einweisungen in baden-württembergische Krankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) bei Polymedikation mit und ohne Selbstmedikation zurückzuführen sind;
4. inwiefern Patienten, besonders in der Risikogruppe über 65 Jahre, in Baden-Württemberg über die Gefahren von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen bei Polymedikation, insbesondere auch im Zusammenhang mit einer zusätzlichen Selbstmedikation, aufgeklärt werden;
5. wie viele Patienten über 65 Jahre in Baden-Württemberg durch eine von Ärzten durchgeführte Pharmakotherapie-Beratung unterstützt werden;
6. wie hoch sie das Risiko von dauerhaften Folgekrankheiten durch Polymedikation (Stürze, Schwindel, Delir etc.) und zusätzlicher Selbstmedikation bei der Risikogruppe über 65 Jahre einschätzt;

7. inwiefern das Problem der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgrund von Multimorbidität mit Polymedikation und zusätzlich Selbstmedikation auch bei jüngeren, insbesondere chronisch kranken Menschen in Baden-Württemberg bekannt ist;
8. ob aus ihrer Sicht gerade in Alten- und Pflegeheimen auch eine Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine sinnvolle therapeutische Option für ältere, multimorbide Menschen sein kann;
9. welche Maßnahmen ihrerseits unternommen werden, um die Gefahr der unerwünschten Arzneimittelwirkungen durch Polymedikation mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und zusätzlich mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in der Selbstmedikation in der Risikogruppe der Patienten über 65 Jahren zu minimieren;
10. wie sie in diesem Zusammenhang die Forderung nach einer uneingeschränkten Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Patienten, die 65 Jahre und älter sowie einer notwendigen Polymedikation unterworfen sind, bewertet.

02. 10. 2015

Wald, Teufel, Brunnemer, Dr. Engeser, Kunzmann,
Raab, Schiller, Schreiner, Rüeck CDU

Begründung

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Häufigkeit von Erkrankungen und Polymedikation. Aufgrund der veränderten Physiologie (u. a. Leber- und Niereninsuffizienz) älterer Menschen treten häufiger Neben- und Wechselwirkungen bei dieser Altersgruppe auf als bei jüngeren Menschen. Experten gehen davon aus, dass zehn bis 30 Prozent aller Krankenhauseinweisungen bei älteren Menschen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen entstehen. Polymedikation verursacht gerade bei älteren Menschen häufig Verschreibungskaskaden, da auftretende Arzneimittelnebenwirkungen wiederum behandelt werden müssen. Zahlreiche Psychopharmaka, die gerade in Alten- und Pflegeheimen zur Sedierung/Behandlung von Unruhezuständen eingesetzt werden, können Stürze bei älteren, multimorbiden Menschen hervorrufen. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass allein Stürze älterer Menschen ca. zwei Milliarden Euro pro Jahr (Operation, Rehabilitation etc.) kosten. Zusätzlich nimmt diese Zielgruppe häufig nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ein, die keiner ärztlichen Kontrolle unterliegen. Mit dem Antrag soll die Situation in Baden-Württemberg näher beleuchtet werden.

Stellungnahme *)

Mit Schreiben vom 30. Oktober 2015 Nr. 53-5-0141.5/13 nimmt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. ob ihr die Problematik der Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen bei multimorbiden Menschen über 65 Jahren, insbesondere auch mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, bekannt ist;

Der Landesregierung ist die Problematik der Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen bei multimorbiden Menschen über 65 Jahre bekannt.

Multimorbidität geht in der Regel mit Multimedikation einher. Sie nimmt in den höheren Altersgruppen zu, kommt jedoch auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten vor. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass jeder fünfte ältere Mensch über 65 Jahre fünf oder mehr Medikamente mehr oder weniger regelmäßig einnimmt. Dies kann zu möglichen Interaktionen oder auch Fehlanwendungen führen, die nicht immer gleich erkannt und dem auslösenden Wirkstoff zugeschrieben werden können. Die Wahrnehmung der Problematik hat zu fachlichen Diskussionen und gesetzgeberischen Maßnahmen geführt, wie die Medikation von älteren, multimorbiden Patienten verbessert werden kann.

Nach dem Entwurf des E-Health-Gesetzes sollen Patientinnen und Patienten ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen einheitlichen Medikationsplan in Papierform erhalten, sofern sie mindestens fünf verordnete Medikamente einnehmen. § 31a SGB V soll dann wie folgt lauten: „Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch den Hausarzt.“

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind in aller Regel überaus anfällig für Komplikationen im Krankheitsverlauf und können als eine sehr vulnerable Gruppe bezeichnet werden. Zu den typischen Komplikationen zählt das Auftreten von Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen. Diese Fragestellung steht daher neben anderen im Fokus der geriatrischen Versorgung. Es gibt einen Kreis häufiger Problemkonstellationen, die immer wieder zu Krankenhauseinweisungen von hochaltigen Pflegebedürftigen führen.

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 beschreibt deshalb die Grundlagen und Handlungsfelder der geriatrischen Versorgung. Es ist in enger Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten, den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden, sowie dem Landesseniorenrat als Vertretung der Betroffenen entstanden. Zentrales Ziel ist es, den alten Menschen ein langes und möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen. Das Geriatriekonzept beschreibt als bedeutsame spezielle Präventionsmaßnahme, um die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern, unter anderem eine strukturierte Überwachung der Pharmakotherapie.

2. ob die in Ziffer 1 angesprochene Problematik durch die Selbstmedikation mit apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei multimorbiden Patienten über 65 Jahre noch verstärkt wird und falls ja, in welchem Umfang;

Arzneimittelwechselwirkungen können nicht nur zwischen verschreibungspflichtigen, sondern auch apothekenpflichtigen und freiverkäuflichen Arzneimitteln, Nahrungsergänzungsmitteln und Lebensmitteln auftreten. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Arzneimittelwechselwirkungen steigt mit der Zahl der eingenommenen oder angewendeten Arzneimittel. Nach Einschätzung und Erfahrung

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

der Universitätsklinik ist eine Selbstmedikation mit apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zusätzlich zu verordneten Medikamenten häufig. Die Relevanz der Selbstmedikation von Erkrankungen mit nicht rezeptpflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist in den letzten Jahren gestiegen, unter anderem aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes. Es wird geschätzt, dass zumindest jede vierte Patientin bzw. jeder vierte Patient über 65 Jahre gelegentlich, viele aber auch dauerhaft, nichtverschreibungspflichtige Medikamente zusätzlich einnimmt. Insbesondere über die Erhöhung der Anzahl der eingenommenen Medikamente kann dies relevante Arzneimittelinteraktionen hervorrufen, die ein Gefährdungspotential für ältere, polymedizierte Patientinnen und Patienten enthalten. Nach bisherigen Erfahrungen beeinflusst die Selbstmedikation das Ausmaß der unerwünschten Arzneiwirkungen (UWA) aber nur geringfügig.

Zur Selbstmedikation mit apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln liegen Daten aus Deutschland vor, die im Rahmen einer prospektiven Langzeit-Multicenterstudie des Netzwerks der regionalen Pharmakovigilanzzentren erhoben wurden. Im Studienzeitraum 2000 bis 2008 wurden 212.000 Patientinnen und Patienten, die in internistische Abteilungen aufgenommen wurden, auf das Vorliegen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) hin untersucht. Bei 3,2 % der Patientinnen und Patienten wurden UAW festgestellt, die in den meisten Fällen (96,1 %) ausschließlich auf rezeptpflichtige Arzneimittel zurückzuführen waren. Bei 3,9 % aller Patientinnen und Patienten mit UAW hatte Selbstmedikation zur UAW beigetragen.

3. wie viele Einweisungen in baden-württembergische Krankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) bei Polymedikation mit und ohne Selbstmedikation zurückzuführen sind;

Eine Abschätzung, wie viele Krankenhauseinweisungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht werden, ist nicht ohne weiteres möglich. Insbesondere bei multifaktoriellen Risikoereignissen wie Stürzen oder Verwirrheitszuständen ist nicht genau nachvollziehbar, inwiefern Arzneimittel eine Rolle gespielt haben.

4. inwiefern Patienten, besonders in der Risikogruppe über 65 Jahre, in Baden-Württemberg über die Gefahren von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen bei Polymedikation, insbesondere auch im Zusammenhang mit einer zusätzlichen Selbstmedikation, aufgeklärt werden;

Für die Medikationsanalyse im Rahmen einer ärztlichen Therapie ist zum einen die Hausärztin oder der Hausarzt zentrale Ansprechperson. Ein sehr hoher Anteil von multimorbiden Patientinnen und Patienten wird meist parallel von mehreren Spezialisten betreut. Aufgabe von Hausärztinnen und -ärzten ist es, alle Verordnungen auf Wechselwirkungen und Nebenwirkungen bei Polymedikation zu prüfen und die Patientinnen und Patienten hierüber zu beraten und informieren. Es ist offenkundig, dass Patientinnen und Patienten mit einer hohen Zahl an Arzneimitteln einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Es muss regelmäßig überprüft werden, ob alle Arzneimittel gleichermaßen notwendig bzw. ob medikationsbezogene Probleme aufgetreten sind. Zur individuellen Bewertung der Therapie ist ein strukturiertes Vorgehen notwendig. Eine Veränderung der Therapie erfordert eine umfangreiche beratende Tätigkeit der Ärztin bzw. des Arztes und eine sorgfältige Therapieabsprache (shared decision making / partizipative Entscheidungsfindung) mit der Patientin bzw. dem Patienten. Hierzu soll z. B. die hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ Hilfestellungen geben.

Zum anderen engagiert sich auch die Apothekerschaft im Bereich der Medikationsanalyse bzw. des Medikationsmanagements. Eine Medikationsanalyse ist eine strukturierte Analyse der aktuellen Gesamtmedikation einer Patientin bzw. eines Patienten. Dabei werden manifeste und potenzielle arzneimittelbezogene Probleme durch die Apothekerin bzw. den Apotheker erfasst und dokumentiert. Gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten und gegebenenfalls mit der behandelnden

Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt und eventuell weiteren behandelnden Ärztinnen und Ärzten werden mögliche Lösungen entwickelt sowie weitere Maßnahmen vereinbart. Ziele sind die Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie und die Minimierung von Arzneimittelrisiken.

Ein Medikationsmanagement baut auf einer Medikationsanalyse auf, an die sich eine kontinuierliche Betreuung der Patientin bzw. des Patienten durch ein multidisziplinäres Team anschließt. Medikationsanalyse und -management ergänzen die Beratung in der Apotheke und richten sich vor allem an Menschen, die ein erhöhtes Risiko für arzneimittelbezogene Probleme aufweisen. Aufgrund der Beurteilung der Gesamtmedikation inklusive der Selbstmedikation und eines eingehenden Patientengesprächs kann eine Detektion von arzneimittelbezogenen Problemen durch eine Medikationsanalyse umfassender erfolgen, als bei der üblichen Beratung im Rahmen der Arzneimittelabgabe.

5. wie viele Patienten über 65 Jahre in Baden-Württemberg durch eine von Ärzten durchgeführte Pharmakotherapie-Beratung unterstützt werden;

Um die Ärzteschaft in der Praxis in wissenschaftlichen Fragen der Arzneimitteltherapie zu unterstützen, bietet nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die Abteilung Klinische Pharmakologie am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsklinikums Tübingen in Kooperation mit der KVBW einen Pharmakotherapie-Beratungsdienst an.

Hierzu führt die KVBW aus, dass alle Vertragsärztinnen und -ärzte der KVBW diesen Beratungsdienst für Fragen zu allen Gebieten der Pharmakotherapie, insbesondere Fragen zu Indikation, Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Interaktionen von Fertigarzneimitteln, Wirksubstanzen und Hilfsstoffen, Dosierung von Arzneimitteln oder zur Wirksamkeit bestimmter Pharmakotherapien und ihrer Evidenz kostenfrei nutzen können. Sie erhalten in der Regel eine schriftliche Stellungnahme der Abteilung Klinische Pharmakologie.

Über die Kooperation mit der Uniklinik Tübingen hinaus bietet die KVBW selbst eine Beratung rund um die Verordnung von Arzneimitteln an. Die Diskussion über die Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel beinhaltet häufig auch zu klären, inwieweit das jeweilige Arzneimittel für die zu versorgende Patientin bzw. den zu versorgenden Patienten überhaupt geeignet ist.

Im vergangenen Jahr habe die KVBW etwa 14.000 Anfragen zur Verordnung von Arzneimitteln erhalten. Dabei kann es um Fragen zu konkreten Einzelfällen oder um allgemeine Aussagen über die Verordnungsfähigkeit bestimmter Arzneimittel gehen. Die KVBW könne daher nachträglich nicht klären, wie viele Patientinnen und Patienten hinter der genannten Anzahl an Anfragen stecken.

Im Übrigen gehöre es zum Selbstverständnis des Arztberufes, Risiken und Nebenwirkungen jedweder Pharmakotherapie zu bewerten, mit der Patientin bzw. dem Patienten zu besprechen und ggf. eine Umstellung des Medikationsplans vorzunehmen. Insbesondere nach Krankenhausentlassungen seien die Therapieempfehlungen der Krankenhausärztinnen und -ärzte kritisch zu prüfen und ggf. in Kenntnis der häuslichen Medikation abzuändern. Exakte Zahlen darüber wie häufig Vertragsärztinnen und -ärzte ihre Patientinnen und Patienten auf diese Weise unterstützen liegen der KVBW nicht vor.

6. wie hoch sie das Risiko von dauerhaften Folgekrankheiten durch Polymedikation (Stürze, Schwindel, Delir etc.) und zusätzlicher Selbstmedikation bei der Risikogruppe über 65 Jahre einschätzt;

Die Risiken der Polymedikation einschließlich der Selbstmedikation sind als erheblich einzuschätzen, wobei nicht genau feststellbar ist, inwieweit und in welchem Ausmaß Medikamente Krankheitsbilder wie Delir, Stürze oder andere Erkrankungen verursachen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Medikamente häufig eine Rolle spielen.

7. inwiefern das Problem der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgrund von Multimorbidität mit Polymedikation und zusätzlich Selbstmedikation auch bei jüngeren, insbesondere chronisch kranken Menschen in Baden-Württemberg bekannt ist;

Mit der Einnahme von mehreren Arzneimitteln – unabhängig vom Alter der Patientin bzw. des Patienten – steigt die Wahrscheinlichkeit für arzneimittelbezogene Probleme wie Wechsel- und Nebenwirkungen. Ältere Patientinnen und Patienten sind davon eher betroffen als jüngere. Aber auch jüngere chronisch kranke Patientinnen und Patienten sollten regelmäßig ihre Medikation auf potentielle arzneimittelbezogene Probleme bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt oder in der Apotheke untersuchen lassen.

8. ob aus ihrer Sicht gerade in Alten- und Pflegeheimen auch eine Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine sinnvolle therapeutische Option für ältere, multimorbide Menschen sein kann;

Das Geriatriekonzept empfiehlt fachlich als besondere Maßnahme zur Prävention in Pflegeheimen neben anderen eine strukturierte Überwachung der Pharmakotherapie. Vorliegende Studien zeigen, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel allein oder in Kombination mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen können und dass ältere und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten hiervon besonders betroffen sind. Über die Anwendung von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen kann nur im Einzelfall entschieden werden. Dabei müssen die Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten, ihre/seine Vorerkrankungen und Begleitmedikation aber auch nicht-medikamentöse Therapieoptionen in Betracht gezogen werden. Die Versorgung mit nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln sollte daher wenn immer möglich bei dieser Patientengruppe unter Einbeziehung der jeweiligen behandelnden Ärztin bzw. des jeweiligen behandelnden Arztes erfolgen.

9. welche Maßnahmen ihrerseits unternommen werden, um die Gefahr der unerwünschten Arzneimittelwirkungen durch Polymedikation mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und zusätzlich mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in der Selbstmedikation in der Risikogruppe der Patienten über 65 Jahren zu minimieren;

Im Rahmen eines vom Sozialministerium mit 531.000 Euro geförderten, bis Ende 2016 laufenden Modellprojekts zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege werden zahlreiche Anstrengungen auch zur Sicherung der Pharmakotherapie unternommen. Projektträger ist die Universität Heidelberg. Im Fokus stehen eine geriatrische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die die Heime betreuen, Verbesserung von Kommunikation und Kooperation sowohl zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten als auch zwischen der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal und die Gewährleistung einer größtmöglichen hausärztlichen Versorgungskontinuität wie auch die Entwicklung geeigneter Instrumente, um die Handlungssicherheit der Pflege in den Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und ggf. Lücken oder Defizite in der haus- oder fachärztlichen Versorgung zu identifizieren und zu schließen. Erste noch unveröffentlichte Befunde unterstreichen die Bedeutung der engen Kommunikation zwischen der Pflege und der Ärzteschaft zur Verlaufsbeobachtung und einer systematischen, regelmäßigen Überprüfung der Medikation.

Ferner hat das Land im Jahr 2014 bereits ein Projekt „Mein Plan – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit/Suchtprävention bei Bürgerinnen und Bürgern ab 65 Jahren“ mit Fördermitteln in Höhe von 23.650 Euro gefördert. Dabei sollen alle Bürgerinnen und Bürger des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg über breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit über das „Aktionsbündnis sichere Arzneimittelaufnahme“ informiert werden. Um seine Ziele zu

erreichen geht das Projekt strukturiert und vernetzt vor: Neben den Projektpartnern Uniklinik Heidelberg und Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg engagieren sich eine Vielzahl weiterer relevanter Akteurinnen und Akteure wie z. B. die Vertreterinnen und Vertreter der Presse, Vereine, Stadtteilorganisationen, aber auch Akteurinnen und Akteure der Kommunalen Gesundheitskonferenz oder des Kommunalen Netzwerks für Suchtprävention und Suchthilfe.

10. wie sie in diesem Zusammenhang die Forderung nach einer uneingeschränkten Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Patienten, die 65 Jahre und älter sowie einer notwendigen Polymedikation unterworfen sind, bewertet.

Nach § 31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 Abs. 1 SGB V oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Auch ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten. Apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. OTC-Präparate) sind seit dem GKV-Modernisierungsgesetz ab 1. Januar 2004 grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen.

Die Verordnung dieser Arzneimittel ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. In der Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie („OTC-Übersicht“) legt der G-BA fest, welche OTC-Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit Begründung von der Vertragsärztin bzw. vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Daneben besteht auch die Möglichkeit, dass Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsleistungen OTC-Arzneimittel erstatten.

Vor diesem bundesrechtlichen Hintergrund und den mit diesen Regelungen verbundenen eingeschränkten Erstattungsmöglichkeiten durch die GKV befürwortet die Landesregierung deren Ausweitung schon bereits aus Gründen der Gleichbehandlung aller Versicherten unabhängig von den Altersgruppen nicht.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren