

Benzstraße 2
63741 Aschaffenburg
Telefon 06021-12030
Telefax 06021-12446
info@kindernetzwerk.de

Hauptstadtbüro
Schiffbauerdamm 19
10117 Berlin
Telefon 030-257 659 60
Telefax 06021-12446
info@kindernetzwerk.de

knw Kindernetzwerk e.V.
Dachverband der Selbsthilfe
von Familien mit Kindern und
jungen Erwachsenen mit
chronischen Erkrankungen
und Behinderungen



knw Kindernetzwerk e.V., Schiffbauerdamm 19, 10117 Berlin

An die
Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung
Claudia Moll, MdB
Per E-Mail an claudia.moll@bundestag.de

14.12.2022

Forderungen des Kindernetzwerk e.V. zu den Eckpunkten der Pflegereform

Sehr geehrte Frau Moll, sehr geehrter Herr Kronauer,

im Nachgang zu unserem Treffen am 19.09.2022 und zu Ihrem freundlichen Schreiben möchten wir uns gerne wie von Ihnen angeregt in die Eckpunkte der Pflegereform einbringen.

Das Kindernetzwerk vertritt als bundesweite Plattform der Selbsthilfe Elterninitiativen, Selbsthilfeverbände auf regionaler Ebene, Beratungsstellen, Einzelmitglieder sowie rund 150 Bundesverbände mit rund 200.000 angeschlossenen Mitgliedern. Dies machen wir unter anderem durch eine Vielzahl an Angeboten zur Vernetzung, Beratung und Unterstützung - für Betroffene selbst, Eltern, Geschwister und Selbsthilfe-Organisationen.

Folgende Umsetzungen würden in den Familien zu einer deutlichen Verbesserung ihrer sehr schwierigen Situation führen:

Pflegenotstand stoppen!

Es droht (wie in unserem Gespräch mit dem im Datenmaterial gelieferten Informationen dargestellt, die wir erneut anhängen) eine Gefährdung der Versorgung kranker Kinder in den Kliniken wegen der generalistischen Ausbildung, der mangelhaften Finanzierung sowie aufgrund des Personalmangels:

Deshalb fordern wir:

- > **Maßnahmen zur Spezialisierung für die Kinderkrankenpflege**, die durch die Generalistik in Gefahr geraten ist.
- > **Sicherstellungszuschläge für die Kinderkrankenpflege**: Die hier angekündigten Schritte sind dazu wichtige erste Initiativen, aber es braucht sogar noch höhere Sicherstellungszuschläge und weitere wirksame Maßnahmen zur Unterstützung von Kinderkliniken und -stationen, nämlich:
- > **Mehr Ausbildungsplätze in Krankenpflegeschulen für Auszubildende für den Schwerpunkt Pädiatrie bzw Spezialisierung Kinderkrankenpflege** so dass ausreichend Nachwuchs ausgebildet werden kann, sowie
- > **optimierte Arbeitsbedingungen für Kinderintensivpflegekräfte** und die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So können u.a. auch Rückkehrer:innen nach ihrer Erziehungszeit wiedergewonnen werden.

- > Der Pflegenotstand liegt besonders im Sektor der außerklinischen Intensivpflege vor: Beatmete und tracheotomierte Kinder benötigen eine **examinierte Pflegefachkraft**, um Schule oder Kita zu besuchen – dies führt sonst zu Schulabstrenzung von chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Kindern. Elternteile, die die Überwachung ihrer intensivpflichtigen Kinder in der Schule selbst übernehmen müssen, stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung und Rutschen in die Sozialhilfe, abgesehen davon, dass dies der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder nicht zuträglich ist.
- > Auch pflegebedürftige Kinder, die nicht intensivpflegebedürftig sind, aber einen Bedarf an einzelnen Pflegemaßnahmen im Laufe des Schultags haben (z.B. Katheterisieren), können aufgrund des Fachkräftemangels teils nicht versorgt werden. Teils übernehmen ungelernte Assistenzkräfte, oder Eltern dann die Versorgung, damit das Kind die Schule besuchen kann. Insbesondere für Übernahme dieser einzelnen (Medikamentengabe, Katheterisieren, etc.) pflegerischen Maßnahmen und zur präventiven Gesundheitsförderung im Allgemeinen, wäre die **Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften** sinnvoll. Erfahrungen zeigen, dass dadurch Pflegefachkräfte im Job gehalten werden können, bzw. wieder einsteigen, die andernfalls dem Pflegesystem verloren gehen würden. Außerdem eignen sich Schulen dann auch als Kooperationspartner für den pädiatrischen Praxiseinsatz in der generalistischen Pflegeausbildung.

Forderung nach einem unbürokratisches, flexiblen Entlastungsbudget

- > Wenn z.B. regional für Kinder keine Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege besteht, weil entsprechende Angebote nicht vorhanden sind, **sollte dieser Etat für Verhinderungspflege genutzt werden können.**
- > Ebenso wenn z.B. keine Kurzzeitpflegeplätze für beatmete und/oder tracheotomierte Kinder in Anspruch genommen werden können, weil die Einrichtungen die Personalanforderungen bezüglich der Qualifikation gar nicht vorhalten können

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI auch für selbstorganisierte Haushaltshilfe und Fachkräfte öffnen!

- > Eine ehrenamtliche Betreuung kann für ein Kind mit schwerem Autismus oder anderen Erkrankungen in der Regel nicht eingesetzt werden. Und für eine Familie, die bereits für das pflegebedürftige Kind eine Vielzahl an Helfern hat, ist eine **zuverlässige Haushaltshilfe** als Entlastung oft viel mehr wert, als noch ein weiterer zusätzlicher Helfer für das Kind.

Evaluation und Nachsteuerung des IPReG

- > **Bezüglich der Umsetzung des GKV-IPReG und der AKI-Richtlinie für den Personenkreis intensivpflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher sind angemessene Vorkehrungen zu treffen.** Gegebenenfalls sollte überlegt werden, im Rahmen einer flankierenden **Machbarkeitsstudie** Kennzahlen einzuholen, die Aussagen zu den Kapazitäten und den Möglichkeiten der Umsetzung umfassen, um sachbezogene Einschätzungen vornehmen zu können.
- > Weiterhin halten wir es für erforderlich, die Umsetzung der neuen, teilweise noch nicht geschaffenen Voraussetzungen für die **Verordnung** von außerklinischer Intensivpflege deutlich schneller als bisher vorgesehen zu **evaluieren**. Für die mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) im § 40 SGB V eingeführte Änderungen der Rehabilitationsversorgung ist erstmals zum 30.06.2022 und anschließend jährlich vom GKV-Spitzenverband ein Bericht beim Bundesgesundheitsministerium vorzulegen, um die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischer Rehabilitation bewerten zu können. Die Wirkung der mit einer deutlich höheren Regelungsdichte und

Eingriffsintensität verbundenen Neuordnung der Verordnungspraxis für außerklinische Intensivpflege soll dagegen erstmalig 4 Jahre nach Inkrafttreten bis Ende des Jahres 2026 evaluiert werden. Folgeprüfungen sind nicht vorgesehen. Dies ist nicht nachzuvollziehen und gefährdet die ggf. notwendigen Revisionsmöglichkeiten und verhindert eine zeitgerechte Reaktionsmöglichkeit zur Sicherstellung der Versorgung.

- > **Die Auswirkungen auf die Versorgung und die flächenhafte Entwicklung der für die Erhebung und Verordnung verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte im Bereich der AKI-Versorgung muss ebenfalls mindestens jährlich überprüft und dokumentiert werden**, um die Verordnungs- und Versorgungssicherheit gewährleisten zu können. Angesichts der heute bereits unzureichenden Kapazitäten in der pflegerischen und medizinischen Versorgung dieser Patientengruppe bedarf auch die Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege und die Berücksichtigung der berechtigten Wünsche der Versicherten zum Leistungsort einer engmaschigen Überprüfung.
- > **Anpassung der AKI-RL bezüglich der Qualifikation für die pädiatrische Potenzialerhebung.** Die geforderte 18-monatige Ausbildung in einem zertifizierten Weaningzentrum kann keine Voraussetzung für die Zulassung pädiatrischer Fachärztinnen durch die KBV sein, da es für Kinder keine Beatmungsentwöhnungszentren gibt. Die Kinder sollen weiterhin von den klinischen Spezialistinnen und Spezialisten untersucht werden, die sich bisher um diesen Personenkreis bemüht haben. Nicht allein für eine sorgfältige Prüfung eventueller Beatmungsentwöhnungspotenziale oder Potenziale zur Dekanülierung, sondern insbesondere auch für die Therapiekontrolle und Therapieoptimierung zur Verbesserung der Lebensqualität, ist unbedingt eine fachliche, pädiatrische Expertise erforderlich.
- > Am 30. Oktober 2023 endet die gesetzliche Übergangsfrist, ab dann müssen alle Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach der neuen AKI-Richtlinie erfolgen. Es bleibt also kaum Zeit, um wie in der AKI-Richtlinie festgelegten Potenzialerhebungsstrukturen aufzubauen. **Aus Sicht der Familien wäre es sinnvoll, wenn die im GKV-IPReG vorgeschriebene Potenzialerhebung und die notwendige Therapiebegleitung und Therapieoptimierung sowie das Verordnungsmanagement aus einer Hand, also von einem spezialisierten Ärzt:in erfolgt** (Vorteile: kennt das Kind, dessen Krankheitsbild und Lebenssituation, nur ein aufwendiger Krankentransport)
- > Für Kinder mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ist die **fortdauernde Therapiebegleitung und Therapieoptimierung unbedingt notwendig**, zumal bei Kindern nur sehr selten Weaningpotenzial besteht. Allein schon aufgrund der natürlichen Entwicklungsphasen der Kinder (Wachstum) ergibt sich ein fortwährender Anpassungsbedarf der Therapie und Hilfsmittelversorgung. Aber auch aufgrund der Grunderkrankungen, die meist dadurch gekennzeichnet sind, dass sich Phasen relativer Stabilität mit gesundheitlichen Krisen abwechseln. Die AKI-Richtlinie geht nicht auf diese besonderen Aspekte in der pädiatrischen Versorgung ein.
- > Manche Untersuchungen lassen sich nur in einem stationären Setting umsetzen. Es braucht **Möglichkeiten für Schluckdiagnostik, Schlaflabor, Endoskopie** u.a. Hierfür müssen Kapazitäten in den kommunalen Bettenplänen eingeplant werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Termine nicht aufgrund benötigter Ressourcen in der Akutversorgung der Kliniken permanent verschoben werden und dadurch die Verordnungssicherheit für die ambulante Intensivpflege gefährdet wird.

Verbesserung Pflegeberatung und die rechtssichere Gestaltung der 24-Stunden-Pflege und bedarfsgerechter Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege

- > Sowohl die **Pflegeberatung nach § 7 ff. SGB XI, als auch der Beratungseinsatz nach § 37,3 SGB XI sollte sich an den Lebenslagen pflegebedürftiger Kinder ausrichten**, d.h. die Beratung muss darauf eingehen, dass Pflege an Orten wie Kita und Schule und in der Freizeit umgesetzt werden muss, dass Eltern meist noch weitere Kinder betreuen müssen, dass die therapeutischen und medizinischen Netzwerke und die der Hilfsmittelversorger sich von

denen erwachsener Pflegebedürftiger unterschieden, und dass bei Kindern immer auch ein paralleler Förderbedarf berücksichtigt werden muss.

- > Es braucht eine **Pflegeberatung, die auf den Personenkreis Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene spezialisiert ist** und für diesen eine fortlaufende Expertise entwickelt und dementsprechend vernetzt ist.
- > Ein Beratungseinsatz ist nur dann für die Familien hilfreich, wenn die Person, die kommt, sich mit pädiatrischer Pflege und Hilfestellen für Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen auskennt.
- > **24h-Pflege:** In Berlin z.B. hat sich der Leistungskomplex 32 bewährt, über den sich die Assistenzpflege abbilden lässt, eine teilhabeorientierte Grundpflege, die stundenweise abrechnet.
- > **Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege:** Für Kinder braucht es eigene Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflegeangebote. Diese müssen neben der Pflege auch die Förderung und päd. Betreuung der Kinder sicherstellen. Diese Einrichtungen sollten möglichst vielseitige Konzepte aufweisen und an unterschiedliche Personenkreise adressiert sein (Kinder mit Autismus brauchen andere Angebote als Kinder mit Intensivpflegebedarf). Außerdem sind **inklusiv ausgerichtete Angebote besonders zu fördern**. Die Vorgaben der Kinder- und Jugendhilfe sind zu berücksichtigen (KJSG).

Beteiligung behinderter Menschen und pflegender Angehöriger an Entscheidungsprozessen

- > Notwendig ist eine **öffentliche Anerkennung der Expertise Betroffener in eigener Sache** und eine stärkere Beteiligung der Eltern in allen Fragen der Versorgung und Teilhabe, auch durch eine regelhafte Anhörung der Selbsthilfeverbände in den entsprechenden Gremien.
- > Patient:innen-/Elternvertreter sollten in Kommissionen und Kontrollräten von Kliniken, in Aufsichtsräten (von Krankenkassen, Ministerien) berücksichtigt und beteiligt werden („Making children visible in budgets!“).
- > die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien bei Entscheidungsprozessen in allen pflege- und versorgungsrelevanten Angelegenheiten

ANGEHÖRIGE IN DEN BLICK NEHMEN

Existenzsichernde Leistungen oder Lohnersatzleistungen / Für finanzielle Sicherheit sorgen

Nach wie vor tragen vor allem Mütter die Hauptlast der familiären Betreuung und Pflege von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen. Viele von ihnen – aber auch die pflegenden Väter – leben in finanzieller Unsicherheit. Dies führt dazu, dass sich die Chancenungleichheit immer weiter vergrößert und führt zu Altersarmut bei den Betroffenen.

Unsere letzten Studien (z.B. FamBer-Studie: <https://www.uke.de/extern/famber/>) verdeutlichen, dass die Einkommenssituation in Familien mit einem chronisch kranken oder behinderten Kind schlechter ist und die Vereinbarkeit von Beruf und der Pflege des erkrankten Kindes deutlich erschwert ist.

Deshalb fordern wir:

- > **gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, damit finanzielle Nachteile für pflegende und betreuende Angehörige beseitigt werden**
- > Erhöhung und regelhafte **Dynamisierung des Pflegegelds**
- > verbindliche Regelungen zu schaffen, damit ausreichende Rentenbeiträge entrichtet werden, um Altersarmut zu vermeiden
- > Wir sehen wie der PFAD Bundesverband die Notwendigkeit, dass **für alle Pflegeeltern - analog zur Pflegeversicherung für pflegende Angehörige - ein angemessener Beitrag an die**

Rentenkasse von den Jugendämtern übernommen wird. Die Anbindung an den Mindestbeitrag, wie sie der Deutsche Verein empfiehlt, soll aufgegeben werden.

GRUNDSÄTZLICHES

Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch eine nachhaltige Sicherstellung der Überbrückung der Schnittstellen zwischen medizinischem, pädagogischem und sozialem System. Umsetzung folgender Forderungen der DGSPJ, denen wir uns vollumfänglich anschließen:

- > Verlässliche Behandlungsstrukturen und eine ausreichende Fachexpertise in Spezialambulanzen, die eng vernetzt sind mit der hausärztlichen kinder- und jugendmedizinischen und der sozialpädiatrischen Versorgung, den Bildungseinrichtungen und der Jugend- und Eingliederungshilfe vor Ort.
- > Sozialrechtliche Regelungen, die familienorientierte Hilfen erlauben und unterstützen, insbesondere für Familien mit Eltern, die selbst von körperlichen oder seelischen Erkrankungen betroffen sind, insbesondere Förderung der familienorientierten Rehabilitation für alle Kinder und Jugendlichen mit schweren, chronischen Erkrankungen unabhängig von der Diagnose.
- > Koordinierung und Integration von multiprofessionellen Leistungen und Partizipation der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern an der Planung und Durchführung von Hilfs- und Leistungsangeboten, insbesondere durch die Schaffung von Rechtssicherheit für die Finanzierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in den Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland.
- > Flächendeckende Einrichtung Medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEZ)
- > Förderung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in tagesklinischen Settings vor Ort unter auskömmlicher Finanzierung durch die Gesetzliche Rentenversicherung oder Krankenversicherung.

Weitere allgemeine Forderungen:

- > Wir fordern eine Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen /pflegenden Familien, die privat versichert und beihilfeberechtigt sind, mit den Rechten der GKV-Versicherten bei allen Anliegen von IPReG, Heil- und Hilfsmittel und persönliches Budget. Leider werden diese Menschen oft nicht ausreichend in Gesetzen und Regelungen mitgedacht.

Transition strukturell und finanziell regeln

In unserem Gesundheitssystem werden junge Menschen mit einer chronischen oder seltenen Erkrankung oder Behinderung beim Übergang ins Erwachsenenleben ungenügend unterstützt.

Deshalb fordern wir:

- > eine flexible Altersgrenze für die Transition (16 - 27 Jahre)
- > einen Rechtsanspruch für alle betroffenen Jugendlichen auf Teilnahme an einem strukturierten bundesweiten Transitionsprogramm, das sie in den ersten Jahren des Erwerbslebens nachhaltig unterstützt und ihnen so auch in der Arbeitswelt eine aktive und positive Lebensgestaltung ermöglicht

- > die flächendeckende Einrichtung Medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEb)
- > Fort- und Weiterbildungen zum Thema Transition für Ärzt:innen

Mehr Lotsen bereitstellen

Eltern von Kindern und Jugendlichen mit hohem Versorgungsbedarf sind häufig durch die vielen unübersichtlichen Vorschriften und Bestimmungen überfordert und scheitern an bürokratischen Hürden, ihre Rechte und Ansprüche zu erfahren und durchzusetzen.

Deshalb fordern wir

- > gesetzlich fest verankerte Lotsen, die betroffene Familien von Anfang an und auf Dauer kompakt und familienorientiert durch den Dschungel der Sozialgesetzbücher führen. Dies hat sich bereits nachweisbar bewährt, wie viele u.a. auch von uns durchgeführte Projekte eindeutig zeigen. Bei Familien mit Migrationshintergrund sind hierzu zusätzlich Sprachmittler:innen erforderlich, die auch ein besseres Verständnis für die kulturell unterschiedlichen Sichtweisen der Betroffenen ermöglichen.
- > die Veröffentlichung bestehender erfolgreicher Lotsenmodelle und deren finanzielle Absicherung durch eine Überführung in die Regelversorgung.
- > eine bessere finanzielle Ausstattung der Case-Manager:innen, damit diese als Gesundheitslotsen in und für Familien das notwendige komplexe Fachwissen erwerben und erweitern können.

Inklusion im Gesundheitswesen

- > Eine gesetzliche Verpflichtung zur Schaffung von Barrierefreiheit in allen Arzt- und Therapiepraxen bis 2030.
- > Einsatz von Krankentransportfahrzeugen, die in der Lage sind, nichtumsetzbare junge PatientInnen in ihren Rollstühlen zu Untersuchungsterminen sowie ambulanten und stationären Behandlungsterminen zu befördern. (Häufig geht das nur liegend ohne Rollstuhl, dieser wird aber z.B. für Hilfsmittelanpassungen oder besondere Untersuchungen benötigt)
- > In SPZs, deren Röntgen- und Funktionsabteilungen sollten regelhaft Lifter vorhanden sein, um die Untersuchungsmöglichkeiten für geh- und stehunfähige Kinder und Jugendliche überhaupt nutzen zu können
- > Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung für Migrant:innen

Eine direkte Bewilligung von Hilfs- und Heilmitteln seitens der Krankenkassen ohne Prüfung durch den Medizinischen Dienst, sofern ein SPZ die Verordnung ausgestellt hat sowie eine längere Geltungsdauer der Rezepte für Heilmittel

- > Dies fordern neben dem Kindernetzwerk übrigens auch die Pädiater:innen schon sehr lange! Die stete Gängelung der Familien, die an sich schon genug belastet sind, muss ein Ende haben.

Sicherstellung Schulbegleitung / Gute Inklusion

Damit Schüler:innen mit Behinderung im bestehenden Schulsystem ihr Recht auf Bildung und Teilhabe am allgemeinen Leben und Lernen wahrnehmen können, unterstützen Schulbegleiter. Sie sind während der Schulzeit für die medizinische Pflege des Kindes verantwortlich, ermöglichen den Besuch eines Förderzentrums und begleiten das Kind im Schulalltag pädagogisch. Jedoch erhalten

nicht alle Schüler:innen die für ihrer Beschulung alle notwendigen Unterstützungsleistungen erhalten, weshalb wir fordern:

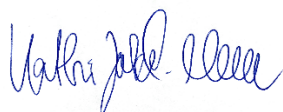
- > Dauerhafte und verlässliche Angebote mit Einbindung der Schulbegleitung in das System Schule inkl. hybrider Schulmodelle
- > Verlässliche und dauerhafte Sicherung der Teilhabe an Bildung durch ausreichende Finanzierung, damit feste schuljahresübergreifende vertragliche Regelungen Verlässlichkeit für die Begleiteten, deren Eltern und der Schule sichergestellt ist
- > Fort- und Weiterbildungscurriculum für Schulbegleitungen für eine in allen Bereichen qualifizierte Basisunterstützung
- > länderübergreifend vereinheitlichte Regularien für den Nachteilsausgleich in Schule und Ausbildung z.B. durch das Einbinden von Theorie und Praxis des Nachteilsausgleichs in die Aus- und Fortbildung von Lehrkräften.
- > Schulgesundheitsfachkräfte nicht nur für gesundheitspräventive Aufgaben, sondern vor allem auch zur Ermöglichung von Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen, vor allem dann, wenn verordnungspflichtige Hauskrankenpflege im Tagesverlauf in der Schule notwendig wird (Medikamentengabe, Sondieren, Katheterisieren etc.).

Intensivpflegewohnangebote für Kinder

- > Die Wohnformen in denen Kinder dauerhaft untergebracht werden müssen die Vorgaben für eine außerfamiliäre Unterbringung von Kindern im SGB VIII berücksichtigen. Keine Unterbringung in reinen Pflegeeinrichtungen!
- > Es braucht eine pädagogische Begleitung des Aufwachsens und die Teilhabeansprüche der Kinder müssen im Vordergrund stehen. Kein Kind darf aufgrund seiner Behinderung oder chronischen Erkrankung benachteiligt werden und daher sind das Recht auf Teilhabe, Förderung und Bildung in jedem einzelnen Fall sicherzustellen.
- > Die Finanzielle Benachteiligung von Familien deren Kinder in Pflegeeinrichtungen leben, gegenüber den Familien, deren Kinder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe leben, muss beendet werden.
- > Auf Wunsch der Familie ist eine ambulante Versorgung der Kinder zu gewährleisten (notfalls im kostenerstattungsverfahren), damit diese in ihren Familien aufwachsen können.

Gerne liefern wir Ihnen zu einzelnen Forderungen noch mehr Details.

Mit freundlichen Grüßen, auch im Namen des Vorstandes des Kindernetzwerk e.V.



Kathrin Jackel-Neusser

Geschäftsführerin des
Kindernetzwerks e.V.