

**61. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und
Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes**

**„Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten
zwischen Solidarität und Eigenverantwortung“**

PD Dr. Ulrike Kostka

13. Mai 2011, Trier, Europahalle

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist ein Thema, was den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in vielerlei Hinsicht beschäftigt. Die Auseinandersetzung reicht von Aspekten der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus bis zu möglichen spezifischen Gesundheitsrisiken von Gruppen, die auch durch ihren Migrationshintergrund beeinflusst werden können.

Meine Aufgabe ist es jetzt, diese Thematik aus sozial- und politisch-ethischer Sicht zu beleuchten. Dabei werde ich selber zwei Standpunkte einnehmen: als theologische Ethikerin und als Abteilungsleiterin für theologische und verbandliche Grundlagen im Deutschen Caritasverband. Mir geht es also um die Verbindung der ethischen Analyse und der konkreten Praxis auf verschiedenen Ebenen.¹

Mein Anliegen ist dabei, die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten aus einer mehrdimensionalen ethischen Analyse zu beleuchten und mich nicht nur auf eine rein sozialetische Betrachtung zu beschränken. Denn die sozialetische Perspektive steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit folgenden ethischen Reflexionsebenen und Akteuren: dem Individuum, den professionellen Akteuren, den relevanten organisationalen Akteuren wie z.B. den Krankenhäusern, Kostenträgern und sozialen Diensten, der Gesundheitssystemgestaltung sowie der gesellschaftlichen Ebene.² Die globale Ebene lasse ich aus Komplexitätsgründen weg.

Die mehrdimensionale ethische Perspektive soll dazu dienen, eine ethische Krieteriologie für eine milieu- und kultursensible Gestaltung des Gesundheitswesens zu entwickeln.³

1. Einige Vorbemerkungen zu Migration und Gesundheit

Genauso wie in den letzten Jahren allgemein akzeptiert wurde, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist, wurde in den letzten Jahrzehnten die fundamentale Bedeutung des Gutes Gesundheitsversorgung anerkannt. Gesundheitsversorgung ist ein existenzielles Gut. Es ist die Voraussetzung für die Entfaltung anderer grundlegender Fähigkeiten. Jedoch kann sich der einzelne dieses Gut nicht selber sicherstellen. Er ist auf die Gewährleistung durch die Gesellschaft angewie-

¹ Dieser Vortrag wurde erstmals im Rahmen der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010 gehalten. Vgl. Kostka, U., Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zwischen Solidarität und Eigenverantwortung. In: Deutscher Ethikrat (Hg.), Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung, Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010, Berlin 2010, 85-93.

² Zum Modell einer mehrdimensionalen Ethik siehe: Ulrike Kostka, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin. Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und Theologische Ethik, Basel 2008.

³ Die Migranten-Sinusmilieu-Studie zeigt die Heterogenität der Migranten-Sinus-Milieus. Vgl. Thomas Becker, ‚Bestens ausgebildet, gut bezahlt‘. Migranten in Deutschland, in: Neue Caritas 110/4 (2009), 9-12; http://www.sociovision.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf (20.05.2010) Zum Zugang zu sozialen Diensten vgl. Karin Vorhoff, Migranten suchen Kompetenz und Zugang, in Neue Caritas 110/8 (2009), 26-29. Weitere Informationen siehe auch www.caritas.de/sinusmigranten

sen. Es besteht aus meiner Sicht ein Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung – ohne an dieser Stelle auf die internationale Debatte über ein Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung einzugehen. Die entscheidende Frage ist, welcher Umfang an Gesundheitsversorgung dem einzelnen sicherzustellen ist. Diese Frage stellt sich hier gerade auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland.⁴

Jede Definition von Migration ist begrenzt und deckt nur Facetten dieses Phänomens und vor allem der Lebenswirklichkeiten der Menschen ab. Um so interessanter ist es, dass das Thema Migration und Gesundheit so an öffentlichem und politischem Interesse gewonnen hat. Sicherlich ist dies auch ein Kennzeichen, dass die Herausforderungen rund um Integration und Migration mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und Politik gerückt sind. Bis jetzt ist jedoch das Bewusstsein nicht genügend ausgeprägt, dass Migration nicht nur ein spezifisches Zielgruppenthema ist, sondern ein grundsätzliches Merkmal unserer Gesellschaft. Denn immerhin haben fast 20 Prozent der Bevölkerung eine Migrationsgeschichte – sprich jeder fünfte unter uns.

Eigenverantwortung und Solidarität – diese Spannung wurde mir aufgegeben. Schauen wir nun auf die erste Ebene einer mehrdimensionalen ethischen Betrachtung:

2. Die individuelle ethische Perspektive

Ohne Gesundheitsversorgung geht nichts – wie wir aus vielen unterversorgten Ländern wissen. Das Gut Gesundheitsversorgung ist per se ein Gut, das Solidarität erfordert. Denn alleine kann ich es mir nicht sicherstellen – außer wenn ich zu den wenigen Milliardären zähle. Jedoch hat das Gut Gesundheitsversorgung nicht nur diese sozialetische Seite. Es hat auch eine individuelle ethische Seite.

Denn Gesundheit ist eng verbunden mit meiner eigenen Sicht auf meinen Leib, mit meiner Beziehung zu mir als Subjekt. In der Subjekthaftigkeit ist jeder von uns konfrontiert mit seinen eigenen leiblichen Grenzen – einschließlich des eigenen Beginns und Ende des Lebens. Grenzen meines Leibes, auch Krankheiten erfahre ich als Begrenzungen meiner Handlungs- und auch Entscheidungsfähigkeit. Gleichwohl erfährt jeder Mensch, dass er fähig ist, Einfluss auf seine Leiblichkeit und seine Gesundheit zu nehmen, z.B. durch den Lebensstil, durch die eigene Sorge für den Leib - einschließlich der Seele. Aus der Beziehung des Subjektes zu sich selbst resultiert auch die Verantwortung für sich selbst. Besser finde ich dafür den Begriff der Selbstsorge.

Denn sie beschreibt diese Verantwortung gegenüber mir selbst als kontinuierlichen Prozess, der spätestens in der Aufmerksamkeit für mich selbst, für meine eigenen Bedürfnisse beginnt. Diese Selbstsorge kann ich weder an Ärzte, Gesundheitspolitiker, den ÖKD oder die Gesellschaft delegieren. Gleichwohl ist die Selbstsorge etwas, was ich lernen muss, wozu jeder befähigt werden muss. Diese Befähigung beginnt im Elternhaus, findet statt im Kindergarten und Schule, in Peer-groups, im Sportverein, der Gemeinde und wird durch die Medien und gesellschaftliche Trends beeinflusst. Die Befähigung zur Selbstsorge ist ein entscheidender Faktor, um für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer Verantwortung zu übernehmen. Befähigungsangebote müssen so angelegt sein, dass sie Menschen in ihrer kulturellen Vielfalt erreichen. Z.B. sollten Eltern-Kind-Angebote nicht nur in adretten Familienbildungsstätten stattfinden, sondern dort, wo sich Familien sowieso begegnen wie z.B. im Kindergarten. Deswegen ist der Ausbau der Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Einher gehen sollte dabei auch die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtungen.

Die persönliche Sicht auf Krankheit und Gesundheit wird auch durch kulturelle Faktoren geprägt. Jeder Mensch hat im Sinne seiner Selbstbestimmung ein Recht auf seine kulturelle Sicht auf Krankheit und Gesundheit. Dies gilt es zu respektieren. Gleichwohl endet dieses Recht natürlich

⁴ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.), Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, Berlin ²2008.

dort, wo Rechte anderer Personen beginnen. Daraus ergibt sich auch die Pflicht, z.B. mit Eltern zu arbeiten, wenn ihre kulturelle Sicht auf Krankheit und Gesundheit das Wohl ihres Kindes gefährdet.

3. Die professionsethische Ebene

Professionelle Akteure im Gesundheitswesen, damit meine ich z.B. Ärzte und Ärztinnen, Pflegende und Fachleute der sozialen Arbeit, haben jeden Tag mit Menschen mit Migrationshintergrund zu tun. Für viele ist das keine Besonderheit, sondern Alltag. Für viele ist es selbstverständlich, dass diese Patienten nicht auf ihren Migrationshintergrund reduziert werden dürfen – auch nicht im Hinblick auf ihre Krankheit und Gesundheit. Michael Knipper und Yasar Bilgin stellen dazu fest: „Im medizinischen Kontext kann die Kategorie ‚Migration‘ überall dort sinnvoll verwendet werden, wo ein Zusammenhang zwischen besonderen Krankheitsrisiken, Versorgungsproblemen und/oder konkreten Aspekten des Migrationshintergrundes plausibel erscheint.“⁵ Eine stereotype Sichtweise auf den Patienten mit Migrationshintergrund als den Migranten widerspricht seiner Individualität und bedeutet einen ethisch nicht zu rechtfertigen Reduktionismus.

Geboten hingegen ist eine persönliche Zuwendung zum Patienten, die seine Kultur berücksichtigt, wie immer die geprägt ist. Eine kultursensible Pflege und Medizin kann sich demnach nicht auf den Umgang mit Migrantinnen und Migranten beschränken, sondern muss die Kultur jeder Person oder Gruppe respektieren. Das kann auch eine Person sein, die aus weltanschaulichen Gründen Medikamente ablehnt, deren Entwicklung Tierversuche erfordert haben.

Professionelle Akteure im Gesundheitswesen müssen dementsprechend befähigt werden, eine solche kultursensible Pflege und Medizin durchzuführen und interkulturell sprachfähig zu werden. Gleichwohl gelten Patientenrechte nicht unbegrenzt. Auch die Patienten und ihre Angehörigen haben die Pflicht, dem anderen mit Respekt zu begegnen und seine Kultur zu respektieren. Wenn Patienten die Betreuung durch Pflegende oder Ärzte eines bestimmten Geschlechts ablehnen, besteht kein unbeschränkter Anspruch auf die Betreuung durch das gewünschte Geschlecht. Dieser muss ohne negative Folgen für die professionellen Akteure oder andere Patienten realisierbar sein.

Professionelle Akteure dürfen nicht rechtlich belangt werden, wenn sie Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus bei medizinischer Notwendigkeit helfen. Aus professionsethischer Sicht kann die Hilfe in Not nicht vom Aufenthaltsstatus abhängig gemacht werden. Hier ist die Verwaltungsvorschrift ein richtiger Schritt in die Richtung.

4. Die organisationsethische Ebene

Krankenhäuser, Praxen und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen nach ihren Möglichkeiten die organisationalen Rahmenbedingungen sicherstellen, damit Menschen mit Migrationshintergrund den gleichen Zugang zu den Angeboten finden. Entscheidend ist dabei oft die Unterstützung bei Sprach- und Kommunikationsproblemen. Die Übernahme von Kosten für Dolmetscherkosten ist oft ein großes Problem und sollte politisch besser gelöst werden. Denn gerade bei Gesundheitsfragen sind Ausdrucksmöglichkeiten in der eigenen Sprache ganz entscheidend.

Viele Gesundheitseinrichtungen setzen Übersetzern ein – oft Muttersprachler aus das eigene Personal. Sehr erfolgreich sind Modelle wie in Mannheim wo neben Dolmetscher aus den eigenen Reihen auch Kulturdolmetscher im Krankenhaus eingesetzt werden. Die Theresienkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH hat einen engen Kontakt zur Einsatzzentrale der Kulturdolmetscher des Caritasverbandes Mannheim. Die Kulturdolmetscher können jederzeit gegen Vergütung gerufen werden, um Menschen aus anderen Herkunftsländern bei Krankenhausaufenthalten zu begleiten. Die Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund zu Kulturdolmetschern oder auch Alltagsbegleiter für pflegebedürftige kann auch ein wichtiger Schritt sein für den Zugang für den

⁵ Michael Knipper; Yasar Bilgin, Migration und andere Hintergründe, in: Deutsches Ärzteblatt 107/3 (2010), A 76-9. Vgl. Michael Knipper; Yasar Bilgin, Migration und Gesundheit, Sankt Augustin 2009.

ersten Arbeitsmarkt. Denn solche Personen werden zunehmend gerne von sozialen Einrichtungen und anderen Organisationen eingestellt. Es kann auch der Einstieg für einen sozialen Beruf sein. Wichtig ist es auch, Menschen mit Migrationshintergrund für die Berufe im Gesundheitswesen zu gewinnen.

Viele Gesundheitseinrichtungen sind jedoch überfordert, die notwendige Barrierefreiheit für Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern allein herzustellen. Im Sinne des Patienten- und auch des Mitarbeiterwohls sind sie daher verpflichtet, sich eng mit Migrationsdiensten, anderen sozialen Diensten und Migrantenselbstorganisationen zu vernetzen. Für die sozialen Dienste wie z.B. Migrationsdienste, aber auch andere soziale Dienste wie die allgemeine Sozialberatung, Erziehungsberatung besteht gleichzeitig die Pflicht, auch gesundheitliche Belange der Klienten mit Migrationshintergrund genauso wie bei anderen Klientengruppen in den Blick zu nehmen. Problematisch ist nach wie vor, dass Menschen mit Migrationshintergrund von sozialen Diensten häufig vorwiegend mit der Migrationsbrille gesehen werden und zu wenig in ihrer individuellen Situation. Deshalb ist ein entscheidendes Ziel die interkulturelle Öffnung aller sozialen Dienste und nicht die alleinige Delegation an den Migrationsfachdienst. Dazu zählt auch, dass die sozialen Beratungsstellen Menschen aus anderen Ländern qualifiziert beraten können müssen, welche Rechte sie im Gesundheitswesen haben. Zum Teil besteht bei den Beratungsdiensten nicht immer ausreichend Kenntnis, welche Rechte z.B. Bürger aus neuen EU-Ländern in Deutschland haben oder auch nicht. Hier besteht sicherlich noch Qualifizierungsbedarf auch angesichts einer nicht immer einfach zu durchschauenden Rechtslage.

Die Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus darf für Gesundheitseinrichtungen nicht zum finanziellen Risiko werden. Ich halte das Nothilfegebot für die Menschen in Illegalität für nicht ausreichend. Ethisch geboten ist meiner Ansicht nach eine umfassendere und legale medizinische Versorgung, die auch präventiv wirkt – insbesondere für Kinder und Jugendliche.

5. Die Ebene der Gesundheitssystemgestaltung

Menschen mit Migrationshintergrund haben keinen Sonderstatus als Bürgerinnen und Bürger. Sie haben die gleichen Rechte und Pflichten wie jedermann. Dies bedeutet jedoch, dass ihr Zugang zum Gesundheitswesen genauso gesichert werden muss wie bei anderen Menschen. Oberstes Kriterium für das Gesundheitswesen ist dabei die Bedarfs- und Befähigungsgerechtigkeit und die selbstbestimmte Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen. Daraus zu schließen ist, dass für Menschen mit Migrationshintergrund keine Sonderversorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu schaffen sind – auch nicht im ÖGD. Dadurch würden Parallelwelten geschaffen werden mit der Gefahr der Ghettoisierung und Benachteiligung.⁶

Die bestehenden Versorgungsstrukturen müssen die migrationsspezifische Bedarfe berücksichtigen, soweit sie bezogen auf Krankheit und Gesundheit eine Rolle spielen. Menschen mit Migrationshintergrund müssen, soweit sie aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht in der Lage sind, ihre Rechte im Gesundheitswesen zu kennen und zu nutzen, in der Wahrnehmung ihrer Rechte gestärkt werden. Angesichts von impliziten und noch immer von politischer Seite tabuisierten Rationierungsphänomenen im deutschen Gesundheitswesen besteht die Gefahr, dass Menschen mit eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten aufgrund ihrer kommunikativen Möglichkeiten, ihres Bildungs- oder Gesundheitszustandes, besonders schnell zu Rationierungsopfern werden.⁷ Solchen Tendenzen sind durch eine Offenlegung von Rationierungserscheinungen und einer Enttabuisierung der Debatte entgegen zu wirken. Problematisch sehe ich in diesem Zusammenhang die Einrichtung von „Medizintafeln“, medizinischen Basisdiensten, da sie auf signifikante Versorgungslü-

⁶ Vgl. Heike Korzilius, „Wir müssen die Patienten dort abholen, wo sie stehen.“ Medizinische Versorgung von Migranten, in: Deutsches Ärzteblatt 107/3 (2010), B-68.

⁷ Rationierung: Vorenthaltung notwendiger pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen.

cken hinweisen. Der Deutsche Ethikrat sollte aus meiner Sicht für einen öffentlichen Diskurs bzw. Konsultationsprozess zur zukünftigen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen eintreten, wo auch Themen wie Rationierung und Prioritätensetzung nicht tabuisiert werden.⁸

Migrantinnen und Migranten müssen die Möglichkeit zur Beteiligung an politischen Prozessen zur Gestaltung des Gesundheitswesens haben (Beteiligungsgerechtigkeit). Übrigens ist mir bei der Mitgliederliste des Deutschen Ethikrates aufgefallen, dass dort noch kaum Menschen mit Migrationshintergrund vertreten sind.

Die Priorität unseres nach wie vor stark kurativ ausgerichteten Gesundheitswesens sollte aus ethischer Sicht die Gesundheitsprävention sein. Ein umfassender Ansatz dafür bietet die soziale Gesundheit. „Gesundheit und Krankheit sind demnach nicht allein auf das Individuum zu beziehen, sondern ihre materiellen, kulturellen und gesellschaftlichen Ursachen und Rahmenbedingungen sind vorrangig zu betrachten.“⁹ Im Vordergrund der Prävention stehen dann nicht Raucherentwöhnungskurse, sondern die „Aktivierung von Ressourcen und sozialer Beziehung im Sinne der Gesundheitsförderung sowie auf sozialer Unterstützung zur Alltagsbewältigung“¹⁰ im Sozialraum. Dabei geht es auch um die Stiftung von Solidarität im Nahraum zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft. Dies kann die nachbarschaftliche Unterstützung von pflegenden Angehörigen sein, die Organisation von einer Kinderfreizeit mit vielen Bewegungsangeboten oder auch die Förderung des ehrenamtlichen Engagements im Stadtteil mit dem Ziel der Sinn- und Solidaritätsstiftung sein. Initiatoren können Vereine, Bürgerbüros, soziale Einrichtungen, Bildungseinrichtungen, Pfarrgemeinden, Migrantenselbstorganisationen und viele Akteure mehr sein. Gesundheitseinrichtungen können sich in solche Netzwerke einbringen und Räume zur Verfügung stellen, Fachkompetenz und Ansprechpartner. Eine solche Initiative für soziale Gesundheit kann gesundheitliche Problemlagen und Versorgungslücken aufdecken und niederschwellige Angebote schaffen. Solche Angebote sollten auf der Prioritätenliste der Kommunen und der anderen staatlichen Ebenen weit nach oben rücken. Für eine solche Prioritätensetzung sollte der Deutsche Ethikrat eintreten.

6. Die sozialetische Perspektive

Solidarität und Eigenverantwortung hängen eng zusammen. So wie jeder Selbstsorge für seine Gesundheit wahrzunehmen hat, hat jeder auch die Pflicht seinen Beitrag nach seinen Möglichkeiten für die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu leisten. Nach unserem jetzigen Finanzierungsmodell ist die GKV-Finanzierung gekoppelt an die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Eine hohe Arbeitslosigkeit belastet die Finanzierung der GKV. Das Risiko von gering qualifizierten Menschen arbeitslos zu sein, ist 4mal so hoch wie bei Akademikern. Jugendliche mit Migrationshintergrund verlassen proportional besonders häufig die Schule ohne Abschluss. Die Ursachen dafür sind vielfältig und sind häufig vor allem in Armut und Benachteiligung begründet. Die Risiken sind langfristig Arbeitslosigkeit und soziale Benachteiligung.

Investitionen in Bildungsgerechtigkeit sind eine Investition auch in die Finanzierungssysteme des Gesundheitswesens. Dies gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Gesundheit. Die gesundheitlichen Belastungen von bildungsfernen Personen sind deutlich höher als bei bildungsnahen Personen. Deswegen sind bessere Bildungschancen ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheit von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Diese Zusammenhänge zeigen

⁸ Vgl. Heinz Lohmann; Uwe K. Preusker (Hg.), Priorisierung statt Rationierung - Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, Landsberg 2009. Sozialetische Reflexionen zum Thema Rationierung/Priorisierung siehe Amos International Heft 2 (2009): Hauptsache gesund?

⁹ Franz Fink, Zur sozialen Gesundheit gehört kultursensibles Handeln, in: Neue caritas – Migration und Integration, Info 4 (2009), 1.

¹⁰ Fink, Gesundheit, 2.

auch, dass das Thema Migration und Gesundheit nicht allein aus der Perspektive des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik gesehen werden kann. Das Gesundheitswesen könnte noch so gut mit Ressourcen ausgestattet werden. Es wird diese Zusammenhänge zwischen Armut-Bildung-Gesundheit-Benachteiligung nur begrenzt verändern. Im Gegenteil – das Gesundheitswesen und seine Akteure sind häufig Auffangbecken für soziale Nöte von Menschen, die auch durch oder im Zusammenhang mit einer Migrationsgeschichte ausgelöst sein können – sei es Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende Beheimatung oder das Risiko, abgeschoben zu werden. Da hilft keine Medizin, sie kann höchstens Symptome lindern. Es besteht im Gegenteil sogar die Gefahr, dass solche Nöte medikalisiert werden. Deswegen zum Schluss mein Plädoyer für eine Demedikalisierung von Lebenslagen – auch eines Lebens mit Migrationsbiografie.

So wichtig das Thema Migration und Gesundheit ist, darf es nicht einseitig aus medizinischer Sicht gesehen werden, sondern erfordert einen übergreifenden Ansatz im Sinne der Verhältnisprävention. Dazu braucht es eine Zusammenarbeit aller relevanten Ministerien, der Migrantenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und anderen gesellschaftlichen Akteure. Solidarität und Eigenverantwortung lassen sich auch im Blick auf Migration und Gesundheit nicht gegeneinander ausspielen. Sie stehen in einer fruchtbaren Spannung. Zu beidem- sei es Solidarität oder Selbstsorge müssen Menschen befähigt werden. Dafür tragen wir alle Verantwortung!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

PD Dr. Ulrike Kostka, MPH

Privatdozentin am Seminar für Moralthologie, Universität Münster

Leiterin der Abteilung Theologische und verbandliche Grundlagen
und des Präsidenten- und Vorstandsbüros
Deutscher Caritasverband, Freiburg