

## **Krankenversicherung und Altersvorsorge zukunftsfest machen Gerechte Finanzierung von Gesundheitsleistungen und Rente**

### **Fragen an Dr. Brigitte Bertelmann:**

„Wo bleibt euer Aufschrei?“ heißt der Titel einer Veranstaltung am 19. Februar über soziale Sicherungssysteme, an der auch das Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung (ZGV) beteiligt ist. Worte, die aufrütteln. Warum ist es dringend notwendig, das Thema auf die Tagesordnung zu setzen?

Wir entfernen uns immer weiter von dem Gedanken der solidarischen Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme.

Die Frage, wie insbesondere das Gesundheitswesen und die Altersvorsorge angesichts der demografischen Entwicklung und der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt leistungsfähig erhalten werden können, ist seit vielen Jahren ein Thema. In den letzten zwanzig Jahren gab es immer wieder „Reformen“, die aber im Wesentlichen in die gleiche Richtung gingen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde der Leistungskatalog reduziert und gleichzeitig wurde die einseitige Belastung der Beitragszahler/innen durch ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung, durch Praxisgebühren und Zuzahlungen kontinuierlich erhöht. Außerdem konnten sich immer mehr gut verdienende aus dem System herausziehen. Auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung wurden durch den Einbau eines sog. demografischen Faktors und das sukzessive Verschieben des Renteneintrittsalters die Leistungen reduziert. In beiden Fällen werden von den Beitragszahlern zusätzlich höhere Eigenleistungen in Form von privaten Zusatzversicherungen erwartet.

Der Vorstoß der neuen Bundesregierung, jetzt die bereits vor einigen Jahren von der CDU propagierte Kopfpauschale für die Krankenversicherungen einzuführen, setzt diese Entwicklung fort. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene „Kopfpauschale“ ist allerdings eine grundsätzliche, strukturelle Veränderung und nicht nur ein weiterer Reformschritt im Rahmen des bisherigen Systems.

Welches Konzept verbirgt sich hinter dem Stichwort Kopfpauschale?

Der Grundgedanke ist der einer einkommensunabhängigen Prämie. D.h., dass beitragspflichtige Erwachsene bei einer Krankenkasse grundsätzlich den gleichen Betrag zahlen.

Um einkommensschwache Personen nicht zu überfordern, ist für sie ein Ausgleich aus allgemeinen Steuermitteln vorgesehen. Darüber, wie dieser gestaltet und finanziert werden soll, gibt es noch keine genauen Aussagen.

Die Schweiz hat bereits vor 13 Jahren die Kopfpauschale eingeführt. Welche Erfahrungen hat das Land mit diesem System gemacht? (Schwachstellen, in welche Richtung denken sie um?)

In der Schweiz ist seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes von 1996 „jede in der Schweiz lebende Person obligatorisch für die Krankenpflege versichert“. Durch diese Versicherung sind, bis auf eine obligatorische Selbstbeteiligung „alle

medizinisch notwendigen Leistungen, die zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit notwendig sind“ abgedeckt. Private Zusatzversicherungen sind möglich, allerdings nur zur Ergänzung der Pflichtversicherung, nicht als Alternative. Eine Fachkommission entscheidet darüber welche Gesundheitsleistungen oder Medikamente „wirksam, wirtschaftlich und zweckmäßig“ sind und in den Katalog der Pflichtleistungen aufgenommen werden. Der größte Teil der Zahnarztkosten wird nicht von der Pflichtversicherung übernommen.

In der Schweiz zahlt jede erwachsene Person über 25 Jahre unabhängig vom Einkommen ihre eigene Prämie. Für Kinder (bis 18 Jahre) und junge Erwachsene (18 – 25 Jahre) gelten reduzierte Prämienätze. Die Prämien können je nach Versicherer und Kanton variieren und auch innerhalb der Kantone noch regional differenziert werden. Die kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien liegen zwischen 150,00 und 350,00 SF, im Einzelfall aber auch deutlich darüber. Finanziell Bedürftige erhalten eine Ermäßigung für deren Höhe und Umsetzung die Kantone zuständig sind.

Von Experten wird die sehr hohe Selbstbeteiligung und die hohe relative Belastung gerade der Familien mit mittlerem Einkommen als besonders kritisch betrachtet. Laut OECD ist in der Schweiz der Anteil der nicht durch die Krankenversicherungen bezahlten Ausgaben sehr hoch. Der Anteil der Krankheitskosten, der von den Versicherten selbst zu zahlen ist, liegt vor allem wegen der neben den Prämien zusätzlich zu zahlenden Selbstbeteiligung bei durchschnittlich über 31%. Am stärksten belastet sind Familien mit Kindern über 18 Jahren, die sich noch in einer Ausbildung oder im Studium befinden, mit ihrem Einkommen aber gerade über den Grenzen liegen, die sie zu einer Reduzierung der KV-Beiträge oder anderer staatlicher Transfers berechtigen würden.

Auf der anderen Seite werden Bezieher hoher Einkommen relativ gering belastet. Anders als im Rentenversicherungssystem der Schweiz gibt es bei der Krankenversicherung kaum einen sozialen Ausgleich. Otto Piller, der langjährige Vorsteher des Bundesamtes für Sozialversicherung der Schweiz schätzt dies als so gravierend ein, dass er darin mittelfristig eine Gefahr für den medizinischen Fortschritt und die Qualität der medizinischen Leistung sowie das Gesundheitsniveau der Bevölkerung aber auch für die allgemeine Akzeptanz des Systems sieht.

Schlagzeilen wie „Unversöhnliche Positionen bei der Kopfpauschale“ machen deutlich, dass das Konzept auch in Deutschland umstritten ist. Wie schätzen Sie den Reformvorschlag ein?

Ein Ziel, das mit der Einführung einer einkommensunabhängigen Prämie verbunden wird, ist es, die Belastung der Lohnkosten mit Sozialversicherungsbeiträgen zu reduzieren. Die Koalition will an den „eingefrorenen“ Arbeitgeberbeiträgen auf jeden Fall festhalten. Obwohl der Anteil der Lohnkosten im produzierenden Gewerbe teilweise deutlich unter 10% liegt, kann dies vor allem auch im Dienstleistungsbereich zur Erhaltung von Arbeitsplätzen beitragen und ist m. E. grundsätzlich sinnvoll und erstrebenswert. Um dieses Ziel zu erreichen, muss man aber nicht davon abweichen, dass Beiträge grundsätzlich an die Einkommenshöhe und damit an die finanzielle Leistungsfähigkeit gebunden sind. Eine Entlastung der Einkünfte aus abhängiger Erwerbsarbeit und damit auch der „Lohnnebenkosten“ könnte auch dadurch erreicht werden, dass alle Einkunftsarten zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen herangezogen werden.

Ein weiteres im Koalitionsvertrag vereinbartes Ziel ist es, darauf hinzuwirken, dass „Beitrag und Leistung ... in einem adäquaten Verhältnis (zueinander) stehen.“ Das kann bedeuten, dass Personen mit guter Gesundheit, die wenig Kosten verursachen, Tarife (z.B. mit höherer Selbstbeteiligung) wählen können, die ihre Beitragsbelastung senken bzw. dass diese, ähnlich wie heute bei der KFZ-Versicherung, in niedrigere Risikoklassen eingestuft werden und deshalb geringere Beiträge zahlen. Chronisch Kranke und Personen mit allgemein schlechterer Gesundheit müssten dagegen unabhängig von ihrem Einkommen deutlich höhere Kosten tragen.

Da der Koalitionsvertrag, anders als in der Schweiz, die privaten Krankenversicherungen auch zukünftig als alternative Vollversicherung beibehalten und sogar stärken will, und gleichzeitig den Risikostrukturausgleich und die Verpflichtung zur Aufnahme von Versicherten in einen Basistarif für die Privatversicherer tendenziell eher begrenzen will, ist zu befürchten, dass dies die bereits jetzt zu beobachtende Tendenz zur Konzentration „guter oder schlechter Risiken“ in bestimmten Kassen und damit zu einer Zwei-Klassen Medizin noch beschleunigen und verstärken würde.

Genauere Aussagen zur Gestaltung, zum Leistungskatalog und zur Höhe der Prämien liegen aber noch nicht vor, so dass auch noch keine abschließende Beurteilung der Belastungen und der Verteilungswirkung der angekündigten Reform möglich ist. Grundsätzlich halte ich das „Gut Gesundheit“ und den „Gesundheitsmarkt“ nicht vergleichbar mit dem Angebot und der Nachfrage auf anderen Märkten für Güter und Dienstleistungen. Ohne das im Einzelnen hier ausführen zu können, will ich darauf hinweisen, dass bei Gesundheitsleistungen die Nachfrage im Wesentlichen anbieterdeterminiert ist, d.h. dass es in der Natur der Sache liegt, dass überwiegend Ärzte/ Ärztinnen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entscheiden und nicht die Patienten bzw. die Versicherten selbst.

Was würde sich für Familien verändern?

Die geplante Kopfprämie würde gerade Durchschnittsfamilien mit nur einem (vollen) versicherungspflichtigen Einkommen besonders stark belasten. Wenn auch Ehepartner/innen, mit Teilzeitstellen oder ohne eigenes versicherungspflichtiges Einkommen die volle Kopfprämie zahlen müssten und darüber hinaus, wie es im Koalitionsvertrag ebenfalls festgehalten ist, „Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten“ vorgesehen sind. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass dies vor allem durch hohe Eigenanteile erreicht wird. Außerdem ist mit einer Reduzierung des Leistungskatalogs zu rechnen und folglich mit einem wachsenden Druck, zumindest ergänzende Zusatzversicherungen abzuschließen. Über die genaue Regelung zur Finanzierung der Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene in Ausbildung oder Studium, die noch kein eigenes Einkommen haben, liegen bisher keine verbindlichen Aussagen vor. Das Beispiel der Schweiz zeigt allerdings, dass tendenziell insbesondere Familien mit mittlerem Einkommen und älteren Kindern überproportional belastet werden. Insgesamt halte ich es bei den sozialen Sicherungssystemen für erforderlich, zukünftig sehr viel konsequenter auf einen gerechten Belastungsausgleich zwischen denjenigen, die Kinder haben, erziehen und versorgen und denjenigen, die dies nicht tun, zu achten.

Welche Alternative schlagen Sie vor?

Um tatsächlich eine Entlastung der Erwerbseinkommen aus abhängiger Arbeit und damit auch des Kostenfaktors Arbeit zu erreichen und die Einnahmen der Krankenversicherer unabhängiger zu machen von konjunkturellen oder strukturellen Wirtschaftsentwicklungen halte ich die Einbeziehung aller Bewohner und vor allem auch aller Einkunftsarten für eine Lösung, die auch künftig eine ausreichende Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme gewährleisten kann, und die damit verbundenen Belastungen dem Solidaritäts- und Leistungsfähigkeitsprinzip entsprechend verteilt.

Dieses Prinzip der Bürgerversicherung ist nicht nur auf das Gesundheitswesen anzuwenden, sondern ebenso, wie das in diesem Fall positive Beispiel der Schweiz zeigt, auch auf die Rentenversicherung. Dabei muss aber zusätzlich besonderer Wert darauf gelegt werden, dass es zu einem gerechten Ausgleich zwischen denjenigen, die Kinder aufziehen und denen, die das nicht tun, kommt. Dieser Aspekt wurde in keinem bisher von den Parteien vorgelegten Modell auch nur annähernd hinreichend berücksichtigt.

Was würde sich bei einer Bürgerversicherung gegenüber dem jetzigen System und der Kopfpauschale verbessern?

Eine Bürgerversicherung würde m. E. wesentlich stärker als die Kopfpauschale und auch besser als das derzeitige System den Veränderungen in der Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt Rechnung tragen. Wir haben seit Jahren eine Zunahme irregulärer Arbeitsverhältnisse und unterbrochener Erwerbsbiografien. Beides führt zu schwankenden und tendenziell nicht ausreichenden Einnahmen aus Beiträgen, die allein an abhängige Erwerbsarbeit mit unteren und mittleren Einkommen gebunden sind. (Für Einkünfte über 400,00 € bis 800 € gibt es eine sog. Gleitzone, darüber bis zur Beitragsbemessungsgrenze - bei der GKV z. Zt. 45.000,00 €, werden bei der RV 66.000,00 € - die gesetzlich festgelegten Beitragssätze plus gfs. Zusatzbeiträge einzelner Krankenkassen erhoben).

Wir haben außerdem eine seit Jahren sinkende Lohnquote bei einem gleichzeitig wachsenden Anteil der Einkommen aus Kapitalerträgen und Vermögen. Auch deshalb ist es sinnvoll und notwendig, diese Einkunftsarten ebenfalls zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme heranzuziehen.

Kritiker führen an, dass eine einzige Krankenversicherung für alle Bürger schlechtere Leistungen anbiete, denn sie sei aufgrund fehlender Konkurrenz nicht motiviert, ihr Angebot zu verbessern. Was entgegnen Sie?

Das Konzept Bürgerversicherung bedeutet keineswegs automatisch, dass es nur noch eine einzige Versicherung gibt. Es bedeutet aber wohl, dass alle Einkommensquellen aller Bürger/innen zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen bzw. der Altersversorgung herangezogen werden. Wettbewerb zwischen den Kassen um eine gute medizinische Versorgung und effiziente Verwaltung wird damit überhaupt nicht ausgeschlossen.

Gibt es Länder, die die Bürgerversicherung bereits eingeführt haben? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Ja. Ich hatte bereits erwähnt, dass das Konzept „Bürgerversicherung“, das alle Bürger/innen und alle Einkunftsarten in die Finanzierung der sozialen Sicherung nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht, nicht nur auf die Krankenversicherung beschränkt werden muss. Die Schweiz hat dieses Prinzip für ihre Altersversorgung umgesetzt. Dort zahlen alle, ohne Bemessungsgrenze einen einheitlichen Prozentsatz ihres Einkommens in die Rentenversicherung ein, und erhalten daraus eine Basisrente, die i.d.R. ergänzt wird durch betriebliche Altersvorsorgemodelle und private Vorsorge.

In Frankreich gibt es eine verpflichtende Bürgerversicherung für Gesundheitsleistungen, die dort wesentlich von den Arbeitgebern mitfinanziert wird.

In den skandinavischen Ländern wird ein großer Teil der Sozialleistungen aus allgemeinen Steuern finanziert und ist dann auch allen Bürgern zugänglich.

Sind Sie und Ihre Kollegen aus dem Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung der EKHN mit verantwortlichen Politikern im Gespräch?

Ja. Z. B. haben wir auch zu unserer Veranstaltung am 19. 02. an der Evangelischen Fachhochschule in Darmstadt gezielt Politiker/innen eingeladen und bereits Zusagen von allen Landtagsfraktionen des Hessischen Landtags erhalten. Darüber hinaus werden solche grundsätzlichen Themen natürlich auch in direkten Kontakten und Hintergrundgesprächen aufgegriffen und nicht zuletzt auch in Veröffentlichungen auf der Ebene der Landeskirchen ebenso wie von der EKD.

Um die schwierige, finanzielle Situation im Gesundheitswesen zu erklären, wird oft die demographische Entwicklung angeführt: Immer mehr ältere und kranke Menschen benötigen immer teurere Behandlungsmethoden, die durch den medizinischen Fortschritt ermöglicht werden. Auf der anderen Seite zahlen immer weniger jüngere, wohlhabende und gesunde Menschen ein. An geringer werdenden Einnahmen käme kein Reformvorhaben vorbei. Wie könnte ein Gesundheitskonzept auf die finanziellen Gegebenheiten abgestimmt werden? Sind Einschnitte in der gesundheitlichen Versorgung überhaupt vermeidbar? Lassen sie sich sozial verträglich umsetzen? Wo könnte stattdessen eingespart werden, bzw. wie könnten die Einnahmen erhöht werden?

Trotz der von Ihnen beschriebenen demografischen Entwicklung ist Deutschland eines der reichsten und wirtschaftsstärksten Länder der Welt. Das BIP ist (mit Ausnahme des letzten Jahres) kontinuierlich gestiegen, aber der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Einkommen hat aus verschiedenen Gründen, die ich z. T. schon genannt habe, damit nicht Schritt gehalten. Ich kann deshalb nur noch einmal betonen, dass diesem Problem nur durch die Einbeziehung aller Einkommensarten zu begegnen ist. Außerdem sind selbstverständlich auch die Ausgaben daraufhin zu überprüfen, wo Einsparmöglichkeiten sind, die nicht die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigen. Dafür gibt es nach meiner Überzeugung eine Fülle von kurzfristigen aber vor allem auch von längerfristig wirksamen Möglichkeiten. Ich möchte nur drei Punkte beispielhaft nennen:

1. Es ist z.B. die Preisgestaltung für Medikamente zu prüfen, die von den Kassen bezahlt werden. Dies gilt vor allem dann, wenn das dazu führt, dass das gleiche Medikament in Deutschland deutlich teurer ist als z.B. in Frankreich, Großbritannien oder den USA. Dass auch die forschenden Pharmaunternehmen, trotz der anerkanntermaßen hohen Kosten, die mit Forschung und Entwicklung aber auch mit den vor der Marktreife und Anerkennung erforderlichen Testverfahren verbunden sind, zur Kostensenkung einen Beitrag leisten müssen, hat kürzlich z.B. auch Andreas Barner, der Firmensprecher des Pharmakonzerns Boehringer Ingelheim festgestellt. Er hat dabei angeregt, bei der Beurteilung der Effizienz und Zweckmäßigkeit von Medikamenten auch deren Wirkung im Rahmen des gesamten Gesundheitssystems und im Zusammenspiel mit anderen Maßnahmen einzubeziehen.
2. Ein ganzheitlicher Ansatz erscheint mir nicht nur mit Blick auf den einzelnen Patienten als sehr sinnvoll und Richtungweisend. Längerfristig brauchen wir eine solche ganzheitliche Betrachtung sowohl bei der Beurteilung von Medikamenten wie auch im Blick auf das gesamte Gesundheitssystem. Dabei müssten sowohl die Leistungskataloge einer kritischen Überprüfung unterzogen werden z.B. unter dem Aspekt, ob es nicht wirksamer und insgesamt preiswerter wäre, personenbezogene Leistungen von Ärzten und Pflegepersonal besser zu bezahlen und weniger Anreize für den Einsatz von teuren Geräten (die dann ausgelastet werden müssen) zu bieten. Ich halte einen stärkeren Akzent auf präventiven Maßnahmen sowie eine größere Offenheit für sog. alternative Heilmethoden, Naturheilverfahren und die klassische Homöopathie sowohl unter ökonomischen als auch unter psychosozialen Gesichtspunkten für erforderlich.
3. Vor allem aber bin ich der Meinung, dass wir eine grundsätzliche Debatte darüber brauchen, wie wir heute Gesundheit und Krankheit verstehen und damit umgehen. M. E. hat der technische Fortschritt und die häufig damit verbundene Illusion, dass „alles machbar“ ist, sowie die Ökonomisierung in diesem Bereich und das Betrachten des Gesundheitswesens vor allem als „Gesundheitsmarkt“ und als „Wachstums- und Beschäftigungsmotor“ den Blick dafür verstellt, dass Krankheit zu unserer Körperlichkeit und Endlichkeit und damit zu unserem Menschsein dazu gehört. Krankheit in Form von Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ist nicht nur als lästige, unerwünschte Einschränkung der ökonomischen Effizienz zu sehen, sondern vielfach als ein Signal dafür, dass in unserem Leben, in unserem sozialen Umfeld in unseren Arbeitsbedingungen oder in unserer Umwelt etwas nicht in Ordnung ist. Ein humaner Umgang mit Krankheit und Einschränkung fragt auch danach, was Menschen krank macht. Eine Gesellschaft, für die Gesundheit ein hoher Wert (nicht nur ein „Gut“) ist, muss sich insgesamt für Bedingungen einsetzen, die übermäßige Belastungen abbauen bzw. vermeiden und Leben in all seinen Ausprägungen schützen und zum Maßstab politischen und ökonomischen Handelns machen.

Wie überzeugen Sie die Politiker? Sind Kampagnen geplant?

Politische Entscheidungen sind nicht nur davon abhängig, ob einzelne Politiker/innen von der Sinnhaftigkeit bestimmter Maßnahmen oder Reformen überzeugt werden können. Sie unterliegen vielfach auch parteitaktischen und ökonomischen Interessen.

Eine sehr weitgehende, grundsätzliche Reform der sozialen Sicherungssysteme müsste von einer breiten, parteiübergreifenden Zustimmung in der Bevölkerung getragen werden. Sie braucht wegen der notwendigen langen Übergangsfristen vor allem bei der Rentenversicherung mit ihren über lange Jahre erworbenen Leistungsansprüchen aber auch bei der privaten Krankenversicherung, die für ihre Mitglieder Rücklagen für die im Alter zu erwartenden höheren Kosten bildet, einen langen Atem, der über ein oder zwei Legislaturperioden hinausgeht. Dafür ist ein Meinungsbildungsprozess und eine Verständigung über die damit verbundenen Ziele und zugrunde liegenden Werte erforderlich. Nach meiner Überzeugung gehört es auch zur gesellschaftlichen Verantwortung von Kirche, sich daran zu beteiligen.

Liegt hinter der Idee der Bürgerversicherung eine christliche Haltung? Wenn ja – welche?

Nach christlicher Überzeugung leben Menschen aus der unbegrenzten Gnade und dem bedingungslosen Erbarmen Gottes. Gottes Erbarmen ist im alten Testament bezeugt in der Geschichte der Befreiung des Volkes Israel aus Sklaverei, Ausbeutung und Unterdrückung, im neuen Testament durch das Zeugnis von der Befreiung aus Sünde und Tod durch das Opfer Jesu Christi am Kreuz. Die Erinnerung an Gottes Erbarmen begründet das Doppelgebot der Gottes- und der Nächstenliebe (Mk. 12, 28-31). Darin wird aber vor allem noch einmal der doppelte Bezug deutlich, in dem Menschen leben. Sie sind verwiesen auf ihre Beziehung zu Gott und zu den Mitmenschen. Das Gebot der Liebe muss sich auch in der strukturellen Dimension auswirken: in dem Ringen um den Aufbau einer Gesellschaft, die niemanden ausschließt und die Lebenschancen für alle sichert. So steht es auch im Gemeinsamen Wort der Kirchen „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ (Hrsg. vom Rat der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz 1997) Individualität, Eigenverantwortung und Freiheit werden falsch verstanden, wenn sie so aufgefasst werden, dass sie dem entgegenstehen.

Nach Luther sind Menschen durch Christus davon befreit, sich durch ihr eigenes Handeln vor Gott rechtfertigen zu müssen. Sie sind davon befreit, sich vorrangig ständig um sich selbst zu sorgen und werden dadurch frei für die Hinwendung und die Liebe zum Nächsten, nicht aus Zwang, sondern aufgrund der befreienden Liebe Gottes. So verstanden besteht der oft beschworene Gegensatz zwischen Solidarität und Freiheit gerade nicht, vielmehr bedingen und ermöglichen sie sich gegenseitig. Ob wir es Solidarität oder christliche Nächstenliebe nenne, die Hinwendung zu den Armen, Schwachen und Benachteiligten wird für Christen zum verpflichtenden Kriterium des Handelns.

Daraus lässt sich kein Plädoyer für ein ganz bestimmtes System der Sozialversicherung ableiten, wohl aber sozialethische Kriterien für seine Gestaltung. Dazu gehört m. E. eine Verteilung der Belastung nach der Leistungsfähigkeit, insgesamt ein humaner Umgang mit Krankheit und Behinderung und ein Verständnis von Wirtschaft, das den Schutz von Leben und Menschenwürde zum Maßstab macht.

Das Interview führte Rita Deschner, online-Redaktion der Ev. Kirche in Hessen und Nassau

