

# Die Folgen des »Rosinenpickens«

## Globalisierung und Soziale Sicherheit in Asien

von Bernd Schramm

*Spätestens seit dem GATS-Abkommen ist der Globale Wettbewerb nicht nur auf Waren und Kapitalmärkte begrenzt; auch die Dienstleistungsindustrie unterliegt dem globalen Wettlauf. Im Gesundheitssektor ist es zu einer wachsenden Konkurrenz zwischen privaten und staatlichen Anbietern gekommen. Private Krankenhäuser und Gesundheitszentren locken die reichen Mitglieder der Gesellschaft an und überlassen dem staatlichen Gesundheitssystem die Aufgaben, die Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen und die Kosten für die arme Bevölkerung zu übernehmen.*

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde in der Wirtschafts- und Finanzpolitik weltweit ein Weg eingeschlagen, der dramatische Auswirkungen auf die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen hat. Hierzu gehören der Abbau von tarifären und nichttarifären Handelshemmnissen, die Liberalisierung der Kapitalmärkte, die Förderung grenzüberschreitender Investitionen, die Privatisierung öffentlicher Unternehmen und der öffentlichen Daseinsvorsorge, die Kürzung öffentlicher Ausgaben und eine restriktive Geldpolitik. Die strukturellen Veränderungen, die vom *Internationalen Währungsfonds* (IMF), der Weltbank und der *Welthandelsorganisation* (WTO) propagiert und im Rahmen von sogenannten Strukturanpassungsmaßnahmen den ärmeren Ländern auferlegt werden, bezeichnet man gemeinhin als ökonomische Globalisierung. Wenn Länder mit niedrigem Volkseinkommen Zugang zu internationalen Krediten haben möchten, müssen sie sich an die Grundregeln der neoliberalen Politik halten. In Südostasien entstand solch eine Situation vor allem nach der Finanzkrise von 1997, als die Währungen von Thailand, Indonesien, den Philippinen, Malaysia und Korea bis zu 80 Prozent (im Fall Indonesiens) abgewertet wurden. Die Konsequenzen zeigten sich in einer dramatischen Abnahme des Bruttoinlandsprodukts, eines jähen Rückgangs der Aktien- und Anlagewerte, einer

verminderten Zahlungsfähigkeit bei Auslandsschulden, massenhaften Entlassungen und Insolvenzen, höheren Zinssätzen und steigenden Preisen. Wenn man allein die *ökonomischen* Auswirkungen betrachtet, verursachten diese Entwicklungen gegen Ende des 20. Jahrhunderts in fast allen Ländern Asiens einen enormen Rückgang bei Produktion, Konsum und Durchschnittseinkommen. Globalisierung bedeutet besonders für die ärmeren Länder eine wachsende Abhängigkeit von Weltmärkten und Kapitalflüssen. Ferner bewirkt die Globalisierung, dass Produzenten ihre Kosten verringern müssen, um ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten. Dies verringert den Spielraum der Regierungen, Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge zu erheben.

### Globalisierung und soziale Sicherungsnetze

Die Globalisierung übt weltweit einen enormen Druck auf Löhne und Lohnnebenkosten aus. Wenn die Lohnnebenkosten verhältnismäßig hoch sind, wandert Kapital in billigere Länder ab. Die große Nachfrage nach Arbeit und der Zugriff auf billige Wanderarbeiter versetzt die Unternehmer in die Lage, Löhne und Sozialleistungen zu drücken. Zusätzlicher Druck wird auf Familien durch die von Ar-

beitnehmern geforderte Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt ausgeübt. Immer mehr Familien und traditionelle Unterstützungssysteme brechen auseinander; in den Dörfern werden die alten und kranken Menschen zurückgelassen.

Hinzu kommt, dass die angespannte Haushaltslage vieler Entwicklungsländer die politische Handlungsfähigkeit verringert, soziale Sicherungssysteme auf arbeitslose und arme Menschen auszudehnen. Der Druck auf die Staatskassen und die politischen Vorgaben des IWF und der Weltbank haben viele Regierungen dazu veranlasst, Schulgeld bis einschließlich der Grundschule sowie Nutzergebühren bei der medizinischen Grundversorgung einzuführen. Globaler Wettbewerb ist nicht nur auf Waren und Kapitalmärkte begrenzt; seit dem GATS-Abkommen (*General Agreement on Trade in Services*) unterliegt auch die Dienstleistungsindustrie dem globalen Wettlauf. Im Gesundheitssektor ist es zu einer wachsenden Konkurrenz zwischen privaten und staatlichen Anbietern gekommen. Private Krankenhäuser und Gesundheitszentren locken die reichen Mitglieder der Gesellschaft an und überlassen dem staatlichen Gesundheitssystem die Aufgaben, die

*Der Autor hat zum Thema »Sozialpolitik in Thailand. Die Entwicklung eines Wohlfahrtsstaates zwischen Paternalismus und Moderne« promoviert.*

Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen und die Kosten für die arme Bevölkerung zu übernehmen. Diese Form des »Rosinenpickens« beobachtet man auch bei medizinischen Fachkräften. Erfolgreiche Ärzte und Krankenschwestern werden mit hohen Gehältern und attraktiven Arbeitsbedingungen in den Privatsektor gelockt. Das öffentliche Gesundheitswesen kann finanziell nicht konkurrieren und wird durch die Abwanderung von Fachkräften in seiner Existenz bedroht. Die Qualität der Gesundheitsversorgung für die breite Masse, die sich keine Privatversorgung leisten kann, sinkt weiter.

von Kapital, Waren, Know-how, Technologien und Dienstleistungen überhaupt nicht von umfassenden Erfolgen begleitet. Es gibt ein niedrigeres Wirtschaftswachstum und abnehmenden Fortschritt bei den Gesundheits- und den anderen sozialen Indikatoren, für die die strukturellen und politischen Veränderungen während der letzten zwei Dekaden zumindest teilweise verantwortlich zu sein scheinen. In Asien manifestierten sich die Schattenseiten der Globalisierung vor allem in der Zeit nach der Krise von 1997. Der ökonomische Einbruch verursachte eine weit verbreitete soziale Notlage, massive Ar-

ben. Viele Länder suchen nach neuen Wegen, wie man ein wirkungsvolles soziales Netz organisieren kann. Sozialer Schutz und Gesundheitsfürsorge sind wieder an oberster Stelle der Tagesordnung der internationalen Organisationen aufgetaucht, – die Weltbank, der IWF und die Asian Development Bank (ADB) eingeschlossen. Es gibt ein steigendes Bewusstsein, dass »Brains and Bodies«, – Gesundheit und Ausbildung – die grundlegenden Faktoren einer Entwicklungsstrategie gegen die Armut sind. Die Entwicklungsziele der Vereinten Nationen für 2015 heben zum Beispiel neben Armutsbekämpfung Gesundheit und Ausbildung als wichtigste Indikatoren und Entwicklungsförderer hervor. Die OECD legt dar, dass ein angemessenes Niveau der Gesundheit, der Ausbildung und des Sozialschutzes unter anderem direkt das Leben armer Frauen und Männer verbessert und zu allgemeinem Wachstum und Entwicklung beiträgt. Es gibt auch eine steigende Tendenz, Sozialversicherungs- und Krankenversicherungsentwürfe in Entwicklungsländern einzusetzen oder zu erweitern. In Asien haben zum Beispiel Japan, Korea, China, Indien, Thailand, Laos, Vietnam, die Philippinen und Indonesien in den letzten Jahren ihre sozialen Sicherungssysteme auf größere Bereiche ausgedehnt.

Die thailändische Regierung reagierte auf die schnelle Abwertung des Baht und der eskalierenden Staatsverschuldung mit einem sofortigen Stopp der Regierungsausgaben und Haushaltskürzungen. Der soziale Bereich wurde besonders stark durch die Sparmaßnahmen im Gesundheits- und Wohlfahrtssektor getroffen. Öffentliche Ausgaben für Sozialeinrichtungen wurden zwischen 1997 und 2000 um mehr als die Hälfte gekürzt, und die Regierung verringerte auch ihre Beitragsverpflichtungen zum Sozialversicherungssystem. Nach einem Jahr Konsolidierungspolitik mit strengen Sparmaßnahmen, welche der IWF als Bedingung für seine Kredite vorschrieb, entschied sich die Regierung, ihre Politik zu ändern, und zusätzliches Geld für Ausbildung, Gesundheitswesen und soziale Einrichtungen, einschließlich der Arbeitsmarktförderung, auszugeben.

## Globalisierung aus empirischer Perspektive

In einer Studie zu den Auswirkungen der Globalisierung untersuchte das *Center for Economic Policy Research* in Washington die wichtigsten ökonomischen und sozialen Indikatoren aller Länder, für die Daten vorhanden waren, und verglich die letzten 20 Jahre der Globalisierung (1980-2000) mit den zwei Dekaden von 1960 bis 1980. Das Ergebnis ist besorgniserregend. Bezogen auf das Wirtschaftswachstum und fast alle anderen (sozialen) Indikatoren zeigen die 20 Jahre vor der Jahrhundertwende einen deutlichen Rückgang des Fortschritts im Vergleich mit den vorhergehenden zwei Jahrzehnten. Die Fehlentwicklungen zeigten sich am stärksten bei den Ländern mit niedrigem bis mittlerem BIP. In der ärmsten Ländergruppe ging die Pro-Kopf BIP-Wachstumsrate von jährlichen 1,9 Prozent (1960-80) auf 0,5 Prozent (1980-2000) pro Jahr zurück. Fortschritte in der Erhöhung der Lebenserwartung und in der Verringerung der Säuglingssterblichkeit waren auch in den Globalisierungsdekaden beträchtlich langsamer als in den vorhergehenden Dekaden. Die Fortschritte im Bildungsbereich sind in der Ära der Globalisierung ebenfalls zurückgegangen. Die Zuwachsraten im primären, sekundären und tertiären Bildungsbereich verlangsamten sich in den meisten Ländern. Im Gegensatz zum neo-liberalen Denken war die beispiellose Zunahme des grenzüberschreitenden Austausches



beitsplatzverluste, fallende Reallöhne, eine sich verschärfende Armut, erhöhte Anfälligkeit von Gesundheitsgefahren, Abbruch der Schulausbildung von Kindern, eine Rückkehr in ländliche Gebiete sowie einen kräftigen Anstieg der Tätigkeiten im informellen städtischen Sektor.

## Das Comeback der sozialen Absicherung

Die asiatische Krise hat die Notwendigkeit gezeigt, den sozialen Belangen eine höhere Priorität zu ge-

## Global Sozial?

### Strategien sozialer Sicherheit in Asien und Deutschland

Internationale Tagung der Bundeszentrale für politische Bildung und des Asienhauses, Essen

08. - 10. Oktober 2003

KonferenzCentrum der bpb, Brühl

Die Globalisierung stellt soziale Sicherungssysteme und Armutsvorsorge sowohl in den asiatischen Entwicklungsländern als auch in den europäischen Wohlfahrtsstaaten vor neue Herausforderungen. Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen, Deregulierung verstaatlichter Wirtschaftssektoren werden sowohl in Asien als auch in Deutschland praktiziert — von zentraler Bedeutung ist hierbei die fortschreitende Liberalisierung des Welthandels im Rahmen der WTO.

Die Konferenz wird

- einen Überblick über die soziale Lage in Asien und Europa bieten und
- die besondere Betroffenheit von Frauen beleuchten;
- die Diskussion um die Vor- und Nachteile von Privatisierung aufgreifen. Auch die Deregulierung des Arbeitssektors und die Folgen des WTO-Beitritts von China sind dabei Thema.

Die Konferenz wird mit Vertreter/innen von Nichtregierungsorganisationen aus China, Indien, Indonesien, Korea, Malaysia, den Philippinen und Thailand sowie mit deutschen Experten/innen aus Wissenschaft und Politik Gemeinsamkeiten und Differenzen in der gesellschaftlichen und sozialen Debatte untersuchen. Ziel ist es, die Zukunft sozialer Sicherung und Armutsbekämpfung in den Zeiten fortschreitender Globalisierung und Privatisierung genauer zu bestimmen.

#### Information und Tagungsprogramm

[www.asienhaus.de/tagung2003.htm](http://www.asienhaus.de/tagung2003.htm)

Asienhaus

Bullmannau 11, 45327 Essen

Tel.: +49 (0) 201-8303828

Fax: +49 (0) 201-8303830

E-mail: [konferenz@asienhaus.de](mailto:konferenz@asienhaus.de)

Die Netze der sozialen Sicherungssysteme waren jedoch nicht ausreichend, um die Massen von Menschen aufzufangen, die von Armut bedroht waren. Daher wurde Tausenden von entlassenen Arbeitern, die vorher in die Sozialversicherung eingezahlt hatten, eine kostenlose Verlängerung ihrer Krankenversicherung um bis zu zwölf Monate nach Ende der Beschäftigung gewährt. Im Dezember 1998 führte Thailand eine Rentenregelung und Kindergeld als Teil ihres Sozialversicherungssystems für Angestellte im formalen Sektor ein. Um die Gesundheitsvorsorge auch auf die Bevölkerung im ländlichen Raum und dem informellen Sektor auszuweiten, implementierte die Regierung Thaksins ein universelles Gesundheitsversorgungssystem, allgemein als »30-Baht-Programm« bekannt. Unter diesem Programm kann jeder eingetragene Patient, der nicht durch andere Systeme (z.B. Sozialversicherung oder medizinische Versorgung für Staatsbeamte) versichert ist, medizinische Behandlung in staatlichen Gesundheitseinrichtungen und öffentlichen Kliniken für nur 30 Baht (0,65 Euro) pro Behandlung erhalten. Das Programm ist sehr beliebt, obwohl die Versorgungsqualität umstritten ist und die Finanzierung des Programms durch Steuern kontrovers diskutiert wird. Im Oktober 2002 verabschiedete das Repräsentantenhaus ein Krankenversicherungsgesetz, das das Ziel der Regierung, eine Gesundheitsversorgung für alle zur Verfügung zu stellen, weiter unterstreicht.

Die Sozialkrankenversicherung als eine Finanzierungsmaßnahme mit dem Potential, zusätzliches Kapital für das Gesundheitswesen aufzubringen, Zugang zur Gesundheitsvorsorge zu verbessern und zur Armutsbekämpfung beizutragen, ist bei den Gesundheitspolitikern in zunehmendem Maße attraktiv geworden. Die Regierung von Vietnam führte 1992 sowohl die obligatorische als auch eine freiwillige Krankenversicherung ein. Die Pflichtversicherung wird ausschließlich für Staatsangestellte und Angestellte größerer Organisationen zur Verfügung gestellt. Ungefähr sieben Millionen Einwohner kommen für die Pflichtversicherung in Frage, von denen circa 90 Prozent bereits Mitglieder sind. Es gibt einige Einschränkungen bei der Ausweitung

dieser Versicherungsart auf die Gesamtbevölkerung. Als Versuch, die Selbstständigen, die über 75 Prozent der Bevölkerung ausmachen, in ein solches System einzubinden, führte das Gesundheitsministerium eine freiwillige Krankenversicherung für diese Gruppe ein. Landwirte, Angestellte im Dienstleistungssektor und Angestellte von Kleinunternehmen können eine Versicherungskarte kaufen, mit der sie 80 Prozent Rabatt auf die Inanspruchnahme von staatlichen Einrichtungen erhalten. Familienmitglieder in Haushalten unterhalb der Armutsgrenze können eine kostenlose Krankenversicherungskarte erhalten, jedoch verzögert der Mangel an Kapital die Verteilung. »There is a problem in terms of risk-pooling and pooling of contributions, because the purchase of voluntary health insurance is currently very low amongst non-poor adults.«

Auch die Regierung der VDR Laos arbeitet an einem Entwurf für eine staatliche Krankenversicherung.

In Indonesien begann 1977 die gesetzliche Sozialversicherung mit der Einführung eines Sozialversicherungssystems für Arbeiter. Der *Social Security Act* errichtete 1992 JAMSOSTEK als eine Pflichtsozialversicherung für Angestellte der Privatwirtschaft. Angestellte des formellen Sektors sollten per Gesetz gegen verschiedenste Notlagen wie Arbeitsunfälle, Krankheit, Altersarmut und Tod geschützt werden. Jedoch nur ein sehr kleiner Teil der in Frage kommenden Gruppe hat sich in dieser Versicherung eingeschrieben. Staatsbeamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes werden durch eine andere Sozialversicherung abgedeckt, die als ASKES bekannt ist; dies betrifft ungefähr 14 Millionen Menschen (6,5 Prozent der Bevölkerung). Beide Versicherungssysteme weisen eine Anzahl von Mängeln auf: Die Gesamtdeckung ist niedrig, die Brauchbarkeit ist unzulänglich und die Verwaltungsorgane erwecken den Eindruck von Korruption. Aufgrund dieser Unzulänglichkeiten hat die Regierung an der Verbesserung des Sozialversicherungssystems gearbeitet und ein neues Gesetz erarbeitet, um die unterschiedlichen Teile unter einen Hut zu bringen. Es soll ein Sozial- und Krankenversicherungssystem für die Gesamtbevölkerung entstehen und in Stufen eingeführt werden.

In den Philippinen wurde 1995 ein nationales Krankenversicherungsprogramm (NHIP) eingeführt, das zum Ziel hat, allen Filipinos den Zugang zur Gesundheitsversorgung innerhalb der nächsten 15 Jahre (bis 2010) zu ermöglichen. Die *Philippine Health Insurance Corporation (Phil-Health)* ist verantwortlich für die Implementierung des NHIP. Es gibt ein Programm für den formellen Sektor, bei dem die Beiträge gleichmäßig zwischen Arbeitgeber und Angestellten aufgeteilt werden (jeweils 1,25 Prozent des Gehaltes), ein individuelles Programm für Selbstständige (23 US-Dollar pro Jahr), ein kostenloses Programm für Mitglieder, die das Pensionsalter erreicht haben, und ein Programm für die indigene Bevölkerung, die ohne eigenes Einkommen ist (dies wird nun Förderprogramm genannt, weil die Beiträge von 23 US-Dollar pro Familie zwischen der Nationalregierung und den lokalen Provinzregierungen geteilt werden). Der Versicherungsschutz des formellen Sektors scheint ziemlich umfangreich, derjenige der Indigenen und der Arbeiter im informellen Sektor ist zwar noch begrenzt, wobei jedoch ein bemerkenswerter Fortschritt im geförderten Programm erzielt worden ist. Im Jahre 2003 ist sieben Millionen Armen der Zugang zur medizinischen Grundversorgung ermöglicht worden, und fast 50 Prozent der philippinischen Bevölkerung sind Mitglied im NHIP. Das Leistungspaket beinhaltet vor allem Krankenhausaufenthalte und ambulante Versorgung, es bietet aber auch einige Versorgungsangebote für die indigene Bevölkerung, die in ländlichen Basisgesundheitszentren behandelt wird. Obwohl es noch viele Einschränkungen im Leistungspaket gibt, sind die privaten Zuzahlungen auf 41 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich zurückgegangen.

### Neues Interesse an sozialer Absicherung — Warum?

Trotz dieser Errungenschaften ist die Sozialversicherung in Asien meist noch auf den formellen Beschäftigungssektor begrenzt und erreicht nur einen kleinen Anteil der gesamten Bevölkerung. Die Menschen, die am stärksten von einer Dämpfung

aus: Inside Indonesia No. 39, Juni 1994, S. 15



Gesundheitliche Grundversorgung in Indonesien

der Konjunktur betroffen sind, sind jedoch diejenigen, die im informellen Sektor arbeiten und leben. Diese arme und ungeschützte Bevölkerungsgruppe bezahlt den höchsten Preis in Zeiten ökonomischer Rückschläge. Sie ist besonders hart betroffen von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Einkommensverlusten und sie hat nur begrenzte finanzielle Kapazitäten um schwierige Situationen aufzufangen. Wenn der Zugang zu Gesundheitsversorgung und anderen lebenswichtigen Gütern als ein Bürgerrecht gesehen wird, dann können marktwirtschaftliche Steuerung und private Finanzierung der Gesundheitsvorsorge nicht die Lösung sein. Es ist notwendig, von Systemen weg zu kommen, die sich auf private Zahlungen im Krankheitsfall verlassen, und statt dessen die Entwicklung in Richtung eines Systems einzuschlagen, in dem die Risiken auf mehreren Schultern verteilt werden (zum Beispiel durch eine Krankenversicherung) und folglich ein größerer Schutz der armen Bevölkerung sichergestellt werden kann. Traditionelle Systeme zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind oft unzureichend und führen dazu, dass viele arme Menschen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen ohne Zugang zu einer Basisversorgung auskommen müssen. So kann eine ernste Erkrankung schnell zum Ruin des Haushalts führen. Die arme Bevölkerung sieht diese soziale Unsicherheit als einen Gradmesser und eine Hauptursache der Armut an. Diese Situation verlangt Programme zur sozialen Absicherung als oberste

Priorität der Sozialpolitik. Andere Faktoren, die zu einer Neuausrichtung der politischen Entscheidungsträger dieser Länder in Richtung wirkungsvollerer Gesundheitssysteme und sozialer Sicherung beigetragen haben, sind Armut, soziale Ungleichheit und steigende Arbeitslosigkeit, Bevölkerungswachstum und Verstädterung, demographische Veränderungen, veränderte Morbiditätsmuster, aber auch technische Fortschritte in der Gesundheitsversorgung. Die Folge dieser Entwicklungen ist, dass die Regierungen immer weniger imstande sind, für das Gesundheitssystem ihres Landes finanziell aufzukommen.

Was können die Menschen tun, um den Prozess des Aufbaus effektiver Sozialer Sicherungssysteme zu unterstützen? Zuerst ist es die Aufgabe von Fachleuten, Lobbygruppen und Vereinigungen, für die Themen Gesundheit und Ausbildung einen ausreichenden Anteil des Regierungsetats und eine stärkere Berücksichtigung in der Politik zu erkämpfen. Ein kürzlich erschienen Buch legt dar, dass die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in Ostasien wohl hauptsächlich durch soziale Proteste, Wettbewerb in demokratischen Wahlen und die sich ändernde Rolle der Frau bewirkt wird. Dies bedeutet auch, dass soziale Verantwortung vom privaten Sektor gefordert wird. Wie die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) hervorhebt, kann Übereinstimmung zwischen Arbeitgebern, Angestellten und der Regierung in sozialen Belangen helfen, ökonomische und soziale Probleme

anzugehen, die durch Wirtschaftskrisen oder globale Rezession auftreten. Drittens kann die Gesellschaft helfen, die produktiven und kreativen Fähigkeiten der armen Bevölkerung durch ihre eigenen Initiativen zu fördern. Dies ist z.B. möglich durch Mechanismen zur Risikokompensation, die von der Gemeinschaft oder Kooperativen getragen werden, und durch die die arme Bevölkerung vor dem Risiko durch Krankheit, Arbeitslosigkeit und anderen Ursachen des



Foto: Archiv

**Gerade die Armen haben oft schlechten Zugang zum Gesundheitssystem.**

Einkommensverlustes geschützt werden. Es ist eine weit verbreitete Meinung, dass die arme Bevölkerung nicht versicherbar sei. Dies ist nicht der Fall, wie viele Risiko-Fonds und Mikro-Versicherungsentwürfe in Afrika und in Asien zeigen. Nicht zuletzt können auch die Erfahrungen anderer Länder helfen, Ideen zu entwickeln, wie soziale Absicherung eingeführt werden könnte.

## Europäische Werte und Beiträge

Europa kann auf eine Sachkenntnis bezüglich sozialer Fragen zurückblicken, die über eine Zeitspanne von mehr als einem Jahrhundert entwickelt wurde. Der Beitrag Europas zur internationalen Debatte über soziale Sicherung und Gesundheitsversorgung könnte weit über die technischen Fragestellungen hinausgehen. Er umfasst grundlegende konzeptionelle und ethische Fragen, theoretisches Fachwissen sowie das praktische Know-how und die Kenntnis, wie die Prinzipien umzusetzen sind. Nicht alles dieses seit lan-

gem etablierten Sozialversicherungssystemen ist praktikabel, wie die aufgeheizte Debatte um Gesundheits- und Rentenreform in Deutschland zeigt. Dennoch basieren Europas Sozialsysteme auf einigen unumstößlichen Prinzipien und Werten, die es verdienen, auf internationaler Ebene diskutiert zu werden. Dies soll nicht heißen, dass jene Grundregeln universell angewendet werden können. Sie könnten aber als Grundlage für innovative Ideen betrachtet werden,

die auf lokaler Ebene eingeführt werden könnten.

Der grundlegendste europäische Wert, der sich über diesen Zeitraum herauskristallisiert hat, ist die Erfahrung, dass gegenseitige Unterstützung und Solidarität die entscheidenden Pfeiler der ökonomischen und sozialen Stabilität sind.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge überbrücken Solidaritätsmechanismen den Abstand zwischen den finanziellen Risiken im Krankheitsfall und der Zahlungsfähigkeit der Bürger. In Deutschland geht das Solidarprinzip Hand in Hand mit der Übertragung von Aufgaben an autonome, sich selbst verwaltende Institutionen. Das Subsidiaritätsprinzip bedeutet, dass Aufgaben und Verpflichtungen immer auf dem niedrigst möglichen Niveau innerhalb einer Gesellschaft erfüllt werden sollten, die fähig ist, die Belastung zu verkraften und/oder das Problem zu lösen. So wird Verantwortlichkeit, Rechenschaft und Eigenständigkeit gestärkt. Bisher hat die europäische Erfahrung gezeigt, dass es möglich und vorteilhaft ist, soziale Absicherung und Elemente der freien Marktwirtschaft zusammenzubringen. Trotz des Drucks, auf dem Weltmarkt konkurrenzfähig zu bleiben, versucht Europa, die Balance zwischen Lohnkosten und den Kosten ihrer Sozialversicherungen zu halten. Jedoch muss in einer offenen Gesellschaft dieses Gleichgewicht immer wieder zur Debatte zwischen Interessenver-

tretern und Leistungsempfängern stehen, was auch in Korrekturen resultieren kann.

## Schlussfolgerung

Die Globalisierung bringt Vor- und Nachteile mit sich. Ein Vorteil liegt in der Einrichtung wirkungsvoller Sozialversicherungssysteme. Soziale Absicherung ist eine Aufgabe gemeinsamer gesellschaftlicher Werte, gesellschaftlichen Drucks und angemessener sozialer und politischer Prozesse. Sozialer Schutz trägt zum Zusammenhalt in der Gesellschaft bei, er ist ein bestimmender Faktor um:

- makroökonomische Stabilität zu erzielen
- Armut zu verhindern
- ein innovationsfähiges Klima zu schaffen
- die Demokratie zu erhalten

Insbesondere Gesundheit hat sich als eines der relevantesten Elemente des Wirtschaftswachstums, der Armutsbekämpfung, der sozialen Sicherheit und der Prävention von Konflikten erwiesen. Die Nachfrage nach Krankenversicherungsentwürfen steigt sehr schnell. Europas Tradition der Sozialversicherungssysteme hat einiges zu bieten, wenn es um die Einführung adäquater Maßnahmen zur sozialen Absicherung geht. Die Erfahrung zeigt, dass Solidarität und gegenseitige Unterstützung zur ökonomischen, sozialen und politischen Stabilität beitragen können und die Versorgung von benachteiligten und indigenen Bevölkerungsgruppen sicher stellen können.

*Der Beitrag wurde von Simone Königler aus dem Englischen übersetzt.*