

Deutscher Bundestag
16. Wahlperiode

Protokoll Nr. 16/27

Nur zur dienstlichen Verwendung

**Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung**

Kurzprotokoll

27. Sitzung

Berlin, den 29. November 2006, 11.10 Uhr
Sitzungsort: Berlin
Sitzungssaal: Paul-Löbe-Haus, Raum E.800

Vorsitz: Sibylle Pfeiffer, MdB

Öffentliche Anhörung zum Thema

„Soziale Sicherungssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern“

Sachverständige:

Dr. Sibylle Angele	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)
Mirai Chatterjee	Self Employment Women's Association (SEWA)
Dr. Rüdiger Krech	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
Mary Robinson	Health Financing Task Force

Anwesenheitsliste

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses CDU/CSU

Dr. Bauer, Wolf
Fischer (Göttingen), Hartwig
Hübinger, Anette
Klimke, Jürgen
Müller (Gera), Bernward
Dr. Nüsslein, Georg
Pfeiffer, Sibylle
Dr. Ruck, Christian

SPD

Groneberg, Gabriele
Dr. Kofler, Bärbel
Dr. Raabe, Sascha
Riemann-Hanewinkel, Christel
Riester, Walter
Dr. Staffelt, Ditmar
Uhl, Hans-Jürgen
Dr. Wodarg, Wolfgang

FDP

Dr. Addicks, Karl
Königshaus, Hellmut

DIE LINKE.

Aydin, Hüseyin-Kenan
Hänsel, Heike

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Hoppe, Thilo
Koczy, Ute

Stellv. Mitglieder des Ausschusses CDU/CSU

Borchert, Jochen
Dr. Brauksiepe, Ralf
Flosbach, Klaus-Peter
Frankenhauser, Herbert
Fuchtel, Hans-Joachim
Geis, Norbert
Götz, Peter
Vaatz, Arnold

SPD

Drobinski-Weiß, Elvira
Dzembitzki, Detlef
Hoffmann, Iris
Kolbow, Walter
Schwabe, Frank
Vogelsänger, Jörg
Wegener, Hedi
Weigel, Andreas

FDP

Ackermann, Jens
Leibrecht, Harald

DIE LINKE.

Jelpke, Ulla
Ulrich, Alexander

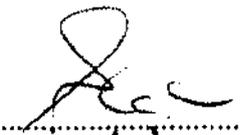
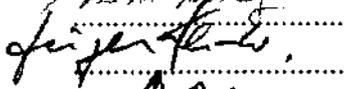
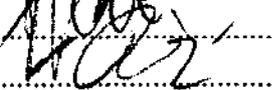
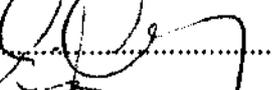
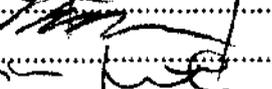
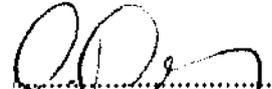
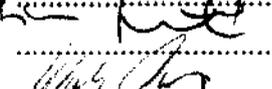
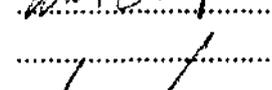
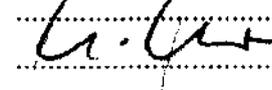
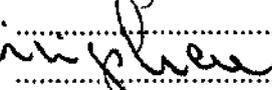
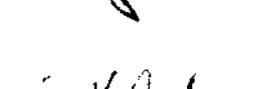
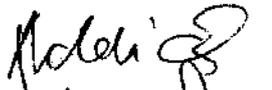
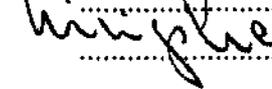
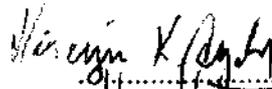
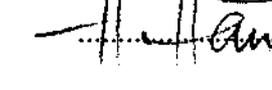
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kurth (Quedlinburg), Undine
Ströbele, Hans-Christian

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Sitzung des Ausschusses Nr. 19 (Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bauer Dr., Wolf		Borchert, Jochen	.....
Fischer (Göttingen), Hartwig		Brauksiepe Dr., Ralf	.....
Hübinger, Anette		Flosbach, Klaus-Peter	.....
Klimke, Jürgen		Frankenhauser, Herbert	.....
Müller (Gera), Bernward		Fuchtel, Hans-Joachim	.....
Nüßlein Dr., Georg		Geis, Norbert	.....
Pfeiffer, Sibylle		Götz, Peter	.....
Ruck Dr., Christian		Vaatz, Arnold	.....
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Groneberg, Gabriele		Drobinski-Weiß, Elvira	.....
Kofler Dr., Bärbel		Dzembitzki, Detlef	.....
Raabe Dr., Sascha		Hoffmann (Wismar), Iris	.....
Riemann-Hanewinkel, Christel		Kolbow, Walter	.....
Riester, Walter		Schwabe, Frank	.....
Staffelt Dr., Ditmar		Uhl, Hans-Jürgen	.....
Weigel, Andreas		Vogelsänger, Jörg	.....
Wodarg Dr., Wolfgang		Wegener, Hedi	.....
<u>FDP</u>		<u>FDP</u>	
Addicks Dr., Karl		Ackermann, Jens	.....
Königshaus, Hellmut		Leibrecht, Harald	.....
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
Aydin, Hüseyin-Kenan		Jelpke, Ulla	.....
Hänsel, Heike		Ulrich, Alexander	.....
<u>BÜ90/GR</u>		<u>BÜ90/GR</u>	
Hoppe, Thilo	Kurth (Quedlinburg), Undine	.....
Koczy, Ute	Ströbele, Hans-Christian	.....

wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (19)

Mittwoch, 29. November 2006, 11:00 Uhr - öffentlich-

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

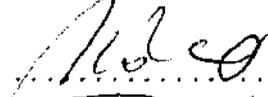
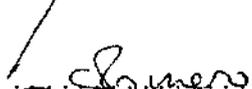
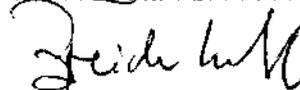
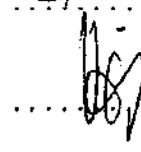
SPD	.....	.....
CDU/ CSU	.....	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	.....	.....
FDP	.....	.....
DIE LINKE.	.....	.....

Fraktionsmitarbeiter:

Fraktion:

Unterschrift:

(Name bitte in Druckschrift)

Hidler	SPD	
Hieke	FDP	
Oswald	CDU/CSU	
Krueger	FDP	
Asmanovic	Linke	
Lomero	Linke	
Zweiderhoff	Linke	
Vogel	FDP	

Die stellvertretende Vorsitzende, Abg. Sibylle Pfeiffer (CDU/CSU): Ich bitte Sie, Platz zu nehmen und begrüße Sie herzlich zu unserer 27. Sitzung. Es geht um das Thema soziale Sicherungssysteme in Entwicklungsländern und in Schwellenländern. Wir haben dazu eine Anhörung vorbereitet, für die wir drei Stunden Zeit haben.

Ich begrüße ganz herzlich unsere Gäste Frau Robinson, Frau Dr. Angele, Herrn Dr. Krech und Frau Chatterjee. Sehr schön, dass Sie zu diesem ungeheuer wichtigen Thema unsere Gäste sind. Sie haben einige Stellungnahmen vorliegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und soeben haben Sie noch die Kurzstellungnahme von Herrn Dr. Krech ausgeteilt bekommen.

Als nächstes danke ich unserem Kollegen Walter Riester für die sehr professionelle und hervorragende Vorbereitung und möchte ihm als erstes das Wort geben, damit er eine kurze Einführung in das Thema geben wird.

Abg. Walter Riester (SPD): Danke schön, Frau Pfeiffer. Das ausgeteilte Material kann von Ihnen als Hintergrundmaterial genutzt werden.

Bei allen Aussagen, die wir bisher von Sachverständigen und Organisationen, die in dem Bereich der sozialen Sicherungssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern arbeiten, gehört haben, ist eines deutlich geworden: eine nachhaltige, wirtschaftsfördernde, die Armut abbauende und die soziale Stabilität fördernde Entwicklung ist ohne soziale Sicherungssysteme schlecht vorstellbar.

Zweitens ist klar, dass die Voraussetzungen in den Ländern sehr unterschiedlich sind. Anders als in Deutschland und im größten Teil Europas leiten sich soziale Sicherungssysteme in den Entwicklungsländern nicht im Wesentlichen aus dem formellen Arbeitsmarkt ab, sondern stellen etwas völlig anderes dar. Die demographischen und globalen Entwicklungen, die Verstädterungen, aber auch die großen Epidemien stellen große Herausforderungen für die Regionen dar, in denen soziale Sicherungssysteme nicht vorhanden sind und verdeutlichen die Notwendigkeit der Entwicklung in diesem Bereich.

Wir haben in Absprache mit den Obleuten vier Sachverständige eingeladen, die wir an dieser Stelle herzlich begrüßen.

Frau Robinson war Präsidentin Irlands, hat dann als Hochkommissarin für Menschenrechte gearbeitet, ist jetzt sehr aktiv und setzt sich aus der Menschenrechtsperspektive für eine gerechte Gesundheitsfinanzierung und einen universellen Zugang zu sozialen Sicherungssystemen ein. In einer kurzen Vorbesprechung haben wir beschlossen, dass Frau

Robinson als erstes eine allgemeine Einführung gibt und dass wir dann die Organisationen GVG und GTZ bitten, ihre Erfahrungen einzubringen.

Anschließend wird sich Frau Chatterjee zu der bedeutenden Frage äußern, wie soziale Sicherungssysteme insbesondere im informellen Bereich von Nichtregierungsorganisationen entwickelt werden können.

Danach wird noch eine Pressekonferenz im BMZ zu diesem Thema stattfinden und heute Abend macht die GTZ mit dem BMZ zu diesem Thema eine Veranstaltung, wobei die praktischen Folgen dieses Themas für die Entwicklungszusammenarbeit abzuleiten sind.

Nun gebe ich das Wort an die Sachverständigen. Herzlichen Dank.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Riester. Auch von meiner Seite noch einmal herzlich Willkommen, Frau Robinson. Schön, dass sie es noch rechtzeitig geschafft haben. Wir sind sehr froh, dass Sie da sind und ich gebe das Wort ohne Umschweife an Sie weiter.

Frau Robinson: Danke schön. Guten Tag, werte Vorsitzende, Herr Riester, werte Ausschussmitglieder, meine Damen und Herren. Ich freue mich sehr über diese Einladung und bin gerne bei dieser Diskussion dabei. Ich möchte zunächst sagen, dass ich dem Ausschuss gratuliere. Es ist visionär, diese Anhörung hier zu organisieren und das Thema der Gesundheitsfinanzierung im Zusammenhang mit Entwicklungszusammenarbeit und dem Erreichen der Millenniumsziele zu diskutieren. Deutschland hat das Thema des sozialen Schutzes, der sozialen Sicherheit und Gerechtigkeit im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung schon sehr frühzeitig erkannt. Zu einer Zeit, in der viele europäische Länder noch mit den Konzepten Schwierigkeiten hatten, hat Deutschland eine Gesundheitsfinanzierung eingeführt, die auf Gegenseitigkeit und Solidarität begründet ist. Das zeigt, dass es in Ihrem Land eine starke Sensibilität für dieses Thema gibt.

Heute gibt es viele Länder in der Welt, die da stehen, wo Deutschland vor 100 Jahren stand. Die Reichen sind also in der Lage, ihre Gesundheitsversorgung zu bezahlen oder sich eine gewisse Grundsicherung über eine Versicherung zu leisten, während die Armen im Krankheitsfall einen großen Teil ihres Einkommens bezahlen und dafür möglicherweise ihre Arbeit aufgeben müssen. Deswegen sind wir alle verpflichtet, Gesundheitsrecht zu einer Realität zu machen.

Ich habe mit großem Interesse das Aktionsprogramm 2015 der Bundesregierung gelesen und war beeindruckt von der Bedeutung, die Gerechtigkeit, Good Governance und

Konfliktprävention als Grundlage für Entwicklung, Wachstum und funktionierende soziale Dienste zukommt.

Als Präsidentin Irlands und als Hochkommissarin für Menschenrechte der Vereinten Nation und in meiner jetzigen Eigenschaft als *President of Realizing Rights* habe ich das Privileg genossen, in viele Länder der Erde zu reisen und zu sehen, wie die Grundrechte dort realisiert werden. Grundrechte sind Leben ohne Gewalt, ohne Diskriminierung, Zugang zu klarem und sauberem Wasser, zu einer grundlegenden Hygiene und zu ausreichender Ernährung. All diese Rechte sind durch das Völkerrecht gewährleistet und stellen zugleich grundlegende Bedingungen für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in reichen und armen Ländern dar. Dennoch haben viele Menschen in den ärmsten Ländern diese Rechte nicht. Es existiert also eine Kluft zwischen der Anerkennung dieser Rechte und dem Handeln, was Gesundheit und Menschenrechte angeht. Dies sollte uns alle beschämen.

Aufgrund der technologischen Fortschritte haben wir die Bilder gesehen, die uns vermitteln, was sich hinter den Statistiken verbirgt. Die ca. 30.000 Kinder unter fünf Jahren, die jeden Tag sterben, weil sie nicht ausreichend mit Lebensmitteln oder Getränken versorgt wurden, sind ebenso vermeidbar, wie die mehr als 500.000 Fälle von Müttersterblichkeit bei der Geburt. Trotz vieler Konferenzen in den letzten Jahren haben sich diese Zahlen kaum geändert.

Ich bewundere und respektiere diejenigen, die als Entwicklungshelfer und Gesundheitsarbeiter in die Länder gehen und trotz der schwierigen Umstände versuchen, dort etwas zu erreichen. Die Grundsätze der Gleichbehandlung, der Nichtdiskriminierung, Partizipation, Förderung und die Achtung der Schwächsten sind nicht nur in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sondern auch in den internationalen Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte über die Beseitigung der Diskriminierung von Frauen und in der Kinderrechtskonvention festgeschrieben. Die Länder, die diese Konventionen unterzeichnet haben, sind verpflichtet, einer internationalen Kommission regelmäßige Berichte vorzulegen. Die meisten Länder berichten in diesem Zusammenhang jedoch nicht über Gesundheitsindikatoren, weshalb ein UN-Sonderberichterstatter für das Menschenrecht auf Gesundheit ernannt wurde. Momentan nimmt Professor Paul Hunt aus Großbritannien dieses Amt ein. Seine Aufgabe ist es zu gewährleisten, dass die Menschenrechtserklärungen und Abkommen mit Hinblick auf das Thema Gesundheit umgesetzt werden.

Das ist natürlich ein Schritt hin zur Sensibilisierung der Länder, die sich damit bewusst werden, dass Gesundheit und Menschenrechte zusammenhängen. Wenn Menschen nicht gesund sind, können sie nicht produktiv sein und keinen Beitrag zum Wirtschaftswachstum und zur

Entwicklung leisten. Auch an Verpflegung und Versorgung, meist für alte und junge Menschen, mangelt es.

Die gute Nachricht ist, dass es Beispiele dafür gibt, dass Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der Menschenrechte existiert. Zum Beispiel hat das Parlament in Mexiko 2004 ein Gesetz über die allgemeine Gesundheitsversorgung und über eine allgemeine Krankenversicherung verabschiedet. Insbesondere ist hier die Möglichkeit geschaffen worden, die Gesundheit zu finanzieren und auf staatlicher Ebene zur Förderung der Armen und indigenen Bevölkerung des Landes beizutragen. Es wird also eine grundlegende Gesundheitsversorgung garantiert und gewährleistet, dass das Recht auf Gesundheit tatsächlich in den Budgets der staatlichen Stellen verankert wird.

Ein anderes beachtenswertes Beispiel ist Ghana, wo 2003 ein ambitioniertes Gesundheitssystem eingeführt wurde, das Krankenversicherungen umfasst und das Subventionen für die Armen in den Gemeinden beinhaltet. Durch die Finanzierung dieser Initiative ist es wahrscheinlich, dass die angestrebten Ergebnisse tatsächlich erreicht werden. Deutschland hat diesen Prozess übrigens über die GTZ gefördert.

Trotz der Beispiele wissen wir, dass zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit noch viel mehr zu tun bleibt. Fast alle der so genannten armen Länder geben wesentlich weniger aus, als nötig wäre, um eine Grundversorgung im Bereich der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Weltbank schätzt, dass weitere 70 Mrd. Dollar pro Jahr ab heute bis zum Jahr 2015 erforderlich sind, um die Millenniumsziele im Bereich Gesundheit zu realisieren. Das sind vom globalen BIP nur 0,21 Prozent. Die Summe, die ausgegeben wird, erreicht häufig in vielen Ländern nicht diejenigen Menschen, die krank sind oder die eine Notfallversorgung brauchen.

Die WHO schätzt, dass 104 Mio. Menschen arm sind, weil sie die Ausgaben für ihre medizinische Versorgung tragen müssen. Diese Trends sind sehr wichtig, wenn man verstehen möchte, warum es kaum gelingen kann, die Millenniumsziele hinsichtlich der Reduzierung der Armut bis zum Jahre 2015 tatsächlich zu realisieren. Alle Länder, die reicheren und die ärmeren, müssten also bei der Finanzierung des Rechts auf Gesundheit bessere Arbeit leisten. Das bedeutet effizientere öffentliche Ausgaben, vor allen Dingen im Interesse der Bedürftigen, wie auch die Mobilisierung des privaten Sektors.

Die Hilfe spielt sowohl bei der technischen Zusammenarbeit, wie GTZ, WTO und WHO sie bieten, als auch im Bereich der direkten Finanzierung eine Rolle. Die aktuelle Form der Gesundheitshilfe hat zu dem Problem geführt, dass die ärmsten Länder heute sehr stark von

globalen Partnerschaften zur Finanzierung der täglichen Kosten für Medikamente und Gesundheitsdienste abhängig sind. Selbst Länder mit mittlerem Einkommen sind viel zu abhängig von externer Hilfe, um eine Grundversorgung zu gewährleisten. Man hat sich nicht genug Gedanken darüber gemacht, wie es gelingen kann, den Ländern dabei zu helfen, diese grundlegenden Dienste selbst zu finanzieren. Wenn wir also jetzt nicht daran arbeiten, die Entwicklungsländer und ihre Kapazität zu fördern, diese Finanzierung zu übernehmen, dann werden wir als globale Gemeinschaft sehr bald massive Probleme haben.

Ich bin Mitglied der neu geschaffenen *Health Financing Task Force*. Wir konzentrieren uns natürlich sehr stark auf die Entwicklungsländer und arbeiten daran, in den Ländern Systeme zu etablieren, die in den Ländern selbst eingerichtet werden und für eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheit in Entwicklungsländern stehen können. Die Task Force hat sich auch meiner eigenen Gruppe, der *Realizing Rights Group*, angeschlossen, damit neue Bündnisse zwischen Gesundheitsministerien und Finanzministerien entstehen können. So sollen auch die Gesundheitsminister eine aktivere Rolle bei der Zuteilung der Staatshaushalte bekommen und sich für die Verbesserung der Gesundheit der Frauen weltweit einsetzen. Des Weiteren gibt es eine *Ministerial Leadership Initiative for Global Womens Health*, ein Unternehmen des Netzwerks der Gesundheitsminister, welches für mehr Gerechtigkeit im Bereich Gesundheit und Finanzen kämpft.

Wir haben sehr viel gelernt von Gesundheitsministern wie Charity Ngilu aus Kenia und Julio Frenk aus Mexiko. Zum Beispiel, dass eine qualitativ hochwertige Bestandsaufnahme und Analyse und eine durchdachte Strategie notwendig sind, um eine gerechte Aufteilung der nationalen Budgets im Gesundheitsbereich zum Wohle aller realisieren zu können. Es geht nicht nur um die Bedürfnisse der reichsten Bürgerinnen und Bürger.

Wir werden darüber hinaus einen Rat der Minister Gesundheit, Entwicklung und Finanzen bilden, der die Entwicklungsminister und die Minister für wirtschaftliche Zusammenarbeit aus den Geberländern mit den Ministern für Gesundheit und Finanzen aus den Entwicklungsstaaten zusammenbringt. Dies ist eine Initiative der spanischen Gesundheitsministerin Elena Salgado und der kenianischen Gesundheitsministerin Charity Ngilu. Beide arbeiten auch an der Entwicklung eines neuen Gesetzes, welches es möglich macht, eine allgemeine Gesundheitsversorgung in Kenia zu gewährleisten. Diese Bemühungen in Kenia werden wiederum von der GTZ gemeinsam mit der WHO und der ILO unterstützt. Es ist darüber hinaus im März eine Sitzung in Spanien geplant und ich hoffe, dass Ministerin Salgado auch hier in Deutschland mit ihren Amtskollegen und Amtskolleginnen in Verbindung treten wird. Sowohl reiche als auch arme Länder müssen hinsichtlich der Finanzierung von Gesundheit mehr machen.

Ausgehend von den revolutionären Bismarckschen Reformen hat die Welt mehr als ein Jahrhundert an Erfahrung bei der Entwicklung von sozialen Sicherungssystemen gesammelt. Diese Erfahrung muss genutzt werden, um einen Weg hin zu mehr Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung und zu besseren finanziellen Möglichkeiten für alle Programme zu finden, die die Entwicklung von gerechten Gesundheitsfinanzierungssystemen fördern. Die GTZ hat hier auf jeden Fall eine Avantgarderolle eingenommen.

Ich freue mich sehr über das deutsche Interesse und das Engagement in diesem Bereich, muss allerdings festhalten, dass die Bundesrepublik Deutschland ihre Verpflichtungen entsprechend den Millenniumszielen noch nicht erfüllt hat. Nach wie vor liegt der Anteil Deutschlands unter dem 2003 festgelegten Ziel von 0,7 Prozent des BIP. Durch die EU- und G8-Präsidentschaft ist Deutschland bei globalen Ereignissen im nächsten Jahr einflussreicher als je zu vor. Insofern ist dies der Augenblick, an dem man mit anderen zusammenkommen und die Agenda entschlossen nach vorne bringen sollte. Wir rufen Deutschland auf, im Bereich Gesundheitshilfe mehr zu tun und die G8 dazu zu bewegen eine Politik zu übernehmen, die dabei hilft das Recht auf Gesundheit zu finanzieren. Deutschland könnte dazu die ersten folgenden Schritte ergreifen:

Zunächst die Ernennung einer High-Level-G8-Kommission, die sich mit der Frage der Finanzierung des Rechts auf Gesundheit befasst, insbesondere in den 47 Ländern, in denen die Gesundheitsleistungen am schlechtesten sind.

Zweitens sollten die G8 Staaten aufgefordert werden, eine Kampagne „Gesundheitsfinanzierung für Gerechtigkeit“ ins Leben zu rufen. Hier geht es um die Neuunterstützung für die Entwicklung in Entwicklungsländern, damit diese tatsächlich eine gerechtere Gesundheitspolitik und entsprechende Finanzreformen implementieren und die nationalen Kapazitäten ausbauen können, um die Gesundheitssysteme in den ärmsten Ländern zu verbessern.

Drittens ist der Einsatz in der Zivilgesellschaft nötig, damit eine solche G8-Kampagne tatsächlich auch abgedeckt wird und auf der Ebene der Gemeinden funktionieren kann. Die Ministerial Leadership Initiative und ich, Mary Robinson, bieten hier Unterstützung für die Bundesrepublik Deutschland an, damit die nachhaltige Gesundheitsfinanzierung auf die Tagesordnung der G8 kommen kann.

Wenn wir uns verpflichten, dass es das Menschenrecht auf Gesundheit geben soll, dann müssen wir Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme und sichere Netze aufbauen, die

tatsächlich auch nachhaltig finanziert werden, um so die Ergebnisse zu erreichen, die wir im Bereich Gesundheit sehen wollen. Den ärmsten und gefährdetsten Bevölkerungsgruppen sollte die Möglichkeit gegeben werden, produktive Mitglieder unserer Gesellschaft zu werden, die in Würde leben können und respektiert werden, wie es auch in der allgemeinen Menschenrechtserklärung steht.

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Die stellvertretende Vorsitzende: Die Probleme wurden sehr deutlich aufgezeigt. Ich möchte ohne Unterbrechung und ohne weitere Worte an Herrn Dr. Krech weiterleiten.

Herr Dr. Krech: Sehr herzlichen Dank, sehr geehrte Frau Vorsitzende Pfeiffer, sehr geehrter Herr Riester, werter Staatssekretärin, sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren. Ich danke Ihnen sehr für die Gelegenheit an dieser Anhörung zur sozialen Sicherung teilnehmen zu dürfen und berichte gerne über unsere Erfahrungen bei der technischen Umsetzung von Projekten in der sozialen Sicherheit. Ich möchte auf einige der Kernstatements aus dem Hintergrundkonzept eingehen, die auch Grundlage dieser Anhörung sind.

Erstens: Die Maßnahmen der sozialen Sicherheit tragen dazu bei, Armut zu verringern oder zu verhindern. Vor ein paar Wochen war ich in Sanaa und habe dort den Direktor eines großen Krankenhauses besucht. Zusammen mit meinem jemenitischen Kollegen parkten wir vor dem Eingangstor und überquerten einen großen, gut bewachten Platz. Darauf standen viele Taxen, Autos, Kühlschränke, Kochherde, da waren Kälber und Kühe angebunden und ich fragte relativ verwundert, was das denn hier alles wäre. Der Direktor antwortete, dass dies das Pfand für die Krankenhausrechnungen der Patienten sei. Wenn sie ins Krankenhaus kommen, müssen sie erst einmal 1.000 Dollar bezahlen, bzw. ein Pfand hinterlegen, wenn sie nicht zahlen können. Das Pfand kriegen sie bei Bezahlung der Krankenhausrechnung zurück, ansonsten wird das Pfand versetzt. Sie sehen ja, sagte er, hier stehen schon einige Taxis und Autos recht lange herum. Viele Menschen leihen sich dann zu 25 bis 30 Prozent Zinsen pro Monat das Geld. Was die Menschen auch machen – meistens ist die Erwerbsgrundlage weg.

Meine Damen und Herren, jedes Jahr fallen, wie Mary Robinson schon anmerkte, etwa 100 Mio. Menschen in absolute Armut, weil sie die Krankheitskosten nicht bezahlen können oder aus eigener Tasche bezahlen müssen. Weil sie dann sehr schnell an Geld kommen müssen, versetzten sie ihr Hab und Gut meist viel zu billig und fallen deswegen unter die Armutsschwelle. Durch soziale Krankenversicherungssysteme lässt sich Armut verringern, weil

das Risiko, durch Krankheit arm zu werden, durch solidarische, faire und nachhaltige Finanzierungsmechanismen auf den Schultern von vielen verteilt wird.

Regelmäßige Einzahlungen sind auch für die Ärmere möglich, solange die Beträge vorhersehbar und planbar sind. Damit kommen im Gegenzug nicht plötzlich unerwartete katastrophale Krankheitsaufgaben auf Familien zu. Sicher liegt der Teufel wie immer im Detail und es ist insbesondere bei informell geprägten Wirtschaftssystemen eine Herausforderung herauszufinden, wo die Grenze einer regelmäßigen finanziellen Belastung liegt und wer da vielleicht noch zuschussberechtigt sein könnte. Solche Krankenversicherungssysteme müssen an die jeweiligen kulturellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Bedingungen eines jeden Landes geknüpft werden. Mit Projekten der sozialen Sicherung lässt sich aber nicht nur individuelles Risiko verringern, sondern, was mir besonders wichtig ist, auch nachhaltiges Wirtschaftswachstum fördern.

Ich möchte Ihnen von einem Pilotprojekt in Sambia berichten, wo wir im Auftrag des BMZ die sambische Regierung beim Aufbau eines Sozialtransferprogramms unterstützen. Und erlauben sie mir die Anmerkung, dass wir alle Projekte, die wir als GTZ durchführen, im Auftrag des BMZ durchführen.

Nur knapp zwei Prozent der sambischen Bevölkerung sind durch staatliche soziale Sicherungssysteme erfasst. Ansonsten beruht soziale Sicherheit eigentlich auf innerfamiliärer Solidarität. Hierbei sehen wir, dass diese gerade durch veränderte Sozialmuster, wie die Kosten durch die HIV/Aids-Epidemie, zunehmend an die Grenzen der Belastbarkeit stoßen. Vor diesem Hintergrund startete die sambische Regierung vor zweieinhalb Jahren im Distrikt Kalomo ein Pilotprojekt, das die Wirkung einer staatlichen Überlebenshilfe für arme Familien testet. Rund zehn Prozent der Familien in dem Distrikt sind durch Krankheit oder andere Umstände in ihrem Selbsthilfepotential derart geschwächt, dass sie sich aus eigener Kraft kaum ernähren, geschweige denn eine hinreichende Gesundheitsversorgung oder Ausbildung für ihre Kinder gewährleisten können.

Den ärmsten Familien soll Hilfe von umgerechnet etwa fünf Euro im Monat zukommen. Die Zahlungen allein haben natürlich nicht den Zweck, diese Menschen aus der Armut zu befreien. Sie sollen sie aber dazu befähigen, dies aus eigener Kraft zu schaffen. Die bisherigen Ergebnisse des Projekts zeigen, dass die Begünstigten das Geld sinnvoll verwenden, z. B. für eine zweite Mahlzeit am Tag, für Hygieneartikel, aber auch für Investitionsgüter, wie beispielsweise Hühner, Ziegen oder Saatgut. Manche Familien sparen einen Teil des Geldes für teurere Anschaffungen, die die Produktivkräfte in der Subsistenzwirtschaft erhöhen.

Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass mit der Einführung der Sozialhilfe in einigen Kommunen auch die Einschulungsraten gestiegen sind. Dieses kleine Pilotprojekt, das die deutsche EZ bislang nicht mehr als 200.000 Euro gekostet hat, hat international für große Aufmerksamkeit gesorgt. Finanzminister aus afrikanischen Ländern schauen sich das Projekt genauso gerne an, wie beispielsweise der britische Entwicklungsminister oder Vertreter von internationalen Organisationen, denn dieses Projekt zeigt strukturpolitisch neue Wege auf. Interessant finde ich, dass wir in unseren Projekten auch sehen, dass Menschen durch soziale Sicherungssysteme gegen die grundlegenden Risiken des Lebens abgesichert sind und selber mehr riskieren. Sie investieren beispielsweise mehr und betätigen sich verstärkt am Wirtschaftskreislauf.

In der internationalen Zusammenarbeit und auch in der deutschen EZ stehen wir im Bereich der sozialen Sicherung noch am Anfang. Das ist mein dritter Punkt. Gute Erfahrungen haben wir im Bereich der Einführung von sozialen Krankenversicherungen gemacht – herzlichen Dank für das Lob. Einige gute Erfahrungen sind auch im Bereich der Grundsicherung vorhanden. Wir arbeiten gut mit der Privatwirtschaft zusammen, wenn es um die Einführung von Kleinstversicherungssystemen geht. Recht zögerlich schaffen wir es mittlerweile auch, die Belange der Menschen mit Behinderungen in die deutsche EZ zu integrieren.

Noch viel zu wenig praktische Erfahrung können wir allerdings in der Absicherung von Alter, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfällen, Mutterschutz und Invalidität vorweisen. Gerade die Alterssicherung ist aber ein wichtiges Element, um dem sozialen Wandel, den wir in vielen unserer Partnerländer erleben, zu begegnen. In Indien lassen sich beispielsweise viele Frauen nach der Geburt des zweiten Kindes sterilisieren. Dafür bekommen sie dann ein bisschen Geld, was aus bevölkerungspolitischer Sicht natürlich eine sehr sinnvolle Maßnahme ist. Ohne nachhaltige Alterssicherungssysteme werden diese Menschen im Alter zwangsläufig in die Armut fallen.

Viele unserer Partnerländer, die dabei sind, Systeme der sozialen Sicherheit aufzubauen, schauen mit großen Erwartungen auf Deutschland. Das ist zum einen wohl darauf zurückzuführen, dass wir in Deutschland die längsten Erfahrungen beim Aus- und Aufbau von sozialen Sicherungssystemen haben. Zum anderen auch gerade deswegen, weil sie sehen, dass Deutschland, wie sie das gerade schon gesagt haben, sehr geehrte Frau Vorsitzende, selber vor großen Herausforderungen bei dem Umbau und der Reform der eigenen sozialen Sicherungssysteme steht. Dass sich ein Land solchen Reformen stellt, wird offensichtlich nicht als Manko gesehen, sondern als Zeichen gewertet, dass es selber über Prozess-Know-how und Fachexpertise verfügt und ein verlässlicher und glaubhafter Partner ist.

In Indonesien unterstützen wir den Planungsminister beispielsweise bei der Einschätzung der jetzigen Optionen, die Indonesien beim Aufbau von sozialen Sicherungssystemen hat. Als ich den Planungsminister das erste Mal getroffen habe, habe ich ihn konkret gefragt, warum er jetzt ausgerechnet die deutsche Expertise anfragt. Darauf sagte er, dass er sich zunächst das amerikanische, das japanische und das thailändische System angeguckt habe und jetzt von den deutschen Erfahrungen lernen wolle. Auch die Wertebasis in dem sozialen Sicherungssystem soll für das eigene Land überprüft werden.

Soziale Sicherungssysteme sind oft sehr stark von Korruption betroffen. In Kambodscha fließen beispielsweise 80 Prozent des Geldes, das in das Gesundheitssystem einfließt, in uns nicht bekannte Kanäle ab. Gute Regierungsführung und echter politischer Wille sind wichtige Grundlagen für den Aufbau tragfähiger sozialer Sicherungssysteme. Letztlich hängt sehr viel davon ab, ob die Menschen Vertrauen in staatliche Institutionen oder private Unternehmen haben können.

Wir sehen aber auch, dass die konkrete Arbeit in der sozialen Sicherheit zu guter Regierungsführung und zum Korruptionsabbau beiträgt. Wenn wir zum Beispiel nachweisen, dass die ländlich arme Bevölkerung in Ruanda prozentual mehr bezahlt, als die reiche Stadtbevölkerung, dann bewirkt Transparenz alleine manchmal schon Erstaunliches.

Eine enge Abstimmung mit unseren internationalen Partnern ist unerlässlich. Durch die G8 stehen wir als Deutsche vor der immensen Herausforderung, Globalisierung sozial zu gestalten. Das ist nur im Verbund mit der Weltgemeinschaft möglich. So freue ich mich über die Mandatierung der GTZ durch das BMZ, die die Erfahrungen der deutschen TZ beispielsweise in die OECD/DAC-Arbeitsgruppe zu sozialer Sicherung einbringen können.

Das von Mary Robinson schon erwähnte Konsortium zu *Social Health Protection* ist ein innovatives Instrument, um bi- und multilaterale EZ sinnvoll zusammenzuführen. Durch eine enge Zusammenarbeit schaffen wir Synergien, ohne die wir der Nachfrage nach fachlich solider Unterstützung nicht nachkommen könnten, wenn wir als einzelne Organisationen unabgestimmt vorgehen würden.

Die Ausdehnung von sozialer Sicherheit auf arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen ist eine strukturpolitische Maßnahme. Deshalb verstehen wir Capacity Development in der technischen Zusammenarbeit als Beratung auf fachlicher Ebene und „Change Management“ auf der politischen Entscheidungsebene. Dafür erhalten wir zunehmend das Mandat des BMZ für Politik und auch Regierungsberatung, über das ich mich sehr freue.

Meine Damen und Herren, die Zeit drängt. Schon jetzt und in den nächsten Jahren werden in den meisten Entwicklungs- und Schwellenländern die Weichen für oder gegen nachhaltige Sozialsysteme gestellt. Außerdem entscheidet sich, ob sich Werte wie Solidarität, allgemeiner Zugang und Chancengleichheit, die unserem europäischen Sozialsystemen inhärent sind, durchsetzen können.

Ich finde, dies ist ein spannender Moment in der Entwicklungszusammenarbeit. Vielen Dank.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank Herr Dr. Krech. Schön, dass sie auch ein bisschen aus der Praxis berichtet haben. Ich denke, uns und unsere Durchführungsorganisationen zeichnet aus, dass wir in diesen manchmal recht theoretischen Bereichen sehr wohl auch die Praxis mit einfließen lassen können und in dieser Hinsicht eine Vorreiterposition einnehmen. Vielen Dank.

Frau Dr. Angele, ich glaube, sie können aus einer anderen Sicht für uns berichten.

Frau Dr. Angele: Nicht ganz aus einer anderen Sicht. Auf vieles schon Gehörte werde ich aufbauen können. Frau Pfeiffer, Herr Riester herzlichen Dank für die Einladung.

Soziale Sicherung ist ein sehr wichtiges Thema. Ich freue mich sehr, dass wir uns heute damit beschäftigen. Wie schon mehrfach gesagt, ist dieses Thema aus Gründen der Armutsvermeidung, im Hinblick auf die Gesellschaftsentwicklung und, um die Folgen des Strukturwandels abzufedern, sehr wichtig. Ich möchte noch hinzufügen, dass wir dieses Thema nicht nur aus humanitären Gründen, sondern auch im ureigensten Interesse unterstützen sollten. Wir sollten uns bewusst machen, dass die Länder immer mehr zusammenwachsen.

Ich möchte unterstreichen, was Herr Krech über das große Interesse an Deutschland im Ausland gesagt hat. Neben den Gründen, die Herr Krech genannt hat, ist das Interesse zudem nach unserer Erfahrung sehr groß, nicht weil wir bestimmte Leistungen und bestimmte Detailverästelungen in unserem System haben, sondern weil wir in unserem System Interessenausgleichsmechanismen eingebaut haben: Interessenausgleiche zwischen Staat und Markt und Interessenausgleiche zwischen den einzelnen Akteuren im System. Das macht das System auch im Ausland zu einem attraktiven Ansatzpunkt. Bei der Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Schwellenländern, aber auch Transformationsländern, sollte uns klar sein, dass wir sehr unterschiedliche Ausgangspunkte haben.

Wir arbeiten nicht auf der berühmten „grünen Wiese“, sondern wir arbeiten viel mit Ländern, wo einerseits nicht nur ein Mangel an Wachstum ein Problem wäre, sondern wo auch die

Produktionsbedingungen problematisch sind. Wir sollten uns auch darüber bewusst sein, dass es in den meisten Ländern irgendwelche Systeme sozialer Sicherung gibt und wir müssen versuchen auf diese bestehenden Strukturen aufzubauen. Da kann die deutsche Entwicklungszusammenarbeit aus unseren Erfahrungen sehr gut ansetzen.

Nach unserer Erfahrung geht es deshalb in der internationalen Zusammenarbeit im Bereich Sozialpolitik einerseits darum, in den Ländern Verständnis für die Vorteile und den Nutzen sozialer Sicherungssysteme zu wecken. Erstens sollen mit den Ländern gemeinsam Konzeptionen erarbeitet werden, um mit den Akteuren gemeinsam langfristige Strategien der Konsensbildung zu entwickeln und sie dabei zu unterstützen. Wir glauben, dass es primär darum geht, Systeme glaubwürdig zu machen, damit sie in den Ländern getragen werden. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch anmerken, dass wir sehr gute Erfahrungen damit gemacht haben.

Ich möchte weiter darauf hinweisen, dass sich zwischen den Akteuren zusätzlich zu der offiziellen Entwicklungszusammenarbeit sehr enge Zusammenarbeiten, zum Teil bilateral, entwickelt haben. Meist kamen die Anfragen zur Zusammenarbeit aus den Partnerländern, was natürlich eine sehr gute Kombination mit den anderen Maßnahmen ist.

Ich hatte eingangs auf die verschiedenen Zielrichtungen sozialer Sicherung hingewiesen. Mit der Zusammenarbeit muss natürlich ein ganzes Paket abgedeckt werden, weshalb aus unserer Sicht nur ein sehr umfassender Ansatz zum Erfolg führen kann. Voraussetzungen sind einerseits der politische Wille für den Aufbau institutioneller und finanzieller Strukturen und ein Mindestmaß an Rechtsstaatlichkeit und Korruptionsfreiheit. Sind diese Voraussetzungen vorhanden, geht es darum, fehlende Mechanismen und Vorgehensweisen in der Zusammenarbeit der Institutionen gemeinsam zu erarbeiten.

Also, wie schon erwähnt sind die institutionalisierte Interessenausgleichsentwicklung und die Konsensentwicklung für uns die nächsten Schritte. Erst danach geht es um die technische Beratung und um Einzelheiten.

Bei den sozialen Bereichen sozialer Sicherung, die die größten Armutsrisiken bergen – Herr Dr. Krech hat es vorhin schon angesprochen – ist zunächst die Einkommenssicherung zu nennen. Und zwar aus den verschiedensten Gründen: Verlust von Arbeit, Arbeitsunfähigkeit, Alter etc. Zweitens ist es die Absicherung und Streuung von wirtschaftlichen Risiken, die die Kapazität des Einzelnen oder der Familien übersteigen. Drittens ist es der Zugang zu sozialen Leistungen, primär den Gesundheitsleistungen.

Auf die zentrale Frage, welche Ansätze geeignet sind, gibt es keine allgemeingültige Antwort. Nach unserer Erfahrung ist es wichtig, möglichst keine Sondersysteme für bestimmte Gruppen zu schaffen, sondern man sollte von Anfang an zumindest im Blick haben, alle Gruppen langfristig in ein System einzubeziehen. Durch die fragmentierten Ansätze kann es ineffiziente Doppelstrukturen geben, die zu Ungerechtigkeiten in der Leistungsgewährung führen. Unserer Ansicht nach sollte versucht werden, besonders problematische Gruppen mit einzubeziehen.

Was die Finanzierungsoptionen betrifft, haben wir mit zielgerichteter Finanzierung, also beitragsfinanzierten Systemen bei der Krankenversicherung, Unfallversicherung und selbstverständlich auch der Rentenversicherung, sehr gute Erfahrung gemacht. Die Akzeptanz und die Zahlungsmoral sind deutlich höher, wenn sie durch Beiträge finanziert sind. Gerade in Osteuropa haben wir dies sehr eindrücklich erfahren. Natürlich ist es nicht immer möglich, weil es bestimmte institutionelle Voraussetzungen erfordert. Hierfür müssten Alternativen überlegt werden, wie z.B. eine zielgerichtete Steuerfinanzierung. Primär sollte jedoch in Beiträgen gedacht werden.

Unserer Erfahrung nach ist für die Organisation der Systeme eine Mischung aus „bottom-up“ und „top-down“ geeignet. Hierbei kann man zwischen der Organisationsebene, also Staat, Gemeinde, etc. und der Finanzierungsart unterscheiden, aber man muss auch an die konkrete Trägerschaft und Organisationsform denken. Dafür ist aus unserer Sicht das Prinzip einer pluralen Trägerschaft unter einer funktionierenden starken staatlichen Aufsicht ein geeigneter Ansatz. Solche Kombinationen sind in den Ländern schwierig zu organisieren, aber sie bieten viele Vorteile. Die Leute sind näher dran. Das bietet unter einem gemeinsamen Dach eine gewisse Flexibilität. Und da kommen wir wieder zurück zu den politischen Prozessen, politischen Ansätzen, die gemeinsam mit den Partnern organisiert werden müssen. Das kann als die große zentrale Aufgabe gesehen werden.

Schätzungen und die Erfahrung haben gezeigt, dass die Kosten von Grundsicherungssystemen sehr übersichtlich sind. Ich glaube, dass häufig in den Diskussionen und Analysen auch unterschätzt wird, welche Ressourcen in den Ländern tatsächlich vorhanden sind. Es geht also weniger um die Kostenfrage, sondern darum, wie vorhandene Mittel effizient genutzt werden und wie das Risiko in dem Land verteilt wird. Ich glaube, dass sozialpolitische Arbeit vor allem hier ansetzen muss.

Wir haben jetzt z. B. ein sehr positives Ergebnis in Georgien erzielen können, wo 90 Prozent im Gesundheitsbereich „out of pocket“ bezahlt wurde. Durch strukturelle Reformen haben wir gemeinsam mit den Akteuren eine sehr deutliche Reduktion der privaten Zahlungen für

Gesundheitsleistungen erreichen können. Das ist meiner Meinung nach in vielen Ländern möglich – auch für die Alterssicherungssysteme.

Ich denke, dass primär die Fragen der Effizienz und Effektivität gestellt werden sollten. Die ebenfalls wichtigen Fragen nach der Art der Finanzierung, der Umlage und der Kapitaldeckung kommen erst an zweiter Stelle.

Ein sehr wichtiges Problem ist der informelle Sektor in Schwellen- und Entwicklungsländern. Diese Leute sind im Krankheitsfall, bei Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und im Alter nicht geschützt. Eine zentrale Herausforderung besteht darin, den geeigneten Mix aus den verschiedenen Ansätzen zu finden, um den informellen Beschäftigten Zugang zu den Sicherungssystemen geben zu können und an bestehende Strukturen anzuknüpfen. Von zentraler Bedeutung sind ebenfalls die Glaubwürdigkeit und die Attraktivität der schon bestehenden und der neuen Systeme, damit auch der informelle Sektor Schritt für Schritt in die Systeme einbezogen werden kann. Soweit es geht, werden auch die Sozialpartner in die Projekte eingebunden.

Zusammenfassend möchte ich für drei Anliegen werben:

Erstens muss die Bedeutung sozialer Sicherungssysteme in der Entwicklungszusammenarbeit gestärkt werden. Dafür gibt es sehr viele gute Gründe, auch in unserem ureigensten Interesse. Zweitens geht es aus der Sicht der GVG um den Aufbau umfassender Systeme, die nachhaltig Armut verhindern, die Chancengleichheit verbessern und die zur gesamtgesellschaftlichen Entwicklung beitragen. Drittens müssen wir natürlich auf den Gegebenheiten in den einzelnen Ländern aufbauen. Dabei sollten primär politische Prozesse und Strukturen so unterstützt werden, dass sich ein institutionalisierter Interessenausgleich entwickelt und als eigendynamischer Prozess in den Ländern getragen wird.

Abschließend haben wir wie gesagt sehr gute Erfahrungen gemacht auch praktische Träger aus Deutschland in die Arbeit einzubeziehen. Vielen Dank.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Dr. Angele. Ich denke, es war doch ein etwas anderer Blick auf die Sache und eine gute Abrundung. Ich freue mich jetzt ganz besonders auf Frau Chatterjee, um zu hören wo es funktionieren könnte und wo die Probleme sind. Sie haben das Wort.

Frau Chatterjee: Ich möchte sie herzlich begrüßen und wir freuen uns sehr hier zu sein.

Die Tatsache, dass Deutschland seit langer Zeit in der Sozialversicherung für die Bürger führend gewesen ist, wird in unserem Land sehr hoch geachtet. Gegenwärtig werden die Sozialversicherung und die Grundsicherung für alle in der stark diskutiert. Ich freue mich also sehr hier sein zu können und unsere Erfahrungen im Namen von SEWA vortragen zu dürfen. SEWA ist der Verband für selbständige Frauen. Wir haben eine Gewerkschaftsvertretung von 800.000 Frauen. SEWA wurde vor ungefähr 35 Jahren durch Ela Bhatt, basierend auf den Gedanken von Mahatma Ghandi, gegründet.

Wir haben ungefähr 40 Jahre Erfahrung in der Unterstützung und der Organisation von armen Frauen, armen Arbeiterinnen und ihren Rechten. Unser Ziel ist, dass arme Frauen sich selber und ihre Familien durch Beschäftigung aus eigener Kraft versorgen können. Arbeitssicherheit, Einkommenssicherheit, Lebensmittelsicherheit, soziale Sicherheit und die Sozialversicherung spielen dabei also eine wesentliche Rolle.

Wir haben eine große, sehr arme Bevölkerung. Wirtschaftliche Eigenständigkeit bedeutet, dass die Leute durch ihre eigenen Bemühungen der Armut entfliehen können. Um dieses Ziel erreichen zu können hat SEWA mehr als 6000 kleine und große Organisationen gegründet, die von Frauen geleitet werden. Die größte, die Sie wahrscheinlich kennen, ist die erste Genossenschaftsbank in unserem Land mit 250.000 Teilnehmern und einem Arbeitskapital von mehr als 20 Mio. Euro.

Ich möchte Ihnen darüber hinaus unsere Arbeitswelt vorstellen, die etwas anders ist als Ihre Arbeitswelt und die der nordischen Länder. In Ländern wie Indien ist die so genannte informelle Wirtschaft sehr groß und macht mehr als 93 Prozent des indischen Arbeitskräftepotentials aus, was etwa 400 Mio. Arbeitern entspricht. Von den Frauen arbeiten 94 Prozent im informellen Sektor. 60 Prozent des indischen Bruttoinlandsprodukts, 45 Prozent der Exporte und 55 Prozent der nationalen Ersparnisse kommen aus dem informellen Sektor. Hier tragen also die ärmsten der Armen zu 55 Prozent zum nationalen Ersparnis bei.

Weil unsere Arbeitswelt so anders ist, werde ich Ihnen noch etwas zu den Charakteristika des riesigen Arbeitskräftepotentials erzählen. Wir haben keine festen Arbeitsgeber-Arbeitnehmerbeziehungen. Da viele Leute vier oder fünf verschiedenen wirtschaftlichen Aktivitäten nachgehen, gibt es keine Sicherheit der Arbeit oder des Einkommens. Die Arbeitsumstände sind sehr schwierig, es droht die Ausbeutung und 90 Prozent der Inder sind nicht geschützt und haben keinen Zugang zur Sozialversicherung. 80 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben werden direkt vom täglichen Geld „aus der Tasche“ bezahlt und es gibt keine soziale Sicherheit. Durch Naturkatastrophen, Tod, Krankheit oder den Unfall eines Familienmitglieds besteht das Risiko, dass ganze Familien verarmen. Von ihrem mühsam

erworbenen Einkommen von einem Dollar am Tag können Frauen nur etwa einen halben Dollar sparen. Treten die Risiken, wie z. B. ein Krankheitsfall ein, führt es dazu, dass die Familien sich immer mehr verschulden.

Ein weiteres Charakteristikum der informellen Wirtschaft ist der Mangel an organisierten Gewerkschaften, Genossenschaften, etc. Besonders Frauen haben darunter zu leiden. Sie tragen stark zur Wirtschaft bei, sind aber quasi „unsichtbar“ und durch organisierte Gewerkschaften nicht vertreten. Keiner weiß genau, wie viele informelle Arbeiter es im Land gibt. Die Schätzung des armen Segments der Wirtschaft ist, wie gesagt, ungefähr 400 Mio.

Herr Riester hat bereits erwähnt, dass das traditionelle Unterstützungssystem aus den verschiedensten Gründen verschwindet und die Notwendigkeit, ein soziales Sicherungssystem einzuführen nie größer gewesen ist. Die schnell wachsende Wirtschaft und die massiven Veränderungen in der Arbeitswelt, aber auch die zunehmende Verletzlichkeit der armen Bevölkerung machen die soziale Sicherung überlebensnotwendig.

Ein weiteres Charakteristikum ist die große Stärke der Leute, denn sie bewirken etwas und warten nicht darauf, dass etwas passiert. Die ärmsten Arbeiter, einschließlich der weiblichen Arbeitskräfte, entwickeln ein großes Selbsthilfepotential, besonders wenn sie in ihren eigenen Gewerkschaften oder Genossenschaften organisiert sind. Durch viel Erfindungskraft und Kreativität tragen sie zur sozialen Sicherung bei. Darauf komme ich später noch zurück.

Nach unserer Erfahrung ist ein ganzheitlicher Ansatz bei dem Versuch, die Armen zu beschäftigen oder die Armut zu überwinden, wichtig. Die Arbeitssicherheit und die soziale Sicherheit müssen die Grundlagen von allen Armutsbekämpfungsprogrammen sein. Die armen Menschen in unserem Land wissen, dass Beschäftigung und der gesicherte Lebensunterhalt die Voraussetzungen für den Weg aus der Armut sind.

Oft sind Arbeitssicherheit und soziale Sicherheit nicht vereinbar. Bei ständiger Krankheit und hohen Krankenhaus- oder Arzneykosten verarmen die Menschen immer mehr. Andererseits ist soziale Sicherheit für jemanden ohne Arbeit auch nicht möglich. Wenn wir von sozialer Sicherheit in unserem Kontext sprechen, dann meinen wir Krankenversicherung, Kinderversicherung, Renten, Mutterschutz und eine grundsätzliche Infrastruktur. Leider verfügen große Teile der indischen Bevölkerung immer noch nicht über sauberes Wasser, sanitäre Anlagen, etc., was als Grundvoraussetzung für soziale Sicherheit gesehen werden kann. Ohne diese grundsätzliche Infrastruktur kann man nicht überleben und die Armut überwinden.

Andere Faktoren, wie z.B. Finanzdienstleistungen, Kredite, Darlehen und der Zugang zu Märkten könnten dazu beitragen, Risiken zu verringern. Unsere Mitglieder träumen davon, dass beispielsweise unsere Agrarprodukte ihre Märkte erreichen und eine gerechte Politik und ein gerechter Zugang zu Produktionsmitteln entstehen.

Im Folgenden werde ich Ihnen über unseren Ansatz der sozialen Sicherheit in diesen Jahren berichten und Ihnen ein Beispiel von unserer Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit Ihrem Land geben. Wir haben in all diesen Jahren gelernt, dass soziale Sicherheit für die Armen auf dem Selbsthilfeprinzip, der Gegenseitigkeit, der Solidarität und der Nachhaltigkeit beruhen muss. Das bezieht sich auf Deutschland, auf China, aber auch auf uns. Ich will damit sagen, dass die Armen selbst einen Beitrag leisten und ihre eigenen Organisationen für soziale Sicherung schaffen. In all den Jahren habe ich erlebt, dass die Armen an das System glauben und ihre Beiträge leisten, wenn sie Vertrauen zu den eigenen Organisationen haben und wenn ihnen gute Dienste angeboten werden.

In einem großen bürokratischen Land wie unserem ist es sehr wichtig, soziale Sicherheitsprogramme zu implementieren. Wir haben ein System entwickelt, bei dem die Prämie in den letzten 15 Jahren direkt von den armen Frauen gezahlt wird. Sie sparen das Geld, legen es zurück und bezahlen die Prämie. Wichtig war damals ein Anfangsfonds von 10 Mio. Rupien, was etwa 200.000 € entspricht, der 1992 von der deutschen Regierung und der GTZ kam. Für die Frauen war es sehr wichtig zu wissen, dass es jemanden gibt, der an sie glaubt und überzeugt ist, dass man sie versichern kann. Von den Zinssätzen konnten wir dann die Verwaltungsausgaben bezahlen. Wir werden diese Unterstützung und die Freundschaft, die durch Ihre Regierung ausgedrückt wurde und für uns sehr wichtig war, nicht vergessen.

Wir haben dann mit Versicherungsgesellschaften zusammengearbeitet, denn dazu braucht man eine Lizenz, sonst kann man das nicht selbst machen. Das Risiko muss schließlich verteilt sein. Denn nicht nur die Armen sollen das ganze Risiko tragen.

Als wir damals mit Unterstützung der deutschen Regierung angefangen haben, gab es nur staatliche Versicherungen. Jetzt haben wir private Versicherungen. Wir arbeiten jetzt mit privaten und staatlichen Versicherungsgesellschaften zusammen.

Gegenwärtig tragen unsere Mitglieder nicht nur zu den Beitragszahlungen bei, sondern sind gleichzeitig beteiligt. Wir hoffen, dass das letztendlich zu einer Genossenschaft werden kann und dass wir eine Lizenz bekommen. Unsere Regierung möchte, dass wir dafür 20 Mio. Dollar als Reserve aufweisen können. Aber woher soll eine arme Frauenorganisation diese

Ressourcen bekommen? Das ist eine große Herausforderung für uns. Aber wir haben noch nicht aufgegeben und führen die Diskussionen weiter.

Unser Versicherungsprogramm ist noch nicht ganz lebensfähig. Schwieriger als die Lebensversicherung und die Unfallversicherung sind aus verschiedensten Gründen die Verhandlungen über die Krankenversicherung. Wir haben ein öffentliches Gesundheitssystem, das nicht besonders gut funktioniert. Was wir noch tun müssen, ist, uns mit den Versorgern zusammenzuschließen und nach Bezahlung der Prämie sicherzustellen, dass die Frauen auch wirklich die Versorgung im Krankenhaus bekommen. Ich denke, in den nächsten beiden Jahren müssen wir im Bezug auf Krankenversicherung lebensfähig und selbstfinanzierend werden. Aber das ist natürlich nicht leicht, denn wir brauchen eine starke Organisation mit der Erfahrung und den Finanzdienstleistungen, wie dem Bankwesen.

Wir sehen uns vielen Schwierigkeiten gegenüber. Viele unserer Mitglieder sind so arm, dass wir ihre Mitgliedschaft nicht verlängern können. Die Armen mit einzuschließen ist eine Herausforderung, der wir ständig gegenüberstehen. Gleichzeitig müssen die Kosten relativ niedrig bleiben, was in einem Land mit derart großen geografischen Entfernungen ebenfalls eine Herausforderung darstellt. Außerdem möchte die Regierung, dass wir die Reserve von 20 Mio. Euro haben. Trotzdem stellen wir fest, dass die Leute sich den Organisationen verpflichtet fühlen, darin eine Möglichkeit für sich sehen und in großen Zahlen beitreten.

Ich habe bereits davon gesprochen, dass ich das Selbsthilfeprinzip noch einmal erwähnen möchte. Es geht nicht nur um die Beitragszahlung, es geht auch um die genossenschaftliche Organisation und dass sie sich selbst organisieren und leiten.

Bezüglich der Rentendebatte, die in diesem Land geführt wird, möchte ich ein Rentenprojekt erwähnen, welches wir ins Leben rufen wollen. Wir haben von 25.000 Frauen gehört, die diesem Rentenfonds beigetreten sind, da sie sonst keine Rente hätten. Die Frauen wissen, dass die traditionelle Familienstruktur in Indien langsam verschwindet und sind bereit, in ihre Zukunft zu investieren. Gleichzeitig arbeiten wir mit dem *Unit Trust* in Indien zusammen, eine Organisation, die seit langem halbstaatlich Geld verwaltet. Erstmals haben wir auch in den Finanzmarkt investiert, was zwar relativ risikoreich ist, aber dennoch ein geringeres Risiko darstellt als die Gefahren, die uns täglich gegenüber stehen.

Unsere Erfahrungen sind, dass soziale Sicherheit mit Arbeitssicherheit verbunden und gleichzeitig gefördert werden muss. Die Implementierung ist sehr schwierig, aber auch sehr wichtig. Um die Armen in unserem Land in großem Maße erreichen zu können, müssen wir mit

den Zivilorganisationen zusammenarbeiten – den eigenen Organisationen der Armen. Das schafft gleichzeitig Beschäftigung und soziale Sicherheit. Viele Frauen können dadurch beschäftigt werden, dass sie die Sozialversicherung mitorganisieren und durchführen, indem sie z. B. die Prämienzahlungen einsammeln. Es ist also sehr wichtig, dass die Selbsthilfe hier stärker integriert wird. Die Arbeiter sind sehr engagiert, weil sie die Macht haben, die Projekte selber zu gestalten und das ganze am Leben zu erhalten.

Ich möchte das Folgende betonen: Wenn wir versuchen, die soziale Sicherung für die Armen auszudehnen, dann sollte der Ansatz nicht von oben kommen, sondern von der Basis in Zusammenarbeit mit den Arbeiterinnen und Arbeitern, denn auf diese Weise können die besten Ergebnisse erzielt werden. Die nationale Politik und der nationale Wille sind sehr wichtig. Dies wird in unserem Land im Augenblick stark diskutiert.

Am 6. Oktober dieses Jahres haben die Gewerkschaften, die Selbsthilfegruppen und die Gruppen der Zivilgesellschaft eine Kampagne der sozialen Sicherung begonnen. Wir hoffen, dass die Sozialgesetzgebung in der nächsten Legislaturperiode über die Bühne gebracht wird und ein Recht für alle Inder und Inderinnen, insbesondere für die Armen wird.

Wir wollen eine Grundsicherung für unsere etwa 400 Mio. Arbeiterinnen und Arbeiter – das entspricht weniger als einem halben Prozent des Bruttoinlandproduktes. Soziale Sicherung ist also kein Luxus und ist bezahlbar und liegt in der Reichweite vieler Länder.

Ich möchte damit enden, dass ich einen kleinen Vorschlag mache, der hilft, die Gesetzgebung im indischen Parlament durchzubekommen. Ich denke, es wäre sehr willkommen, wenn einige dieser Diskussionspunkte in der Diskussion zwischen deutschen und indischen Abgeordneten aufgegriffen würden.

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Die stellvertretende Vorsitzende: Frau Chatterjee, vielen Dank. „Soziale Sicherung ist kein Luxus“ war eine ihrer Aussagen. Das finde ich sehr bemerkenswert. Liebe Kollegen und Kolleginnen, wir haben viele Informationen bekommen, die genügend Anlass geben, Ihre Wortmeldungen und Zusatzinformationen entgegenzunehmen. Herr Dr. Addicks.

Abg. Dr. Karl Addicks (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Einen ganz großen Dank auch an alle Referenten, die uns heute wirklich sehr viele Informationen gegeben haben. Ich möchte noch mal die Bedeutung dieser Anhörung in diesem Ausschuss für die Entwicklungszusammenarbeit Deutschlands und generell für die Entwicklungszusammenarbeit betonen.

Auch dass die Grundlagen der Sozialgesetzgebung aus Deutschland kommen, ist ein wichtiger Faktor, an den ich noch einmal erinnern möchte. Herr Bismarck war bestimmt kein Sozialrevolutionär, aber er hat die Sprengkraft erkannt, wenn große Bevölkerungsteile der Not und dem Elend ausgeliefert sind und im Krankheitsfall das Wenige, was sie haben, ausgeben müssen. Ich möchte auch in diesem Zusammenhang noch mal an Wolf Biermanns Moritat auf seine Oma Meube erinnern, wo er genau das beschrieben hat. Auch die Illustrationen von Heinrich Zille aus der Zeit der industriellen Revolution führen uns heute noch sehr deutlich vor Augen, was damals in Deutschland los war. Das ist vergleichbar mit den Verhältnissen, die wir heute in den Entwicklungsländern haben. Es ist wirklich sehr wichtig, dass wir diese Bedeutung erkennen und dass wir als Ausschuss dazu beitragen, dass der politische Wille in den Entwicklungsländern sich auch wirklich bildet, um vom politischen Willen zu Lösungen zu kommen.

Wir wollen nicht gleich Maximallösungen ausprobieren, sondern von klein auf diese Dinge zu immer größeren Erfolgen führen. Die Ganzheitlichkeit, die Sie, Frau Chatterjee, erwähnt haben, ist dabei sehr wichtig. Man kann die Dinge nicht isoliert voneinander sehen. Vielleicht haben wir in der Entwicklungszusammenarbeit bisher nicht genug Wert auf die Synchronisation der ergriffenen Maßnahmen gelegt. Auch die Entwicklung der sozialen Sicherung in den Entwicklungsländern ist ein wichtiges Instrument, das verzahnt mit allen anderen Maßnahmen zum jetzigen Zeitpunkt erfolgen muss.

Frau Chatterjee, Ihr Beitrag hat mich wirklich sehr beeindruckt – vielen Dank noch mal dafür. Sie haben auch die Bedeutung des informellen Sektors sehr klar hervorgehoben und dass Wasserversorgung, Hygiene und die Märkte des informellen Sektors irgendwie zusammengehören. Dass soziale Sicherung kein Luxus ist, möchte ich an dieser Stelle noch einmal ganz deutlich unterstreichen. Vielen Dank für diesen Satz, den sie uns hier mit an die Hand gegeben haben.

Der Input ist wirklich so groß, dass es mir fast schwer fällt, konkrete Fragen zu stellen. Ich hätte vielleicht eine Frage an Herrn Krech von der Durchführungsorganisation GTZ. Sie haben die ersten Erfahrungen gesammelt und ich würde Sie in diesem Zusammenhang bitten, die bisherigen Erfahrungen Marokkos mit dem Aufbau eines sozialen Grundsicherungssystems zu schildern. Auch aus Mauretanien habe ich gehört, dass so etwas in Angriff genommen wird. Bei einer zweiten Runde tauchen dann vielleicht doch noch konkretere Detailfragen auf. Vielen Dank.

Die stellvertretende Vorsitzende: Frau Kollegin Koczy.

Abg. Ute Koczy (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Danke, Frau Vorsitzende. Auch ich war sehr beeindruckt und möchte mich dem Dank anschließen. Auch weil ich es in meiner Erfahrung als Entwicklungspolitikerin als sehr notwendig empfinde, diesen Punkt jetzt zu behandeln. Herr Dr. Addicks hat einen Punkt erwähnt, den ich auch noch mal betonen möchte. Bislang hat sich die Entwicklungspolitik mit diesem Thema nicht besonders intensiv beschäftigt. Ich denke, das könnte jetzt so etwas wie ein „Turning Point“, also eine Veränderung sein. Wir sind auch dankbar, dass der Kollege Riester dies so forciert hat und wir es innerhalb eines Jahres auf die Tagesordnung bekommen haben.

Aus Ihren Vorträgen habe ich verstanden, dass Deutschland gerade jetzt Hoffnungsträger ist. Der Appell, etwas zu unternehmen, ist gerade jetzt an Deutschland gerichtet, damit das Thema im G8-Prozess im nächsten Jahr in Heiligendamm aufgenommen wird.

Frau Robinson hat ja auch noch mal darauf hingewiesen, was man jetzt als nächste Schritte tun sollte. Ich würde das gerne an Sie weiterreichen. Woran hakt es bei der High-Level-Kommission? Was muss man jetzt tun? Sollen wir einfach sagen, wir wollen eine High-Level-Kommission haben und gibt es dafür schon Unterstützung? Dann die „G8-Staaten-Challenge“. Sie sagten, wir sollten sie herausfordern. Gibt es die Bereitschaft dafür, diesen Punkt auf der Tagesordnung zu diskutieren? Und wenn nein, warum nicht?

Den nächsten Punkt, den ich Herrn Dr. Krech fragen möchte ist, welche Länder konkret daran interessiert sind, diese Schritte zu unternehmen. Sie sprachen ja von 200.000 € und haben humorvoll drauf hingewiesen, dass wenig Geld viel Wirkung hätte. Was können wir erwarten? Was wäre zu tun? Haben Sie eine Vorstellung?

Frau Dr. Angele, als Vertretung der Versicherungsgesellschaft, ich habe noch nicht ganz verstanden, wie Ihre Organisation in diesen Rahmen passt. Vielleicht können Sie noch mal auf ähnliche Konstrukte in anderen Ländern verweisen oder Ihre internationale Vernetzung dokumentieren, denn ich möchte gerne verstehen, wie man ihre Expertise in der Zusammenarbeit nutzen kann.

Frau Chatterjee, als Vertreterin der Frauen haben Sie explizit gesagt, wie wichtig dieses Thema für Frauen ist. Was für Empfehlungen haben Sie in diesem Bereich, nicht nur im Hinblick auf Indien, sondern für die internationale Frauengemeinschaft? Welche Punkte erachten Sie

aufgrund Ihrer Erfahrungen für Frauen als besonders wichtig? Wenn wir Maßnahmen entwickeln, sollten wir diese Punkte nicht vergessen. Darum wäre ich für eine Präzisierung dankbar.

Die stellvertretende Vorsitzende: Ich schlage vor, dass wir eine komplette Runde abschließen, wenn das mit Ihnen in Ordnung ist. Ich habe schon Wortmeldungen für eine eventuelle zweite Wortrunde. Aber wir sammeln jetzt erstmal die Wortmeldungen. Herr Dr. Ruck.

Dr. Christian Ruck (CDU/CSU): Auch von meiner Seite herzlichen Dank an das Podium, auch an den Kollegen Riester. Für mich ist das ein Feld, das mir im entwicklungspolitischen Zusammenhang neu und irgendwie furchtbar gigantisch und herausfordernd ist. Die Frage, die sich mir natürlich aufdrängt, ist, was wir in realistischer Weise tun können. Der Hinweis von Frau Robinson, dass wir ohnehin mit ein paar Milliarden pro Jahr im Rückstand sind, ist für das heutige Thema nicht ganz zielführend, um es mal vorsichtig zu formulieren. Das Folgende ist mir aufgefallen und erscheint mir wichtig:

Auf der einen Seite wurde gesagt, dass der Aufbau solcher Sicherungssysteme eine Herausforderung an den Aufbau von Institutionen ist und dass dieser Aufbau einen politischen Willen voraussetzt; ich zitiere Frau Dr. Angele: „einen politischen Willen und ein Mindestmaß an Korruptionsfreiheit“. Wenn ich sehe, dass viele ärmere Entwicklungsländer nicht mal ein einigermaßen funktionierendes Steuersystem haben, dann stelle ich mir automatisch die Frage, wie viele Länder eigentlich unter diese Kategorie fallen, die Sie, Frau Angele, angesprochen haben.

Auf der anderen Seite hat mir der Bericht aus Indien eröffnet, dass es ganz konkret geht. Und zwar in einem Umfang, der mich ein bisschen an den Start der Mikrofinanzierung erinnert. Darum ist die ganze Sache nicht unrealistisch. Es muss irgendwo eine Bewegung zustande kommen, die die ganzen politischen Schwierigkeiten „bottom-up“ überwindet. Dazu habe ich mehrere Fragen.

Die erste Frage bezieht sich darauf, wo wir in der Entwicklungspolitik die größte Möglichkeit haben, diesen „bottom-up“-Ansatz zu unterstützen. Ich sage frei heraus, dass ich nicht glaube, dass es unsere Aufgabe ist, diese Sicherungssysteme in den Schwellenländern zu etablieren. Das müssen die Schwellenländer selbst machen. Aber, wie wir auch bei einem Besuch in Indien gesehen haben, es gibt durchaus Möglichkeiten, wo wir mit unserer Expertise und unserem politischen Gewicht z. B. in Verhandlungen etwas machen können. So könnten wir diesen „bottom-up“-Prozess vielleicht von oben irgendwie unterstützen.

Die nächste Frage geht an Frau Dr. Angele bezüglich der Korruptionsfreiheit. Ich denke dabei nicht in erster Linie an Osteuropa, wo die Korruptionsfreiheit vielleicht problematisch ist, sondern vor allem an die Problemfälle in Afrika. Ich kann mir in Moment nicht vorstellen, dass etwas was z. B. in Indien, China oder in anderen Schwellenländern funktioniert, in manchen Ländern Afrikas funktionieren könnte. Ich halte es für unrealistisch, dass die Industrieländer ganze Sicherungssysteme in den ärmsten Ländern finanzieren. Aber was können wir denn in diesen Fällen realistischerweise machen?

Ich hätte noch zwei Spezialfragen: Gibt es die Möglichkeit einer Vernetzung zwischen diesem Mikrofinanzierungssystem, für welches der Erfinder völlig zu Recht den Friedensnobelpreis bekommen hat, und diesem neuen Gedanken der Grundsicherung? Mein zweiter Punkt bezieht sich auf die gigantische Aufgabe der internationalen Koordinierung. Wie weit hat man sich schon international verlinkt?

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Ruck. Frau Hänsel und anschließend Herr Riester. Ich sage das deshalb, weil ich Sie eine Minute verlassen werde. Ich komme aber hoffentlich rechtzeitig wieder.

Abg. Heike Hänsel (DIE LINKE.): Herzlichen Dank. Auch ich bedanke mich für die sehr interessanten Vorträge der Referentinnen und des Referenten.

Ich würde gerne noch mal die grundsätzliche Frage nach den wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen stellen, die wir ja weltweit vorfinden. Auch möchte ich nach den Auswirkungen dieser neoliberalen Globalisierung auf Chancen bzw. fehlende oder verminderte Chancen für den Aufbau von sozialen Sicherungssystemen im internationalen Maßstab fragen, da in dem Konzept der Anhörung z. B. der Satz „tragfähige soziale Sicherungssysteme sind eine Grundvoraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung und die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Länder“ steht.

Wenn wir ehrlich sind, Herr Riester, sind wir ja gerade in unserem eigenen Land dabei, aufgrund der Globalisierung soziale Sicherungssysteme abzubauen, weil wir sagen, wir sind nicht mehr wettbewerbsfähig. Die soziale Unsicherheit nimmt massiv zu. Wir privatisieren in vielen Bereichen und verlagern die Risiken bezüglich der Altersversorgung auf das private, individuelle Risiko. Dazu haben Sie ja auch einen Beitrag geleistet. Es ist sehr widersprüchlich für mich, dass wir einerseits sagen, dass wir die sozialen Sicherungssysteme brauchen, aber in der Praxis eine andere Politik entwickeln.

Bezüglich der vorangegangenen Diskussion über regionale Wirtschaftsabkommen mit den AKP-Staaten, die natürlich stark auf Freihandel fokussieren, möchte ich die Frage stellen, ob es nicht sehr widersprüchliche Entscheidungen sind, die wir treffen. Einerseits sagen wir, dass Freihandel und Liberalisierung des Handels Entwicklung und Wohlstand fördern. Aber gleichzeitig erleben wir, dass der Druck auf die Länder sehr groß wird und die Ressourcen, z. B. durch fehlende Zolleinnahmen, schwinden, um ein soziales Sicherungssystem aufzubauen. Woher kommen die Ressourcen für Regierungen, um in solche Sicherungssysteme überhaupt investieren zu können? Und da, glaube ich, müssen wir uns dann grundsätzlich fragen, welche Wirtschaftspolitik wir betreiben, auch im Bezug auf andere politische Fragestellungen, wie beispielsweise die Schuldenlast auf vielen Ländern, die Investitionen im eigenen Land und damit die Verhinderung des Aufbaus solcher Sicherungssysteme.

Die andere Chance, die Frau Chatterjee beschrieben hat, ist, es von unten wachsen zu lassen. Da wir hier auf der politischen Ebene diskutieren und konkrete politische Entscheidungen treffen müssen, würde ich gerne mal von Ihnen die Einschätzung haben, wie Sie die konkreten Auswirkungen dieses neoliberalen Wirtschaftsystems und den Druck sehen, der dadurch für die Länder erhöht wird und eigentlich nicht unbedingt die Chance für den Aufbau von Sicherungssystemen stärkt.

Sie haben gesagt, dass zur sozialen Sicherheit auch der Zugang zu sauberem Wasser, sanitären Anlagen, etc. zählt. Meines Wissens gibt es in Indien eine enorme Privatisierung des Wassers und der Zugang zum Wasser ist für viele Menschen oft schlichtweg zu teuer. Das erleben wir auch in Lateinamerika. Hierbei sollten wir über die WTO oder über bilaterale Freihandelsabkommen versuchen, das Voranschreiten solcher Entwicklungen zu verhindern. Darüber hätte ich gerne von den Referentinnen und Referenten, soweit Sie sich dazu äußern können, eine Einschätzung. Welcher grundsätzlichen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bedarf es, um soziale Sicherungssysteme in den Ländern zu ermöglichen? Danke.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Hänsel. Herr Riester.

Abg. Walter Riester (SPD): Ich möchte mich auch recht herzlich bedanken. Für mich war es sehr viel zusätzliche Information. Meine Fragen konzentrieren sich auf ein ähnliches Feld, wie die von Herrn Dr. Ruck.

Ich habe nicht die Illusion, dass wir weltweit Beratungstätigkeiten ausüben und Hilfestellungen für soziale Sicherungssysteme geben können. Insofern möchte ich mich etwas mehr auf die insbesondere von Frau Dr. Angele eingebrachten Kriterien konzentrieren.

Sie erwähnten einige einleuchtende Kriterien, wie z. B. Korruptionsfreiheit oder dass es gewollt sein müsse, ein umfassendes nachhaltiges System zu entwickeln. Gibt es weitere Kriterien, die wir berücksichtigen sollten? Wo könnten wir mit welchen Schwerpunkten ansetzen? Ich unterstelle mal ganz kühn, dass sich in der Vergangenheit häufig aus persönlichen Gründen oder Entwicklungen, die man in einem Land gesehen hat, Projekte herausgebildet haben. Würde man aber solche Kriterien ein bisschen genauer abgrenzen, wäre eine systematische Herangehensweise leichter.

Die zweite Frage bezieht sich auf die Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Feldern unserer Arbeit. Beispielsweise gibt es ein sehr starkes Engagement der deutschen Wirtschaft in der Welt, wobei das Nichtvorhandensein von Sicherungssystemen durchaus problematisch ist. Welche Unterstützungen könnten wir da treffen? Wie könnte man einen solchen Prozess der Unterstützung auch mit Hilfestellungen in solchen Bereichen vorantreiben? Lässt sich die Frage der Entwicklung dieser Sicherungssysteme auch mit anderen Schwerpunkten der Entwicklungsarbeit, wie z. B. Wasserversorgung, kombinieren?

Ihren nächsten Punkt, Frau Dr. Angele, dass der deutsche Ratschlag auch deswegen gewünscht wird, weil unsere Systeme Interessenausgleiche anstreben, fand ich ganz interessant. Was bedeutet es, wie können wir so etwas weitertreiben und vernetzen? Wir werden uns demnächst in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf 60 Länder konzentrieren. Worauf müssen wir uns konzentrieren und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Über das, was Sie sagten, Frau Hänsel, lohnt es sich natürlich zu diskutieren. Wenn man sich aber umfassend – und ich glaube, das sehen Sie nicht anders – darüber einig ist, dass für Nachhaltigkeit die Absicherung von großen Lebensrisiken zentral ist, dann ist es ungeachtet der Entwicklung von Globalisierung ein Prozess, den man angehen muss. Ich bin überzeugt, dass wir das können und dass wir es müssen. So wie sich bei uns Sozialstaatlichkeit heute anders darstellt als vor 50 Jahren – und zwar nicht nur wertemäßig, sondern auch weil sich die Bedingungen verändert haben – so wird sich das in der Zukunft natürlich anders darstellen. Das müssen wir jetzt nicht diskutieren. Ich hätte ganz gerne die Kriterien, die notwendig sind, um effizient ansetzen zu können.

Ein Hinweis noch zu der Korruptionsfrage. Als ich in Kenia war, Frau Robinson, habe ich mich mit der kenianischen Gesundheitsministerin und dem Gründer von Transparency International unterhalten, der darauf hingewiesen hat, welche Korruptionsfälle es bei der Vermittlung von

pharmazeutischen Produkten gegeben hat. Ich glaube, diese Korruptionsfragen, mit denen man überall konfrontiert ist, haben unterschiedliche Ebenen. Liefert man in solche Länder pharmazeutische Produkte oder technische Großanlagen ein, dann glaube ich, ist das noch viel brisanter, als bei Entwicklungen von Strukturen, die Voraussetzungen sind, um selbst tragfähig sein zu können. Darüber hätte ich gern noch etwas mehr Informationen.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Riester. Wir haben eine Runde beendet und ich würde jetzt gerne eine Antwortrunde aufrufen. Ich schlage vor, dass wir das in umgekehrter Reihenfolge machen. Beginnend mit Frau Chatterjee hören wir danach Frau Robinson und fahren fort in der Reihenfolge, in der wir jetzt sitzen.

Frau Chatterjee: Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Ich denke, es waren drei Fragenkomplexe, die in erster Linie gestellt wurden.

Erstens wurde gefragt, wie man proaktiver für Frauen in Entwicklungsländern oder ärmeren Ländern arbeiten könnte. Unsere Erfahrung ist, dass die Bemühungen erfolgreich sind, wenn sie von den armen Frauen selbst organisiert werden, sei es in der Mikrofinanzierung oder in der sozialen Sicherung. Vielleicht wissen Sie sogar, dass es in Indien eine starke Mikrofinanzierungsbewegung gibt, die direkt von Frauen organisiert ist, so dass die Bewegung für soziale Sicherheit von den Frauen ausgeht. Viele Frauen, z. B. Hebammen, sind bereits in traditionellen Sicherungssystemen organisiert. Sie sind aktiv gewesen, um die sozialen Sicherungsleistungen auch ihren Schwestern zugänglich zu machen. Eine Möglichkeit, an die Frauen heranzukommen wäre, dass der gesamte Dienst von Frauen geleitet und gelenkt wird, wie ich es auch in meinem Vortrag erwähnt habe.

Der andere wichtige Punkt wäre, dass sich die Dienstleistungen der sozialen Sicherung auf die Punkte ausdehnen sollten, die besonders für Frauen, aber auch für die gesamte Gesellschaft von Belang sind, wie z. B. Mutterschutzleistungen. Die Gesetzgebung, die wir dem Parlament jetzt vorgelegt haben, ist eine Form der minimalen sozialen Sicherung. Wir haben leider eine der höchsten Sterblichkeitsraten bei Frauen und Müttern und deswegen ist es dringend erforderlich.

Ein weiterer Punkt wäre, dass bei der Gesundheitsvorsorge der sozialen Sicherung die gynäkologische Versorgung mit abgedeckt werden soll. Vielleicht finden sie es merkwürdig, dass die gynäkologische Versorgung ausgeschlossen wurde, als wir mit unserer sozialen Versicherungsarbeit begonnen haben. All dies sind Dinge, die man bedenken müsste und die man einbeziehen sollte, damit die Dienstleistungen sich auf die Frauen konzentrieren und auch von den Frauen geleitet und organisiert werden.

Der zweite Fragenkomplex bezog sich auf die Mikrofinanzierung. Herzlichen Dank dafür, Herr Dr. Ruck. Herr Dr. Ruck hat von der Verbindung von Mikrofinanzierung und Sozialversicherung gesprochen. Ich denke, dass es auf natürliche Weise zusammenpasst. Es überrascht Sie vielleicht nicht, dass Mikroversicherung im Grunde genommen aus der Mikrofinanzierung stammt. Die Frauen sparen viel, nehmen Kredite auf und sie beweisen, dass man mit ihnen Bankgeschäfte machen kann. Der nächste Schritt wäre dann eine Versicherung. Hierfür hat es bereits viele Beispiele gegeben. Mikrofinanzierung und soziale Sicherung passen also sehr gut zusammen. Gleichzeitig geht es darum, die Transaktionskosten zu verringern. Besonders bei Sparvereinen in den Dörfern werden die Ersparnisse für die Prämien zusammengetragen, so dass wir nur einen Scheck bekommen und es nicht direkt von den einzelnen Frauen einsammeln müssen.

Eine Abgeordnete fragte über die Auswirkung des Neoliberalismus auf die indische Wirtschaft. Aus Sicht der Basis ist das eine gemischte Erfahrung.

Einerseits hat sich unsere Wirtschaft in den letzten 15 bis 17 Jahren geöffnet. Das besonders starke Wirtschaftswachstum und die Lockerung der alten, oft überholten Abkommen waren nützlich. Gleichzeitig erleben wir, dass die Armen in unserem Land – und das ist ja die Mehrheit – zwar stark zum indischen Wirtschaftswachstum beitragen, aber nicht von dieser Entwicklung profitieren. Unser Anliegen ist es, dass die Ungleichheiten in unserem Land nicht weiter zunehmen.

Das schnelle Wirtschaftswachstum hat allerdings auch positive Seiten. Zum ersten Mal haben Länder wie Indien die Wahl, mehr für Sozialausgaben ausgeben zu können und Frauen haben Zugang zu Ihren Märkten, wo sie ihre Produkte zum fünffachen Wert absetzen können und etwas Geld verdienen können. Andererseits gehen dadurch viele traditionelle Lebensumstände und Möglichkeiten verloren.

Das größte Anliegen unserer Regierung, wie es auch in den WTO-Verhandlungen erwähnt wurde, ist die Landwirtschaft, auf der im Grunde genommen unsere Wirtschaft beruht. Wenn die Bedingungen nicht fair sind, dann werden wir nicht überleben können, ganz egal, ob wir soziale Sicherungssysteme haben. Ich weiß nicht, ob davon in der deutschen Presse berichtet wird, aber seit dieser Prozess im Gang ist, haben wir ein ungeheures Problem damit, dass immer mehr Bauern Selbstmord begehen. Ein Ansatz wäre, soziale Sicherheit einzuführen, aber unsere Bauern finden es schwer, Märkte für ihre Produkte zu finden. Außerdem bewegen wir uns von einem autarken System, welches früher Lebensmittel exportierte, hin zu einem abhängigen System.

Trotz der vielen negativen Auswirkungen für unser Land waren die Öffnung des Versicherungssektors und die Deregulierung hinsichtlich der sozialen Sicherung ein Segen, da das Ganze jetzt konkurrenzfähiger ist. Alles in allem würde ich es jedoch als eine gemischte Erfahrung bezeichnen.

Herr Dr. Krech: Vielen Dank. Herr Dr. Addicks, Sie haben mich konkret nach den Projekten in Marokko und Mauretanien gefragt. Das sind zwei Projekte, die wir im Bereich Gesundheit durchführen. Ihre Frage ist in Bezug auf die Abstimmungen im Bereich der Donor Community insgesamt interessant.

Wir haben dieses Projekt auch im Zusammenhang mit der Frage angesetzt, wie die Auswirkungen im Hinblick auf Qualitätsverbesserung aussehen, wenn wir es schaffen, mehr Menschen in Versicherungen zu bringen. Das ist in Marokko und Mauretanien besonders wichtig, denn wenn die Qualität der Leistung sich nicht wirklich verbessert, würden die Menschen natürlich nicht einer solchen Versicherung beitreten.

Das andere ist, dass wir in beiden Ländern eigentlich bislang nur den formellen Sektor erreicht haben, was nur etwa neun Prozent der Bevölkerung entspricht. Es geht darum, die 91 Prozent in dem anderen Bereich zu erreichen.

Wir müssen in beiden Projekten deutlich sehen, dass wir als Deutsche nicht die einzigen Spieler sind. Sehr interessant ist, dass wir seit einigen Jahren dort auch ein EU-Projekt haben. Zusammen mit den anderen internationalen Gebern vor Ort versuchen wir, uns jetzt in dieses Projekt mit einzuklinken.

Frau Koczy, Sie haben sehr konkret danach gefragt, was wir im Bezug auf soziale Sicherheit tun können. Herzlichen Dank für die Frage. Mit der G8-Präsidentschaft haben wir eine große Chance und müssen an die früheren G8-Präsidentschaften anknüpfen. Interessanterweise hat Frankreich in Sankt Petersburg genau diese Frage der sozialen Sicherung auf die Agenda gebracht. Herr Chirac wird im März eine große Konferenz zu diesem Thema durchführen und wir freuen uns, dass wir von der französischen Regierung Bereitschaft signalisiert bekommen haben, diese Konferenz mit vorzubereiten und eine aktive Rolle zu übernehmen. Dann kommt es darauf an, dass Deutschland diesen Prozess in der G8-Zeit weiterträgt.

Sie haben Heiligendamm angesprochen. Es wäre sehr schön, wenn wir eine Nachfolgekonferenz der Konferenz zu sozialen Krankenversicherungen in Entwicklungsländern, die wir zusammen mit der WHO und der ILO genau vor einem Jahr durchgeführt haben, durchführen könnten. Viele Minister haben ein riesiges Interesse an dieser Konferenz signalisiert. Daran kann man sehen, dass dieses Thema auf der Agenda ist und es wichtig ist, es

weiterzutragen und zu konkretisieren. Ich stimme mit Ihnen vollkommen überein, dass es nicht reicht, nur gute Konzepte zu entwickeln, sondern wir sie auch umsetzen müssen. Das können wir mit Ihrer Unterstützung natürlich viel besser leisten. Wenn wir den G8-Prozess an frühere Prozesse andocken und ihn an die zukünftigen Präsidentschaften weitertragen, dann wäre er eine hervorragende Möglichkeit.

Bezüglich des konkreten Projekts in Sambia haben Sie nach dem Interesse in anderen Ländern gefragt. Hierzu möchte ich Ihnen kurz sagen, dass wir im Gesamtbereich der sozialen Sicherheit im Moment in 40 Ländern arbeiten. Davon nehmen die Krankenversicherungen den größten Teil ein. In etwa 30 Ländern unterstützen wir fachlich den Aufbau von Krankenversicherungssystemen. Im Bereich Grundsicherung haben wir in El Salvador und Paraguay zwei neue Projekte durch das BMZ beauftragt bekommen, bei denen es ähnlich wie in Sambia um Cash Transfer-Programme geht.

Des Weiteren unterstützen wir durch die *Equity Funds* ein kambodschanisches Projekt was wir durch Targeting, d. h. zielgenaue Absicherung vorantreiben. Es gibt also sehr konkrete Nachfragen nach fachlicher Unterstützung, damit wir die Menschen genau erreichen. Solche Targeting-Instrumente helfen, die Armen in den Ländern tatsächlich zu erreichen. Die Präsidentin Chiles hat angefragt, ob wir sie bei der Rentenreform unterstützen. Da warten wir noch auf eine Beauftragung. Ansonsten möchte ich zwei Länder nennen, nämlich China und Indien, bei denen wir in den Regierungsverhandlungen signalisiert bekommen haben, dass der Bereich soziale Sicherheit ein Zukunftsbereich ist. Ich bin sehr gespannt, was dabei herauskommt.

Herr Dr. Ruck, vielen Dank auch für Ihre Frage. Ich finde es schön, dass sie sagen, dass das Ganze nicht unrealistisch sei. Genau das ist auch unsere Einschätzung. Sie sehen es sehr richtig, dass es ein riesiger Berg ist. Aber wenn man das Riesenproblem in Einzelstücke zerteilt, dann ist ein Berg auch bezwingbar. Sie haben richtig gesagt, dass wir soziale Sicherungsleistungen nicht selber finanzieren, denn das müssen die Länder selber tun. Auch in Sambia haben wir das nicht getan.

Ich möchte auch dem Bild widersprechen, die Leute der sozialen Sicherungsleute seien die „Gutmenschen der EZ“, denn das ist nicht der Fall. Sondern wir sehen, wie Frau Chatterjee es auch richtig gesagt hat, dass die soziale Sicherung ein riesiger Wirtschaftszweig ist. Auch in Deutschland ist das Soziale bei weitem der größte Wirtschaftszweig. Stellen Sie sich mal vor, was es für die Beschäftigung in Deutschland bedeuten würde, wenn wir diesen Bereich abschaffen würden.

Vor allem in den Schwellenländern sehen wir, dass dieser Bereich mehr und mehr ein Beschäftigungsfaktor wird. Darum glaube ich nicht, dass wir die Leistungen und die sozialen Sicherungssysteme selber finanzieren sollten. Wir sollten stattdessen fachliche Unterstützung und vielleicht auch Kredite zu ordentlichen Bedienungsfaktoren vergeben, damit die Menschen dort besser abgesichert werden. Wie Frau Chatterjee schon erwähnte, sehen wir, dass in einigen Projekten in Indien durchaus Profite gemacht werden. Ich denke, das sollten wir nicht unterstützen.

Zu dem was sie gesagt haben, Frau Hänsel: Ich denke, es ist wichtig, dass wir einen guten Mix aus staatlichen und privaten Systemen haben. Ansonsten würden wir in Entwicklungs- und Schwellenländern noch in 15 bis 20 Jahren dort stehen, wo wir jetzt sind. Die staatlichen Systeme sind gar nicht in der Lage, in diesen Ländern so zu funktionieren wie in Deutschland.

Herr Dr. Ruck, Sie haben auf die Finanz- und Steuersysteme hingewiesen. Es ist nicht so, dass wir tragfähige nachhaltige Einnahmen in diesen Systemen haben. Deswegen kommt es darauf an, dass wir eine gute Balance zwischen staatlichen Aufgaben und privatwirtschaftlichem Engagement finden.

Ich möchte noch mal kurz auf den Punkt der internationalen Verzahnung zurückkommen. Dieser Punkt ist extrem wichtig, denn alleine wären wir viel zu schwach. Ich möchte Ihnen dazu ein Beispiel geben: Zusammen mit der ILO und der WHO haben wir ein Konsortium zu der Frage der sozialen Krankenversicherung eingerichtet. Wir haben vereinbart, dass alle Anträge, die bei der WHO, der ILO oder bei der GTZ eintreffen, untereinander geteilt werden. Wir wissen also genau, welche Länder bei der WHO oder der ILO nach Unterstützung fragen und andersherum wissen sie, wie es bei der GTZ aussieht. Die Anfragen werden dann gemeinsam diskutiert. So kann auf die weltweit besten Experten der ILO und der WHO zurückgegriffen und konkrete fachliche Unterstützung geboten werden. Wir können also sehr flexibel, konkret und zielgenau fachliche Unterstützung leisten. Alleine könnte Deutschland das nicht leisten und darum ist es wichtig, dass wir uns an die internationale Diskussion andocken. Es geht dabei nicht darum, das deutsche System eins zu eins auf andere zu übertragen, sondern zu schauen, wo es fachlich notwendig ist. Dies sollte auf der Basis der internationalen Vereinbarungen geschehen, die Deutschland mitträgt und mitgestaltet. Ich finde es wichtig, dass wir das als GTZ auch unterstützen können. Hier möchte ich die OECD/DAC nennen, die erkannt hat, dass soziale Sicherheit wichtig ist und eine Arbeitsgruppe eingeführt hat. Ich bin sehr froh, dass wir vom BMZ das Mandat bekommen haben und unsere Erfahrungen einbringen können.

Herr Riester, vielen Dank, Sie haben nach Kriterien der Beratung gefragt. Ich stimme mit Frau Dr. Angele sehr darüber ein, dass der politische Wille, Korruption und Nachhaltigkeit mit Sicherheit solche Kriterien sind. Ich würde noch zwei weitere Kriterien, die für uns extrem wichtig sind, dazu nehmen. Das ist erstens der rechtliche Rahmen, der in Indien ganz anderes aussieht als z. B. in Indonesien. Zwei Schwellenländer, bei denen man denken müsste, sie stünden an gleicher Stelle, haben sehr unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen. Zum anderen muss man sich die Spieler im Feld und die Stakeholder genau anschauen. Es ist wichtig zu wissen, wer die Entscheidungsträger sind, wie die Interessen dieser Entscheidungsträger beim Aufbau von sozialen Sicherungssystemen sind und wie wir mit ihnen arbeiten können. Das wären zwei Kriterien, die ich noch anbringen würde.

Ein weiterer Punkt, den Sie genannt haben ist der der Länderkonzentration. Herzlichen Dank für diese Anmerkung. Ich denke, im Bereich der sozialen Sicherung müssen wir auch auf die Post-ODA Situation eingehen. Die fachlich gute Unterstützung in vielen Schwellenländern sollte auch für Deutschland von riesigem Interesse sein. Letztendlich kommt es darauf an, welche Interessen dem sozialen Sicherungssystem zugrunde liegen werden. Wir haben hier einen Wettbewerb der Interessen. Beispielsweise sagte mir ein amerikanischer Kollege bei einer Diskussion über die Krankenversicherung bei der Weltgesundheitsversammlung: „Du weißt ja, wir haben das schlechteste Gesundheitssystem für viele, aber ein sehr gutes für die, die es sich leisten können. Unter der Clinton-Regierung haben wir versucht, das Ganze zu reformieren, was uns nicht gelungen ist. Wir haben aber einen Wettbewerbsnachteil für alle Produkte von sechs Prozent, weil unser System so schlecht ist. Wenn wir weder „big bang“ noch Einzelreformen schaffen, bleibt uns nur die dritte Option, nämlich andere Krankenversicherungssysteme schlechter zu machen.“

Ich will Ihnen hiermit sagen, dass es um eine echte politische Interessenlage geht. Und insofern müssen wir auch da noch mal die Entwicklungszusammenarbeit neu beleuchten. Herzlichen Dank.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Krech. Frau Dr. Angele.

Frau Dr. Angele: Ich möchte zunächst die Frage beantworten, die Frau Koczy gestellt hat. Es klingt so, als ob die Frage danach, woher ich komme, die einfachste Frage wäre. Das ist sie aber nicht.

Ich komme aus einem eingetragenen Verein, den es im nächsten Jahr seit 60 Jahren gibt. Mitglieder in diesem Verein sind mehr oder weniger alle Institutionen der sozialen Sicherung in Deutschland, das heißt, die Renten-, die Kranken-, die Unfall- und Pflegeversicherungsträger und zwar sowohl die gesetzlichen als auch die privaten. Außerdem die ganze Palette der

Leistungserbringer, die Sozialpartner und die Wissenschaftler. Ich versuche diese nicht einfache Frage kurz zu beantworten.

Wir arbeiten sehr viel in Deutschland und nicht nur im Ausland. Für unsere Mitglieder arbeiten wir in Fragen der sozialen Sicherung, tauschen uns aus und arbeiten international. Wir arbeiten einerseits im Auftrag der Fachministerien, also BMAS und BMG.

Anfang der 90er Jahre haben wir sehr viel im Transformprogramm gemacht und sehr viel in Mittel- und Osteuropa gearbeitet, was wir auch nach wie vor tun. Wir arbeiten sehr viel in EU-finanzierten Projekten und haben dabei exzellente Erfahrungen mit Institutionspartnerschaften gemacht. Wir arbeiten auch für andere Geberorganisationen, z. B. für die Asian Development Bank und machen im Moment ein großes Projekt für die GTZ

Es muss unterschieden werden zwischen den Aktivitäten, die wir als GVG e.V. im Ausland machen und den Aktivitäten, die unsere Mitglieder bilateral machen. Das ist eine ganze Menge, wie beispielsweise die Rentenversicherung, die Krankenversicherung und die Sozialpartner. Soviel als Hintergrundinformation.

Die zweite Frage, auf die ich sehr gerne eingehen will, ist die Frage danach, was Deutschland tun kann. Herr Dr. Krech hat ja schon sehr viel dazu gesagt. Ich denke, Deutschland kann sich zusätzlich in anderen internationalen Organisationen verstärkt einbringen und sich für die soziale Sicherung stark machen. Also, die Institutionen, die von Hause aus in dem Bereich tätig sind, aber wo wir uns auf EU- und Weltbankebene mehr wünschen würden. Über die Frage darüber, was als wichtiges Thema in der internationalen Zusammenarbeit definiert wird, stehen auch dort die verschiedenen Bereiche in Konkurrenz zueinander.

Mit Ihrer Frage zu der Korruption haben Sie mich genau da erwischt, wo es am schwierigsten ist. Bei der internationalen Arbeit können ganz viele Kriterien angesetzt werden, auch um auf Ihre Frage gleich zurückzukommen, Herr Riester. Natürlich kann ich danach fragen, was schon an Ressourcen vorhanden ist, welche Länder besonders arm sind und wo es vielleicht politischen Nutzen für Deutschland bringt. Das sind sehr legitime Kriterien, die man sich fragen muss. Die internationale Gemeinschaft arbeitet ja schon seit vielen Jahren zusammen und ich glaube, man muss sich zwei Fragen stellen.

Das eine ist, was ich in den Ländern erreichen will, d. h. will ich humanitäre Hilfe leisten, weil manche Länder so arm sind, oder will ich langfristig und nachhaltig Unterstützung leisten? Wenn ich das Letztere will, dann würde ich diese zwei Kriterien durchaus als sehr zentrale Kriterien begreifen. Den politischen Willen, ich hatte es so formuliert, institutionelle und finanzielle Strukturen schaffen. Wir haben oft die Erfahrung gemacht, dass in vielen Ländern

zwar politische Entschlüsse gefasst werden, aber nichts zur Umsetzung getan wird. Dann frage ich mich, was bei all den Investitionen rauskommt.

Und das zweite ist, ich habe es ja schon vorsichtig formuliert, ein Mindestmaß an Rechtsstaatlichkeit und Korruptionsfreiheit. Sie haben vollkommen Recht, Herr Riester, es gibt ganz unterschiedliche Levels von Korruption. Wenn es um Großgeräte geht, wenn es um EDV-Systeme geht, dann ist es etwas völlig anderes. Nichtsdestotrotz würde ich von einem Mindestmaß an Korruption im Allgemeinen sprechen. Wenn dieses Mindestmaß an Korruption nicht da ist, kann ich mir überlegen, ob ich dennoch – vielleicht auch aus ganz anderen Gründen – mit dem Land zusammenarbeiten will. Dann muss ich mir überlegen, wo ich hin will. Will ich wirklich ein stabiles umfassendes System in die Wege leiten oder will ich humanitär helfen? Oder ist ein Zwischenweg, nämlich kleinen Gemeinschaften zu helfen, vielleicht der richtige Weg? Ich möchte noch mal daran erinnern, dass mit vielen Ländern seit sehr vielen Jahren zusammengearbeitet wird und die Ergebnisse in einigen Ländern nicht so sind, wie es sich alle Beteiligten gewünscht haben. Und deswegen glaube ich, dass es sich lohnt, sich diese wirklich sehr ehrgeizigen Kriterien zu Herzen zu nehmen.

Bei der letzten Frage ging es um den Zusammenhang von Wirtschaft und sozialer Sicherung. Ich denke, das ist eine Zweibahnstraße. Natürlich kann man die deutsche Wirtschaft in den Ländern, in denen sie tätig ist, zumindest in ihren eigenen Unternehmen, aber auch darüber hinaus durchaus dafür gewinnen Dinge zu machen. *Corporate Social Responsibility* ist hier das Stichwort.

Umgekehrt ist es, glaube ich, wichtig, dass man der Wirtschaft selbst hier in Deutschland mehr verdeutlichen muss, dass Zusammenarbeit im Bereich soziale Sicherung durchaus auch der Wirtschaft nutzen kann. In Ländern, mit denen ich zusammenarbeite, haben deutsche Wirtschaftsunternehmen durchaus schon einen Fuß in der Tür. Ich glaube, dafür muss man bei den deutschen Unternehmen werben, denn so kann dann eine Zweibahnstraßenzusammenarbeit stattfinden. Gerade in dem Bereich gibt es sogar ein Beispiel, wo sich wirklich ein Joint Venture aus der sozialpolitischen Zusammenarbeit ergeben hat. Danke.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank. Und nun Frau Robinson.

Frau Robinson: Herzlichen Dank. Ich möchte noch einmal sagen, dass es mir eine sehr große Freude ist, hier Antworten zu geben. Ich kenne Mirai Chatterjee, wir haben uns mehrmals getroffen und ich stimme ihr sehr zu. Ich entdecke aber auch eine Menge Gemeinsamkeiten mit dem, was Dr. Krech und Dr. Angele gesagt haben. Es ist der richtige Zeitpunkt, an dem man

sich mit der Frage auseinandersetzt, was man tun kann, um Sozialversicherungssysteme und soziale Grundlagen in den Ländern auszubauen. Wir haben internationale Organisationen, die UN, die ILO, die WHO. Viele konzentrieren sich auf die Gesundheitssysteme. Wir haben die Pariser Erklärung über die Effizienz der Hilfe. Wir haben gelernt, dass es sehr wichtig ist, die Regierungen zur Verantwortung ziehen. Die Regierungen müssen die Führung ergreifen, was die Planung angeht. Natürlich muss es Unterstützung für die Regierungen und ihre Pläne im Bereich Gesundheitsversorgung geben.

In der praktischen Arbeit mit meinen Kollegen konzentrieren wir uns oft auf Afrika. Wenn hier praktische Antworten erbeten werden, dann werde ich mich auf Afrika konzentrieren. Ich denke, es ist sehr wichtig, dass die afrikanischen Staaten ermutigt werden, ihren Pflichten im Bereich Gesundheitsfinanzierung nachzukommen. Die Erklärung von Abuja aus dem Jahr 2004 sieht vor, dass 15 Prozent ihres BIP dafür ausgegeben werden sollte. Ich war kürzlich in Mosambik, wo wir eine drastische Steigerung von 8 auf 14 Prozent bereits beobachten können. In Ghana, das habe ich ja bereits gesagt, war ich ebenfalls Anfang des Monats. Dort sind es bereits über 15 Prozent. Das ist also eine Schlüsselkomponente.

Dann haben wir einen weiteren Aspekt. Nämlich, dass es in den Ländern eine enge Zusammenarbeit zwischen den Geberländern und den Entwicklungsagenturen gibt, z.B. der GTZ. Aber auch die Irish Aid gehört hier zu den Projekten der Entwicklungszusammenarbeit. Das heißt, es gibt allgemeine Unterstützung für die Budgets und es gibt eine ganze Reihe von Sektorstrategien für unterschiedliche Bereiche, unter anderem auch für den Gesundheitsbereich. Die WHO betont immer wieder, wie wichtig es ist, dass das Gesundheitswesen ausgebaut wird. Und hier wird vor allem auch über Humanressourcen nachgedacht. Darüber haben wir hier noch nicht gesprochen.

Ich wurde gefragt, den Vorsitz einer „High-Level Policy and Planning Group“ der „Global Health Worker Alliance“ der WHO zu übernehmen. Dort wollen wir uns mit der Frage des Brain Drain befassen. Besonders in den ärmsten Ländern in Afrika ist das ein Problem, denn es unterminiert das Entstehen eines Gesundheitswesens. Das ist also eine weitere Komponente.

Ich bin hier in Berlin, auch weil ich beim *GAVI Alliance Board* und beim *GAVI Fund Board* Mitglied bin. In den letzten zwei Tagen war ich ebenfalls die amtierende Vorsitzende des Fund Boards, da Graca Machel, die eigentliche Vorsitzende, momentan nicht da ist. 500 Mio. Euro sind für die Förderung des Gesundheitswesens von diesem Board zur Verfügung gestellt worden. Da geht es natürlich vor allem um Impfstoffe und um die Gesundheitsvorsorge für Kinder. Es ist sehr wichtig, dass es einen nachhaltigen Zugang der Entwicklungsländer zu Impfstoffen gibt und dass die Möglichkeit besteht, neue Impfstoffe zu bekommen und zu

entwickeln. Das ist ganz wichtig im Zusammenhang mit der Bedeutung der sozialen Sicherheit für die gesellschaftliche Stabilität, was Sie auch aus der deutschen Perspektive betont haben.

Es gibt die *Health Financing Task Force*, die ich schon genannt habe. Hier haben wir z. B. den ehemaligen Finanzminister aus Nigeria Ngozi Okonjo-Iweala und auch den mexikanischen Gesundheitsminister Julio Frenk als Mitglieder. Wir haben auch Mitglieder aus der Weltbank. Diese Task Force ist auch nach Deutschland gekommen, um beispielsweise mit anderen Experten zu sprechen. Deswegen bin ich hier und kann auch heute zu Ihnen sprechen. Ich möchte die Bundesregierung und die GTZ bitten, mit dieser Task Force zu kooperieren. Die Task Force hilft Ländern, die um Unterstützung für den Aufbau ihrer sozialen Sicherheitssysteme fragen.

Nun werde ich mich noch auf die Frage von Frau Koczy beziehen, die mich auf die G8 angesprochen hat. Die G8-Präsidentschaft erlaubt es einem Land, wirklich bedeutende politische Signale zu geben und zu sagen, welche Felder die Politik mit Priorität behandeln möchte. Das ist etwas, was manche Länder nicht mögen und diese mächtige Position der G8-Präsidentschaft nicht wollen. Wenn die deutsche Präsidentschaft in der G8 sagt, dass etwas getan werden müsse, dass sehr viel Kooperation und eine High-Level-G8-Kommission erforderlich seien, wäre das eine sehr starke Unterstützung der laufenden Aktivitäten.

Der nächste Schritt bestünde darin, dass man in die schon vernetzte Ansatzweise von GTZ, ILO und WHO auch noch die *High-Level Task Force* und die zur Verfügung stehenden Fonds mit einbezieht. Also nicht nur GAVI, auch der Global Fund. So dass einfach klar ist, dass Gesundheit sehr wichtig für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung sind.

Und dann haben wir natürlich die Debatte über nachhaltige soziale Sicherheit. Ich stimme dem zu, was Mirai angesprochen hat. Sie hatte gesagt, dass SEWA sehr erfolgreich arbeiten konnte. Je mehr SEWA arbeiten kann, desto stärker wird sich auch eine Verankerung mit den Basisinitiativen vor Ort ergeben. Auch hier denke ich, ist es genau der richtige Zeitpunkt, die Initiativen ergreifen.

Noch einmal zu den Kriterien. Sie sind wichtig für Länder, die etwas gegen Korruption unternehmen möchten und dabei nicht nur die Regierung einbeziehen, sondern darüber hinaus auch die Zivilgesellschaft, etc. Weiter ist ein funktionierendes System zur Korruptionsbekämpfung notwendig.

Da Kenia genannt worden ist und wir beide dort gewesen sind, denke ich, dass es angesichts der Berichte von Transparency International wichtig zu erwähnen ist, dass Ministerin Ngilu sich

mit der Frage der Korruption befasst hat. Ich nehme an, dass sie Ihnen wie mir die Geschichte erzählt hat, dass sie zu Beginn ihrer Amtszeit tatsächlich dazu beigetragen hat, dass das Budget für den Bereich Gesundheit um 20 Prozent gestiegen ist, nur weil sie sich intensiv gegen Korruption im Bereich der Beschaffung gewandt hat. Das zeigt, dass tatsächlich etwas erreicht werden kann, wenn die Bereitschaft bei der Regierung und bei den Ministerien besteht. Auch wenn es vielleicht in anderen Bereichen noch nicht das Bewusstsein von der Notwendigkeit dieser Korruptionsbekämpfung gibt, ist es doch möglich, in einzelnen Bereichen damit zu beginnen.

Was ich vom Panel und aus den Fragen gehört habe, hilft uns sicherlich sehr weit nach vorn. Wie gesagt, in Deutschland ist diese Tradition sehr stark verankert und deswegen glaube ich, dass wir die Unterstützung für eine derartige *High-Level-Initiative* bekommen.

Die stellvertretende Vorsitzende: Herzlichen Dank an unsere Referenten. Noch zwei Wortmeldungen, dann muss ich die Rednerliste schließen.

Abg. Jürgen Klimke (CDU/CSU): Danke sehr. Ich habe mich mit der Gesamtproblematik, die wir heute hier diskutieren, im Sommer in Indien befasst. Da es nicht zu meinem direkten Arbeitsgebiet gehört, war das dort vorgestellte Projekt, welches die GTZ zwischen dem Bundesstaat Karnataka und der Münchener Rück bzw. der Allianz vermittelt, für mich neu. Das fand ich sehr spannend. Die GTZ ist sozusagen der Mittler zwischen den Welten; zwischen einer staatlichen Institution und privaten Einrichtungen aus unserem Bereich. Dabei werden 35.000 Versicherungsnehmer der Zielgruppe „Krankheit, Arbeitsunfälle, Versehrtheit und Alter“ angestrebt.

Für mich stellen sich auch nach der heutigen Diskussion eine Reihe von Fragen. Das sind vielleicht Grundsatzfragen für jemanden, der nicht ganz involviert ist. Hier stellt sich zum Beispiel die Frage „worum geht es eigentlich?“ Geht es um soziale Sicherungssysteme, Herr Riester, oder geht es um Versicherungen? Ich kann mir vorstellen, dass für einen Bauarbeiter in Indien – 35 Jahre alt, 4 Kinder – die Versicherung gegen einen Arbeitsunfall zunächst viel wichtiger ist, als die Alterssicherung. Geht es um die Frage, sind wir in erster Linie armutsorientiert, d. h. versuchen wir Armen zu helfen, einen humanen Lebensabend zu verbringen oder sind wir sicherungsorientiert? Oder sind wir armuts-, sicherungs- und versicherungsorientiert? Die unterschiedlichen Bedürfnisse, die dahinter stehen, sind mir noch nicht ganz klar geworden.

Sie haben, Herr Dr. Krech, vom „Targeting“ gesprochen, haben gesagt, dass zielgruppengenaues Abstimmen das Wichtigste ist. Was ist denn eigentlich die Primärzielgruppe?

Muss ich zwischen einem Schwellenland oder der Armutsgrenze eines Landes unterscheiden? Geht es um Alterssicherung oder um Kranken- oder Arbeitslosenversicherung, geht es um Arbeitsunfälle oder geht es um alles? Zu diesem Punkt hätte ich gern von Ihnen nähere Anmerkungen.

Den zweiten Punkt haben Sie, Frau Dr. Angele, angesprochen. Vielleicht können Sie aus der Sicht der GVG noch einmal erläutern, welche Interessen die eindeutig privat ausgerichteten Versicherungsunternehmen Münchener Rück und Allianz haben. Weswegen engagieren sie sich? Ich habe darüber mit einem Vorstandsmitglied der Münchener Rück gesprochen. Die Antwort ist der Einstieg in einen neuen Markt mit Unterstützung eines Türöffners, der GTZ. Auf der anderen Seite haben sie die Möglichkeit, durch eine Querfinanzierung durch den Bundesstaat die ersten Hürden zu nehmen. Das ist aus unserer Sicht nicht nur marktwirtschaftlich orientiert, sondern auch vernünftig, weil auch Interessen der deutschen Wirtschaft dahinter stehen, die im Endeffekt vielleicht das Ziel haben, dass Münchener Rück eine „Indien Rück“ macht, die dann völlig losgelöst von dem indischen Staat und der deutschen Entwicklungszusammenarbeit nur noch auf Privatebene läuft. Das ist etwas, was wir zielgerichtet anstreben könnten und sollten, weil alle davon profitieren. Ist das ein Ziel? Ist das Ihr Ziel, das Sie vielleicht sehen würden? Das sind die Fragen, die sich für mich nach der Diskussion stellen.

Abg. Dr. Karl Addicks (FDP): Herr Klimke hat gerade schon einen großen Teil der Fragen gestellt, die ich mir auch vorgenommen hatte. Für mich stellt sich die Frage nach dem konkreten Vorgehen. Wollen wir das ganze Paket aus Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung, etc. zugleich bewerkstelligen oder wollen wir differenziert nach der Situation, wie wir sie in verschiedenen Ländern vorfinden, erst einmal mit einer Grundsicherung anfangen, die dann nach Möglichkeit auch den informellen Sektor umfasst. Denn die Krankenversicherung im informellen Sektor ist für mich eine der Möglichkeiten, die Armutursachen wirklich zu bekämpfen. Das wäre eine wichtige Frage.

Zweitens ist die Aufgabe, die wir uns vornehmen, sicherlich nicht gering. Ich schätze sie als eine der größten Aufgaben ein, die die Entwicklungszusammenarbeit sich vornehmen kann. Wäre eine solche Aufgabe nicht auch ein ganz besonders wichtiges Anliegen für einen Entwicklungszusammenarbeitsakteur wie die EU? Dazu würde ich gern einmal die Meinungen unserer Experten hören.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank. Eine Verständnisfrage möchte ich noch anschließen. Frau Dr. Angele, Sie hatten gesagt, vielleicht habe ich es auch nur falsch

verstanden, dass über wir das Thema „Kapitaldeckung“ später im zweiten Gang reden. Ich wollte damit nur anmerken, dass wir das während den Anfängen nicht getan haben und nun schwer hinterherlaufen. Ich denke, in dem Moment, wo wir über ein solches System nachdenken, sollten wir gleich überlegen, wie wir es zukunftssicher gestalten können. Herr Dr. Krech, wollen Sie antworten?

Dr. Rüdiger Krech: Herr Klimke, dieses Projekt fokussiert sich momentan auf Karnataka. Es werden aber auch andere Bundesstaaten in Indien und in Indonesien folgen. Es ist also ein Projekt, was sich nicht nur auf Indien bezieht, sondern auch auf Indonesien.

Da geht es um eine PPP-Maßnahme, die wir über das BMZ beauftragt bekommen haben, wobei es darum geht, die Kleinstversicherungen und den Zusammenhang zwischen Kleinstfinanzen, also Kleinstkrediten und Kleinstversicherungen, stärker in den Blick zu nehmen. Es geht in der Tat darum, Hauptrisiken abzudecken. Im Moment haben wir mit Lebensversicherungen begonnen, da es ein relativ einfaches Projektprodukt ist, weil man das relativ schnell absichern kann.

Sie haben gefragt, was es für unterschiedliche Elemente der sozialen Sicherung gibt – so habe ich das verstanden – und ob es um Versicherung oder soziale Sicherheit geht. Zunächst mal unterscheiden wir zwischen staatlichen, privaten und gemeindebasierten Ansätzen, die sich gemeinsam befruchten sollen. Also, der Staat hat eine gemeinsame Aufgabe für soziale Sicherheit. Es gibt gemeindebasierte Ansätze, wie zum Beispiel SEWA, und es gibt sicher private Möglichkeiten der Zusatzabsicherung. So ähnlich haben wir das ja in Deutschland auch. Also, Ihre Lebensversicherung, die Sie vielleicht haben, ist eine private Absicherung. Wenn Sie die Riester-Rente haben, ist das auch eine Zusatzversicherung, die Sie privat abgeschlossen haben, aber Sie haben auch eine staatliche Absicherung, zum Beispiel im Falle von Arbeitslosigkeit. Das heißt also, wir unterscheiden zwischen staatlich, privat und gemeindebasiert. Und es geht, da greife ich auch die Anfrage von Herrn Dr. Addicks noch auf, um die gute Balance zwischen denen.

Wir haben ein riesiges Problem in der fachlichen Beratung, denn die Politiker kommen zu uns und sagen: „Sollen wir jetzt eine Krankenversicherung aufbauen oder eine Rentenversicherung oder eine Grundsicherung?“ Und sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich ein Versicherter entscheiden soll, ob er sich gegen das Risiko des Alters oder der Krankheit absichern soll. Und dann könnte es passieren, weil unser Ansatz Armutsreduktion ist, dass sie in einen Wettbewerb kommen. Das führt dann aber letztlich dazu, dass vielleicht die Menschen trotzdem unter die Armutsschwelle fallen, denn stellen Sie sich vor, Sie haben sich für Alter entschieden und

haben keine Krankenversicherung und dann passiert genau das, was ich Ihnen vorher erzählt habe.

Da haben wir also ein Problem und deshalb glauben wir, wir müssen eine gute Balance schaffen. Wir reden immer vom Netz. Ich bin kein Freund von diesem Ausdruck, weil sich das so wie eine Hängematte anhört, was nicht gemeint ist. Aber es geht darum, dass Menschen nicht durch dieses Netz in die absolute Armut fallen. Auch das ist natürlich wieder eine andere Vorgehensweise als in Deutschland, wo wir auf sehr hohem Niveau klagen, sondern es geht wirklich um die Absicherung von grundsätzlichen Risiken.

Herr Dr. Addicks, Sie haben nach diesem „Sequencing“ gefragt. Darauf kann ich Ihnen gar keine wirkliche Antwort geben, weil die Situation in den einzelnen Ländern sehr, sehr unterschiedlich ist. Wir brauchen, glaube ich, ein umfassendes System der sozialen Sicherheit mit allen Stakeholdern und Partnern, die dazu beitragen können. Dieses Konzept sollten wir nicht aus dem Auge verlieren, ansonsten schaffen wir Parallelsysteme für bestimmte Berufsgruppen – Frau Dr. Angele hat es angesprochen – die dann nicht solidarisch sind. Wir brauchen also ein Konzept, was universell ist.

Aber natürlich müssen wir konkret den ersten Schritt tun. In einem Land können wir mit Krankenversicherung starten, in dem anderen Land mit der Grundsicherung. Wichtig ist allerdings, dass wir in unserer technischen Beratung darauf abzielen, irgendwann einen universellen Zugang zu haben. Wir sehen, dass es sehr rapide geht, also es dauert nicht wie in Deutschland sechzig Jahre, ehe wir alle abgesichert haben. Das geht offensichtlich ein bisschen schneller, aber ich würde auch da zu langem Atem raten.

Die stellvertretende Vorsitzende: Frau Dr. Angele.

Frau Dr. Angele: Ja, das sehe ich ganz genau so. Man kann Sozialversicherung und soziale Grundsicherung nicht gegenüberstellen. Wir brauchen wirklich beides, da es sich ergänzt. Man kann nicht generell sagen, das eine sei wichtiger als das andere.

Es gibt dann sicherlich Prioritäten, was die Bereiche betrifft. Gesundheit ist sicherlich ein ganz grundlegender Bereich. Sie hatten auch den Bauarbeiter angesprochen. Ja, das sind sicherlich Grundbereiche. Ich würde auch sagen, dass Pflege sehr wichtig ist. Aber ob ich die Pflegeversicherung im ersten Schritt aufbaue, sollte ich mir überlegen, denn es gibt da natürlich Prioritäten. Generell sollte es uns aber darum gehen, auf einem tragbaren Niveau für das Land ein Gesamtsystem aufzubauen.

Die Motivationen sind sicherlich sehr unterschiedlich. Armutsvermeidung ist schon immer ein Grund und eine Grundlage der Entwicklungszusammenarbeit in dem Bereich gewesen, aber ich wollte eigentlich nur deutlich machen, dass heutzutage andere Motivationen hinzukommen und diese zum Teil in unserem eigenen Interesse sind. Und wenn ich zum Teil sage, dann komme ich auch gleich zu der nächsten Frage mit der Privatwirtschaft.

Die Privatwirtschaft ist ja sehr engagiert in der Arbeit in diesen Versicherungsmodellen im Krankenhausbereich. In Kombinationsmodellen gibt es das ja durchaus in dem einen oder anderen Land. Aber die Privatwirtschaft ist meines Wissens in Schwellenländern tätig. Ich weiß von Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft, dass sie im Moment in China und in Indien tätig sind. Da muss natürlich ein Interesse hinter stecken und wir haben ein Interesse an bestimmten Ländern. Auch dieses geht Schritt für Schritt und ich denke, dieses Interesse und dieses Potential sollten genutzt werden. Und wenn es dann nicht flächendeckend für alle Länder ist, wo man es gerne hätte, dann ist das erstmal in Ordnung.

Zuletzt die Frage nach der Umlage und der Kapitaldeckung. Natürlich ist das eine wichtige Frage und zu diesem Thema gibt es Erfahrungen. Wir hatten in den 90er Jahren nicht nur in Deutschland umfangreiche Diskussionen zu den Themen, sondern vor allem auch, von der Weltbank initiiert, in Lateinamerika. Wir haben in Osteuropa eine Handvoll Länder – Polen, Lettland, Ungarn – die die Systeme eingeführt haben. Man muss einfach sehen, dass die Diskussion damals in den Ländern sehr stark von der Idee geprägt war, dass man den Kapitalmarkt entwickeln wollte und gar nicht so sehr vom sozialen Gedanken. Diejenigen, die diese Modelle gepusht haben, waren Wirtschaftsleute. Das hat sich in der konkreten Implementierung gezeigt. Erstens ist nicht nur auf den Kapitalmärkten nicht all das eingetroffen, was man ursprünglich erwartet hatte, sondern es war eben auch administrativ eine wahnsinnige Herausforderung für die Länder. Sie mussten ja nicht nur normale Rentenversicherungskonten umsetzen, sondern es mussten individuelle Konten eingeführt werden. Das ist allerdings nicht in allen Ländern sofort möglich. ILO und die Weltbank haben auch gerade aufgrund dieser Erfahrungen ihre Modelle modifiziert.

Jeder ist sich einig, dass man Kapitaldeckung braucht, aber jeder ist sich auch einig, dass es so eine Grundsäule gibt, die umlagefinanziert ist und ich glaube, in den Entwicklungs- und Schwellenländern reden wir als allererstes darüber. Das muss effizient und gut organisiert sein, damit darauf der zweite Schritt folgen kann, der verwaltungstechnisch unheimlich anspruchsvoll ist. Das war eigentlich die Grundaussage, die ich machen wollte.

Die stellvertretende Vorsitzende: Herzlichen Dank, liebe Kolleginnen und Kollegen. Wir haben festgestellt, dass wir genau die Zeit brauchten und sie uns auch zum Glück nehmen konnten. Wir haben sehr viel erfahren.

Für mich war es erstaunlich zu erfahren, dass wir schon wesentlich mehr haben, als man vielleicht auf den ersten Blick sieht. Deshalb war es ganz spannend, genau die Dinge zu erfahren, die wir schon konkret verfolgen können.

Ich habe für mich nicht das Gefühl, als ob wir jetzt rausgehen und sagen können, also gut fangen wir an, sondern ich glaube, wir haben sehr viele Informationen bekommen, die uns in jedem Fall auf dem Weg weiterhelfen. Ich glaube, es ist ein richtiger Weg und es ist ein guter Weg. Ich denke, wir haben auch erfahren, dass wir in die politische Diskussion, wo auch immer, einsteigen müssen.

Ich danke unseren Gästen sehr herzlich – eine hervorragende Auswahl, lieber Herr Riester. Unsere Gäste haben sich ergänzt, aber auch die einzelnen Beiträge waren höchst spannend und höchst interessant. Ich danke unseren Dolmetschern und ich danke Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Wir haben eine sehr lange Sitzung gehabt. Danke für alle, die dabei waren und sich so aktiv beteiligt haben. Ich wünsche noch einen schönen Resttag, die Sitzung ist geschlossen.

Ende der Sitzung: 13.45 Uhr

Sibylle Pfeiffer
Stellvertretende Vorsitzende

**Anhörung „Soziale Sicherungssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern“
am 29. November 2006**

**Stellungnahme der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und
-gestaltung e.V. (GVG)**

Sozialpolitische Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Schwellenländern gewinnt zunehmend an Bedeutung. Wie wichtig der Aufbau funktionierender Systeme sozialer Sicherung in sich entwickelnden Gesellschaften ist, ist inzwischen nicht nur von der internationalen Gebergemeinschaft anerkannt worden – auch in den Entwicklungs- bzw. Schwellenländern selbst wird realisiert, dass **sozialer Ausgleich und soziale Sicherung eine wichtige Grundvoraussetzung für die Entwicklung demokratischer, wettbewerbsfähiger Gesellschaften** ist.

Mit den Rahmenbedingungen haben sich auch die Herausforderungen an eine nachhaltige Entwicklungszusammenarbeit geändert:

- War Armutsminderung und soziale Sicherung in Industriestaaten vor allem von nationalen Erwägungen geprägt – man wollte ausgeprägte Formen der Armut abschaffen und sozialen Frieden sichern – so geht es heute um eine globale Herausforderung, die sich nicht mehr auf Nationalstaaten begrenzen lässt. Dieser globalen Herausforderung muss sich heute auch die Entwicklungszusammenarbeit stellen und deshalb geht es auch hier nicht mehr um vorwiegend humanitäre Fragen, sondern ebenso um wirtschaftliche und politische Erwägungen.
- Dabei geht es zum einen darum, einer Vergrößerung der Einkommensungleichheit entgegenzuwirken – nicht nur innerhalb der Entwicklungsländer, sondern auch global zwischen den Ländern – und somit auch die Gefahr einer einhergehenden politischen / religiösen Radikalisierung zu verringern, die letztlich auch auf Deutschland negative Auswirkungen haben kann.
- Dabei ist soziale Sicherung nicht lediglich als Instrument zu sehen, das die „Verlierer“ von sich entwickelnden marktwirtschaftlichen Systemen entschädigt, sondern zugleich als ein wichtiger „Motor“ für eine dynamische wirtschaftliche Entwicklung, indem sie die Bereitschaft potentieller Marktteilnehmer steigert, wirtschaftliche Risiken einzugehen und der wirtschaftlichen Entwicklung einen stabilen und humanen Rahmen gibt.
- Hinzu kommt, dass wir es heute teilweise mit Ländern zu tun haben, in denen das Sozialprodukt rasant wächst und wo deshalb weniger das Wachstum, als vielmehr die Produktionsbedingungen und die Verteilung eine Herausforderung darstellen.
- Allenthalben hat der Wandel traditioneller Gesellschaften zu modernen kapitalistischen Gesellschaften und die damit einhergehende Migration vom Land in die Städte vielfältige Auswirkungen: Familienstrukturen verlieren ihre Funktion als Sicherungssystem, städtische und ländliche Regionen entwickeln sich stark auseinander, in den Megastädten entwickeln sich neue soziale Probleme. Diese Entwicklungen haben grundlegende Auswirkungen auf den Zusammenhalt der Gesellschaften. Die familiäre Absicherung muss deshalb durch neue Sicherungsnetze ergänzt bzw. ersetzt werden und es gilt, die Wechselwirkungen von Migration und sozialer Sicherung zu berücksichtigen (Verringerung sozial bedingter Migration, Verbesserung der Situation der Migranten und derjenigen, die zurückbleiben).
- Hinzu kommt, dass viele der Entwicklungsländer vor gravierenden demographischen Herausforderungen stehen, durch die neue schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen entstehen und die den Ausbau sozialer Sicherungssysteme erfordern. Dabei sind diese

Herausforderungen durchaus unterschiedlich: immer mehr junge Menschen, die auf einen schrumpfenden Arbeitsmarkt treffen, alternde Gesellschaften oder Gesellschaften mit durch HIV/AIDS verursachten „skipped generation households“ d.h. einer fehlenden Eltern- generation.

- Auch setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass nicht nur Güter exportiert werden, sondern auch die Bedingungen unter denen diese produziert werden. Daher liegt eine über humanitäre Aspekte hinaus gehende Zusammenarbeit in der Sozialpolitik im ureigenen Interesse aller Industriestaaten.
- Der sozialen Sicherung kommt in diesem Zusammenhang nicht nur wegen ihrer Bedeutung als Kostenfaktor im globalen Standortwettbewerb eine Schlüsselfunktion zu. Auch der Nutzen sozialpolitischer Zusammenarbeit für eine verstärkte wirtschaftliche Kooperation sollte nicht unbeachtet bleiben. So kann sozialpolitische Beratung durchaus auch die Funktion einer „Landebahn“ für die Wirtschaft haben, indem Standards und Verfahren aneinander angeglichen und Kontakte aufgebaut werden, und durch diese Konvergenz ein intensiverer Austausch zwischen den Ländern erleichtert wird. So hat beispielsweise die Kooperation der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung mit chinesischen Arbeitsschutzinstitutionen nicht nur zur Übernahme deutschen Gefahrstoffregelwerks in China geführt, sondern in diesem Jahr auch zu einem deutsch / chinesisches Joint Venture in der Produktion von arbeitsschutzrelevanter Messtechnik.

Wirtschaftliche und soziale Entwicklung stehen also in einem engen Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig positiv. **Eine intensivierete Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Sicherung mit Entwicklungs- und Schwellenländern ist daher nicht nur aus humanitären Gründen geboten. Im Zeichen einer globalisierten Wirtschaft und weltweiten Wettbewerbs ist sie vielmehr auch aus sozial- und wirtschaftspolitischen Gründen unumgänglich.**

Die Arbeit vor Ort hat gezeigt, dass **in nahezu allen Ländern die verschiedensten Systeme sozialer Sicherung existieren. Allerdings sind diese Systeme häufig fragmentiert und weisen hinsichtlich Zugang und Leistungsfähigkeit große Lücken auf.** Angesichts sich schnell wandelnder wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen stehen diese Systeme (ebenso wie die Systeme entwickelter Länder) auf dem Prüfstand: Können sie ihre Funktion auch unter gewandelten Bedingungen erfüllen? Wie müssen sie weiterentwickelt werden, damit sie das können?

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit kann dazu beitragen, diese Fragen gemeinsam mit den Ländern zu klären und **partnerschaftlich Reform- und Politikprozesse zu unterstützen.** So können in den Ländern neue Strukturen aufgebaut werden, die von diesen selbst getragen werden. Dabei gilt es, soweit wie möglich an Vorhandenes anzuknüpfen, ohne existierende Probleme zu verfestigen.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich auf eine Erfahrung der GVG hinzuweisen, wonach die teilweise negative Einschätzung des Zustandes des sozialen Sicherungssystems in Deutschland im Ausland nicht geteilt wird – im Gegenteil: es genießt ein hohes Ansehen. Diese Überzeugungskraft bezieht es weniger aus dem Umfang und Niveau seiner Leistungen, als vielmehr daraus, dass es für die grundlegenden Systementscheidungen, die zu Beginn eines Reformprozesses zu treffen sind, Optionen bereit hält, die flexibel gestaltet werden können und dennoch einer übergreifenden immanenten Systemlogik gehorchen. Die Tatsache, dass im Zentrum dieser Systemlogik die **Vermittlung zwischen Markt und Staat, zwischen Staat und Gesellschaft, zwischen solidarischer Sicherung und Eigenvorsorge und zwischen unterschiedlichen Akteuren, Institutionen und Interessengruppen** steht, macht dieses System und seine Grundlagen in der internationalen Zusammenarbeit zu einem attraktiven Modell.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung

Ausschussdrucksache
Nr. 16(19)139

27. November 2006

**Social Security systems in developing countries – the experiences of the
Self-Employed Women’s Association, SEWA, India**

**Presented by : Mirai Chatterjee,
Coordinator, SEWA Social Security**

to

**The German Bundestag’s Committee on
Economic Cooperation and Development, Berlin,
November 29th, 2006**

Self Employed Women's Association (SEWA)

**SEWA Reception Centre,
Opposite Victoria Garden, Bhadra,
Ahmedabad 380001.Gujarat, India.**

Phone : 91-079-5506444/5506477

Fax : 91-079-5506446

Email : sewass@icenet.net

Website: www.Sewa.Org

The Self-Employed Women's Association, SEWA, is a trade union of 800,000 women workers of the informal economy spread across eight states. Started in 1972 by Ela Bhatt in Ahmedabad, India, SEWA is India's largest informal workers' union today.

SEWA organizes women for full employment at the household level which includes work and income security, food security and social security and towards self-reliance. The latter includes economic viability, as well as self-reliance in terms of decision-making and control in the hands of poor women.

In order to achieve these goals, SEWA has promoted thousands of small and large organizations and collectives of women workers which are owned and managed by them. The largest of these is SEWA Bank, a cooperative with 250,000 depositors and a working capital of one billion Rupees or about 20 million Euros.

SEWA is inspired by the philosophy of Mahatma Gandhi. It has led to a movement of informal women workers not only in India but also in other countries like South Africa.

We are honoured to present our experiences to the German Parliamentary Committee on Economic Cooperation and Development, focusing on social security for women workers of the informal economy in India.

Social Security in general

1. At SEWA, we have learned that to reduce poverty and to promote self-reliance of workers, work security and social security are essential. They are two sides of the same coin. Security of work and income ensures that the poor can have enough to eat, can build up their assets, educate their children, have a roof over their heads, enjoy good health and at least a minimum standard of living required for human development, autonomy and freedom.

All the same time, the poor need social security. Without social security, the poor will remain sick, vulnerable to risk, spend their valuable daily wages or income on health and other expenditure, and will sell or pawn their hard-earned assets in times of crisis. If they save, their savings are often wiped out when faced with a social security need—be it sickness, child care, funeral rites or repairing a leaking roof.

By social security we mean that the poor should have access to at least health care including maternity benefits, child care, insurance, pension and housing and basic infrastructure like water and sanitation.

Without social security, the poor cannot obtain work and income security, nor can they emerge from poverty and vulnerability.

As one economist pointed out in a national meeting in India, provision of social security like microinsurance also has a stabilizing effect on the economy at the macro level, providing a cushioning effect for the risks faced by larger numbers of poor people, especially in developing countries.¹

Thus, social security for the poor is a must, whether through national government's intervention or with support from development cooperation, or both.

The MDGs include improving maternal, infant and children's health, poverty reduction and gender equality as goals. Social security is both a means to achieve these goals and also an end in and of itself. It is also a basic human right of all people on our planet.

2. Social security systems of varying types and to different extents exist in all societies and nations. Some of these are community-based and informal, and some are organized by national governments, with or without development cooperation. Most people do not enjoy the levels of social security that they need for survival.

But social security systems do already exist in most countries.

Having said this, one should also note that the development of social security systems is greatly facilitated when systems of governance and accountability are in place, enabling the services and support to reach the poor efficiently and in a timely manner.

¹ Ghosh, J. "Microinsurance for the Poor", proceedings of the National Workshop, September 2003, New Delhi, India, p.38 (a SEWA, FWFB and IRDA publication).

Wherever, there are democratic structures in place at the grass roots level like people's organizations or local self-government, the chances of social security actually reaching the poor are greater. And when these are led and owned by poor women, the impact is even more marked. This has been our experience at SEWA over the past three decades.

Apart from people's organizations, other civil society organizations like NGOs also help to create an environment that results in creation of social security systems.

A data base which enables development of social security systems based on at least fairly reliable estimates of vulnerability like sickness also facilitates development of social security. In most countries where the need for developing such systems is greatest, there is no disaggregated data base reflecting the ground realities.

While the situation is fast improving in India today vis-a vis data, when we started building our insurance programme, VimoSEWA, in 1992, we had almost no disaggregated data to help us develop reliable estimates of age-specific morbidity and mortality among our members.

And finally, and importantly, a buoyant economy and growth releases valuable resources for a country to develop social security systems, although this is not a pre-condition, as the experience of several low growth but high human development-level countries show us.

3. Social security can contribute to economic growth in many ways. Above we have said that when poor workers and their communities obtain social security at the micro level, they obtain work security also. They can work and earn, and use these for improving their lives. It also gives them some security and support as they confront the many risks and fluctuations in their daily lives.

It also provides stability to the economy at the macro level, not only because it supports and protects millions of poor people from various "shocks", but also because it provides cushioning for economic and business cycles.

And because social security reaches out, or at least tries to reach the poorest and most vulnerable of workers and other poor people, it reduces their social and economic exclusion. It often improves their productivity and hence their earnings. Social security services themselves can generate considerable employment to

the poor who act as service providers, whether for child care, as barefoot doctors or as insurance promoters. This has been our experience in India with the Integrated Child Development Scheme of the government and also our own health cooperative of traditional midwives and health workers called Lok Swasthya ("People's Health Cooperative").

4. At SEWA, our experience has been that it is work—livelihoods and employment—that enables the poor, and especially women, to come out of poverty and towards self-reliance and a life of dignity. Work is the number one priority of all poor workers everywhere. We have learned this from our sisters and brothers in Africa, in our neighbouring countries in Asia, in Latin America and also in advanced industrialized countries like Germany. Employment and livelihoods enabling people to earn at least minimum wages or a minimum income for covering the essentials of daily life, including social security, helps most of all to keep people free from hunger and out of poverty.

For the over three decades of its existence, SEWA has been saying that regular and decent work and income is the greatest social security of all. National governments, development cooperation and global economic systems must ensure the full employment of all people. Unemployment and underemployment must be tackled with utmost urgency and enabling policies that ensure work and social security to all poor families must be put in place.

Degradation of the environment, drying up of precious common resources like water or denudation of our forest cover, affects the poor most of all. In fact in countries like India, it is the poorest of people like tribals, small and marginal farmers, and especially women who suffer the most with rapid changes in the environment. Dependent as they are on the land and forests, they are forced to migrate for work and income. They generally move to urban areas and live in squalid conditions, without even the basic necessities of life.

There are, of course, many other barriers that the poor face as well. These include lack of financial services, access to markets and policies which adversely affect their livelihoods and employment.

In our experience, decent work means full employment – regular work and for wages or income that are fair and income should also be secure and regular. Further, there should be just working conditions like fixed hours of work and sick

leave. In addition, full employment means food and social security for the worker and her family.

Social security can serve as protection and support for these vulnerable families. It can help to prevent de-capitalisation and sale of assets. It also keeps workers healthy, productive and hopeful for the future.

To be most effective, social security needs to be linked to work security.

Another important aspect of social security is that it helps workers come together, organize and build their own economic organizations like trade unions and cooperatives. We have seen that it helps women workers unite, pool their risks and build solidarity. It therefore, encourages workers to join their own organization, thereby building their collective strength and increasing their bargaining power.

Forms of Social Security

1. In India, there are many different forms of social security, the most widespread of which is savings. As is well known, there is a vibrant microfinance movement led by poor women in India. Women save and lend to each other for a variety of purposes, including social security.

There are also community funds run by self-help groups where women contribute to a pool of money which is then made available to one or more persons when they need it. Other traditional social security systems exist, based on pooling of resources and solidarity. But these are less well documented.

Still other community-based social security systems and services are those developed by civil society like unions, cooperatives and NGOs. SEWA's insurance, pension, health, child care and housing programmes are examples of such social security developed by and for the poor themselves.

In our experience of organizing social security for our members, we have learned that this works best when:

- services are decentralised and locally implemented, preferably at the very doorsteps of the poor
- they are implemented by poor women
- they are contributory—in cash or in kind contributions from the poor
- they are owned and managed by the poor, and preferably women, and through their own membership-based organizations.

In India, our government has launched several social security schemes for the poor, especially those living below the poverty line.

These are mainly implemented by the government agencies. In some states, people's organizations and NGOs assist in implementation. The schemes are numerous and diverse, with perhaps among the widest range and coverage of any developing country. But reaching the poor in a holistic, timely and efficient manner remains an ongoing challenge for several reasons. Poor governance, lack of ownership and accountability and planning without involving local people, especially women, are among the reasons for social security still not reaching poor people in our country.

Finally, there are some social security programmes run by private organizations, especially the insurance companies. In fact, private insurers are required to develop 5 to 7 percentage of their business among the poor. Here also the private sector has been unable to reach out to the poor for some of the reasons mentioned above—they are still too far from the people and do not have the kind of rapport or outreach required.

Despite all of the efforts mentioned above, social security has not reached the mass of Indians, the working poor, who are mainly engaged in the informal economy.

The funding options or methods adopted for social security are also quite diverse. In the government social security programmes, the very poor (below the poverty line) obtain social security without any contribution—free of cost and through direct subsidy. Those who are somewhat better off and some workers contribute towards their own social security. These include Workers' Welfare Boards which elicit contributions from workers, employers and the government itself. These Boards run workers' welfare funds, often based on a tax (cess) levied on the industry in which the workers are engaged.

The private-for-profit sector generally charges user fees or premium that is unaffordable to the poor. There are some efforts to support the poor with private contributions but these are few and intermittent so far.

In SEWA, we have encouraged workers to contribute themselves—fees in our child care and health centers, premium for insurance and contributions towards the costs of water and sanitation in our slum upgradation programmes. We also try to raise matching funds from our government or from donors. As part of German bilateral cooperation, the GTZ contributed Rs 10 million or 200,000 Euros as a corpus towards starting up our insurance called VimoSEWA. The interest from this fund covered educational, start-up and administrative costs. The premium has always been paid out by our members themselves. There is no government or employer contribution as this time, despite our efforts to obtain matching premium.

2. There are social assistance programmes for the destitute elderly, for widows, orphans and those in need of special support. Most of these are run by our government. Some are run by voluntary organizations or NGOs. However, the latter still have a small outreach. The government's programmes are the ones with larger outreach but face the implementation challenges outlined above.

Our experience at SEWA points to the need for organizations of the poor, including those with special needs. When either membership-based organizations or NGOs are involved in implementation, including managing the programmes locally, there are increased chances of actually reaching the poor and those with special needs.

3. In India, we have had less experience with basic security/social transfers than other countries, especially with cash transfer-based social security as in Latin America. In our country, governance issues in such programmes would be an issue, especially given the size and diversity of India. Also, such an approach does not appear to lead to ownership by poor communities which is so critical for long-term sustainability of social security programmes.
4. First of all, we would have to define the "basic security net". We would like to emphasize the need for a basic level of employment/livelihood for the poor to enable them to become self-reliant, as has been mentioned above. However, as the issue under discussion is social security, we would like to suggest the following basic security coverage:

- Hospitalization (whole family) upto Rs 15,000 per annum or 300 Euros.

- Loss of income due to sickness at Rs 50 per day or one Euro upto 15 days
- Maternity benefits upto Rs 1000 per pregnancy or 20 Euros.
- Life insurance upto Rs 15,000 (for natural death) or 300 Euros.
- Accident insurance upto Rs.25, 000 (for accidental death) or 500 Euros.
- Old age pension of at least Rs 200 or 4 Euros per month.

This is the minimum coverage suggested by the National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector, of which SEWA is an advisor.

The costs for the above would come to Rs 1095 per worker or just over 20 Euros per person per annum. This amount is to come from workers, employers and government. All workers below the poverty line will not contribute. The above coverage will be extended in a phased manner to 300 million workers in the informal economy. By 2010, when the implementation is complete, the total costs will amount to 0.48% of Indian GDP.

Our own SEWA Insurance costing for even more basic coverage is Rs 300 or about 6 Euros per annum for family health, life, accident and asset loss (See table below.) If this amount doubled to Rs 600 through matching premium contribution from the government or donors, then we would be able to provide more substantial coverage and in a viable manner.

TABLE OF VIMO CURRENT COVERAGE

	Member (Rs)	Spouse (Rs)	Children (Rs)	Total (Rs)
Annual Premium	125	100	100	325
Fixed Deposit	2,100	1,500	-	3,600
Natural Death	7,500	7,500	-	-
Medicclaim	2,000	2,000	2,500	-
Asset Loss	10,000	-	-	-
Accidental Death	40,000	25,000	-	-
Accidental Death (Spouse)	15,000	-	-	-

Discount of Rs. 25 would be given to member in scheme 1 who are taking family package. (member, spouse and children)

N.B.: 1 Euro = Rs. 50 (approx.)

The above discussion reveals that providing a basic coverage is, therefore, not impossible for a developing country like India. The net outlay from the government side would be less than 1 % of Indian GDP.

5. SEWA has had a very positive experience with German development cooperation. We have mentioned above the critical support of the BMZ/GTZ to help us start up our insurance programme called VimoSEWA. This was a direct outcome of an Exposure Dialogue Programme (EDP) in 1992 held at SEWA, where persons from BMZ/GTZ actually live with and participated in the daily lives of SEWA members.

Subsequently, they supported us in capacity-building, so that our efforts could be expanded into more rural districts and other states of India. This has been a very positive experience—today we are active in 14 district of the state of Gujarat, as well as seven others: Rajasthan, Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Delhi, Bihar, Kerala and Tamil Nadu. Four of these seven states are among the poorest of states in India.

Further, we are extending our efforts to assist workers in our neighbouring countries like Bangla Desh, Nepal and Pakistan.

Currently we are no longer working with BMZ/GTZ on the above. However, we have learned that they and the Indian government are planning to continue their cooperation on social security.

6. As outlined above, we believe that it is possible to extend social health insurance to the poor. However, it is essential to work out both the premium collection and transactional costs and mechanisms for collection of premium. The latter must be as close to the people as possible, and be controlled by them, as far as possible. It should also be easy to understand and transparent.

In addition, the service aspect has to be worked out properly—where the poor will receive the care they need, its cost and quality. Our experience points to the need for “tying up” with hospitals so that the poor get prompt and affordable services of good quality. Without these linkages, the poor cannot get the services they need and health insurance will eventually fail. Also, there is the issue of cost

containment which will be addressed by tying up with select hospitals with proven track record.

Based on our experiences we envisage a total cost of Rs. 500 or 10 Euros per family for basic hospitalization coverage of Rs 5000 per adult and Rs 2500 for children.

As far as funding options are concerned, we suggest contributions from workers, employers and the government, so that a basic but useful package is available to the poor. The idea of matching contributions raised by workers can also be worked out.

7. Old age pension is now a must if the elderly poor are to live a life of dignity with their basic needs met. In India, the numbers of the elderly are increasing markedly. In the next thirty years, with the demographic transition in progress, we expect the numbers of the elderly to increase significantly. The upward trend in the increase in the percentage of older people as a percentage of the total population is similar to that of developed countries, albeit slower.

Further, the working poor contribute significantly to the economic development of our country. In our country, they work till they die or are unable to do so. They are entitled to old age pension when they can no longer actively work and earn. Currently, there is no old age pension for the informal workers in India.

Our experience in SEWA points to a great demand for old age pension among poor women workers. In fact, our own women's cooperative bank, SEWA Bank, is running a pension programme for women in which they save a minimum of Rs 50 or one Euro per month towards pension payments starting at age 58. The response to this women-led pension effort has been tremendous and is increasing. Within six months, 40,000 poor women joined the pension programme of SEWA Bank in which they also learn to plan for old age through financial literacy training. They have collectively saved Rs. 10 million or about 200,000 Euros which is invested in mutual funds in the financial markets, in partnership with the Unit Trust of India.

However, like in the case of VimoSEWA (SEWA Insurance), matching contributions from government and employers are required, if workers are to get

pension payments that help them stay out of poverty. Poor workers contributions alone do not generate the kind of funds required by them in their later years.

8. In India, more than 90% of the workforce is engaged in the informal economy. This means that close to 400 million workers are informal. Among the women's workforce, 94% are informal. Thus, the overwhelming majority of the workforce in India obtains work and sustenance from the informal economy.

In addition, the informal economy's contribution to Indian GDP is to the tune of about 60% and is growing. It also accounts for about 45% of all Indian exports and 55% of national savings.

The informal economy is vast and diverse. A few of the main characteristics are listed here:

- No fixed employer-employee relationship or none at all (i.e. purely self-employed).
- Workers typically are engaged in several economic activities at a time or seasonally.
- Workers do not have work nor income security; they are forced to take whatever work they can get at very low wages/income, despite long hours of work and in poor and often hazardous working conditions. Exploitation, including bonded labour conditions, are commonplace.
- No enforcement of minimum wages for workers; most of the occupations do not have minimum wages stipulated for them.
- No legislation, including for social security.
- Extreme poverty and vulnerability of millions of workers.
- Lack of policies that protect, promote and enhance the well-being of workers, especially their livelihoods and social security.
- Workers are not unorganized into unions or other membership-based organizations for their rights, for voice and representation in policy-making forums nationally and internationally.
- Large numbers of women and children are engaged in this sector.

The informal and formal sectors of the economy are very much inter-linked. In fact, each depends on each other. There are many informal workers (contract workers) engaged in formal sector enterprises and activities also, either directly or through out-sourcing.

Invariably, it is the poorest workers, all of the informal sector who are at the end of the production chain and obtain the least income.

Further, many informal and formal workers move in and out of informal and formal work respectively. For example, a textile mill worker may be retrenched, and hence from a formal work arrangement will have to seek employment in the informal sector, selling vegetables or her/his labour for survival. Then if she/he is lucky, she /he may find formal employment after some time. Thus, in countries like India, there is a spectrum of work from purely informal or self-employed to formal, with many permutations and combinations and shifting work patterns in between.

9. In the answer to question 1, we have mentioned elements of an approach which we have learned from our grass roots experience to be most appropriate for all poor people, and especially the majority in the informal workforce. These are summarized again here for ready reference:

- Social security should be organized such that it reaches the doorsteps of the poor in a timely and efficient manner. This necessarily means that social security should be decentralized and implemented by local people.
- Social security should be implemented preferably by poor people themselves, and especially women, through their own membership-based organizations and/or NGOs.
- The poor must not only run the social security meant for them but also own these through different means, including contributions towards costs, share-holding and profit-sharing.
- Some contributions must be made by all poor people, barring a very few destitute and chronically sick persons. These must be collected by the people themselves in a transparent and accountable process.
- Social security should lead to organizing and empowerment of the poor, and especially women. This will happen if they themselves plan and implement social security programmes, and also as they will get identity cards for making social security linkages. Thus, they will be encouraged to come forward and identify themselves and join the mainstream. And even if they do not join people's organizations, at least they will be more visible and linked to the mainstream economy.

We would also like to emphasize the need for appropriate national policies on social security for the poor. SEWA has been actively sharing its experiences and its approach to social security with policy-makers of state, national and international levels. At the national level, we have currently joined hands with other unions and NGOs to press for comprehensive social security legislation for informal sector workers. We have prepared draft legislation for the government, have worked closely with the labour department to develop pro-poor implementation mechanisms and are currently working with parliamentarians and others to ensure that the proposed law is discussed in the Indian Parliament.

We have also been in dialogue with policy-makers, since the liberalization of the insurance sector in India in 1999, to give SEWA Insurance (VimoSEWA) a licence to run as a full-fledged insurance cooperative on the lines of SEWA Bank.

At the present time, the capital requirement for setting up such a cooperative is one billion rupees or about 2 million Euros. We have been showing our plan to reach poor workers with 300 million rupees or about half a million Euros. Capital requirements for those insuring the poor have been lowered in other developing countries. VimoSEWA's case is still under discussion with our government.

10. Other forms of social security like maternity protection, accident and nursing care insurance are also required. These are part of basic social security and have already been mentioned above. India still has one of the highest maternal mortality rates in the world at about 400 per 100,000 live births. Coverage for maternity, therefore, should provide protection and support in all pregnancies, and not just for two as is the case currently in India.

Accident and disability insurance, as well as for nursing care, is also a must, especially for the poor who have no other source of support in crisis or disability. At SEWA we have witnessed several accidental deaths and disability among our members and their family members. This is not only leads to immediate suffering for the family, but also has long-term consequences, particularly economic, leading women and their families deeper into poverty. Similarly, nursing care is needed, particularly for chronic, non-communicable diseases which are on the rise among the poor.

11. In India, all donor cooperation has to be vetted by our government. The bilateral cooperation is between our two governments, Germany and India. Indian people's organizations and NGOs link up with their counterparts in Germany. For example, SEWA has been linking with the German union DGB who have been supportive of our efforts for more representation in the global workers' movement.

With respect to donor cooperation, our experience at SEWA points to the need for strengthening membership-based, people's organizations and NGOs directly, with the full knowledge and consent of our government.

This strengthening may be in several different ways, including capacity-building, matching funds for insurance, support for child care and solidarity with Indian workers, through investing in their own social security efforts including insurance and pension. German development cooperation should promote self-reliance of the poorest of workers, and especially women, and their organizing for a society based on social justice, equity and democratic values.

Germany has been a leader in social security for hundreds of years. It has rich experiences in organizing social security for its citizens. These could form a valuable part of development cooperation – sharing its experiences and technology on social security with other countries.

The German government could also join hands with India and other developing countries in international forums to promote social security for the poor. A policy thrust in this direction will go a long way to ensure that social security is a priority on the development agenda, in all development cooperation and with donors. At SEWA we have learned that it is the combination of grassroots-level organising of workers for social security and strong policy initiatives that will eventually bring social security to the poor in India and other countries.

Kurzstellungnahme von Dr. Rüdiger Krech,
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Leiter Kompetenzfeld Nachhaltige Soziale Sicherheit

Deutscher Bundestag Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	
Ausschuss-Drucksache Nr.	
16 (19)	0 1 4 3
16. Wahlperiode	

1. Was können soziale Sicherungssysteme zur Armutsbekämpfung als übergeordnetem Ziel der EZ beitragen? Welchen Beitrag können sie zur Erreichung der MDGs leisten?

Alle Menschen sind im Laufe ihres Lebens vielfältigen Risiken ausgesetzt (wie Krankheit, Alter, Unfall, Erwerbsunfähigkeit, Mutterschaft oder auch Ernteausfall), die einschneidende Veränderungen ihrer gesellschaftlichen wie wirtschaftlichen Lebensbedingungen bedeuten können.

Weltweit lebt aber mehr als die Hälfte der Menschheit ohne jede Absicherung gegen solche sozialen Risiken wie Krankheit, Alter, Erwerbsunfähigkeit oder Verlust von Produktionsmitteln. Gerade für die arme Bevölkerung kann mangelnde soziale Absicherung katastrophale Folgen haben, die sie dauerhaft verarmen lässt oder tiefer in Armut treibt.

In den meisten Ländern gibt es zwar soziale Sicherungssysteme, diese sind allerdings zumeist an formale Beschäftigungs- und Einkommensverhältnisse gekoppelt und deshalb für die Mehrheit der Bevölkerung kaum zugänglich. Der Aufbau von kohärenten, umfassenden und nachhaltigen Systemen der sozialen Sicherheit ist ein wesentlicher Bestandteil von Strategien zur strukturellen Armutsbekämpfung.

2. Welchen Beitrag können soziale Sicherungssysteme für das wirtschaftliche Wachstum und für die Herstellung sozialer Kohärenz leisten?

Jenseits eines eingeschränkten Verständnisses, soziale Sicherungssysteme als Ausgabenfaktor zu begreifen, setzt sich in den Partnerländern und der internationalen Debatte zunehmend die Einsicht durch, dass Wirtschafts- und Sozialentwicklung komplementär sind. Die Einführung und der Ausbau von sozialen Sicherungssystemen sichert Investition in Arbeitskraft und Beschäftigungsfähigkeit, das Humankapital und den Wirtschaftsstandort. Es zeigt sich, dass die Länder wirtschaftlich nachhaltig erfolgreich sind, die gezielt in soziale Sicherungssysteme investiert haben.

Zugleich unterstützen soziale Sicherungssysteme die Vorbeugung von sozialen Unruhen, sie schaffen gesellschaftlichen Ausgleich und tragen so dazu bei, sozialen Frieden und soziale Kohärenz nachhaltig zu sichern.

3. Welche Rahmenbedingungen sind vor der Einführung von sozialen Sicherungssystemen erforderlich?

Es gibt wenige institutionelle Voraussetzungen bei der Einführung von sozialen Sicherungssystemen, da auf den jeweils bereits existierenden nationalen Instrumenten aufgebaut wird, um diese zu einem kohärenten, umfassenden und nachhaltigen Absicherungssystem zu erweitern.

Dabei sind natürlich Grundprinzipien von Good Governance und ein Mindestmaß an Korruptionsfreiheit ebenso Grundvoraussetzung für die Nachhaltigkeit, wie die grundlegende Bereitschaft von Partnerregierungen Finanzierungsstrukturen offen zu legen und Basisfinanzierungen dauerhaft zur Verfügung zu stellen.

Studien der ILO haben nachweisen können, dass soziale Sicherungssysteme nicht nur in Mitteleinkommensländern, sondern auch in Niedrigeinkommensländern dauerhaft finanzierbar sind.

4. Welche Faktoren stellen das größte Armutsrisiko für Individuen und Haushalte in EL und Schwellenländern dar? Inwieweit sind diese durch Formen der sozialen Sicherung abzufedern?

Krankheit ist weltweit eines der größten Verarmungsrisiken. Neben dem schlechten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, etwa in ländlichen Gebieten, und der unzureichenden Qualität des Dienstleistungsangebots, sind dabei die verhältnismäßig hohen Kosten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entscheidend. Wenn das monetäre Einkommen kaum für das Überleben reicht, ist kein Geld für Transport zum Krankenhaus und für die Behandlung übrig. Gleichzeitig kann Krankheit zu Arbeitsunfähigkeit und damit zu Einkommensverlust führen: Die unmittelbarste Form der Honorierung medizinischer Leistungen sind individuelle Direktzahlungen (*out-of-pocket payments*), die bis heute in vielen Entwicklungsländern in umfassender Form bestehen. Aufgrund des geringen Einkommens können diese Kosten für Gesundheitsdienstleistungen im Verhältnis so enorm hoch sein, dass sie zu einer finanziellen Katastrophe (*catastrophic health expenditure*) für den Einzelnen oder den Haushalt führen. Die Konsequenz ist, dass die Betroffenen andere notwendige Ausgaben für Grundbedürfnisse wie für Nahrung nicht leisten können. Jedes Jahr sind – nach Berechnungen der WHO - weltweit rund 44 Millionen Haushalte (oder rund 150 Millionen Individuen) solchen ruinösen Gesundheitsausgaben ausgesetzt. Als Folge werden jedes Jahr rund 25 Millionen Haushalte (oder rund 100 Millionen Betroffene) durch massive Gesundheitskosten in absolute Armut getrieben.

Der Einfluss verhältnismäßig hoher *out-of-pocket payments* reicht aber weit über die Verarmungseffekte hinaus: Viele Menschen nehmen die Gesundheitsdienste erst gar nicht in Anspruch, weil sie sich die direkten Kosten oder die damit assoziierten Ausgaben (wie Transport zum Krankenhaus, Spezialnahrung) nicht leisten zu können. Damit ist ein Teufelskreis der weiteren gegenseitigen Verschlechterung von Armut und Krankheit markiert.

5. Welche Formen der sozialen Sicherung gibt es? Inwiefern unterscheiden sich gemeindebasierte, kommunale, staatliche und private Ansätze? Welche Finanzierungsmöglichkeiten gibt es?

Es gibt verschiedene Formen und Instrumente sozialer Sicherung, die sich an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen wenden, die verschiedenen Risiken adressieren (s.o.), und institutionell unterschiedlich organisiert sind.

Wichtiges Bewertungskriterium ist aber in jedem Fall die erreichte Wirkung im Hinblick auf die Absicherung gegen die Risiken und die Vermeidung von Armut.

Eine umfassende soziale Sicherung ist in den meisten Entwicklungs- und Transformationsländern nur durch die Kombination verschiedener Ansätze möglich. Als wichtig hat sich hierfür die Integration von staatlichen, privaten und gemeindebasierten Ansätzen zu einem umfassenden inklusiven Sicherungssystem für die gesamte Bevölkerung erwiesen. Staatliche, private und gemeindebasierte Ansätze schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich.

Wichtig ist aber eine Grundsicherung durch den Staat und ein staatlicher Regulierungsrahmen, der sicherstellt, dass leistungsfähigere Bevölkerungsgruppen für Kreuzsubventionierungen herangezogen werden. Durch eine klare Aufgabenteilung kann Raum für zivilgesellschaftliche, kommunale und private Akteure entstehen.

Für die staatlich organisierten Elemente sind steuer- und beitragsfinanzierte Modelle in allen Mischvarianten denkbar und je nach Ausgangssituation und politischer Durchsetzbarkeit sinnvoll.

Die Rolle der Technischen Zusammenarbeit besteht in der Fachberatung zu Einführung, Implementierung und Ausweitung der entsprechenden Instrumente und in der Politikberatung im Hinblick auf Umsetzung und Change Management.

6. Mit welchen Maßnahmen können die Zielgruppen erreicht werden, die von den sonstigen Maßnahmen der EZ nicht erreicht werden können (behinderte Menschen, Aidsweisen, Alte und Kranke mit eingeschränktem Selbsthilfepotential)?

Insbesondere über Maßnahmen der Grundsicherung können Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die zu den Ärmsten der Armen gehören, die besonders verwundbar sind und die wegen ihrer – längerfristig oder temporär - beschränkten Selbsthilfefähigkeit von den Programmen der EZ und anderen sozialen Sicherungsmaßnahmen nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Diese Armen bilden eine Gruppe, auf die Grundsicherung als eigener Hilfetyp zugeschnitten ist: Im Unterschied zu verschiedenen anderen Hilfsformen sind Grundsicherungsleistungen nachrangig, in der Regel nicht rückzahlbar, auf individuellen Bedarf bezogen und in der Erbringung regelmäßig, für den Empfänger verlässlich, auch bei längerfristiger Bedarfslage. Ohne Grundsicherungssysteme würden die betroffenen Menschen hungern, könnten ihre Kinder nicht zur Schule schicken und sich Ausgaben für Gesundheit nicht leisten

Haupttypen existierender Grundsicherungen sind nicht-beitragsbasierte Altersrenten, Sozialhilfe für Familien und andere Haushalte, konditionierte (an Arbeit, Bildungsbeteiligung oder gesundheitliche Vorsorge gekoppelte) Transferleistungen sowie Hilfen zur Versorgung mit Grundbedarfsgütern.

Bedeutendes Instrument in Grundsicherungsprogrammen ist das Targeting, das sicherstellen soll, dass einerseits die Bedürftigen erreicht werden und andererseits die Nichtbedürftigen ausgeschlossen werden. Hierzu gibt es eine Vielzahl an Methoden, die je nach Maßnahmentyp zur Anwendung kommen.

7. Welche Erfahrungen mit Grundsicherung/Sozialtransfers gibt es in den verschiedenen Ländergruppen? Können diese Maßnahmen zu einer nachhaltigen Beseitigung der Armut beitragen? (Bsp. Südafrika, Sambia)

Es gibt viele positive Erfahrungen im Bereich Grundsicherung, die belegen, dass etwa Sozialtransfers nachhaltig zur Armutsreduzierung beitragen können. Eine Reihe von Mitteleinkommensländern haben - verstärkt seit den 1990er Jahren - wirksame Grundsicherungssysteme auf- und ausgebaut, so Brasilien (*Fome Zero / Bolsa Familia*-Programm), Mexiko (*Progressa/Oportunidades*), China (*Minimum Living Standard System*) und Südafrika (nicht-beitragsbasierte Altersrenten).

In jüngerer Zeit werden zunehmend auch Erfahrungen aus Niedrigeinkommenländern dokumentiert, die nachweisen, dass Grundsicherung ein effizientes Instrument zur Armutsbekämpfung sein kann: Eine aktuelle Evaluation aus dem vom BMZ beauftragten und der GTZ durchgeführten Grundsicherungsvorhaben in Sambia, das die Regierung in der Einführung eines Sozialtransfers für die 10% Ärmste Bevölkerung in einem Pilotdistrikt berät, zeigt deutlich, dass die begünstigten Haushalte jeweils mehr konsumiert und mehr investiert haben. Investitionen beziehen sich dabei auf Humankapitalinvestitionen (3% Anstieg der Einschulungsrate und Reduktion der Krankheitsrate von 43 auf 35%) und Investitionen in einkommensschaffende Maßnahmen (Vervierfachung der Anzahl der investitionstätigenden Haushalte bei gleichzeitiger Verdopplung des durchschnittlich investierten Betrags). Die Haushalte werden außerdem kreditwürdiger, und können so mittels Kleinkrediten die Produktionsmittel für Subsistenzwirtschaft erhöhen.

Eine umfassende Auswertung von Grundsicherungsprogrammen zeigt, dass die Wirkungen als positiv, die Kosten als tragbar einzuschätzen sind. Häufig wurden über das Primärziel der Armutsbekämpfung hinaus positive Sekundäreffekte erreicht:

- Wirksamkeit: Grundsicherungsprogramme reduzieren extreme Armut effektiv und breitenwirksam. In Südafrika hat die nicht-beitragsbasierte Rente die Altersarmut um 94% vermindert und den Anteil der Armen an der Gesamtbevölkerung um 12,5%. Insbesondere die *vulnerable groups* profitieren von Grundsicherungsprogrammen. Neben alten Menschen sind das Behinderte, Frauen und Kinder.

- **Schnelle Wirksamkeit:** Grundsicherungsprogramme erzielen ihre Wirkungen in kurzer Zeit. Für die Erreichung der Millenniumsziele bis 2015 ist dieser Aspekt besonders wichtig. So konnte z.B. Brasilien seine Grundsicherungsprogramme innerhalb weniger Jahre auf 5,3 Millionen Haushalte mit 25 Millionen Menschen ausdehnen.
- **Finanzierbarkeit:** Grundsicherungsprogramme sind kostengünstig, da schon niedrige Leistungen große Wirkungen entfalten können und da die Erbringungskosten verglichen etwa mit Sozialversicherungen oder Sachleistungen geringer sind. Das Programm in Brasilien kostet unter 1% des Bruttosozialprodukts. In Südafrika sind es 1,4%, in Namibia 2%. Die landesweite Ausdehnung des von der GTZ im Auftrag des BMZ durchgeführten Sozialtransfervorhabens in Sambia würde jährlich 16 Millionen US Dollar kosten. Das sind 0,5 % des Bruttosozialprodukts oder 4% der jährlichen ODA Zuflüsse.
- **Positive Sekundäreffekte I (Anerkennung):** Individualisierte Geldtransfers können auch den sozialen Status der genannten vulnerablen Personen innerhalb und außerhalb der Familie steigern – können Anerkennung, Teilhabe und Autonomie herbeiführen. So zeigen Untersuchungen, dass nicht-beitragsbasierte Renten von den Empfängern als Beitrag zum Familieneinkommen behandelt werden und von ihnen für Ernährung und Grundbildung der Kinder eingesetzt werden, die in den betroffenen Haushalten leben.
- **Positive Sekundäreffekte II (Stärkung der Familie):** Grundsicherungsprogramme können überlastete familiäre Netze stützen. Insbesondere können Grundsicherungen einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung der AIDS-Folgen leisten. Haushalte, die nur noch aus alten Menschen, Kranken und Kindern bestehen, können ohne Zuschüsse zum Lebensunterhalt nicht überleben. In Sambia sind 10% der Haushalte in dieser Lage. 60% der Haushaltsmitglieder sind Kinder, überwiegend Waisen. Die große Zahl der AIDS-Waisen kann nicht individuell erreicht werden, sondern nur durch Unterstützung der Haushalte, in denen sie leben. Daneben kann Grundsicherung auch alte Menschen unterstützen, die keine oder wenige Kinder haben. Dies ist in Ländern wie China relevant, in denen sich familiäre Netze demographisch ausdünnen.
- **Positive Sekundäreffekte III (Sozialinvestitionen):** Ausgaben für Grundsicherungsprogramme werden in der neueren internationalen Diskussion nicht mehr als Konsum bewertet, sondern als Investition in die langfristige wirtschaftliche Entwicklung. Die Empfängerhaushalte investieren die erhaltenen Zuschüsse in die Ernährung und Gesundheit der Familienmitglieder, in die Grundbildung der Kinder und auch in physisches Kapital, das der künftigen Einkommenserzielung dient. Die zusätzliche Kaufkraft führt zu Multiplikatoreffekten und stärkt lokale Wirtschaftskreisläufe. Grundsicherung leistet damit einen nachhaltig wirkenden Beitrag zu *pro-poor growth*.
- **Positive Sekundäreffekte IV (Hilfe zur Selbsthilfe):** Es gibt keine Hinweise darauf, dass Grundsicherungsprogramme in relevantem Maße „abhängig“ machen und Erwerbsanreize reduzieren. Im Gegenteil: Sie können von den Betroffenen als Hilfe zur Selbsthilfe genutzt werden und werden es meist auch – durch selbstbestimmte Verwendung von Geld und, wie beschrieben, durch Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der Familie.

8. Welche Kosten ergeben sich durch die Einführung einer Grundsicherung?

Die Kosten für Grundsicherungsmaßnahmen hängen stark von Art und Umfang der Transfers und von der Anzahl der adressierten Bevölkerung ab. Eine beitragsfreie Rente für die Gesamtbevölkerung eines Entwicklungslandes wird etwa andere Kosten mit sich bringen als ein konditionierter Sozialtransfer für arme Familien mit schulpflichtigen Kindern. Generell ist aber festzuhalten, dass die Stärke vieler Grundsicherungsprogramme ist, dass sie nach der Einführung mit relativ geringem Mehraufwand in ihrer Reichweite vergrößert werden können (bei beitragsfreien Renten etwa durch Absenken der Altersgrenze etc).

Sehr grob gerechnet kann man davon ausgehen, dass in Niedrigeinkommenländern volkswirtschaftlich rund 1 – 3% des BIPs auf landesweite Grundsicherungsprogramme aufgewendet werden müssten.

Die ILO hat für ein umfassendes Grundsicherungspaket (universelle beitragsfreie Altersrente für Bürger über 60 Jahre, Absicherung Menschen mit Behinderungen, universelles Kindergeld für Kinder im beschulungsfähigen Alter (7-14 Jahre) bzw. landesweite getargetete Sozialtransfers) für Senegal und Tansania Kosten von rund 3,3% des BIP errechnet.

Etablierte Grundsicherungsprogramme (hier: konditionierte Sozialtransfers) in Mitteleinkommensländern etwa in Brasilien (Bolsa Familia: 8 Millionen Haushalte) und in Mexiko (Oportunidades: 5 Millionen Haushalte) kosten weniger als 0,4% des BIP.

Die landesweite Ausweitung des Sozialtransferprogramms in Sambia würde 0,5% des BIP kosten.

9. Wie sehen die Erfahrungen der deutschen EZ bei dem Aufbau von sozialen Sicherungssystemen aus? Mit welchen Ländern findet eine Zusammenarbeit/Beratung im Bereich der sozialen Sicherung statt?

Die deutsche EZ hat ihre komparativen Vorteile seit Ende der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts v.a. in der Konzeptionsentwicklung von nationalen Sozialen Krankenversicherungen und gemeindebasierten Krankenversicherungen für Niedrig- und Mitteleinkommensländer genutzt und entsprechende Vorhaben in vielen Ländern unterstützt.

Im Bereich Krankenversicherung arbeitet die deutsche TZ aktuell in rund 30 Ländern (u.a. Kenia, Ruanda, Philippinen, Kambodscha).

Der Bereich Grundsicherung ist relativ neu und wird erst seit kurzer Zeit nach entsprechender Beauftragung durch das BMZ exemplarisch aufgebaut. Momentan gibt es Vorhaben im Bereich Grundsicherung in Sambia, El Salvador, Paraguay und Indonesien.

Momentan sind im Bereich der bilateralen fachlichen Zusammenarbeit (TZ) Direktleistungen in Auftragshöhe von rund 33 Millionen Euro vereinbart (in diesem Jahr rund 10 Millionen Euro).

10. Welche Kosten sind mit der Einführung von sozialen Krankenversicherungssystemen verbunden? Welche Erfahrungen gibt es mit den verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten?

Bei der Einführung von sozialen Krankenversicherungssystemen als gerechtem und nachhaltigem Finanzierungsinstrument von Gesundheitsdiensten, stellt sich die Fragen der Kosten nur in zweiter Linie. Meist wird ja nämlich schon Geld in ein Gesundheitssystem investiert. Es stellt sich daher eher die Frage, inwieweit vorhandene Mittel so eingesetzt werden können, dass ein Höchstmaß an Solidarität und Gerechtigkeit erzielt werden kann, um so Verarmung durch Krankheitsausgaben zu vermeiden.

Dabei ist nicht notwendigerweise ein höheres Maß an Kosten zu erwarten. Es geht letztlich darum, beitrags-, steuer- und geberfinanzierte Elemente sinnvoll zu einem integrierten, leistungsfähigen und solidarischen Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung zu kombinieren. Der Aus- und Aufbau von nationalen sozialen Krankenversicherungssystemen kann dabei etwa mit der Förderung von privaten und gemeindebasierten Unterstützungssystemen und anderen Instrumenten der sozialen Sicherung kombiniert werden.

Im Hinblick auf die gesamte Volkswirtschaft müssen für ein soziales Krankenversicherungssystem in Niedrig- und Mitteleinkommensländern rund 3 - 7,5% des Bruttoinlandsprodukts aufgewendet werden.

11. Welchen Beitrag könnten Systeme der Alterssicherung bei der Armutsbekämpfung leisten? Wie könnten diese Systeme finanziert werden (umlagefinanziert/kapitalgedeckt)?

Älterwerden ist mit einem steigenden Armutsrisiko verbunden, da die Möglichkeiten, durch Einsatz der eigenen Arbeit den existenzsichernden Lebensunterhalt zu verdienen, fortlaufend abnehmen. Bei der Altersarmut können zwei Gruppen unterschieden werden: Diejenigen, die erst im Alter arm sind, da sie während ihres aktiven Lebens nicht ausreichend für das Alter vorsorgten; andererseits die strukturell Armen, die ihr ganzes Leben arm waren und auch im Alter nicht Teil leistungsfähiger informeller Solidargemeinschaften sind (z. B. keine Unterstützung durch eigene Kinder oder Verwandte bzw. andere soziale Gemeinschaften).

Die soziale Sicherheit der ersten Gruppe, die grundsätzlich in der Lage ist, eigene Finanzmittel für ihr Alter einzusetzen, kann durch Vorsorgespargen oder die Mitgliedschaft in Rentenversicherungen gewährleistet werden. Die soziale Sicherheit der zweiten Gruppe erfordert spezielle Anstrengungen zur Altersfürsorge, etwa über Grundsicherungsmaßnahmen.

Im Hinblick auf die Finanzierung lassen sich unterschiedliche Erfahrungen von umlagefinanzierten, kapitalgedeckten und steuerfinanzierten Systemen dokumentieren. Entscheidend ist auch hier die Entwicklung von angepassten Lösungen, die auf die institutionellen Voraussetzungen, das Verhältnis formell vs. informell Beschäftigter und die demographische Entwicklung in dem jeweiligen Partnerland reflektiert.

Der Bereich Alterssicherung ist der Bereich, der perspektivisch von größtem Interesse sein könnte.

12. Wie hoch ist der Anteil der im informellen Sektor Beschäftigten? Welche Faktoren kennzeichnen den informellen Sektor? Welche Abhängigkeiten bestehen zwischen dem informellen Sektor und dem formalen Arbeitsmarkt?

In vielen Entwicklungs- und Transformationsländern arbeitet der überwiegende Anteil der arbeitsfähigen Bevölkerung im informellen Sektor und/oder der Subsistenzwirtschaft. In manchen Ländern Afrikas beträgt der Anteil des informellen Sektors bis zu 80%.

Gemein ist dem informellen Sektor die Abwesenheit von gesetzlichen Regulierungen, Sozialstandards und ein Mangel an sozialer Absicherung.

Es gibt jedoch Ansätze, den informellen Sektor in soziale Sicherungsmaßnahmen zu integrieren (etwa über gemeindebasierte und kommunale Krankenversicherungen).

Insgesamt verdeutlicht die mengenmäßige Größe des informellen Sektors die oben geschilderte Notwendigkeit, integrierte und kohärente Systeme sozialer Sicherung zu implementieren, die sich einer Vielzahl verschiedener Instrumente und einer Vielzahl verschiedener Träger (staatliche, private, gemeindebasierte) bedienen, um so ein Höchstmaß an sozialer Absicherung der Bevölkerung zu gewährleisten.

13. Welche Ansätze gibt es, den im informellen Sektor Beschäftigten den Zugang zu sozialen Sicherungssystemen zu gewährleisten?

Die deutsche TZ arbeitet mit verschiedenen Ansätzen, um existierende Sicherungssysteme im formellen Sektor auf den informellen Sektor auszuweiten. So werden etwa gemeindebasierte Versicherungen staatlich ausgeweitet (Ruanda), oder über Gruppenversicherungen die Reichweite von sozialen Krankenversicherungen in den informellen Sektor ausgedehnt.

Im Auftrag des BMZ hat die GTZ vom 18.-20. Oktober in Manila, Philippinen eine Konferenz zur Ausweitung von sozialer Krankenversicherung in den informellen Sektor gemeinsam mit ILO, WHO, Weltbank, Asiatischer Entwicklungsbank und dem Nationalen Krankenversicherer der Philippinen (PhilHealth) ausgerichtet, um die bestehenden positiven Erfahrungen zu dokumentieren und neue Ansätze zu diskutieren.

14. Welche Bedeutung haben andere Formen der sozialen Sicherung wie bspw. Mutterschutz, Unfall- oder Pflegeversicherung?

Neben der sozialen Absicherung gegen die Risiken Armut, Gesundheit und Alter gibt es weitere wichtige soziale Risiken, die von sozialer Sicherung adressiert werden müssen.

Allerdings ist davon auszugehen, dass im Hinblick auf eine nationale Strategie in den jeweiligen Partnerländern, nur in den wenigsten Fällen alle sozialen Risiken über entsprechende nationale Politik- und Gesetzgebungsprozesse gleichzeitig adressiert werden können. Daher erscheint eine Reihung nach der quantitativen Größenordnung des jeweiligen Risikos und des Armutspotentials sinnvoll.

Eine solche Priorisierung stellt Mutterschutz, Unfall- und Pflegeversicherung eher nach Krankheits-, Alters- und Grundsicherung, ohne ihre Bedeutung damit zu schmälern.

Insgesamt gibt es in der deutschen staatlichen EZ bislang noch keine Erfahrung in der Beratung zur Einführung oder Ausweitung von Mutterschutz, Unfall- und Pflegeversicherung.

15. Wie gestaltet sich die Geberkoordinierung? Gibt es Defizite und wenn ja welche?

Eine umfassende Geberkoordinierung ist sinnvoll und spätestens seit der Paris Deklaration auch Orientierungspunkt und Voraussetzung für jegliche EZ.

Die GTZ koordiniert sich im Bereich Soziale Sicherung auf allen Ebenen. Im Auftrag des BMZ ist die GTZ im OECD DAC POVnet Task Team Social Protection vertreten, um hier auf fachlicher Ebene den Austausch voranzutreiben und bestehende Ansätze zu harmonisieren.

Mit ILO und WHO hat die GTZ im Auftrag des BMZ ein internationales Konsortium zu „Social Protection in Health“ gegründet, das die vorhandene Expertise zwischen den beteiligten drei Organisationen im Bereich Sozialer Absicherung im Gesundheitsbereich zu koordinieren. Die deutsche Beteiligung am Konsortium fügt sich in die Umsetzung einer Reihe von internationalen Vereinbarungen und Resolutionen, darunter dem ILO Dokument ‚New Consensus on Social Security and the Global Campaign on Social Security and Coverage for All‘ (2001) sowie der Resolution der Weltgesundheitsversammlung zu ‚Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance‘ (2005).

Im Rahmen des benannten Konsortiums mit WHO und ILO hat die GTZ im Dezember 2005 eine Internationale Konferenz zu „Social Health Insurance in Developing Countries“ in Berlin durchgeführt. Die Eröffnung der Konferenz mit 300 Teilnehmern durch die Ministerin Heidemarie Wiecek-Zeul fand am 5.12.2005 in Berlin in der Akademie der Wissenschaften statt. An der Konferenz nahmen 14 Gesundheits- und Finanzminister aus Partnerländern teil, daneben hochrangige Delegationen aus 40 Gesundheitsministerien (u.a. Bangladesh, Kambodscha, Kamerun, China, Costa Rica, Ghana, Guinea, Honduras, Indien, Indonesien, Jamaica, Kenia, Korea, Kyrgistan, Mali, Mexiko, Mongolei, Pakistan, Philippinen, Rumänien, Ruanda, Senegal, Südafrika, Sudan, Syrien, Tansania, Thailand, Tunesien, Uganda, Vietnam, Yemen), hochrangige Repräsentanten aus allen Regionalbüros der WHO, regionale Repräsentanten der ILO, sowie Vertreter von BMZ, GTZ und KfW. Die Konferenz wurde im Vorfeld zwischen BMZ und BMG abgestimmt, die Konferenzergebnisse stießen beim BMG auf großes Interesse. Nationale Delegationen aus Ländern, in denen die deutsche EZ in den Bereichen Gesundheit oder sozialer Sicherheit aktiv ist, wurden von den jeweils zuständigen Experten der GTZ begleitet. Hierzu gehörten Indien, Bangladesch, Pakistan, Indonesien, Thailand, Guinea, Kenia und Tansania. Ziel der Konferenz war es, ein Forum zu schaffen, welches auf hoher Politikebene einen Austausch zu verschiedenen Konzepten und Erfahrungen mit auf dem Solidaritätsprinzip aufbauenden Modellen der Gesundheitssystemfinanzierung ermöglicht und eine umfassende Geberkoordinierung anbahnt.

Erklärung

von

Mary Robinson

29. November 2006

Anhörung über Soziale Sicherungssysteme in Entwicklungsländern
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Deutscher Bundestag

Sehr geehrte Ausschussvorsitzende Hoppe und Riester,
sehr geehrte Ausschussmitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung nach Berlin zur Teilnahme an dieser Diskussion. Ich möchte zunächst den Ausschuss zu seinem Weitblick beglückwünschen, dass er diese Anhörung anberaumt und das Thema der Finanzierung im Gesundheitswesen im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit sowie der Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele im Gesundheitsbereich angesprochen hat.

Deutschlands hat die Bedeutung des sozialen Schutzes und der sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen sowie die Einführung einer auf Solidarität beruhenden Gesundheitsfinanzierung zu einer Zeit anerkannt, in der viele Länder auch in Europa noch keine schlüssigen Konzepte vorweisen konnten. Dies zeigt, dass es in Ihrem Land eine besondere Sensibilität für die Bedeutung dieses Themas gibt.

Heute befinden sich viele Länder der Welt dort, wo Deutschland vor über 100 Jahren stand, als die Reichen in der Lage waren, für ihre medizinische Versorgung aufzukommen

Deutscher Bundestag
Ausschuss für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung

Ausschussdrucksache
Nr. 16(19)149
7. Dezember 2006

oder sich in einem Grundversorgungssystem zu versichern, und die Armen einen Großteil ihre Einkommens und möglicherweise ihre Arbeit verloren, wenn sie erkrankten.

Daher sind wir alle verpflichtet, das Recht auf Gesundheit in die Realität umzusetzen. Mit Interesse habe ich das Aktionsprogramm 2015 der Bundesregierung gelesen und war beeindruckt, dass der Schwerpunkt auf Rechten, Gerechtigkeit und die Bedeutung der guten Regierungsführung und Konfliktverhütung als Grundlage für die Entwicklung, das Wachstum und das Funktionieren der sozialen Dienste gelegt wurde.

Als Präsidentin Irlands, UN-Hochkommissarin für Menschenrechte sowie in meiner jetzigen Eigenschaft als Präsidentin von *Realizing Rights* konnte ich Länder in verschiedenen Teilen der Welt bereisen und unmittelbar beobachten, dass Grundrechte, z.B. das Recht, frei von Gewalt und Diskriminierung zu leben, Zugang zu sauberem Wasser, sanitären Einrichtungen und einer angemessenen Ernährung zu haben, den meisten Menschen in den ärmsten Ländern vorenthalten werden. Es handelt sich dabei um Rechte, die völkerrechtlich garantiert und grundlegende Voraussetzungen für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in armen wie in reichen Ländern sind.

Und dennoch gibt es eine Kluft – im Hinblick auf die Anerkennung und die Maßnahmen – zwischen Gesundheit und Menschenrechten, die uns alle beschämt.

Dank des erstaunlichen technologischen Fortschritts haben wir alle die Bilder der Einzelfälle vor Augen oder zum Teil selbst beobachtet, von denen wir in der allgemeinen Statistik sprechen: Ein Kind, das vor Hunger oder aufgrund von Dehydrierung in den Armen seiner Mutter stirbt, die vor einer Ernährungsstation in Somalia Schlange steht – einer der ca. 30.000 vermeidbaren Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren, die sich jeden Tag ereignen. Oder eine Mutter von fünf Kindern in einem Flüchtlingscamp in Goma, die bei der Geburt starb, da ihr niemand zu Hilfe kam – einer von mehr als 500.000 vermeidbaren Fällen, in denen Mütter bei der Geburt sterben. Diese Zahlen haben sich trotz der Weltfrauenkonferenzen von Kairo und Peking und aller nachfolgenden Konferenzen kaum geändert. Ich bewundere und zolle den im Gesundheitswesen und in der Entwicklungshilfe tätigen Menschen großen Respekt, die sich unter schrecklichen Bedingungen bemühen, trotz des anhaltenden Fehlens wichtiger Medikamente und einer mangelhaften medizinischen Grundausstattung weiterhin ein Mindestmaß an Gesundheitsversorgung anzubieten.

Die Bemühungen zur Lösung dieser Probleme müssen auf einem rechtegestützten Rahmen beruhen. Rechtegestützte Ansätze bieten praktische Instrumente zur Mobilisierung und Verbesserung der Gesundheit, insbesondere der Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen.

Die Grundsätze der Gleichbehandlung, Nichtdiskriminierung, Beteiligung und Mitgestaltung sowie die Beachtung der gefährdetsten Bevölkerungsgruppen sind Grundsätze, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und den nachfolgenden Abkommen und Übereinkommen verankert sind, insbesondere dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes, die von der überwiegenden Mehrheit der Nationen ratifiziert worden sind. Viele von uns betrachten diese Dokumente nicht als einen Rahmen und als eine Anleitung zur Stärkung des Gesundheitswesens. Und doch zeigen sie Richtungen auf und bieten Indikatoren, anhand derer Erfolge gemessen werden können, sowie Grundsätze, an denen wir unsere Bemühungen um die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse für unsere Bürger ausrichten können. Diejenigen Länder, die die Übereinkommen unterzeichnet und ratifiziert haben, sind verpflichtet, einer internationalen Kommission regelmäßig über Fortschritte zu berichten, doch die meisten Länder berichten nicht über die in den Übereinkommen enthaltenen Gesundheitsindikatoren. Die Einrichtung des Amtes eines UN-Sonderberichterstatters für das Menschenrecht auf Gesundheit, das derzeit von Professor Paul Hunt aus Großbritannien ausgeübt wird, ist ein Schritt zur Sensibilisierung der Länder für diese Verbindungen. Wenn die Menschen nicht gesund sind, können sie nicht funktionieren – sie können nicht produktiv sein und zum Wirtschaftswachstum und zur Entwicklung ihrer Gemeinschaften beitragen, sie können nicht lernen und ihre kognitiven Fähigkeiten voll entwickeln und sich nicht um diejenigen kümmern, die in ihren Gemeinschaften Pflege benötigen, d.h. alte und junge Menschen.

Die gute Nachricht ist, dass es Beispiele gibt, wo rechtegestützte Ansätze für das Gesundheitswesen von großer Bedeutung waren.

So erließ beispielsweise das mexikanische Abgeordnetenhaus 2004 das Gesetz über die Volkskrankenversicherung, das ein Modell zur staatlichen Gesundheitsfinanzierung entwickelte, das die Armen und die indigene Bevölkerung begünstigte und ein Grundpaket für

die Gesundheitsversorgung garantierte, wobei es gewährleistetete, dass das hochrangigere „Recht auf Gesundheit“ in den Haushalten und Ausgaben verankert wurde. Ebenso wichtig war, dass die Definition eines expliziten finanziellen Leistungspakets als Anspruch die Menschen berechtigt, Fürsorge zu verlangen und die Regierung rechenschaftspflichtig zu halten.

Die Tendenz vieler afrikanischer Länder, keine Nutzergebühren am Ort der Dienstleistung zu erheben, ist ebenfalls überlegenswert. Ein Beispiel stammt aus Ghana, wo 2003 ein ambitioniertes Gesundheitssystem eingerichtet wurde, das die Aufstockung der gemeinschaftsgestützten Krankenversicherung durch Subventionen für Arme nach sich ziehen wird. Doch anders als frühere Initiativen wurde dieses System tatsächlich finanziert – gebunden an spezielle Einnahmen – womit sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass es die beabsichtigten Ergebnisse erbringen wird. Deutschland hat diesen Prozess mithilfe der GTZ unterstützt.

Doch trotz dieser Beispiele, was getan werden kann, indem man die Menschenrechtsstandards und -instrumente ins Zentrum der Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswesens rückt, wissen wir alle, dass nicht genügend Maßnahmen dieser Art getroffen wurden.

Fast alle Regierungen der so genannten Niedrigeinkommensländer wenden weitaus weniger als den Mindestbetrag auf, der für die Bereitstellung grundlegender, lebensrettender Gesundheitsdienste erforderlich ist. Die Weltbank schätzt, dass bis 2015 jährlich weitere 70 Milliarden Dollar erforderlich sein werden, um die Millennium-Entwicklungsziele im Gesundheitsbereich zu erfüllen – nur 0,21 % des weltweiten BIP pro Jahr, eine sehr geringe Summe. Doch in diesen Ländern müssen die Menschen die meisten Ausgaben für die Gesundheit selbst bestreiten, wenn sie bereits erkrankt sind oder sich in einer Notfallsituation befinden. Und noch schlimmer ist, dass diese Kosten und die Kosten, die mit der Krankheit verbunden sind, zur Verschlimmerung der Armut beitragen. Die WHO schätzt, dass jedes Jahr 104 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern aufgrund ihrer Ausgaben für medizinische Dienstleistungen verarmen. Die Aufwendungen für die medizinische Versorgung, die die Menschen zunehmend in die Armut treiben, stellen an und für sich eine beträchtliche Hürde im Hinblick auf die Verwirklichung des ersten Millennium-Entwicklungsziels dar, die Armut bis 2015 zu halbieren!

Sowohl die reichen als auch die armen Länder müssen bei der Finanzierung des Rechts auf Gesundheit mehr leisten. Dies erfordert höhere und effektivere öffentliche Ausgaben, die den Ärmsten zugute kommen, sowie die Aufforderung an den privatwirtschaftlichen Sektor, einen Teil der Last zu tragen. Auch der Entwicklungshilfe kommt eine Rolle zu, sowohl im Hinblick auf die technische Hilfe, die vom Konsortium der GTZ/IAO/WHO in hervorragender Weise geleistet wird, als auch im Hinblick auf die direkte Finanzierung.

Gleichwohl hat die derzeitige Form der Gesundheitshilfe ihre eigenen Probleme hervorgerufen; die ärmsten Länder sind heute sehr auf weltweite Partnerschaften zur Finanzierung der wiederkehrenden täglichen Kosten für lebensnotwendige Medikamente und Dienstleistungen angewiesen. Selbst Länder mit mittlerem Einkommen hängen zu stark von ausländischer Hilfe für grundlegende Dienste ab. Es wurde zu wenig darüber nachgedacht, wie die Länder irgendwann selbst die Finanzierung dieser prioritären Dienste übernehmen könnten. Wenn wir jetzt nicht handeln, um die Fähigkeit der Entwicklungsländer zu stärken, diese Finanzierungsprobleme zu lösen, wird sich die Weltgemeinschaft schnell in einer unhaltbaren Situation befinden.

Ich gehöre der neu eingesetzten Task Force Gesundheitsfinanzierung an. Mehr als die Hälfte der Mitglieder unserer Task Force stammt aus Entwicklungsländern, die übrigen kommen aus Geberländern. Wir arbeiten darauf hin, eine von den Entwicklungsländern geführte systemweite, angemessene und nachhaltige Finanzierung für das Gesundheitswesen in den Entwicklungsländern zu beschleunigen.

Die Task Force hat sich auch meiner eigenen Gruppe *Realizing Rights* angeschlossen, um neue Bündnisse zwischen Gesundheitsministerien und Finanzministerien zu schmieden und den Gesundheitsministern und vor allem den Gesundheitsministerinnen zu ermöglichen, eine aktivere Rolle bei der Bestimmung der sektoralen Zuweisungen aus den nationalen Haushalten zu spielen und gemeinsam auf wichtige Verbesserungen bei der weltweiten Gesundheit von Frauen zu drängen. Unter der Bezeichnung "Ministerielle Führungsinitiative für die weltweite Gesundheit von Frauen" handelt es sich um eine mehrjährige Maßnahme zur Unterstützung eines Netzwerks von Gesundheitsministern zur Verbesserung der Gesundheits- und Finanzierungsgerechtigkeit. Wir haben von vorausschauenden Gesundheitsministern wie Charity Ngilu aus Kenia und Julio Frenk aus Mexiko viel darüber gelernt, was erforderlich ist: Belege, qualitativ hochwertige Analysen und Förderstrategien, um wirksam für eine

gerechtere Anpassung der nationalen Gesundheitshaushalte an die Bedürfnisse aller Bürger – und nicht nur die der reichsten – einzutreten. Außerdem werden wir einen Rat der Gesundheits-, Entwicklungs- und Finanzminister bilden, der die Entwicklungsminister der im Gesundheitsbereich führenden Gebernationen mit den Gesundheits- und Finanzministern aus den Entwicklungsländern zusammenbringen wird. Den Vorsitz über diese Initiative führen die spanische Gesundheitsministerin Elena Salgado und die kenianische Gesundheitsministerin Charity Ngilu, die auch mit der Ausarbeitung eines neuen Gesetzes beauftragt ist, das einen umfassenden Gesundheitsschutz in Kenia ermöglichen würde. Die Arbeit in Kenia wird auch von der GTZ gemeinsam mit ihren Partnern WHO und IAO unterstützt.

Alle Länder, sowohl die besser als auch die schlechter gestellten, können und müssen bessere Arbeit bei der Finanzierung des Rechts auf Gesundheit leisten. Angefangen mit Bismarcks revolutionären Reformen, hat die Welt mehr als einhundert Jahre Erfahrung mit der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme erworben. Diese Erfahrung muss genutzt werden, um den Weg zu gerechteren Finanzierungsmöglichkeiten für alle im Gesundheitswesen zu weisen. Programme, die die Entwicklung fairer Systeme zur Gesundheitsfinanzierung unterstützen, dürften eine der kostenwirksamsten Investitionen im Gesundheitsbereich sein. Die Maßnahmen der GTZ spielen dabei eine Vorreiterrolle. Mit Blick auf langfristige nachhaltige und faire Finanzierungssysteme für das Gesundheitswesen ist es an der Zeit, bessere Programme für die Gesundheitsfinanzierung zu einer obersten Entwicklungspriorität zu machen.

Ich begrüße das Interesse und das Engagement der Bundesregierung in diesem Bereich und zolle ihm Beifall. Ich muss jedoch auch feststellen, dass Deutschland die Hilfszusagen noch nicht erfüllt hat, die es in der Millenniumserklärung gegeben hat. Die von Deutschland geleisteten Nettozahlungen liegen nach wie vor weit unter dem Ziel von 0,7 % des BIP, das 2003 in Monterrey festgelegt wurde.¹ Wenn wir in den Industriestaaten unseren eigenen Verpflichtungen nachkommen und vorbildliche Praktiken umsetzen, ist ein erster Schritt zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit in den Entwicklungsländern getan.

Deutschland übt während der EU-Ratspräsidentschaft und während des G8-Vorsitzes einen außergewöhnlich hohen Einfluss auf das Weltgeschehen aus. Es ist an der Zeit, sich mit anderen zusammenzuschließen und die Agenda entscheidend voranzutreiben. Wir rufen

¹ http://www.cgdev.org/doc/cdi/2006/country_reports/Germany2006.pdf

Deutschland auf, die Gesundheitshilfe zu erhöhen und die G8 zu einer Politik der "Finanzierung des Rechts auf Gesundheit" zu bewegen. Deutschland könnte zuerst folgende Schritte unternehmen:

- Ernennung einer hochrangigen G8-Kommission, die das Problem der Finanzierung des Rechts auf Gesundheit lösen soll; vor allem in den 47 Ländern mit den schlechtesten Leistungen im Gesundheitsbereich
- Aufforderung an die G8-Länder, sich zur Unterstützung einer Kampagne "Gesundheitsfinanzierung für Gerechtigkeit" zusammenzuschließen, um eine neue, erhöhte Entwicklungshilfe bereitzustellen zur Unterstützung der Bemühungen der Entwicklungsländer, Reformen für eine gerechtere Finanzierung der Gesundheitspolitik durchzuführen und nationale Fähigkeiten zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den ärmsten Ländern aufzubauen
- die Macht der Zivilgesellschaft zu nutzen, um über die G8-Kampagne "Gesundheitsfinanzierung für Gerechtigkeit" zu informieren, damit Lösungen vorgelegt werden, die auf lokaler Ebene funktionieren.

Die Task Force, die Ministerielle Führungsinitiative und ich persönlich bieten unsere volle Unterstützung an, um Deutschland bei seinen Bemühungen zu helfen, eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu einem Diskussionspunkt unter den G8 zu machen.

Wenn wir dem Menschenrecht auf Gesundheit tatsächlich verpflichtet sind, müssen wir Gesundheits- und soziale Sicherungssysteme und Sicherheitsnetze aufbauen, die angemessen und nachhaltig finanziert sind und zu den Ergebnissen im Gesundheitsbereich führen, die wir sehen wollen, damit die gefährdetsten, am stärksten benachteiligten und ausgeschlossenen Teile der Bevölkerung produktive Vollmitglieder unserer Gesellschaft werden.

Vielen Dank!

Mary Robinson ist Gründungsmitglied der Task Force Gesundheitsfinanzierung, eine unabhängige Gruppe bekannter Persönlichkeiten, die bestrebt sind, die eine umfassende und faire Finanzierung des Gesundheitswesens in den Entwicklungsländern zu beschleunigen. Sie ist ebenfalls Vorsitzende der Ethischen Globalisierungsinitiative Realizing Rights.