

# FOCUS ASIEN

Schriftenreihe des Asienhauses

## Sozialer Staat?

Zur Kritik staatlicher Sozialpolitik  
in Ost- und Südostasien

Rolf Jordan (Hrsg.)

---

Asienhaus



Die Meinungen, die in den vom Asienhaus herausgegebenen Veröffentlichungen geäußert werden, geben ausschließlich die Auffassung der Autoren wieder.

Weiter FOCUS Asien dieses Projekts, die bereits erschienen sind:

- Kristin Kupfer (Hg.): Sozialer Sprengstoff in China? Dimensionen sozialer Probleme in der Volksrepublik. Focus Asien 17, 2004
- Susanne Dörflinger; Rolf Jordan (Hg.): Gesundheit für alle? Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck. Focus Asien 18, 2004
- Niklas Reese: Armut unter Palmen. Soziale Sicherheit, Bildung und Gesundheit in den Philippinen. Focus Asien 24, 2005

im Erscheinen:

- Rolf Jordan (Hg.): Soziale Sicherheit und Demokratisierung in Indonesien. Focus Asien 25, 2005
- Ulrike Bey (Hg.): Armut im Land der Goldenen Pagoden. Soziale Sicherheit, Gesundheit und Bildung in Burma. Focus Asien 26, 2005

Internetadresse des Forschungsprojekts: <http://www.asienhaus.de/sozialprojekt>

Preis: 5,- €

Erstellung und Druck dieser Publikation wurde gefördert von der InWEnt gGmbH, aus den Mitteln des BMZ und der NRW-Stiftung Umwelt und Entwicklung.

© Dezember 2005, Asienstiftung, Essen

Abdruck und sonstige publizistische Nutzung sind erwünscht. Sie sind jedoch nur unter Angabe des Verfassers und der Quelle gestattet.

Asienstiftung für das Asienhaus Essen, Bullmannaue 11, 45327 Essen

Telefon: +49 . 201 . 830 38-38; Fax: +49 . 201 . 830 38-30;

[asienstiftung@asienhaus.de](mailto:asienstiftung@asienhaus.de)

<http://www.asienhaus.de>

ISSN 1435-0459

ISBN 3-933341-32-9

# Sozialer Staat?

Zur Kritik staatlicher Sozialpolitik  
in Ost- und Südostasien

Rolf Jordan (Hrsg.)

## Armut, soziale Unsicherheit und Globalisierung – Für die Stärkung sozialer Sicherheit

Armut und soziale Unsicherheit sind globale Probleme, die auch in vielen asiatischen Ländern eine starke Ausprägung haben. Globalisierung, eine weltmarktorientierte Liberalisierung und die zunehmende Privatisierung bisher staatlicher Dienstleistungen markieren wichtige Rahmenbedingungen, die zu einer Verschärfung dieser Problematik beigetragen haben. Vor allem in der Folge der Asienkrise ist es bei vielen nationalen Regierungen und internationalen Institutionen zu einem Umdenken in Bezug auf die Notwendigkeit sozialer Sicherungssysteme gekommen. Längst hat sich auch hier die Einsicht durchgesetzt, dass soziale Probleme nicht durch das Wirken von Marktkräften allein gelöst werden können und staatliche Interventionen unverzichtbar sind. Zugleich haben aber in den letzten Jahren vielfältige zivilgesellschaftliche Aktivitäten bei der Schaffung sozialer Sicherheit an Bedeutung gewonnen. Ihre Beteiligung an wichtigen Entscheidungsprozessen gilt heute als unabdingbar. Ihre Initiativen zum Aufbau sozialpolitischer Strukturen tragen nicht selten entscheidend dazu bei, fehlende staatliche Angebote zu ergänzen und negativen Auswirkungen staatlicher Sozialpolitik entgegen zu wirken.

Mit dem Projekt „Armut, soziale Unsicherheit und Globalisierung – Für die Stärkung sozialer Sicherheit“ greift das Asienhaus Fragen der Überwindung von Armut und sozialer Unsicherheit und der Schaffung sozialer Sicherheit in Asien auf. Ziel ist es, Informationen über Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Akteure und sozialer Bewegungen in asiatischen Ländern bereitzustellen. Dabei sollen Verbindungen zwischen diesen Akteuren und Initiativen in Nordrhein-Westfalen hergestellt werden.

Damit tragen wir dazu bei, die Forderungen nach einer pro-aktiven deutschen und europäischen Politik in diesem Bereich zu stärken und Initiativen und Positionen aus der asiatischen Zivilgesellschaft mit jenen in Deutschland in Kontakt zu bringen. So wird ein Beitrag zur Auslotung gemeinsamer Positionen und Aktivitäten geleistet. Mit dem Projekt wollen wir zudem dazu beitragen, die Bedeutung der asiatischen Region für die Diskussion globaler Fragen zu verdeutlichen.

Mit diesem Projekt soll der Dialog zwischen den sozialen Bewegungen in Asien und Deutschland über die Möglichkeiten und die Notwendigkeit der politischen Gestaltung gefördert und zugleich ein stärkerer Transfer in entsprechende Diskurse bei uns geleistet werden. Das Projekt richtet sich dabei an:

- Verantwortliche in Politik und in Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit
- Multiplikatoren in Organisationen der politischen und gewerkschaftlichen Bildungsarbeit
- Netzwerke und soziale Bewegungen, die sich mit Fragen der sozialen Sicherheit befassen.

**Projektzeitraum:** 1.11.2004 - 31.10.2006



Die Realisierung dieses Projektes wurde möglich gemacht durch die Nordrhein-Westfälische Stiftung für Umwelt und Entwicklung in Bonn.

# Inhaltsverzeichnis

---

*Klaus Fritsche und Rolf Jordan*

Armut und soziale Sicherheit. Staatliche Sicherungssysteme  
unter Veränderungsdruck ..... 5

*Michael von Hauff*

Globalisierung und soziale Sicherung – eine unvereinbare Beziehung?..... 13

*M Ramesh und Xun Wu*

Neuorientierung des Verhältnisses öffentlicher und privater  
Träger der Gesundheitsversorgung in Südostasien..... 23

*Raymond K H Chan*

Das System der sozialen Sicherung in Südostasien seit der Finanzkrise von 1997..... 35

*Karl Husa und Helmut Wohlschlägl*

Asien ergraut – Alterung der Bevölkerung und soziale Sicherung  
in Ost- und Südostasien ..... 43

Autoren ..... 67



# Armut und soziale Sicherheit

## Staatliche Sicherungssysteme in Ost- und Südostasien unter Veränderungsdruck

---

Von Klaus Fritsche und Rolf Jordan

Armut und soziale Unsicherheit sind globale Probleme. Auch wenn sich die öffentliche Aufmerksamkeit hierbei besonders auf den afrikanischen Kontinent richtet, haben sie eine besonders starke Ausprägung in den Ländern Asiens haben. Von den weltweit 1,2 Mrd. Menschen, die mit weniger als einem 1 US-\$ pro Tag auskommen müssen, leben mehr als 900 Mio. in Süd-, Südost- und Ostasien. Die Zahl der Menschen, deren Einkommen zwar über dieser Grenze liegt, aber denen dennoch die Mittel für die Verwirklichung eines menschenwürdigen Lebens fehlen, ist weitaus höher. Darüber hinaus ist auch die Existenz vieler Menschen, deren Einkommen über diesem Niveau liegt, durch krisenhafte Entwicklungen gefährdet, da es in diesen Ländern oftmals keine „adäquaten Schutzsysteme“ gibt, um zumindest einen Basisschutz, etwa gegen Arbeitslosigkeit und Krankheit, zu geben. Gerade die Asienkrise von 1997 und 1998 hat die negativen Folgen umfassender ökonomischer Krisen auf eine nicht ausreichend abgesicherte Bevölkerung besonders deutlich gemacht und die soziale Situation vieler Menschen in der Region weiter verschlechtert.

Bereits die rapide wirtschaftliche Entwicklung, die Liberalisierung und Öffnung gegenüber den Weltmärkten und die damit einhergehende gesellschaftliche Modernisierung hatte tief greifende Auswirkungen auf die soziale Lage

großer Teile der Bevölkerung in den asiatischen Ländern. Traditionelle Sicherungssysteme z.B. durch Familien oder lokale Gemeinschaften funktionieren immer weniger als Schutzmechanismen vor den neuen Risiken moderner Industriegesellschaften. In Ländern wie der Volksrepublik China oder Vietnam hat der Übergang zu kapitalistischen Wirtschaftssystemen dagegen die bis dahin funktionierenden staatlichen Sicherungen außer Kraft gesetzt. Nicht nur der Widerspruch zwischen Arm und Reich, sondern auch der zwischen Stadt und Land (dort lebt immer noch 60 - 80 Prozent der Bevölkerung) nimmt weiter zu. Folgen sind u. a. die weitere Zuwanderung der ländlichen Bevölkerung in die Städte, aber auch ein Anstieg der Arbeitsmigration ins Ausland. Die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt führen zudem zu mehr Unsicherheit, der größte Teil der im informellen Sektor oder in der Landwirtschaft Beschäftigten ist nicht ausreichend geschützt. Die zunehmend marktförmige Ausgestaltung vormals öffentlicher Bereiche der Daseinsvorsorge führt dazu, dass Gesundheit und Bildung für breite Bevölkerungsschichten immer mehr zu einem unbezahlbaren Luxus werden.

Eine weltweite Protestbewegung macht unter anderem die vorherrschende neoliberale Gestaltung der Globalisierung für die soziale Unsicherheit verantwortlich, wie sie unter anderem auch von den in-

ternationalen Finanzinstitutionen vertreten wird. Den entwicklungs-politischen Programmen etwa der Weltbank oder der Asiatischen Entwicklungsbank wird vorgeworfen, dass ihre auf dem Credo der „Liberalisierung, Privatisierung und Entstaatlichung“ basierende Politik statt globaler Armutsbekämpfung vielmehr weltweit Armut produziere und weder zu mehr sozialer Gerechtigkeit im Nord-Süd-Verhältnis, noch zu einer Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Länder beitrage.<sup>1</sup>

Erst allmählich setzt sich die Einsicht durch, dass die sozialen Probleme nicht durch das Wirken des Marktes alleine gelöst werden können, sondern staatliche Interventionen notwendig sind. Die Schaffung sozialer Sicherungssysteme wird deshalb zunehmend als wichtige Aufgabe verstanden, wie entsprechende Programme etwa des BMZ oder der Asiatischen Entwicklungsbank zeigen, und dabei als bedeutsam für die gesamte Armutsbekämpfung angesehen. Auch im ASEM-Prozess (*Asia Europe Meeting*), einem Zusammenschluss von 13 asiatischen und 25 europäischen Ländern wird die Problematik mittlerweile thematisiert. Was dabei staatlicherseits oder privat für die soziale Absicherung, für Bildung und Gesundheit bereitzustellen ist, ist jedoch heftig

---

<sup>1</sup> Zur Zusammenfassung der Diskussion siehe VENRO: „Armut bekämpfen - Gerechtigkeit schaffen“, Bonn, Dezember 2001

umstritten - im Norden wie im Süden.

An Bedeutung für die Schaffung sozialer Sicherheit haben jedoch in den letzten Jahren auch vielfältige zivilgesellschaftliche Aktivitäten gewonnen und auch die Veränderungen der Programmatiken internationaler und nationaler Institutionen und Regierungen wären ohne das Engagements von NRO und Gewerkschaften oftmals nicht denkbar gewesen. Ihre Beteiligung an wichtigen Entscheidungsprozessen gilt heute als unabdingbar. Gleichzeitig tragen ihre Initiativen im sozialen Bereich zum Aufbau von Strukturen bei, die negative Auswirkungen der offiziellen Politik lindern helfen.

## Soziale Sicherheit und Sozialpolitik in Südostasien

Hinsichtlich der sozialpolitischen Situation in den Ländern Südostasiens lassen sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten feststellen. So sind die bestehenden Sicherungssysteme in der Regel staatszentriert und in erster Linie auf das Ziel des Wirtschaftswachstums hin ausgerichtet (Chan 2002). Weltmarktintegration ist ein wesentliches Kennzeichen der wirtschaftspolitischen Ausrichtung in nahezu allen Staaten der Region. Dies wird sichtbar an einer starken Öffnung der Nationalökonomien gegenüber dem Weltmarkt und hohen Anteilen ausländischer Direktinvestitionen (FDI) am Gesamtinvestitionsaufkommen. Zugleich sind die privatwirtschaftlichen Strukturen oftmals nur schwach ausgebildet, während demgegenüber starke staatliche Unternehmensstrukturen das Bild prägen. Die Folge sind vor allem in Südostasien das weitgehende Fehlen sozialpolitischer Angebote durch den Unternehmenssektor, wie sie etwa für die ostasiatischen Staaten Japan, Süd-

korea und Taiwan charakteristisch sind (Gough 2004).

Holliday (2000) bezeichnet die Wohlfahrtsstrukturen in der Region aufgrund dieser Charakteristika daher als *Productivist Welfare Capitalism* und verweist zugleich auf den ebenfalls allen diesen Ländern gemeinsamen niedrigen Anteil öffentlicher Ausgaben (*'low public expenditure'*) in diesem Bereich – eine direkte Folge der nur schwachen sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlichen Ausrichtung der Politik (Gough 2004; NGAN 2002). Insgesamt zeichnen sich – unabhängig von den tatsächlich bestehenden Unterschieden hinsichtlich des Umfangs einzelner wohlfahrtsstaatlicher Programme – alle Systeme durch eine deutliche Ablehnung einer grundsätzlichen Wohlfahrtsidee westlicher Prägung aus. Dagegen bestehen in nahezu allen Ländern noch immer sehr große 'Residualbereiche', was in einer starken Fokussierung sowohl auf Familienstrukturen, als auch auf kommunale/lokale Organisationen und Angebote bei der Absicherung sozialer Risiken sichtbar wird, während zugleich in einigen Bereichen ein zunehmender Ausbau privater Märkte für soziale Sicherungssysteme zu beobachten ist (Chan 2002; S.133).

## Bildung und Gesundheit als zentrale sozialpolitische Felder

Das Bildungs- und Gesundheitswesen stellen die wichtigsten wohlfahrtsstaatlichen Bereiche in den Ländern Südostasiens dar.<sup>2</sup> In beiden Bereichen finden sich in den letzten Jahren auch die größten Veränderungen hin zu einer stär-

<sup>2</sup> Einen umfassenden Überblick über die Struktur und Entwicklung sozialer Sicherheit in den Bereichen Gesundheit und Bildung bieten die Studien von Ramesh (2004) und Ramesh, Asher (2000).

keren Liberalisierung und Privatisierung der zunehmend als ‚Märkte‘ definierten sozialpolitischen Aufgabenbereiche – mit deutlich negativen Folgen für den Zugang unterer Einkommensschichten zu den bestehenden Bildungs- und Gesundheitsangeboten.

## Bildung

Im Bereich der Bildung verfügen die meisten Länder der Region über eine weitgehend kostenfreie und stark subventionierte (Grund-) Schulbildung und zugleich hohe staatliche Ausgabenanteile im tertiären Bildungssektor (CHAN 2002). Zwar werden in den meisten Ländern in der Tat keine direkten Gebühren für den Besuch allgemein bildender Schulen erhoben, anfallende Ausgaben für Lehrmittel und Schuluniformen etwa sind aber gerade für die ärmsten Bevölkerungsschichten oftmals nicht aufzubringen, so dass gerade im ländlichen Bereich und unter der städtischen Armutsbevölkerung die Einschulungsraten zumeist deutlich unter dem jeweiligen Landesdurchschnitt liegen. Darüber hinaus führt eine zunehmende Privatisierung im Bildungssektor in einigen Ländern dazu, dass die Qualität der Bildungsangebote im öffentlichen Sektor oftmals gesunken ist und dass sich zugleich der Gegensatz zwischen Arm und Reich weiter verschärft hat, wie nicht nur das unten angeführte Beispiel Malaysia zeigt.

Besonders deutlich wurden die bestehenden sozialen Unterschiede im Bildungssystem vor dem Hintergrund der Asienkrise, als in vielen Ländern ein Rückgang bei der Inanspruchnahme sozialstaatlicher Angebote insgesamt und im Bereich der Schulbildung im Besonderen zu beobachten war, da sich eine steigende Zahl von Menschen die Kosten hierfür nicht mehr leis-



ten konnte und Kinder zunehmend als Arbeitskräfte zum Haushaltseinkommen beitragen mussten, statt zur Schule zu gehen. So betrug allein in Indonesien und Thailand der Rückgang der Einschulungsraten nach offiziellen Angaben etwa 7%. Tatsächlich dürfte der Rückgang jedoch gerade bei den ärmeren Bevölkerungsschichten deutlich höher gelegen haben. So beschreibt Kreft die Situation in Indonesien 1998 wie folgt: „Zwanzig Millionen Kinder laufen Gefahr, von der Schule genommen zu werden. Ihren Eltern fehlt das Geld für die Bücher und die Schuluniform, die Kinder werden als Mitverdiener gebraucht.“ (1998; S.9)

Innerhalb der sozialen Sicherung ist der Bildungsbereich im besonderen Maße Teil der in allen Ländern bedeutenden *Nation Building*-Prozesse, da er den regierenden Eliten die Möglichkeit bietet, entsprechende ideologische Konzepte in den zumeist ethnisch, religiös und vor allem sozial sehr differenzierten Gesellschaften zu verbreiten. Bildung stellt daher in allen diesen Ländern einen stark regulierten Bereich dar, der von zentralstaatlichen Vorgaben im Bereich der Curricula-Entwicklung bis hin zur direkten Kontrolle des Lehrpersonals und der Schüler und Studenten reicht. Gleichwohl findet sich in allen Ländern eine Zunahme privater Anbieter gerade im Bildungssektor. Dass diese Entwicklung nicht nur auf den Bereich der tertiären Bildung beschränkt bleibt, zeigt unter anderem die Entwicklung in Malaysia, wo seit Anfang der 1990er Jahre private Angebote im gesamten Schulbereich entstanden sind. Zwar besuchen bisher lediglich etwa 30.000 der insgesamt vier Millionen Schüler Malaysias eine private Schule, doch die Zuwachsraten der Branche sind in den letz-

ten Jahren weiter gestiegen – trotz hoher Gebühren, die sich nur Haushalte der oberen Mittelschicht und Oberschicht leisten können.<sup>3</sup> In der Folge ist der Abstand zwischen wohlhabenden und ärmeren Haushalten auch im Bildungssektor Malaysias größer geworden. Ähnliche Entwicklung zeichnen sich in den letzten Jahren auch in anderen Ländern der Region ab.

## Gesundheit

Zentraler Aspekt der Gesundheitssysteme in den Ländern Südasiens ist die Bereitstellung kostenfreier oder billiger Gesundheitsdienstleistungen für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen (Chan 2002). Daneben wächst in vielen Ländern die Bedeutung kostenpflichtiger Gesundheitsangebote für eine wachsende, vor allem städtische Mittelschicht – mit Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Struktur staatlicher Gesundheitsversorgung insgesamt. So finden sich heute in den meisten Ländern zunehmend Formen der Eigenfinanzierung, so genannter *'out-of-pocket expenses'*, die besonders ärmere Bevölkerungsgruppen den Zugang zu Angeboten auch staatlicher Gesundheitsdienste erschweren.

Einige Länder Südasiens, wie Indonesien, Malaysia, die Philippinen, Singapur und Thailand, verfügen sowohl über Unfall-, als auch über Krankenversicherungssysteme (Ngan 2002). Da ihre Finanzierung jedoch zumeist an die Einkommen der im formellen Sektor Beschäftigten gekoppelt ist, bleibt die große, und seit der Asienkrise in einigen Ländern deutlich zunehmende Gruppe der Menschen im informellen Sektor von diesen Versicherungssystemen

<sup>3</sup> „Private school boom in Malaysia“, The Straits Times, Singapur, 6. Sept. 2005

weitgehend ausgeschlossen. Damit tragen die nicht selten im Rahmen internationaler Entwicklungszusammenarbeit geschaffenen oder ausgebauten Systeme zu einer weiteren Verschärfung sozialer Disparitäten in den Ländern Südasiens bei. Eine gegenläufige Tendenz weist derzeit einzig Thailand auf, dass mit der Implementierung des 30-Baht-Programmes die Gesundheitsversorgung gerade auch für ärmere Bevölkerungsschichten ermöglicht und die Finanzierung der entstehenden Kosten aus öffentlichen Mitteln bestreitet.<sup>4</sup>

Nicht nur in ökonomisch weit entwickelten Ländern wie Malaysia und Singapur ist mittlerweile ein starker Trend zur Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen zu beobachten.<sup>5</sup> Globalisierung und die Liberalisierung globaler Dienstleistungsmärkte im Rahmen von GATS haben zur Entstehung eines globalen Marktes für Sozialleistungsanbieter beigetragen, der vor allem dort, wo soziale Sicherungssysteme nur unzureichend vorhanden sind, zur weiteren Unterminierung der nationalen Versorgung mit Sozialleistungen

<sup>4</sup> So unter anderem Wolfram Schaffar in seinem Vortrag zum Thema „Globale soziale Rechte: Die Diskussion alternativer Konzepte sozialer Sicherung in Asien“ auf dem Asienhaus-Workshop „Reisschüsseln im Ausverkauf – Folgen neoliberaler Globalisierung in Süd- und Ostasien“, Köln, 8. Oktober 2005. Siehe auch die Analyse von A. Towse u.a. (2004).

<sup>5</sup> Ein Beispiel für den wachsenden regionalen Markt der Gesundheitsdienstleistungen bieten die Aktivitäten von Parkway Holdings, einem der größten Unternehmen in diesem Bereich in Südasiens. Das Unternehmen aus Singapur unterhält Kliniken und Gesundheitseinrichtungen in Indien, der VR China, in Vietnam und Thailand. Zuletzt hat das Unternehmen in Malaysia Anteile an der teil-staatlichen Pantai Holding erworben und ist damit zu einem wichtigen Privatanbieter im dortigen Gesundheitssektor geworden („Parkway buys major stake in Pantai“, Business Times, Kuala Lumpur, 14. Sept. 2005).

und der nationalen Regulierungspolitik beitragen hat – nicht selten jedoch aktiv unterstützt durch die eigenen entwicklungspolitischen Maßnahmen der Regierungen dieser Länder.

In Ländern wie Thailand hat dies etwa dazu geführt, dass eine große Zahl ausgebildeter Ärzte und Pfleger, die in den 1980er Jahren noch in westliche Industrieländer emigrierten, heute bevorzugt Beschäftigung in den privatwirtschaftlich betriebenen Kliniken und Gesundheitseinrichtungen der städtischen Zentren suchen, während zugleich die vorhanden staatlichen Einrichtungen der Basisgesundheitsversorgung im ländlichen Bereich einen Mangel an finanzieller Ausstattung und ärztlichen Personals aufweisen, so dass die Gesundheitsversorgung vor allem für die ärmeren Bevölkerungsschichten in diesen Regionen kaum noch gewährleistet werden kann. Gleiches lässt sich auch für die Basisgesundheitsversorgung in Indonesien feststellen, wo die Situation durch die fiskalischen Veränderungen infolge der Dezentralisierungspolitik seit 1998 noch zusätzlich verschärft wurde.

Die ‚Erfolge‘ der Privatisierungspolitik in diesem Bereich – ein in ökonomischen Begriffen effektiverer Ressourceneinsatz und eine Angebotsausweitung vor allem bei speziellen medizinischen Dienstleistungen – kommt in der Regel nur einer sehr kleinen Schicht einkommensstarker Haushalte zu Gute, während sich die Gesundheitsversorgung für die wachsende Zahl der Armen weiter verschlechtert.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Auch Schramm (2002) verweist in einem für die Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) erstellten Papier auf die wachsende Konkurrenz zwischen privaten und öffentlichen Anbietern im Gesundheitssektor. Dabei konzentrieren sich die privaten Anbieter besonders auf die Bedürfnisse einer wachsenden Mittelschicht,

In der Folge verlieren viele Gesundheitssysteme ihren ursprünglich flächendeckenden und universalen Charakter. Als ein Indiz hierfür kann angesehen werden, dass sich die Gesundheitsversorgung zunehmend nach sozialem Status, Geschlecht, Ethnie sowie ländlichen bzw. städtischen Regionen ausdifferenziert und sich bei einer allgemein sinkenden Qualität grundlegender Dienste, vor allem in ländlichen Regionen, neben dem staatlichen Bereich ein prosperierender, privater Gesundheitssektor herausbildet (Betz 2004).<sup>7</sup>

### Gemeinsamkeiten sozialer Sicherung in Südostasien

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gleichheit (*'Equity'*) auch in den Ländern Südostasiens kein Ziel staatlicher Sozialpolitik ist und die bestehenden Systeme kaum auf die Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums ausgerichtet sind (CHAN 2002). Folge ist eine starke soziale Differenzierung selbst da, wo so-

---

während die Angebote des öffentlichen Sektors im stärker auf arme Bevölkerungsgruppen ausgerichtet ist. Diese ungleiche Entwicklung schlägt sich auch bei der Anwerbung qualifizierten Fachpersonals nieder.

<sup>7</sup> Somit gilt auch für Südostasien, was Betz zur Privatisierung und Monetarisierung im Gesundheitssektor der Länder des Südens generell sagt, dass nämlich Gesundheitspolitik in diesen Ländern heute weitgehend außerhalb der staatlichen Sphäre stattfindet: „Dies gilt selbst für arme Nutzergruppen und ist erstens durch oftmals schlechte Erreichbarkeit staatlicher Gesundheitsstationen, im Wesentlichen aber durch die schlechte Qualität der dort erbrachten Leistungen verursacht. Der private Gesundheitssektor in Entwicklungsländern hat sich rasch ausgedehnt, spaltet sich in einen einigermaßen regulierten und einen weitgehend unüberwachten, informellen Sektor oft zweifelhaften Standards. Barzahlung ist im privaten Sektor die Regel und beläuft sich in armen Ländern auf immerhin über 60% der gesamten Gesundheitsausgaben.“ (2004; S.19).

ziale Sicherungssysteme vorhanden sind. Soziale Sicherungssysteme – vor allem in der Form staatlicher Absicherung von Risiken – sind ein wesentlicher Bestandteil des *Nation Building*-Prozesses in allen Ländern der Region. Gerade die umfassenden Sozialversicherungssysteme für staatliche Bedienstete – von der staatlichen Bürokratie bis hin zu Militär und Sicherheitsdiensten<sup>8</sup> – dienen vor allem der Herstellung von Loyalität dieser Bevölkerungsgruppe, und weniger der sozialen Absicherung breiter Bevölkerungsschichten insgesamt (Gough 2004).

Des Weiteren ist Sozialpolitik in keinem der Länder Ergebnis politischer Konkurrenz und offener Aushandlung von Klassenkonflikten, da eine starke Arbeiterbewegung weitgehend fehlt bzw. zer schlagen wurde (Chan 2002). Die meisten Länder verfügen nur über sehr schwache Gewerkschaften, die sich zudem oftmals deutlichen Repressionen ausgesetzt sehen. Vorherrschend sind zumeist stärker korporatistische Strukturen der Interessenaushandlung, wie sie am deutlichsten in Malaysia und Singapur zu beobachten sind. Trotz fortschreitender Demokratisierung in Teilen der Region handelt es sich bei vielen der Regierungen noch immer um autoritäre bzw. semi-autoritäre Regime mit geringen Partizipationsmöglichkeiten und einer starken Kontrolle zivilgesellschaftlicher Strukturen und Organisationen (Gough 2004). Gleichwohl darf nicht übersehen werden, dass dort, wo demokratische Entwicklungen zu beobachten sind – etwa in Indonesien, den

---

<sup>8</sup> Staatlich finanzierte Programme finden sich in Indonesien (TASPEN für zivile Staatsbedienstete, ASABRI für Militärangehörige) sowie in Malaysia, Singapur und Thailand, wo es Pensionskassen für zivile wie militärische Staatsbedienstete gibt (Ngan 2002).

Philippinen oder Thailand –, NRO als sozialpolitische Akteure zunehmend an Bedeutung gewinnen. Als ein weiteres Kennzeichen ist festzuhalten, dass intermediäre Ebenen wie Familien und '*communities*' bei der Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen eine wichtige Rolle spielen, obwohl gerade unter Bedingungen der Urbanisierung und Industrialisierung die Möglichkeiten der sozialen Absicherung von Risiken durch Familien und lokale Netzwerkstrukturen eher im Schwinden begriffen sind (Gough 2004). Gerade in den wachsenden städtischen Zentren der Region sind Familien und lokale Gemeinschaften kaum in der Lage, die vielfältigen sozialen Risiken und Probleme rapide sich verändernder Gesellschaften zu bewältigen.

John (2002) hebt vor allem drei Aspekte hinsichtlich der Ausgestaltung sozialer Sicherungssysteme in Südostasien hervor. Während die meisten Länder in der Region umfassende Sozialsysteme entwickelt haben, gibt es nach ihrer Ansicht noch immer deutliche Mängel bei der Umsetzung (*implementation*) der Maßnahmen und Programme. Zugleich spiegeln einige der Sozialsysteme nicht den eigentlichen Bedarf unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in den Ländern wieder oder stehen solchen Erfordernissen sogar entgegen. JOHN bezeichnet viele der sozialpolitischen Maßnahmen daher als „nicht-adäquate Politiken“.

Und schließlich gibt es bisher kaum Ansätze zur Integration des (oftmals wachsenden) informellen Sektors in die bestehenden Sozialsysteme. Selbst da, wo von staatlicher Seite der Aufbau von Sozialversicherungssystemen erfolgt ist, bleibt die große Zahl der im informellen Sektor Beschäftigten von den Angeboten und Leistungen dieser Programme weitgehend aus-

geschlossen (Ngan 2002). Dies lässt sich sehr deutlich sehen, wenn man die Reichweite sozialer Sicherungsprogramme in einigen Ländern der Region betrachtet. So sind in Indonesien lediglich 20% der Beschäftigten und nur 9% der Gesamtbevölkerung von den bestehenden staatlichen Sozialversicherungsprogrammen erfasst. In Thailand sind es 32% der Beschäftigten und 18% der Gesamtbevölkerung. Die unzureichende Umsetzung vieler der bestehenden Programme und die geringe Reichweite der Sicherungssysteme zeigte sich besonders deutlich Ende der 1990er Jahre, als in Folge der Asienkrise eine große Zahl von Arbeitsplätzen in den formalen Beschäftigungsbereichen wegfiel und Hunderttausende von Menschen und ihre Familien ihre Einkommensmöglichkeiten verloren. Fehlende soziale Absicherung traf vor allem die ärmsten Bevölkerungsschichten.

### Die Asienkrise und ihre sozialen Folgen

Die als ‚Asienkrise‘ bekannt gewordenen deutlichen Wachstumsrückgänge der Jahre 1997 und 1998 haben in den Ländern Ost- und Südostasiens zu steigender Arbeitslosigkeit und sinkenden Arbeitseinkommen geführt. Die unmittelbare Folge dieser Entwicklung war eine Zunahme der Einkommensdisparitäten und ein Anstieg der Zahl der ‚Armen‘. Gleichzeitig war in vielen Ländern ein Rückgang bei der Inanspruchnahme sozialstaatlicher Angebote besonders im Bereich Bildung und Gesundheit zu beobachten, da sich eine steigende Zahl von Menschen die zumeist kostenpflichtigen Angebote nicht mehr leisten konnte. So betrug der Rückgang der Einschulungsraten in Indonesien und Thailand nach offiziellen Angaben

etwa 7%, der Rückgang der Zahl der Krankenhausbesuche in Malaysia lag bei etwa 50% (Gough 2004). Die Krise und ihre unmittelbaren Folgen haben dabei verdeutlicht, dass die Regierungen und die von ihnen aufgebauten sozialen Sicherungssysteme den Anforderungen nicht gewachsen waren und Phasen wirtschaftlichen Wachstums nicht von Dauer sind. In vielen Ländern erwiesen sich die öffentlichen Ressourcen als nicht ausreichend, um auf die Folgen der Asienkrise zu antworten.

Die sozialen Folgen der Krise zeichneten sich in allen Ländern der Region – wenn auch in unterschiedlichem Maß – ab. Besonders betroffen waren dabei jene Bevölkerungsgruppen, deren Existenz am wenigsten gesichert war: Frauen, ausländische Arbeitnehmer aus den ärmeren Ländern, Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen ohne soziale Absicherung oder Arbeitsplatzgarantien und die große Zahl jener, die in den informellen Sektoren der Ländern Ost- und Südostasiens beschäftigt waren. Ihre Möglichkeiten, den sozialen Folgen der Krise zu begegnen, wurden von der Ereignissen offensichtlich im besonderen Maß eingeschränkt (Ngan 2002). Aber auch die Mittelschichten, eine der Triebfedern des von der Krise abrupt beendeten Booms, stehen seither vor ihrer rasanten Dezimierung. Steigende Zinsen und Preise, eine zunehmende Verschuldung und vor allem Arbeitslosigkeit sind hierfür die wesentlichen Ursachen. Die Asienkrise hat bei vielen nationalen Regierungen wie bei internationalen Institutionen und Geldgebern zu einem Umdenken geführt. Dabei setzt sich allmählich die Einsicht durch, dass die sozialen Probleme nicht durch das Wirken des Marktes alleine gelöst werden können, sondern staatliche Interventionen notwendig sind. In

Südostasien haben so unterschiedliche Länder wie Thailand, Laos, Vietnam, Indonesien und die Philippinen in den letzten Jahren ihre sozialen Sicherungssysteme weiter ausgebaut (Schramm 2002). Als Antwort auf die unmittelbaren Folgen der Krise kam es in nahezu allen betroffenen Ländern darüber hinaus zu staatlichen Sofortmaßnahmen, die sich vor allem auf die Bereiche Beschäftigungssicherung, Armutsbekämpfung und Wirtschaftsförderung konzentrierten. Im Vordergrund beschäftigungspolitischer Maßnahmen standen in erster Linie Versuche der Vermittlung der von den Arbeitsplatzverlusten betroffenen Arbeitnehmern sowie Fort- und Weiterbildungsangebote. Eine wichtige Rolle spielten in allen Ländern Maßnahmen zur Wirtschaftsförderung, etwa durch die Bereitstellung günstiger Darlehen für Unternehmen und Steuersenkungen vor allem im Unternehmensbereich. Auf Seiten der Arbeitnehmer erfolgten in allen Ländern Lohnanpassungen nach unten, die zu deutlichen Einkommensverlusten bei den Beschäftigten beitrugen.<sup>9</sup> Der zunehmenden Armut versuchten die Regierungen durch die Subventionierung von Grundnahrungsmitteln und Zuschüssen für Gesundheits- und Bildungsausgaben zu begegnen. Zugleich erfolgte eine kurzfristige Ausweitung der Unterstützungsleistungen für Arbeitslose, ohne jedoch am Zustand fehlender Arbeitslosenversicherungen grundlegende Änderungen vorzunehmen. Die unter dem Beg-

<sup>9</sup> Insgesamt haben die Krisenerfahrungen in der Region zu einer stärkeren sozialpolitischen Ausrichtung der Staaten Ost- und Südasiens geführt (Gough 2004). Dabei bleibt jedoch kritisch zu fragen, in welchem Ausmaß sich diese stärkere sozialpolitische Ausrichtung in den einzelnen Ländern wirklich in sozialen Sicherungsprogrammen niederschlägt.

riff der ‚Strukturanpassungspolitik‘ von den internationalen Kreditgebern wie Weltbank, WTO und IWF durchgesetzten Kürzungen der öffentlichen Ausgaben haben besonders dort verheerende Auswirkungen gehabt, wo sie zur Einführung von Gebühren für die Nutzung grundlegender Gesundheits- und Bildungsangebote führten und somit eine große Zahl von Menschen von diesen Angeboten ausschlossen. Darüber hinaus hat diese Politik insgesamt eher zu einer Schwächung der Möglichkeit sozialpolitischer Steuerung in vielen Ländern der Region beigetragen.

Als ein wichtiges sozialpolitisches Problem hat sich gerade in der Folge der Asienkrise die in vielen Staaten der Region bereits weit fortgeschrittene Schwächung der Rolle der Familie als wichtigste Instanz sozialer Sicherung erwiesen (Chan 2002). Steigende Scheidungsraten, sinkenden Geburtenraten und eine Zunahme der Frauenbeschäftigung markieren dabei nur einige der Aspekte, die diese Entwicklung kennzeichnen. In dem Maße, in dem staatliche Sozialpolitik zu einer Verrechtlichung sozialer Beziehungen geführt hat, ist es zumeist zu einer weiteren ‚Atomisierung‘ der Gesellschaft und damit zu einer weiteren Schwächung der Familie als sozialpolitische Institution gekommen. Mit diesem Wandel steigen zugleich die Ansprüche an Staat und Gesellschaft, wenn es um die Absicherung sozialer Risiken geht (Zimmermann-Lösl; Gottwohl 1999). Und auch die ‚Communities‘ bieten oftmals nur wenig tragfähige Strukturen zur sozialen Sicherung ihrer Mitglieder, da zivilgesellschaftliche Strukturen in den meisten Ländern kaum entwickelt sind (Chan 2002).

Insgesamt sind aber auch in den betroffenen Ländern die Diskurse über die Zukunft sozialer Sicherung weiterhin widersprüchlich. Der Einsicht in die Notwendigkeit staatlicher Intervention stehen noch immer Konzepte einer stärker auf Eigenverantwortlichkeit setzenden Sozialpolitik und eines Rückzugs des Staates aus der „Fürsorgepflicht“ (Berner und Philipps 2004) gegenüber. Flankiert und zum Teil auch befördert wird diese Politik durch die auch weiterhin eher auf Grundversorgung, nicht aber auf den Aufbau umfassender sozialer Sicherungssysteme setzenden Programme internationaler Geldgeber wie der Weltbank oder der Asiatischen Entwicklungsbank (ADB). In ihrer Ausrichtung auf eine Ausweitung der Privatisierung bestimmter Bereiche sozialer Sicherung, hier vor allem im Bildungs- und Gesundheitssektor, auf der einen, und ihrer Forderung nach mehr Eigenverantwortung bei der Absicherung sozialer Risiken auf der anderen Seite schließen viele der Diskurse in Ost- und Südostasien direkt an ähnlich gelagerte Diskussionen und Debatten über die Zukunft des Sozialstaates in Deutschland, ja in vielen Ländern Westeuropas, an.

### Soziale Sicherheit als globale Herausforderung

Dieser kurze kursorische Überblick über einige der sozialstaatlichen Strukturen in Südostasien und die Folgen der Ende der 1990er Jahre einsetzenden ökonomischen Krise in der Region zeigt, dass nicht nur die Entwicklungen in Europa und Asien sehr unterschiedlich sind, sondern auch die asiatischen Länder selber hinsichtlich ihrer Ausgangsvoraussetzungen, Problemlagen, politischen Systeme und politischen Antworten differieren. Mit dem Projekt ‚Armut, soziale Un-

sicherheit und Globalisierung<sup>10</sup> greift das Asienhaus diese Diversität auf, indem sie die soziale Situation in den Bereichen soziale Sicherheit, Bildung und Gesundheit analysiert und die unterschiedlichen sozialpolitischen Erfahrungen in den Ländern bündelt und systematisiert. Ins Blickfeld geraten dabei auf der einen Seite die lokalen, zivilgesellschaftlichen Akteure in den Ländern selbst und auf der anderen Seite internationale Akteure, wie etwa die asiatische Entwicklungsbank.

Wie die europäischen stehen auch die asiatischen Gesellschaften vor der Herausforderung, ihre Zukunftsfähigkeit in ökologischer, sozialer, wirtschaftlicher, kultureller und politisch-institutioneller Hinsicht zu sichern. Generationengerechtigkeit, Chancengerechtigkeit, Teilhabegerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit sind dabei auch hier zentrale Aspekte einer zukunftsfähigen Sozialpolitik. Dabei müssen sowohl die Grenzen ökologischer Tragfähigkeitssysteme als auch daraus resultierende Verteilungskonflikte um Einkommen und Ressourcen den zu entwickelnden Strategien sozialer Sicherheit zu Grunde gelegt werden. Um etwa die hochgesteckten Armutsbekämpfungsziele internationaler und nationaler Institutionen und Organisationen zu erreichen, ist auf internationaler Ebene eine Veränderung der globalen Wirtschaftsstrukturen ebenso notwen-

<sup>10</sup> Thematisch ist das Projekt auf jene sozialen Sicherungssysteme ausgerichtet, die in besonderem Maße der Abwendung individueller Risiken wie Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Alter und Tod von Angehörigen. Dazu gehören Systeme von Solidargemeinschaften, kooperative Systeme ebenso, wie private oder staatliche Sicherung durch Sozialversicherungen, staatliche Sozialhilfe oder Leistungen im Rahmen spezifischer Armutsprogramme. Der Fokus liegt dabei auf den Ländern China, Burma, Indonesien, Malaysia, Philippinen und Thailand.

dig, wie eine grundlegende interne Transformation der Gesellschaften, da partielle Reformen nicht die notwendige Zukunftsfähigkeit versprechen.

Armutsbekämpfung ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Thema internationaler Entwicklungspolitik geworden, und dies nicht allein aus Gründen menschlicher Solidarität. So hat etwa der Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen das Ziel gesetzt, die Zahl der in absoluter Armut lebenden Armen bis zum Jahr 2015 zu halbieren. Und auch der im Mai 2003 vorgelegte Bericht der „International Commission on Human Security“ legt auf diese Aufgabe ein besonderes Schwergewicht. Ebenso haben internationale Finanzinstitutionen wie die Weltbank und die Asian Development Bank in den letzten Jahren dem Thema ‚Armut‘ hohe Priorität eingeräumt. Gleiches gilt für die Politik der deutschen Regierung wie der Europäischen Union.

Soziale Sicherheit wird dabei für die asiatischen Länder als ein wichtiger Faktor nicht zuletzt für interne Stabilität und nachhaltige Entwicklung angesehen. Dazu heißt es etwa im Asienkonzept des BMZ, dass Entwicklungen in Asien globale Auswirkungen haben, von denen auch die Menschen in Deutschland zumindest mittelbar berührt werden. Denn die Ausbreitung von Krankheiten wie SARS oder Vogelgrippe haben deutlich gemacht, welche Folgen etwa nicht oder nur unzureichend funktionierende Gesundheitssysteme in den Ländern der Region auch für andere Länder der Welt haben können. Auch globale Folgen armutsbedingter Umweltzerstörungen werden sich langfristig, etwa in der Entwicklung des Weltklimas, niederschlagen und damit auch auf Europa zurückwirken. Bereits der Weltsozialgipfel in

Kopenhagen 1995 hat darauf hingewiesen, dass die Frage der sozialen Sicherheit ein Schlüsselement im Kampf gegen Armut und für eine nachhaltige Sozialentwicklung weltweit darstellt. Ihre Beantwortung kann zugleich wichtige Impulse für die wirtschaftliche Entwicklung<sup>11</sup> geben und damit ein wichtiges Scharnier für die Umsetzung nachhaltiger Entwicklungsstrategien bilden.

In der entwicklungspolitischen Diskussion in Deutschland finden Probleme sozialer (Un-) Sicherheit in den Ländern Asiens bisher noch wenig Aufmerksamkeit und es sind eher einzelne, krisenhafte Entwicklungen in der Region, die den öffentlichen Diskurs erreichen. Damit finden diese sozialen Probleme und Fragestellungen aber auch in bundesdeutschen wie europäischen Politik keine angemessene Beachtung. So sah etwa der von der Europäischen Union vorgeschlagene Haushaltsplan für 2003 lediglich einen Anteil von 11,2% der gesamten Entwicklungszusammenarbeit für Asien vor. Und im Europäischen Parlament gibt es Initiativen zur weiteren Reduzierung dieses Anteils. Die bilaterale öffentliche Entwicklungszusammenarbeit der Bundesrepublik steht nur wenig besser dar. Die entsprechenden Mittel lagen 2002 für Ost-, Süd- und Zentralasien gerade einmal bei ca. 21% des gesamten Budgets für diesen Zweck.

Die unzureichende Beachtung der Probleme der asiatischen Länder im öffentlichen und politischen Diskurs spiegelt sich auch bei vielen deutschen Nichtregierungsorganisationen und Multiplikatoren wider, die sich zumeist entweder globalen Fragen zuwenden oder sich in ihrer Arbeit stärker auf Länder in Afrika und Lateinameri-

<sup>11</sup> siehe hierzu unter anderem von Hauff und Kurz (2003)

ka konzentrieren. Und dies, obwohl die Probleme in Asien für die Schaffung weltweiter sozialer Gerechtigkeit, Armutsbekämpfung und Schaffung sozialer Sicherheit von größter Bedeutung sind. So ist unter anderem die Frage nach dem Verhältnis von staatlicher und privater Daseinsfürsorge ein wichtiger Ausgangspunkt für die vielfältigen Diskussion über soziale Sicherung in den Länder Ost- und Südostasiens. Die bisher in beiden Bereichen gemachten Erfahrungen und die Auswirkungen einer zunehmenden Privatisierung sozialer Sicherungssysteme für die Bevölkerung sind dabei von erheblicher Bedeutung für die Zukunft „internationaler Sozialpolitik“. Die Diskurse, die in diesen Ländern über die Frage des „Sozialstaats“, seine Aufgaben und Grenzen, geführt werden, bieten wichtige Anknüpfungspunkte für die Diskussionen über aktuelle soziale Entwicklungen in Deutschland und Europa.

## Literatur

- Berner, Erhard; Philipps, Benedict: Selbsthilfe oder unterlassene Hilfeleistung? Die Flucht des Entwicklungsstaates aus der Fürsorgepflicht, in: *Peripherie*, Nr. 96, 24. Jg. 2004; S.500-514
- Betz, Joachim: Soziale Sicherung in Entwicklungsländern: Ein Überblick, in: Betz, Joachim; Hein, Wolfgang (Hg.): *Soziale Sicherung in Entwicklungsländern*. Opladen 2004; S.7-31.
- Chan, Raymond K. H.: The Welfare System in Southeast Asia: Development and Challenges, in: Chan, Raymond K. H.; Leung, Kwan Kok; Ngan, Raymond M. H. (Eds.): *Development in Southeast Asia. Review and Prospects*. Aldershot 2002; S.131-162.
- Gough, Ian: Welfare Regimes in Development Contexts: A Global and Regional Analysis, in: Gough, Ian; Wood, Geoffrey (Eds.): *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge 2004; S.15-48.
- Holliday, Ian: Productivist Welfare Capitalism: Social Policies in East Asia, in: *Political Studies*, Vol. 48, No. 4, 2000; S.706-723
- John, Marei: Social Protection in Southeast and East Asia - Towards a Comprehensive Picture, in: Adam, Erfried; von Hauff, Michael; Marei, John (Ed.). *Social Protection in Southeast Asia & East Asia*. Singapore 2002; S.7-14.
- Kreft Heinrich: Das 'asiatische' Wunder in der Krise. Die politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung im asiatisch-pazifischen Raum, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*. B48, 1998; S.3-12.
- Ngan Raymond M. H.: Social Security and Safety Net Development in Southeast Asia Amongst the Asian Financial Crisis, in: Chan, Raymond K. H.; Leung, Kwan Kwok; Ngan, Raymond M. H. (Eds.): *Development in Southeast Asia. Review and Prospect*. Aldershot 2002; S.163-192.
- Ramesh, M.: Social Policy in East and Southeast Asia: Education, Health, Housing and Income Maintenance. London 2004.
- Ramesh, M.; Asher, G.: *Welfare Capitalism in Southeast Asia. Social Security, Health and Education Policies*. London, New York 2000.
- Schramm, Bernd: The Impact of Economic Globalisation: Pressure on Social Safety Nets, Retooling for Adjustment of the Work Force, Paper presented at the Asian Regional Conference: 'The Social Dimensions of Globalisation – A Critical Assessment by Civil Society', Bangkok, Dezember 2002 (Internet: [www2.dtz.de/health-insurance/deutsch/publications-über-regional.htm](http://www2.dtz.de/health-insurance/deutsch/publications-über-regional.htm))
- Towse, Adrian; Mills, Anne; Tangcharoensathien, Viroj: Von Thailands Gesundheitsreform lernen, in: Dörflinger, Susanne; Jordan, Rolf (Hg.): *Gesundheit für alle? Asiens Gesundheitssysteme unter Veränderungsdruck*. Focus Asien 18, Asienhaus, Essen 2004; S.21-26
- von Hauff, Michael; Kurz, Sonja: Die Relevanz sozialer Sicherung für die wirtschaftliche Entwicklung Indiens, in: *Welt-Trends*, Vol. 11, 2003; S.30-44
- Zimmermann-Lösl, Christine; Gottwohl, Jörn: Allgemeine Kennzeichen und Entwicklungen der Sozialpolitik in Asien, in: Hoffmeister, Wilhelm; Thesing, Josef (Hg.): *Soziale Sicherheit in Asien. Japan - Volksrepublik China - Taiwan - Südkorea - Malaysia - Philippinen – Singapur*. Bonn 1999; S. 13-33.

# Globalisierung und soziale Sicherung - Eine unvereinbare Beziehung?

---

Von Michael von Hauff

## Einführung

---

Heute besteht ein großer Konsens, wonach die Globalisierung wichtige Lebensbereiche der Weltbevölkerung beeinflusst. Das gilt für wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Prozesse. Die Bewertung der Globalisierung erfolgt dagegen vielfach in dem Spannungsfeld zwischen Chancen und Risiken bzw. Vor- und Nachteilen für Länder, Gruppen, Institutionen oder Bevölkerungsgruppen (Enquete-Kommission 2002). Das gilt auch für den Bereich der sozialen Sicherung, d.h. der Sicherung vor Risiken wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Unfall und Arbeitslosigkeit. Dabei gilt jedoch zunächst zu berücksichtigen, dass viele der Globalisierung zugeschriebenen Folgewirkungen nur mittelbar durch die Globalisierung verursacht werden. Oft wirkt die Globalisierung nur als Katalysator bzw. Beschleuniger. Die empirischen Befunde für die OECD-Länder zumindest hinsichtlich der Entwicklung der Steuersätze und Staatseinnahmen, die auch für die soziale Sicherung eine Relevanz haben, sind bisher uneinheitlich und lassen insofern keine klaren Schlussfolgerungen zu (Dreher 2004, S. 75, Carroll 2003, S.181). Daraus ergibt sich ein uneinheitliches Bild, wie zunächst aufgezeigt wird.

Im Kontext sozialer Sicherung auf nationaler Ebene stellt sich vielfach die Frage, ob sich der Umfang und die Gestaltungsspielräume sozialer Sicherungssysteme durch die nationalen Regierungen bzw. die einzelnen Staaten durch die Globa-

lisierung verringern. Teilweise wird sogar festgestellt, dass die Staaten kaum noch in der Lage sind, unerwünschte Wirkungen der Globalisierung zu vermeiden oder zu verringern. Die durch die Globalisierung beeinflussten Wirtschaftsprozesse werden danach immer weniger kontrollier- und steuerbar, während die wirtschaftlichen Akteure in Form von multinationalen Unternehmen gegenüber Entscheidungen der Nationalstaaten immer „resistenter“ werden (Koch 2000, S.7ff).

Daher werden globale Regeln für die „Global Players“ gefordert, um hierdurch komplementäre Maßnahmen bereitzustellen, die nationale soziale Sicherungssysteme wirkungsvoll ergänzen. In diesem Kontext wird jedoch vielfach kritisch angemerkt, dass Regelsysteme für Einzelbereiche globaler Interaktionen nicht ausreichen, sondern Regeln für alle wichtigen Interaktionsbereiche notwendig sind, die entsprechend aufeinander abgestimmt werden müssen (Sautter 2004, S.55ff). Aus neoliberaler Perspektive wird die Forderung aufgestellt, soziale Sicherungssysteme an die Herausforderungen der Globalisierung anzupassen (Berthold 1997). Das bedeutet soziale Sicherungssysteme umzugestalten und einzuschränken, wie in Abschnitt drei noch aufgezeigt wird.

Die Auswirkungen der Globalisierung auf die nationale und internationale Wirtschaft und die soziale Sicherung muss jedoch in vielfältiger Weise differenziert werden. Einerseits gibt es Länder mit differierenden wirtschaftlichen Ent-

wicklungsniveaus, für die sich die Auswirkungen sehr unterschiedlich darstellen (Industrie- und Entwicklungsländer). Es geht jedoch nicht nur um die Differenzierung in verschiedene Ländergruppen. Auf nationaler Ebene stellt sich noch die Frage nach den Auswirkungen auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Es wurde hinreichend nachgewiesen, dass es in der Bevölkerung vieler Länder Globalisierungsgewinner und -verlierer gibt. Zu den Verlierern in der globalisierten Welt gehören besonders Geringqualifizierte. Ein wichtiger Grund hierfür ist die rasche technologische Entwicklung und die wachsende weltwirtschaftliche Arbeitsteilung. Dadurch hat die Aufnahmefähigkeit bzw. -bereitschaft des Arbeitsmarktes für nicht formal Qualifizierte in EU-Ländern deutlich abgenommen (Walwei 2001, S.30).

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Globalisierung aus wirtschaftlicher Perspektive in verschiedene Bereiche zu untergliedern ist, die auf die Länder oder bestimmte Bevölkerungsgruppen in den Ländern unterschiedliche Auswirkungen haben. Zunächst findet die Globalisierung im realwirtschaftlichen Bereich in Form eines zunehmenden Welthandels statt. Eine noch stärkere Dynamik weist der Bereich der ausländischen Direktinvestitionen auf (Foreign Direct Investment - FDI). Als dritter wichtiger Bereich ist die Globalisierung der Finanzmärkte zu nennen. Die Migration als weiterer Bereich der Globalisierung wird in diesem Beitrag vernachläss-

sigt. Die drei Bereiche werden im folgenden Abschnitt kurz gegeneinander abgegrenzt. In Abschnitt drei geht es dann um den Einfluss der verschiedenen Bereiche der Globalisierung auf die soziale Sicherung, wobei nur einige ausgewählte Auswirkungen aufgezeigt werden können. In Abschnitt vier werden einige wichtige Erkenntnisse zusammengefasst.

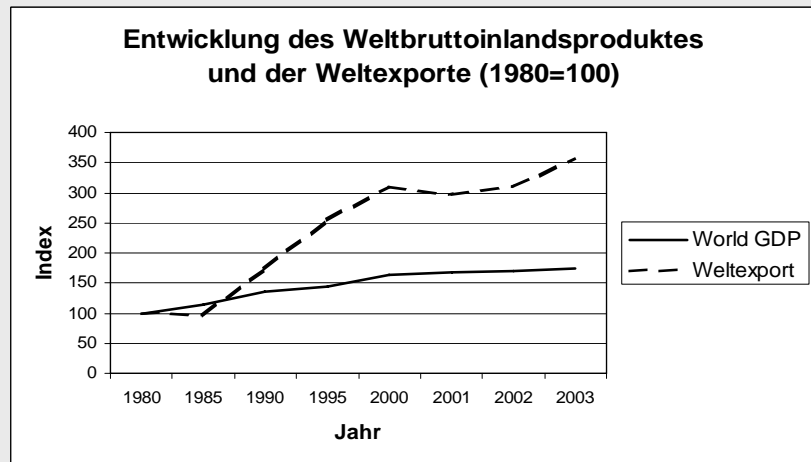
### Dimensionen und Bereiche der Globalisierung

Ein zentrales Merkmal der Globalisierung aus ökonomischer Perspektive ist der Prozess der Internationalisierung der Wirtschaft bzw. der „Prozess der Entgrenzung der Wirtschaft“ (Seliger 2001, S.219). Die Globalisierung der Wirtschaft ist, wie Bernholz zu Recht anmerkt, jedoch kein neues Phänomen. Das Phänomen der Globalisierung wurde zumindest schon vor 150 Jahren besonders von Marx und Engels im Kommunistischen Manifest von 1848 heftig kritisiert (Bernholz 2001, S.3). Auffällig ist jedoch die wachsende Dynamik, die seit den 1970er Jahren deutlich zunahm und in den 1990er Jahren ihren bisherigen Höhepunkt erreichte. Daraus lässt sich ableiten, dass sich auch die Auswirkungen der Globalisierung besonders in den 1990er Jahren verstärkt haben. Wie schon einleitend kurz erwähnt, lassen sich die Erscheinungsformen der Globalisierung in drei Bereiche untergliedern.

### Internationaler Güter- und Dienstleistungshandel

Ein wichtiger Indikator in diesem Zusammenhang sind die Weltexporte im Verhältnis zum Weltbruttoinlandsprodukt (BIP). Auffällig ist, dass in den letzten drei Jahrzehnten die durchschnittlichen

**Abb. 1: Entwicklung des Weltbruttoinlandsproduktes und der Weltexporte (1980=100)**



	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
BIP	100	115	135	145	164	167	170	174
Weltexporte	100	97	175	256	310	297	310	358

Quelle: WTO, OECD und Statistisches Jahrbuch f. d. Ausland.

jährlichen Wachstumsraten der Weltexporte höher als diejenigen des Weltsozialprodukts waren. Die Weltexportquote stiegen von etwa 13% (1970) auf etwa 25% (2000). Dabei stieg besonders der intraindustrielle Handel. Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass der intraindustrielle Handel nicht nur zwischen Industrieländern stattfindet, sondern in zunehmendem Maße auch zwischen Entwicklungs- und Industrieländern. Das Weltbruttoinlandsprodukt betrug im Jahr 2000 etwa 29 Bio. US-\$ und das Weltexportvolumen betrug 5,2 Bio. US-\$ (einschließlich der Dienstleistungen 6,5 Bio. US-\$). Damit wird etwa ein Viertel des Weltbruttoinlandsproduktes zwischen den verschiedenen Ländern gehandelt.

Dabei gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die Beteiligung der Länder am Welthandel sehr ungleich verteilt ist. Aus der folgenden Abbildung wird deutlich, dass die Anteile am Welthandel in den vergangenen 25 Jahren weitgehend konstant geblieben sind. So beträgt

der Anteil der Industrieländer an den weltweiten Exporten 65% bis 70%, während der Anteil der Entwicklungsländer zwischen 20% und 28% und schließlich der Anteil der mittel- und osteuropäischen Reformstaaten (MOE-Länder) 4% bis 8% beträgt. Danach tätigen etwa 15 Staaten der Welt 70% der weltweiten Exporte.

Auffällig ist, dass in allen Regionen weltweit der internationale Handel seit Mitte der 1980er Jahre zugenommen hat. In Afrika ist jedoch die Dynamik am schwächsten ausgeprägt. Die Dominanz der Industrieländer im Welthandel erklärt sich primär aus deren diversifizierten Produktionsstrukturen. Dadurch sind sie in der Lage, die Möglichkeiten der weltwirtschaftlichen Arbeitsteilung besonders intensiv zu nutzen. Es ist jedoch festzustellen, dass es zunehmend mehr Entwicklungsländer gibt, denen es gelingt, ihre Produktionsstrukturen weiter auszudifferenzieren und damit neue Möglichkeiten im Rahmen der weltwirtschaftlichen Arbeitsteilung zu erlangen. Die



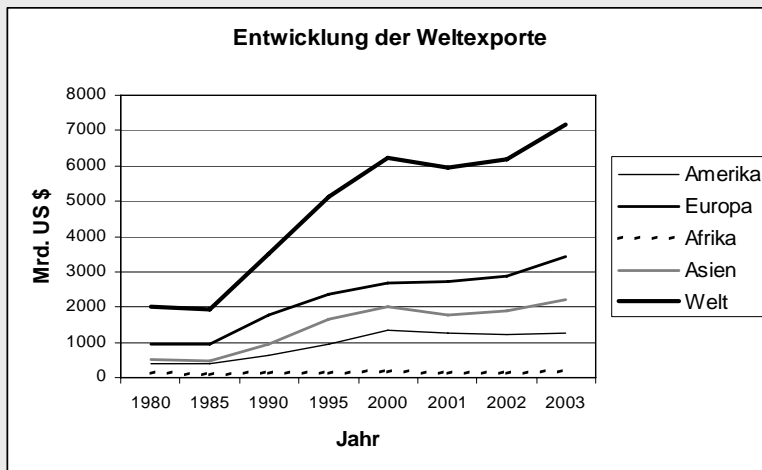
theoretische Begründung von Handelsbeziehungen erfolgt auch heute noch über das Heckscher-Ohlin-Modell, in dem die internationale Spezialisierung über kooperative Kostenvorteile begründet wird (vgl. u. a. Krugman, Obstfeld 2004, S.377ff). Die Entwicklung des internationalen Dienstleistungsaustausches und hier besonders die unternehmensbezogenen Dienstleistungen, die Unterneh-

färer Handelshemmnisse, die im Rahmen der verschiedenen GATT-Runden erzielt wurden (Sautter 2004, S.9ff). Aus der Perspektive sozialer Sicherung führte die Dynamik des internationalen Handels von Gütern und Dienstleistungen zu einer Intensivierung des Wettbewerbs. Welche Bedeutung die wachsende Wettbewerbsintensität auf soziale Sicherungssysteme hat, wird in Abschnitt drei erläutert.

systems. Die Deregulierung der nationalen Kapitalmärkte und die Liberalisierung des internationalen Kapitalverkehrs sowie die Senkung der Kommunikationskosten und das Entstehen neuer Akteure und Produkte auf den Finanzmärkten förderten die Entstehung und Dynamik globaler Finanzmärkte. Für die gestiegenen Geldvermögensbestände, besonders der Industrieländer, werden weltweite Anlagemöglichkeiten gesucht. Nur ein geringer Teil der Devisenmarktumsätze haben jedoch ihren Ursprung in Handelsgeschäften.

Die Bank für Internationalen Zahlungsausgleich (BIZ) erhebt zur Ermittlung der Umsätze auf den Fremdwährungsmärkten seit 1983 regelmäßig Daten bei Zentralbanken. Danach stiegen die täglichen Umsätze auf den Weltdevisenmärkten zwischen 1989 und 1998 von 0,6 Bio. US-\$ auf 1,5 Bio. US-\$. Das ergibt ein weltweites Transaktionsvolumen von gegenwärtig zwischen 350 Bio. US-\$ und 500 Bio. US-\$ (Koch 2000, S.33). Diese Dimensionen lassen sich erst dann einschätzen, wenn man sich verdeutlicht, dass die internationalen Finanztransaktionen nur zu einem geringen Teil induziert, d. h. von realwirtschaftlichen Transaktionen des internationalen Handels oder Dienstleistungsverkehrs verursacht werden. Der größte Teil der internationalen Finanztransaktionen gehört zu den autonomen Transaktionen, die unabhängig von realwirtschaftlichen Geschäften aus rein finanzwirtschaftlichen Überlegungen getätigt werden. Das Verhältnis zwischen den induzierten und autonomen Transaktionen lag vor dem Zusammenbruch des Weltwährungssystems (Bretton-Woods-System) zu Beginn der 1970er Jahre bei etwa 90:10 und liegt gegenwärtig bei etwa 5:95. Auffällig ist weiterhin, dass die internationalen Finanztransaktionen

**Abb. 2: Entwicklung der Weltexporte nach Regionen in Mrd. US \$**



	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Amerika	383	407	628	954	1327	1249	1211	1280
Europa	965	947	1786	2354	2674	2709	2884	3436
Afrika	117	70	100	105	140	127	130	149
Asien	504	478	929	1638	1991	1776	1897	2201
Welt	1998	1932	3494	5119	6211	5939	6200	7153

Quelle: Statistisches Jahrbuch f. d. Ausland 2005.

men im Zusammenhang mit ihren Handelsbeziehungen oder Investitionsvorhaben ausgetauscht haben, weisen eine noch größere Dynamik als der internationale Handel von Gütern auf.

Eine wesentliche Ursache der handelsbedingten Globalisierung begründet sich aus der Senkung der Kosten internationaler Distanzüberwindung sowohl in dem Bereich der Kommunikation als auch bei dem Transport von Gütern. Ein weiterer wichtiger Globalisierungsfaktor war die Senkung tari-

### Internationale Finanzmärkte

Seit Beginn der 1970er Jahre sind die Beschränkungen des internationalen Kapitalverkehrs kontinuierlich verringert worden. Dadurch stieg die Substituierbarkeit der nationalen Anlageformen, und die Anleger konnten ihre Vermögen international streuen. Diese Entwicklung begründet sich mit der Auflösung des Bretton-Wood-Systems bzw. des Weltwährungs-

einen relativ hohen Konzentrationsgrad aufweisen. Zwei Drittel der internationalen Devisentransaktionen werden in nur fünf internationalen Finanzzentren abgewickelt (London, New York, Tokio, Singapur und Frankfurt). Zwei Drittel aller weltweiten Finanztransaktionen entfallen auf Interbankengeschäfte, wobei auch hier die Konzentration der Finanztransaktionen auf die größten Akteure an den Devisenmärkten laufend steigen. Bei den autonomen Finanztransaktionen dominieren, mit einem geschätzten Anteil von über 70% an den gesamten internationalen Finanztransaktionen, die kurzfristigen, spekulativ orientierten Transaktionen (Koch 2000, S.36).

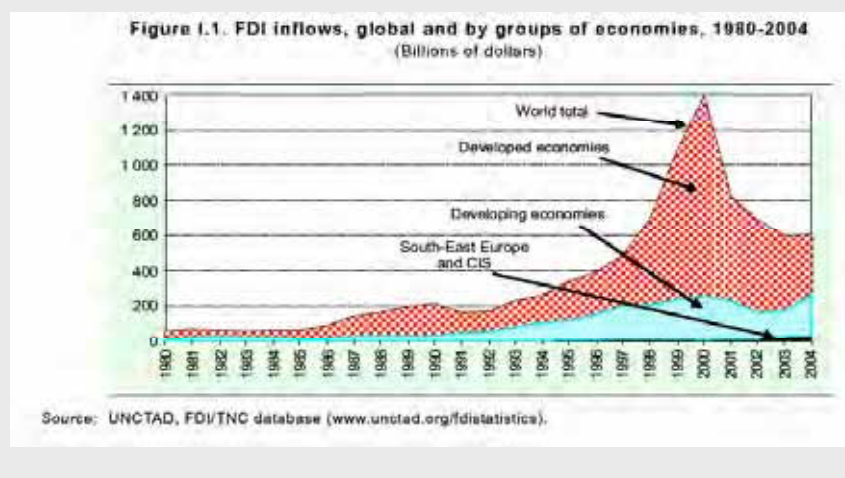
Der Einfluss der Struktur Anpassungsprogramme des internationalen Währungsfonds und der Weltbank führen seit Beginn der 1980er Jahre dazu, dass auch viele Entwicklungsländer die Kapitalverkehrsschranken abgebaut haben (Sautter 2004, S.15ff). Theoretisch bietet der freie Kapitalverkehr für Entwicklungsländer deutliche Vorteile. Das gilt auch im Vergleich mit den Industrieländern. Aus den Unterschieden in der relativen Faktorausstattung zwischen arbeits- und kapitalreichen Ländern resultieren hohe Differenzen in der Kapitalrendite. Die daraus entstehenden Kapitalzuflüsse in Entwicklungsländer mit hoher Kapitalrendite führen zu Wohlfahrtssteigerungen und liefern einen wesentlichen Beitrag zur Konvergenz der Pro-Kopf-Einkommen zwischen Industrie- und Entwicklungsländern (Catching-up-Hypothese).

Dieser theoretische Begründungszusammenhang ist jedoch kritisch zu hinterfragen. So können die unterschiedlichen Kapitalertragsraten nicht nur auf Kapital-Output-Relationen zurückgeführt werden,

sondern ebenso auf Unterschiede in den nationalen Produktionsfunktionen wie beispielsweise der totalen Faktorproduktivität, der Produktionselastizität des Kapitals und der Ausstattung mit Humankapital. Daher stellt sich hier besonders die Frage nach den empirischen Erkenntnissen, die in Abschnitt drei aufgezeigt werden.

flechtung durch grenzüberschreitende Fusionen und Firmenbeteiligungen stark zugenommen. Global orientierte Unternehmen treffen Produktions- und Niederlassungsentscheidungen aufgrund von Marktbedingungen und Standortvorteilen und ziehen nationale Grenzen als Hinderungsfaktoren praktisch nicht mehr ins Kalkül.

**Abb. 3: Internationale Direktinvestitionen nach Regionen, 1980-2004 (Mrd. US-\$)**



### Internationale Direktinvestitionen

Nach einer deutlichen Zunahme der Weltexporte und der internationalen Finanzströme haben seit Mitte der 1980er Jahre auch die ausländischen Direktinvestitionen stark zugenommen. Die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten lagen deutlich höher als die Wachstumsraten der Weltexporte und der Anlageinvestitionen. Auch hier gibt es jedoch eine Ungleichverteilung. Nur ein Viertel der weltweiten FDI wurden in Entwicklungsländern vorgenommen, wobei auch in dieser Ländergruppe eine starke Konzentration besonders auf die Länder Ostasiens und Lateinamerikas festzustellen ist.

Seit Ende der 1980er Jahre hat zusätzlich die Unternehmensver-

Nach UN-Angaben entfallen 30% - 50% des gesamten Welthandels auf konzerninternen Handel. Es geht also um Warenexporte innerhalb der etwa 60.000 transnationalen Unternehmen mit ihren etwa 600.000 ausländischen Tochtergesellschaften. Sie sind die für die Direktinvestitionen maßgeblichen Unternehmen (UNCTAD 1999). Gegenwärtig wird der größte Anteil an Direktinvestitionen im Dienstleistungsbereich getätigt (Einzelhandel, Hotelgewerbe, Gastronomie, Telekommunikation, Banken und Versicherungen und das Verlags- bzw. Medienwesen). Die Auswirkungen der wachsenden Internationalisierung von Produktion bzw. die voranschreitende Marktverflechtung auf die soziale Sicherung einzelner Länder ist vielschichtig. Die Machtkonzentration multinationalen, d.h. grenzüberschreitend produzierender

Unternehmen nimmt auch in Zukunft noch zu. Besonders transnationale Unternehmen können sich im Kontext der Globalisierung aufgrund ihrer hohen technischen Flexibilität und Mobilität staatlich vorgegebenen Regeln, Steuern und Abgaben in gewinnträchtigere Regionen entziehen und durch Großfusionen auf die nationalen Regierungen Druck ausüben. Weltweit agierende Oligopole können sich regional monopolistisch verhalten (Hauser, Paulus 2000, S.247). Dadurch steigt zumindest indirekt auch ihr Einfluss auf die sozialen Sicherungssysteme, indem sie ihren Produktionsstandort u.a. danach auswählen, wo die sozialen Sicherungssysteme ihren Vorstellungen weitgehend entsprechen. Die Abgrenzung und Analyse der Dimensionen und Bereiche der Globalisierung lassen noch keine klaren Schlussfolgerungen auf die soziale Sicherung in den einzelnen Ländern bzw. auf deren soziale Sicherungssysteme zu. Daher geht es im Folgenden um die Ableitung von konkreten Auswirkungen. Dabei ist es nicht möglich, alle potenziellen Auswirkungen differenziert darzustellen. Vielmehr geht es darum, einige Entwicklungstendenzen und Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen. Hierbei gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die Globalisierung auf den folgenden Determinanten basiert, die sowohl von einzelnen nationalen Regierungen als auch im Rahmen internationaler Abkommen gefördert wurden: Liberalisierung, Deregulierung, Privatisierung, mehr Markt, weniger Staat, freier Handel und mehr Wettbewerb. Insofern ist festzuhalten, dass die Dynamik der Globalisierung durch die Regierungen, aber auch durch die großen Konzerne und Banken intendiert und gestärkt wurde. Daher ist die Globalisierung kein Phänomen, das sich

aus sich heraus selbst entwickelt hätte. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Prozess der Globalisierung (um-)gesteuert werden kann. Hierzu gibt es verschiedene Modelle oder Konzepte (vgl. u.a. Enquete-Kommission 2002).

### Ausgewählte Wirkungszusammenhänge der Globalisierung auf die soziale Sicherung

Der Einfluss der Globalisierung auf die soziale Sicherung wird im folgenden nach den beiden Ländergruppen Entwicklungs- und Industrieländer aufgezeigt. Dabei lassen sich in diesem Beitrag nur einige ausgewählte Wirkungszusammenhänge darstellen. Bei der Analyse der Auswirkungen auf die Entwicklungsländer stehen die internationalen Finanzmärkte und besonders die Finanz- und Währungskrisen im Mittelpunkt. Dagegen steht bei den Industrieländern die Frage im Mittelpunkt, ob der von der Globalisierung geförderte Wettbewerb zu einer Einschränkung oder einem Abbau sozialer Sicherungssysteme führt.

### Die Auswirkungen der Globalisierung auf die soziale Sicherung in Entwicklungsländern

Viele Entwicklungsländer, die sich in den 1980er und 1990er Jahren außenwirtschaftlich öffneten, kamen auf ein höheres Wachstumsniveau und es kam zu einer Verringerung der Armut, d.h. sie haben am Globalisierungsprozess erfolgreich teilgenommen (Sautter, 2004, S.288). Hier stellt sich die Frage, ob es entsprechend der Dynamik des Globalisierungsprozesses in diesen Ländern auch zu dem Auf- bzw. Ausbau eines Sozialleistungssystems kam und die international vorgegebenen Sozialstan-

### Inhalte des Internationalen Vertrags über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR)

„Das Recht auf Arbeit“ und auf freie Berufswahl mit der Verpflichtung der Staaten, eine auf Vollbeschäftigung ausgerichtete Politik zu betreiben (Art. 6).

Das Recht auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen: angemessener Lohn, geregelte Arbeitszeit, gleicher Lohn für gleiche Arbeit (Art. 7).

Das Recht auf soziale Sicherheit einschließlich einer Sozialversicherung (Art. 9).

Das „Recht eines jeden auf einen angemessenen Lebensstandard zur Sicherung seiner Familie ... einschließlich ausreichender Ernährung, Bekleidung und Unterbringung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen;“ verbunden mit der Verpflichtung der Staaten, Maßnahmen zur Sicherung und Erhöhung der Nahrungsmittelproduktion zu ergreifen (Art. 11).

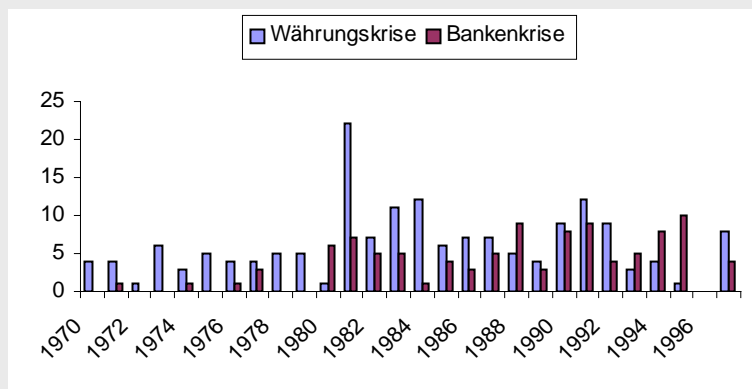
Das „Recht eines jeden auf das ihm erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ mit der Verpflichtung der Staaten, die zur „vollen Verwirklichung dieses Rechts... erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Umwelt- und Arbeitshygiene, medizinische Vorsorge, ärztliche Betreuung (Art. 12).

Das Recht auf Bildung mit der Verpflichtung der Staaten, zur Verbesserung der Bildungsmöglichkeiten beizutragen (Art. 13 und 14).

*Quelle: Sautter 2004, S.265*

dards verstärkt umgesetzt wurden. Dies erscheint besonders unter Berücksichtigung der völlig unzureichenden Sozialleistungssysteme vieler Entwicklungsländer in hohem Maße relevant (Adam, v. Hauff, John 2002). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bereits im Jahr 1966 die „International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights“ beschlossen wurde, die

**Abb. 4: Die Entwicklung der Finanzkrisen 1970 – 1997**



Quelle: Caprio, Klingebiel 1996, Frankel, Rose 1996, Kaminsky, Reinhart 1999

dann zehn Jahre später in Kraft trat. Inzwischen wurde dieser Vertrag von 142 Staaten ratifiziert. Ob und in welchem Maße der internationale Güter- und Dienstleistungshandel zu einer Stärkung sozialpolitischer Rechte und Ansprüche in Entwicklungsländern beigetragen hat, ist im Einzelfall zu untersuchen. Tendenziell ist eher davon auszugehen, dass die Stärkung der Wettbewerbsintensität in vielen Entwicklungsländern zu einer Stagnation oder gar zu einem Abbau sozialpolitischer Maßnahmen beigetragen hat. In diesem Kontext

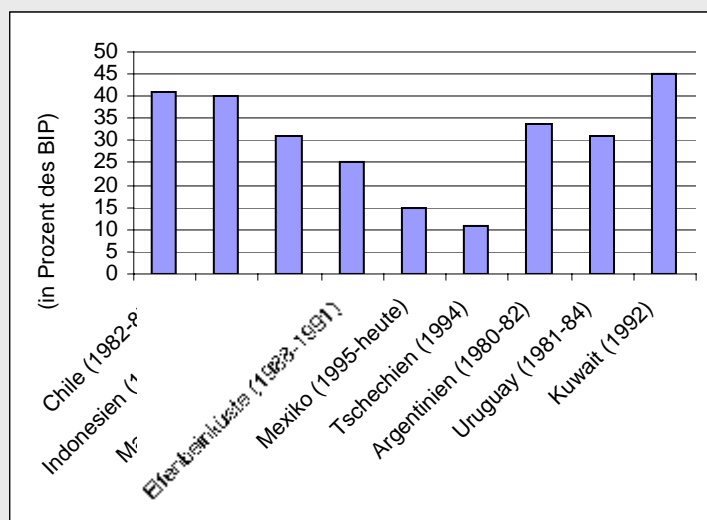
geht es jedoch nicht nur um die Auswirkungen des internationalen Güter- und Dienstleistungshandels für die soziale Sicherung vieler Menschen in Entwicklungsländern, sondern auch um Auswirkungen der internationalen Finanzmärkte. Hier lassen sich besonders im Kontext der Banken- und Währungskrisen in Entwicklungsländern negative Auswirkungen nachweisen (Frenkel, Menkhoff 2000).

Die Entwicklungsländer sind in unterschiedlicher Intensität in die internationalen Finanzmärkte ein-

gebunden. Das gilt besonders für die asiatischen und lateinamerikanischen Entwicklungsländer. Die internationalen Finanzmärkte tragen – so die häufig vorgetragene Kritik – zur Instabilität der wirtschaftlichen Entwicklung vieler Entwicklungsländer bei. Ein wichtiger Indikator in diesem Zusammenhang sind die wachsende Zahl der Währungs- und Finanzkrisen, besonders seit Beginn der 1980er Jahre, durch die viele Entwicklungsländer unmittelbar bzw. mittelbar betroffen waren.

Aus der Abbildung 4 geht deutlich hervor, dass die Währungs- und in besonderem Maße die Bankenkrise seit Beginn der 1980er Jahre stark angestiegen sind. Das wird vielfach als negative Begleiterscheinung der binnen- und außenwirtschaftlichen Liberalisierung zugeordnet. Neben den Problemen bzw. Defiziten der internationalen Finanzstruktur sind es aber auch die labilen und unterentwickelten Finanzmärkte in den Entwicklungsländern, die zu der sprunghaften Zunahme von Banken- und Währungskrisen führten. Bankenkrise sind mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Caprio und Klingebiel zeigen beispielsweise auf, dass die Finanzkrisen in Chile und Indonesien Aufwendungen verursachten, die 40 % des Bruttoinlandsproduktes entsprachen. Dadurch wird das staatliche Budget durch direkte und indirekte Hilfsmaßnahmen in hohem Maße belastet. Es kommt zu einer Reallokation von Finanzmitteln der Staatshaushalte, die sich negativ auf die soziale Entwicklung wie Gesundheit, Erziehung und Umwelt auswirken. Die Finanzkrisen verursachen in den betroffenen Entwicklungsländern jedoch auch vielfältige soziale Kosten. Sie führen zu einem Anstieg von Konkursen, besonders bei kleinen und mittelständischen Un-

**Abb. 5: Volkswirtschaftliche Kosten von Bankenrestrukturierungen**



Quelle: Caprio, Klingebiel 1996

ternehmen, wodurch die Arbeitslosigkeit deutlich ansteigt. Dadurch steigt auch die Armutsquote, und es kommt zu einem generellen Absinken der Lebensqualität für einen großen Teil der Bevölkerung. Weiterhin steigt auch die politische Destabilisierung und Kriminalitätsrate an. Die folgende Tabelle belegt dies durch ausgewählte Indikatoren.

zwischen Wohlfahrts- bzw. Sozialstaaten. Nach Auffassung neoliberaler Ökonomen wird sich dabei das robustere angelsächsische Modell durchsetzen, da es weniger anfällig gegenüber exogenen Schocks ist als der tendenziell instabile kontinentaleuropäische Sozialstaat. Nach Fehn besteht ein ausgeprägter Gegensatz zwischen dem angelsächsischen Modell einer Markt-

2003, S.28ff). Hier stellt sich u.a. die Frage ob zumindest Minimalstandards diese Abwärtsspirale begrenzen sollen und ob diese Minimalstandards dann auch bei einer weiter zunehmenden Wettbewerbsintensität verbindlich sind. Als Beispiel kann die Diskussion um die Erhöhung der Arbeitszeit angeführt werden. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die Kritiker kontinentaleuropäischer Sozialstaaten häufig vernachlässigen, dass die sozialstaatliche Politik in der Vergangenheit einen wichtigen Beitrag zur Annäherung an Ideale und Zielvorstellungen wie soziale Gerechtigkeit und individuelle Freiheit leistete und somit den sozialen Frieden und die soziale Sicherung förderte (Lampert, Althammer 2004, S.435ff). Glastetter spricht in diesem Zusammenhang von positiven externen Effekten hoher Sozialstandards (Glastetter 2000, S.206). Weiterhin wird in der ökonomischen Diskussion zur Begründung oft nicht wahrgenommen, dass der Sozialstaat auch einen Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Stabilität leisten kann (v. Hauff, Sauer 2003, S.65ff). In diesem Zusammenhang wird vielfach übersehen, dass im angelsächsisch geprägten Sozialstaat, wie in den USA und Großbritannien, eine deutlich höhere Armut (besonders Jugendarmut) festzustellen ist, die zu einem höheren Grad an sozialen Spannungen und Kriminalität führt.

Die eigentliche Frage ist somit, ob der umlage- oder steuerfinanzierte Sozialstaat in seiner heutigen Ausprägung im Globalisierungsprozess überleben kann oder ob nur ein „Kernsozialstaat, ein liberaler Typ des Sozialstaates“ (Berthold 2001, S.75) überlebensfähig ist. Danach hat besonders der „umlagefinanzierte und überfrachtete Sozialstaat“ auf wichtige Herausforderungen wie beispielsweise die de-

**Tab. 1: Arbeitslosigkeit, Armut und Pro-Kopf-Einkommen in den Krisenländern Asiens 1997/98**

	Arbeitslosigkeit (in % der Bevölkerung)		Armut (Personen in % der Bevölkerung)		BIP pro Einwohner (in US-Dollar)	
	1995	1998	1995	1998	1995	1998
Brasilien	6,1	7,8	k.A.	k.A.	3.640	4.570
Indonesien	4,91	14,81	11,3	22,5	3.800	680
Russland	9,5	13,3	n.a.	n.a.	2.240	2.300
Südkorea	2,0	6,8	15,3	27,8	9.700	7.970
Thailand	1,1	3,4	15,1	26,7	2.740	2.200

Quelle: Worldbank 1995, 1997, Fues 1999

### Die Auswirkungen der Globalisierung auf die soziale Sicherung in Industrieländern

Die Beziehung zwischen Globalisierung und sozialer Sicherung wird in der Ökonomie konträr diskutiert. Dabei stehen sich zwei gegensätzliche Positionen unveröhnlich gegenüber:

- die Globalisierung ist für die Krise der sozialen Sicherungssysteme verantwortlich (vgl. u.a. Franzmeyer 1999, Scharpf 2000, Stiglitz 2002),
- der umlage- bzw. steuerfinanzierte Sozialstaat hat im Rahmen der Globalisierung keine Zukunft bzw. wird nicht überleben (vgl. u.a. Berthold 1997, Selig 2001, Fehn 2001).

Im Prinzip geht es hier um eine Kontroverse, bei der sich unterschiedliche Sozialstaatsmodelle gegenüber stehen. Entsprechend kommt es zu einem Wettbewerb

wirtschaft „ohne Adjektive“, wie er in den USA, seit Thatcher auch weitgehend in Großbritannien und seit Mitte der 1980er Jahre auch in Neuseeland vorherrscht, und den (sozialen) Marktwirtschaften Kontinentaleuropas, die stärker regulierend in die Märkte eingreifen (Fehn 2001, S.118). Während bis Mitte der 1970er Jahre noch die Meinung dominierte, dass z.B. die soziale Marktwirtschaft Deutschlands gegenüber dem angelsächsischen Modell nicht nur bessere Verteilungsergebnisse hervorruft, sondern auch aus allokativer Sicht überlegen ist was beispielsweise das Wirtschaftswachstum und die Beschäftigungslage anbetrifft, ist diese optimistische Einschätzung in den 1990er Jahren eher einer Skepsis gewichen.

Deacon hält dieser Position entgegen: Bei dem Wettbewerb von Sozialstaaten besteht die Gefahr des Sozialdumpings der Deregulierung und eines Wettlaufes um die Demontage des Sozialsystems (Deacon

mographische Entwicklung und die Massenarbeitslosigkeit keine adäquaten Antworten und wird daher im Rahmen der Globalisierung endgültig scheitern.

Hierzu ist jedoch kritisch anzumerken, dass es bei dem kontinentaleuropäischen Sozialstaat – das gilt auch für den deutschen Sozialstaat – gerade im Kontext der Globalisierung darum geht, ob und in welchem Maße es gelingt, die Effektivität und Effizienz sozialstaatlicher Politik zu optimieren. Hier gab es in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten sicher Defizite, die zu Kostensteigerung und Instabilität deutlich beigetragen haben. Ein typisches Beispiel hierfür ist der Gesundheitssektor (v. Hauff, Sauer 2003, S.76ff). Weiterhin besteht kein Zweifel, dass Reformen gerade in Deutschland viel zu spät eingesetzt haben und heute noch nicht abgeschlossen sind.

Es ist jedoch wenig ergiebig, den umlagefinanzierten einem überwiegend nach dem Kapiteldeckungsverfahren ausgerichteten Sozialstaat gegenüber zu stellen. Schon heute stellen sich die Mehrzahl der Sozialstaaten als Mischsysteme dar. Die entscheidende Frage ist vielmehr, welche Gewichtung sozialstaatliche Grundprinzipien, wie z.B. Solidarität versus einer individualistisch geprägten Eigenverantwortung, erhalten werden (vgl. hierzu die Diskussion bei Hauser, Paulus 2000, S.247). Diese Grundsatzentscheidung hat dann auch Rückwirkungen auf die Relevanz einer international verbindlichen Gestaltung der Globalisierung.

### Schlussfolgerungen

Die Globalisierung hat sich mit wachsender Dynamik in verschiedener Ausprägung und Intensität über den Globus ausgebreitet. Sie findet besonders in Form des in-

ternationalen Handels, der internationalen Direktinvestitionen und der Internationalisierung der Finanzmärkte ihren konkreten Ausdruck. Die Dynamik und die inhaltliche Ausrichtung der Globalisierung hat verschiedene Ursachen. Die stark gesunkenen Transportkosten und die Verbreitung der Informations- und Kommunikationskosten können als indirekte Effekte betrachtet werden, während die inhaltliche Ausrichtung durch eine wachsende Liberalisierung geprägt ist und insofern von international einflussreichen Akteuren gewollt wurde und gewollt wird.

Die Auswirkungen auf die soziale Sicherung stellt sich in den einzelnen Regionen und Ländern unterschiedlich dar. Auffällig ist in diesem Kontext jedoch, dass es Globalisierungsgewinner und -verlierer gibt. Multinationale Unternehmen haben fast unbegrenzte Möglichkeiten, auf dem Globus Investitionen vorzunehmen, über den Standort frei zu entscheiden und auf die nationale Politik Einfluss zu nehmen. Soweit die „Global Players“ die entsprechenden Sozial- und Umweltstandards einhalten, wirken sich die Mehrzahl dieser Investitionen sicher positiv auf die soziale Lage der davon betroffenen Menschen aus. Das Problem des Machtzuwachses gegenüber nationalen Regierungen ist jedoch bisher nicht befriedigend gelöst. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass im Rahmen der Internationalisierung der Finanzmärkte die Banken- und Währungskrisen deutlich angestiegen sind, was sich negativ auf viele Menschen in den betroffenen Entwicklungsländern ausgewirkt hat.

Problematisch ist jedoch für den gesamten Globus, dass der Prozess der Globalisierung argumentativ in wachsendem Maße dafür eingesetzt wird, dass Globalisierung nur

einen sozialen Kernstaat zulasse und hoch entwickelte Sozialstaaten nicht überlebensfähig sind. Hier kommt es, wie gezeigt werden konnte, häufig zu einer Vermischung der Argumente. Diese Kontroverse ist auch für die Entwicklungsländer in hohem Maße relevant, da sie vor der Entscheidung stehen, ob und in welchem Maße sie einen Sozialstaat auf- bzw. ausbauen sollen. Natürlich müssen hoch entwickelte Sozialstaaten die Effektivität und Effizienz ihrer Sozialstaatspolitik überprüfen und notwendige Reformen einleiten. Weiterhin müssen sie Herausforderungen wie der demographische Entwicklung oder die Massenarbeitslosigkeit durch entsprechende Reformen bewältigen. Dann haben sie jedoch auch bei weiter fortschreitender Globalisierung eine „Überlebenschance“ bzw. ihre Berechtigung. Es geht aber auch um die Frage, wie die Globalisierung in Zukunft so gestaltet werden soll, dass auch in Zukunft die Risiken in einer komplexer werdenden Umwelt adäquat abgedeckt werden können.

### Literatur

Adam, E., v. Hauff, M., John, M.: Social Protection in South East and East Asia, Singapur 2002

Bernholz, P.: Globalisierung: Ein neues Phänomen?, in: Theurl, T., Smekal, C. (Hrsg.): Globalisierung, Tübingen 2001, S.3-26

Berthold, N.: Der Sozialstaat im Zeitalter der Globalisierung, Tübingen 1997

Berthold, N.: Globalisierung der Märkte und nationale Sozialpolitik – Wie lange geht das noch gut?, in: Lambsdorff, O. Graf (Hrsg.): Freiheit und soziale Verantwortung, Frankfurt 2001, S.57-77

- Carroll, E.: Tatsächliche und vermeintliche Auswirkungen der Globalisierung auf die Sozialpolitik: Qualität der Sozialversicherung, Institutionen, Öffnung des Handels und Deregulierung in 18 OECD-Ländern (1960-1995) in: Siegg, R., Behrendt, C. (Hrsg.): Soziale Sicherheit im globalen Dorf, Bern u. a. 2003, S.181-215
- Caprio, G., Klingebiel, A.: Bank Insolvances: Cross Country Experience, Policy Research Working Papers 1620 Washington, World Bank Policy Research Department, Washington 1996
- Deacon, B.: Globalisierung und die Herausforderungen für die soziale Sicherheit in: Siegg, R., Behrendt, C. (Hrsg.): Soziale Sicherheit im globalen Dorf, Bern 2003, S.27-50
- Dreher, A.: Der Einfluss der Globalisierung auf die Steuer- und Sozialpolitik – Eine empirische Analyse für die OECD-Länder, in: Ohr, R. (Hrsg.): Globalisierung – Herausforderung an die Wirtschaftspolitik, Berlin 2004, S.75-96
- Enquete-Kommission: Globalisierung der Weltwirtschaft – Herausforderungen und Antworten, Schlussbericht der Enquete-Kommission, Berlin 2002
- Fehn, R.: Ist die Globalisierung der Totengräber nationaler Sozialpolitik?, in: Theurl, T., Smekal, C. (Hrsg.): Globalisierung Tübingen 2001, S.115-144
- Frankel, J., Rose, A. K.: Currency Crashes in Emerging Markets: An Empirical Treatment, Journal of International Economics, Vol. 4, 1996, S.351-366
- Franzmeyer, F.: Kippt die Globalisierung den Sozialstaat?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 49/99, 1999, S.25-31
- Frenkel, M., Menkhoff, L.: Stabile Weltfinanzen? Die Debatte um eine neue internationale Finanzarchitektur, Heidelberg 2000
- Glastetter, W.: Globalisierung – das Ende der nationalen Sozialpolitik?, in: Aufderheide, D., Dabrowski, M. (Hrsg.): Internationaler Wettbewerb – nationale Sozialpolitik? Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven der Globalisierung, Berlin 2000, S.204-210
- v. Hauff, M., Sauer, L.: Die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive, in: Blasche, S., v. Hauff, M. (Hrsg.): Leistungsfähigkeit von Sozialstaaten, Marburg 2003, S.59-92
- Hauser, S., Paulus, C.: Grundlegende Aspekte einer Sozialpolitik unter theoriertechnischen Aspekten und dem Kontext der Globalisierung, in: Lüdeke, R. u. a. (Hrsg.): Wirtschaftswissenschaft im Dienste der Verteilungs-, Geld- und Finanzpolitik, Berlin 2000, S.235-252
- Kaminsky, G. L., Reinhart, C. M.: The Twin Crisis: The Causes of Banking and Balance – of Payment Problems, American Economic Review, VOL. 89, No.3, 1999, S.473-500
- Koch, E.: Globalisierung der Wirtschaft, München 2000
- Krugman, P. R., Obstfeld, M.: Internationale Wirtschaft – Theorie und Politik der Außenwirtschaft, 6. Auflage, München 2004
- Lampert, H., Althammer, J.: Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin u. a. 2004
- Sautter, H.: Weltwirtschaftsordnung, München 2004
- Scharpf, F. W.: The Viability of Advanced Welfare States in the International Economy: Vulnerabilities and Options, in: Journal of European Public Policy, Vol. 7, 2000, S.190-228
- Seliger, B.: Die Krise der sozialen Sicherung und die Globalisierung – politische Mythen und ordnungspolitische Wirklichkeit, in: ORDO-Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Band 52, Stuttgart 2001, S.215-238
- Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch f. d. Ausland, Wiesbaden 2005
- Stieglitz, J.: Die Schatten der Globalisierung, Berlin 2002
- UNCTAD: FDI/TNC Database, [www.unctad.org/fdistatistics](http://www.unctad.org/fdistatistics)
- UNCTAD: World Investment Report, New York 1999
- Walwei, U.: Hoher Beschäftigungsstand und soziale Sicherheit: Vision oder Illusion in einer globalisierten Welt?, in: Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, 54,1/201, S.20-45
- World Bank: World Development Report, Washington 1995, 1997
- WTO: International Trade Statistics 2005, S.191, [www.wto.org/english/res\\_e/statis\\_e/its2005\\_e/its05\\_toc\\_e.htm](http://www.wto.org/english/res_e/statis_e/its2005_e/its05_toc_e.htm)





# Neuorientierung des Verhältnisses öffentlicher und privater Träger der Gesundheitsversorgung in Südostasien

---

Von M Ramesh und Xun Wu

Nach der Unabhängigkeit verbesserte sich die Gesundheitssituation in Südostasien signifikant, wie durch Gesundheitsindikatoren bewiesen wird. Es gab beeindruckende Verbesserungen in Form einer erhöhten Lebenserwartung und einer reduzierten Kindersterblichkeit. Die Regierungen der Länder spielten eine wichtige Rolle bei der Transformation des Gesundheitssektors mittels massiver Investitionen, als Ergebnis nahm der öffentliche Sektor eine dominante Position ein bezüglich der Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsdienstleistungen.

In den vergangenen Jahren waren die südostasiatischen Länder jedoch mit verschiedenen großen Herausforderungen konfrontiert, wenn es darum ging die Gesundheitssituation ihrer Bevölkerung weiter zu verbessern. Zunächst ist aufgrund des schnellen Wirtschaftswachstums die Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen dramatisch gestiegen, auch die zunehmende Verstädterung und die alternde Bevölkerung haben einen gewaltigen Druck auf den öffentlichen Sektor ausgeübt, der bereits ausgelastet war. Staatliche Gesundheitseinrichtungen sind oft unterfinanziert und können die Erwartungen der Öffentlichkeit kaum noch erfüllen und es ist kein Wunder dass ihre Leistungen stagnieren oder fallen. Zusätzlich hat sich die Abhängigkeit des Gesundheitssektors von schwankenden wirtschaftlichen Rahmenbedin-

gungen deutlich während und nach der Asienkrise gezeigt. Hopkins (2005) zeigt, dass sich die Gesundheitsindikatoren sowohl in Thailand als auch in Malaysia nach der Krise drastisch verschlechtert hatten, auch wenn sie sich danach erholt haben. Gesundheitsdienstleistungen, die stark auf öffentliche Mittel angewiesen sind, sind von einer Reduzierung der Zuwendungen bedroht, wenn ihre Dienste aufgrund der durch die Rezession gestiegenen Arbeitslosigkeit am wichtigsten sind. Die Sicherung der wesentlichen Gesundheitsversorgung für die Armen erfordert ein stabileres System. Zu guter Letzt zeigt die Tatsache, dass viele Länder in Südostasien trotz eines drei Jahrzehnte andauernden einzigartigen Wirtschaftswachstums weiterhin gezwungen sind Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Malaria zu bekämpfen, dass die strukturellen Defizite des existierenden Gesundheitssystems eine effizientere Verteilung der Ressourcen verhindern.

Als Reaktion auf diese Herausforderung haben viele südostasiatische Länder den privaten Sektor als Lösung angesehen. Auch wenn sich die spezifischen Strategien unterscheiden, haben sich die Regierungen dieser Länder auf eine private Finanzierung der Gesundheitsvorsorge und eine Organisation über Märkte eingelassen. Obwohl es in Indonesien keine explizite Politik zur Privatisierung der Gesundheitsvorsorge gibt, hat genau das seit Mitte der 1980er Jahre

stattgefunden. Mehr als die Hälfte aller Ärzte und Krankenhäuser gehören jetzt zum privaten Sektor und ihre Anzahl, sowie der Anteil insgesamt wachsen weiterhin. In Malaysia hat die Regierung den privaten Sektor gefördert, um die eigenen Verpflichtungen zu reduzieren, dennoch hat sie sich zurückgehalten aus Angst vor einem Rückschlag bei den Wahlen, falls die Privatisierung zu weit gehen würde. Das amerikanische Vermächtnis eines starken privaten Gesundheitssektors hat auf den Philippinen überlebt und gewinnt zunehmend an Stärke. In Thailand hat die Anzahl der Betten in privaten Krankenhäusern, sowie die Zahl der Ärzte, die Vollzeit im privaten Sektor arbeiten seit den 1970er Jahren zugenommen. Die Politiker der Region haben explizit oder implizit deutlich gemacht, dass die Menschen bei einer Kostenzuweisung an die Nutzer vorsichtiger mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen umgehen werden, Wettbewerb unter den Anbietern die Qualität verbessern und Preise reduzieren wird, und die Anbieter durch eine Dezentralisierung besser auf die Bedürfnisse der Nutzer reagieren. Die Tendenz in den südostasiatischen Ländern die Beteiligung der Regierung an der Gesundheitsversorgung zu reduzieren ist Teil eines globalen Trends hin zu einer größeren Beteiligung des privaten Sektors. Die Idee der privaten Erstellung und Finanzierung wird durch den Mainstream der Öko-

nomen und andere unterstützt, vor dem Hintergrund, dass der Markt als effiziente Institution zur Allokation von Ressourcen eine bessere Gesundheitsversorgung zu geringeren Preisen sicherstellen kann. Internationale Finanzinstitutionen, wie die Weltbank und der IWF, haben diese Idee gutgeheißen und aktiv die Ausweitung des privaten Sektors unterstützt. Ihre Argumentation ist, dass ein größerer Anteil an privaten Institutionen es den Regierungen in Entwicklungsländern ermöglichen würde, ihre Ressourcen auf die Gesundheitsversorgung der Armen und anderer schwächer gestellter Bevölkerungsgruppen zu konzentrieren (World Bank, 1993). Konfrontiert mit steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung, der Unzufriedenheit mit den Leistungen des öffentlichen Sektors und den unzureichenden Ressourcen haben sich die Regierungen vieler Entwicklungsländer dazu entschlossen, die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen durch den privaten Sektor zu fördern.

Während die theoretischen Argumente für die Beteiligung des privaten Sektors verlockend sind, gibt es wenig empirische Beweise dafür, dass dies tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems führt (Benenett, McPake and Mills, 1997). Tatsächlich zeigen Frankish et al. (1986), dass in Südafrika die Kosten pro Bett und Tag im öffentlichen Sektor 50 bis 100% unter denen des privaten Sektors liegen. Die Erfahrungen aus entwickelten Ländern zeigen, dass die Länder mit einer vorwiegend privaten Finanzierung im Allgemeinen mehr Geld für Gesundheitsvorsorge ausgeben. Die Untersuchungen über die Leistungen des privaten und des öffentlichen Sektors im Gesundheitswesen sind verschiedenen konzeptionellen und metho-

dologischen Problemen unterworfen. So ist zum Beispiel die Effizienz von öffentlichen und privaten Einrichtungen im Gesundheitssektor schwer vergleichbar, da erbrachte Leistungen und die Personalausstattung unterschiedliche sind. Zudem gibt es das Problem von Ungleichheiten zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und Regionen, wobei private Einrichtungen eher in städtischen Gebieten liegen und diejenigen Versorgen, die das Geld haben für die Dienstleistungen zu zahlen.

Um die Auswirkungen des aktuellen Trends der Neuorientierung des Verhältnisses öffentlicher und privater Träger in der Gesundheitsversorgung auf die Leistungserstellung zu untersuchen, bedarf es mehr vergleichender Studien. In diesem Kapitel wird die Gesundheitspolitik in vier südostasiatischen Ländern, Indonesien, Malaysia, die Philippinen und Thailand, verglichen und in Bezug zur Leistung der jeweiligen Gesundheitssysteme gestellt. In all diesen Ländern hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in der Vergangenheit verbessert, aber aufgrund ihrer unterschiedlichen historischen Erfahrungen, kulturellen Erwartungen und der relativen Stärke der Regierungen und Märkte haben sie unterschiedliche Stufen von staatlichen Eingriffen in die Bereitstellung und Finanzierung ihrer Gesundheitsversorgung. Interessanterweise gibt es deutliche Unterschiede in der Art und Weise, wie diese Länder das Verhältnis öffentlicher und privater Träger in der Gesundheitsversorgung neu strukturiert haben, obwohl sie alle versuchen die Rolle des privaten Sektors auszuweiten. Diese Ähnlichkeiten und Unterschiede geben uns die Möglichkeit, das komplexe Verhältnis zwischen öffentlichen und privaten Trägern und die Leis-

tungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erfassen.

## Indonesien

Der private Sektor umfasst ungefähr 40% aller Krankenhäuser und sein Anteil stieg kontinuierlich, bis der Ausbruch der Asienkrise 1997 diesen Trend aufgrund der Schließung privater Krankenhäuser umgekehrt hat. Sein Anteil an den Krankenhäusern stieg von knapp unter einem Drittel in 1985 auf 42% in 1994, und der Anteil an Betten von 27% auf 32% (Gani, 1996). Da ungefähr drei Viertel aller privaten Krankenhäuser Spezialkliniken sind, werden dort nur 20- 25% aller Patienten behandelt (Gunwan et al., 1992: 29).

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind gering in Indonesien, und ihr Anteil am BIP ist von 0,6% in 1980 auf 0,3% in 2003 gesunken. Die Staatsausgaben für Gesundheit betragen in Indonesien ca. ein Drittel der gesamten Ausgaben für Gesundheit in 2002. Im Vergleich dazu betragen die privaten Ausgaben zwei Drittel, von diesen werden 76% direkt vom Verbraucher getragen.

Die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bieten Dienstleistungen an, die entweder gar nicht oder nur mit einem symbolischen Beitrag vom Patienten bezahlt werden müssen. Die Leistungen in öffentlichen Gesundheits- und Familienplanungsstellen sind umsonst, während Gesundheitszentren geringe Gebühren erheben, die von den meisten Haushalten bezahlt werden können. Ärzte in privaten Gesundheitspraxen verlangen normalerweise zwischen 5000 und 15.000 Rp., abhängig von der Lage und davon ob Medikamente enthalten sind, oder nicht (Gani, 1996). Öffentliche Krankenhäuser erheben unterschiedliche Gebühren, die zwischen ambulanten und

stationären Patienten sowie der gewählten Klasse der Unterbringung unterscheiden. Alle staatlichen und privaten Krankenhäuser sind jedoch verpflichtet, Betten zu geringen Kosten bereit zu halten, und sehr arme Personen sind von den medizinischen Gebühren vollkommen ausgenommen, vorausgesetzt sie können nachweisen, dass sie einheimisch sind. Entsprechend der Einschätzung der Weltbank von 1991 werden 3% der Ausgaben in öffentlichen Gesundheitszentren durch Einnahmen gedeckt, in öffentlichen Krankenhäusern beträgt dieser Anteil 19,9%, während er in anderen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen noch deutlich geringer ist (van de Walle, 1992: 32).

Entsprechend einer Auflage von 1990 aus einem Moratorium zum Bau von privaten Krankenhäusern expandierte der private Sektor weiterhin (Gani, 1996: 276). Nach einem Erlass des Präsidenten von 1991 wurde die Politik des "Unit Swadana" (Eigenfinanzierung) ins Leben gerufen, diese verfolgte das Ziel der Dezentralisierung des Managements der öffentlichen Krankenhäuser, um ihnen eine größere Autonomie bezüglich der Einnahmen (inklusive privater Investitionen), der Personalplanung und der Ausgaben zuzugestehen. Swadana Krankenhäuser müssen 50% ihrer Betten für Patienten der Klasse 3 bereithalten, der Gruppe, die die höchste staatliche Unterstützung erhält.

Die Verteilung der staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen in Indonesien ist typisch für Entwicklungsländer, wobei der größte und wachsende Teil der Gesamtausgaben eher in heilende als in vorsorgende Gesundheitsversorgung gelenkt wird (Gertler, 1995: 17). Dies erscheint wenig sinnvoll, da die Gesundheitsprobleme Indonesiens vorwiegend aus Anste-

ckungskrankheiten, Atemwegs- oder Duchfallerkkrankungen und Verletzungen bestehen.

Es gibt zwei wichtige Systeme der staatlichen Gesundheitsversicherung in Indonesien, ASKES und JAMSOSTEK, die zusammen 16% der Bevölkerung abdecken. ASKES (*Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri*) wurde 1968 eingeführt als ein System zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Beamte, Militärs, Pensionäre und ihre Angehörigen.

Es handelt sich dabei um ein obligatorisches System, das einen Beitrag von 2% des Einkommens aller in Frage kommenden Angestellten verlangt. Diese Quote war offensichtlich willkürlich festgelegt worden, da sie keine Beziehung zu den erwarteten Einnahmen oder Ausgaben hatte (Sathirakorn, 1997). Die meisten Anbieter, die im ASKES teilnehmen, sind öffentliche Einrichtungen (Indonesian Social Security Association, 1995: 59). ASKES hat große Auswirkungen auf die Nutzung des Gesundheitssystems, da die meisten seiner Mitglieder Gesundheitseinrichtungen fünfmal öfter in Anspruch nehmen als Nichtmitglieder (World Bank, 1991: 94-95). Nach der asiatischen Finanzkrise reichte die 2%ige (ungefähr 0,30 US\$ pro Person) Beteiligung keinesfalls mehr aus, und Mitte 1999 startete ASKES eine Politik der Kostenteilung, um die Ausgaben unter Kontrolle zu bringen (Roesma, 2001: 225).

Eine obligatorische Gesundheitsversicherung für die Privatwirtschaft wurde 1992 mit JAMSOSTEK, als privater Entsprechung zu ASKES eingeführt. Der Beitrag für Alleinstehende ist 3% und Familien 6% des Bruttoarbeitslohnes und wird vom Arbeitgeber entrichtet. Die Mitglieder erhalten stationäre oder ambulante Behandlung in staatlichen oder zu-

gelassenen privaten Einrichtungen, die auf Basis einer Kopfpauschale berechnet werden. Allerdings sind nur ein Viertel aller formal Angestellten im Land Mitglieder in diesem System.

Indonesien hat auch den Aufbau verschiedener privatwirtschaftlicher Systeme der Gesundheitsversicherung, wie das JKPM (*Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*), die indonesische Version der selbstorganisierten Pflege, versucht. Das JKPM wurde 1992 eingeführt, um die verschiedenen Versicherungsprogramme zu vereinigen und in das System der Gesundheitsversorgung zu integrieren.

In den ländlichen Regionen hat die Regierung auf Dorfebene in den 1970ern das "Dana Sehat" ("health funds") Programm gestartet. Als Gegenleistung für einen kleinen Beitrag versichert dieses System die Dorfbewohner gegen die Kosten der medizinischen Versorgung. Die sehr geringen Beiträge und das Fehlen anderer Einnahmequellen führt dazu, dass nur die Kosten für die Grundversorgung übernommen werden. Trotz der geringen Beiträge ist die Teilnahme an diesem System sehr gering, da die erwarteten Vorteile gering sind im Vergleich zu den umfangreichen nicht-finanziellen Beiträgen, die die Mitglieder zu leisten haben, um das System funktionsfähig zu halten (World Bank, 1991: 102).

## Malaysia

Malaysia ist eine frühere britische Kolonie und dies macht sich immer noch in seinem Gesundheitssystem bemerkbar. Wie in Großbritannien gibt es ein breites öffentliches Gesundheitssystem für die Gesundheitsversorgung, das parallel zu einem relativ kleinen privaten System existiert. Bezüglich der Finanzierung jedoch stellen die

privaten Zahlungen einen großen Prozentsatz der Gesamtausgaben dar.

Zum Zeitpunkt der Unabhängigkeit hatte Malaysia ein gut entwickeltes Krankenhausnetz, größtenteils staatlich geführt und finanziert. Diese Gesundheitsversorgung konzentrierte sich jedoch größtenteils in den urbanen Gegenden und die Regierung begann erst nach der Unabhängigkeit damit die Dienste in den ländlichen Gebieten auszuweiten. Mitte der 1980er Jahre erreichte das System der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – das bereits 1953 von den Briten begonnen wurde – 93% der ländlichen Bevölkerung (Roemer, 1991: 399).

Der öffentliche Sektor umfaßt in Malaysia 78% aller Krankenhausbetten und 55% aller Ärzte (Marzolf, 1996: 2). Trotz dieser dominierenden Position ist die öffentliche Gesundheitsversorgung mit einer dramatischen Knappheit an qualifiziertem Fachpersonal konfrontiert, und öffentliche Krankenhäuser haben Schwierigkeiten medizinisches Personal unter Vertrag zu nehmen und zu halten, da diese deutlich höhere Einkommen im privaten Sektor erwarten können. Im Gegensatz zu vielen anderen Entwicklungsländern ist es Ärzten in Malaysia nicht erlaubt, neben ihrer Tätigkeit im staatlichen Sektor im privaten Sektor tätig zu sein, was oft als Grund für ihren Wunsch angegeben wird, den öffentlichen Sektor dauerhaft zu verlassen.

Obwohl die Anzahl der privaten Gesundheitseinrichtungen im Vergleich zu den staatlichen immer noch klein ist, hat sich diese in den letzten Jahren stark vermehrt, und es wird erwartet, dass sie die Zahl der Gesundheitseinrichtungen des öffentlichen Sektors im Jahr 2020 erreichen (Malaysia, 1996, 540). Die Anzahl der Betten in privaten

Krankenhäusern ist von 1.200 im Jahr 1980 auf 10.000 im Jahr 2001, bzw. auf 22% aller Betten im Land angewachsen. Der Prozentsatz an Ärzten in Privatpraxen ist ebenfalls signifikant gestiegen und beläuft sich auf 45% im Jahr 2001 (Kanapathy, 2003). Die Herausforderungen für die staatliche Gesundheitsversorgung zeigen sich deutlich im Gegensatz des Arzt-Betten-Verhältnisses in staatlichen und privaten Krankenhäusern: es beträgt 4:1 im öffentlichen und 1,4:1 im privaten Sektor (Kanapathy, 2003).

Für die Finanzierung hat Malaysia ein differenziertes System, das verschiedene Stufen von Patientengebühren für öffentliche Krankenhäuser, Unterstützung durch die Regierung, einen begrenzten Versicherungsanteil, Pflichtersparnisse und hohe Spesen enthält. Alle Gesundheitsdienstleistungen in ländlichen Gebieten werden aus den allgemeinen Steuermitteln der Regierung bezahlt und sind am Ort der Leistungserstellung gebührenfrei. Öffentliche Krankenhäuser, die sich in urbanen Zentren befinden, erheben verschiedene Patientengebühren, entsprechend der Klasse des gewählten Krankenzimmers. Ungefähr 84% aller Betten in öffentlichen Krankenhäusern gehören zur dritten Klasse, für die nur eine symbolische Gebühr erhoben wird, und sogar diese wird denjenigen, die sie nicht zahlen können, erlassen. Die gesamten Einnahmen aus Patientengebühren stellen nur 4% der staatlichen Gesamtausgaben für den Gesundheitssektor dar, was eine enorme Subvention bedeutet.

Seit Anfang der 1980er Jahre ist die Regierung besorgt über die steigenden Ausgaben für Gesundheit, auch wenn der Anteil des Staatsbudgets, der für den Gesundheitssektor aufgewandt wird im internationalen Vergleiche gering ist und zum großen Teil konstant

geblieben ist. Die Regierung erklärt ihre Sorge mit den Voraussagen, dass die Gesamtausgaben für Gesundheit bis zum Jahr 2020 auf 7% des BSP steigen werden.

Die Sorge der Regierung über die erwarteten Kostenexplosionen wurde Mitte der 1980er Jahre zum ersten mal mit der Arbeit der Kommission zur Gesundheitsfinanzierung deutlich. Die Studie empfahl einen Zusammenschluß von SOCSO und EPF und die Errichtung eines beitragsfinanzierten nationalen Gesundheitssystems für stationäre und ambulante Behandlungen. Die Regierung gab dann eine Machbarkeitsstudie in Zusammenarbeit mit der Asian Development Bank in Auftrag, diese empfahl 1988 ein System mit Pflichtversicherung, das aus Beiträgen der Arbeitgeber und –nehmer finanziert wird, während der Staat die Beiträge der Armen übernimmt. Obwohl die Regierung die Unterstützung für den Entwurf signalisierte wurde nichts getan diesen auch umzusetzen. Mitte der 1990er Jahren weitete die Regierung die Suche nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten aus, diese sollten eine größere private Beteiligung enthalten. Die Regierung ist sich jedoch der kontroversen Verwicklungen bewusst, die ein Abschied von öffentlich finanzierten Regelungen bedeuten würde, und hat trotz einiger Kabinettsitzungen zum Thema noch keine endgültige Entscheidung getroffen. Beeinflußt durch das Medisave System in Singapur führte die Regierung im Jahr 1994 eine Gesundheits-Pflichtversicherung ein, die als Konto III des Angestellten Vorsorge Fund (Employee Provident Fund = EPF), der 10% des Einkommens der Mitglieder für die Behandlung ernsthafter Erkrankungen zurücklegt. Es wird erwartet, dass es nur einem kleinen Teil der Bevölkerung möglich sein

wird, ausreichend Mittel zu sparen, um für die Behandlung einer schweren Erkrankung zahlen zu können.

Während die Regierung sich weiterhin über die Entwicklung von alternativen Wegen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung sorgt, fördert sie die Ausweitung des privaten Sektors. Die Privatisierungspläne der Regierung bezeichnet Gesundheit als einen der wichtigen Bereiche und diese Strategie wird im Siebten Plan bekräftigt. Der Rückblick auf den Sechsten Malaysia Plan (*Review of the Sixth Malaysia Plan, 1993*) erwähnt: „Die Regierung wird weiterhin die grundlegende Gesundheitsversorgung sicherstellen, die Rolle des Gesundheitsministeriums wird sich zunehmend auf die Erstellung des politischen Rahmens und regulierender Aspekte, sowie der Definition von Standards zur Sicherung von Qualität, des Preisniveaus und der angemessenen Versorgung konzentrieren. In den letzten Jahren hat die Regierung eine Anzahl von Gesundheitseinrichtungen in Wirtschaftsunternehmen umgewandelt und privatisiert, und hat Management von Apotheken und Wäschereien, sowie die Wartung der medizinischen Ausrüstung in allen öffentlichen Krankenhäusern an private Unternehmen übergeben (Malaysia, 1996: 540-541). Durch die Korporisierung öffentlicher Krankenhäuser soll eine größere fiskalische Ehrlichkeit und ein Kostenbewusstsein gefördert werden, um eine größeren Prozentsatz der Kosten durch Gebühren von zahlungsfähigen Patienten zurückzuerhalten. Durch die zusätzlichen Einnahmen soll es den öffentlichen Krankenhäusern ermöglicht werden, den Ärzten höhere Entgelte zu bezahlen, um sie zu halten. Zusätzlich gibt es die Hoffnung, dass die Korporatisierung den Wettbe-

werb zwischen den Krankenhäusern erhöht und damit ihre Effizienz verbessert. Der Ausbruch der asiatischen Finanzkrise hat den Privatisierungs-Enthusiasmus der Regierung gebremst, obwohl sie ihre Bemühungen nun subtiler fortsetzt.

## Philippinen

Bezüglich der Versorgung und Finanzierung ist in den Philippinen mehr als die Hälfte des Gesundheitssystems vom privaten Sektor getragen. Im Bereich der vorsorgenden Gesundheitsdienstleistungen und der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist der Staat jedoch der wichtigste Akteur. In den Philippinen gehören nur ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser und ein Drittel der Betten zum öffentlichen Sektor. Der private Sektor umfaßt ca. zwei Drittel der Krankenhäuser, aber nur ungefähr die Hälfte der Krankenhausbetten, da private Krankenhäuser im Durchschnitt relativ klein sind und nur eine Grundversorgung bieten. In den 1970ern ist die Anzahl der privaten Krankenhäuser stark angestiegen, eine Entwicklung die zum Teil durch die Bereitstellung von langfristigen Krediten für Krankenhauskonzessionen durch den Staat gefördert wurde. Der Prozentsatz an Ärzten, in Privatpraxen liegt bei fast 60%, ein überproportional großer Anteil konzentriert sich auf Manila und die umliegenden Provinzen. Eine gesetzliche Regelung sieht vor, dass in öffentlichen Krankenhäusern 70% der Betten für Patienten der Wohlfahrt, 20% für Medicare-Patienten (sozialversicherte Patienten) und 10% für zahlende Patienten bereitgehalten werden müssen. Im Gegensatz dazu müssen private Krankenhäuser nur 10% ihrer Betten für Patienten der Wohlfahrt freihalten und können

70% an zahlende Patienten vergeben (Griffin, 1994: 41).

Von den Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahre 2002 betragen die privaten Barzahlungen 47%, die privaten Versicherungen und HMOs weitere 13%. Im Vergleich dazu machten die staatlichen Ausgaben 39% und die Sozialversicherungen 9% aus. Die Staatsausgaben für Gesundheit konzentrierten sich auf die Behandlung der Armen, die, entsprechend einer Erhebung von 1985, außerhalb Manilas 72% aller Patienten ausmachten, und gratis behandelt wurden (Griffin, 1992: 104).

Obwohl es seit mehr als 25 Jahren ein Sozialversicherungssystem gibt, werden die meisten Ausgaben für Gesundheit in den Philippinen vom Staat oder direkt von den Patienten getragen. Das Gesetz zur Gesundheitsversorgung (Philippine Medical Care Act) von 1969, das 1972 in Kraft trat, enthält eine nationale Gesundheitsversicherung. Die Umsetzung des Gesundheitssystems wurde in zwei Phasen eingeteilt: die erste Phase erfasste alle formal Angestellten und ihre Familien durch ihre Mitgliedschaft im GSIS oder SSS, während die zweite Phase, die gerade umgesetzt wird, alle Selbständigen, landwirtschaftliche Arbeiter und arbeitslose umfassen soll.

Entsprechend des Gesundheitsgesetzes (National Health Insurance Act) von 1995, das über einen Zeitraum von 15 Jahren umgesetzt werden soll, sind alle Philippiner verpflichtet sich im System der nationalen Gesundheitsversorgung eintragen zu lassen. Die neu gegründete Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) hat die Aufgaben der Gesundheitsversicherung von GSIS und SSS übernommen (Reisman, 1996: 70), und seit 1999 hat PhilHealth ein gemeinsames Programm für die Gesundheitsversicherung umgesetzt,

das sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen umfaßt. Im Unternehmenssektor beteiligen sich Arbeitgeber und Angestellte mit dem gleichen Betrag am Fond, der insgesamt 2,5% des Monatsgehalts beträgt. Die selbstzahlenden Mitglieder, wie Selbständige, Arbeiter, die im Ausland tätig sind und Akademiker des privaten Sektors, zahlen einen festgesetzten Beitrag von 100 Pesos pro Monat, wobei Rentner nicht verpflichtet sind Beiträge zu zahlen, vorausgesetzt, dass sie mindestens 120 Monate eingezahlt haben. Die Beiträge für die Armen werden vom Staat übernommen.

## Thailand

Im Unterschied zu anderen südostasiatischen Ländern zeichnet sich Thailand durch seine Bemühungen aus, die Rolle der Sozialversicherungen bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung auszuweiten. Bezüglich der Versorgung ähnelt es jedoch seinen Nachbarn, da auch Thailand anfangs einen dominanten öffentlichen Sektor hatte, aber in der letzten Zeit den privaten Sektor gefördert hat.

Der öffentliche Sektor ist der größte Betreiber von Krankenhäusern in Thailand und umfasste im Jahr 2000 fast 88% aller Betten, ein Anteil der Mitte der 60er Jahre bei ungefähr 98% lag. Der Anteil der Ärzte, die in staatlichen Krankenhäusern tätig waren lag 1993 bei 81%, 1970 jedoch bei 93%. Die meisten Ärzte im öffentlichen Sektor ergänzen ihre Gehälter jedoch durch Teilzeittätigkeiten in privaten Krankenhäusern und Kliniken. Die Zahlen verschleiern zudem die Tatsache, dass sich viele der privaten Einrichtungen im Raum Bangkok konzentrieren, wo 37% aller privaten Krankenhäusern und mehr als 50% aller Betten stehen. (Nittayaramphong and Tangcha-

roensathien, 1994: 35). Anstatt den Wechsel der Gesundheitsfachleute vom öffentlichen Sektor in den privaten zu kontrollieren, hat sich die Regierung dazu entschlossen, sich dem Trend anzupassen. Der Gesundheitsminister Arthit Ourairat hat zugegeben, dass es die Regierungspolitik war, die Rolle des öffentlichen Sektors einzuschränken und die Privatwirtschaft zu ermutigen die Gesundheitsdienste zu übernehmen (*Bangkok Post*, 19 October 1994).

Der Anteil des staatlichen Sektors an den Gesamtausgaben für Gesundheit ist von einem Drittel im Jahr 1978 auf ein Viertel im Jahr 1994 gesunken (Supasit, 1996: 197), dann wurde dieser Trend jedoch durch die Einführung eines allgemeinen Versicherungsplans umgekehrt. Der traditionell hohe und steigende Anteil der privaten Ausgaben ist das Ergebnis der Tatsache, dass auch staatliche Krankenhäuser ihre Kosten zum Teil durch Gebühren finanzieren. Fast 40% der betrieblichen Aufwendungen der öffentlichen Krankenhäuser werden durch Gebühren gedeckt, die von den Patienten in Bar oder durch deren Krankenversicherungen bezahlt werden. Für private Krankenhäuser wird geschätzt, dass diese ihre Ausgaben fast zur Hälfte durch Barzahlungen, zu einem Viertel von Dritten und den Rest durch Rückerstattungen durch die Regierung innerhalb des Versicherungssystems für Staatsbedienstete abdecken (Supasit, 1996: 197).

Es gibt in Thailand diverse, sich überschneidende Krankenversicherungssysteme, die verschiedene Arten und Versorgungsniveaus enthalten. Die wichtigsten Programme sind das SSA, der Ausgleichsplan für Berufstätige (Workmen Compensation Scheme - WCS), das System zur medizinischen Versorgung von Staatsbe-

diensteten (Civil Servants Medical Benefits - CSMBS), die Gemeinde-Gesundheitskarte (Community Health Card - CHC) und die freie Gesundheitsversorgung für Arme, Alte und Kinder.

Im Jahr 1992 wurde das SSA eingeführt, das umfassendste Gesundheitssystem in Südostasien. Es handelt sich dabei um eine obligatorische Sozialversicherung für alle Personen, die in Unternehmen mit mehr als 10 Mitarbeitern tätig sind. Es umfasst ungefähr sechs Millionen Personen und versorgt diese mit Leistungen im Fall von nicht-arbeitsbedingter Erkrankung, Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit und mit Ausgleichszahlungen im Todesfall. Das SSA Programm deckt fast alle ambulanten und stationären Kosten in anerkannten Krankenhäusern. Es zahlt im Krankheitsfall für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten auch 50% der Gehälter. Um in den Genuß der Nutzen zu kommen, muss eine Person mindestens 15 Monate angestellt gewesen sein, und Beiträge für 90 Tage gezahlt haben. Das Programm sorgt auch für Mutterschutz, übernimmt alle medizinischen Kosten und zahlt während der Abwesenheit vom Arbeitsplatz für eine Zeit von maximal 90 Tagen 50% des Gehaltes. Personen, die mindestens 90 Tage lang Beiträge gezahlt haben, besitzen nur einen Leistungsanspruch im Fall von Berufskrankheiten oder Unfällen am Arbeitsplatz, dieser besteht aus der Übernahme der medizinischen Versorgung und einer Rente von 50% des letzten Gehalts bis ans Lebensende. Der Leistungsanspruch dauert bis sechs Monate nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses an, diese Frist wurde im Jahr 1998 aufgrund der Wirtschaftskrise jedoch auf ein Jahr verlängert. Auf Basis einer Kopfpauschale zahlt das Programm für jedes Mitglied 1.000 Baht pro Jahr.

Da die Versorger unabhängig von der Inanspruchnahme der Leistungen immer den gleichen Betrag erhalten gibt es keine Anreize die Leistungen auszuweiten; daher ist es tatsächlich möglich, dass die Versorger weniger Leistungen anbieten, als notwendig wären. Davon unabhängig hat der private Sektor seinen Marktanteil an den vom SSA übernommen Leistungen von 44% im Jahr 1991 auf 63% im Jahr 1995 ausgeweitet (Dow, 1997: 105).

Als Teil der Lohnzusatzleistungen werden im Rahmen des CSMB aktives und pensioniertes militärisches Personal, Polizisten, Staatsbedienstete und Angestellte von staatlichen Unternehmen und bis zu drei von ihnen abhängige Personen mit einer kostenlosen Krankenversicherung versorgt. Es handelt sich dabei um ein beitragsfreies Programm, das aus allgemeinen Steuermitteln bezahlt wird. Die Leistungen sind zum Teil gedacht, um die im Vergleich zur Privatwirtschaft relative geringen Gehälter der Staatsbediensteten auszugleichen. Diese Programm deckt ungefähr 12% der Bevölkerung ab (Bennett and Tangcharoensathien, 1994: 11). Im Durchschnitt sind die Ausgaben im Verlauf des letzten Jahrzehnts jährlich um 20% gestiegen, obwohl sich die Zahl der Leistungsempfänger nur wenig erhöht hat (Sanguan and Supasit, 1997: 148). Das kann darin begründet sein, dass das CSMB im Gegensatz zu anderen Programmen in Thailand, die Leistungen auf Basis von Kopfpauschalen oder Globalbudgets bezahlen, die Versorger durch Einzelhonorare bezahlen, die keiner effektiven Sicherung gegen eine Überversorgung unterliegen.

Entsprechend der neuen Verfassung von 1997, die allen Bürgern gleichen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung garantiert, hat die Regierung im Jahr 2001 das

allgemeine Versicherungsprogramm gestartet. Mittels des allgemeinen Versicherungsprogramms erhalten Personen, die nicht von den andern Gesundheitssystemen versorgt werden, eine umfassende Gesundheitsversorgung. Durch die Barzahlung einer Einheitsprämie von 30 Baht (0,7 US\$) pro Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt erhalten sie Anspruch auf die gleiche hochwertige Gesundheitsversorgung, die von anderen Gesundheitsprogrammen angeboten wird. Das allgemeine Versicherungsprogramm wird aus einer allgemeinen Kopfsteuer bezahlt, die zur Zeit bei 1404 Baht pro Kopf und Jahr liegt.

### Vergleich der Gesundheitspolitiken

Im Allgemeinen sind die Regierungen in Südostasien aktiver in der (direkten) Bereitstellung als in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung. In allen Ländern der Region besitzen und betreiben die Regierungen einen großen Teil der Gesundheitseinrichtungen; der Anteil reicht von ungefähr 50% der Krankenhausbetten in den Philippinen, 69% in Indonesien und 77% in Thailand bis hin zu 85% in Malaysia (Tabelle 1). Da im öffentlichen Sektor das medizinische Personal jedoch mehr Patienten versorgen muss, ist der Prozentsatz der Ärzte in staatlichen Einrichtungen geringer als der Anteil der Betten.

Der Anteil des privaten Sektors ist allerdings in den letzten Jahrzehnten in allen Ländern der Region auf Kosten des öffentlichen Sektors gewachsen. Zudem ist den staatlichen Krankenhäusern mehr Handlungsfreiheit eingeräumt worden, und sie wurden ermutigt einen größeren Anteil der Kosten durch Gebühren zu decken. In Indonesien wurden öffentliche Kranken-

häuser angehalten mehr private Investitionen einzuwerben und einen größeren Anteil der Kosten über Gebühren abzudecken, bis der Ausbruch der Finanzkrise es unmöglich machte, dieses Ziel zu weiter verfolgen. In Malaysia wächst der Anteil der privaten Krankenhäuser und der dort beschäftigten Ärzte schnell; Berechnungen zufolge wird der private Sektor den staatlichen bezüglich der Anzahl der Betten in ein paar Jahren einholen und bezüglich der Anzahl der Ärzte bei weitem übertreffen. Die Philippinen haben ein Gesundheitssystem, das sich ans US-Amerikanische anlehnt und in dem der private Sektor als wichtigster Akteur auftritt. Allerdings ist es nicht wahrscheinlich, dass sein Anteil weiter steigt, bis es nicht eine signifikante Reduzierung der Armut gibt, durch die die Armen in die Lage versetzt werden, eine private Gesundheitsversorgung abzuschließen. Thailand hat weiterhin einen großen staatlichen Sektor, der jedoch langsam schrumpft. Die Besonderheit Thailands ist, dass der öffentliche Sektor fast 40% seiner Ausgaben über Gebühren deckt.

Die Anzahl der Einwohner pro Arzt und Krankenhausbett unterscheidet sich stark zwischen den südostasiatischen Ländern, wie Tabelle 1 zeigt.

Während sich die Zahl der Personen pro Arzt in allen Ländern verringert hat, so hat sich die Zahl der Personen pro Krankenhausbett in allen Ländern außer Thailand erhöht. Die Regierungen haben den Anteil des öffentlichen Sektors bei der Gesundheitsversorgung beschränkt, um die Privatwirtschaft zu fördern, aber die Lücke, die durch den Rückzug des Staates entstanden ist, wurde noch nicht in ausreichender Weise durch die Entwicklung des privaten Sektors

**Tab. 1: Einwohner pro Arzt und Krankenhausbett**

	Ärzte			Krankenhausbetten		
	1980	1990	1997-2000	1980	1990	1997-2000
Indonesien	12,552	8,961	7,647	-	1,504	1,631
Malaysia	3,563	2,533	1,504	439	469	516
Philippinen	6,628	8,168	2,670	585	718	873
Thailand	6,755	4,500	3,427	651	612	445

Quelle: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), 2004; World Development Indicators Online; WHO/SEARO, 2000.

geschlossen. Als Folge hat sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht verbessert.

Bezüglich der Finanzierung der Gesundheitsversorgung unterscheidet sich die Rolle der Regierungen signifikant zwischen den vier Ländern. In Malaysia kann entsprechend der gewählten Klasse der Unterbringung zwischen verschiedenen Stufen von subventionierten Gesundheitsdienstleistungen gewählt werden. Außer für den Fall, dass um eine vollständige Kostenerstattung ersucht wird, gibt es keine Überprüfung der Berechtigung, da davon ausgegangen wird, dass eine Selektion entsprechen der Finanzkraft der Patienten stattfindet. Staatsbedienstete und Bewohner ländlicher Regionen haben kostenfreien oder fast kostenfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung. Indonesien bietet freie Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und Thailand hat getrennte staatliche Program-

me, die eine kostenfreie oder fast kostenfreie Gesundheitsversorgung für einkommensschwache Personen und Familien, Alte, Kinder, Behinderte und Bauern gewährleisten. Im Vergleich zu den anderen drei südostasiatischen Staaten werden auf den Philippinen nur sehr wenig öffentliche Finanzmittel in den Gesundheitssektor gelenkt; eine kostenfreie Versorgung ist nur für Arme nach einer Bedürftigkeitsprüfung erhältlich. In allen Ländern existieren verschiedene Beschränkungen, die es den Armen erschweren, das volle Leistungsspektrum der von den Regierungen finanzierten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Außer in Thailand spielt die reguläre Krankenversicherung eine eher kleine Rolle in Südostasien, da sie in der Regel wenig umfassend ist. ASKES und JAMSOSTEK versorgen weniger als ein Fünftel der Bevölkerung in Indonesien und machen einen noch geringeren

Anteil der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens aus. In Malaysia haben weniger als 4% der EPF Mitglieder ausreichend Mittel auf ihrem Versicherungskonto (Account III), um die durchschnittlichen Kosten einer ernstesten Erkrankung zu bezahlen (Marzolf, 1996: 8). Auf den Philippinen umfaßt die Medicare-Versicherung ungefähr zwei Fünftel der Bevölkerung, erreicht aber nur ein Zehntel der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor. Die einzige Ausnahme stellt Thailand dar, wo die Krankenversicherung einen großen Anteil der formal beschäftigten Bevölkerung versorgt. Allerdings hat in diesem Land der bei weitem größte Teil der Bevölkerung informelle Arbeitsverhältnisse.

In Prozent des BIP geben die Indonesier am wenigsten für das Gesundheitssystem aus und die Thailänder am meisten (Tabelle 2). In US\$ pro Person gemessen, gibt Malaysia fünfmal mehr aus als Indonesien oder die Philippinen, wobei die drei Länder ihre Ausgaben für Gesundheit im letzten Jahrzehnt ungefähr verdoppelt haben. Obwohl in Thailand die Gesamtausgaben für den Gesundheitssektor deutlich über denen von Indonesien und den Philippinen liegen, ist der Anstieg der Ausgaben für Gesundheit dort der geringste unter den vier Ländern, wenn die jeweilige wirtschaftliche Entwicklung als Referenzpunkt betrachtet wird.

**Tab. 2: Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit, 1990 and 2002**

	Gesamtausgaben in % des BIP		Gesamtausgaben in US\$ (Tageskurs)		Staatliche Ausgaben für Gesundheit, in % der Gesamtausgaben		Private Ausgaben für Gesundheit, in % der Gesamtausgaben	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Indonesien	2.0	3.2	12	26	35.0	36.0	65.0	64.0
Malaysia	3.0	3.8	78	149	43.3	53.8	56.7	46.2
Philippinen	2.2	2.9	14	28	50.0	39.1	50.0	60.9
Thailand	5.0	4.4	73	90	22.0	69.7	78.0	30.3

Quelle: World Bank, 1993; World Development Indicators online.



**Tab. 3: Anteil der Staatsausgaben an den Ausgaben für Gesundheit in %, Jahresdurchschnitte**

	Bruttoinlandsprodukt			Gesamte Staatsausgaben		
	1980	1990	2002	1980	1990	2002
Indonesien	0.6	0.5	0.3	2.5	2.4	1.5
Malaysia	1.5	1.5	1.8	5.1	5.0	6.4
Philippinen	0.6	0.8	0.4	4.5	4.1	2.0
Thailand	0.8	1.0	1.9	4.0	7.0	8.0

Quelle: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), 2004.

Dies ist tatsächlich interessant, da die Regierung ihre Finanzierungsverpflichtung durch die im Jahr 2001 eingeführte umfassende Krankenversicherung deutlich erhöht hat.

Die Ausgaben der südostasiatischen Länder für Gesundheit liegen deutlich unterhalb der durchschnittlich 10% des BIP in den OECD Ländern. Tatsächlich liegen die Ausgaben weit unterhalb der 5% des BIP, die von der World Health Organisation für Entwicklungsländer empfohlen werden. Obwohl Thailand die höchsten Ausgaben für Gesundheit in der Region verzeichnet, liegen dort die Ausgaben bei 4,4% des BIP und sind seit 1990 sogar gesunken.

Bezüglich der Finanzierung durch den privaten Sektor zeigt Tabelle 2, dass dieser 61% der gesamten Ausgaben für Gesundheit in den Philippinen erreicht, 64% in Indonesien, 46% in Malaysia und 30% in Thailand. Im Vergleich dazu werden in den OECD Ländern nur 39% der Gesundheitsausgaben vom privaten Sektor aufgebracht. Interessanterweise ist der Anteil des privaten Sektors in allen Länder bis auf die Philippinen gesunken, und das Verhältnis von öffentlicher und privater Finanzierung hat sich in Thailand aufgrund der 2001 eingeführten umfassenden Kranken-

versicherung seit 1990 komplett umgedreht.

Tabelle 3 zeigt, dass die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in Prozent des BIP in Indonesien und den Philippinen gesunken sind, in Malaysia und Thailand jedoch gestiegen sind. Ein etwas verändertes Ergebnis erhalten wir bei der Betrachtung der Ausgaben für Gesundheit als Prozentsatz der gesamten Staatsausgaben. In diesem Fall ist der Anteil des öffentlichen Sektors in Malaysia in den 1980er Jahren gefallen, in den 1990er Jahren jedoch wieder gestiegen. In In-

Gesundheitssektor zusammen mit der Verbesserung der medizinischen Einrichtungen und der technischen Ausstattung zu einer allgemeinen Verbesserung der Lebenserwartung und einer stark reduzierten Kindersterblichkeit in Südostasien geführt. Die allgemeinen Verbesserungen der Gesundheitssituation der Bevölkerung in dieser Region werden durch die beiden folgenden Tabellen verdeutlicht.

Tabelle 4 zeigt, dass Malaien und Thailänder zwar die höchste Lebenserwartung haben, aber Indonesier und Thailänder über einen Zeitraum von 40 Jahren die stärkste Verbesserung der Lebenserwartung erfahren haben. Die Entwicklung auf den Philippinen ist diesbezüglich eher enttäuschend.

Tabelle 5 zeigt, dass die Kindersterblichkeit in Malaysia zwischen 1960 und 1980 um 60% gefallen ist, gefolgt von einer beeindruckenden Reduzierung um weitere 79% in den folgenden Jahrzehnten. Die Verbesserungen in Indonesien und Thailand waren auch beeindruckend, auch wenn beide Länder

**Tab. 4: Veränderung der Lebenserwartung 1962 - 2002**

	1962	1982	2002	Steigerung 1962-1982	Steigerung 1982-2002
Indonesien	42	56	67	33%	20%
Malaysia	56	68	73	21%	7%
Philippinen	55	62	70	13%	13%
Thailand	54	65	69	20%	6%

Quelle: World Development Indicators online.

Indonesien und den Philippinen ist der Anteil der öffentlichen Hand in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Nur in Thailand können wir einen konsistenten Anstieg des Prozentsatzes der staatlichen Ausgaben für Gesundheit an den gesamten Staatsausgaben erkennen.

Im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte haben große Ausgaben im

immer noch unter einer hohen Kindersterblichkeit leiden. Es gibt innerhalb dieser Länder große Unterschiede zwischen den Regionen. In Indonesien zum Beispiel beträgt die Kindersterblichkeit in Jakarta 38 von Tausend, in West Nusa Tenggara dagegen 145 (Corner and Raharjo, 1995: 79). Die Philippinen sind das am wenigsten entwickelte Land von den vier – die Kinder-

sterblichkeit war dort im Jahr 1960 halb so groß wie in Malaysia, ist aber aktuell viermal so groß wie in Malaysia. Ein träges Wirtschaftswachstum, ein geringes politisches Interesse an der Gesundheitsversorgung und ein hohes Bevölkerungswachstum scheine die Ur-

generative Krankheiten wie Krebs, Herzerkrankungen und Unfälle.

Tabelle 6 vergleicht die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung in den vier südostasiatischen Ländern mit der Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme. Als erster Indikator wird die krank-

sundheitssysteme im allgemeinen deutlich über dem Niveau liegen, das anhand der geringen Ausgaben zu erwarten wäre. Das Niveau der Reaktionsfähigkeit ist besonders beeindruckend in Malaysia und Thailand: diese Länder liegen auf dem Niveau von Industrieländern, obwohl ihre Ausgaben für das Gesundheitssystem nur einen kleinen Anteil der Ausgaben in diesen Ländern ausmacht. Von den vier untersuchten Ländern haben Malaysia und Thailand eine bessere Entwicklung gezeigt als Indonesien und die Philippinen. Auch hier kann die aktivere Rolle bei der Finanzierung des Gesundheitssystems der Regierungen in Malaysia und Thailand als entscheidender Faktor für den Erfolg angesehen werden.

**Tab. 5: Veränderung der Kindersterblichkeit (unter 5 Jahre) von 1960 bis 2000**

	1960	1980	2000	Verringerung 1960-1980	Verringerung 1980-2003
Indonesien	216	125	48	42%	62%
Malaysia	105	42	9	60%	79%
Philippinen	110	81	40	26%	51%
Thailand	148	58	29	61%	50%

Quelle: World Development Indicators online.

chen für diesen unglückliche Rückzug des Staates zu sein.

Trotz der Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung dominieren in Südostasien, vor allem in Indonesien und den Philippinen, immer noch ansteckende und vermeidbare Krankheiten. Die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten ist unnötig, wenn man berücksichtigt, dass sie durch vergleichsweise kostengünstige Maßnahmen vermieden werden können, was einen hohen Nutzen für die Gesellschaft hätte, da sie die Ausgaben für heilende Maßnahmen senken würden. Immerhin dominieren mittlerweile in Malaysia und zu einem geringeren Maße in Thailand zunehmend de-

heitskorrigierte Lebenserwartung (disability-adjusted life expectancy: DALE) genutzt, der als Lebenserwartung bei vollkommener Gesundheit verstanden werden kann (WHO, 2000). Der zweite Indikator ist das Versorgungsniveau, das auf Basis der Antworten von Experten auf Fragen bezüglich von sieben Elementen des Versorgungsniveaus erstellt wurde: Autonomie, Würde, Vertraulichkeit, Reaktionsfähigkeit des Versicherungssystems, Qualität der Grundversorgung, Zugang zu ‚social support networks‘ während der Behandlung und freie Auswahl der behandelnden Gesundheitsinstitution (WHO, 2000). Diese Indikatoren zeigen, dass die Leistung der Ge-

## Schlußfolgerung

Die vergleichende Analyse zeigt, dass die Regierungen der vier südostasiatischen Länder, trotz des schnellen Wachstums des privaten Sektors in den letzten Jahren, weiterhin eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung spielen. Sogar auf den Philippinen, wo die Rolle des privaten Sektors traditionell am größten ist, besitzt der Staat die Hälfte aller Krankenhausbetten und trägt 40% der gesamten Ausgaben für Gesundheit. Die starke Präsenz des Staates bei der

**Tab. 6: Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme**

	Gesamtausgaben für Gesundheit (1998)	Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)	Rang*	Zahlungsfähigkeit des Gesundheitssystems	Rang*
Indonesien	\$12	59.7	103	5.46	63
Malaysia	\$99	61.4	89	6.32	31
Philippinen	\$31	58.9	113	5.75	49
Thailand	\$73	60.2	99	6.23	33

\* unter 191 Ländern. Quelle: World Development Indicators online.

Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung kann als signifikante Ursache für die angemessenen Leistungen bei gleichzeitig geringen Kosten angesehen werden. Alle südostasiatischen Länder geben – im Vergleich zu den Industrieländern – einen relativ geringen Anteil des BIP für die Gesundheitsversorgung aus; aber die Leistungen ihrer Gesundheitssysteme sind in der Regel besser, als man aufgrund der geringen Ausgaben annehmen könnte. Gemessen anhand der Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems können die Leistungen in Malaysia und Thailand mit denen der Industrieländer verglichen werden, obwohl ihre Ausgaben im Vergleich nur einen kleinen Anteil ausmachen.

In Übereinstimmung mit Ländern außerhalb der Region, zeigt der Vergleich innerhalb der Region Südostasien, dass die Leistungen im Gesundheitssektor in Ländern mit größerer Aktivität des Staates besser sind als in jenen, mit geringer staatlicher Aktivität. In Malaysia und Indonesien, wo der Staat nicht nur wichtigster Akteur im Gesundheitswesen, sondern die Staatsausgaben für Gesundheit sowohl absolut, als auch in Prozent des BIP gestiegen sind, sind die Leistungen der Gesundheitsversorgung bezüglich der Gesundheit der Bevölkerung, Zugang, Effizienz und Gleichheit besser als in Indonesien und den Philippinen. In Indonesien und zum Teil auch in den Philippinen hat der private Sektor eine dominante Rolle im Gesundheitswesen gespielt, und die Ausgaben des Staates für Gesundheit sind signifikant gefallen. Mit dem Schwerpunkt auf privater Bereitstellung und Finanzierung stehen die Philippinen bezüglich aller Indikatoren abgeschlagen da. Obwohl die Gesundheitsversorgung dort bis in die 1960er Jahre zu den Besten in Asien gehörte, ist es ein

paar Jahrzehnte später zusammengebrochen und nun eines der schlechtesten in Asien.

Unter Berücksichtigung unserer vergleichenden Analyse ist der jüngste Trend hin zu einer Privatisierung und marktwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens in Südostasien verwirrend. Es gibt starke Hinweise unter den OECD Ländern, dass diejenigen mit einem ausgedehnten privaten Sektor die teuersten Gesundheitssysteme haben. Dezentralisierung und Konkurrenz unter den Anbietern führen zu einer Inflation der Kosten, da die Kostendegression aufgrund von Größenvorteilen im Bereich der Verwaltung, des Personalmanagements und des Einkaufs nicht berücksichtigt wird (OECD, 1992: 131). Wettbewerb zwischen einer Vielzahl von Anbietern fördert die Verdoppelung von teuren Geräten und Diensten, kombiniert mit einer Spezialisierung auf Nischen. Damit soll nicht abgestritten werden, dass Wettbewerb unter den Anbietern den Service für den einzelnen Patienten verbessert, sondern herausgestellt werden, dass die gesamtgesellschaftlichen Kosten hoch sind.

## Literatur

Bennett, Sara and Viroj Tangcharoensathien (1994) "A Shrinking State? Politics, Economics and Private Health Care in Thailand", *Public Administration and Development*, 14, pp. 1-17.

Bennett, Sara, McPake, Barbara, and Mills, Anne (1997) *The Public/Private Mix Debate in Health Care* in Bennett, Sara, McPake, Barbara, and Mills, Anne (eds) *Private Health Providers in Developing Countries*, Zed Books Ltd.

Corner, Lorraine and Yulfita Raharjo (1995) 'New Directions in

Health Policy in Indonesia: The Need for a Demand-Oriented Perspective', Paul Cohen and John T. Purcal (ed.), *Health and Development in South East Asia*, Canberra: Australian Development Studies Network, pp. 77-102.

Dow Mongkolsmai (1997) "Private Health Sector Growth and Social Security Insurance in Thailand", William Newbrander (ed.), *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*, Chichester: John Wiley and Sons, pp. 83-107.

Frankish, J., Zwarenstein, M. and Ehrlich, R. (1986) "Raising the Price of Provincial Health Care: Unwise and Unfair?" in A. Zwi and D. Saunders (eds), *Towards Health Care for All*. NAMDA Conference Proceedings.

Gani, Ascobat (1996) "Improving Quality in Public Sector Hospitals in Indonesia", *International Journal of Health Planning and Management*, 11:, pp. 275-296.

Gertler, Paul J (1995) "On the Road to Social Health Insurance: Lessons from High Performing Asian Economies", paper presented at International Conference on Financing Human Resource Development in Advanced Asian Economies, Manila.

Griffin et al., Charles C (1994) *The Private Medical Sector in the Philippines: The Current Situation and Prospects for Change*, Manila: Department of Health.

Gunawan, Nardho et al. (1992) *The Role of the Private Sector and Nongovernmental Organizations in the Provision of Health Care and Family Planning Services in Indonesia*, Paper Series No. 2, Jakarta: Demographic Institute.

- Hopkins, Sandra (2005) "Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis, Health Policy (in press).
- Kanapathy, Vijayakumari (2003) Services Sector Development in Malaysia: Education and Health as Alternative Sources of Growth, unpublished manuscript.
- Malaysia (1996) Seventh Malaysia Plan: 1996-2000, Kuala Lumpur, author.
- Marzolf, James R (1996) Analysis of the EPF Medical Benefit Scheme: Experience and Option for Expansion, unpublished report prepared for the EPF.
- Nittayaramphong, S., and Tangcharoensathien, V. (1994) "Thailand Private Health Care out of Control?" Health Policy and Planning 9(1): 31-40.
- OECD (1992) The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris: author.
- Reisman, D. A. (1996) "Payment for Health in the Philippines", International Journal of Social Economics, 23: 8, pp. 46-75.
- Roesma, Sonja (2001) "Impacts of Private Sector Involvement in Health Insurance in Indonesia" in Scheil-Adlung, Xenia (ed.) Building Social Security: The Challenge of Privatization, New Brunswick, USA: Transaction Publishers, pp. 223-232
- Sathirakorn Pongpanich (1997) The Demand for Health Care in Indonesia: A Comparison of Public and Private Medical Services, unpublished PhD dissertation, Department of Health Services, University of California - Los Angeles.
- Supasit Pannarunothai (1996) "Public and Private Mix in Health Care: Case of Thailand", Robert Haas, Sulaiman Mahbob and Tham Siew Yean (eds.), Health Care Planning and Development: Conference Proceedings, Kuala Lumpur: Friedrich Naumann Foundation and Malaysian Institute of Economic Research, pp. 194-210.
- UNESCAP (2005) Statistical Indicators for Asia and the Pacific, Vol. XXXV, No. 2, June 2005
- van de Walle, Dominique (1992) The Distribution of Benefits from Social Services in Indonesia, 1978-87, Policy Research Working Paper 871, Washington DC: World Bank.
- World Development Indicators Online ([www.worldbank.org/data/](http://www.worldbank.org/data/)).
- World Health Organization (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva.
- World Health Organization (2004) Changing History. Geneva.
- World Bank (1991) Indonesia: Health Planning and Budgeting, A World Bank Country Study, Washington, D.C.: Author.
- World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing in Health, Oxford: Oxford University Press.
- Übersetzung aus dem Englischen von Volker Hamann.

# Das System der sozialen Sicherung in Südostasien seit der Finanzkrise von 1997

---

Von Raymond K H Chan

## Einführung

Bis zum Eintreten der Finanzkrise war die wirtschaftliche Entwicklung in Asien in der Regel als ein Wunder beschrieben worden. Die Krise im Jahre 1997 hatte die Wirtschaft von Thailand, Indonesien, Malaysia und Südkorea mit einem Schläge schwer geschädigt und auch andere asiatische Volkswirtschaften in Mitleidenschaft gezogen. Allgemein hatte man angenommen, die Volkswirtschaften hätten sich allmählich erholt, und in ein bis zwei Jahren würden die schlimmsten Zeiten vorüber sein. Die Krise führte weder zu einem Rückzug aus der Weltwirtschaft, noch führte die zunehmende Integration in die globalisierte Ökonomie dazu, dass einzelne nationale Regierungen unter auswärtige Kontrolle gerieten. Die Krise führte sowohl bei den nationalen Regierungen als auch bei internationalen Regierungsorganisationen (wie der Asiatischen Entwicklungsbank ADB, der Weltbank, dem IMF) zu der Einsicht, dass das Netz der sozialen Sicherung zu diesem Zeitpunkt den Anforderungen nicht gerecht wurde - und erst recht nicht dem Zuwachs an Problemen infolge der Rezession. Beide Gruppen erkannten auch, dass die zunehmende Einbindung in die globale Wirtschaft eine größere Verletzlichkeit der lokalen Wirtschaft durch auswärtige Einflüsse zur Folge haben wird. Schon kurz nach dem Eintreten der Krise leiteten sie Reformen in die Wege, um ihre sozialen Sicherungssysteme

sowohl durch ad-hoc-Maßnahmen als auch durch längerfristige Programme zu stärken.

In diesem Arbeitspapier sollen die Besonderheiten des asiatischen sozialen Sicherungssystems und die ersten Reaktionen von Seiten der vier Regierungen Indonesiens, Malaysias, der Philippinen und Thailands einer Überprüfung unterzogen werden. Darüber hinaus wird der Text die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie diejenigen Reformmaßnahmen beschreiben, die von den Regierungen nach der Anfangsphase eingeleitet wurden. Das Papier wird sich im wesentlichen auf die Strategien, die die sozialen Sicherungssysteme betreffen, sowie auf die relevanten Arbeitsmarktstrategien konzentrieren. Obwohl die Regierungen versucht haben, ihre Reformen voranzutreiben und ihre Sozialsysteme zu stärken, kann man immer noch Schwachstellen und Unzulänglichkeiten in ihrem System der sozialen Sicherung feststellen.

## Das System der sozialen Sicherung in Südostasien

Soziale Sicherung bezieht sich laut einer Definition der Asiatischen Entwicklungsbank ADB auf einen „Komplex von Strategien und Programmen, die geschaffen wurden, um Armut und Risiken zu verringern. Dies geschieht durch die Förderung effizient funktionierender Arbeitsmärkte, durch die Verringerung des Grades, in dem Menschen Risiken ausgesetzt sind und

durch die Erhöhung ihrer Fähigkeit, sich selbst gegen Unglücksfälle sowie Verringerung bzw. Verlust ihres Einkommens abzusichern.“ (ADB 2003: 1) In der Darstellung der ADB besteht soziale Sicherung aus fünf Komponenten: Arbeitsmarktpolitik, Sozialversicherungen, soziale Fürsorge, kleinteilige und lokal angesetzte Projekte sowie Kinderschutz. Die wichtigsten Interessen der ADB liegen darin, ein System des sozialen Schutzes zu fördern und fortzuentwickeln, das 'nachhaltig' ist und alle Bevölkerungsteile abdeckt, um den sich entwickelnden Ländern zu helfen, Armut zu verringern, die Produktivität zu erhöhen und die Voraussetzungen für Eigenständigkeit zu schaffen.

Sozialversicherung ist in diesem System für Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfälle, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität, Krankheit und Gesundheit, Mutterschaft, Alter sowie Lebens- und Hinterbliebenenversicherungen zuständig. Sozialfürsorge bezieht sich auf Wohlfahrts- und Sozialleistungen, seien es Geld- oder Sachleistungen, und zeitlich befristete Geldleistungen für jene Menschen, die in Not sind und für die eine Sozialversicherung nicht in Frage kommt. Arbeitsmarktprogramme sind ein Bestandteil von zunehmender Bedeutung in diesem System. Sie beinhalten Arbeitsmarktforschung, aktive Arbeitsmarktpolitik (*Active Labor Market Policies*, ALMP) wie zum Beispiel staatliche Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Arbeitsämter, Arbeitsvermittlungen, Fortbil-

**Tab. 1: Human Development Index, 1975 – 2003**

Land	1980	1985	1990	1995	2000	2003	1995/2000	2000/03
Malaysia	0,663	0,696	0,725	0,760	0,790	0,796	+0,030	+0,006
Thailand	0,643	0,673	0,708	0,749	0,757 *	0,778	+0,008	+0,021
Philippinen	0,682	0,685	0,713	0,736	0,749*	0,758	+0,013	+0,009
Indonesien	0,526	0,578	0,619	0,663	0,680	0,697	+0,017	+0,017

\* Zahlen für 1999. Quelle: *Human Development Reports, verschiedene Jahrgänge.*

dungsmaßnahmen, und auch passive Arbeitsmarktstrategien wie Arbeitslosenversicherungen, Maßnahmen zur Einkommenssicherung, gesetzliche Rahmenrichtlinien sowie Wahrung von Arbeitnehmergrundrechten (z.B. Koalitionsfreiheit, Abschaffung aller Formen von Zwangsarbeit, Beseitigung aller Arten von Diskriminierungen und Kinderarbeit).

Es herrscht allgemein die Ansicht vor, die Sozialsysteme in Südostasien wären rückständig gegenüber den weiter entwickelten im Westen. Nichtsdestotrotz konnten die Länder Südostasiens laut dem *Human Development Index* hier in den vergangenen Jahrzehnten einen sichtbaren und kontinuierlichen Fortschritt verzeichnen.

Eine signifikante Entwicklung des Sozialwesens setzte in den sechziger Jahren ein, als diese Länder die Unabhängigkeit von ihren früheren Kolonialmächten erlangten und in die Industrialisierungsphase eintraten - aus politischen Interessen zwecks Legitimitätsgewinn und als Reaktion auf die Anforderungen, die aus der wirtschaftlichen und staatlichen Entwicklung erwachsen (Ramesh 2000: 175). Das wichtigste Ziel der Regierungen bestand in der Förderung des Wirtschaftswachstums mittels verschiedener Strategien. Sozialleistungen werden – der Logik des 'Produktivismus' entsprechend – anhand ihres Beitrages zur wirtschaftlichen Entwicklung bewertet. Sozialleistungen wurden gebraucht, um die Probleme zu be-

kämpfen, die im Prozess der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung auftraten. Wahre Anerkennung für ihren Beitrag zur Gesamtentwicklung fehlte.

Wenn man die Sozialausgaben als Indikator verwendet, dann kann man einen kontinuierlichen Anstieg in diesen Ländern feststellen. Der Anteil der Gesamtausgaben am BIP hat sich zwischen 1972 und 1995 erhöht, wenn auch von Land zu Land in unterschiedlichem Tempo (Ramesh 2000: Schaubild 2.8). Unter den drei besagten Kategorien von Sozialausgaben machte Bildung durchgehend den größten Posten aus, während soziale Sicherung unveränderlich an letzter Stelle lag. Dennoch liegt der Gesamtanteil der Ausgaben für Gesundheit, Bildung und soziale Sicherung und Wohlfahrt in Prozentanteilen gemessen am internationalen Standard immer noch vergleichsweise niedrig.

Verglichen mit dem Grad der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung kann die Entwicklung des Sozialwesens keine entsprechende Aufmerksamkeit oder vergleichbaren Fortschritte verzeichnen. Erst vor

kurzem widmeten diese Länder sozialen Entwicklungszielen als Teil ihrer nationalen Entwicklungspläne die notwendige Beachtung, zum Beispiel im 'Mittelfristigen Entwicklungsplan der Philippinen', oder in Thailands 'Nationalem Wirtschaftlichen und Sozialen Fünf-Jahres-Entwicklungsplan', oder in Indonesiens 'Repelita VI' (Osteria 2000).

Sozialversicherungen sind in diesen vier Ländern nicht weit verbreitet. Das Ausmaß der Leistung, die bei Fälligkeit der Versicherung ausgeschüttet wird, variiert unter den Beschäftigten und zwischen denen des privaten und denen des öffentlichen Sektors. Diese Systeme spiegeln die Ideologie der Statusdifferenzierung wider, und die Folge besteht in einer Verstärkung der gesellschaftlichen Fragmentierung. Der Anteil der Bevölkerung, die an diesen Versicherungen partizipierte, war Mitte der Neunziger sehr begrenzt (jeweils 9, 18, 20 and 29 Prozent in Indonesien, Thailand, Malaysia und den Philippinen zwischen 1992 und 1995). Die Regierungen spielten nur eine kleine Rolle, die sich im wesentli-

**Tab. 2: Öffentliche Ausgaben nach Bereichen in Prozent am BIP (1993-1998)**

	Gesundheit	Bildung	Soziale Sicherheit und Wohlfahrt
Indonesien	0,6	1,4	0,9
Malaysia	1,3	4,9	1,4
Philippinen	1,7	3,4	--
Thailand	1,7	4,8	0,8

Quelle: *World Development Indicators 2000.*

chen darauf beschränkte, Pflichtversicherungsprogramme für im Privatsektor Beschäftigte zu verwalten und zu überwachen, gleichzeitig aber die Verantwortung für die Finanzierung einer Versicherung für öffentliche Angestellte zu tragen (Ramesh 2000).

pinen schrumpfte das Pro-Kopf-Einkommen gemessen an Haushalten im selben Zeitraum um 12 Prozent. Die schwierigste Phase der Krise trat 1998 ein. Anschließend stabilisierte sich die Wirtschaft langsam, Arbeitslosigkeit und Einkommensrückgang fielen nicht so

zwischen Stadt und Land, stellen ebenfalls ein Problem dar (siehe Tabelle 5).

Die Finanzkrise und ihre sozialen Auswirkungen haben zu wichtigen Einsichten geführt. Die Krise enthüllte, wie wenig die meisten Regierungen und die staatlichen Pro-

**Tab. 3: Sozialversicherung und Sozialhilfe**

	Sozialversicherung				Sozialhilfe
	Alter, Erwerbsunfähigkeit, Todesfall	Erkrankung, Mutterschaft	Ärztliche Betreuung	Arbeitsunfälle	
Indonesien	X			X	X
Malaysia	X			X	X
Philippinen	X	X	X	X	X
Thailand	X	X	X	X	X

Quelle: Asiatische Entwicklungsbank ADB 2003.

### Die Finanzkrise – Erste Auswirkungen und Reaktionen

Die unmittelbarste Folge der Finanzkrise bestand in einem dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit, begleitet von einem Rückgang des Durchschnittseinkommens der Arbeitnehmer. Die Lage war besonders schlimm in Indonesien, den Philippinen, Malaysia und Thailand, die sich zum selben Zeitpunkt den Folgen einer hohen Inflationsrate ausgesetzt sahen (siehe Tabelle 4).

drastisch aus wie erwartet. Es gab in den besagten Ländern eine leichte Zunahme bei der Ungleichverteilung der Einkommen, von der nur Indonesien ausgenommen war (Chan 2002).

Gleichzeitig wuchs die Zahl der Menschen, die in Armut leben, in der Anfangsphase der Finanzkrise dramatisch an, besonders in Indonesien, um dann nach und nach zu sinken und sich zu stabilisieren (Weltbank 2000b). In Indonesien hat sich das Eintreten von Armut zwischen 1996 und 1998 um 79,6 Prozent erhöht (insgesamt 20,3

gramme auf solch eine Herausforderung vorbereitet waren. Infolge der Krise begriffen sie, dass die Mittel der öffentlichen Hand nicht ausreichten, um mit einem derartigen Anstieg der Anforderungen im sozialen Bereich fertig zu werden (Atinc 2000; Ramesh 2000). Seitdem setzen die Regierungen für die Verbesserung ihrer sozialen Sicherungssysteme mehr Mittel ein, um die unmittelbaren Negativauswirkungen der Krise, wie Arbeitslosigkeit und Armut, in Angriff nehmen zu können.

Die anfänglichen Reaktionen der asiatischen Länder veranschaulichen die typischen wohlfahrtstaatlichen Strategien und Einrichtungen, wie man sie in diesem Teil der Welt verwendet. Wenn sich Einzelpersonen mit wirtschaftlichen Problemen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit konfrontiert sehen, besteht

ihre erste Reaktion darin, sich auf Arbeitssuche zu begeben, manchmal mit staatlicher Hilfe. Gleichzeitig kann die Wirtschaft der Haushalte der neuen Situation angepasst werden, um die Nöte zu

**Tab. 4: BSP pro Kopf in US-Dollar und Inflationsrate, 1997 –1999**

Land	1997		1998		1999	
	BSP pro Kopf	Inflationsrate	BSP pro Kopf	Inflationsrate	BSP pro Kopf	Inflationsrate
Malaysia	4.680	3,35	3.600	9,10	3.400	1,42
Thailand	2.800	4,33	2.200	9,17	1.960	-2,91
Philippinen	1.220	6,00	1.050	10,49	1.020	7,51
Indonesien	1.110	12,58	680	73,07	580	17,17

Quelle: World Development Indicators, verschiedene Jahrgänge.

Ein Vergleich der Daten von 1998 mit denen von 1997 zeigt, dass das Realeinkommen der Arbeitnehmer in Thailand, Indonesien und Malaysia um jeweils 21, 27 und 1 Prozent zurückgingen. In den Philip-

prozent der Bevölkerung). Thailand musste im selben Zeitraum eine Zunahme der Armutsrate von 14 Prozent verzeichnen (Weltbank 2000a: Schaubild 6.1). Regionale Unterschiede, besonders solche

**Tab. 5: Index für Armut und Ungleichverteilung des Vermögens**

	Bevölkerungsanteil in Armut (in Prozent), nationale Ebene			Jahr	Gini-Koeffizient
	Gesamt	Städtisch	Ländlich		
Indonesien	20,3	17,8	22,0	1998	36,5
Malaysia	8,0	k.A.	k.A.	1998	48,5
Philippinen	40,6	22,5	51,2	1997	46,2
Thailand	12,9	1,5	17,2	1998	41,4

Quelle: ADB 2003: S. 97.

begrenzen. Wenn sich Einzelpersonen dieses nicht leisten können, müssen sie den Staat um Hilfe ersuchen. Dieses hat den Druck auf die staatlichen Systeme der sozialen Sicherung verstärkt (Chan 2002).

In einigen Ländern kam es dazu, dass die Ortsgemeinden ihre Kräfte mobilisierten. Das geschah auf eigene Initiative der Gemeinde oder mit Hilfe der Regierung bzw. ausländischer Hilfsorganisationen. In Thailand berücksichtigten und förderten die Planungen die Bedeutung von Basisorganisationen, so wie Sparvereine, Genossenschaften, örtliche Wohlfahrtsvereine, Dorfbanken und dörfliche Gewerbevereinigungen, um gegen Probleme einzelner Personen oder ganzer Gemeinschaften vorzugehen. Die Regierung gewährte einen Zuschuss zu den dörflichen Finanzmitteln und arbeitete mit verschiedenen lokalen Gemeinden zusammen, um den sozialen Zusammenhalt und das Bewusstsein für die Notwendigkeit gegenseitiger Unterstützung zu stärken (Na Ranong 2001).

Arbeitsmarktstrategien stellten in den anfänglichen Maßnahmen der Länder einen weiteren Schwerpunkt dar. Neben den passiven Arbeitsschutzeinrichtungen wie der Verbesserung von Arbeitsrichtlinien widmeten die Regierung der aktiven

Arbeitsmarktpolitik mehr Aufmerksamkeit. Interventionen auf dem Arbeitsmarkt fanden vor der Krise nur begrenzt statt, wurden in den Philippinen, Indonesien und Thailand aber immer beliebter. Die Maßnahmen umfassen direkte Beschäftigungsprogramme, Programme zur Unterstützung von Existenzgründungen und Wirtschaftsförderung. Sie ermöglichen berufliche Aus- und Weiterbildung sowie Arbeitsvermittlung.

Im Rahmen von staatlichen Arbeitsförderungsmaßnahmen hat Indonesien versucht, eine umfassende Datenbank über Entlassungen, Arbeitssuchende und freie Stellen aufzubauen, was aber bislang zu keinem nennenswerten Erfolg führte. Malaysia startete 1998 ein Programm zur Erfassung und Unterbringung für ausgeschiedene Arbeiter, inklusive Jobmessen. Die Philippinen schufen im Jahr 1998 146 *Public Employment Service Offices* (PESO) und hoben deren Gesamtzahl damit auf 1.825 an –

mit dem Ziel, ein landesweites Netzwerk mit Büros in jeder Provinz und jeder wichtigen Stadt aufzubauen. Thailand unterhält für Bangkok sieben und in den anderen Provinzen weitere 76 Arbeitsvermittlungszentralen, die entsprechende Informationen verfügbar machen. Zu Weiterbildungszwecken wurden in allen vier Ländern von den Regierungen für ausgeschiedene Arbeitnehmer Umschulungsprojekte angeboten. Diese Fortbildungsprogramme dienten bei ihnen sowohl der Erhöhung ihrer Vermittelbarkeit als auch dazu, einigen von ihnen beim Aufbau der beruflichen Selbstständigkeit zu helfen (Betcherman 1999).

Bei der Schaffung von Arbeitsplätzen wurde durch staatliche Arbeitsbeschaffungsprogramme und Unterstützung für kleine und mittelständische Unternehmen sowie Selbstständigenförderung einiges erreicht. In Indonesien beispielsweise wurde im Dezember 1997 ein Programm über mehrere Millionen Rupiah für die aus der Baubranche und der verarbeitenden Industrie entlassenen Arbeiter gestartet. Ein zweites folgte im April 1998. Die Beschäftigungsprogramme der Philippinen haben im Jahr 1997 mindestens 476.000 Stellen geschaffen. Malaysia hat im Jahr 1998 einen Fond für Klein- und Kleinstunternehmer sowie einen SME-Fond (für kleine und mittelständische Unternehmen) vom Stapel gelassen, die Selbstständig-

**Tab. 6: Arbeitsmarktprogramme**

	Aktiv			Passiv	
	Arbeitsvermittlung	Fortbildung	Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	Arbeitslosenversicherung	Arbeitsrichtlinien
Indonesien		X	X		X
Malaysia	X	X	X		X
Philippinen	X	X	X		X
Thailand	X	X	X		X

Quelle: ADB 2003.



**Tab. 7: BIP pro Kopf (in US-Dollar, Kurs von 1995) und jährliche Wachstumsrate des BIP in Prozent, 1999-2003**

Land	1999		2000		2001		2002		2003	
	BIP	Wachstum	BIP	Wachstum	BIP	Wachstum	BIP	Wachstum	BIP	Wachstum
Indonesien	980	0,8	1.015	4,9	1.036	3,4	1.060	3,7	1.090	4,1
Malaysia	4.541	6,1	4.808	8,5	4.715	0,3	4.811	4,2	4.965	5,2
Philippinen	1.133	3,4	1.173	6,0	1.182	3,0	1.209	4,4	1.239	4,5
Thailand	2.721	4,4	2.828	4,8	2.866	2,1	3.000	5,4	3.182	6,7

Quelle: ADB 2003.

keit und neue Arbeitsplätze in der verarbeitenden Industrie fördern sollen. Thailand verfügt auch über ein '10.000-Baht-Job'-Minijob-System und ein gruppenbasiertes Kleinstsubventions-System, um Jobs und Einkommen entstehen zu lassen (Islam et. al. 2001).

### Die Zeit nach der Krise – Probleme und weitere Maßnahmen

Es wird allgemein angenommen, die Krise sei vorüber, und jene Länder, die von ihr in Mitleidenschaft gezogen wurden, seien wieder auf dem rechten Weg. Verschiedene wirtschaftliche und soziale Indikatoren bestätigten diese Beobachtung. Beispielsweise hat sich das reale Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in allen diesen vier Ländern zwischen 1999 und 2003 um beinahe oder sogar mehr als 10 Prozent erhöht. Alle vier registrierten im selben Zeitraum gleichermaßen eine anhaltend positive Entwicklung ihres BIP, auch wenn die Wachstumsraten seit 2001 niedriger ausgefallen sind (siehe Tabelle 7). Dieses könnte ein Zeichen für die zunehmende Unbeständigkeit der nationalen wie der globalen Wirtschaftssysteme sein. Berücksichtigt man die Arbeitslosenquote, dann hat sich die Lage stabilisiert. Dennoch zeigt ein Vergleich zwischen den Quoten von 2004 und 1997, dass die Gesamtentwicklung eher verhalten ist. Besonders die Quoten von 2004 sind

allesamt höher als die von 1997 (siehe Tabelle 8).

Vergleicht man die Wachstumsraten von BIP und Beschäftigung in diesen vier Ländern, kann man er-

schluss und angemessenen sanitären Einrichtungen ausgeschlossen waren (NSO 2005). Das Verhältnis von städtischer und ländlicher Armutsrate ist in den Staaten im-

**Tab. 8: Arbeitslosenquote, 1999 – 2003, in Prozent**

	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Indonesien	4,7	6,4	6,1	8,1	8,9	9,1	9,6
Malaysia	2,5	3,4	3,0	3,5	3,5	3,6	3,5
Philippinen	7,9	9,6	10,1	9,8	11,4	11,4	11,8
Thailand	0,9	3,0	2,4	2,6	1,8	1,5	2,1

Quelle: Internationale Arbeitsorganisation ILO 2005: Tabelle 3.

kennen, dass erstere deutlich höher liegt als letztere – ein signifikantes Zeichen für die grundsätzlich vorhandenen Trends des 'jobless growth' (siehe Tabelle 9). Was die Armut betrifft, konnte der Prozentsatz der Bevölkerung, der mit weniger als einem US-Dollar pro Tag auskommen muss, in den auf die Finanzkrise folgenden Jahren stabil gehalten werden. Dennoch lebten in den Philippinen laut dem jährlichen Armutsbericht von 2004 20 Prozent der Familien unter dem Existenzminimum, was bedeutete, dass sie vom Zugang zu sauberem Trinkwasser, Stroman-

mer noch von deutlichen Unterschieden geprägt. Es reicht von 1 zu 1,45 in Indonesien, über 1 zu 2,32 in den Philippinen und 1 zu 3,15 in Thailand bis zum Höchstwert von 1 zu 3,65 in Malaysia (siehe ADB 2005: Tabelle 2.4). Auf Staatsausgaben bezogen, gemessen am Prozentsatz der Sozialausgaben im Budget, hat Bildung weiterhin den höchsten Anteil. Im Bereich der sozialen Sicherung und der Wohlfahrt kann Wachstum beobachtet werden, speziell in Thailand. Derartige Entwicklungen zeigen, dass alle Regierungen die Notwendigkeiten begriffen und ih-

**Tab. 9: BIP und Wachstumsraten der Beschäftigung in Prozent, 1999-2003**

	Wachstumsrate BIP	Wachstumsrate Beschäftigung
Indonesien	17,2	2,2
Malaysia	19,3	11,7
Philippinen	19,1	13,7
Thailand	20,4	8,1

Quelle: Internationale Arbeitsorganisation ILO 2005: Schaubild 2.

ren Anteil an den Sozialausgaben erhöht haben, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Offensichtlich sind die ausgedehnten Investitionen noch nicht ausreichend, um allen Anforderungen gerecht zu werden. Besonders schwierig ist die Lage in Indonesien, wahrscheinlich in Folge eines Mangels an entsprechenden Ressourcen und aufgrund einer inkompetenten Verwaltung. Das führte dazu, dass sich mehr und mehr Menschen wieder der kostengünstigeren traditionellen Medizin zuwenden (insgesamt 15,04 Prozent im Jahr 1999 und 30,67 Prozent 2003). Thailand hat bei der Ausdehnung seines sozialen Sicherungssystems durch mehrere Programme für ab-

95,4 Prozent im Jahr 2004 (*Prime Minister Policy Statement*, 23. März 2005).

Trotzdem decken diese Versicherungen nicht die wachsende Zahl der Arbeiter aus dem informellen Sektor ab, die im nicht-landwirtschaftlichen Bereich inzwischen einen beachtlichen Teil der Arbeitskraft ihrer Länder stellen – je 78, 72 und 51 Prozent in Indonesien, den Philippinen und Thailand im Jahr 2000 (ILO 2005). Dieser Prozentsatz wird infolge des fehlenden Wachstums auf dem ersten Arbeitsmarkt weiterhin zunehmen. In Indonesien beispielsweise wuchs die Zahl der Gelegenheitsarbeiter zwischen 2001 und 2003 um 26,7 Prozent (Angelini &

Beschäftigte zu erweitern, war das Resultat ziemlich unbefriedigend. Im Jahr 2002 hatte JAMSOSTEK 18,4 Millionen Versicherte (insgesamt 18 Prozent der wirtschaftlich aktiven Bevölkerung), aber nur 9,4 Millionen zahlten tatsächlich Beiträge. Nur 18 Millionen Menschen waren durch diverse Krankenversicherungen abgesichert. 30 Millionen wären es, würde man die privat Versicherten hinzurechnen (siehe Angelini & Hiroshi 2004: Tabelle 4.2).

In Thailand stellte sich heraus, dass, je kleiner die Firma war, der Versicherungsgrad ihrer Angestellten entsprechend geringer ausfiel. Statistiken besagten, dass bei Firmen mit einem bis vier Angestellten bis zu 90 Prozent der Beschäftigten unversichert sein könnten. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass nur 20 Prozent seiner Bevölkerung eine soziale Absicherung besaßen und dass der Anteil der Versicherten in Bangkok und anderen Zentren zwischen 28 und 38 Prozent lag, gegenüber 12 bis 17 Prozent in anderen Regionen. Die Mehrheit der nicht abgesicherten Arbeiter besteht aus 10 Millionen Selbstständigen und den 7 Millionen unbezahlten Arbeitern in Familienbetrieben. 65 Prozent von beiden Gruppen waren im landwirtschaftlichen Sektor beschäftigt (ILO 2004).

Die in der ersten Phase der Krise eingeführten Arbeitsmarktstrategien wurden weitgehend fortgeführt und wahlweise ausgeweitet. Die malaysische Regierung beispielsweise hat den Fond für kleine und mittelständische Unternehmen von 1,6 Milliarden auf 4,5 Milliarden Malaysische Ringgit verdreifacht. Der Fond für Neunternehmer wird im Haushalt für 2005 von 500 Millionen auf zwei Milliarden Ringgit aufgestockt. Beim Arbeitsschutz haben die vier Länder die Praxis der Ratifizierung

**Tab. 10: Ausgaben nach Staatsaufgaben, Zentralregierung ( in Prozent )**

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Bildung</b>						
Indonesien	--	5,4	5,0	6,5	8,5	--
Malaysia	21,0	23,7	25,0	28,1	25,5	21,5
Philippinen	16,6	17,1	20,6	16,9	16,0	15,5
Thailand	23,0	25,8	24,4	23,4	24,2	--
<b>Gesundheit</b>						
Indonesien	--	1,8	1,3	1,6	2,9	--
Malaysia	5,5	6,4	6,3	6,4	7,8	7,8
Philippinen	2,3	2,2	2,1	2,0	1,6	1,5
Thailand	7,6	7,6	9,6	7,3	8,0	--
<b>Soziale Sicherheit und Wohlfahrt</b>						
Indonesien	--	--	--	--	--	--
Malaysia	3,5	3,7	4,5	4,6	5,3	4,1
Philippinen	1,9	3,9	4,3	4,9	4,2	4,5
Thailand	4,2	6,2	6,7	8,5	12,2	--

Quelle: ADB 2005.

hängig Beschäftigte grundsätzliche Erfolge erzielen können, so durch das SSO-Programm, das Programm für öffentliche Angestellte, für Staatsbetriebe und für Lehrer an Privatschulen. Die Zahl der Menschen, die durch das 'Dreißig-Baht-Programm' mit einer allgemeinen Krankenversicherung ausgestattet werden konnten, wuchs von 78,2 Prozent im Jahr 2000 auf

Hiroshi 2004: Tabelle 2.6).

Die Regierungen stehen diesem Phänomen nicht tatenlos gegenüber, aber ihre Maßnahmen führen nur zu bescheidenen Ergebnissen. Trotz der Verpflichtung, die sich die indonesische Regierung in der Anfangsphase der Krise selbst auferlegt hatte, die Anzahl der Versicherten im Zeitraum von 1999 bis 2003 um zehn Millionen

und Umsetzung verschiedener von der ILO befürworteter Arbeitsstandards fortgesetzt. Von 1999 bis Mitte 2005 haben Indonesien, Malaysia, die Philippinen und Thailand jeweils 6, 2, 3 und 3 zusätzliche internationale Konventionen ratifiziert. In Indonesien erlaubt seit 2000 das Gesetz über die Gewerkschaften die Mitgliedschaft in Gewerkschaften, die nur aus zehn Arbeitern bestehen müssen. Dazu legt es Regeln für Gewerkschaften und Gewerkschaftsarbeit fest. Das Gesetz über den Schutz von

## Erfolge und Schwächen

In dieser kurzen Überprüfung des Fortschrittes der vier Länder beim Aufbau eigener sozialer Sicherungssysteme zeigte sich, dass sie auch in der Zeit nach der Krise die Weiterentwicklung und Erhöhung der Leistungen fortgesetzt haben. Dennoch zeigen die Statistiken auch, dass sich das Wachstum in der Zeit nach der Krise verglichen mit der Anfangsphase verlangsamt hat. Folgende Schwächen können

mehr erreicht haben wird, verglichen mit 6 Prozent in Malaysia und Indonesien sowie 5 Prozent in den Philippinen. Auch wenn Alterung im Moment noch keine drückende Herausforderung sein mag, müssen diese Länder dennoch auf lange Sicht funktionsfähige und nachhaltige Rentensysteme vorbereiten. Die ADB hat warnend angemerkt, dass sich die informellen Sicherungsnetze infolge der Modernisierung und der Migrationbewegungen langsam aber kontinuierlich auflösen, und dass es

**Tab. 11: Ratifizierung von ILO-Konventionen**

	Koalitionsfreiheit und Tarifverhandlungen		Beseitigung von Zwangsarbeit und Frondienst		Beseitigung von Diskriminierung in Beruf und Beschäftigung		Abschaffung von Kinderarbeit		Gesamtzahl der ratifizierten ILO-Konventionen
	C.87	C.98	C.29	C.105	C.100	C.111	C.138	C.182	
Indonesien	X	X	X	X	X	X	X	X	17
Malaysia		X	X	X	X		X	X	34
Philippinen	X	X		X	X	X	X	X	31
Thailand			X	X	X		X	X	14

Quelle: ILO, 2005.

beitskraft von 2003 liefert Regeln und Bestimmungen für Vertragsarbeit und Outsourcing (ADB 2005: 51).

Mit Ausnahme Malaysias, das ein begrenztes Mindestlohnsystem für bestimmte Beschäftigungsformen besitzt, haben Indonesien, die Philippinen und Malaysia nach der Krise eine Mindestlohnklausel geschaffen und verbessert. Die monatlichen Raten variieren den Lebensstandards entsprechend zwischen verschiedenen Provinzen, zum Beispiel im Jahr 2003 von 32,80 US-Dollar in Ostjava bis hin zu 73,60 Dollar in Jakarta. Darüber hinaus ist die Durchsetzung von Arbeitsstandards in diesen Ländern ein großes Problem. 2002 wurde beispielsweise in den Philippinen festgestellt, dass nahezu 60 Prozent der Unternehmen Arbeitnehmerrechte verletzen und 30 Prozent von ihnen nicht den Mindestlohnanforderungen entsprechen.

festgestellt werden: Es gibt immer noch Versorgungslücken, die Arbeitslosenquoten liegen immer noch über denen vor der Krise, Ungleichheiten zwischen den Schichten und zwischen Stadt und Land bestehen fort, Befolgung und Durchsetzung von Arbeitsstandards sind immer noch ein Problem, und die begrenzte Reichweite der bestehenden Versicherungsmodelle genügt höchstens den Beschäftigten des ersten Arbeitsmarktes und des öffentlichen Sektors. Die positive Entwicklung der Wirtschaft führte nicht zu entsprechendem Beschäftigungswachstum.

Obwohl sich diese vier Länder zur Zeit nicht unmittelbar dem Problem einer überalternden Gesellschaft gegenübersehen, zeigen Projektionen für das Jahr 2015 doch, dass Thailand dann für Menschen über 65 Jahren in seiner Bevölkerung eine Rate von 8 Prozent und

notwendig sei, die Investitionen in die gegenwärtig unterfinanzierten und begrenzt gültigen Sozialschutzsysteme zu erhöhen (ADB 2003; 2005).

In Zeiten zunehmender Globalisierung sehen sich Länder zunehmend Risiken durch zukünftige gesamtwirtschaftliche Erschütterungen und daher durch Rezessionen verursachte Arbeitslosigkeit und Armut gegenüber. Zur Vorbereitung auf diese Risiken und zu ihrer Minimierung müssen die Ausbildungsprogramme für Arbeitnehmer fortgesetzt und ausgeweitet werden, um die Verwendungsfähigkeit und die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Arbeitnehmerschaft zu verbessern. Kleinräumige und lokal angesetzte Maßnahmen zur Stärkung der informellen und ländlichen Arbeitsmärkte sind von besonderer Bedeutung.

## Literatur:

---

- ADB (2003) Social Protection – Our Framework, Policies and Strategies, Manila: ADB
- ADB (2005) Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries, 2005. Manila: ADB
- Angelini, J & Hiroshi, K (2004) Extension of Social Security Coverage for the Informal Economy in Indonesia. Manila: ILO Sub-office for Southeast Asia and the Pacific.
- Atinc, T.M. (2000), Coping with Crises: Social Policy and the Poor, Paper presented in the Parallel Session to the Annual World Bank Conference on Development Economics, June 27, 2000, Paris.
- Betcherman, G, Dar, A, Luinstra, A. & Ogawa, M (1999) Active Labor Market Policies: Policy Issues for East Asia. Washington, D.C.: Social Protection Unit, The World Bank.
- Chan, R.K.H. (2002) Welfare Systems in Southeast Asia: development and challenges, in Chan, R.K.H., Ngan, R.M.H. & Leung, K.K. (eds) Development in Southeast Asia: Review & Prospects. Aldershot: Ashgate, pp.131-162.
- ILO, Social Security Office – Ministry of Labor & National Statistics Office – Ministry of Information and Communication Technology, (2004) Thailand Social Security Priority and Needs Survey. Bangkok: ILO Sub-regional Office for East Asia.
- ILO (2005) Labor and Social Trends in Asia and the Pacific, 2005, Bangkok: ILO Regional Office of Asia and Pacific
- Islam, R, Krishnamurty, J, & Puri, S (2001) Active Labor Market Policies in East and South-East Asia: What has been done and what can be done? Paper prepared for the World Bank-ILO-JMOL-PDOLE Seminar on Labor Market Policies: their implications for East and South East Asia, Manila, 1-2 March, 2001.
- Na Ranong, A. (2001), Vulnerability and Poverty, paper presented in The Third Asia Development Forum, June 11-14, 2001, Bangkok.
- NSO (2005) 2004 Annual Poverty Indicators Survey (APIS) (Preliminary Results), Manila: NSO
- Osteria, T. S. (2000) Southeast Asia: The Decentralization of Social Policy. In Daniel Morales-Gómez (ed) Transnational Social Policies: The New Development Challenges of Globalization. Ottawa: IDRC.
- Ramesh, M with Asher, M.G. (2000) Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, health and Education Policies. London: Macmillan.
- World Bank (2000a), East Asia: Recovery and Beyond, Washington D.C.: World Bank.
- World Bank (2000b), Poverty Trends and Voices of the Poor, Washington D.C.: World Bank.
- World Bank, World Development Report, Washington D.C.: World Bank, various years
- Übersetzung aus dem Englischen von Peter Schnabel.

# Asien „ergraut“ – Alterung der Bevölkerung und soziale Sicherung in Ost- und Südostasien

---

Von Karl Husa und Helmut Wohlschlägl

Als im Jahr 1982 in Wien die erste „UN World Assembly on Ageing“ stattfand, wurde von den meisten Konferenzteilnehmern der Alterungsprozess der Bevölkerung noch als ein Problem betrachtet, von dem primär die Industriestaaten des Westens betroffen waren. Die meisten Regierungen der so genannten „Dritten Welt“ – und so auch jene vieler asiatischer Staaten – sahen sich damals noch mit ganz anderen Bevölkerungsproblemen konfrontiert: An der Spitze der demographischen Prioritätenliste standen Themen wie die Eindämmung des raschen Bevölkerungswachstums, die Schaffung von ausreichenden Arbeitsplätzen für eine rasch wachsende Erwerbsbevölkerung, Maßnahmen zur Stabilisierung der Land-Stadt-Migration und Verbesserungen im Bildungs- und Gesundheitsbereich. Zwei Jahrzehnte später hingegen, bei der „Second World Assembly on Ageing“ der Vereinten Nationen in Madrid im Jahr 2002, war der rasche demographische Alterungsprozess von Bevölkerungen bereits zu einem Thema von globalem Interesse aufgestiegen, denn es zeichnete sich bereits deutlich ab, dass die Alterung nun nicht mehr nur eine Angelegenheit der Staaten des Nordens ist, sondern in absehbarer Zeit auch eine erhebliche Herausforderung für immer mehr Länder der sog. „Dritten Welt“ darstellen wird.

Unter den sog. „Newly Industrializing Countries“ waren es vor allem zahlreiche Staaten Ost- und Südostasiens, die als erste die großen sozialen und wirtschaftlichen Her-

ausforderungen erkannten, mit denen sie durch die dynamischen Veränderungen in der Altersstruktur ihrer Bevölkerungen in den kommenden Jahrzehnten konfrontiert sein werden. Das jüngst erwachte Problembewusstsein der Staaten Asiens manifestiert sich auch in einer Reihe von hochkarätig besetzten Seminaren und Konferenzen, die in den letzten Jahren abgehalten wurden und auch bereits erste konkrete Ergebnisse mit sich brachten: Bereits 1998 wurde von den Mitgliedsstaaten der „United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Region“ (ESCAP) die sog. „Macao Declaration on Ageing for Asia and The Pacific“ verabschiedet. Im Jahr 2002 wurde dieser erste regionale Aktionsplan, der sich mit Fragen der demographischen Alterung auseinandersetzt, durch die „Shanghai Implementation Strategy“ noch weiter konkretisiert und ergänzt. Auch auf wissenschaftlicher Ebene boomt das Interesse an alternden Gesellschaften: Die Zahl der auf Asien bezogenen einschlägigen Veröffentlichungen ist in den letzten Jahren geradezu zur Flut angewachsen und das „Alters-thema“ hat mittlerweile schon längst die Jahrzehnte lang dominierenden Forschungsbereiche Fertilität, Familienplanung etc. von der Spitze der demographischen Forschungsagenden verdrängt. Die im Februar 2006 in Honolulu abgehaltene „Hawaii’s International Conference on Aging“ mit dem Titel „Active Aging in Asia Pacific: Showcasing Best Practices“ stellt

dafür ein eindrucksvolles Beispiel dar.

Das neu erwachte Interesse an Dimensionen und Folgen des unaufhaltsam voranschreitenden Alterungsprozesses der ost- und südostasiatischen Gesellschaften spiegelt sich auch in den Massenmedien wider: „Grey boom on its way“ lautete zum Beispiel der Titel des Leitartikels der englischsprachigen thailändischen Tageszeitung „The Nation“ anlässlich des Weltbevölkerungstages am 11. Juli 2001, und in einem ähnlichen Stil berichtete „Xinhua“, die offizielle Nachrichtenagentur der VR China, mit dem Aufmacher „Aging Challenges Asia-Pacific“ (Xinhua News Agency, May 17, 2002) von den erheblichen Herausforderungen, die durch die „growing greying population“ auf viele asiatische Staaten in den nächsten Jahrzehnten zukommen werden. Die Liste einschlägiger Berichte in asiatischen Massenmedien aus den letzten Jahren ließe sich beliebig verlängern. In der Wahrnehmung des „neuen“ demographischen Top-Themas „Alterung“ besteht allerdings – sowohl auf Regierungsebene als auch in Wissenschaft, Massenmedien und öffentlicher Meinung – verglichen mit jener der in den letzten Jahrzehnten aktuellen „alten“ demographischen Fragen ein eklatanter Unterschied: Der drastische Rückgang der Fertilität bei gleichzeitig kontinuierlich zunehmender Lebenserwartung wurde als großer Erfolg begrüßt und durch breit angelegte familienplanerische Maßnahmen unterstützt (vgl. Knodel 1999), die Konsequenzen dieser

beiden demographischen Prozesse für die Alterung hingegen werden weit weniger euphorisch aufgenommen und vielfach eher als ungünstige Nebeneffekte betrachtet, was auch in einer ausgeprägten „demographischen Krisenrhetorik“ zum Ausdruck kommt. Das Paradebeispiel schlechthin für eine derartige negative Grundeinstellung zum Thema Altern von Gesellschaften stellt ein Weltbank-Bericht aus dem Jahr 1994 dar, der den wenig freundlichen Titel „Averting the Old Age Crisis“ trägt (World Bank 1994).

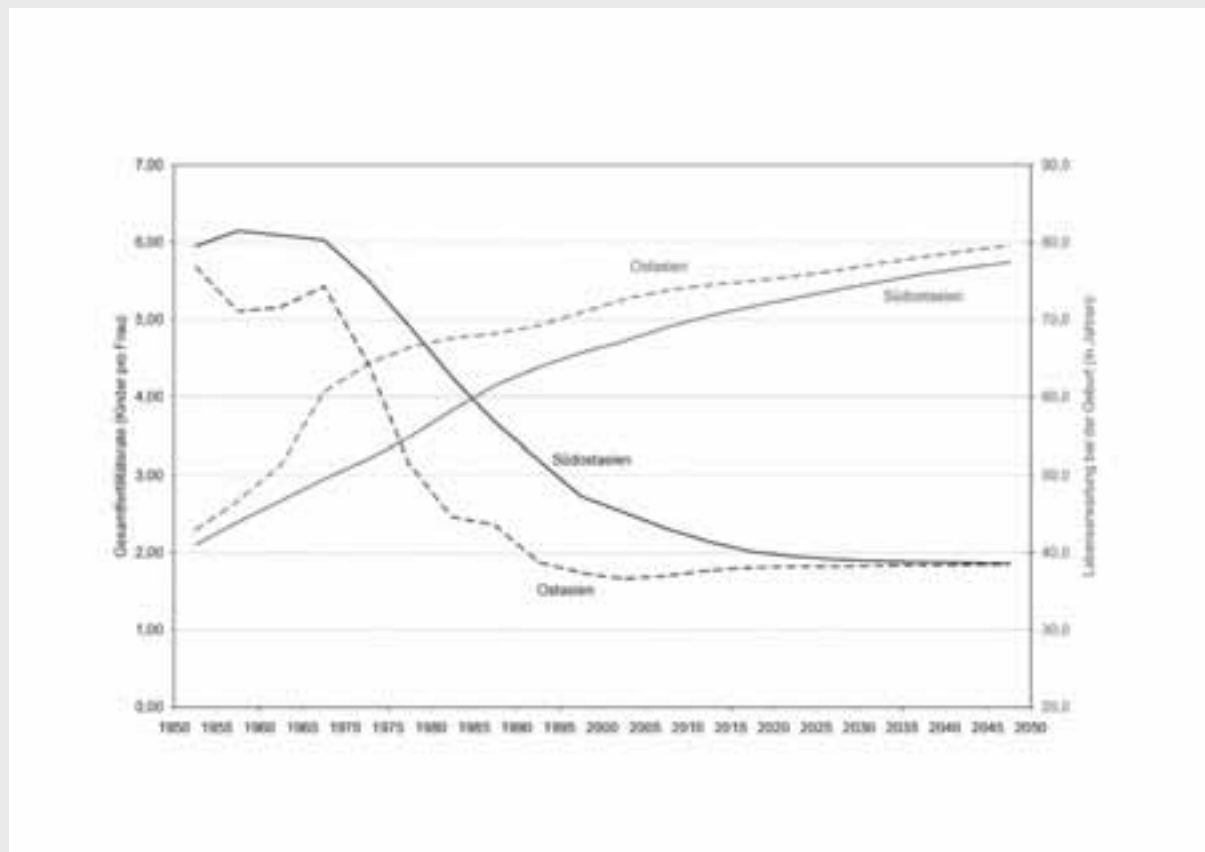
Dass gerade in Südost- und Ostasien den steigenden Anteilen älterer Menschen größere Beachtung geschenkt wird als in anderen Regionen der Dritten Welt mag zu-

nächst vielleicht überraschen, kommt aber nicht von ungefähr. Gerade diese Weltregionen hatten in den letzten drei Dekaden des 20. Jahrhunderts einen dynamischen Fertilitätsrückgang und parallel dazu – zeitlich etwas verzögert – auch eine kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung zu verzeichnen. Die Folgen für die nächsten Jahrzehnte sind un schwer abzuschätzen: Viele Staaten der Region werden in absehbarer Zeit mit der Herausforderung von historisch beispiellos hohen Anteilen älterer Menschen in ihren Bevölkerungen konfrontiert sein. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist der Anteil der älteren Bevölkerung – definiert als die 60- und Mehrjährigen – in den meisten Staaten (mit

Ausnahme Japans) noch gering, die entsprechenden Prozentsätze werden jedoch bis zur Jahrhundertmitte mit alarmierender Geschwindigkeit zunehmen. Derzeit zählt zum Beispiel in Südostasien grob gesprochen erst eine von 14 Personen zur Altersgruppe der 60- und Mehrjährigen, um 2050 wird es bereits mehr als jeder Fünfte sein, für Ostasien lauten die entsprechenden Relationen eine von acht Personen für 2000 bzw. eine von drei (!) für 2050.

Die meisten Staaten der Region stehen also erst am Beginn des Alterungsprozesses, so dass die frühe Einbeziehung von möglichen Problemen, die durch das rasche Altern der Gesellschaften entstehen, in die langfristigen sozialen und

**Abb. 1: Die demographischen Triebkräfte des Alterungsprozesses in Ost- und Südostasien: Dynamik des Fertilitätsrückgangs und Anstiegs der Lebenserwartung bei der Geburt 1950/55 bis 2050**



Datengrundlage: United Nations 2005: World Population Prospects – The 2004 Revision. Eigener Entwurf.

wirtschaftlichen Planungen zunächst überraschend anmutet. Die finanzielle, ökonomische und soziale Krise, die viele Staaten ab der Jahresmitte 1997 – zum Teil für mehrere Jahre und bis in ihre Grundfesten – erschüttert hat und unter der Bezeichnung „Asienkrise“ international bekannt wurde, hat allerdings auch den Blick der Regierungen für die Unzulänglichkeiten der bestehenden Sozialsysteme und des sozialen Risikomanagements geschärft. Man erkannte, dass aufgrund der Dynamik des demographischen Transformationsprozesses nicht viel Zeit bleibt, Strategien zur Anpassung der sozialen Sicherungssysteme wie auch der Gesundheitssysteme an den demographischen Alterungsprozess einzurichten.

Nicht überall allerdings verlaufen die Veränderungen in der Altersstruktur mit der gleichen Dynamik und nicht in allen Staaten ist der Handlungsbedarf gleichermaßen akut, weshalb es sinnvoll erscheint, zunächst die Triebkräfte des Alterungsprozesses und die daraus resultierenden Veränderungen in der Altersstruktur regional differenziert zu betrachten, bevor in der Folge die Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme und die staatlich unterschiedlichen Reaktionsstrategien vorgestellt und analysiert werden sollen.

### Fertilitätsrückgang und ansteigende Lebenserwartung – die Haupttriebkräfte des Alterungsprozesses

Die Altersstruktur einer Bevölkerung ist im Wesentlichen das Ergebnis jener demographischen Prozesse, die in den vorangegangenen Jahrzehnten abgelaufen sind, wobei die Frage, welcher Einflussfaktor hauptverantwortlich für das rasche Altern einer Bevölkerung ist, spontan meist mit „zunehmen-

de Langlebigkeit“ beantwortet wird. In der Bevölkerungsforschung herrscht allerdings heute generell Übereinstimmung, dass zunächst nicht die ansteigende Lebenserwartung, sondern der Fertilitätsrückgang, also der Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau, die Hauptursache für das Altern von Bevölkerungen ist (vgl. z. B. Ogawa 2003). Sinkende Fertilitätsraten bewirken eine relative Abnahme der jüngeren Altersgruppen innerhalb einer Bevölkerung, führen also zu einem „Altern von der Basis“ her. In fortgeschritteneren Stadien des demographischen Übergangs und mit steigendem sozioökonomischen Entwicklungsstand verschiebt sich das Gewicht der demographischen Einflussfaktoren schließlich zunehmend von der Fertilität zur Mortalität. Während das Absinken der Säuglingssterblichkeit in den frühen Phasen des demographischen Übergangs zunächst zu einer Verjüngung der Bevölkerung führt (weil mehr Neugeborene überleben), bewirkt die rückläufige altersspezifische Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen einen „Alterungsprozess an der Spitze“ der Alterspyramide. Besonders wichtig für die Dynamik des Alterns einer Bevölkerung ist die Geschwindigkeit, mit der die Überlebenswahrscheinlichkeit in den hohen Altersgruppen steigt und diese Steigerung ist in vielen Staaten der Region in den letzten Jahrzehnten deutlich ausgeprägter als in anderen Teilen der Welt: So hat sich zum Beispiel in Japan die fernere Lebenserwartung der 65- und Mehrjährigen zwischen 1970 und 2000 um 44 Prozent erhöht, die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im selben Zeitraum hingegen nur um 9 Prozent (Kinsella und Phillips 2005, S. 9). Was die Ursachen des Alterns der Bevölkerung in Südost- und Ost-

asien betrifft, so ist in den meisten Staaten der Region der Einfluss veränderter Mortalitätsmuster auf Verschiebungen in der Altersstruktur im Vergleich zu den Effekten des Geburtenrückgangs bislang noch relativ begrenzt (vgl. Abb. 1). Noch um 1970 wies kein einziger Staat der Region eine Gesamtfertilitätsrate (TFR) von unter 5 Kindern pro Frau auf, ausgenommen Japan, das aber ebenfalls mit einem Wert von 2,7 Kindern pro Frau 1950/55 noch deutlich über dem sog. „Bestandserhaltungs- oder Ersetzungsniveau“ („Replacement Level“) von 2,1 lag. Mittlerweile hat bereits in allen Staaten Ostasiens ein massiver Geburtenrückgang stattgefunden und nach Schätzungen der UNO lag die TFR in Ostasien im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2005 nur mehr bei 1,7 Kindern pro Frau (United Nations 2003). Japan mit einer TFR von 1,3 und Südkorea mit 1,5 zählen schon seit geraumer Zeit zur Staatengruppe mit den weltweit geringsten Fertilitätsraten und auch die VR China liegt mit einem Wert von 1,8 bereits deutlich unter dem Ersetzungsniveau (vgl. Tab. 1). Auch in Südostasien zeigt die Entwicklung in den letzten Jahren eine zunehmende, allerdings in der Mehrheit der Staaten zeitlich leicht verzögerte Konvergenz zur Situation in Ostasien. Anders als in Ostasien sind hier die regionalen Unterschiede im Fertilitätsniveau noch wesentlich ausgeprägter. Generell gesehen lag die Gesamtfertilitätsrate 2001 mit 2,5 im Vergleich zu Ostasien (1,7) noch deutlich höher und nur Singapur und Thailand haben mit Gesamtfertilitätsraten von 1,4 bzw. 1,8 Kindern pro Frau ein Niveau erreicht, das unter dem Ersetzungsniveau liegt und dem der ostasiatischen Staaten vergleichbar ist. Aber auch in Malaysia, Vietnam, Indonesien, auf den Philippinen und in Myanmar voll-

**Tab. 1: Gesamtfertilitätsrate (TFR) und Lebenserwartung bei der Geburt 1950 bis 2050 in den Staaten Ost- und Südasiens**

	Gesamtfertilitätsrate (TFR)			Lebenserwartung (Männer)			Lebenserwartung (Frauen)		
	1950/55	2000/05	2045/50	1950/55	2000/05	2045/50	1950/55	2000/05	2045/50
Kambodscha	6,29	4,14	2,10	38	52	69	41	60	73
Laos	6,15	4,83	1,89	37	53	70	39	56	74
Myanmar	6,00	2,46	1,85	36	57	72	39	63	77
Vietnam	5,75	2,32	1,85	39	68	77	42	72	81
Brunei	7,00	2,50	1,85	60	74	79	61	79	84
Malaysia	6,83	2,93	1,85	47	71	78	50	76	82
Thailand	6,40	1,93	1,85	50	66	77	54	74	82
Indonesien	5,49	2,37	1,85	37	65	75	38	69	79
Philippinen	7,29	3,22	1,85	46	68	76	50	72	81
Singapur	6,40	1,35	1,84	59	77	83	62	81	86
VR China	6,22	1,70	1,85	39	70	77	42	73	81
China, Hong Kong	4,44	0,94	1,52	57	79	84	65	85	90
Südkorea	5,40	1,23	1,77	46	73	81	49	81	88
Japan	2,75	1,33	1,85	62	78	84	66	85	93

*Gesamtfertilitätsrate (TFR): Durchschnittliche Zahl der pro Frau lebendgeborenen Kinder; Lebenserwartung: In Jahren. Quelle: United Nations 2005.*

vollzieht sich seit geraumer Zeit ein ausgeprägter Prozess des Geburtenrückgangs, sodass auch diese Staaten zu Beginn des 21. Jahrhunderts bereits zur Gruppe der Länder mit intermediären Fertilitätsraten (TFR zwischen 2,4 und 3,2) gezählt werden können (vgl. Caldwell 2002). Nur mehr Kambodscha und Laos weisen noch hohe Geburtenraten auf (TFR jeweils über 4) und liegen somit nur knapp unterhalb der Schwelle von 5 Kindern pro Frau, ab der ein Staat zur Staatengruppe mit hoher Fertilität gezählt wird.

Generell zeigen die Prognosedaten der UNO für die Entwicklung der Fertilität bis zur Mitte dieses Jahrhunderts in den Staaten der Region, dass mit dem Fortschreiten der einzelnen Staaten im Prozess des demographischen Übergangs von hoher zu niedriger Geburtenhäufigkeit der Fertilitätsrückgang in Ostasien bereits seit etwa 2000 und in Südostasien ab etwa 2015/2020 in etwa auf der Höhe des Bestandserhaltungsniveaus von rund 2 Kin-

dern pro Frau oder knapp darunter stabilisiert ist (Tab. 1). Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die vielfältigen Ursachen der rasch sinkenden Kinderzahlen in Südost- und Ostasien näher zu diskutieren. Es sei nur darauf hingewiesen, dass es wohl nicht möglich ist, ihn in allen Staaten der Region nur allein vor dem Hintergrund eines – pointiert ausgedrückt – „sozioökonomischen Determinismus“, wie er auch in der orthodoxen demographischen Transformationstheorie einen zentralen Stellenwert einnimmt und in der von den Vereinten Nationen in den 1960er-Jahren entwickelten sog. „Schwellenwerthypothese“ („threshold hypothesis of fertility decline“) noch besonders akzentuiert wurde, zu erklären (vgl. Husa und Wohlschlägl 2002, 2003). Neben der Fertilität ist – wie eingangs erwähnt – der zweite wesentliche Einflussfaktor auf den Alterungsprozess in einer Veränderung des Mortalitätsmusters zu suchen. Wie in den meisten anderen

Teilen der Welt ist während des letzten halben Jahrhunderts auch in Ost- und Südostasien ein markantes Ansteigen der Lebenserwartung zu verzeichnen, das vor allem auf die massive Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückzuführen ist. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts (im Jahrfünft von 2000 bis 2005) lag die Lebenserwartung bei der Geburt für Ostasien insgesamt bei rund 73 Jahren (71 Jahre für die Männer und 75 Jahre für die Frauen) und für Südostasien bei 67 Jahren (Männer 65 Jahre, Frauen 70 Jahre). Gegenüber der Periode 1950/55 bedeutet dies eine Verlängerung der durchschnittlichen Lebensspanne der Bevölkerung um rund drei Jahrzehnte in Ostasien und um knapp mehr als ein Vierteljahrhundert in Südostasien: Die Generation des beginnenden 21. Jahrhunderts kann somit erwarten, in Südostasien im Durchschnitt um rund 63 Prozent und in Ostasien sogar um 69 Prozent länger zu leben, als dies



bei ihren in den 1950er-Jahren geborenen Vorgängern der Fall war. Trotz der unbestreitbar großen Erfolge, die vor allem bei der Absenkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten in den meisten Staaten der Region erzielt werden konnten, sind die Unterschiede in der Höhe der Lebenserwartung und im Niveau der Säuglingssterblichkeit zwischen den einzelnen Staaten Ost- und Südasiens noch enorm. Während zum Beispiel in Bezug auf die Lebenserwartung bei der Geburt Staaten wie Japan mit durchschnittlich 82 Jahren, Singapur mit 79 Jahren oder Südkorea und Brunei mit rund 76 Jahren weltweit im Spitzenfeld zu finden sind, beträgt diese in Laos erst 55 Jahre, in Kambodscha 56 und in Myanmar 60 Jahre. Ähnlich massiv sind auch die Differenzen im Niveau der Säuglingssterblichkeit. Während Japan, Südkorea, Singapur oder Brunei bereits Raten von deutlich unter zehn Promille erreicht haben, lag die Säuglingssterblichkeit in Kambodscha, Laos und Myanmar auch gegen Ende der 1990er-Jahre noch zwischen 75 und 95 Promille und damit deutlich über dem Durchschnittswert

der Entwicklungsländer insgesamt von rund 62 Promille. Insgesamt betrachtet, liegt die Lebenserwartung in Südostasien immer noch deutlich niedriger als in den Industriestaaten, während die Säuglingssterblichkeit dafür aber nahezu das sechsfache Niveau erreicht. Dies zeigt, dass gerade für eine Verbesserung des Gesundheitswesens in den meisten Staaten Südasiens noch ein erheblicher Spielraum besteht.

Dieser kurze Überblick über die unterschiedliche Entwicklung des Fertilitätsrückgangs und der Lebenserwartung macht deutlich, dass nicht alle Staaten Ost- und Südasiens gleichzeitig mit den Problemen rasch alternder Bevölkerungen konfrontiert sein werden. Für jene südostasiatischen Staaten, in denen die Geburtenraten nach wie vor noch relativ hoch sind oder in denen sie erst vor kurzer Zeit stärker abzusinken begonnen haben, ist das (Über) Alterungsproblem noch einige Jahrzehnte entfernt. In jenen Ländern hingegen, in denen der Fertilitätsrückgang bereits voll in Gang oder durch Stabilisierung auf tiefem Niveau im Wesentlichen bereits abgeschlossen ist, besteht das Prob-

lem rasch alternder Gesellschaften schon heute oder steht bereits in naher Zukunft bevor.

### Dimensionen und raumzeitliche Unterschiede des demographischen Alterungsprozesses in Ost- und Südostasien

Im Jahr 2000 lebten insgesamt rund 421 Millionen Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren auf der Erde, das entspricht ca. 7 Prozent der Weltbevölkerung. Um 2050 werden es – nach aktuellen Prognosen der „Population Division“ der Vereinten Nationen – bereits rund 1,47 Milliarden Menschen oder 16 Prozent der Weltbevölkerung sein, die dieser Altersgruppe angehören, was – in absoluten Zahlen betrachtet – mehr als eine Verdreifachung der älteren Menschen in nur einem halben Jahrhundert darstellt. Da der Alterungsprozess der Bevölkerung in den entwickelten Regionen besonders in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts rasch vorangeschritten ist und in den kommenden Jahrzehnten nicht mehr so dynamisch verlaufen wird (vgl. Ogawa 2003), entfällt ein Großteil der AI-

**Tab. 2: Ausgewählte Kennzahlen zum Anteil alter Menschen in Südost- und Ostasien im globalen Vergleich 1950 und 2000 sowie Prognose bis 2050**

Großregion	65- und Mehrjährige (in Millionen)		65- und Mehrjährige in Prozent der Gesamtbevölkerung				Anteil der 65- und Mehrjährigen an der gesamten Weltbevölkerung in dieser Altersgruppe (in Prozent)			
	2000	2050	1950	2000	2025	2050	1950	2000	2025	2050
Welt	421	1465	5,2	6,9	10,5	16,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Industrieländer	171	321	7,9	14,3	20,8	25,9	48,9	40,6	31,2	21,9
Entwicklungsländer	250	1144	3,9	5,1	8,6	14,6	51,1	59,4	68,8	78,1
Asien	216	911	4,1	5,9	10,2	17,5	43,5	51,3	57,8	62,2
Südostasien	25	129	3,8	4,8	8,8	17,1	5,3	5,9	7,1	8,8
Ostasien	115	393	4,5	7,7	15,0	24,7	22,9	27,3	29,8	26,8

*Datengrundlage: United Nations 2005: World Population Prospects, 2004 Revision. Eigene Berechnungen.*

terungsdynamik der kommenden Jahrzehnte auf die sog. „Dritte Welt“ (vgl. Tab. 2).

Um welche Dimensionen mit allen ihren Auswirkungen auf die Fragen der sozialen Sicherung im Alter es hier in Zukunft – trotz des relativ geringen Anteils, den die 65- und Mehrjährigen derzeit an der Gesamtbevölkerung der Staaten der Dritten Welt derzeit noch ausmachen (2000: 5,1 Prozent) – geht, verdeutlichen die folgenden Zahlen: Um 1950 lebten rund 51 Prozent der 65- und Mehrjährigen in Entwicklungsländern, im Jahr 2000 waren es schon 59 Prozent und bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts werden bereits mehr als drei von vier älteren Menschen (mehr als 78 Prozent) in einem Staat leben, der heute zur Gruppe der

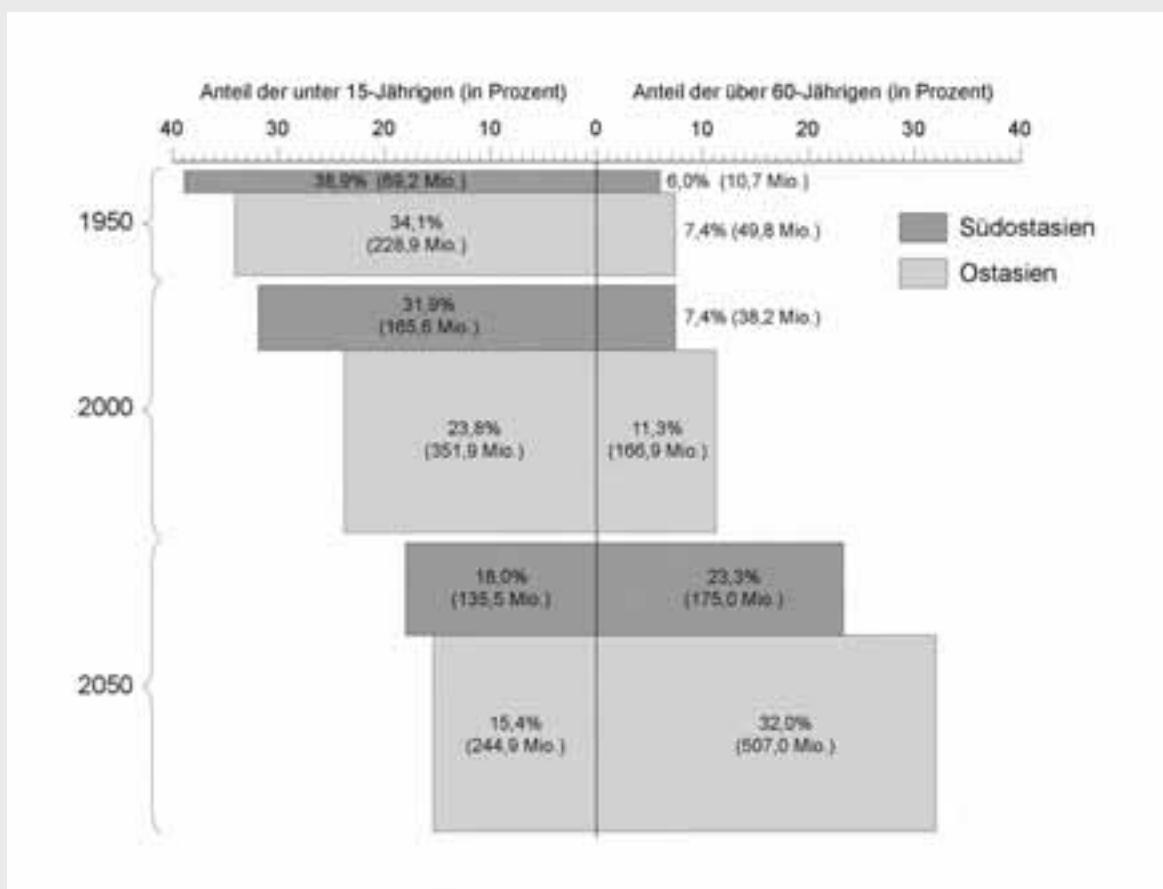
Länder der sog. „Dritten Welt“ gezählt wird (vgl. Tab. 2).

Für Asien wird die Bevölkerungszahl der 65- und Mehrjährigen für das Jahr 2000 auf rund 216 Millionen geschätzt, was einem Anteil von 5,9 Prozent an der asiatischen Gesamtbevölkerung entspricht. Der Anteil älterer Menschen liegt somit in Asien gegenwärtig zwar noch deutlich unter dem Niveau der entwickelten Länder (14,3 Prozent im Jahr 2000), allerdings entfällt von der Gesamtzahl der 65- und Mehrjährigen auf der Welt auf Grund der hohen Einwohnerzahl des Kontinents – Asien beherbergt ja nicht nur mit Japan den zweitältesten Staat der Welt nach Italien, sondern mit China auch jenen mit der bei weitem höchsten absoluten Anzahl älterer Menschen – bereits

jetzt mehr als die Hälfte auf Asien und Mitte dieses Jahrhunderts werden bereits nahezu zwei Drittel der Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr auf dem asiatischen Kontinent leben.

Innerhalb Asiens verläuft der Alterungsprozess vor allem in Südostasien besonders dynamisch, wo sich der Anteil der 65- und Mehrjährigen in der ersten Hälfte des 21. Jahrhunderts von 2000 bis 2050 nahezu vervierfachen wird (von 4,8 auf 17,1 Prozent), aber auch Ostasien wird seinen Anteil älterer Menschen im selben Zeitraum verdreifachen (von 7,7 auf 24,7 Prozent; vgl. Tab. 2). Nimmt man als Kriterium zur Abgrenzung der älteren Bevölkerung an Stelle von 65 Jahren 60 Jahre an (in den meisten Staaten Südost- und Ostasiens

**Abb. 2: Veränderung der Zahl der unter 15-Jährigen und der 60- und Mehrjährigen in Südost- und Ostasien 1950 bis 2000 und Prognose bis 2050**



Datengrundlage: United Nations 2005: World Population Prospects, The 2004 Revision. Eigener Entwurf.

liegt das durchschnittliche Pensionsalter der im formellen Sektor Beschäftigten bei 60 Jahren oder darunter), so zeigen sich die gewaltigen Dimensionen der künftig zu erwartenden Verschiebungen in der Altersstruktur noch eindrucksvoller (vgl. Abb. 2), wobei weniger die rasch ansteigenden Relativwerte, sondern vor allem die hohen absoluten Zuwächse eine enorme Herausforderung für die Sozialpolitik in den betroffenen Staaten darstellen (vgl. auch Knodel 1999; Nizamuddin 1999):

Standen in Ostasien zum Beispiel im Jahr 2000 den rund 167 Millionen 60- und Mehrjährigen noch 352 Millionen unter 15-Jährige gegenüber, so wird sich diese Relation bis 2050 in nur fünf Jahrzehnten mit 245 Millionen unter 15-Jährigen zu nun knapp mehr als einer halben Milliarde (!) 60- und Mehrjährigen ziemlich genau ins Gegenteil verkehrt haben! Tendenziell ähnlich, wenn auch noch nicht ganz so spektakulär ist auch die in den nächsten Jahrzehnten zu erwartende Verschiebung in der Altersstruktur der südostasiatischen Bevölkerung: Während die Relation zwischen den Altersgruppen der unter 15-Jährigen zu den 60- und Mehrjährigen im Jahr 1950 noch etwa 7 : 1 und 2000 noch immer ca. 4 : 1 betrug, werden um 2050 rund 175 Millionen ältere Menschen einer nunmehr ebenfalls geringeren Anzahl von nur rund 135 Millionen unter 15-Jährigen gegenüberstehen (0,8 : 1). Auf Staatenbasis sind die Unterschiede im Anteil der 60- und Mehrjährigen innerhalb Südost- und Ostasiens allerdings groß. Während noch 1950 alle Länder der Region weniger als acht Prozent 60- und Mehrjährige aufzuweisen hatten, haben im Jahr 2000 bereits fünf Staaten die Zehn-Prozent-Schwelle überschritten: Japan liegt mit mehr als 23 Prozent

älterer Menschen klar an der Spitze, mit einem deutlichen Abstand gefolgt von der SAR Hongkong (14,8 Prozent) und Südkorea (11,4 Prozent) sowie Singapur und der VR China mit jeweils knapp mehr als zehn Prozent. Folgt man den Prognosen der Vereinten Nationen für 2050, so werden, was die Anteile der 60- und Mehrjährigen betrifft, zur Mitte dieses Jahrhunderts außer den gegenwärtig noch „sehr jungen“ Staaten Laos und Kambodscha alle Staaten der Region die 20-Prozent-Schwelle überschritten haben.

Besonders deutlich wird das unterschiedliche Alterungsniveau in Südost- und Ostasiens, wenn man die Entwicklung des Altersindex (60- und Mehrjährige in Prozent der unter 15-Jährigen) auf Staatenbasis betrachtet: Im Jahr 2000 lag dieser nur in Japan bei mehr als 100, in allen anderen Staaten überwog noch die Anzahl der unter 15-Jährigen jene der 60- und Mehrjährigen. Ein halbes Jahrhundert später zeichnet sich eine Teilung der Staaten in drei Gruppen mit unterschiedlichem Alterungsniveau und somit mit unterschiedlich gravierenden sozialpolitischen Herausforderungen ab (vgl. Abb. 3):

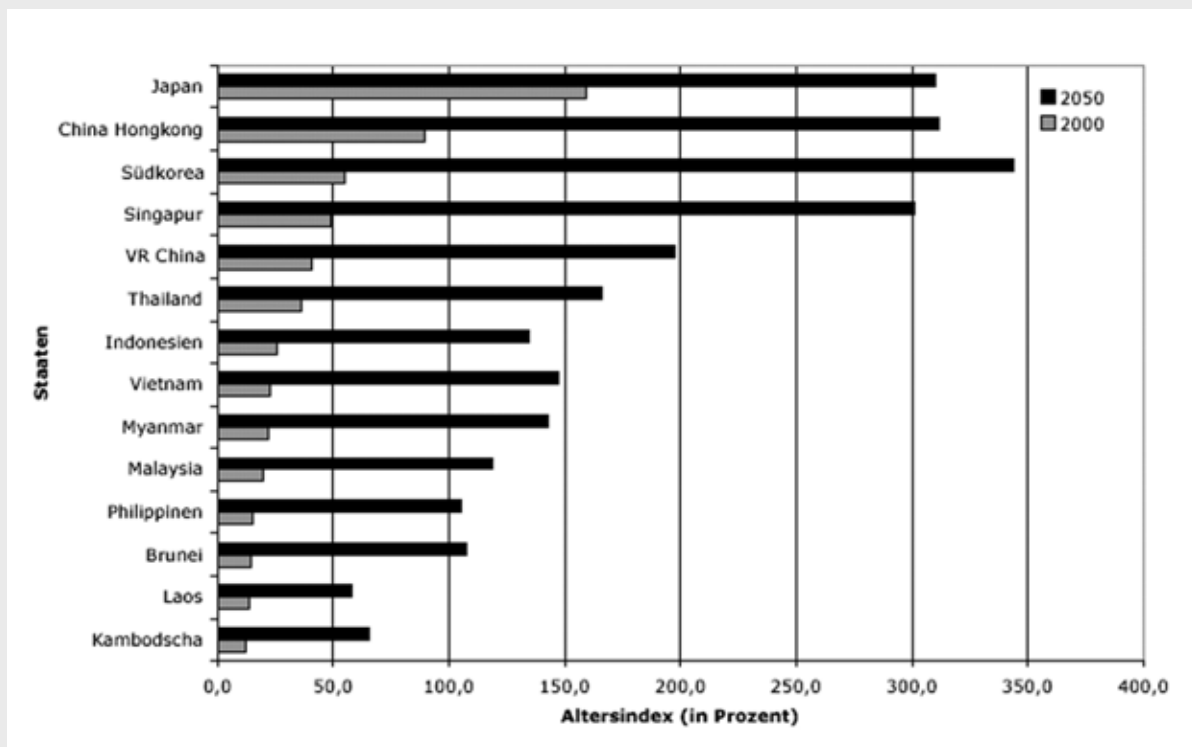
- Die erste Gruppe besteht aus den Staaten Kambodscha, Laos, Brunei, den Philippinen und Malaysia, deren Altersindexwerte zwischen rund 60 und 120 liegen und die noch eine halbwegs ausgewogene Altersverteilung in ihrer Bevölkerungen aufweisen.
- In den Staaten Myanmar, Vietnam, Indonesien und Thailand wird bereits die Altersgruppe der über 60-Jährigen jene der unter 15-Jährigen leicht überwiegen und der Altersaufbau der betroffenen Be-

völkerungen zeigt bereits „kopflastige“ Tendenzen.

- Bleibt schließlich noch die Gruppe der ostasiatischen Staaten, in denen die Relation zwischen alten und jungen Bevölkerungsanteilen zur Jahrhundertmitte zwischen 2 : 1 (VR China) und mehr als 3 : 1 (Japan, Südkorea) liegen dürfte. Damit werden die Länder Ostasiens in wenigen Jahrzehnten – wie Japan bereits heute – geschlossen zur Gruppe der Staaten mit den ältesten Bevölkerungen weltweit zählen.

Ein auffälliges Charakteristikum, das den Alterungsprozess in Südost- und Ostasien deutlich vom Verlauf der demographischen Alterung in den Industriestaaten unterscheidet, ist das enorme Tempo, mit dem sich die Veränderungen in der Altersstruktur vollziehen, ein Phänomen, das von Kinsella und Phillips (2005) treffend als „Compression of Aging“ bezeichnet wurde. Während viele europäische Staaten wie zum Beispiel Deutschland oder Frankreich bereits Ende des 19. Jahrhunderts die Zehn-Prozent-Schwelle bei den Anteilen der 60- und Mehrjährigen überschritten hatten und rund 100 Jahre für eine Verdoppelung der entsprechenden Anteile auf 20 Prozent benötigten, vollzog Japan diese Entwicklung innerhalb von nur 28 Jahren und Singapur wird – folgt man den aktuellen Prognosen – diesen Sprung in der „Weltrekordzeit“ von nur 17 Jahren (!) vollziehen (vgl. Abb. 4). Letztlich wird auch aus Abbildung 4 deutlich, dass bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts kein Staat der Region von den Folgen des voranschreitenden Alterungsprozesses verschont bleiben wird, einzig Kambodscha und Laos, beides

Abb. 3: Veränderung des Altersindex\* von 2000 bis 2050



\*) Altersindex =  $(60\text{- und Mehrjährige} / \text{Unter 15-Jährige}) \times 100$ . Datengrundlage: United Nations 2005: World Population Prospects, The 2004 Revision. Eigene Berechnung.

Länder mit einem Medianalter ihrer Bevölkerungen von jeweils unter 20 Jahren, können noch auf einen gewissen Zeitpolster hoffen, bevor Fragen der demographischen Alterung in quantitativ großen Dimensionen sozialpolitisch relevant werden.

### Ältere Menschen in Ost- und Südostasien: ein soziodemographisches Profil

Wer sind nun die rund 205 Millionen Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren, die derzeit in Ost- und Südostasien beheimatet sind? Wo und wie leben sie, welche demographischen und sozialen Merkmale weisen sie auf? Einfache Antworten auf diese Fragen gibt es nicht, denn die Heterogenität dieser Altersgruppe ist auch in Asien groß. Einige charakteristische

Merkmale lassen sich jedoch generalisierend festhalten.

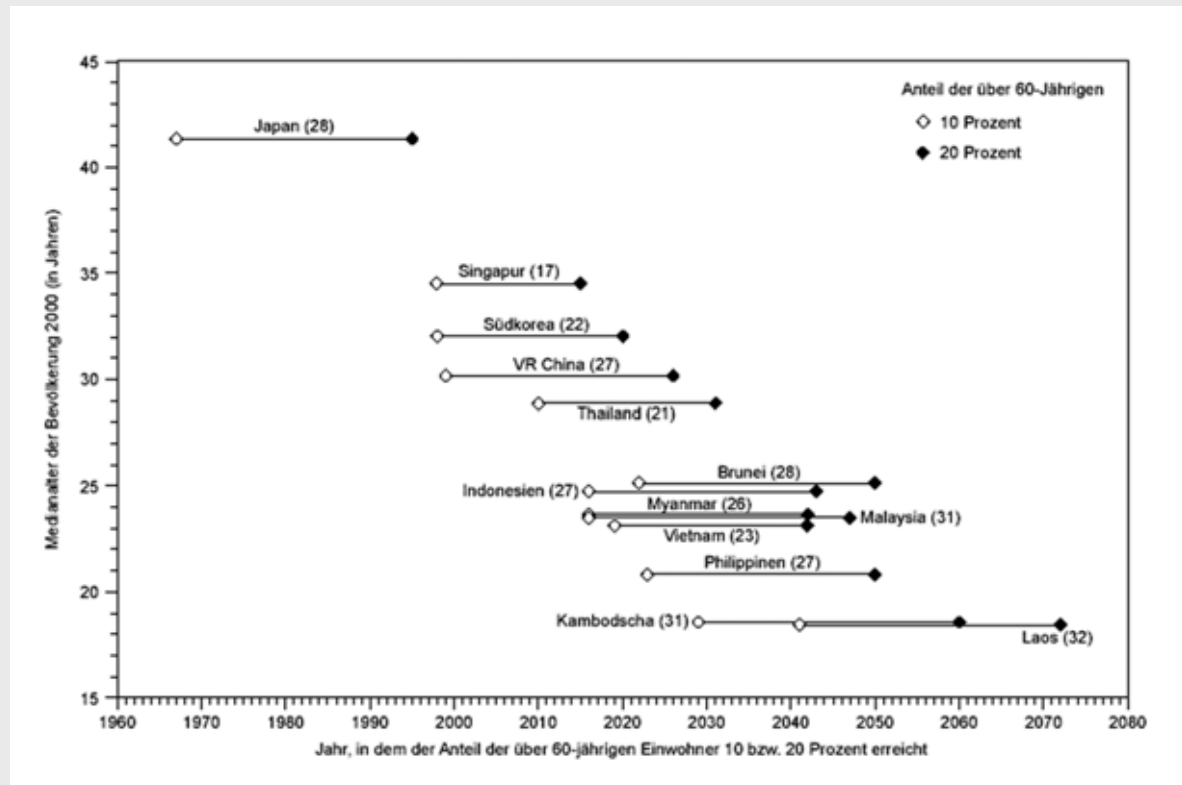
Das auffälligste Charakteristikum, das nicht nur auf Südost- und Ostasien zutrifft, sondern grundsätzlich in einem Großteil der Staaten der Welt festzustellen ist, ist eine zunehmende „Feminisierung“ des Alterns, da die Lebenserwartung der Frauen deutlich höher ist als die der Männer (vgl. Tab. 1). So wie auch in den Industrieländern sind es vor allem die höheren Altersgruppen, besonders jene ab achtzig Jahren, die von Frauen dominiert werden, wie ein Blick auf die in Tabelle 3 aufgelisteten Sexualproportionen in den Altersgruppen der 60- und Mehrjährigen bzw. der 80- und Mehrjährigen verdeutlicht. Darin spiegelt sich die Tatsache, dass die fernere Lebenserwartung, die für bestimmte Altersgruppen die im statistischen Durchschnitt noch zu erwartenden

Lebensjahre angibt, mit zunehmendem Alter bei den Frauen deutlich höher liegt als bei den Männern.

Der Frauenüberschuss in den höheren Altersgruppen kommt auch in den alters- und geschlechtsspezifischen Verheirateten- bzw. Verwitwetenquoten deutlich zum Ausdruck (vgl. Tab. 3). Während zwischen 20 bis maximal knapp über 40 Prozent der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren (noch) verheiratet waren, schwankt die Verheiratetenquote bei den Männern zwischen rund 70 und 90 Prozent – wie in anderen Teilen der Welt ist also auch in Asien die Witwenschaft das dominante Familienstandsmuster bei den älteren Frauen (vgl. Ogawa 2003).

Ein ganz zentraler Unterschied zwischen der Lebenssituation der älteren Bevölkerung in den entwickelten Staaten Europas und Nord-

**Abb. 4: Jahr, in dem der Anteil der 60- und Mehrjährigen 10 Prozent bzw. 20 Prozent der Gesamtbevölkerung erreicht hat bzw. erreichen wird, differenziert nach Staaten und Medianalter**



Datengrundlage: United Nations 2005: World Population Prospects, The 2004 Revision, comprehensive tables. Eigener Entwurf.

Nordamerikas und in den weniger entwickelten Ländern Südost- und Ostasiens manifestiert sich in den Wohnverhältnissen: Während ein Großteil der älteren Menschen – besonders verwitwete Frauen – in der westlichen Welt in Einfamilienhaushalten lebt, ist die dominante Wohnsituation älterer Menschen in Asien an Lebensarrangements gebunden, die jüngere Familienmitglieder, primär erwachsene Kinder, involvieren. So leben nach den Ergebnissen diverser ASEAN-Ageing Surveys in Indonesien rund 76 Prozent, in Thailand 73 Prozent, in Malaysia 82 Prozent, auf den Philippinen 92 Prozent und in Singapur 81 Prozent der älteren Menschen gemeinsam mit anderen Verwandten in einem Haushalt. Diese Ko-Residenz älterer Men-

schen mit jüngeren erwachsenen Verwandten stellt gleichsam das zentrale Merkmal des in vielen Teilen der Region noch einigermaßen intakten familialen Unterstützungs- und Pflegesystems dar, wobei allerdings zwischen den einzelnen Staaten erhebliche Unterschiede bestehen, und zwar sowohl, was die Art und das Niveau der gewährten Unterstützung als auch, was das Geschlecht des im gemeinsamen Haushalt wohnenden erwachsenen Kindes betrifft (vgl. ILO 1997; Ofstedal et al. 1999). Grundsätzlich lassen sich diesbezüglich in Ost- und Südostasien zwei dominante Systeme feststellen (vgl. dazu auch Ogawa 2003):

- Im patrilinealen System ostasiatischer Gesellschaften verfügt der

Mann über die Ressourcen, während die Frau bzw. Gattin nach ihrer Heirat die familialen Sorgepflichten innerhalb der Familie des Mannes übernimmt. In solchen Gesellschaften, wie zum Beispiel in China oder Japan, leben die älteren Menschen primär mit dem Sohn in einem gemeinsamen Haushalt, Pflege erhalten sie – wenn benötigt – von der Schwiegertochter.

- In Teilen Südasiens, wie zum Beispiel in Thailand, Laos oder Kambodscha, herrscht ein stärker bilaterales Muster vor: Frauen und Männer werden in Bezug auf Fürsorge für die älteren Familienmitglieder als weitgehend gleich verantwortlich betrachtet und es gibt kaum geschlechtsspezifische Präferenzen, was das Zusammenwoh-

nen von jüngeren und älteren Familienmitgliedern betrifft.

Die rasch voranschreitende Urbanisierung, die Südost- und Ostasien in den letzten Jahrzehnten ergiffen hat, birgt allerdings die Gefahr in sich, dass diese zentrale Säule des Versorgungs- und Pflegesystems älterer Menschen nun bald auch in Asien ins Wanken geraten könnte. So ist im letzten halben Jahrhundert der Urbanisierungsgrad in Ostasien von rund 16 Prozent und in Südostasien von 15 Prozent um 1950 auf 43 Prozent bzw. 38 Prozent im Jahr 2005 angestiegen (Population Reference Bureau 2005). Im Vergleich zu den Industriestaaten ist er gegenwärtig in der Region noch immer relativ niedrig, so dass nach aktuellen Prognosen der Vereinten Nationen (vgl. World Population Prospects: The 2004 Revision) auch in nächster Zukunft mit einem weiteren dynamischen

Zunahme des Anteils der städtischen Bevölkerung bis etwa 2030 auf über 60 Prozent zu rechnen sein dürfte.

Die zentrale Triebkraft der Urbanisierung ist die Abwanderung von jungen Erwerbsfähigen in die Stadtregionen, was in der Folge zu wachsenden Isolationstendenzen der in den ruralen Gebieten zurückgebliebenen älteren Bevölkerung und zu steigenden Engpässen in der Verfügbarkeit von potenziellen Pflegepersonen aus dem Familienkreis führt. Verstärkt werden diese Tendenzen in den letzten Jahren in vielen Teilen Südost- und Ostasiens noch durch eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen in nichtlandwirtschaftlichen Sektoren, was bewirkt, dass sie nur mehr eingeschränkt als Pflegepersonal für ältere Familienangehörige verfügbar sind. In zahlreichen weniger ent-

wickelten, überwiegend ländlichen Gebieten – z. B. auf den Philippinen, in Thailand, in Indonesien und Malaysia, in den Indochina-Staaten und in zunehmendem Ausmaß auch in der VR China – spielt auch die internationale Arbeitsmigration (vgl. z. B. Husa und Wohlschlägl 2005) eine wesentliche Rolle für die beginnende Krise der traditionellen familiengebundenen Unterstützungssysteme.

Die Tatsache, dass ein erheblicher Teil der älteren Bevölkerung im heutigen Südost- und Ostasien im ländlichen Raum lebt, findet auch in den altersspezifischen Erwerbsquoten ihren Niederschlag (vgl. Tab. 3). Die Erwerbsquote der Männer in der Altersgruppe der 65- und Mehrjährigen schwankt – sieht man einmal von Hongkong und Singapur ab – zwischen 27 Prozent (VR China) und 67 Prozent (Myanmar) und liegt somit

**Tab. 3: Sexualproportion\*, alters- und geschlechtsspezifische Erwerbs- und Analphabetenquoten für 2000 sowie Verheirateten- und Verwitwetenquoten um 1990 / 95 in Ost- und Südostasien**

Staat	Sexualproportion im Jahr 2000 in der Altersgruppe		Erwerbsquote 2000 (%)		Analphabetenquote 2000 (%)		Verheiratetenquote / Verwitwetenquote 1990/95 (%) <sup>a)</sup>	
	60+	80+	der 65- und mehrjährigen					
			Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kambodscha <sup>b)</sup>	56,1	68,5	41,8	26,7	39,7	26,2	87 / 9	42 / 45
Laos	88,0	78,9	53,6	27,1	-	-	-	-
Myanmar	86,9	75,6	66,7	32,9	17,7	47,1	-	-
Vietnam	87,6	74,6	43,7	26,1	9,5	31,6	-	-
Brunei	102,4	91,3	29,1	4,2	33,2	88,3	-	-
Malaysia	89,7	76,4	38,6	17,0	34,2	70,3	81 / 17	36 / 62
Thailand	82,9	64,9	37,5	17,3	11,0	23,9	74 / 22	39 / 58
Indonesien	84,5	69,4	48,5	24,1	35,3	68,8	80 / 16	28 / 70
Philippinen	83,0	61,5	54,5	26,2	16,1	20,5	78 / 19	42 / 49
Singapur	86,9	62,3	16,3	4,3	16,1	56,0	74 / 21	33 / 63
VR China	91,4	54,1	27,5	7,6	39,1	82,3	67 / 31	37 / 63
China Hongkong	93,9	60,5	20,0	6,9	8,6	37,7	-	-
Südkorea	72,0	41,1	32,4	16,0	5,7	20,8	84 / 16	26 / 73
Japan <sup>c)</sup>	77,0	46,8	33,4	14,4	0,0	0,0	84 / 14	43 / 53

<sup>\*)</sup> Sexualproportion = Männer je 100 Frauen. <sup>a)</sup> KINSELLA und VELKOFF 2001; <sup>b)</sup> Spalten 7 und 8 nach UN-ESCAP 2001, Social Policy Paper 1, S. 65, für 55- und Mehrjährige, Stand 1990/95; <sup>c)</sup> Spalten 5 und 6 nach OGAWA 2003. Quelle: United Nations 2002, teilweise modifiziert.

wesentlich über den entsprechenden Vergleichswerten europäischer Staaten. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in derselben Altersgruppe liegt hingegen wesentlich tiefer, was tendenziell mit der traditionellen Rollenverteilung innerhalb der Familie erklärt werden kann. Die deutlich geringere Chance für ältere Frauen, durch eigene Erwerbstätigkeit selbst zu ihrem Lebensunterhalt beizutragen, kommt auch im deutlich geringeren Bildungsniveau im Vergleich zu den Männern derselben Altersklasse zum Ausdruck (Tab. 3). Dies ist ein Faktum, das vor dem Hintergrund der dynamischen Verbesserungen in den Bildungssystemen der meisten südost- und ostasiatischen Staaten in den letzten Jahrzehnten noch auf die gegenwärtige ältere Generation zutrifft, allerdings nicht mehr in diesem Ausmaß auf die künftigen Alten. Zahlreiche empirische Erhebungen zu den Lebensverhältnissen älterer Menschen in Asien bestätigen, dass die finanzielle Unterstützung durch Familienmitglieder vor allem für ältere Frauen die Hauptquelle für den Lebensunterhalt darstellt, während ältere Männer in geringerem Ausmaß von Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder abhängig sind, dafür aber in höherem Maße durch Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit zu ihrem Lebensunterhalt beitragen können (vgl. z. B. Jones 1993; Chan 1999). Schließlich geraten die in weiten Teilen Asiens noch dominanten „Family-based Support Systems“ auch durch die schon eingangs erwähnte drastische Fertilitätsreduktion zusätzlich auch noch demographisch unter Druck: Nicht nur das Voranschreiten des allgemeinen sozio-ökonomischen Entwicklungsprozesses mit dem Trend zur Kernfamilie führt zu Veränderungen in den asiatischen Familiensys-

temen, sondern zusätzlich unterminieren kontinuierlich sinkende Kinderzahlen die traditionellen „extended families“, die vor allem in vielen Teilen Südostasiens noch weit verbreitet sind, und schmälern auf diese Weise weiter die personelle Basis für Unterstützungsleistungen innerhalb des Familienverbandes (vgl. Husa und Wohlschlägl 2003).

Ein in letzter Zeit gebräuchlicher Indikator, um in rasch alternden Gesellschaften das Ausmaß des Bedarfs an familialen Unterstützungsleistungen für die gemeinhin als „Oldest-Old“ bezeichnete pflegeintensivste Gruppe der 85- und Mehrjährigen zu messen, ist die so genannte „intergenerationelle Unterstützungsrate“ oder „Eltern-Unterstützungsrate“ (PaSR = „Parent Support Ratio“). In dieser Maßzahl wird die Anzahl der 85- und Mehrjährigen auf die nachfolgende Generation – definiert durch die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (also deren potenzielle Nachkommen, die geboren wurden, als die Elterngeneration sich noch in der Altersgruppe der Zwanzig- bis Dreißigjährigen befand) – bezogen. Abbildung 5 zeigt drastisch das Hochschnellen der PaSR von Werten unter 10 in den meisten Staaten um das Jahr 2000 auf historisch beispiellose Höchstwerte von 50 und mehr 85- und Mehrjährigen, die um das Jahr 2050 in Staaten wie Japan, Südkorea oder Singapur auf hundert Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren entfallen werden.

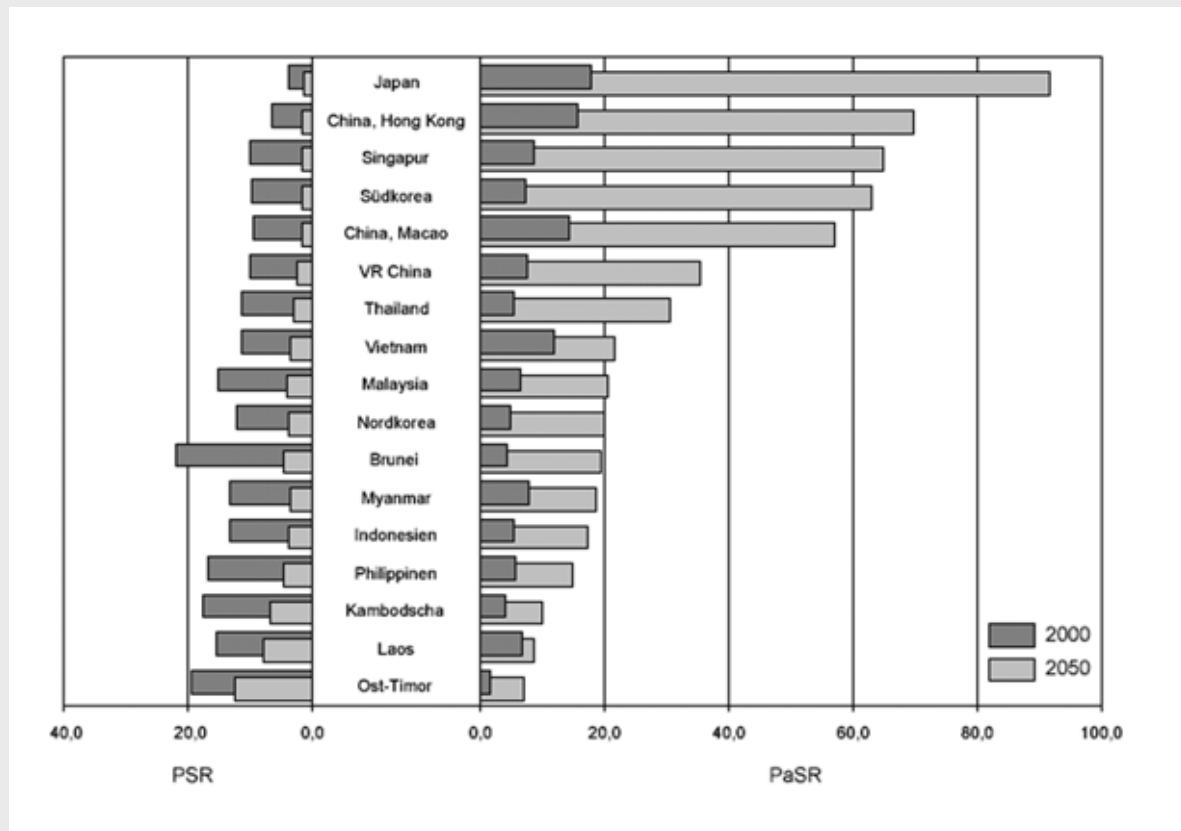
Eine zweite sehr gebräuchliche Maßzahl zur Charakterisierung der Relationen zwischen ökonomisch aktiven und nicht mehr aktiven (somit potenziell „abhängigen“) älteren Menschen ist die „potenzielle Unterstützungsrate“ („Potential Support Rate“, PSR), in der die Anzahl der in der Regel ökonomisch aktiven 15-64-Jährigen auf die eher

nicht mehr erwerbstätige Altersgruppe der 65- und Mehrjährigen bezogen wird. Auch hier zeigt sich, dass sich das Verhältnis zwischen erwerbs- und nicht mehr erwerbsfähiger Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten in den meisten Staaten der Region deutlich in Richtung der letzteren Gruppe verschieben werden.

Abschließend lässt sich mit Ogawa (2003, S. 109) für die Mehrzahl der Staaten Südost- und Ostasiens folgendes idealtypisches soziodemographisches Profil der älteren Bevölkerung zeichnen:

- Die Mehrheit der älteren Menschen in der Region sind Frauen und davon der Großteil verwitwet.
  - Der überwiegende Teil der älteren Menschen lebt im ländlichen Raum in einem gemeinsamen Haushalt mit einem oder mehreren erwachsenen Kindern.
  - Ein beträchtlicher Teil der alten Menschen trägt noch durch eigene Erwerbstätigkeit zum Lebensunterhalt bei, wobei dies in wesentlich stärkerem Ausmaß auf Männer zutrifft. Ältere Frauen sind deutlich öfter von Armut bedroht und auf die wohlwollende Unterstützung durch die Familie angewiesen.
  - Die Hauptquelle für die Unterstützung in finanzieller wie auch in pflegerischer Hinsicht ruht in einem Großteil der Staaten der Region nach wie vor noch auf intakten großfamiliären Strukturen.
- In vielen Staaten geraten allerdings sowohl die traditionellen Familienstrukturen als auch die familialen Unterstützungsnetze durch voranschreitende Modernisierung und sozioökonomische Veränderungen zunehmend unter Druck und die Notwendigkeit einer tendenziellen Verlagerung der Zuständigkeit für die sozialen Sicherungssysteme älterer Menschen von der Familie in Richtung öffentlich-staatlicher Unterstützungsleistungen zeichnet

Abb. 5: Prognostizierte Veränderung der Potenziellen Unterstützungsraten (PSR) und „Eltern-Unterstützungsraten“ (PaSR) in Südost- und Ostasien 2000 bis 2050



Datengrundlage: *World Population Prospects: The 2004 Revision. Eigene Berechnung.*

sich auch in vielen südost- bzw. ostasiatischen Staaten immer deutlicher als ein zentrales sozialpolitisches Problem der näheren Zukunft am Horizont ab.

### Staatliche Altersvorsorge und soziale Sicherungssysteme in Südost- und Ostasien

Trotz des zunehmenden Bewusstseins von Regierungskreisen, Öffentlichkeit und Medien für das künftige Kernproblem der demographischen Entwicklung Ost- und Südasiens, die rasche Alterung der Bevölkerung, und obwohl viele Staaten in den letzten Dekaden einen starken Wirtschaftsaufschwung und teilweise erhebliche Steigerungen im Lebensstandard breiter Bevölkerungsgruppen zu

verzeichnen hatten, hinkt die Institutionalisierung formeller, also vom Staat getragener sozialer Sicherungssysteme in den meisten Ländern deutlich hinterher (vgl. z. Müller 2000; Chan 2001). Nach wie vor ist ein Großteil der Menschen bei der Sicherung ihres Überlebens im Alter primär auf die schon kurz erwähnten informellen Solidarnetzwerke angewiesen. Die zentrale Rolle, die Großfamilien, Dorfgemeinschaften, religiöse Organisationen usw. in vielen Teilen der Region für die soziale Absicherung älterer Menschen nach wie vor spielen, kommt auch darin zum Ausdruck, dass viele Regierungen bei der Formulierung neuer oder neu adaptierter Sozialpläne oder Pensionssysteme explizit auf die Beibehaltung bzw. verstärkte Förderung von Unterstützungsleis-

tungen durch Familien oder lokale Gemeinschaften abzielen (vgl. z. B. UN-ESCAP 2001, 2002a, 2002b). Im Extremfall wird, wie in Singapur, sogar von staatlicher Seite versucht, Unterstützungsleistungen der Eltern durch ihre Kinder per Gesetz einzufordern, um so den Zusammenbruch der auf dem „Filial piety“-Prinzip beruhenden familialen Versorgungssysteme zu vermeiden. In diesem Sinne fand zum Beispiel die vom damaligen singapureanischen Gesundheitsminister Yeo Chow TONG 1997 auf einer Konferenz über Gesundheitsvorsorge und Alterssicherung in Singapur vorgetragene offizielle Grundsatzposition „... family is still the best approach – it provides the elderly with the warmth and companionship of family members and a level of emotional support



that cannot be found elsewhere“ schon 1996 ihren konkreten Niederschlag im so genannten „Maintenance of Parents Act“, welcher Eltern, die sich von ihren Kindern im Alter vernachlässigt fühlen, die rechtliche Handhabe gibt, die gewünschte Unterstützungsleistung durch diese bei Gericht einzuklagen.

In den letzten Jahren ist jedoch – trotz aller Versuche von Seiten der Regierungen, die informellen Unterstützungssysteme weiterhin als Hauptpfeiler der Altenversorgung und -betreuung in Ost- und Südostasien beizubehalten – in allen Teilen der Region auch ein deutlicher Trend festzustellen, die traditionellen familialen Leistungen durch formelle soziale Sicherungssysteme zu ergänzen, wobei dies – vor dem Hintergrund der oben skizzierten demographischen Trends – insbesondere auf Programme zur finanziellen Absicherung der Menschen im Alter zutrifft (vgl. auch ILO 1997).

Die Nachfrage nach verstärktem Engagement von Seiten des Staates in der wirtschaftlichen Absicherung älterer Menschen ist nicht zuletzt auch eine Konsequenz der rapiden Wirtschaftsentwicklung der letzten Jahrzehnte, die zu bedeutenden Verschiebungen in der Erwerbsstruktur der Bevölkerungen geführt hat. In den marktwirtschaftlich orientierten Staaten Ost- und Südasiens hat die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften im modernen Sektor zumindest bis zum Ausbruch der „Asienkrise“ 1997 dazu geführt, dass eine kontinuierliche Umschichtung von Erwerbstätigen aus informellen in formelle Beschäftigungsverhältnisse bzw. von den überwiegend in der Landwirtschaft oder im informellen Sektor tätigen Selbstständigen zu Angestellten- oder Lohnarbeitsverhältnissen stattgefunden hat. Durch die auf diese

Weise stark angestiegene Zahl von Anspruchsberechtigten sind formelle Pensionssysteme, die ehemals nur für eine kleine Gruppe von Beschäftigten von Belang waren, unter Druck und in das Zentrum öffentlicher Diskussionen geraten.

Ein weiterer Anstoß, die Notwendigkeit, Effizienz und den Abdeckungsgrad bestehender Alterssicherungssysteme in Südost- und Ostasien zu überprüfen, war schließlich die schon erwähnte Asienkrise 1997/98 selbst, die innerhalb kürzester Zeit zahllose Jobs vernichtete, die Ersparnisse breiter Bevölkerungsgruppen quasi über Nacht dahin schmelzen ließ (vgl. Husa und Wohlschlägl 1999) und so die Schwächen in den – eher rudimentären – staatlichen Sozialsystemen schonungslos offen legte. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, die wichtigsten staatlichen Systeme zur Altersvorsorge, die gegenwärtig in den Ländern Südost- und Ostasiens implementiert sind, kurz zu charakterisieren und im Hinblick auf ihre Stärken und Schwächen zu diskutieren. Das Hauptaugenmerk gilt dabei weniger den Pensionssystemen der Staatsangestellten oder des Militärs, die – wie auch in den meisten anderen Teilen der Welt – meist großzügige Sonderregelungen genießen, sondern den von staatlicher Seite her angebotenen Möglichkeiten zur Alterssicherung für die breite Masse der im privaten Sektor beschäftigten Bevölkerung.

Generell lässt sich eine erhebliche Bandbreite der sowohl vom Staat als auch von privaten Finanzdienstleistern angebotenen Programme zur Alterssicherung innerhalb Südost- und Ostasiens feststellen, und zwar sowohl, was die Leistungen als auch, was den Erfassungs- bzw. Abdeckungsgrad der betreffenden gesellschaftlichen

Gruppen angeht. Während zum Beispiel in Japan nahezu 100 Prozent der Bevölkerung und in den ebenfalls wohlhabenden Staaten Malaysia und Singapur immerhin noch zwischen 60 und 65 Prozent von einem der angebotenen Alterssicherungsprogramme erfasst sind, ist in Staaten wie Myanmar oder auch Laos eine staatliche Sozialpolitik so gut wie nicht existent, sieht man einmal von Sonderregelungen für Militär und Staatsbedienstete ab.

Der mäßig hohe bis sehr geringe, große Bevölkerungsteile nicht erfassende Abdeckungsgrad ist in der gesamten Region mit Ausnahme Japans ein gemeinsames charakteristisches Merkmal der sozialen Sicherungssysteme, besonders in Staaten mit einem hohen Anteil an in der Landwirtschaft und im informellen Sektor Erwerbstätigen. So schließen beitragsorientierte Programme in vielen Staaten Asiens sowohl die Selbstständigen (einschließlich der großen Zahl der Bauern) als auch viele Angestellte kleiner Firmen aus (Gillion et al. 2000). Letzteres trifft zum Beispiel auf Indonesien zu, wo sich die relativ geringe Abdeckungsquote von unter dreißig Prozent vor allem dadurch erklärt, dass Personen in Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten von der Teilnahme an formellen Programmen zur Altersvorsorge ausgeschlossen sind (eine Beschäftigtenzahl von unter zehn wird häufig als Kriterium zur statistischen Erfassung von Betrieben des informellen Sektors verwendet). Der auffällig geringe Erfassungsgrad von weniger als 10 Prozent in Vietnam, das 1993 die gesetzlich verpflichtende Altersversicherung auch auf Beschäftigte des privaten Sektors ausgedehnt hat, erklärt sich hingegen primär aus der – meist aufgrund mangelnder finanzieller Kapazitäten – extrem

**Tab. 4: Beitragsraten zu den Alterssicherungssystemen in Südost- und Ostasien (in Prozent) und gesetzliches Pensionsalter 2004**

Staat	Renten-, Arbeitsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversicherung			Gesetzliches Pensionsalter	
	Versicherte	Arbeitgeber	insgesamt	Männer	Frauen
Kambodscha	-	-	-	-	-
Laos	4,5	5,0	9,5	60	60
Myanmar	-	-	-	-	-
Vietnam	5,0	10,0	15,0	60	55
Brunei <sup>a)</sup>	5,0	5,0	10,0	55	55
Malaysia	11,5	12,5	24,0	55	55
Thailand	3,0	3,0	6,0	55	55
Indonesien	2,0	4,0	6,0	55	55
Philippinen	3,3	6,1	9,4	60	60
Singapur	20,0	13,0	33,0	55	55
VR China	8,0	3,0	11,0	60	60
China Hongkong	5,0	5,0	10,0	65	65
Südkorea	4,5	4,5	9,0	60	60
Japan	6,8	6,8	13,6	65	65

*a) Beiträge für die Pensions- und Berufsunfähigkeitsversicherung zahlt die Regierung. – Kein staatliches Alterssicherungssystem vorhanden (außer Sonderregelungen für Militär und Staatsbedienstete).*

*Quelle: United States Social Security Administration 2005, Tab. 4*

schlechten Beitragsmoral der Betroffenen (Turner 2002).

Die Erhöhung des Abdeckungsgrades der Altersvorsorgeprogramme genießt demgemäß in den meisten Staaten der Region hohe Priorität, wobei man auch schon auf erste ermutigende Beispiele zurückgreifen kann: So hat zum Beispiel Malaysia vor wenigen Jahren erfolgreich sein Sozialversicherungssystem auf alle im privaten Sektor beschäftigten Personen ausgedehnt, unabhängig von der Beschäftigtenzahl der Betriebe, und Südkorea bezieht seit 1995 auch die im Primärsektor tätigen Selbstständigen in das Pflichtversicherungssystem mit ein, indem die Betroffenen gesetzlich verpflichtet werden, drei Prozent ihrer Einkünfte einzubezahlen.

Ein zweites typisches Merkmal der Altersvorsorgeprogramme ist in nahezu allen Staaten Südost- und Ostasiens das relativ niedrig angesetzte gesetzliche Pensions- bzw. Anspruchsalter, ab welchem auf

die finanziellen Leistungen der Altersvorsorgeprogramme zurückgegriffen werden kann (vgl. Tab. 4). Dieses liegt in allen Staaten der Region bei maximal 60 Jahren, meist sogar noch darunter, ausgenommen in Japan und in Hongkong, wo sowohl für Männer als auch Frauen die 65-Jahres-Altersgrenze gilt.

Ein drittes charakteristisches Merkmal der Pensionssysteme in Südost- und Ostasien ist, dass – unabhängig davon, um welches Finanzierungsmodell es sich handelt – die daraus bezogenen Beträge bzw. Pensionen kaum ausreichen, um die minimalsten Grundbedürfnisse abzudecken, nicht einmal in Staaten wie Singapur oder Hongkong (vgl. Ogawa 2003). In Hongkong werden zum Beispiel die Gelder, die aus der staatlichen Pensionsversicherung bezogen werden, umgangssprachlich als „Fruit Money“ bezeichnet, weil die geringe Höhe der Beträge zynisch betrachtet bestenfalls ausreicht, um den

monatlichen Bedarf an Obst abzudecken (vgl. dazu auch Phillips und Chan 2002).

Grundsätzlich finden sich in Südost- und Ostasien folgende Typen von formellen Alterssicherungssystemen (vgl. Müller 2000; Croissant 2002a; Holzmann und Hinz 2005) :

- Staatlich verwaltete Versorgungsbzw. Rentenfonds („National Provident Funds“);
- Sozialversicherungsprogramme zur Alterssicherung in marktwirtschaftlich ausgerichteten Ökonomien, zum Beispiel in Form von privaten Pensionsversicherungsmodellen;
- Alterssicherungsprogramme in Transformationsstaaten bzw. sozialistischen Staaten;
- Spezielle Alterssicherungsprogramme für Staatsbedienstete, Militärangehörige und ähnliche privilegierte Personengruppen (zum Beispiel Politiker etc.), für die der Staat die Hauptlast der Finanzierung übernimmt;

- Sozialhilfeprogramme für bedürftige ältere Menschen, die in einigen wenigen Staaten gewährt werden; diese sind in der Regel viel zu gering dotiert, trotzdem ist deren Bezug aber für die Empfänger oft eine Sache, die über Leben und Tod entscheidet (vgl. ILO 1997).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die in den einzelnen Staaten Südost- und Ostasiens eingerichteten formellen Alterssicherungssysteme sowie deren Vor- und Nachteile gegeben werden (siehe dazu auch die Übersicht in Tab. 5).

pekt des Einkommenstransfers bei den in Asien eingerichteten Alterssicherungssystemen nur eine geringe Rolle, wodurch die Verantwortung für eine ausreichende Alterssicherung primär den Individuen bzw. deren Familien zugeschoben wird. Auffällig ist auch die relativ große Anzahl an Ländern in der Region, die kein verpflichtendes umfassendes Sozialversicherungssystem aufweisen. Statt dessen bietet ein Großteil dieser Länder Rentenfonds, sog. „Provident Funds“, an. Diese sind üblicherweise ein Vermächtnis aus der Ko-

Sie bestehen in der Regel nur aus einem Fonds, der sich aus der Summe individueller Sparkonten zusammensetzt und staatlich verwaltet wird. Das angesparte Kapital wird schließlich bei Erreichen des festgelegten Anspruchsalters, das in der Regel sehr niedrig angesetzt ist und in der Mehrzahl der Staaten bei 55 Jahren für die Männer und 50 Jahren für die Frauen liegt, als Pauschalsumme ausbezahlt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, auch schon vor Erreichen des Alterslimits unter bestimmten Bedingungen (Tod, schwere Krankheit,

**Tab. 5: Verpflichtende Alterssicherungssysteme in Südost- und Ostasien zu Beginn des 21. Jahrhunderts**

Staat	Sozialversicherungssystem		Sozialhilfe (Means-tested)	Volkspension (Flat-Rate universal)	Versorgungsfonds (Provident Fund)	Berufsbezogenes System	Individuelles Pensionskonto
	Pauschal-system (Flat-Rate)	Verdienst-bezogen (Earnings-related)					
Kambodscha							
Laos		X					
Myanmar							
Vietnam		X					
Brunei				X	X		
Malaysia					X		
Thailand		X					
Indonesien					X		
Philippinen	X						
Singapur					X		
VR China	X						X
China Hongkong			X	X		X	
Südkorea		X					
Japan	X	X					

Quelle: United States Social Security Administration 2005, Tab. 2.

### Staatlich verwaltete Versorgungsbzw. Renten-fonds („National Provident Funds“)

Im Gegensatz zu den in vielen Staaten der westlichen Welt vorherrschenden umlageorientierten Pensionsmodellen spielt der As-

ionalzeit und in Asien ursprünglich typisch für ehemalige britische Kolonien. Nach Erlangung der Unabhängigkeit wurden diese Systeme, die eigentlich gar nicht als soziale Sicherungssysteme für breite Bevölkerungsgruppen, sondern als Sparmodelle für die in den Kolonien tätigen Expatriats gedacht waren, weitergeführt.

strategische Investitionen u. Ä.) auf die angesparte Summe oder zumindest auf einen Teil davon zuzugreifen.

Kritiker dieses Systems argumentieren, dass durch diese Praxis eine Absicherung der Leistungsempfänger während des gesamten Rentenalters keinesfalls gewährleistet ist (vgl. Müller 2000; ILO 1997):

- In den meisten Fällen reicht der aufgrund niedriger Beiträge und schlechter Verzinsung angesparte Kapitalstock nicht aus, sich gegen das „Risiko zunehmender Langlebigkeit“ ausreichend zu versichern, oder, wie Turner (2002, S. 11) diesbezüglich treffend formuliert: „Lump sum benefits typically provided by provident funds do not protect against the risk of a retired person outliving his or her income.“

- Grundsätzlich bringt die Auszahlung des angesparten Kapitals in Form einer Pauschalsumme keine Garantie, dass das Kapital auch als Alterssicherung Verwendung findet: eine Auszahlung in Form von Annuitäten wäre sinnvoller, ist aber nur in wenigen Fällen üblich.

- Die Möglichkeit, einen beträchtlichen Teil der angesparten Summe aus dem Fonds auch schon vor Erreichen des Anspruchsalters zu ziehen – zum Beispiel für „strategische Investitionen“ in Immobilien, in die Ausbildung der Kinder oder auch als Mitgift für Heiraten –, führt häufig dazu, dass bei Erreichen des Rentenalters viel zu wenig Kapital übrig bleibt, um eine längerfristige Absicherung im Alter zu gewährleisten.

Als die „Provident Funds“ in den meisten Staaten eingeführt wurden, wurden sie als erster Schritt gesehen, möglichst viele Menschen im Alter zumindest mit einem Minimaleinkommen zu versorgen, und zwar für eine Übergangsphase, bis umfassendere Alterspensionssysteme etabliert würden. Einmal eingerichtet, erwiesen sich diese Fonds allerdings als höchst populäre gesetzlich vorgeschriebene Möglichkeit für Individuen, Kapital für Hochzeiten, Wohnungs- oder Grundstückskäufe usw. zu akkumulieren, so dass das eigentliche Ziel, soziale Sicherung im Alter zu gewährleisten, oft vernachlässigt wurde und wird. „Provident

Funds“ sind aber auch bei Regierungen populär, da durch sie Investitionskapital für große staatliche Entwicklungsprojekte zur Verfügung steht.

Von den weltweit 19 Staaten, die „National Provident Funds“ betreiben, liegen 13 in der asiatisch-pazifischen Region und davon wiederum vier in Südostasien: Indonesien und Malaysia verfügen schon seit 1951 über einen solchen Fonds, Singapur seit 1955 und Brunei seit 1993, wobei nur Malaysia für die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen (Lehrer, Militär-angehörige, Selbstständige) einen freiwilligen Austritt aus dem System erlaubt (Ferrara et al. 1995).

In Indonesien existieren drei separate „Provident Funds“, nämlich einer für Militärangehörige, einer für öffentlich Bedienstete und einer für im privaten Sektor Beschäftigte, wobei – wie auch charakteristisch für viele andere Staaten der Welt – die Altersunterstützung für Militärs und Staatsangestellte beträchtlich großzügiger ist als für im Privatsektor Tätige. Der Fonds für die im privaten Sektor Beschäftigten („Jaminan Sosial Tenaga Kerja“, in Kurzform JAMSOSTEK) ermöglicht die pauschale Auszahlung ab einem Alter von 55 Jahren bei einer Beitragsrate von 6 Prozent des Einkommens, wovon 4 Prozent auf den Arbeitgeber und zwei Prozent auf den Erwerbstatigen entfallen. Die ausbezahlten Beträge sind gering, was unter anderem auf die hohen administrativen Kosten des Programms (einschließlich teurer Bürogebäude für die dort Beschäftigten) zurückgeführt wird. Weiters wird gemeinhin angenommen, dass ein Teil des Investitionskapitals von der Regierung für politische Zwecke missbraucht wird (Turner 2002, S. 9). Das Hauptproblem des JAMSOSTEK ist jedoch, dass nur rund zehn Prozent aller im privaten Sektor Beschäftig-

ten durch diesen Fonds erfasst werden, was vor allem auf die Größe des informellen Sektors in Indonesien zurückzuführen ist; allerdings decken auch die beiden anderen Fonds für Staatsangestellte und Militärs nur einen geringfügig höheren Prozentsatz ab (Ramesh und Asher 2000).

Der „Central Provident Fund“ (CPF) in Singapur wurde 1955 noch von der britischen Kolonialverwaltung eingerichtet und stellt bis heute den Hauptpfeiler des singapureanischen Sozial- und Alterssicherungssystems dar (Asher und Mac Arthur 2000). Er unterscheidet sich jedoch insofern deutlich von ähnlichen Systemen in der Region, als die Regierung seine Leistungen seit 1968 kontinuierlich auf eine breite Palette von sozialen Programmen ausgedehnt hat. Um dieses Ziel zu ermöglichen, wurde die Beitragsrate von ursprünglich 10 Prozent auf bis zu 50 Prozent des Einkommens im Jahr 1984 angehoben, ab 1999 allerdings – um die Auswirkungen der Asienkrise auf die Bevölkerung etwas abzufedern – wieder abgesenkt. Sie beträgt gegenwärtig 33 Prozent (davon 20 Prozent Arbeitnehmer, 13 Prozent Arbeitgeber). Die Teilnahme am CPF ist gesetzlich verpflichtend, ausgenommen sind nur ausländische Arbeitskräfte (also rund 20 Prozent der Erwerbsbevölkerung) und Teilzeitbeschäftigte. Seit 1996 erlaubt die Regierung allerdings auch die Entnahme eines gewissen Kapitalanteils aus dem System, um Geld in alternativen Investitionsformen anzulegen, wie zum Beispiel in den Kauf von CPF-approbierten Aktien usw. (vgl. TURNER 2002).

Die in den CPF eingezahlten Beiträge teilen sich auf drei individuelle Konten auf:

- der sog. „ordinary account“, auf den 75 Prozent der Gesamtsumme entfallen, kann für Wohnraumbe-

schaffung oder für andere Investitionszwecke verwendet werden;

- der „Medisave Account“ ist für Krankenversicherung und medizinische Leistungen reserviert,
- und nur die dritte Säule, der „Special Account“, ist speziell für die Alterssicherung vorgesehen.

Als Konsequenz muss die staatlich geregelte Altersvorsorge in Singapur, einem der reichsten Staaten der Welt, im Vergleich zu den Maßnahmen zur Alterssicherung in vielen Staaten des OECD-Raumes, nur als minimal betrachtet werden, wobei allerdings der Abdeckungsgrad mit rund 65 Prozent der Erwerbsbevölkerung innerhalb der Region im Spitzenfeld liegt.

Malaysia verfügt ebenfalls über verschiedene Fonds für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, wobei der „Employees Provident Fund“ (EPF) das wichtigste Programm darstellt. Die Beitragsrate ist mit insgesamt 24 Prozent des Einkommens nach Singapur die zweithöchste unter den Staaten der Region und auch der Erfassungsgrad der Bevölkerung liegt mit rund 60 Prozent nur unwesentlich niedriger als in Singapur. Relativ niedrige Verzinsung, wenig transparente Investitionsentscheidungen der Fondsmanager (so wurden zum Beispiel erhebliche Summen aus dem EPF zur Finanzierung des neuen Flughafens in Kuala Lumpur verwendet) und zu niedrige Rentenzahlungen sind typische Kennzeichen des malaysischen Systems (vgl. Holzmann und Hinz 2005).

Als letztes Land innerhalb der Region richtete Brunei im Jahr 1993 einen „National Provident Fund“ ein, wobei der so genannte „Employee Trust Fund“ (ETF) einen speziellen Altersvorsorgefonds darstellt. Die Teilnahme an diesem Programm ist auch für alle im privaten Sektor Beschäftigten verpflichtend und die Beitragsrate be-

trägt 10 Prozent. Unabhängig von den Leistungen des ETF gewährt das kleine, aber reiche Sultanat allen Einwohnern, die zumindest 30 Jahre in Brunei wohnhaft waren, eine „Volkspension“ („Demogrant“), also einen Beitrag zur Alterssicherung ohne Rücksicht auf Einkommen oder Bedürftigkeit. Der reale Wert dieser Volkspension, die seit ihrer Einführung im Jahr 1984 mit monatlich 150 Brunei-Dollar (dieser Betrag entsprach im Dezember 2005 etwa 76 Euro) bis heute unverändert geblieben ist, wurde allerdings inflationsbedingt erheblich geschmälert.

### Sozialversicherungsprogramme zur Alterssicherung in marktwirtschaftlich ausgerichteten Staaten

In vielen Staaten, die während der Kolonialzeit außerhalb des britischen Einflussbereiches gelegen sind, haben sich im Wesentlichen private Pensions- und Altersvorsorgeprogramme durchgesetzt. Zu dieser Gruppe zählen Südkorea, die Philippinen, Thailand und auch Japan. Die Alterssicherung im Rahmen von solchen Sozialversicherungsprogrammen wird sowohl durch Beiträge der Versicherten als auch der Arbeitgeber finanziert.

Südkorea implementierte sein Sozialversicherungssystem – das „National Pension Scheme“ (NPS) – erst 1988, so dass die ersten Auszahlungen erst 2008 erfolgen werden, wenn die ersten Jahrgänge nach 20 Beitragsjahren anspruchsberechtigt sind. In der Zwischenzeit konnte das Land beträchtliche finanzielle Reserven, die etwa zehn Prozent des Bruttosozialprodukts entsprechen (Turner 2002), in einem Sozialversicherungsfonds akkumulieren, wobei die Regierung diese Gelder in quasi staatliche Projekte wie den sozialen Wohnungsbau investiert. Beim NPS handelt

es sich um ein vom Staat gemanagtes leistungsorientiertes Pensionsmodell, das allen Staatsbürgern offen steht. Ursprünglich war die Teilnahme am Versicherungsprogramm nur für Personen in Betrieben mit fünf oder mehr Beschäftigten verpflichtend, 1999 weitete die Regierung die Teilnahmepflicht jedoch auch auf kleinere Firmen und Selbstständige im städtischen Raum aus. Die Beitragsrate von insgesamt neun Prozent wird zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht (vgl. Sin und Mac Arthur 2000). Wie in den meisten anderen Ländern mit ähnlichen Pensionssystemen ist auch in Südkorea die schlechte Beitragsmoral ein ernstes Problem, da sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer versuchen, geringere Löhne und Gehälter anzugeben, als es der Realität entspricht, um auf diese Weise die Höhe der Pflichtbeiträge drücken zu können. Auch die Tendenz, schlicht und einfach gar keine Beiträge in das System einzubehalten, hat seit der Asienkrise 1997/98 zugenommen (Bailey und Turner 2001). Ein gegenteiliges Problem mit der Angabe der Höhe von Löhnen und Gehältern hat übrigens Thailand. Dort beginnt der Anspruch auf Auszahlung einer Rente mit 15 Beitragsjahren, die Höhe des auszubehaltenden Betrages basiert jedoch nur auf den letzten fünf Jahren: Konsequenterweise hat sich diese Praxis in Thailand als starker Anreiz erwiesen, das Einkommen der letzten Jahre zu hoch, jenes aller anderen Jahre aber möglichst niedrig anzugeben. Ergänzt wird die Alterspension in Südkorea noch durch gesetzlich verpflichtende Abfertigungszahlungen: Beim Übertritt in den Ruhestand ist der Arbeitgeber verpflichtet, dem scheidenden Arbeitnehmer eine Abfindung im Ausmaß von 30 durchschnittlichen

Tageslöhnen für jedes Jahr, das der oder die Betreffende im Betrieb gearbeitet hat, auszuzahlen, wenn dieser mindestens ein Jahr in dem Betrieb beschäftigt war. Für den Fall, dass der Betrieb in Bankrott geht, übernimmt der Staat die vollständige Abfertigungszahlung, wozu ein eigens geschaffener „Wage Claim Guarantee Fund“ zur Verfügung steht.

Das Pensionssystem auf den Philippinen wurde bereits 1957 eingerichtet und zeichnet sich durch eine relativ hohe Ersatzrate des vormals bezogenen – allerdings in der Regel sehr niedrigen – durchschnittlichen Gehalts im Ausmaß von über 70 Prozent aus. Anspruchsberechtigt sind Arbeitskräfte ab Erreichen des 60. Lebensjahres, sofern sie mindestens 120 Beitragsmonate aufweisen. Erfasst wird nur der formelle Sektor, aber nicht die große Zahl der informell Beschäftigten oder der Landbevölkerung. Auch auf den Philippinen existiert ein gesetzlich verankerter Anspruch auf eine Abfindungszahlung (hier im Ausmaß eines halben Monatslohns pro Arbeitsjahr), und ebenso zählen falsche Lohnangaben und eine schlechte Beitragsmoral zu den Hauptproblemen des Systems (vgl. Ramesh und Asher 2000).

Thailand verfügt seit der Implementierung des „Social Security Act“ und der Einrichtung des so genannten „Social Security Office“ im Jahr 1990 über eines der umfassendsten Sozialversicherungssysteme der Region. Nach der Etablierung verschiedener Programme im Bereich der Krankenversicherung, Invalidität usw. verpflichtete die Regierung im Jahr 1999 die Inhaber aller an der Börse notierten Unternehmen, der staatlichen Betriebe und einer Reihe weiterer Firmen, „Provident Funds“ für ihre Beschäftigten einzurichten. Das Alterspensionssystem, das erste

Beitragszahlungen ab 1999 verzeichnete, garantiert ab 15 Beitragsjahren (also erst ab 2014) eine Lohnersatzrate von 15 Prozent, anspruchsberechtigt sind allerdings schon Personen ab 55 Jahren. Im Gegensatz zu anderen Staaten ist die Teilnahme am Altersversicherungsprogramm in Thailand freiwillig. Als eines der wenigen Länder der Region hat Thailand auch die Problematik armer älterer Menschen im ländlichen Raum im Sozialversicherungssystem zu berücksichtigen versucht. Seit 1993 gewährt der Staat mittellosen alten Personen in den Landgebieten monatliche Unterstützungszahlungen, wobei 1997 immerhin schon rund 318.000 Bedürftige erfasst wurden. Die ausbezahlten Zuschüsse sind allerdings im Vergleich zu den Rentenzahlungen aus dem Pensionsprogramm sehr niedrig (Sin und Mac Arthur 2000).

Auf den wohlhabenden Industriestaat Japan mit seinem komplexen Sozialversicherungssystem, das teilweise Ähnlichkeiten zum System in Großbritannien aufweist, soll hier nur kurz eingegangen werden. Wie auch in anderen Staaten der Region existieren in Japan verschiedene Versicherungsprogramme für unterschiedliche Personengruppen. Grundsätzlich verfügt das Land seit 1986 (das erste Pensionsversicherungsgesetz stammt bereits aus dem Jahr 1941) über ein Zwei-Säulen-Modell: Säule 1 besteht aus einer allgemeinen „Flat-Rate“-Grundpension aus dem „National Pension Plan“ (NPP), wobei die Teilnahme für alle Bürger im Alter zwischen 20 und 59 Jahren (inklusive Studierende) verpflichtend ist. Die zweite Säule besteht aus fünf „Employees' Pension Plans“ (EPPs) und ist ein einkommensbezogenes Pensionsprogramm für Beschäftigte im privaten Sektor. Das Besondere am japanischen Pensions- und Sozial-

versicherungsmodell ist das freiwillige „carve out“, also die rechtlich abgesicherte Möglichkeit, einen Teil der Pflichtbeiträge nicht in das staatliche Pensionssystem einzubezahlen, sondern in alternative private Pensionsmodelle zu investieren. Außer in Japan gibt es in Ländern mit einem voll ausgebildeten, traditionellen Sozialversicherungssystem dieses Optionsmodell nur noch in Großbritannien.

### Alterssicherungsprogramme in Transformationsstaaten bzw. sozialistischen Staaten

Jene Länder, in denen sich zur Zeit in Südost- und Ostasien die stärksten Umbrüche in den sozialen Sicherungsnetzen vollziehen bzw. wo umfassende Veränderungen unmittelbar bevorstehen, sind die so genannten Transformationsstaaten bzw. nach wie vor kommunistisch regierten Staaten der Region, die sich langsam aber kontinuierlich in Richtung marktwirtschaftlicher Ökonomien orientieren. Zu dieser Staatengruppe zählen die Volksrepublik China, die Demokratische Volksrepublik Laos und die Sozialistische Republik Vietnam sowie die Demokratische Volksrepublik Korea (Nordkorea), über die jedoch zu wenige Informationen vorliegen, um sie in diese Analyse einzubeziehen.

Zur Zeit besteht in diesen Ländern noch ein Großteil der gegenwärtigen Pensionisten aus Militärs und ehemaligen Angestellten in staatlichen Betrieben oder im öffentlichen Dienst, aber in nicht allzu ferner Zukunft wird die Mehrheit der älteren Bevölkerung aus ehemals in der Privatwirtschaft beschäftigten Personen bestehen, was gravierende Umorientierungen der jetzigen Alterssicherungspraktiken nach sich ziehen wird. So sind in manchen sozialistischen Staaten

der Region nach wie vor die Staatsbetriebe individuell für die Alterssicherung ihrer ehemaligen Beschäftigten verantwortlich. Diese Praxis ist allerdings mit marktwirtschaftlichen Prinzipien unvereinbar, da es dadurch aufgrund sozialpolitischer Überlegungen unmöglich wird, veraltete, unrentable Betriebe zu schließen oder bankrott gehen zu lassen (Turner 2002). Sowohl in China, als auch in Laos und Vietnam ist derzeit noch der Großteil der im formellen Sektor Erwerbstätigen in Staatsbetrieben oder im öffentlichen Dienst beschäftigt; das erklärte wirtschaftspolitische Ziel ist jedoch in allen drei Staaten, die Beschäftigtenzahlen in diesen Bereichen drastisch zu reduzieren, die Zahl der Staatsbetriebe abzusenken und unrentable Unternehmen zu schließen. Auf großes internationales Interesse stoßen vor allem die Maßnahmen im Bereich der Alterssicherung, die in China gesetzt werden: Die Volksrepublik ist ja nicht nur der einwohnerreichste Staat der Welt, sondern auch ein Staat, dem in nicht allzu ferner Zukunft aufgrund der schon skizzierten demographischen Entwicklung ein radikaler Umbruch in der Altersstruktur seiner Bevölkerung bevorsteht. Erste soziale Sicherungsprogramme wurden in China schon sehr bald nach der kommunistischen Machtübernahme in Leben gerufen: So betrieb zum Beispiel der gesamtchinesische Gewerkschaftsverband von den frühen 1950er-Jahren bis zum Beginn der Kulturrevolution 1966 ein nationales soziales Sicherungssystem, von dem alle Arbeiter in Staatsbetrieben und ähnlichen Unternehmen im städtischen Raum erfasst wurden. Da in dieser Periode nahezu alle im städtischen Raum Erwerbstätigen in solchen Betrieben arbeiteten, wurden demgemäß nahezu hundert Prozent der erwerbstätigen Stadtbe-

völkerung von diesem auch als „eiserne Reisschüssel“ bezeichneten System erfasst (Sin und Mac Arthur 2000). Während der Wirren der Kulturrevolution brach das System zusammen und die Alterssicherung wurde in dieser Zeit von den einzelnen Betrieben für ihre Angestellten bestritten. Auffällig ist jedoch, dass vom Beginn der sozialen Sicherungsmaßnahmen in den 1950er-Jahren an nur der urbane Sektor abgedeckt wurde, nicht aber die Menschen im ländlichen Raum.

Die großen wirtschaftlichen Veränderungen in China in den 1990er-Jahren und im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts reduzierten den Abdeckungsgrad der von der Altersvorsorge und anderen sozialen Sicherungsmaßnahmen erfassten Bevölkerung erheblich, so dass zur Zeit deutlich weniger als der Hälfte der im städtischen Raum beschäftigten Personen vom sozialen Sicherungsnetz erfasst sein dürfte (Turner 2002). Die Liberalisierung der Wirtschaft und eine enorme Welle von Arbeitsmigranten in die boomenden Küstenregionen und Wirtschaftszentren des Landes hat auch das urbane Arbeitskräftepotenzial erheblich verändert: Während noch vor rund zwei Jahrzehnten weit über 90 Prozent der Arbeitskräfte im städtischen Raum im staatlichen Sektor beschäftigt waren, lag der entsprechende Prozentsatz im Jahr 2000 bereits nur mehr bei rund 50 Prozent (Liu und MacKellar 2001). Im privaten Sektor der Wirtschaft Beschäftigte werden vom derzeitigen System jedoch überhaupt nicht erfasst, ebenso wie ältere Menschen im ländlichen Raum größtenteils ausschließlich von der Unterstützung durch ihre Familien abhängig sind. Seit 1997 hat China allerdings erste Maßnahmen zu einer Ausdehnung bzw. Reformierung des alten Sozi-

alversicherungs-systems unternommen, durch die der Abdeckungsgrad der Bevölkerung vergrößert und die gewährten Leistungen vereinheitlicht werden sollen. China stieg – den Empfehlungen der Weltbank folgend – in den letzten Jahren schrittweise auf ein Drei-Säulen-Modell um. Dieses besteht aus einem grundlegenden leistungsbestimmten Pensionsplan, der Altersrenten in der Höhe von 20 Prozent des Durchschnittslohns der jeweiligen Provinz vorsieht, wobei allerdings enorme Unterschiede im Lohnniveau zwischen Chinas 31 Provinzen bestehen. Auch bei den Beitragsraten sind die Schwankungen erheblich: Während Arbeitnehmer in der Regel nirgendwo mehr als vier Prozent des Lohnes in das System einzahlen müssen, schwankt die Höhe des Arbeitgeberbeitrags je nach Provinz zwischen 15 und 30 Prozent. Unterschiedlich ist auch die Mindestdauer der Beitragspflicht (je nach Provinz zwischen 5 und 15 Jahren). Der zweite Pfeiler besteht aus einem individuellen Pensionskonto und das dritte Standbein stellt die Möglichkeit zu einer freiwilligen Altersvorsorge-Zusatzversicherung dar.

Im derzeit gültigen staatlichen Reformpapier, dem „State Council Document 26“, wird die Zielrichtung der künftig vorgesehenen Reformen des Altersvorsorge- und Sozialversicherungssystems präzisiert. Überrasgendes Ziel ist die Schaffung eines landesweit einheitlichen, umfassenderen und gerechteren Pensionssystems, das – wie in China so oft der Fall – mit einer numerischen Etikette, nämlich den so genannten „vier Vereinheitlichungen“ umschrieben wird: Vereinheitlichung des Systems, des Leistungsstandards, des Management und der Verwendung der Gelder, gültig für alle Arten von Betrieben und Arbeitskräften.

Hongkong – heute „Special Administrative Region“ (SAR) und formell ein Teil Chinas – verfügt über ein eigenes Sozialversicherungssystem, das sich von jenem des Festlandes grundsätzlich unterscheidet. In der „Global City“ mit ihrer boomenden Wirtschaft, dem hohem Lebensstandard und Wohlstand und mit traditionell stark ausgeprägten familialen Netzwerken genießen von der Regierung initiierte Altersvorsorgepläne keine hohe Priorität. Demgemäß beschränkt sich die Regierung der SAR auch auf die Einrichtung eines nicht beitrags-, sondern bedürftigkeitsorientierten Programms, des so genannten „Comprehensive Social Security Assistance Schemes“ (CSSA), das an oder unter der Armutsgrenze lebenden älteren Menschen Sozialzuschüsse gewährt, deren Höhe allerdings sehr gering bemessen ist. Erst im Jahr 2000 erließ die Regierung ein Gesetz, das für jeden Bürger die verpflichtende Einrichtung eines individuellen Pensionskontos in Form eines Versorgungsfonds („Provident Fund“ in britischer Tradition) mit einer Beitragsrate für Arbeitgeber und -nehmer von jeweils fünf Prozent vorsieht (Sin und Mac Arthur 2000; United States Social Security Administration 2005).

Das kommunistische Laos gehört zu jenen Staaten der Region, in denen – auf Grund der jungen Altersstruktur der Bevölkerung und der aktuellen demographischen Situation (vgl. dazu Kap. 2) – Maßnahmen zur Altersvorsorge noch längere Zeit keine quantitative Herausforderung darstellen dürften. Dementsprechend rudimentär sind auch die bestehenden Regelungen. Die erste gesetzliche Grundlage für die Einführung der Altersvorsorge im Rahmen eines Sozialversicherungssystems stammt aus dem Jahr 1999, in Kraft getreten ist das Ge-

setz 2001. Erfasst werden Beschäftigte in staatlichen und privaten Betrieben ab einer Größe von zehn Arbeitskräften, wobei jedoch gegenwärtig eine Beteiligungsmöglichkeit erst in wenigen besser entwickelten Provinzen des Landes gegeben ist. Für die Beschäftigten in Kleinbetrieben mit 5 bis 10 Personen ist mittelfristig eine freiwillige Beteiligung am System vorgesehen.

In der Vergangenheit konnten neben Staatsbediensteten und Militärs, für die wie üblich Sonderbestimmungen gelten, nur noch Beschäftigte in Staatsbetrieben mit einer geregelten Altersversorgung im Rahmen des Pensionssystems für Staatsbedienstete rechnen. Nachdem in einem ersten Reformschritt 1993 die Gruppe der Arbeiter in staatlichen Betrieben aus dem Pensionssystem für Staatsangestellte ausgeschlossen wurde und auch in Laos die Privatisierung oder Schließung von unrentablen Staatsbetrieben an der Tagesordnung ist, stellt sich nun die Frage, wer für früher erworbene Pensionsansprüche zuständig ist. Die noch existenten Staatsbetriebe wurden verpflichtet, erworbene Pensionsrechte zu übernehmen, während pensionierte Beschäftigte aus geschlossenen Staatsbetrieben nur darauf hoffen können, ihre Pensionen von dem ehemals für ihren Betrieb zuständigen Ministerium bezahlt zu bekommen. So erhalten zum Beispiel die ehemaligen Angestellten der Staatsbrauerei „Lao Beer“ heute ihre Pensionen vom vormals zuständigen Industrieministerium (Turner 2002). Bleibt schließlich noch Vietnam, dessen Sozialversicherungsmodell sowohl durch einige innovative Ansätze als auch durch eine verglichen mit den meisten anderen Staaten der Region relativ hohe Beitragsrate von 15 Prozent sowie eine hohe Lohnersatzrate von 69

Prozent (bei allerdings sehr niedrigem Lohnniveau) gekennzeichnet ist. Vietnam hat, was Überlegungen zu einer staatlich geregelten Altersvorsorge betrifft, schon eine längere Tradition: Das erste Gesetz für Angestellte im öffentlichen Sektor stammt aus dem Jahr 1961 (aus dem damaligen Nordvietnam), das aktuelle Pensionssystem nach dem Sozialversicherungsmodell wurde allerdings erst 2002 eingerichtet. Das Innovative am vietnamesischen Ansatz ist, dass nicht nur alle im öffentlichen und privaten Sektor Tätigen, sondern auch in der Landwirtschaft, der Fischerei und der Salzgewinnung beschäftigte Personen im System berücksichtigt werden, wobei versucht wird, die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe zu berücksichtigen. So müssen Reisbauern einen „jährlichen Pensionsbeitrag“ von 80 kg Reis „einzahlen“, was sie zum Bezug von monatlich 6 kg Reis auf Lebenszeit nach Ausscheiden aus der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit berechtigt (Gillion et al. 2000).

### Staaten ohne geregelte Altersvorsorge

Kambodscha und Myanmar sind zur Zeit noch die einzigen Staaten der Region, die über kein Sozialversicherungsprogramm oder Alterssicherungssystem verfügen. In Kambodscha sind ältere Menschen, die nicht von Familienangehörigen unterstützt werden, gezwungen, so lange wie möglich selbst erwerbstätig zu bleiben, und wenn beides nicht möglich ist, sind sie auf die mildtätige Unterstützung der Dorfgemeinschaft angewiesen (Zimmer et al. 2005). Die zentrale Anlaufstelle für ältere Menschen in Kambodscha schlechthin ist der Wat, der oft die einzige Möglichkeit darstellt, irgendeine Art der Unter-



stützung erhalten zu können (HelpAge 2001).

## Ausblick

Der demographische Alterungsprozess erfolgt in vielen ost- und südostasiatischen Staaten mit einer Geschwindigkeit, die eine umfassende und koordinierte Vorsorgeplanung von staatlicher Seite her unumgänglich macht. Die gegenwärtig in Kraft befindlichen Pläne zur Alterssicherung sind – sofern überhaupt existent – in vielen Staaten der Region durch den dynamischen sozio-ökonomischen und demographischen Wandel der letzten Jahrzehnte bereits erheblich unter Druck geraten. Croissant (2004b) weist zum Beispiel zu Recht darauf hin, dass wohl kein anderer Akteur als der Staat in der Lage sein wird, die offensichtlich bestehenden großen Lücken abdecken, weshalb in der Folge mit einem deutlichen Ansteigen der bislang noch meist niedrigen öffentlichen Sozialausgaben zu rechnen sein wird.

Vor diesem Hintergrund sind auch die umfassenden Anstrengungen sowohl auf nationalstaatlicher als auch auf internationaler Ebene zu sehen, dem Problem der raschen demographischen Veränderungen und ihren Folgen umfassend und koordiniert zu begegnen. Konkreter Ausdruck der hohen Priorität, die dieser Thematik im heutigen Ost- und Südostasien zugemessen wird, ist die Verabschiedung des sogenannten „Macao Plan of Action on Ageing for Asia and the Pacific“ und dessen Implementierung im Rahmen der „Shanghai Strategy“. Der „Macao Plan of Action“ spricht insgesamt sieben Themenbereiche an, die im Zusammenhang mit dem demographischen Alterungsprozess und der Lebenssituation älterer Menschen von Belang sind:

- Die soziale Stellung älterer Menschen innerhalb der Gesellschaft;
- Ältere Menschen und die Familie;
- Gesundheit und Ernährung;
- Wohnen, Verkehrsteilnahme und Wohnumfeld;
- Ältere Menschen, Markt und Konsum;
- Soziale Dienste und Leben in der Gemeinschaft,
- und schließlich Einkommenssicherung, Lebensunterhalt und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Ein Blick auf diese Agenda macht deutlich, dass die Diskussion um adäquate Pensionssysteme nur eine – allerdings zugegebenermaßen für viele ältere Menschen überlebenswichtige – Facette der großen sozio-ökonomischen Veränderungen ist, mit denen die Staaten Südost- und Ostasiens entweder derzeit schon konfrontiert sind oder sich in näherer oder fernerer Zukunft befassen müssen. Der aktuelle Status der sozialen Sicherung im Alter ist – wie gezeigt wurde – im größten Teil der Region unbefriedigend, die bestehenden Sicherungssysteme erfassen nur Teile der Bevölkerung und bieten in der Regel nur sehr geringe finanzielle Unterstützung für den Einzelnen. Für Millionen alter Menschen (und es werden durch den Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung sehr rasch immer mehr) ist derzeit, abgesehen von den – durch den fortschreitenden Modernisierungsprozess und seine gesellschaftlichen Auswirkungen jedoch zunehmend aufbrechenden – familialen Unterstützungsnetzwerken und Pflegeleistungen, (noch) keine ausreichende Alterssicherung gewährleistet. Asien „ergraut“ – das Thema der sozialen Sicherung im Alter ist in seiner Dringlichkeit zwar von den meisten Regierungen bereits erkannt worden, die Lösung dieses Problems stellt jedoch eine der großen sozialen

und politischen Aufgaben der nächsten Jahrzehnte in Ost- und Südostasien dar, um zu verhindern, dass große Bevölkerungsgruppen letztlich in Altersarmut und unwürdigen Lebensbedingungen enden.

## Literatur

Asher, M. und Mac Arthur, I. W. (2000): Annex B10: Country Profile for Singapore. In: Holzmann, R. et al.: Pension Systems in East Asia and the Pacific: Challenges and Opportunities. Washington D.C.: The World Bank (= Social Protection Discussion Paper 14).

Bailey, C. und Turner, J. (2001): Strategy to Reduce Contribution Evasion in Social Security Financing. In: World Development 29, S.385-393.

Caldwell, J. C. (2002): The Contemporary Population Challenge. Arbeitspapier für das „Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition“. New York: United Nations. Population Division, Dept. of Economic and Social Affairs.

Chan, A. (1999): The social and economic consequences of ageing in Asia: an introduction. In: Southeast Asian Journal of Social Sciences 27 (2), S.1-8.

Chan, R. (2001): The Welfare System in Southeast Asia. Development and Challenges. Hongkong: Southeast Asia Research Centre (= Working Paper Series 13).

Croissant, A. (2004a): Wohlfahrtsstaatliche Politiken in jungen Demokratien: Ost- und Südostasien. In: Croissant, A.; Erdmann, G. und Rüb, F. W. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaatliche Politiken in jungen Demokratien. Opladen, S.249-276

- Croissant, A. (2004b): Wohlfahrtsregime in Ostasien: Strukturen, Leistungsprofile und Herausforderungen. In: Betz, J. und Hein, W. (Hrsg.): Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen, S.119-142 (= Neues Jahrbuch Dritte Welt 2004).
- Ferrara, P. J. et al. (1995): Private Alternatives to Social Security in Other Countries. Dallas: National Center for Policy Analysis Report No. 200, October 1995, 38 S.
- Gillion, C. et al. (2000): Social Security Pensions: Development and Reform. Geneva: International Labour Organization.
- HelpAge International und Ministry of Social Affairs, Labour and Veterans Affairs (MSALVA), Government of Cambodia (2001): Older Persons in Cambodia. In: Policies and Programmes for Older Persons in Asia and the Pacific: Selected Studies. New York: United Nations-ESCAP, S.53-103 (= Social Policy Paper 1).
- Holzmann, R., Mac Arthur, I. W. und Sin, Y. (2000): Pension Systems in East Asia and the Pacific: Challenges and Opportunities. Washington D.C.: The World Bank (= Social Protection Discussion Paper 14).
- Holzmann, R. und Hinz, R. (2005): Old Age Income Support in the 21st Century. An International Perspective on Pension Systems and Reform. Washington D.C.: The World Bank.
- Husa, K. und Wohlschlägl, H. (1999): Vom „Emerging Market“ zum „Emergency Market“: Thailands Wirtschaftsentwicklung und die Asienkrise. In: Parnreiter, C. et al. (Hrsg.): Globalisierung und Peripherie – Umstrukturierung in Lateinamerika, Afrika und Asien. Frankfurt am Main und Wien: Brandes & Apsel / Südwind, S.209-236 (= Historische Sozialkunde 12).
- Husa, K. und Wohlschlägl, H. (2002): Vom Baby-Boom zum „Grey Boom“? Sozio-demographische Transformationsprozesse in Südostasien. In: Journal für Entwicklungspolitik 18 (4), Wien, S.311–336.
- Husa, K. und Wohlschlägl, H. (2003): Südostasiens „demographischer Übergang“: Bevölkerungsdynamik, Bevölkerungsverteilung und demographische Prozesse im 20. Jahrhundert. In: Feldbauer, P., Husa, K. und R. Korff (Hrsg.): Südostasien: Gesellschaft, Räume und Entwicklung im 20. Jahrhundert. Wien: Promedia, S.133-158 (= Edition Weltregionen 6).
- Husa, K. und Wohlschlägl, H. (2005): „Gastarbeiter“ oder Immigranten? Internationale Arbeitsmigration in Ost- und Südostasien im Umbruch. In: Binder, S. et al. (Hrsg.): „Herausforderung Migration“ – Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant’s Day“. Wien, S. 71–104 (= Abhandlungen zur Geographie und Regionalforschung 7).
- International Labour Organization (1997): Ageing in Asia: The Growing need for Social Protection. Bangkok: ILO – Regional Office for Asia and The Pacific.
- Jones, G. W. (1993): Consequences of rapid fertility decline for old age security in Asia. In: Leete, R. und Alam, I. (Hrsg.): The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes and Implications. Oxford, S.275-295.
- Kinsella, K. und Velkoff, V. A. (2001): An Aging World: 2001. Washington DC: U.S. Census Bureau, Series P95/01-1.
- Kinsella, K. und Phillips, D. R. (2005): Global Aging: The Challenge of Success. Washington DC: Population Reference Bureau (= Population Bulletin 60/1).
- Knodel, J. (1999): The Demography of Asian Ageing: Past Accomplishments and Future Challenges. In: Asia-Pacific Population Journal 14 (4), S.39-56.
- Liu, S. und MacKellar, F. L. (2001): Key Issues of Aging and Social Security in China. Laxenburg bei Wien: IIASA (= IIASA Interim Report IR-01-004).
- Müller, K. (2000): Altern in der Dritten Welt. In: Betz, J. und Brüne, S. (Hrsg.): Jahrbuch Dritte Welt 2001. Hamburg, S.32-46.
- Nizamuddin, M. (1999): Population ageing: Policy responses to population ageing in Asia and the Pacific. In: Cliquet, R. und Nizamuddin, M. (Hrsg.): Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries. Leuven: UN Population Fund and Population and Family Study Centre, S.95-115.
- Ofstedal, M. J., Knodel, J. und Chayovan, N. (1999): Intergenerational support and gender: A comparison of four Asian countries. In: Southeast Asian Journal of Social Science 27, S.21-42.
- Ogawa, N. (2003): Ageing trends and policy responses in the ESCAP Region. In: Population and Development: Selected Issues. New York: UN-ESCAP, S.89-127.

- Phillips, D. R. und Chan, A. C. M. (2002): Policies on Ageing and Long-term Care in Hong Kong. In: Phillips, D. R. und Chan, A. C. M. (Hrsg.): Ageing and Long-term Care. National Policies in the Asia-Pacific. Singapur: Institute of Southeast Asian Studies und Ottawa: International Development Research Centre, S.23-67.
- Population Reference Bureau (2005): World Population Data Sheet 2005. Washington DC: PRB.
- Ramesh, M. und Asher, M. (2000): Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, Health and Education Policies. New York.
- Ramesh, M. und Asher, M. (2000): Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, Health and Education Policies. New York.
- Sin, Y. und Mac Arthur, I. W. (2000): Annex B2: Country Profile for China, Hongkong, South Korea, Thailand. In: Holzmann, R. et al.: Pension Systems in East Asia and the Pacific: Challenges and Opportunities. Washington D.C.: The World Bank (= Social Protection Discussion Paper 14).
- Turner, J. A. (2002): Social Security Development and Reform in Asia and the Pacific. London: The Pension Institute, Birkbeck College, University of London (= Discussion Paper PI-0203).
- United States Social Security Administration (2005): Social Security Throughout the World: Asia and the Pacific 2004. Washington DC (= SSA Publication 13-11802).
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2001): Policies and Programmes for Older Persons in Asia and the Pacific: Selected Studies. New York: United Nations-ESCAP (=Social Policy Paper 1).
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2002a): National Policies and Programmes on Ageing in Asia and the Pacific: An Overview and Lessons Learned. New York: United Nations-ESCAP (=Social Policy Paper 9).
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2002b): Ageing in Asia and the Pacific: Emerging Issues and Successful Practices, New York: United Nations-ESCAP (=Social Policy Paper 10).
- United Nations (2005): World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database. New York: United Nations Population Division.
- World Bank (1994): Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth. New York: Oxford University Press.
- Zimmer, Z. et al. (2005): The Impact of Past Conflicts and Social Disruption in Cambodia on the Current Generation of Older Adults. Michigan (= University of Michigan, Population Studies Center, Report 05-582).



## Die Autoren

---

**Raymond K H Chan** ist Associate Professor am Department of Applied Social Studies der City University of Hong Kong. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Vergleichende Sozialpolitikforschung, Arbeitsmarktpolitik und Industrielle Beziehungen. Zu seinen wichtigsten Publikationen gehören ‚Welfare in Newly-Industrialised Society: the construction of the welfare state in Hong Kong‘ (Aldershot: Avebury), ‚Foreign Labor in Asia: Issues and Challenges‘ (New York: Nova Science), und ‚Self-Help Organizations of People with Disabilities in Asia‘ (Westport, CT: Auburn House). Seine Aufsätze erschienen in folgenden Fachzeitschriften: International Journal of Social Welfare, Asian Journal of Social Sciences, Journal of Comparative Asian Development, Social Policy and Society, International Journal of Human Resource Management and Journal of Contemporary Asia.

**Klaus Fritsche** ist promovierter Sozialwissenschaftler und Geschäftsführer der Asienstiftung und des Asienhauses.

**Karl Husa** ist Ao. Universitätsprofessor am Institut für Geographie und Regionalforschung der Universität Wien. Seine Forschungs- und Lehrschwerpunkte liegen in den Bereichen Bevölkerungsforschung (insbesondere Migrationsforschung) und geographische Entwicklungsforschung (vor allem räumliche und soziodemographische Transformationsprozesse, regionale Disparitäten, Megastädte und Urbanisierung; regionaler Schwerpunkt: Südost- und Ostasien).

**Rolf Jordan** ist promovierter Politikwissenschaftler und Leiter des Projekts ‚Armut, soziale Ungleichheit und Globalisierung‘ des Asienhauses, Essen.

**M Ramesh** ist Professor an der National University of Singapur (NUS) und ein führender Experte auf dem Gebiet der sozialen Sicherung und Sozialpolitik in Ost- und Südostasien. Zu seinen wichtigsten Publikationen gehören ‚Social Policies in East and Southeast Asia‘, ‚Welfare Capitalism in Southeast Asia‘, ‚Studying Public Policy‘ und ‚Canadian Political Economy‘. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Politischen Ökonomie der Volksrepublik China, Indien und Südkorea. Prof. Ramesh ist Mitbegründer der Vereinigung für ‚Political Science‘ (APISA) und Public Policy (NAPSIPAG) in Asien.

**Michael von Hauff** ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Kaiserslautern. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Entwicklungs- und Umweltökonomie. Er war Gastprofessor an der University of Delhi (Indien) und der Nanyang Technological University in Singapur. Er ist Mitglied vieler nationaler und internationaler Organisationen und wissenschaftlicher Beiräte nationaler und internationaler Journale. Außerdem ist er Verfasser und Herausgeber einer Vielzahl von Büchern und Artikeln in nationalen und internationalen Fachzeitschriften

**Helmut Wohlschlägl** ist Universitätsprofessor am Institut für Geographie und Regionalforschung der

Universität Wien. Seine Forschungs- und Lehrschwerpunkte liegen in den Bereichen Bevölkerungsgeographie und geographische Entwicklungsforschung (vor allem räumliche und soziodemographische Transformationsprozesse, Fertilitätsrückgang, regionale Disparitäten, Megastädte; regionaler Schwerpunkt: Südost- und Ostasien).

**Wu Xun** lehrt Ökologie, ‚Natural Resource Management‘ und Politikwissenschaft an der National University of Singapore (NUS). Wu Xun's Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Politischen Ökonomie öffentlicher Verwaltungsreformen in Entwicklungsländern. Seine Aufsätze erschienen in folgenden Fachzeitschriften: Governance, Energy Policy, Energy Economics sowie Water Policy. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte umfassen die Restrukturierung der Energiesektoren in Südostasien, ‚Corporate Governance and Corruption‘, Reformen im Gesundheitssektor sowie Fragen der Konfliktbearbeitung zwischen internationalen Flussanrainern. Er war als Berater für die Weltbank und das International Vaccine Institute tätig.



## Die Zeitschriften

### Korea Forum

halbjährlich,  
ca. 50 Seiten, € 15,- / Jahr

### Südostasien

vierteljährlich,  
ca. 80 Seiten, € 20,- / Jahr  
Für Mitglieder der jeweiligen  
Vereine, also philippinenbüro  
oder Südostasien Informations-  
stelle bzw. Korea-Verband e.V.  
im Mitgliedsbeitrag enthalten.

## Focus Asien

- Nr. 2: Tiger ohne Krallen.** Die  
Asienkrise in den Printmedien,  
€ 2,50
- Nr. 3: Peacefull conflict Trans-  
formation.** Civil Society Respon-  
ses to the Conflict in Mindanao,  
€ 10,-
- Nr. 4: Essener Unternehmen in  
Asien** € 5,-
- Nr. 5: Sustainable Develop-  
ment: A Decade after Rio.** The  
Case of Vietnam € 5,-
- Nr. 6: Land in Sicht?** Agrarre-  
form; Am Beispiel der Philippinen  
€ 5,-
- Nr. 8: Social Policies and the  
ASEM Process** € 10,-
- Nr. 9: Asia's Path to Development  
and the Rio+10 Processes** € 5,-
- Nr. 10: Friedliche Konfliktlösung  
in Süd- und Südostasien** € 10,-
- Nr. 11: The Emerging of China's  
Civil Society** € 5,-
- Nr. 12: Conflictresolution in  
Papua** € 5,-
- Nr. 13: Demokratisierung in  
Indonesien: Tagungsdokumenta-  
tion** € 5,-
- Nr. 14: RWE: Vom Ruhrpott  
nach Shanghai** € 5,-
- Nr. 15: Handbuch Asiatische  
Entwicklungsbank** € 5,-
- Nr. 16: A Handbook on the  
Asian Development Band**  
€ 5,-
- Nr. 17: Sozialer Sprengstoff in  
China?** € 5,-
- Nr. 18: Gesundheit für alle?**  
€ 5,-
- Nr. 19: Verflutet noch mal -  
Tsunami-Hintergründe** € 5,-
- Nr. 20: Friede, Flut und Fe-  
rienziel: Tsunami und Sri Lan-  
ka** € 5,-
- Nr. 21: Tsunami und ACEH**  
€ 5,-
- Nr. 22: Reday for Tourism?  
Tsunami und Südthailand** € 3,-



## Die Publikationen

- Another Look at Germany**  
Ed.: Heike Blum and Dietmar Henker  
Ein politischer Reisebegleiter für  
asiatische Deutschlandreisende (engl.)  
205 Seiten, € 10,00
- Islam in Asien**  
Hg.: Klaus Schreiner  
für das Asienhaus  
Mit einem Vorwort von Hans Küng  
Horlemann 2001  
280 Seiten, € 15,23
- Wasser in Asien- Elementare  
Konflikte**  
Hg.: Thomas Hoffmann für das Asien-  
haus, Secolo 1997  
464 Seiten, € 25,05
- Politischer Wandel in Indone-  
sien (1995-2000),** Hg. P. Ziegenhain  
213 S., € 10,00



## Die Newsletter

**philippinen aktuell**  
ein monatlich erscheinender Newslet-  
ter, zusammengestellt aus der philippi-  
nischen Tagespresse (engl.)  
14 pages, € 32,- / Year

**Asienhaus Rundbrief**  
Informationen ca. wöchentlich kosten-  
los per Email; Kommentare, Veranstal-  
tungshinweise, Bibliotheksneueingän-  
ge etc..  
Bezug: rundbrief@asienhaus.de

**Burma-Nachrichten**  
Informationen über die Entwicklungen  
in und um Burma. Erscheint ca. vier-  
zehntägig per e-mail.  
Bezug: burma@asienhaus.de

**China-Informationen**  
Informationen über die Entwicklungen  
in und um China. unregelmäßig per e-  
mail.

Weitere Hinweise unter  
[asienhaus.de/publikationen](http://asienhaus.de/publikationen)  
Bestellungen an:  
[vertrieb@asienhaus.de](mailto:vertrieb@asienhaus.de)

Das Asienhaus ist Anlaufstelle für Asien-Interessierte.

Unter dem Dach des Asienhauses, im ehemaligen Verwaltungsgebäude der Zeche Zollverein in Essen, arbeiten vier unabhängige deutsche Organisationen mit anerkannter Gemeinnützigkeit:

*Die Asienstiftung, der Korea-Verband, das philippinenbüro, die Südostasien-Informationsstelle.*

Gemeinsam organisieren sie Tagungen, Seminare und Konferenzen genauso wie Sprachkurse oder Fortbildungsveranstaltungen. Sie publizieren wissenschaftliche Zeitschriften und Monographien und empfangen asiatische Partner und Gäste aus Politik sowie Gewerkschaften und anderen Nicht-Regierungsorganisationen, auch aus den Bereichen Kunst und Medien. Im Haus finden Ausstellungen und Lesungen statt. Zudem steht Interessierten eine fachlich betreute und reich ausgestattete Bibliothek zur Verfügung.

Das Asienhaus will mit seiner Arbeit hin wirken auf eine solidarische und gerechte Weltwirtschaftsordnung, auf umfassende Demokratisierung und Selbstbestimmung. Es setzt sich ein für die Überwindung der Diskriminierung der Frau. Ziel und Mittel auf diesem Wege sind, den Austausch der Zivilgesellschaften in Europa und Asien über Themen der sozialen Entwicklung, über ihre Visionen einer gerechten Welt zu befördern und zu führen.

Die Einsicht, dass ungerechte Strukturen auch auf Mängel in unserer Gesellschaft verweisen, und diese Mängel deshalb in den Blickwinkel jeder Politik gehören, trägt alle Projekte und Programme des Asienhauses.

Weitere Auskunft erteilt Klaus Fritsche (0201) 830 38 –38, Fax (0201) 830 38 –30, K.Fritsche@asienhaus.de



Asienhaus  
Bullmannaue 11  
45327 Essen  
[www.asienhaus.de](http://www.asienhaus.de)

**Spenden für das Asienhaus:**

Bank für Sozialwirtschaft, BLZ: 370 205 00, KTO der Asienstiftung: 820 41 00

*Bitte geben Sie für die Spendenbescheinigung unbedingt Ihren Namen und Ihren Absender an.*

ISSN 1435-0459

ISBN 3-933341-32-9