



Private Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheit, Bildung und Wasser

Aus einer Reihe von Gründen sind es häufig die Regierungen, die die sozialen Basisdienste – gesundheitliche Grundversorgung, Primarschulbildung, Trinkwasser- und Sanitärversorgung – finanzieren und bereitstellen. Ein Grund ist, dass es sich bei solchen Dienstleistungen um öffentliche Güter handelt. Ihr Marktpreis allein würde ihren intrinsischen Wert und ihren sozialen Nutzen nicht erfassen. Grundbildung nützt nicht nur dem Einzelnen, der etwas lernt, sie nützt auch allen Mitgliedern der Gesellschaft, indem sie das Gesundheits- und Hygieneverhalten verbessert und die Produktivität der Arbeitskräfte erhöht.

Ein zweiter Grund für die Finanzierung durch die öffentliche Hand ist, dass sichergestellt werden soll, dass die soziale Grundversorgung für alle gleichermaßen zugänglich ist. Den Armen stehen diese Dienstleistungen in der Regel nicht zur Verfügung, und wenn sie dafür zahlen müssen, würden sie sie vielleicht nicht nutzen – was es schwierig machen würde, der Armut zu entkommen.

Hinzu kommt, dass der Staat bei der Bereitstellung dieser Dienstleistungen oft eine dominante Rolle spielt. Eine Bereitstellung durch viele (öffentliche oder private) Versorger kann zu Doppelungen und höheren Kosten führen. Außerdem ist der Zugang zur sozialen Grundversorgung ein elementares Menschenrecht – verankert im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte – und die Regierungen sind verpflichtet sicherzustellen, dass diese Dienstleistungen ihrer Bevölkerung zur Verfügung stehen. Das Engagement der Regierungen für die Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen und die Millenniums-Entwicklungsziele spiegelt diese Verpflichtung wieder.

Doch die Bereitstellung sozialer Dienstleistungen durch den Staat ist nicht immer die

beste Lösung, wenn die Institutionen schwach sind und die Rechenschaftspflicht bezüglich der Verwendung öffentlicher Mittel gering ist – wie es in Entwicklungsländern oft der Fall ist. (In Kapitel 7 wird beschrieben, wie die Rechenschaftspflicht von Regierungen für die Verwendung öffentlicher Mittel für soziale Dienstleistungen besser eingefordert werden können.)

In der ersten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts waren in den reichen Ländern die privaten Versorger in der Gesundheitsversorgung, im Bildungswesen und im Bereich der Wasserversorgung in der Mehrheit. Doch diese Dienstleistungen waren beschränkt. In der zweiten Hälfte des Jahrhunderts begann die Finanzierung und Bereitstellung durch die öffentliche Hand zu überwiegen. Tatsächlich wurden diese Dienstleistungen in Kanada, Westeuropa und den Vereinigten Staaten erst dann allgemein zugänglich, als die Regierungen eingriffen – in den letzten 25 Jahren des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

In den ersten Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in armen Ländern im Gesundheits- und Bildungsbereich sowohl den wachsenden öffentlichen Sektor als auch private Versorger. Doch in den 1980er und besonders ab den 1990er Jahren nahm die Bereitstellung durch private Versorger rapide zu. So wie staatseigene Betriebe in produktiven Sektoren privatisiert wurden, wenn sie Verluste machten (sowohl in der Industrie als auch im Dienstleistungssektor), so wurde der gleiche Trend auch bei den sozialen Dienstleistungen gefördert.

Die Erfahrungen der reichen Länder legen nahe, dass die Reihenfolge bei den sozialen Dienstleistungen zunächst die umfassende Bereitstellung durch den Staat, gefolgt von gezielteren Eingriffen und dann Kooperationen

Gesundheitsversorgung, Bildung und Wasserversorgung wurden in Kanada, Westeuropa und den USA erst dann allgemein zugänglich, als die Regierungen eingriffen

öffentlicher und privater Träger (*public-private partnerships*) sein sollte, um die verschiedenen Märkte zu bedienen – abhängig von der Art der Dienstleistungen in den verschiedenen Sektoren.

WARUM HAT DIE BEREITSTELLUNG DURCH PRIVATE VERSORGER IN DEN ARMEN LÄNDERN ZUGENOMMEN?

In den Entwicklungsländern wurde die wachsende Bedeutung des privaten Sektors im Gesundheits- und Bildungswesen sowie der Privatisierungsschub bei der Wasserversorgung und den Krankenhausleistungen durch drei Faktoren vorangetrieben: durch fehlende öffentliche Mittel, durch die schlechte Qualität der staatlichen Versorgung und durch den Druck, die Wirtschaft zu liberalisieren.

FEHLENDE ÖFFENTLICHE MITTEL

Ohne finanzielle Mittel – ob einheimische Ressourcen oder ausländische Hilfe – können viele Regierungen armer Länder soziale Dienstleistungen nicht effektiv bereitstellen oder große Infrastrukturinvestitionen finanzieren. Eine Privatisierungspolitik wird oft in Hinblick darauf verfolgt, Einnahmen zu erzielen, doch am meisten lohnt es sich für Regierungen, ihre Subventionen für verlustreiche staatliche Unternehmen abzubauen.

In einigen Fällen, wie zum Beispiel bei der einheimischen Trinkwasser- und Sanitärversorgung (und bei der Bewässerung und Energieversorgung), wird der Mangel an staatlichen Mitteln durch verzerrte Gebührenstrukturen noch verschärft. Bei staatlichen Betrieben sind die Gebühren oft zu niedrig, um die Kosten zu decken, und wenn die Nutzer ihre Gebühren nicht zahlen, wird oft darüber hinweggesehen. Dieser Ansatz subventioniert im Wesentlichen die Reichen – während die Armen unter mangelndem Zugang leiden. Bei wachsender städtischer Bevölkerung können außerdem die finanziell ausgebluteten Kommunalverwaltungen das Leistungsangebot nicht ausweiten, um auch die Armen mit zu versorgen. In der Folge sinkt in den Mittelklasse-Gegenden die Qualität und Quantität

der Trinkwasserversorgung, und die Armenviertel erreicht sie erst gar nicht.

SCHLECHTE QUALITÄT ÖFFENTLICHER VERSORGUNGSLEISTUNGEN

In vielen Ländern hängen die in der Vergangenheit schwachen öffentlichen Versorgungsleistungen mit dem Mangel an Ressourcen zusammen. Es wimmelt von Fällen, in denen Regierungen es versäumt haben, ihre Bürger, insbesondere die Armen, mit sozialen Basisdienstleistungen bzw. mit Dienstleistungen von guter Qualität zu versorgen.

In Indien und Pakistan nannten arme Haushalte das häufige oder längere Fehlen von Lehrkräften in staatlichen Schulen als Hauptgrund, warum sie sich für Privatschulen entschieden.¹ Schlecht bezahlte Ärzte im öffentlichen Sektor bessern ihr Einkommen häufig auf, indem sie Medikamente verkaufen, die eigentlich kostenlos abzugeben sind.² Folglich sind die Armen (und Nicht-Armen) gezwungen, private Anbieter in Anspruch zu nehmen, denn sie sind leichter zugänglich und geben in ihrer Sprechstunde oft Medikamente ab (im Gegensatz zu Regierungseinrichtungen, wo Medikamente nicht immer erhältlich sind).

Um mehr und besseren Zugang zu Trinkwasser zu haben, müssen die Armen dafür oft Wucherpreise an Kleinhändler zahlen, die private Tankwagen betreiben. Die meisten Einwohner in den Städten Südasiens bekommen nur wenige Stunden am Stück Wasser, und das nicht jeden Tag.³ Strom bekommen sie für ein paar mehr Stunden am Tag, doch die Stromausfälle nehmen in der heißesten Zeit des Sommers zu – wenn die Temperaturen auf 48 Grad Celsius steigen können.

DRUCK, DIE WIRTSCHAFT ZU LIBERALISIEREN

Der dritte Anstoß für die Bereitstellung durch private Anbieter kommt durch die Geberpolitik, die Wirtschaftsliberalisierungen und freie Märkte befürwortet, um Wachstum und Entwicklung voranzubringen. In dem Schritt, die Rolle der Privatwirtschaft auszuweiten, wird mit den sozialen Dienstleistungen Neuland be-

treten. In den 1990er Jahren unterstützten viele Geber die Ausweitung der privaten Bereitstellung und Finanzierung auf die soziale Versorgung, insbesondere die städtische Wasserversorgung. Auch das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen der Welthandelsorganisation fördert den Einstieg der Privatwirtschaft in die sozialen Dienstleistungen (siehe Kasten 5.1).

GESUNDHEIT

In vielen Entwicklungsländern – in Lateinamerika, Südasien und Südostasien – gibt es eine kapitalkräftige, prosperierende Privatwirtschaft. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der Gesundheitsausgaben in allen Regionen in den Privatsektor fließt.⁴ In Ländern mit niedrigem Einkommen wird mehr als die Hälfte der gesundheitlichen Basisversorgung von privaten Dienstleistern bereitgestellt.⁵ In Asien und Lateinamerika ist ein bedeutender Teil der Krankenhäuser und Gesundheitseinrich-

tungen in privaten Händen, wenngleich Vorbeugemaßnahmen hauptsächlich in der Verantwortung des öffentlichen Sektors liegen.⁶

Seit Lateinamerika in den 1990er Jahren das Management seines Gesundheitssektors für internationale Firmen öffnete, hat es dort mehr als in irgendeiner anderen Entwicklungsländerregion eine enorme Verlagerung hin zur privaten Gesundheitsversorgung gegeben. Mehrere multinationale Kapitalgesellschaften (Aetna, CIGNA, Prudential, American Insurance Group – alle mit Sitz in den USA) bieten in Lateinamerika Krankenversicherungen und Gesundheitsdienste an. Und sie beabsichtigen Verwaltungsaufgaben für die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wahrzunehmen und sich den Zugang zu Mitteln der Sozialkassen für den Bereich der medizinischen Versorgung zu sichern. Diese Unternehmen investieren, indem sie:

- bestehende Unternehmen kaufen, die Schadensversicherungen oder im Voraus zu bezahlende Gesundheitspläne verkaufen;

KASTEN 5.1

Soziale Dienste und das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (GATS)

Das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (*General Agreement on Trade in Services*-GATS) legt die rechtlichen Rahmenbedingungen für den internationalen Handel mit Dienstleistungen fest, sowohl durch allgemeine Handelsregeln als auch durch spezifische nationale Verpflichtungen bezüglich des Zugangs zu inländischen Märkten. Viele Kritiker haben gefragt, ob das GATS weit genug darin geht, die Fähigkeit der Länder zu schützen, selbst zu entscheiden, wie soziale Dienstleistungen am besten bereitzustellen sind. Dazu gehört auch, den Umfang zu bestimmen, in dem ausländische Anbieter daran beteiligt sein sollen.

Einerseits bietet das Abkommen den Regierungen beträchtlichen Ermessensspielraum bei der Entscheidung, wie, wann und ob Dienstleistungen für den internationalen Handel geöffnet werden sollen. Kein Land ist verpflichtet, irgendeinen spezifischen Sektor der ausländischen Konkurrenz zu öffnen, und die Länder können Bedingungen in Bezug auf die Art und das Tempo einer solchen Liberalisierung festlegen. Die Regierungen können auch, bei angemessener Kompensation, bestehende Liberalisierungsverpflichtungen aussetzen oder modifizieren. Außerdem beinhaltet das Ab-

kommen eine Ausnahmeregelung bezüglich „hoheitlicher Gewalt“, in der die Dienstleistungen, die unter das GATS fallen, definiert sind als „jede Art von Dienstleistung in jedem Sektor mit Ausnahme solcher Dienstleistungen, die in Ausübung hoheitlicher Gewalt erbracht werden“. Schließlich können die Länder sich auch auf allgemeine Ausnahmen zum Schutz des öffentlichen Interesses berufen, wozu auch die nationale Sicherheit und die öffentliche Gesundheit gehören.

Andererseits verpflichtet das GATS seine Mitglieder auf „aufeinanderfolgende Verhandlungsrunden ... um schrittweise einen höheren Stand der Liberalisierung zu erreichen“. Die Länder werden unter zunehmenden Druck geraten, neue Dienstleistungsbereiche zu liberalisieren. Was noch beunruhigender ist: In dem Abkommen nicht definierte Begriffe könnten die oben genannten Sicherheitsklauseln unwirksam machen.

Die Ausnahmeregelung für in Ausübung hoheitlicher Gewalt erbrachte Dienstleistungen gilt nur für Dienstleistungen, die weder zu kommerziellen Zwecken noch im Wettbewerb mit einem oder mehreren Dienstleistungserbringern erbracht werden. Die Bereitstellung sozialer

Dienstleistungen erfolgt jedoch selten exklusiv durch Regierungen, sondern durch eine sich entwickelnde Mischung öffentlicher und privater Akteure, die um Kunden konkurrieren. Und der genaue Umfang der Dienstleistungen, die den Ausschlusskriterien entsprechen, ist noch immer unklar. Wenn die Gesetzgebung der Regierung zur Sicherung der gerechten und effizienten Bereitstellung dieser Dienstleistungen nicht unter das Ausschlusskriterium fällt, könnte sie möglicherweise mit dem GATS in Konflikt geraten. Exklusiv angebotene staatliche Hilfen für Nichtregierungsorganisationen, die Schulen und Kliniken in unterversorgten Gegenden betreiben, könnten bedroht sein, wenn eine Regierung ihren Gesundheits- und Bildungssektor liberalisieren und diese Marktbedingungen nicht offiziell registrieren würde.

Das GATS könnte gestärkt werden, indem man die Ausnahmeregelung bezüglich der hoheitlichen Regierungsgewalt abschafft oder indem man den Text so neu formuliert, dass sichergestellt wird, dass Dienstleistungen, die in der „Ausübung hoheitlicher Gewalt“ erbracht werden, entsprechend ihrer Funktion verstanden werden, und nicht entsprechend ihrer Art der Bereitstellung.

Quelle: Mehrotra und Delamonica (noch nicht veröffentlicht); Save the Children 2001, Canadian Centre for Policy Alternatives 2003, UNHCHR 2003; WTO 2003

Die vermeintlichen Vorteile aus der Privatisierung der sozialen Versorgung sind schwer zu fassen, die Beweise für die Effizienz und die Qualitätsstandards im privaten verglichen mit dem öffentlichen Sektor sind nicht schlüssig

- sich mit anderen Unternehmen zu Joint Ventures zusammenschließen;
- sich dazu bereit erklären, die Verwaltung der Sozialversicherung und der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu übernehmen.⁷

Rund 270 Millionen Lateinamerikaner – 60 Prozent der Bevölkerung – erhalten Barauszahlungen und gesundheitliche Versorgungsleistungen aus den Sozialversicherungskassen. Die Dienstleistungen werden oft von Angestellten dieser Kassen erbracht. In Argentinien und Chile ist die Durchdringung der Sozialversicherungskassen durch multinationale Kapitalgesellschaften am stärksten vorangeschritten, aber auch in Brasilien nimmt sie zu, und in Ecuador hat sie begonnen.⁸

AUSWIRKUNGEN DER ANWENDUNG BETRIEBLICHER MANAGEMENTPRINZIPIEN AUF DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Alle Bürgerinnen und Bürger sollten Zugang zu gesundheitlicher Grundversorgung haben. Und eine Bereitstellung durch private Anbieter kann helfen, unterschiedliche Erfordernisse zu erfüllen. Aber wird die Frage nach Gerechtigkeit dabei ignoriert?

Lateinamerika hat sich bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten lange auf die öffentlichen Sozialversicherungskassen verlassen. Doch in den 1990er Jahren wurde dann ausländischen Krankenversicherungsunternehmen angeboten, das Management vieler Kassen zu übernehmen. Daraus folgte, dass mehr finanzielle Mittel dafür eingesetzt werden, höhere Verwaltungskosten zu decken und Erträge für die Investoren zu erwirtschaften. Dadurch sanken der Zugang für schwächere Gruppen und die Ausgaben für Krankenhausleistungen. Ende der 1990er Jahre entschieden sich in Chile rund ein Viertel der Patienten aus dem privaten Gesundheitswesen für die Versorgung in staatlichen Kliniken. Als Hauptgrund dafür gaben sie die hohe Selbstbeteiligung an, die im privaten Gesundheitswesen verlangt werde.⁹

In Argentinien sehen sich öffentliche Krankenhäuser, die nicht dazu übergegangen sind, betriebliche Managementprinzipien auf

die medizinische Versorgung anzuwenden, einem Ansturm von Patienten gegenüber, für die privatisierte Sozialversicherungskassen die Kosten übernehmen. Diese Patienten mussten auf öffentliche Krankenhäuser ausweichen, weil sie sich die Zuzahlungen nicht leisten können oder weil Privatärzte sie gar nicht erst haben vorsprechen lassen (weil die Sozialversicherungskassen deren Honorare nicht zahlen).

Argentiniens und Brasiliens staatliche Krankenhäuser sind nun auf Kostenerstattungen sowohl aus den Sozialversicherungskassen als auch aus Privatversicherungen und durch Selbstbeteiligungen angewiesen. Um in staatlichen Institutionen kostenfrei behandelt zu werden, müssen arme Patienten langatmige Überprüfungen ihrer Bedürftigkeit über sich ergehen lassen – mit Ablehnungsquoten von durchschnittlich 30–40 Prozent in einigen Krankenhäusern.¹⁰ Und weil private Krankenversicherungen gesündere Patienten anziehen, werden kränkere Patienten in den öffentlichen Sektor abgeschoben. Dieses Zwei-Klassen-System unterhöhlt die Verteilung von Gesundheitsrisiken und untergräbt die Quersubventionierung zwischen gesünderen und schwächeren Gruppen.

ANGEMESSENHEIT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND REGULIERUNG

Die vermeintlichen Vorteile aus der Privatisierung der sozialen Versorgung sind schwer zu fassen, die Beweise für die Effizienz und die Qualitätsstandards im privaten verglichen mit dem öffentlichen Sektor sind nicht schlüssig.¹¹ Mittlerweile gibt es zahlreiche Beispiele für Marktversagen bei der privaten Versorgung.

Krankenhausleistungen und Medikamente sind im wesentlichen private Güter, und es gibt viele Hinweise darauf, dass die Märkte in ihrem Fall versagen. Beschränkte Regulierungskapazitäten verschärfen das Problem. Zum Beispiel ist die Überversorgung im privaten Gesundheitswesen in vielen Entwicklungsländern ein großes Problem. In Brasilien sind Kaiserschnitte bei Privatpatienten sehr viel häufiger, weil die Ärzte an Operationen

mehr verdienen als an normalen Geburten.¹² In Mumbai, Indien, lassen sich private Anbieter auf unnötige Überweisungen und Tests ein- wobei der Überweisende einen Anteil an den Gebühren desjenigen bekommt, an den er den Patienten überwiesen hat.¹³ Im Gegensatz dazu stellen in Kanada und den USA, wo die meisten und in Europa, wo viele Ärzte Privatärzte sind, strenge Berufsrichtlinien sicher, dass es nicht zu einer Überversorgungskrise kommt.

In Entwicklungsländern überbehandeln auch private Apotheker, für die es keine Richtlinien gibt, Krankheiten oder verschreiben unnötig teure Medikamente. Solch unangebrachter Einsatz von Medikamenten führt zu gefährlichen Behandlungspraktiken, höheren Kosten bei der Gesundheitsversorgung und einer zunehmenden Arzneimittelresistenz. In armen Ländern machen Medikamente 30–50 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen aus, im Vergleich zu 15 Prozent in reichen Ländern.¹⁴ Wer sich eine professionelle Behandlung nicht leisten kann, muss in die Apotheke gehen, die oft keine Verordnungsrichtlinien beachtet – insbesondere in China, Südasien und Teilen Afrikas. In Indien entfallen mehr als die Hälfte der direkten Ausgaben im Gesundheitsbereich und fast drei Viertel der Ausgaben für stationäre Behandlungen auf Arzneimittel und Konsultationsgebühren.¹⁵

KOSTEN

In vielen Entwicklungsländern steigen die Kosten, und die Technologien konzentrieren sich im privaten Gesundheitswesen. Thailands privater Gesundheitssektor hat in einigen Bereichen genauso viel oder mehr Hochtechnologie-Ausstattung wie der private Gesundheitssektor in den meisten europäischen Ländern, und das obwohl Thailands Pro-Kopf-Einkommen sehr viel niedriger ist und die Krankheitsbelastung eine ganz andere ist.¹⁶

Seit Beginn der Wirtschaftsreformen haben sich in China durch die Schwerpunktverschiebung weg von präventiven, hin zu kura-

tiven Gesundheitsdiensten die Verkaufszahlen von Arzneimitteln wesentlich erhöht. Ausländer haben landesweit in rund 1.500 Unternehmen zur Arzneimittelherstellung investiert.¹⁷ Das Ergebnis des begrenzten Zugangs zu professioneller Versorgung und einer aggressiven Arzneimittelproduktion in einem unregulierten Markt ist der irrationale Einsatz von Medikamenten – insbesondere unter den Armen. 1993 machten Arzneimittel 52 Prozent der Gesundheitsausgaben Chinas aus, im Vergleich zu 15–40 Prozent in den meisten Entwicklungsländern.¹⁸ In einigen ländlichen Gegenden Chinas geben Bauern das zwei- bis fünffache ihres durchschnittlichen täglichen Pro-Kopf-Einkommens für eine gewöhnliche verordnete Medizin aus. Abgesehen davon, dass das übermäßige, unangemessene Verschreiben von Medikamenten in ländlichen Gegenden zu unnötig hohen Kosten im Gesundheitswesen beiträgt, setzt es Patienten auch dem Risiko ineffektiver Behandlung und schädlicher Nebenwirkungen aus.¹⁹

Wie bereits festgestellt, haben in Lateinamerika private Krankenversicherungen die Verwaltung staatlicher Gesundheitsinstitutionen übernommen – und leiten finanzielle Mittel für Krankenhausleistungen um, um die höheren Verwaltungskosten zu decken. Um Patienten mit privater Versicherung und Sozialversicherungsplänen anzuziehen, haben staatliche Krankenhäuser in Buenos Aires, Argentinien, Management-Firmen angeheuert, die einen festen Prozentsatz der Rechnungen erhalten, was die Verwaltungskosten auf 20 Prozent der Gesundheitsausgaben erhöht.²⁰ In Chile machen die Verwaltungs- und Werbekosten rund 19 Prozent der Ausgaben der auf betrieblichen Managementprinzipien basierenden medizinischen Versorgung aus.²¹

BRAIN-DRAIN

In Entwicklungsländern zieht das Wachstum des privaten Gesundheitswesens oft dringend benötigte Humanressourcen von schwachen staatlichen Systemen ab – wie in Thailand in den 1980er und 1990er Jahren.²² Die staatli-

Von armen Haushalten zu verlangen, dass sie für Schulbildung zahlen, ist für die Erreichung allgemeiner Primarschulbildung nicht förderlich. Deshalb ist es unwahrscheinlich, dass dies dazu beiträgt, die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen

chen Kliniken müssen sich dann mit weniger gut ausgebildeten Ärzten um die schwächsten Gruppen kümmern – um die Armen, die Alten und die Behinderten.

BILDUNG

In den meisten OECD-Ländern gehen rund 10 Prozent der Schülerinnen und Schüler auf private Primarschulen (die unabhängig oder auch von der Regierung abhängig sein können). Dieser Anteil ist in Entwicklungsländern tendenziell höher. In Lateinamerika beträgt der Anteil der Privatschulen mehr als 14 Prozent aller Schulbesuche in der Primarstufe, wenn auch in Costa Rica mit seinen guten Leistungen der Anteil bei nur sieben Prozent liegt.²³ Von 22 Ländern in Afrika südlich der Sahara, für die Daten vorliegen, liegt in zehn Ländern der Anteil der Privatschulen bei zehn bis 40 Prozent – in den restlichen zwölf Ländern bei weniger als zehn Prozent.²⁴ In Indien ist der Anteil der Privatschulen in den Bundesstaaten am höchsten, wo die Einschulungsquoten im Primarschulbereich am niedrigsten sind (Bihar, Uttar Pradesh). Das deutet darauf hin, dass der private Sektor für einen leistungsschwachen öffentlichen Sektor der Ausweg ist.²⁵

In vielen (wenn auch nicht in den meisten) Entwicklungsländern steigt mit dem Bildungsniveau auch die Einschulungsquote im privaten Sektor.²⁶ Doch für eine große Anzahl von Ländern in allen Regionen der Welt fehlen aktuelle Daten zu Einschulungsquoten in allen Stufen der Privatschulen – weshalb dieser Bereich die Aufmerksamkeit von Regierungen und Gebern verdient.

Drei Punkte sind entscheidend, wenn es um die private Finanzierung und Bereitstellung von Bildung geht. Der erste Punkt betrifft die Nachfrage. Hohe Haushaltskosten beeinträchtigen den allgemeinen Zugang zu Grundbildung. Die beiden anderen Punkte beziehen sich auf das Angebot, das einen Einfluss auf Gerechtigkeit und Effizienz hat. Zum einen geht es um die relative Leistung staatlicher und privater Schulen, zum anderen um die staatlichen Subventionen für private Schulen.

HOHE GEBÜHREN, NIEDRIGERE EINSCHULUNGSQUOTEN

Von armen Haushalten zu verlangen, dass sie für (private oder öffentliche) Schulbildung zahlen, ist für die Erreichung allgemeiner Primarschulbildung nicht förderlich. Deshalb ist es unwahrscheinlich, dass dies dazu beiträgt, die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen. In Ghana können sich zwei Drittel der ländlichen Familien nicht leisten, ihre Kinder durchgehend zur Schule zu schicken, und für drei Viertel der Straßenkinder in der Hauptstadt Accra war der Hauptgrund, warum sie die Schule abbrachen, dass sie nicht in der Lage waren, ihre Schulgebühren zu bezahlen.²⁷ Wo immer in Afrika die Schulgebühren abgeschafft wurden, sind die Kinder in die Schulen geströmt.

QUALITÄTSFRAGEN

Viele Befürworter privater Schulbildung behaupten, dass die Privatschulen leistungsfähiger seien als die staatlichen, dass sie schon von sich aus einer größeren Rechenschaftspflicht unterliegen und den Schülerinnen und Schülern helfen würden, bessere kognitive Fähigkeiten zu entwickeln und sich für ihre eigene Ausbildung stärker verantwortlich zu fühlen.²⁸ Es gibt jedoch wenig Beweise, die diese Behauptungen erhärten.²⁹ Privatschulen sind nicht grundsätzlich leistungsfähiger als staatliche Schulen, die über vergleichbare Mittel verfügen. In Peru schneiden Schülerinnen und Schüler privater Primarschulen besser ab, als diejenigen in staatlichen Schulen – aber sie bezahlen auch bis zu zehnmal mehr für ihre Ausbildung.³⁰

In Brasilien sind beim Leistungsstand in Mathematik und Sprachen die Schülerinnen und Schüler privater Schulen in gleichem Umfang im Vorteil, wie in verschiedenen OECD-Ländern (Griechenland, Irland, Spanien).³¹ Doch dieser Vorteil hängt mit den Schülerinnen und Schülern zusammen, die die verschiedenen Schultypen besuchen. In jedem der untersuchten Länder kommen die Schülerinnen und Schüler privater Sekundarschulen aus reicheren Haushalten, als diejenigen, die auf staatliche Schulen gehen.

Die Hauptbegründung für die Unterstützung durch die Regierung ist, dass die Privatschulbildung die große Nachfrage nach Bildung decken würde. Doch in den meisten Fällen reagiert die gebührenpflichtige private Schulbildung auf eine andere, und nicht auf eine überschüssige Nachfrage – insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen, wo arme Haushalte kaum in der Lage sind, selbst die staatlichen Schulgebühren zu bezahlen. Die Unterstützung der Regierung für den privaten Bildungsbereich kann somit ungerecht sein, wenn sie nicht gezielt auf arme Haushalte abstellt. In OECD-Ländern macht die direkte Unterstützung privater Primar- und Sekundarschulbildung durchschnittlich rund 10 Prozent der Regierungsausgaben für den Bildungsbereich aus. Im Gegensatz dazu werden in Indien private Institutionen mit fast einem Drittel der direkten Ausgaben für den Bildungsbereich unterstützt – und doch leben in diesem Land mehr als ein Drittel aller Kinder der Welt, die im Primarschulalter sind und nicht zur Schule gehen.³² In Indonesien sind die meisten ländlichen Privatschulen von staatlichen Subventionen genauso abhängig wie die staatlichen Schulen.³³

Viele Entwicklungsländer-Regierungen zahlen auch die Gehälter von Privatschullehrern und machen die Lehrkräfte damit weniger rechenschaftspflichtig gegenüber Eltern und Direktoren.³⁴ Solche Subventionen belasten die ohnehin schon schwachen staatlichen Systeme noch mehr, die nun mit weniger menschlichen und finanziellen Ressourcen die Versorgung der schwächsten Gruppen sicherstellen müssen.

In einer Untersuchung von 16 Entwicklungsländern stellte sich heraus, dass in den Ländern, wo die Einschulungsquote in der oberen Sekundarstufe in Privatschulen am höchsten ist, die Gesamteinschulungsquote in der gleichen Stufe am niedrigsten ist (Indien, Indonesien, Simbabwe).³⁵ Doch in China, Jamaika, Malaysia und Thailand – wo die Einschulungsquoten relativ hoch sind – gehen

über 90 Prozent der direkten Bildungsausgaben an staatliche Schulen.

*DAFÜR SORGEN, DASS DIE PRIVATE
BEREITSTELLUNG FÜR DIE ARMEN
FUNKTIONIERT*

Trotz ihrer potentiellen Nachteile kann die Finanzierung von Privatschulen durch den Staat unter bestimmten Umständen helfen – insbesondere wenn Regierungen Probleme haben, die vollen Kosten der Maßnahmen zu tragen, die erforderlich sind, um die allgemeine Primarschulbildung zu erreichen (den Bau von Schulen, die Zahlung der Gehälter der Lehrkräfte). In einigen Ländern hat ein Mangel an staatlichen Schulen zur Ausbreitung von Privatschulen geführt. Um sicherzustellen, dass Kinder aus armen Familien, die nicht in der Lage sind, Schulgebühren zu zahlen, auf Privatschulen gehen können, könnte der Staat ihre Schulbildung über Gutscheine finanzieren.

Zum Beispiel hat Kolumbien als Reaktion auf einen Mangel an staatlichen Sekundarschulen ein Gutschein-System eingeführt. Dieser Ansatz der staatlichen Finanzierung privater Schulbildung kann dem Staat helfen, das Schulwesen kostengünstiger auszubauen. Denn die einzigen Kosten, die der Staat übernimmt, sind die Gutscheine. Dies ist nicht ganz das gleiche, wie ein Gutschein-System, das es Familien ermöglicht, ihre Kinder in die Schule ihrer Wahl einzuschulen, sei sie nun staatlich oder privat. Um uneingeplante Vorteile für die Mittelklasse, die üblicherweise die private Schulbildung nachfragt, zu verhindern, sollten die Gutscheine auf arme Familien beschränkt bleiben – wie es zum Beispiel in Bangladesch, Chile, Kolumbien, Puerto Rico und dem Vereinigten Königreich der Fall ist.³⁶

TRINKWASSER- UND SANITÄRVERSORGUNG

Nur rund fünf Prozent der Weltbevölkerung (etwa 300 Millionen Menschen) beziehen ihr Wasser von privaten Unternehmen. Der größte Teil der Privatisierung im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung geschah im Zuge von Kooperationen öffentlicher und

In einer Untersuchung von 16 Entwicklungsländern stellte sich heraus, dass in den Ländern, wo die Einschulungsquote in der oberen Sekundarstufe in Privatschulen am höchsten ist, die Gesamteinschulungsquote in der gleichen Stufe am niedrigsten ist (Indien, Indonesien, Simbabwe)

Die Zahl der Kooperationen öffentlicher und privater Träger (*public-private partnerships*) ist von fast null Anfang der 1990er Jahre auf heute mehr als 2.350 gestiegen. Ihre Leistungen im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung waren jedoch sehr unterschiedlich

privater Träger (*public-private partnerships*) in städtischen Regionen, und in den 1990er Jahren fast vollständig in Ländern mit hohem Verstärkungsgrad (siehe Tabelle 5.1).

Es ist unwahrscheinlich, dass Privatunternehmen daran Interesse haben könnten, in Ländern mit niedrigem Einkommen Wasserversorgungsdienstleistungen in ländlichen Gegenden bereitzustellen – denn ländliche Gegenden gelten in der Regel als nicht profitabel. Im Bereich Sanitärversorgung werden auch im Rahmen von Kooperationen öffentlicher und privater Träger (*public-private partnerships*) die Armen zuweilen als unprofitabel angesehen. Diese Tendenz spiegelt sich darin wieder, dass einige private Wasserunternehmen Wege gefunden haben, selbst in städtischen Gegenden die Armen von der Versorgung auszuschließen. In Cartagena, Kolumbien, wurde eine große Barackensiedlung nicht mit Wasser versorgt, weil sie nach Ansicht des Unternehmens außerhalb des Stadtgebiets lag.³⁷ Zudem wurden in einigen Ländern die Wasseranschlüsse nur noch beschränkt ausgebaut. In Dakar, Senegal, hatten 1994 etwa 80 Prozent der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser. Vier Jahre nachdem die Versorgung privatisiert wurde, hatten nur wenig mehr, nämlich 82 Prozent Zugang.³⁸

In Ländern mit niedrigem Einkommen ist das Engagement der internationalen Privatwirtschaft in der Trinkwasser- und Sanitärversorgung städtischer Regionen nach wie vor beschränkt. Selbst in Ländern mit mittlerem Einkommen, wo der größte Teil der Bevölkerung in Städten lebt, lassen sich internationale Privatunternehmen vom Ausmaß der nötigen Investitionen abschrecken. Eine dauerhafte Versorgung lässt sich am besten durch die Anstrengungen lokaler Gemeinschaften und (privater und staatlicher) Firmen erreichen. Die Kapazitäten dazu aufzubauen, ist eine wichtige Aufgabe des Staates.

UNTERSCHIEDLICHE LEISTUNGEN, UNSICHERE FINANZIERUNG

Die Zahl der Kooperationen öffentlicher und privater Träger (*public-private partnerships*) ist von fast null Anfang der 1990er Jahre auf

TABELLE 5.1
Investitionen in Projekte zur Trinkwasser- und Sanitärversorgung mit Beteiligung der Privatwirtschaft in verschiedenen Ländern, 1990-94 und 1995-2000 (Millionen Dollar)

| Land | 1990-94 | 1995-2000 |
|-------------------|---------|-----------|
| Argentinien | 4.075 | 4.173 |
| Brasilien | 3 | 2.891 |
| Chile | 128 | 3.720 |
| Indonesien | 4 | 883 |
| Malaysia | 3.977 | 1.116 |
| Mali | 0 | 697 |
| Mexiko | 295 | 277 |
| Philippinen | k.A. | 5.820 |
| Rumänien | k.A. | 1.025 |
| Südafrika | k.A. | 209 |
| Tschechische Rep. | 16 | 37 |

Quelle: World Bank 2002j.

heute mehr als 2.350 gestiegen. Ihre Leistungen im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung waren jedoch sehr unterschiedlich. Eines der Hauptargumente für die Privatisierung ist, dass dadurch neues Kapital bereitgestellt wird, und dass öffentliche und private Trägern in Kooperationen die Möglichkeit haben, zusätzliche Mittel für die Grundversorgung zu mobilisieren. Doch nachdem die internationale private Finanzierung der Trinkwasser- und Sanitärversorgung 1996 ihren Höhepunkt erreicht hat, ist sie wieder zurückgegangen. Und es ist zu erwarten, dass dieser Rückgang sich fortsetzen wird.³⁹

VERSORGUNGSGEBÜHREN

Die Zurückhaltung des Privatsektors bei der Finanzierung weniger profitabler Investitionen in armen ländlichen Gegenden ist zum Nachteil der Nutzer. Doch oft geschieht dies auch bei Kooperationen öffentlicher und privater Träger, sogar direkter – durch Gebühren, die die Armen überproportional stark treffen. Es muss aber berücksichtigt werden, dass diesen Gebühren die noch höheren Preise gegenüberstehen, welche die Armen vorher für das Wasser bezahlten, das sie von Kleinhändlern bezogen.

Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Trägern stützen sich auf die Annahme, dass die Kunden für Dienstleistungen bezahlen. Die Privatisierung der Trinkwasser- und Sanitärversorgung hat zu sehr viel höheren Gebühren geführt, zuweilen von einem

Nutzungsgebühren in Südafrika und Bolivien

Die Privatisierung der Wasserversorgung hat häufig zu höheren Gebühren geführt, die sich arme Haushalte in der Regel nicht leisten können. Unter einigen staatlichen Systemen kamen die Haushalte in den Genuss niedriger Wasserrechnungen, die weit unter dem lagen, was nötig gewesen wäre, um die Kosten zu decken, und wenn Rechnungen nicht bezahlt wurden, wurde in der Regel darüber hinweggesehen. Diese Vorgehensweise ist nicht wünschenswert, denn staatliche Unternehmen mit ihren fast leeren Kassen subventionieren im Grunde sowohl Reiche als auch Arme. Doch wenn ein Sprung von außergewöhnlich niedrigen auf unangemessen hohe Wasserrechnungen von einem Tag auf den anderen vollzogen wird, hat dies für arme Haushalte ebenfalls verheerende Konsequenzen.

Südafrika

Südafrika hat unglaubliche Fortschritte dabei gemacht, seine Bevölkerung mit Wasser zu versorgen, wenn auch das Management der Gebührenstrukturen noch immer eine Herausforderung ist. Im August 2000 brach jedoch in der Provinz KwaZulu-Natal eine Cholera-Epidemie aus – die fast 14.000 Menschen infizierte und mehr als 250 Menschenleben forderte. Die Epidemie brach aus, nachdem Kommunalbehörden die Wasserversorgung für Menschen in einer halblegalen Siedlung gekappt hatten, die sich die neuen Nutzungsgebühren nicht leisten konnten. Der Minister für Wasser und

Forstwirtschaft hat zugegeben, dass die Politik der Kostendeckung die Cholera-Epidemie verschärft hätte, indem Haushalte gezwungen wurden, alternative Wasserquellen zu suchen.

In der Vorbereitung auf die Privatisierung der Wasserversorgung änderte Südafrika seine Politik, die Gebühren niedrig zu halten und über Zahlungsausfälle hinwegzusehen. Doch diese Trendwende geschah von einem Tag auf den anderen – und ohne gleichzeitige Maßnahmen zur Verringerung der finanziellen Belastungen der Armen.

Bolivien

Anfang 2000 brachen in Cochabamba, Bolivien, Proteste aus. Sie waren vor allem eine Reaktion auf die Verdreifachung und Vervierfachung der Wasserkosten der Haushalte. Dieser Preissprung kam nur einige Wochen nachdem Aguas del Tunari, ein Privatunternehmen mit Sitz in London, das städtische Wassersystem übernommen hatte. Die Proteste legten die Stadt vier Tage lang wirkungsvoll lahm. Und als sich die Proteste auf ganz Bolivien ausbreiteten, wurden 50 Personen festgenommen und Dutzende verletzt. Sechs Menschen starben durch die Gewalt.

Viele Experten sind sich einig, dass der deutliche Anstieg der Wassergebühren auf ein teures Bauprojekt zurückzuführen war, für dessen Kosten die Haushalte gezwungen wurden, direkt zu bezahlen. Das Misticuni-Projekt, eines der komplexesten Bauvorhaben in Süd-

amerika, beinhaltet den Bau eines Damms für 130 Millionen US-Dollar, eines Wasserkraftwerks und eines 20 Kilometer langen Stollens für 70 Millionen US-Dollar, durch den Wasser vom Misticuni-Fluss nach Cochabamba transportiert werden soll.

Nutzungsgebühren bergen die große Gefahr, dass sie zur Verarmung der Nutzer beitragen können und Menschen davon abhalten können, dringend benötigte Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Wenn die Nutzungsgebühren für die soziale Grundversorgung erhöht werden müssen, müssen die Regierungen sicherstellen, dass sie auf die Nutzer abgestimmt sind. Als erstes sollten Regierungen ihren Bürgerinnen und Bürgern gegenüber offen darüber sein, warum die Erhöhungen nötig sind. Es sollte diesbezüglich eine klare Kommunikation zwischen Dienstleistern und Nutzern stattfinden. Zweitens sollten Regierungen die Gebühren strategisch so festlegen, dass die reicheren Haushalte die ärmeren subventionieren können. Auch sollten weitere Wege gesucht werden, die Armen zu subventionieren. Zum Beispiel baten viele Aktivisten in Südafrika darum, dass die Regierung 50 Liter Wasser am Tag kostenfrei an arme Haushalte abgeben solle – das Minimum der Weltgesundheitsorganisation zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Hygiene. Drittens sollten Erhöhungen von Wasserrechnungen stufenweise eingeführt werden, und nicht von einem Tag auf den anderen.

Quellen: ICIJ 2003c; Lobina 2000; Sidley 2001, S. 71.

Tag auf den anderen, und manchmal mit verheerenden Folgen (siehe Kasten 5.2). Wenn Erfolg auch höhere Gebühren voraussetzt, so haben doch staatliche Wasserunternehmen gezeigt, dass es möglich ist, die zusätzlichen Einnahmen dafür zu nutzen, die Dienstleistungen zu verbessern und die Versorgung auszuweiten.

PRIVATE BEREITSTELLUNG MIT POSITIVEN AUSWIRKUNGEN

Nicht jede Privatisierung der Trinkwasser- und Sanitärversorgung war ein Misserfolg. In Afrika südlich der Sahara haben zum Beispiel Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Trägern die Wasserqualität verbessert.⁴⁰ Im Allgemeinen hängt der Erfolg der Privati-

sierung der Wasserversorgung in hohem Maße von Regulierungsmaßnahmen durch die Regierung, vom Interesse der Investoren und vom Ausgangszustand des betroffenen Unternehmens ab.⁴¹ Länder, in denen die Versorgung vor der Privatisierung annehmbar war, bleiben oft auch danach auf gutem Niveau.

Wo die Armen von der Privatisierung der Wasserversorgung profitiert haben, ist dies dem entsprechenden politischen Willen zu verdanken. In Bolivien wurden die Konzessionen für die Trinkwasser- und Sanitärversorgung in La Paz und El Alto an den Bewerber vergeben, der versprach, in armen Bezirken die meisten Neuanschlüsse einzurichten. Der siegreiche Bewerber wurde dann verpflichtet, im Laufe von fünf Jahren 72.000 Familien an die Versorgung mit Leitungswasser und

38.000 Familien an die Abwasserentsorgung anzuschließen.

Regierungen haben nicht nur private Anbieter vertraglich verpflichtet, die Versorgung auszuweiten, sie nutzen dazu auch die Einnahmen aus der Privatisierung. Anbieter, die arme Bezirke versorgen, bekommen finanzielle Anreize, wie zum Beispiel Investitionshilfen, angeboten. Außerdem können hohe Gebühren, die tendenziell mit einer Privatisierung verbunden sind, durch Subventionen für die Armen wieder ausgeglichen werden. In Chile wurde mit Hilfe staatlicher Subventionen sichergestellt, dass kein Haushalt mehr als fünf Prozent seines Einkommens für Wasser ausgeben muss.⁴²

VIELVERSPRECHENDE ANSÄTZE

Staatliche Programme waren bei der Bereitstellung der sozialen Grundversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in vielen Fällen erfolgreich. Privatisierungen dürfen also nicht als die einzige Möglichkeit zur Reform schlecht gemanagter öffentlicher Dienstleistungen angesehen werden.

SICH AUF WIRKSAME STAATLICHE SYSTEME VERLASSEN

Durch viele Maßnahmen im sozialen Sektor werden öffentliche Güter bereitgestellt. Aber die Aktivitäten in diesem Bereich bringen auch viele Außenbezüge mit sich, die es erfordern, dass der Staat sich einmischt, um die allgemeine Grundversorgung zu sichern. Bei dem aktuellen Privatisierungsschub im Bereich der sozialen Grundversorgung werden die Erfahrungen der reichen Länder – sowie vieler Entwicklungsländer heute – nicht berücksichtigt. Diese Länder verließen sich bei ihrer Entwicklung in der Vergangenheit auf staatliche Systeme, um soziale Grundversorgung der meisten (wenn nicht aller) ihrer Menschen bereitzustellen. Private Akteure spielten nur eine sehr beschränkte Rolle.

Vielen der Entwicklungsländer, die heute gut abschneiden, war es in einem frühen Stadium ihrer Entwicklung gelungen, die Gesundheitsindikatoren zu verbessern – indem

sie eine allgemeine Gesundheitsversorgung bereitstellten, die aus staatlichen Einnahmen finanziert wurde. In vielen Ländern (zum Beispiel in Botsuana, Costa Rica und Simbabwe) stiegen wohlhabendere Bürger aus diesem System aus, indem sie eine private Krankenversicherung abschlossen.⁴³ Oder wo es keine Privatversicherungen gab (zum Beispiel in Sri Lanka und in Kerala, Indien) bezahlten sie die privaten Anbieter direkt.⁴⁴ Doch für die meisten Menschen in diesen Ländern war der verbesserte Gesundheitszustand das Ergebnis allgemeiner und erschwinglicher Versorgung – finanziert durch staatliche Einnahmen und durch die Umverteilung von Ressourcen auf der unteren Ebene des Gesundheitssystems wirksam umgesetzt.⁴⁵

Die Entwicklungsländer, die gut abschneiden, haben auch frühzeitig in ihrer Entwicklung, als ihr Einkommen niedriger war, begonnen, das Ziel der allgemeinen Primarschulbildung zu verfolgen. In den Ländern, deren Analphabetenquoten 1980 unter denen ihrer Nachbarländer lagen, war auch der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in den vorangegangenen 15 Jahren Privatschulen besucht hatten, geringer. In Südasien zum Beispiel lag der Alphabetisierungsgrad in Sri Lanka 1980 bei 85 Prozent – während der Durchschnitt in der Region mit 38 Prozent außerordentlich niedrig war.⁴⁶ Und der Anteil der Schülerinnen und Schüler in der privaten Primar- und Sekundarschulbildung war in den 15 Jahren zuvor in Sri Lanka niedrig gewesen.

Im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung gibt es genügend Hinweise auf staatliche Unternehmen, die ineffizient, überdimensioniert und korrupt sind. Doch es gibt auch erfolgreiche staatliche Systeme, die von den Befürwortern der Privatisierung weitgehend ignoriert werden. So hat Chile es zum Beispiel bis 1990 geschafft, 97 Prozent seiner städtischen Bevölkerung mit sauberem Trinkwasser und 80 Prozent mit sanitären Einrichtungen zu versorgen. Und in Bogota, Kolumbien, war die kommunale Wasserversorgung von Privatisierung bedroht, doch nach einer kompletten Reform konnte die Reichweite der Wasserversorgung sogar ausgedehnt werden (siehe Kasten 5.3).

In Debrecen, Ungarn, hatte Mitte der 1990er Jahre das staatlich gemanagte Wasserunternehmen einen hohen Investitionsbedarf. Es wurden Anläufe unternommen, mit der Versorgung erst ein multinationales Wasserunternehmen zu beauftragen, dann ein anderes – doch beide Versuche schlugen fehl. Im Jahr 1995 entschied der Stadtrat, dass einheimische Wasser-Manager das Fachwissen hätten, die Arbeit selbst auszuführen. Ein neues einheimisches staatliches Unternehmen tätigte die nötigen Investitionen zu sehr viel niedrigeren Kosten, als von den Privatunternehmen angeboten worden waren, zum Teil indem bei der Beschaffung auf lokale Zulieferer statt auf Importe zurückgegriffen wurde. Im Ergebnis liegen die Preise um 75 Prozent niedriger als von den Privatunternehmen vorausgesagt.

ERHÖHUNG DER LEISTUNGSFÄHIGKEIT DES STAATES

In Entwicklungsländern müssen die Regulierungskapazitäten ausgebaut werden, so dass

die öffentliche und private Versorgung bei allen Dienstleistungen und Nutzern funktioniert. Eine wesentliche Politikempfehlung ist, die staatlichen Mitarbeiter zu behalten. Dies bedeutet nicht notwendigerweise, dass die reichen Länder mehr technische Hilfe oder Zusammenarbeit bereitstellen sollen. Es bedeutet, dass sie den Transfer von Fähigkeiten und den Austausch von Erfahrungen unter den armen Ländern bezahlen sollen.

Im Gesundheitswesen gibt es sowohl bei privatisierten Unternehmen als auch bei bestehenden privaten Dienstleistungen Regulierungsbedarf, sowohl in Hinblick auf den Verbraucherschutz als auch auf die Eindämmung der Kosten. In Entwicklungsländern sind die Informationssysteme der meisten Gesundheitsministerien extrem schwach. Dies untergräbt ihre Fähigkeit (oder ist vielleicht ein Hinweis auf ihre mangelnde Bereitschaft dazu), die privaten Anbieter Vorschriften zu unterwerfen. Trotz weitverbreiteter privater Bereitstellung und hoher privater Ausgaben

KASTEN 5.3

Erfolgreiche staatlich betriebene Wasserversorgungssysteme

Die Maßnahmen der chilenischen Regierung im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung zeigen, dass das staatliche Management solcher Systeme erfolgreich sein kann. 1990 hatten 97 Prozent der städtischen Bevölkerung Chiles Zugang zu sauberem Trinkwasser, und 80 Prozent hatten Zugang zu sanitären Einrichtungen. Die Eckpfeiler von Chiles Erfolg:

- Trennung von zentraler Regulierung und regionalem Betrieb.
- Erhöhung der Investitionen in diesem Sektor.
- Entwicklung eines Systems zur objektiven Gebührenfestsetzung.
- Einführung von Anreizen zur Steigerung der Effizienz.

Zwischen 1988 und 1990 führten die chilenischen Behörden ein neues System zur objektiven Gebührenfestsetzung ein – was zur Wiederbelebung dieses Wirtschaftszweiges grundlegend war. Die Regulierungsbehörde legte anhand eines effizienten Modellversorgers eine Gebührenobergrenze fest, und jegliche Meinungsunterschiede zwischen dem Unternehmen, das die Konzession hat, und der Regulierungsbehörde sollten durch eine Dreiparteien-Expertenkommission gelöst werden. Die Reform erlaubte die schrittweise Gebührenanpas-

sung an ein neues, höheres Niveau. Die objektive Gebührenfestsetzung war einer der Hauptfaktoren, die seit 1990 zum erfolgreichen Management der Trinkwasser- und Sanitärversorgung beigetragen haben.

Der private Sektor spielte im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung in Chile eine Rolle, aber diese Rolle war beschränkt und durch die Zentralregierung streng reguliert. Es kam zu einem starken Anstieg der Auslagerung vieler Aktivitäten außer Haus durch alle Unternehmen, einschließlich des Betriebs, des Managements und der Kapitalinvestitionen ganzer Systeme sowie der Instandhaltung aller Bereiche der Versorgungsnetze, der Ableitung von Zählern und der Rechnungsstellung. Durch die Auslagerung wurde die Anzahl der pro Anschluss benötigten Arbeitskräfte reduziert. Und im Jahr 1995 lag der Durchschnitt der nicht erfassten Wassermenge bei 31 Prozent, sehr viel weniger als der lateinamerikanische Durchschnitt von 40–60 Prozent.

In der kolumbianischen Hauptstadt Bogotá wurde die Privatisierung Ende der 1990er Jahre verworfen. Die Stadt lehnte Geld von der Weltbank ab und machte sein Wasserwerk zu den erfolgreichsten in ganz Kolumbien.

Quelle: ICIJ 2003; Mehrotra und Delamonica (noch nicht veröffentlicht).

ist es in Südasien alles andere als gelungen, durch Regulierung die Qualität der Versorgung für die meisten Nutzer der von Privatunternehmen angebotenen Dienstleistungen sicherzustellen.⁴⁷

Klinische Gesundheitsdienste zu regulieren erfordert zum Beispiel, mit der Ausbreitung privater Anbieter umzugehen – die oft nicht ausgebildet sind, keine Lizenz haben und keinen Vorschriften unterworfen sind. Regierungen müssen diese Akteure unter den Einfluss des Staates bringen, was Lizenzen erfordert sowie regelmäßige Aus- und Fortbildung, um den Wissensstand und die Fähigkeiten zu verbessern. Durch Aus- und Fortbildung konnten in Kenia mehr Anti-Malaria-Mittel zur Verfügung gestellt und in Mexiko das Management akuter Atemwegsinfektionen und Durchfallerkrankungen verbessert werden.⁴⁸ Außerdem hat die *Rural Medical Association of West Bengal* eine Liste der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization* – WHO) von 40 lebenswichtigen Arzneimitteln übernommen, deren Einsatz die WHO ihren Mitgliedern empfiehlt. Ärzte dazu zu bringen, den Einsatz dieser Arzneimittel einzuschränken, wird die Qualität und Kontrolle verbessern. Andere Maßnahmen zur Regulierung der Anbieter beinhalten die Entwicklung einer Gesetzgebung zum Verbraucherschutz, die Förderung einer beruflichen Ethik und nicht-finanzielle Anreize, wie zum Beispiel höheres Prestige.

Mit Hilfe von Zulassungen können Verbraucher darüber informiert werden, welche privaten Anbieter medizinischer Dienstleistungen registriert sind. Von einem berufsspezifischen Gremium, das nicht registrierten Anbietern eine Zulassung sowie Aus- und Fortbildungen anbietet, würden sowohl die Anbieter als auch die Öffentlichkeit profitieren. Es würde auf dem Wunsch der Anbieter nach sozialer Anerkennung und Prestige aufbauen. Und es würde helfen, durch Öffentlichkeitskampagnen den Einsatz lebenswichtiger Arzneimittel zu fördern.

Auch die Verbesserung des Verbraucherverhaltens ist wichtig für die Regulierung der Gesundheitsversorgung. Dazu kann gehören, das Wissen der Verbraucher zu verbessern

oder Subventionen anzubieten, um qualitativ hochwertige Dienste erschwinglicher zu machen. Regierungen können auch Institutionen schaffen, die es den Verbrauchern ermöglichen, private Anbieter in Regress zu nehmen, wenn sie eine schlechte Versorgung anbieten.

Die Regulierung des Bildungs- und des Wassersektors ist oft gleichermaßen schwach. Bei der Wasserprivatisierung spielen staatliche Wasserbehörden oft die Rolle einer Kontrollbehörde. Doch internationale private Anbieter halten sich selten an ihre Vereinbarungen mit den Regierungen der Gastländer (siehe Kasten 5.4).⁴⁹ Es ist viel mehr internationale Unterstützung nötig, um die Regulierungskapazitäten in diesen und anderen Infrastrukturbereichen auszubauen, wenn der private Sektor mehr tun soll, damit die Millenniums-Entwicklungsziele erreicht werden können.

EINBEZIEHUNG VON NICHTREGIERUNGSORGANISATIONEN

Die Bereitstellung sozialer Dienstleistungen durch Nichtregierungsorganisationen (NRO) wird als Mittelweg zwischen der Bereitstellung durch den Markt und der staatlichen Versorgung angesehen. Für einige Experten stellt dies eine Begründung dafür dar, die Rolle zivilgesellschaftlicher Organisationen bei der Bereitstellung dieser Dienstleistungen auszuweiten. Nichtregierungsorganisationen sind oft recht erfolgreich, wenn es darum geht, die Lücken zu füllen, die das öffentliche System hinterlassen hat (wie zum Beispiel im Falle der Primarschulen, die vom *Bangladesh Rural Advancement Committee* eingerichtet wurden). Nichtregierungsorganisationen sind auch hilfreich, insbesondere für die Armen, wenn es darum geht, Gemeinschaftsbelange zu artikulieren, um Institutionen dazu zu bewegen, bessere Leistungen zu erbringen. Bei der Trinkwasser- und Sanitärversorgung werden ländliche Gegenden bislang am besten durch Nutzerkomitees versorgt, die von Nichtregierungsorganisationen unterstützt werden. Doch Nichtregierungsorganisationen sollten die Maßnahmen des Staates nur ergänzen, nicht ersetzen.

Nichtregierungsorganisationen gehen auch Partnerschaften mit Regierungen, Unternehmen und Organisationen der Zivilgesellschaft ein. Wenn private Firmen den Zuschlag für langfristige Konzessionen im Bereich der städtischen Trinkwasser- und Sanitärversorgung bekommen, werden sie in der Regel vertraglich verpflichtet, die Reichweite der Versorgung merklich auszuweiten. Dieser Verpflichtung nachzukommen, könnte Fähigkeiten und Ressourcen erfordern, die außerhalb der Möglichkeiten privater, insbesondere ausländischer Firmen liegen. NRO-Partner können helfen, das Verständnis einer Firma für ihre armen Kunden zu verbessern (Ausbau der Kundenbasis, Verbesserung der Projektgestaltung). So lassen sich auch die Kosten für Kapital, Betrieb und Instandhaltung senken, wie im Falle der Wasserkonzessionen in La Paz und El Alto, Bolivien. Nichtregierungsorganisationen können auch Bildungs- und Sensibilisierungskampagnen mehr Glaubwürdigkeit und Reichweite verleihen. Das französische Wasserunternehmen Vivendi initiierte eine Partnerschaft mit einer NRO in deren Projekt in KwaZulu-Natal, um die Bedürfnisse armer Gemeinschaften in Südafrika besser verstehen zu lernen.⁵⁰

Indem sie Druck ausüben und sich engagieren, schaffen Nichtregierungsorganisationen neue Aufgaben für Unternehmen. Ein Kontinuum von Protest und Partnerschaften zwischen Unternehmen und Nichtregierungsorganisationen schafft neue Möglichkeiten der Kontrolle der globalen Geschäftswelt – Regulierung durch die Bürgerschaft.⁵¹

IDENTIFIZIERUNG BESSERER WEGE ZUR FINANZIERUNG VON DIENSTLEISTUNGEN

Neben der Erhöhung der Steuereinnahmen der Regierung gibt es Verbesserungsmöglichkeiten bei den Tarifen und Gebühren für Dienstleistungen, um sie zweckmäßiger und gerechter zu machen. Wenn es um ihre Gesundheit geht, können plötzliche, hohe Barausgaben Patienten in die Armut (oder noch weiter in die Armut) treiben. Untersuchungen aus 60 Ländern zeigen, dass bei armen Bevölkerungsgruppen der Anteil der Haushalte, deren

KASTEN 5.4

Der Großraum Manila und Buenos Aires: Unterschiedliche Erfahrungen mit der Privatisierung der Wasserversorgung

Manila

Im Jahr 1995 erklärten die Philippinen den Wasser-Notstand. Die öffentlichen Wasserversorger hatten 3,6 Millionen Menschen nicht an die Wasserversorgung angeschlossen. Und für diejenigen, die Wasseranschlüsse hatten, gab es häufig Unregelmäßigkeiten bei der Versorgung. Im Jahr 1997 bekamen zwei private Wasserunternehmen die Konzessionen, das Wassersystem von Manila zu übernehmen. Das Stadtgebiet wurde dabei in eine östliche und eine westliche Zone aufgeteilt. Innerhalb von fünf Jahren hatten die Unternehmen rund zwei Millionen Menschen mehr an das Versorgungsnetz angeschlossen, und die Versorgung hatte sich bedeutend verbessert. In diesem Zeitraum verdreifachte sich die Anzahl der Neuanschlüsse von 17.040 pro Jahr (vor der Privatisierung) auf 53.921 (danach).

Doch sechs Jahre nach der Privatisierung haben die Wasserunternehmen ihre Zielvorgaben nicht erreicht – und bitten sogar darum, ihre Konzessionen wieder abtreten zu dürfen. Bis zum Jahr 2001 hatte eines der beiden Unternehmen 85 Prozent der Bevölkerung in seinem Gebiet mit Wasser versorgt, und damit etwas weniger als die geplanten 87 Prozent, während das andere Unternehmen seine Zielvorgabe übertraf. Doch um die Berechnung dieser Zahlen gibt es zahlreiche Diskussionen, was möglicherweise dazu führen könnte, dass die gemeldeten Erfolgsquoten gesenkt werden. Zwar stellte das eine der privaten Wasserunternehmen keinen Rückgang der Anzahl der lecken Rohre und der Fälle von Wasserdiebstahl fest, doch das andere verzeichnete steigende Zahlen. Bis zum Januar 2003 waren in beiden Zonen die Wassergebühren auf das Zwei- bis Fünffache der Gebühren von 1997 gestiegen. Im Jahr 2000 ergab eine Befragung der Einwohner von 100 Bezirken ein ge-

mischtes Bild bei der Wahrnehmung der Privatisierung. 33 Prozent der Befragten bemerkten, dass die Versorgung besser geworden sei, 55 Prozent bemerkten keine Veränderung und 12 Prozent stellten eine Verschlechterung fest.

Buenos Aires

Im Jahr 1993 privatisierte die argentinische Regierung die Wasserwerke von Buenos Aires. Daraufhin nahmen die Qualität und der Ausbau der Versorgung zu. Nach eigenen Angaben hat das Unternehmen rund eine Million neue Nutzer an das Wassersystem angeschlossen, und im ersten Jahr senkte es die Gebühren um 27 Prozent. Aber diese Senkung machte lediglich die starken Gebührenerhöhungen rückgängig, welche vor der Privatisierung von den Wasserwerken eingeführt worden waren. In den darauffolgenden Jahren erhöhte das Unternehmen mehrfach die Wassergebühren, und 1996 kam es in Buenos Aires zu Protesten gegen die hohen Wasserrechnungen.

Außerdem wurde 1997 durch eine staatliche Untersuchung herausgefunden, dass das Unternehmen nur rund ein Drittel der Pumpstationen und der unterirdischen Leitungen gebaut hatte, die es versprochen hatte bis dahin fertig zu stellen. Die Investitionen in die Abwassernetze beliefen sich auf insgesamt nur 9,4 Millionen US-Dollar – ein Fünftel der zugesagten Beträge. Nach aktuellen Schätzungen sieht das Bild jedoch anders aus, wenn man das gesamte Land betrachtet. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre haben in Stadtbezirken mit privat gemanagter Wasserversorgung die Systeme besser funktioniert als in Bezirken mit staatlichen Betrieben, insbesondere in armen Gegenden. Das hat dazu beigetragen, dass die Kindersterblichkeit schneller gesenkt werden konnte.

Quelle: ICIJ 2003b; Galliani, Gertler und Schargrodsky 2002; ICIJ 2003d.

Gesundheitsausgaben hoch sind, größer ist.⁵² Angesichts fehlender öffentlicher Finanzmittel können Vorauszahlungssysteme – die die hohen Gesundheitskosten in Grenzen halten, indem sie die Risiken auf eine Gruppe von Personen aufteilen – helfen, mit dem Problem umzugehen. Solche Systeme haben nicht nur

geholfen, arme Haushalte vor katastrophalen Gesundheitskosten zu schützen, sie haben

auch geholfen, Gemeinschaften zu organisieren, um kommunale Gesundheitssysteme zu stützen (siehe Kasten 5.5).

KASTEN 5.5

Die Bamako-Initiative: Zusammenlegung kommunaler Mittel für die Gesundheitsversorgung

Die Bamako-Initiative ist eine Initiative, in der die Gemeinschaft ihre Ressourcen zusammenlegt, um die lokale Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Die Initiative ist in unterschiedlichem Umfang in mehr als 40 Ländern mit niedrigem Einkommen umgesetzt worden, wobei die Hälfte davon in Afrika südlich der Sahara liegen. Die Initiative hat nicht nur Haushalte vor katastrophal hohen Gesundheitskosten bewahrt, sondern hat auch Gemeinschaften organisiert, um dabei zu helfen die lokale öffentliche Gesundheitsversorgung leistungsfähiger zu machen und aufrecht zu erhalten. Diese Gemeinschaften steuern finanzielle Mittel zur Finanzierung lokaler Kliniken bei und haben eine Stimme im Management der Dienstleistungen.

Die der Initiative zu Grunde liegende Strategie ist es, die öffentlichen Gesundheitssysteme zu revitalisieren, indem die Entscheidungsstrukturen von der nationalen Ebene dezentral auf die Distrikt-Ebene verlagert werden. Ein Mindestpaket an unverzichtbaren Dienstleistungen soll durch gesundheitliche Grundversorgungseinheiten bereitgestellt werden. Die Finanzierung erfolgt durch die Gemeinschaft, und die Gemeinschaft ist auch am Management beteiligt. Ziel ist es, die Dienstleistungen zu verbessern, indem ein ausreichendes Einkommen erwirtschaftet wird, um einige der lokalen Betriebskosten zu decken, wie zum Beispiel die Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln, die Gehälter einiger unterstützender Mitarbeiter oder Anreize für die Mitarbeiter im Gesundheitsbereich. Die Mittel aus der Gemeinschaftsfinanzierung fließen nicht in die zentrale Finanzkasse, sondern bleiben in der Gemeinschaft und werden durch sie kontrolliert, durch ein auf lokaler Ebene gewähltes Gesundheitskomitee. Aus reinen Empfängern gesundheitlicher Versorgung werden aktive Partner, deren Stimme zählt.

Nach zehn Jahren Umsetzung der Initiative hat die Gemeinschaftsaktion in den meisten ländlichen Gesundheitszentren in Benin und Guinea fast die Hälfte der Bevölkerung in die Lage versetzt, diese Dien-

ste regelmäßig zu nutzen. Es konnte dadurch auch der Grad an Immunisierungen angehoben und fast auf dem Niveau der für das Jahr 2000 festgelegten "Gesundheit für alle"-Zielvorgaben gehalten werden. Es wird in einigen Fällen als die erschwänglichste Option für die Ärmsten der Armen gesehen, geringe Gebühren von den Nutzern zu erheben, die sonst teurere Alternativen in Anspruch nehmen müssen — wenngleich nicht unbedingt geklärt ist, ob es Schutzmechanismen für mittellose Mitglieder der Gemeinschaft gibt.

Ein großer Teil der Erfolge bestand darin, dass sichergestellt wurde, dass erschwängliche unentbehrliche Arzneimittel in den Gesundheitszentren ohne weiteres zur Verfügung stehen, unter dem prüfenden Blick der Komitees. Ein weiterer Faktor ist das Verhalten der Mitarbeiter im Gesundheitswesen — traditionell ein Grund für die Menschen, insbesondere Frauen, Gesundheitsdienste nicht zu nutzen. Auch hier gab es Verbesserungen.

Diese Erfahrung legt nahe, dass bei mangelnder staatlicher Finanzierung der Gesundheitsversorgung die Zusammenlegung von Ressourcen der Gemeinschaft und einige Vorauszahlungen durch die Armen ein fairer und effizienter Mechanismus zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten für die Armen ist. In Gesundheitssystemen, in denen die Menschen für viele der Kosten der Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche aufkommen müssen, ist der Zugang auf diejenigen beschränkt, die es sich leisten können zu bezahlen. Die Ärmsten werden dabei sehr wahrscheinlich ausgeschlossen. Die Fairness beim Schutz vor finanziellen Risiken erfordert also die größtmögliche Trennung von Beiträgen und Nutzung. Es gibt einen Konsens bezüglich der zentralen Rolle der staatlichen Finanzierung der öffentlichen Gesundheit. Doch für die persönliche Gesundheitsversorgung ist es nicht die öffentlich-private Dichotomie, die die Leistung eines Gesundheitssystems am meisten bestimmt, sondern der Unterschied zwischen Vorauszahlungen und Barausgaben.

In den meisten Entwicklungsländern gibt es im staatlichen Schulwesen auf der höheren Bildungsebene Spielraum für eine sehr viel umfassendere Kostendeckung. In den 1990er Jahren erhöhten Afrika und Indien die Kostendeckung der staatlichen Universitäten.⁵³ Dennoch ist das Potenzial bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Eine höhere Bildung bietet enorme private Vorteile, und die meisten, die dazu Zugang haben, sind nicht arm. Es gibt also Spielraum für sehr viel umfassendere Kostendeckung (kombiniert mit Ausnahmen für die Armen).

Im Bereich der Trinkwasser- und Sanitärversorgung ist die strategische Gebührenfestsetzung (bei der die Nutzungsgebühren mit höherem Nutzungsgrad steigen) verbunden mit gezielten Subventionen ein guter Weg, um mehr Menschen mit Wasser zu versorgen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um einen öffentlichen oder einen privaten Anbieter handelt. Die Erfolgswahrscheinlichkeit ist höher, wenn man sich dabei an geographischen Kriterien orientiert (und auf Orte abzielt, wo die Armen leben), als wenn man nach dem Einkommen geht.

MIT DEN RISIKEN DER PRIVATISIERUNG UMGEHEN

Internationale Institutionen, die sich für die Privatisierung sozialer Dienstleistungen einsetzen, müssen vorher sehr viel mehr Unterstützung anbieten, um Regulierungskapazitäten aufzubauen. Die Weltbank verfolgt einige Initiativen in diesem Bereich, wie zum Beispiel das Internationale Forum zur Regulierung öffentlicher Versorgungsbetriebe (*International Forum for Utility Regulation*), das 1996 als übergeordnete Struktur für Lern- und Vernetzungsinitiativen für Regulierungsbehörden der öffentlichen Versorgungsbetriebe geschaffen wurde. Doch die internationalen Organisationen sollten mehr tun, als nur Beratung anzubieten. Sie sollten auch Besuche von Mitarbeitern solcher Regulierungsbehörden aus Entwicklungsländern in anderen Länder ermögli-

Quelle: Mehrotra und Delamonica in (noch nicht veröffentlicht).

chen, die mehr Erfahrungen in der Regulierung des Privatsektors haben. Es besteht auch ein Bedarf, Muster-Klauseln für Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Trägern im Wasserbereich zu erarbeiten. Solche Klauseln würden auf den Erkenntnissen aufbauen, die in diesem Kapitel vorgestellt wurden, so dass in zukünftigen Verträgen die Fallstricke der Vergangenheit vermieden werden können.

Im Wasserbereich sind alle Einnahmen in einheimischer Währung. Auslandskredite zu bedienen beinhaltet daher ein Wechselkursrisiko sowohl für Schuldner als auch für Investoren. Dies wurde nach den Währungsabwertungen in Argentinien, Indonesien und den Philippinen zum Problem. Es wurde Druck auf die Tochtergesellschaften im Wasserbereich ausgeübt, die Wassergebühren der Verbraucher anzuheben, um die Kredite zu bedienen. Deshalb sollten zentrale Regierungsbehörden die Kommunalverwaltungen, die in der Regel für die Wasserversorgung verantwortlich sind, dazu anhalten, einheimische Kredite bei nationalen Entwicklungsbanken aufzunehmen.

Allzu oft wird angenommen, dass die Beteiligung des Privatsektors im Wasserbereich die Beteiligung multinationaler ausländischer Unternehmen bedeutet. In vielen Städten in Entwicklungsländern versorgen Kleinanbieter bedeutende Teile der Bevölkerung: in Delhi, Indien, sechs Prozent, in Dhaka, Bangladesch, zehn Prozent, in Ho Chi Minh Stadt, Vietnam, 19 Prozent und in Jakarta/Indonesien 44 Prozent.⁵⁴

In allen Sektoren sollten Regulierungskapazitäten aufgebaut werden, bevor privatisiert wird. Sonst kann es passieren, dass der Privatsektor lediglich auf eine andere Nachfrage, nicht auf eine zusätzliche Nachfrage reagiert, sei es im Bildungswesen, in der klinischen Gesundheitsversorgung oder bei der Trinkwasser- und Sanitärversorgung. Mit besseren Informationen über den Privatsektor und leistungsfähigeren Regulierungskapazitäten kann der Staat sicherstellen, dass der Privatsektor bei der Bereitstellung und Finanzierung der sozialen Grundversorgung eine komplementäre Rolle spielt.

