

Systeme sozialer Sicherung: Ein Überblick über die Länderberichte des internationalen Social Watch Reports 2007

UWE KERKOW

Es ist kaum möglich, einen systematischen Überblick über die Systeme von und Probleme mit sozialer Sicherung in so unterschiedlichen Ländern wie Kanada, Pakistan, Aserbaidschan, Kolumbien oder gar Somalia zu geben. Und doch lassen sich im Umfeld weiter zunehmender wirtschaftlicher und sozialer Ungleichheit einige strukturbildende Merkmale beschreiben, die zu vergleichbaren Kontroversen und Lösungsansätzen führen. Das gilt etwa für den zunehmenden Nachdruck mit dem die soziale Absicherung der informellen Ökonomie vor allem in Entwicklungs- aber auch in Schwellen- und Transformationsländern diskutiert wird. Das gilt auch für die kritische Bestandsaufnahme der – fast immer negativen – Auswirkungen von neoliberalen Politikrezepten, die die sozialpolitische Agenda seit mindesten 20 Jahren weltweit prägen. Der vorliegende Beitrag liefert eine Synopse solcher Auseinandersetzungen und Lösungsversuche aus den im internationalen Social Watch Report vorliegenden Länderberichten.¹

In den Industrieländern wird die Weiterentwicklung der Alterssicherung derzeit vor allem von zwei Faktoren bestimmt: Bedeutsam ist zum einen der demographische Wandel, der die Zahl der alten Menschen im Verhältnis zur arbeitenden Bevölkerung auf absehbare Zeit steigen lässt. Zum anderen spielen Privatisierungsbemühungen eine Rolle. Die Regierungen hoffen offenbar, der Privatwirtschaft Impulse verleihen zu können und gleichzeitig die Nachhaltigkeit der Rentensysteme zu verbessern.

Rente: Demographische Sorgen und Privatisierungsdruck

Am weitesten fortgeschritten ist der Privatisierungsprozess einer Rentenversicherung eines EU-15-Staates (abgesehen von Großbritannien und Irland) wahrscheinlich in Italien. Hier findet derzeit ein Systemwechsel statt, in dessen Verlauf zunehmend Mittel in Pensionsfonds fließen und so der umlagefinanzierten Rentenversicherung entgehen. Obwohl deren Mittel derzeit noch mehr als ausreichen und sogar sachfremde Leistungen aus den öffentlichen Rentenkassen finanziert werden, wird die Privatisierung mit Macht voran getrieben: Arbeitnehmende werden gezwungen, sich zu entscheiden, ob sie die Umlage- oder Fondsvariante wählen wollen. Äußern sie sich nicht, werden sie automatisch dem privat gemanagten Rentenfonds zugewiesen. Auch in **Spanien** wollen jene „Sektoren der Privatwirtschaft, die der Macht nahe stehen“ das Rentensystem für private Anbieter geöffnet sehen. Zudem wird hier diskutiert, ob das

Renteneintrittsalter von 65 auf 70 Jahre angehoben werden soll, obwohl die Rentenkassen seit 1998 Überschüsse erwirtschaften. In Malta ist die Anhebung des Rentenalters von 61 auf 65 Jahre bereits beschlossene Sache. Reichte es bisher, 30 Jahre eingezahlt zu haben, um den vollen Rentenanspruch zu erwerben, müssen es nun 40 Jahre sein. Die maximal erreichbare Rentenhöhe lag bisher bei rund 15.500 Euro pro Jahr, soll bis 2010 allerdings auf 20.700 Euro ansteigen. Der maltesische Bericht weist ausdrücklich darauf hin, dass die Reformen auf Vorschläge der EU-Kommission von 2003 zurück gehen. Der Bericht aus **Deutschland** stellt zur – ebenfalls bereits verabschiedeten – Anhebung des Rentenalters von 65 auf 67 Jahre fest: „Erklärtes Ziel der Maßnahme war es, die Rentenbeiträge der Unternehmen zu begrenzen und nicht, das Rentenniveau zu sichern. So wird aus der Anhebung des Rentenalters de facto eine Rentenkürzung für alle diejenigen, die vor dem Erreichen dieser Altersgrenze aus dem Arbeitsleben ausscheiden.“ Auch die – zumindest teilweise – Öffnung der Rentenversicherung zugunsten privater Anbieter („Riesterrente“) ist in Deutschland bereits Wirklichkeit.

Rente: Frauen im Nachteil; informell Arbeitende außen vor

Auch eine Reihe von Transformations- und Schwellenländern verfügen über Rentensysteme, die jedoch in aller Regel nur über ein niedriges oder unzureichendes Leistungsniveau bieten.² Und in vielen dieser Länder

steigt die Zahl der Menschen, die Rente beziehen. Doch nicht immer hat das ausschließlich demographische Gründe: In **Aserbaidschan** etwa stieg die Zahl der Rentner zwischen 2001 und 2006 von 15 auf 17 Prozent der Bevölkerung – knapp 200.000 Menschen mehr. Rund die Hälfte dieses Anstiegs ist jedoch auf Invalidität zurückzuführen. Aserbaidschan hat derzeit glücklicherweise keine allzu großen Probleme, seine Bevölkerung sozial abzusichern, da das Land neuerdings auf – stark gestiegene – Öleinnahmen zurückgreifen kann.

Mit der Bindung der allermeisten Rentensysteme an Einkommen aus Formalarbeitsverhältnissen gehen eine Reihe von Problemen einher: In aller Regel sind Frauen benachteiligt, denn ihre Arbeitsbiografien weisen häufiger Unterbrechungen auf, sie sind oft schlechter ausgebildet und erhalten darüber hinaus oft auch für gleiche Arbeit für niedrigere Löhne. Entsprechend geringer fallen ihre Einzahlungen in die Rentenkassen und die entsprechenden Auszahlungen im Alter aus. In **Polen** zum Beispiel liegen ihre Altersbezüge im Mittel 30 Prozent unter denen der Männer. In **Bulgarien** liegt die Höhe des rentenversicherten Einkommens bei 89 Prozent des Durchschnittsgehalts, die der Männer – genau reziprok – bei 112 Prozent. Die bulgarischen Kollegen weisen zudem darauf hin, dass privatwirtschaftlich arbeitende Rentenversicherer Frauen wegen ihrer höheren

- ¹ Alle Zitate stammen aus den betreffenden, insgesamt 48 Länderberichten des internationalen Social Watch Reports 2007. In Teilen folgt der Beitrag auch Cecilia Alemany, die diese Länderberichte unter dem Titel „Social Security: Different Strategies for a Global Problem“ im internationalen Social Watch Report zusammengefasst hat – alles zu finden unter <http://www.socialwatch.org>. Die soziale Situation der arabischen Staaten ist hier bewusst und unter Verweis auf den Beitrag „Soziale Sicherheit in der arabischen Region: Konzeptionelle Herausforderungen und harsche Realität“ von Ziad Abdel Samad und Diana Zeidan weiter oben in diesem Report ausgespart.
- ² Bulgarien durchschnittlich umgerechnet etwa 160 US-Dollar; Lettland: umgerechnet mindestens 71 bis 109 Euro; Moldavien derzeit umgerechnet mindestens 37 US-Dollar im Monat; Rumänien ab 2008 – nach einer 40-prozentigen Steigerung – umgerechnet mindestens etwa 230 US-Dollar.

Lebenserwartung niedrigere Rentenzahlungen ausschütten.

Schon in den Industrieländern ist ein stetiger Rückgang von Normalarbeitsplätzen zu verzeichnen; in vielen Transformationsländern zeigt sich dieser Trend noch schärfer: In **Rumänien** etwa sank die Zahl der Beschäftigten zwischen 1999 und 2004 von 4,761 auf 4,469 Millionen Menschen. Gleichzeitig arbeiten 1,2 Millionen im nicht-landwirtschaftlichen informellen Sektor. Wie in dem südosteuropäischen Land bleibt diese Gruppe in den allermeisten Ländern von sozialen Sicherungssystemen ausgeschlossen. Entwicklungsländer, in denen der informelle Sektor oft 90 Prozent der arbeitenden Bevölkerung aufnehmen muss, können generell nur Staatsbediensteten und Militärs eine Sicherung im Alter bieten; seltener existieren auch Rentenkassen für den gehobenen formalen Sektor der Privatwirtschaft.

Soziale Unterstützung Bedürftiger – das Risiko ohne Einkommen zu sein

Weil eine Absicherung von Arbeitslosen wie in Deutschland nur in einer Handvoll weiterer Länder existiert, verfügen die meisten

Staaten nur über rudimentäre Möglichkeiten ihre Bürgerinnen und Bürger zu schützen, wenn sie keine eigenes Einkommen erzielen können. Meist handelt es sich dabei um – äußerst niedrige – Direktzahlungen wie etwa in **Suriname**, wo ein Arbeitsloser umgerechnet 3,27 US-Dollar pro Monat erhält. „Das ist etwa so viel, wie das Busticket kostet, um den Scheck abzuholen“, vermerkt der Bericht aus dem lateinamerikanischen Land bedauernd. In vielen Staaten bestehen mehrere Systeme parallel – so etwa in **Peru**, wo sechs Millionen Menschen Milch und andere Nahrungsmittel erhalten. Etwa 250.000 Familien, in denen schwangere Frauen oder Kinder unter fünf Jahren leben, erhalten zusätzlich finanzielle Unterstützung in Höhe von umgerechnet etwa einem US-Dollar täglich. Außerdem werden die Empfänger dieser Leistungen registriert, erhalten einen Personalausweis, vor- und nachgeburtliche Betreuung, Impfungen und es wird dafür gesorgt, dass sie Zugang zu sauberem Trinkwasser haben. Einen ganzen Strauß verschiedener Angebote hält der Staat in **Bangladesch** für Bedürftige bereit. Die „wichtigsten Nahrungsmittelprogramme, an denen etwa 1,5 Millionen Menschen partizipieren sind Food for Work, die

Ernährung verletzlicher Gruppen sowie die „Gratisfürsorge“, zählt der Bericht aus Bangladesch auf. Unter die Finanzhilfen werden gerechnet: das Stipendium für die Primärerziehung, Unterstützung für die Sekundärerziehung von jungen Frauen, das ländliche Instandhaltungsprogramm, Cash for Work, eine Beschäftigungsprogramm für ländliche Gegenden, das Projekt zur Stärkung lokaler Verwaltungsstrukturen und die primäre städtische Gesundheitsversorgung. Insgesamt erhalten etwa 13 Prozent aller Haushalte in Bangladesch Zuweisungen aus einem oder mehreren dieser Programme. In anderen Ländern, wie etwa in **Kolumbien** ist ein solches System im Aufbau. Die Regierung des krisengeschüttelten lateinamerikanischen Landes bemüht sich derzeit nicht nur, sieben Millionen Kolumbianer zusätzlich in das subventionierte öffentliche Gesundheitssystem zu integrieren, sondern will auch die Situation von 1,5 Millionen Familien in extremer Armut durch öffentlich finanzierte Unterstützungsprogramme verbessern.

Noch zwei Hinweise scheinen im Zusammenhang mit Sozialleistungen angezeigt: Zum einen sind Nahrungsmittelhilfen nicht auf Entwicklungsländer beschränkt, wie etwa die Lebensmittelkarten (*Food Stamps*) für Bedürftige in den USA belegen oder auch die Schulspeisungsprogramme, die es nicht nur dort sondern auch in anderen Industrieländern gibt. Zum anderen werden staatliche Hilfen in aller Regel nicht in vollem Umfang abgerufen, da viele Berechtigte sich schämen oder ihre Rechte nicht kennen – zum Beispiel aufgrund sprachlicher Barrieren oder weil sie Kinder sind.

Krankheit viel zu häufig persönliches Risiko

Obwohl Krankenversicherungen beziehungsweise öffentlich bereitgestellte, kostenlos zugängliche Gesundheitsreinrichtungen weltweit sicherlich die am weitesten verbreitete Form sozialer Sicherung darstellen, bleiben weiterhin Milliarden Menschen auf sich allein gestellt oder sind auf ihre Familien angewiesen, wenn sie krank

Den informellen Sektor sozial sichern – das Beispiel Indien

Die indische Regierung hat einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der Arbeitende in der informellen Ökonomie besser gegen soziale Risiken absichern soll. Der Vorschlag beinhaltet im Kern eine Krankenversicherung sowie Mutterschaftsgeld und Rentenzahlungen. Das Angebot soll die bestehenden Systeme der Bundesstaaten und der Zentralregierung ergänzen und auf Freiwilligkeit basieren. Die indische Social Watch Koalition begrüßt, dass das Gesetz 371,2 Millionen „unorganisiert“ Arbeitenden endlich eine juristische Handhabe liefern werde, ihre sozialen Rechte einzuklagen. Sie kritisiert jedoch, dass die Umsetzung der Initiative den Sektor zusätzlich zersplittern und die Gräben zwischen formell und informell Arbeitenden weiter vertiefen werde. Viele Unterprivilegierte in der formellen Ökonomie könnten von dem neuen Gesetz ebenfalls erheblich profitieren. Andererseits beständen Probleme bei der Definition „unorganisierter“ Arbeit, die bisher für alle Betrieb mit weniger als zehn Beschäftigten gilt. Auch werde der Entwurf der Vielfalt der informellen Ökonomie nicht gerecht. Schließlich seien die Prämien und die Unterstützung, die letztlich gezahlt würden viel zu niedrig und nährten den Verdacht von „Alibipolitik“: So solle das Mutterschaftsgeld umgerechnet etwa 18 Euro betragen, die jährliche Unterstützung für Pflegefälle rund 270 Euro und die Einmalzahlung im Todesfall betrage knapp 450 Euro. Eine Art Lohnfortzahlung werde 15 Tage lang täglich etwa 27 Cent betragen und die Rente für über 60-Jährige aus diesem Programm bei nur 3,6 Euro monatlich liegen.

werden. Doch selbst wenn eine Absicherung existiert, kann dies höchst unterschiedliches für die Menschen bedeuten, die daran partizipieren (wollen). In vielen Berichten wird die Ineffizienz des Systems und die damit einhergehende Korruption angeprangert. In **Pakistan** beklagen die Social Watcher, dass „das gesamte öffentliche Gesundheitswesen entstellt“ ist. „Wiederholt haben verschiedene Regierungen Gesundheitsprogramme und Impfkampagnen gestartet – doch alles umsonst“, heißt es im pakistanischen Bericht. In einigen Krankenhäusern müssten die Patienten Aufnahmegebühren zahlen, in anderen Fällen die Behandlung obwohl die Finanzierung eigentlich durch den Staat gesichert sein sollte. Auf den Philippinen ist das Verschwinden von 87,4 Millionen US-Dollar in den letzten zwölf Jahren aus den Kassen von *Philhealth* zu beklagen; zudem werden unnütze Operationen durchgeführt, Pharmaka überbeuert verkauft und sogar Geisterpatienten abgerechnet. Auch die Berichte aus Polen, Rumänien und Uganda erwähnen das Thema Korruption im Zusammenhang mit öffentlichem Gesundheitswesen ausdrücklich. In **El Salvador** sind der Direktor des Salvadorianischen Instituts für Soziale Sicherheit (ISSS) und der Gesundheitsminister persönlich in entsprechende Fälle verwickelt. Und wie in Pakistan auch geht die Korruption hier mit dem Versagen öffentlicher Programme einher: In einem 169 Millionen US-Dollar schweren, kreditfinanzierten Fünfjahresprogramm zur Rehabilitation von Krankenhäusern wurden nach Ablauf des Planungszeitraumes nicht einmal zehn Prozent der Mittel abgerufen. „Unter den betroffenen Einrichtungen ist auch die landesweit wichtigste Einrichtung zur Versorgung werdender Mütter“, resümieren die Kollegen aus dem mittelamerikanischen Land frustriert.

Überall dort, wo der Schutz vor Krankheit versicherungsförmig organisiert und an regelmäßige Entlohnung gebunden ist, zeigt sich – wie bei der Rentenversicherung auch –, dass nicht regulär beschäftigte

oder informell tätige Menschen keinen Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen erhalten. Doch darüber hinaus ist es essentiell, dass ein solches System auch staatlicherseits zuverlässig und nachhaltig betrieben wird, denn sonst werden auch die Menschen, die eigentlich davon profitieren könnten, versuchen, die nötigen Beiträge nicht zu zahlen. In **Paraguay** ist nur jeder Fünfte gegen das Risiko abgesichert, krank zu werden. 1,4 Millionen Paraguayer können nicht am öffentlichen System der Gesundheitsversorgung partizipieren, weil sie „selbstständig oder Bauern sind, unbezahlt arbeiten oder zur indigenen Bevölkerung gehören“. Doch unter denjenigen, die in den Genuss der öffentlichen Gesundheitsfürsorge kommen könnten, überwiegt die Skepsis: Etwa 70 Prozent der Menschen versuchen, der Zahlung von Pflichtbeiträgen zu entgehen. „Doch wenn es darum geht, Beiträge zum Gesundheitssystem zu vermeiden, ist der Staat selbst der größte Missetäter“, betont der paraguayische Bericht. Seit 1943, seit das System besteht, sei der paraguayische Staat seinen diesbezüglichen Verpflichtungen nicht ein einziges Mal in vollem Umfang nachgekommen.

Alltägliche Diskriminierungen: Frauen, HIV-Infizierte...

„Diskriminierungen vervielfältigen die sozialen Probleme der betroffenen Gruppen und machen sie am verletzlichsten“, stellt Cecilia Alemany im internationalen Social Watch Report fest. Frauen bleiben auf vielfältigste Weise von Diskriminierungen betroffen – weit über die oben erwähnten Probleme hinaus, die sich im Zusammenhang mit Rentenansprüchen ergeben.

In **Brasilien** etwa haben Landarbeiterinnen seit Jahren versucht, offiziell auch als Kleinbäuerinnen anerkannt zu werden um ihre Gartenprodukte oder Kleinvieh besser vermarkten zu können. Etwa sechs Millionen auf dem Lande wohnende Frauen werden so Marktzugang und ihre Rechte als Bürgerinnen verwehrt. Darüber liegen zusätzlich noch rassistische Muster: Farbige Brasilianerinnen leiden unter doppelter Diskriminierung. Sie sind überdurchschnittlich oft in prekären Jobs und in der informellen Wirtschaft zu finden, als Hausangestellte tätig oder arbeiten unbezahlt. In **Honduras** sperren sich „christliche Fundamentalisten zusammen mit Kräften in der Regierung“ gegen Sexualaufklärung in der Schule und

Niedergang der öffentlichen Krankenversicherung in den USA

In den USA hat sich der Niedergang der öffentlichen Krankenversicherung mittlerweile zu einem nationalen Skandal ausgewachsen. Der bekannte Filmemacher Michael Moore hat seine neueste Dokumentation diesem Thema gewidmet und auch die amerikanischen Social Watcher räumen dem Problem breiten Raum ein. Mussten 1989 etwa zehn Millionen US-Amerikaner ohne Krankenversicherung auskommen, sind es derzeit 48 Millionen; ein Siebtel der Bevölkerung – wodurch Lebenserwartung und Kindersterblichkeit sich im Vergleich zu anderen Industrienationen schlechter entwickelt haben. Regierungsprogramme wie *Medicaid* und *Medicare*, die diesem Trend entgegenwirken sollten, wurden unterhöhlt. Dennoch geben die USA 16 Prozent ihres BNE für die Gesundheitsversorgung aus – der höchste Wert weltweit. „Ein großer Teil“ geht an die pharmazeutische Industrie und Versicherungsfirmen, die den Sektor mittlerweile kontrollieren. Durch Firmenzusammenschlüsse haben diese *Health Maintenance Organizations* genannten Firmen eine beispiellose Macht gewonnen und um sie zu erhalten von 1998 und 2005 etwa 800 Mio. US-Dollar für Lobbyarbeit ausgegeben. Ihre Geschäfte betreiben die meisten jedoch fast ausschließlich nach unternehmerischen Gesichtspunkten, weshalb ärmeren Bevölkerungsgruppen wie Afroamerikaner, Hispanics und Frauen überproportional häufig ohne Krankenversicherung leben müssen: Sie werden weder über ihre Arbeitgeber versichert, noch können sie sich eine private Krankenversicherung leisten.

Gleichstellungsrichtlinien im Erziehungswesen. 673 unaufgeklärte Morde an Frauen hatte das Land zwischen 2003 und 2007 zu verzeichnen, obwohl spezielle Ermittlungsteams für derartige Verbrechen eingerichtet und allein in 2006 mit fast 900.000 US-Dollar ausgestattet wurden. Honduras hat die Konvention für die Eliminierung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) noch nicht ratifiziert. Auch in den Berichten aus **Sambia** und **Tansania** wird die Diskriminierung von Frauen – besonders auf dem Lande – hervorgehoben.

Zu einem weiteren wesentlichen Grund für Diskriminierung hat sich die Infektion mit dem HIV/Aids Virus entwickelt. In El Salvador ist HIV mittlerweile die vierthäufigste Todesursache. Tausende verbergen hier ihren Status – aus Angst vor den Konsequenzen. In **Burma** ist es schwierig, eine Erlaubnis zu erhalten, HIV-Patienten zu besuchen oder mit Risikogruppen zu arbeiten. UNAIDS hat die burmesische Militärregierung in diesem Zusammenhang bereits vor den Gefahren gewarnt, die ein weiteres Ignorieren der Pandemie für das Land nach sich ziehen wird.

...Minderheiten, Arbeitsmigranten und Flüchtlinge

In Nepal sind die Dalits („Kastenlose“) die Hauptleidtragenden einer weit reichenden Diskriminierung: Müssen landesweit schon 31 Prozent aller Menschen unter der Armutsgrenze leben, sind es unter den Dalits 40 Prozent. „Fast alle Armen“, so der Bericht aus Nepal, „sind entweder Dalits oder gehören zu einer der ethnischen Minderheiten“. Auch intern Vertriebene (*internally displaced persons*, IDPs) sind betroffen. Und „die patriarchalische Gesellschaft hat

Arbeitsemigranten in den Philippinen: Bezahlen ohne Anrecht auf Leistungen

Ins Ausland abgewanderte Arbeitskräfte tragen in erheblichem Maße zum Nationaleinkommen in ihren Herkunftsländern bei, Das weckt offensichtlich – zumindest auf den Philippinen – auch Begehrlichkeiten. Der südostasiatische Inselstaat bittet die circa acht Millionen im Ausland lebenden Philippinos jedes Mal zur Kasse, wenn sie ihre Heimat (wieder) verlassen. Das tut die „*Overseas Workers Welfare Administration*“ nun schon 25 Jahre lang, doch bisher müssen die allermeisten der in Ausland Arbeitenden ohne sozialen Schutz auskommen. 2005 förderte ein Audit zutage, dass die Behörde etwa dreimal so viel Geld für Gehälter und das operative Geschäft ausgibt wie für die Klienten. Diese Tatsache ist umso pikanter, als die Arbeitsemigranten allein letztes Jahr (2006) 10,7 Milliarden US-Dollar nach Hause geschickt haben – ein Betrag der zwölf Prozent des philippinischen Bruttonationaleinkommens entspricht. „Ironischerweise“, merken die philippinischen Kollegen an, „sind es gerade diese Rücküberweisungen, die als Sozialversicherung in den Empfängerhaushalten wirken“. Gerade bei Katastrophen – etwa den regelmäßig auftretenden Stürmen – werden die Rücküberweisungen zeitnah um etwa 60 Prozent des Verdienstaustausfalls erhöht, so dass sie für die Daheimgebliebenen wie eine Versicherung wirken.

die Frauen ihrer Rechte beraubt“, heißt es weiter unter Verweis auf die doppelte Diskriminierung, die einmal mehr Frauen trifft, wenn sie einer der benachteiligten Gruppen angehören. Zu den ethnischen Minderheiten gehören die Roma, die vor allem in Südosteuropa leben. In **Ungarn** stellen sie sieben Prozent der Bevölkerung, aber 25 bis 30 Prozent der registrierten Arbeitslosen. In 2003 hatten nur 29 Prozent der männlichen und 15 Prozent der weiblichen Roma zwischen 15 und 59 Jahren Arbeit. Unter den neuen Marktbedingungen gibt es viel Menschen, die keine Arbeit bekommen, macht der Bericht aus **Serbien** deutlich: „Am schlimmsten dran sind Arme, Menschen mit geringer Qualifikation, Alte, Kranke, die etwa 70.000 Behinderten sowie Roma, die – neben den Frauen – die größte marginalisierte Gruppe darstellen“. Etwa 700.000 Roma leben in Serbien. In **Rumänien** haben gerade die „Armen und

unter ihnen die ländlichen Haushalte und die Roma“ besonders schlechten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Selbstverständlich sind auch die mittel- und westeuropäischen Länder von derartigen Erscheinungen nicht ausgenommen. In den **Niederlanden** stellen die Kollegen „wachsende Armut in nicht-westlichen Haushalten“ fest, in **Belgien**, wird die Diskriminierung von Ausländer bei der Arbeits- und Wohnungssuche beklagt „besonders in Brüssel“. Zudem werde ihr Recht auf Familienzusammenführung und Gesundheit verletzt. Deutschland schließlich meldet die Verletzung des Rechts auf Gesundheit und auf Bildung bei Asylbewerbern und geduldeten Flüchtlingen.

Uwe Kerkow arbeitet als freier entwicklungspolitischer Fachjournalist und Consultant.