
Griechenland in der Wirtschaftskrise: Der Gesundheits- und Bildungssektor

XENI DASSIOU

Xeni Dassiou, City University London, Fachbereich Wirtschaft, London, E-Mail: x.dassiou@city.ac.uk

Zusammenfassung: Seit 2010 befindet sich die griechische Wirtschaft in einer tiefen Krise. Dazu haben verschiedene Probleme beigetragen, wie etwa die steigenden staatlichen Ausgaben und der Verlust der internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Letzteres hat unter anderem zu hohen Haushalts- und Handelsdefiziten geführt. Seit Ausbruch der Krise ist die Wirtschaft um rund 30 Prozent geschrumpft. Die Arbeitslosigkeit ist auf 25 Prozent gestiegen. Die beiden Entwicklungen sind auch eine Folge der Sparmaßnahmen, die für den Erhalt der Rettungspakete von Europäischer Union (EU) und Internationalem Währungsfonds (IWF) notwendig waren. Auch der Gesundheits- und der Bildungssektor sind von der Kürzung der staatlichen Ausgaben betroffen, diese sind um mehr als ein Drittel gesunken. Der Artikel untersucht die Entwicklung in den beiden Sektoren seit Anfang der 2000er Jahre. Eine Kombination aus Verzögerungen, mangelnder Durchsetzung und Rücknahme von dringenden Reformen haben die Beseitigung von strukturellen Schwächen verhindert. Qualität und Bezahlbarkeit der Versorgung sind schlechter geworden, und der Zugang zu den Systemen ist schwerer geworden. Sowohl dem Gesundheits- als auch dem Bildungssektor fehlen die notwendigen Aufsichts- und Bewertungsmechanismen, um die Qualität der Dienstleistungen für die Nutzer zu gewährleisten. Auf der Angebotsseite fehlen Mechanismen zur Kostendämpfung und zur Effizienzsteigerung, die eine Verschwendung von Steuergeldern verhindern könnten. Insgesamt hat Griechenland ein Bildungs- und Gesundheitssystem mit hohen Kosten und geringer Leistungskraft. Mit der Wirtschaftskrise ist die Situation noch schlechter geworden, da sinkende Pro-Kopf-Ausgaben für Bildung, Gesundheit und soziale Absicherung zu einer Absenkung der Ansprüche geführt haben und gleichzeitig die Belastung für Auslagen, Nutzergebühren und andere Ausgaben gestiegen sind. Um eine umfassende Reform zu erreichen, ist die Einführung unabhängiger Regulierungsinstanzen erforderlich, die nur dem Parlament verantwortlich sind und in effektiver Weise die Aufsicht über Qualität und Kosten im Gesundheits- und Bildungssektor ausüben können.

→ JEL Classification: I11, I18, I21, I28

→ Keywords: Reforms, evaluation, regulation, equity, austerity

Summary: In 2010 the Greek economy entered a deep economic crisis. This was the result of an accumulation of structural problems in the economy, including overspending and loss of competitiveness during the previous decades, translating into persistently large budget and trade deficits. In 2015, under its third EU and IMF bailout, Greece has entered a spiral of depression that has led to its economy shrinking by one-third and unemployment skyrocketing to more than 25 percent, both a result of the austerity measures introduced as required to receive bailout funding. As a consequence, the health and education sectors have each experienced a reduction in public spending of more than one-third. We look at these two sectors before the crisis in the early 2000s, finding that a combination of delays, lack of enforcement, and reversals of urgently needed reforms resulted in obvious weaknesses not being corrected. This has prevented these two systems from delivering the social principles of equity in provision, equal opportunities for all, universal coverage, accessibility, and affordability. Healthcare and education both lack oversight and evaluation mechanisms to ensure quality of service for its users. Additionally, there are no cost containment/efficiency mechanisms on the procurement side to avoid wasting taxpayers' money and valuable resources. This means that Greece has high cost/low outcome education and health systems. When the economic crisis struck, the ability of these two systems to deliver the above mentioned social objectives further deteriorated, as lower per capita spending on education, health and social protection lowered entitlements, benefits, and outcomes while increasing the burden of out of pocket expenses, user charges etc. We conclude by arguing that there is a need for a radical change in the institutional framework and governance of these two systems, by establishing truly independent regulators or agencies, answerable only to parliament) that can effectively exercise oversight over both the quality and the cost in the provision of health and education.

I Einleitung

Seit Jahr 2010 befindet sich Griechenland inmitten einer schweren Wirtschaftskrise. Diese hat die Finanzierung öffentlicher Dienstleistungen in einem solchen Ausmaß verschlechtert, dass inzwischen der soziale Zusammenhalt im Land bedroht ist. Infolge abnehmender Wettbewerbsfähigkeit und sinkender Wirtschaftsleistung hat der Schuldenstand nach Angaben der Griechischen Statistikbehörde 180 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erreicht. In den Jahren 2013 und 2014 konnte dann ein Haushaltsprimärüberschuss erzielt werden. Im Gefolge der drei Rettungspakete und der Sparmaßnahmen zwischen 2010 und 2015 ist die Arbeitslosenquote auf 26,6 Prozent gestiegen, während die durchschnittlichen Einkommen um mehr als 25 Prozent gesunken sind. Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte sank in den Jahren 2010 um elf Prozent, 2011 um 9,9 Prozent, 2012 um 7,9 Prozent und 2013 um acht Prozent. Das reale Bruttoinlandsprodukt ging in diesen Jahren jeweils um 5,4 Prozent, 8,9 Prozent, 6,6 Prozent und 3,9 Prozent zurück. 2014 wuchs die Wirtschaft schwach um 0,8 Prozent. Nach dem jüngsten Rettungsprogramm werden für die Jahre 2015 und 2016 weitere Rückgänge prognostiziert.

Seit 2010 kann sich die Mehrheit der Griechen keine private Krankenversicherung mehr leisten und ist stattdessen von staatlichen Krankenhäusern abhängig.¹ Die Nachfrage nach Krankenhausplätzen stieg zwischen 2009 und 2013 um 28 Prozent. Eine große Zahl von Schülern wech-

1 Zuwächse bei den Einweisungen in staatliche Krankenhäuser sind darauf zurückzuführen, dass sich viele Patienten nicht länger Privatzahlungen oder den Zugang zur privaten Krankenversicherung leisten können. Mehrere Autoren berichten von einer deutlichen Verschlechterung des Zugangs, insbesondere für gefährdete Menschen (Nichtversicherte, Arbeitslose, Migranten, Senioren, Kinder etc.), einem Anstieg der Selbstmordzahlen, Kürzungen um 40 Prozent bei den Krankenhausbudgets, Personalknappheit und Knappheit bei medizinischen Hilfsmitteln sowie von Korruption bei der Beschaffung und von Schmiergeldzahlungen (siehe Economou et al. 2014a, Kentikelenis et al. 2011, 2014, Karanikolos et al. 2013, Karamitri et al. 2013, Kentikelenis und Papanicolas 2012, Karamanolis 2011).

selte von privaten zu staatlichen Schulen.² Staatliche Schulbildung fragten im Schuljahr 2010/11 15 Prozent mehr Schüler nach.

Der Anstieg bei den Zuzahlungen für Medizin und bei anderen Nutzungsgebühren haben in Verbindung mit dem Verlust des Sozialversicherungsschutzes für Arbeitslose und Selbstständige (Kentikelenis et al. 2014) die Probleme verschlimmert. Auf der Einnahmeseite war ein starker Rückgang zu verzeichnen, weil staatliche Leistungen stark abgebaut wurden. Die gesamten staatlichen Gesundheitsausgaben gingen im Zeitraum von 2009 bis 2013 um 31,4 Prozent zurück, und auch die Bildungsausgaben wurden um 33 Prozent gesenkt.³ Nach Stratis (2014) hat man für 2015 eine weitere Reduzierung um 8,1 Prozent bei den Bildungsausgaben geplant.

In Abschnitt 2 werden zunächst die Prinzipien diskutiert, die ein Gesundheits- und Bildungssystem bei der Bereitstellung von Dienstleistungen für die Bürger eines Landes erfüllen sollte. In den Abschnitten 3 und 4 wird argumentiert, dass im Bildungs- und Gesundheitssektor bereits vor der Krise Reformdefizite vorlagen. Dabei fehlten insbesondere eine unabhängige Aufsicht und ein Evaluierungssystem, das Anreize für ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis setzt und so eine effiziente Nutzung von Ressourcen sicherstellt. Beide Sektoren trafen die Ausgabenkürzungen in der Wirtschaftskrise schwer. Die Strukturen waren kostenineffizient, aufgebläht und es gab einen ungleichen Zugang zu den Leistungen im Bildungswesen. Da die Kontrollinstitutionen für das Rettungsprogramm in erster Linie auf Ausgabenkürzungen geachtet haben, wurden nur die Symptome behandelt, nicht die ihnen zugrunde liegenden Ursachen. Verbesserungen blieben meist Stückwerk und werden von der Bevölkerung eher als Folge eines Sparkurses denn als vernünftige Anpassungen gesehen. Viele der vom Parlament beschlossenen Reformen sind niemals in Kraft gesetzt oder, meist aufgrund des Drucks der Gewerkschaften, zurückgenommen oder deutlich verwässert worden. Gleichwohl wurden einige Reformen umgesetzt. So wurde bereits lange vor der Krise ein Evaluationssystem für Hochschulen eingeführt, um EU-Forschungsgelder zu erhalten. Im Gesundheitsbereich ist die Einführung eines Standard-Gesundheitspakets für alle Bürger im Jahr 2014 zu nennen. Zuvor bestand über Jahrzehnte ein ungleicher Zugang. Die Umsetzung des OECD-basierten Abrechnungssystems in Krankenhäusern hat für mehr Transparenz bei der Bezahlung und Bereitstellung von Leistungen gesorgt. Allerdings bleiben substanzielle Reformen auf der Agenda. Insbesondere bedarf es eines institutionellen Rahmens für eine unabhängige Regulierung, Aufsicht und Evaluierung. Die Regulierungsinstanz sollte nur gegenüber dem Parlament rechenschaftspflichtig sein, ohne von diesem abhängig zu werden. Ein solches System muss von den Menschen in Griechenland verstanden, unterstützt und getragen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Dienstleistungen, auf die Griechenlands Einwohner als Steuerzahler und Bürger Anspruch haben, in einer nachhaltigen, kosteneffizienten, qualitätssichernden und gerechten Art und Weise bereitgestellt werden.

2 What happens now? The fallout of Greece's education cuts (Was nun? Die Auswirkungen der Kürzungen im griechischen Bildungswesen) unter: <http://learnnow.org/departments/global-learning/the-state-of-public-education-in-greece-2>

3 Berechnet unter Verwendung der Daten aus Tabelle 3, Griechische Statistikbehörde 2015.

2 Modelle der Bildungs- und Gesundheitsversorgung

2.1 Angebot und Nachfrage im Gesundheits- und Bildungswesen

Jedes Land sollte seinen Bürgern ein Gesundheits- und Bildungswesen zur Verfügung stellen. Beide Sektoren sind wesentlich, um den Menschen die effektive Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dabei sollte man sich von folgenden Zielen leiten lassen: soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit, umfassende Versorgung und Bezahlbarkeit. Da diese Dienstleistungen Erfahrungs- oder sogar Glaubwürdigkeitsgüter sind, können die Nutzer die Qualität meist weder vor noch nach der Nutzung richtig beurteilen.⁴ Da zudem Informationsasymmetrie auf Seiten der Nutzer besteht, sollte der Staat nicht nur die Kontinuität und Nachhaltigkeit dieser Dienstleistungen sicherstellen, sondern auch ihre Qualität überwachen, gleichgültig, ob sie von staatlicher oder privater Seite angeboten werden. Daher bedarf es eines institutionellen Rahmens, der unabhängige Regulierung unter Verwendung eines transparenten Evaluierungssystems, sowie Aufsicht und Verantwortlichkeit für die Bereitstellung der Dienste sicherstellt.

Seit den späten 1990er Jahren ist in einigen Industrieländern, wie etwa in Großbritannien, versucht worden, die Bereitstellung von Gesundheit und Bildung mithilfe von Märkten auf eine „Nutzerwahl“ umzustellen. Der Fokus lag auf der Förderung von Wettbewerb und auf vermehrten Wahlmöglichkeiten für die Nutzer, ohne die sozialen Prinzipien aufgeben zu müssen. In den OECD-Staaten gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Modellen zur Bereitstellung von Gesundheits- und Bildungsdienstleistungen. Die Akzeptanz der von gewinnorientierten privaten Unternehmen, sozialen Unternehmen (Genossenschaften, Wohltätigkeitsorganisationen etc.) und staatlichen Anbietern bereitgestellten Dienstleistungen variiert zwischen den Ländern. So sind US-amerikanische Familien an das Prinzip gewöhnt, für die Hochschulausbildung ihrer Kinder zu bezahlen, auch weil private Universitäten früher als staatliche Universitäten eingerichtet wurden (Musselin 2010). Ähnliche Regelungen gelten für Länder wie Zypern. In Griechenland gilt Bildung als alleinige Angelegenheit des Staates (Bildungsgesetz 1985). Die Verfassung verbietet die Einrichtung von privaten Universitäten. Anders verhält es sich im Gesundheitssektor. Die Privatausgaben für Gesundheit lagen in den Jahren unmittelbar vor der Rezession bei etwa einem Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben.⁵

2.2 Gesundheit und Bildung als meritorische Güter

In der ökonomischen Theorie zählen Gesundheit und Bildung zu den meritorischen Gütern, das heißt, bei ihrem Verbrauch treten starke positive externe Effekte auf.⁶ Die Dienstleistungen sind rivalisierend (das heißt in Bezug auf ihren Verbrauch) und ausschließbar. Der soziale Nutzen für die Gesellschaft, Gesundheit und Bildung zu „konsumieren“, übersteigt den privaten Nutzen für den direkten Konsumenten. Wenn die Bereitstellung dieser Güter ausschließlich dem privaten Sektor überlassen bliebe, würden diese Dienste erheblich weniger genutzt und der Gesellschaft würden die starken positiven externen Effekte entgehen. Mit anderen Worten, der Marktmecha-

4 Siehe Dassiou et al. (2015, 2016) zu den Messproblemen, um die Qualität der Systeme zu beurteilen.

5 Siehe OECD-Daten zu staatlichen Ausgaben nach Funktion (COFOG). https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SN_A_TABLE11#

6 Über die genaue Analyse von meritorischen Gütern, externen Effekten und Marktversagen kann sich der Leser in jedem Textbuch zur Mikroökonomie oder Industrieökonomik kundig machen (zum Beispiel Griffiths und Wall 2000).

nismus kann den umfassenderen Politikzielen nicht gerecht werden, da die Nutzer nicht alle sozialen Vorteile ihrer Handlungen erkennen. Staatliche Finanzierung ist erforderlich, um ein Marktversagen bei den meritorischen Gütern zu korrigieren.

Während staatliche Finanzierung gerechtfertigt ist, gibt es im Prinzip keinen Grund, warum der Staat nicht einfach Gutscheine ausgeben oder direkte Zahlungen an Nutzer leisten sollte, die Wahl des Anbieters aber den Nutzern selbst überlässt. Dieser Ansatz schafft einen Quasimarkt mit Nutzerwahl, wobei die Anbieter um die staatliche Finanzierung konkurrieren, die nun die Nutzer in den Händen haben. Die Anbieter haben so einen Anreiz, untereinander um die Gunst der Nutzer zu konkurrieren. Dies sollte zu Verbesserungen bei der Qualität und zu Innovation führen. Beispielsweise gibt Schweden Gutscheine an Eltern aus, die sie sowohl in staatlichen als auch in privaten Schulen einlösen können, wo sie sich für Zusatzleistungen entscheiden können.⁷ In Großbritannien wurde begonnen, älteren und behinderten Menschen persönliche Budgets anzubieten, die dann ihre eigenen Pflegeleistungen einkaufen können. Britische Universitäten konkurrieren miteinander um Studenten, während der Staat Studenten mit Krediten ausstattet, damit sie ihre Hochschulausbildung finanzieren können. Der Staat kann dabei auch andere Ziele verfolgen, wie Fairness oder Gerechtigkeit und er könnte vor allem Budgetbeschränkungen für die Bereitstellung der Dienstleistungen einführen.

Selbst wenn der Nutzer seine Wahl trifft, indem er die Dienstleistung direkt einkauft, so ist die Wahl doch beschränkt durch die Finanzierung der Dienstleistung durch den Staat oder die entsprechenden regionalen und lokalen Stellen. Bei der Schulwahl in Großbritannien kann der Nutzer oder die Nutzerin (Elternteil) eine Präferenz angeben, hat aber nicht das Recht, für sein Kind die Schule auszuwählen, die es besuchen wird. Die Auswahl bei den Schulplätzen ist durch die Anzahl der Schulen in der Region und deren Kapazitäten beschränkt.

3 Das griechische Bildungssystem

3.1 Grund- und Oberschulen

Das Bildungswesen in Griechenland ist wie folgt strukturiert: Grundschule (GS), untere Sekundarstufe (US), gefolgt von der oberen Sekundarstufe (OS) in Gymnasien oder technischen Berufsschulen (EPALs). Der Schulbesuch ist Pflicht bis zum Ende der unteren Sekundarstufe (15. Lebensjahr). Schüler im Alter von 15 bis 18 Jahren schließen entweder am Gymnasium ab oder besuchen eine technische Fachschule; beide Ausbildungen dauern drei Jahre.

Für die Hochschulbildung sind Universitäten sowie beruflich orientierte Technische Fachschulen (TFS) zuständig, die beide vierjährige Lehrgänge anbieten. Gymnasiasten können ein landesweites Abitur absolvieren, das sie zum Studium an der Universität und der TFS berechtigt, während EPAL-Absolventen die Zulassung zu den TFS und seit 2009 auch zu den Universitäten

7 Dies ist wesentlich radikaler, als es auf den ersten Blick scheint. Es bedeutet, dass Steuergelder bei der Bereitstellung von Bildung am Ende an Privatfirmen gehen.

erlangen können.⁸ Daneben besteht auch eine Möglichkeit zur Weiterbildung an Berufsschulen (IEKs) (Xochellis und Kesidou 2007). Von dieser Art gibt es im ganzen Land unzählige Institute, sowohl staatliche wie auch private (die Dauer der Studiengänge beträgt zwei Jahre plus sechs Monate Berufspraktikum).

Eurostat zufolge gehören die Bildungsausgaben Griechenlands, gemessen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt, zu den niedrigsten in Europa. Sie betragen im Jahr 2005 4,1 Prozent, verglichen mit 6,8 Prozent in Deutschland, 5,4 Prozent in Großbritannien, sechs Prozent in Schweden und acht Prozent in Dänemark (2006). Rund sechs bis sieben Prozent aller Schüler besuchten Privatschulen. Es gibt jedoch ein paralleles System, das Mitte der 1990er Jahre eingerichtet worden ist und private Ausgaben erfordert. Private Lerngruppen (*phrontistiria*) oder Haustutoren werden von der Mehrzahl der Schüler genutzt, die während der letzten beiden Jahre der oberen Sekundarstufe eine Hochschulzugangsberechtigung erlangen wollen (Papapolydorou 2010: 123). Im Jahr 2008 betragen die Ausgaben für *phrontistiria* im Schnitt 20 Prozent der Ausgaben eines privaten Haushalts. Die Preise für tägliche Lektionen drei Stunden liegen bei monatlich etwa 500 Euro. Natürlich können es sich Schüler aus wohlhabenderen Familien leisten, längere Unterrichtseinheiten in Anspruch zu nehmen; die BBC berichtet, dass Kinder aus wohlhabenden Familien viermal mehr Zeit in diesen Klassen verbringen als solche aus weniger wohlhabenden Familien.⁹ Angesichts des Rückgangs des Durchschnittseinkommens um ein Drittel und einer Arbeitslosenquote von 25 Prozent hat sich diese Bezahlbarkeitslücke weiter ausgeweitet. Das verletzt die Prinzipien der Chancengleichheit und des gleichberechtigten Zugangs zur Hochschulbildung.¹⁰ Viele Lehrer staatlicher Schulen arbeiten in solchen Tutoreneinrichtungen, um ihre niedrigen Gehälter aufzubessern. Interessenkonflikte, wenn die Schüler vom selben Lehrer an der Schule und an einer Tutoreneinrichtung unterrichtet werden, sind offensichtlich und bewirken Fehlanreize.

Das Gesetz definiert eine maximale Klassengröße von 25 Schülern für die Grundschule und 30 Schülern für die Sekundarstufe. In der Praxis haben viele Klassen in Griechenland deutlich weniger Schüler. Die Schüler-pro-Lehrer-Relation ist in Griechenland im Vergleich zu den OECD-Durchschnittswerten sehr niedrig (Tabellen 1, 2 und 3): Die Zahlen für 2007 waren 10,1 für die Grundschule, 7,7 für die untere und 7,3 für die obere Sekundarstufe. Die entsprechenden OECD-Durchschnittswerte lagen bei 16,0, 13,2 beziehungsweise 12,5.

Die Notwendigkeit, die Effizienz bei der Versorgung durch Schulen zu verbessern, ist durch die geografischen Gegebenheiten Griechenlands beschränkt. Rund 54 Prozent der Grundschulen liegen in zwei Regionen: Attika und Zentral-Mazedonien, wobei sich die Schüler in den Städten Athen beziehungsweise Thessaloniki konzentrieren. Die übrigen Schüler verteilen sich auf Tausende Gemeinden in den gebirgigen und abgelegenen Regionen Griechenlands mit seinen 227 bewohnten Inseln, von denen nur 78 mehr als 100 Einwohner haben.

8 Dahinter steckt das Ziel, einen gleichen Zugang zur Hochschulausbildung zu fördern, da Studenten aus der Arbeiterklasse in EPALS überrepräsentiert sind und daher praktisch von der stärker akademisch orientierten Hochschulbildung ausgeschlossen sind, wie sie von Universitäten angeboten wird.

9 www.bbc.co.uk/news/business-34384671

10 Hanushek und Wößmann (2006) kommen zu dem Ergebnis, dass Griechenland im Gerechtigkeitsranking an vorletzter Stelle vor Deutschland steht, gemessen an der Ungleichheit beim Wechsel zwischen Primar- und Sekundarstufe. Auch die berufliche Stellung der Eltern korreliert in hohem Maße mit der Leistung des Schülers und Studenten.

Tabelle 1

Grundschulen: Schuleinheiten, Lehrkräfte und Schüler zum Ende der Schuljahre 2000/01–2012/13

Schultyp	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Staatlich													
Schuleinheiten	5 708	5 600	5 541	5 471	5 398	5 297	5 220	5 174	5 127	5 075	4 991	4 392	4 350
Lehrkräfte ¹	48 872	50 986	52 775	57 305	59 387	60 814	63 513	64 058	64 977	66 409	66 018	63 396	61 726
Schüler	593 094	597 847	600 254	605 961	599 843	596 652	593 583	590 491	590 640	589 578	590 203	590 070	588 832
Schüler/Lehrer	12,1	11,7	11,4	10,6	10,1	9,8	9,3	9,2	9,0	8,9	8,9	9,3	9,5
Privat													
Schuleinheiten	386	389	384	383	380	378	374	372	369	365	365	354	348
Lehrkräfte	3 218	3 334	3 360	3 465	3 495	3 602	3 829	3 985	4 041	4 066	3 967	3 918	3 831
Schüler	46 838	48 484	48 233	48 819	47 700	46 548	46 378	46 818	46 836	46 357	43 845	43 221	41 211
Schüler/Lehrer	14,6	14,5	14,4	14,1	13,6	12,9	12,1	11,7	11,6	11,4	11,1	11,0	10,8

¹ Einschließlich „abwesender“ Lehrer, jedoch nur bei den staatlichen Schulen. Abwesende Lehrer sind Lehrer mit einer festen Stelle an der Schuleinheit, die (aufgrund von Krankheit, Fortbildung, Mutterschaftsurlaub etc.) ohne Vertretung mehr als 20 Arbeitstage abwesend sind, sowie Lehrer, die an Verwaltungsstellen innerhalb des Ministeriums für Bildung, Religion, Kultur und Sport oder woanders hin versetzt wurden.

Quelle: Hellenische Statistikbehörde unter: www.statistics.g.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE/themes?p_param=A1401&r_param=SED12&y_param=2012_00&mytabs=0

Tabelle 2

Untere Sekundarstufe: Schuleinheiten, Lehrkräfte und Schüler zum Ende der Schuljahre 2000/01–2012/13

Schultyp	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Staatlich													
Schuleinheiten	1 760	1 762	1 723	1 811	1 797	1 834	1 847	1 851	1 859	1 860	1 826	1 729	1 729
Lehrkräfte ¹	37 340	38 757	38 892	41 627	43 137	44 477	46 606	47 727	49 335	50 208	46 762	43 071	40 585
Schüler	329 842	318 897	305 448	307 218	308 861	317 091	325 514	322 391	322 242	318 875	315 606	308 185	304 863
Schüler/Lehrer	8,8	8,2	7,9	7,4	7,2	7,1	7,0	6,8	6,5	6,4	6,7	7,2	7,5
Privat													
Schuleinheiten	110	105	96	107	107	112	111	106	109	105	102	100	98
Lehrkräfte	2 327	2 135	2 095	2 297	2 309	2 446	2 495	2 473	2 523	2 397	2 277	2 202	2 080
Schüler	18 916	17 253	16 233	16 115	16 290	17 144	18 251	18 716	19 073	18 063	16 399	16 217	15 087

¹ Einschließlich „abwesender“ Lehrer, jedoch nur bei den staatlichen Schulen. Abwesende Lehrer sind Lehrer mit einer festen Stelle an der Schuleinheit, die (aufgrund von Krankheit, Fortbildung, Mutterschaftsurlaub etc.) ohne Vertretung mehr als 20 Arbeitstage abwesend sind, sowie Lehrer, die an Verwaltungsstellen innerhalb des Ministeriums für Bildung, Religion, Kultur und Sport oder woanders hin versetzt wurden.

Quelle: Hellenische Statistikbehörde unter: www.statistics.gr/portal/page/ESYE/PAGE?themes?p_param=A1401&r_param=SED12&y_param=2012_00&mytabs=0

Tabelle 3

Obere Sekundarstufe: Schuleinheiten, Lehrkräfte und Schüler zum Ende der Schuljahre 2000/01–2012/13

Schultyp	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Staatlich													
Schuleinheiten	1 199	1 146	1 171	1 191	1 212	1 246	1 252	1 264	1 264	1 265	1 244	1 228	1 225
Lehrkräfte ¹	23 484	23 420	23 605	24 428	26 014	28 099	27 028	28 122	28 756	29 197	28 015	25 817	25 567
Schüler	225 057	214 361	212 628	217 530	219 134	222 519	217 061	223 527	225 507	231 766	231 593	232 145	230 998
Schüler/Lehrer	9,6	9,2	9,0	8,9	8,4	7,9	8,0	7,9	7,8	7,9	8,3	9,0	9,0
Privat													
Schuleinheiten	90	92	97	99	100	106	109	105	103	96	94	92	93
Lehrkräfte	1 897	1 989	1 993	2 075	2 020	2 172	2 103	2 036	1 927	1 821	1 768	1 855	1 760
Schüler	16 157	15 804	16 119	16 193	15 963	16 456	15 825	16 125	16 219	15 675	15 627	15 572	14 894
Schüler/Lehrer	8,5	7,9	8,1	7,8	7,9	7,6	7,5	7,9	8,4	8,6	8,8	8,4	8,5

¹ Einschließlich „abwesender“ Lehrer, jedoch nur bei den staatlichen Schulen. Abwesende Lehrer sind Lehrer mit einer festen Stelle an der Schuleinheit, die (aufgrund von Krankheit, Fortbildung, Mutterschaftsurlaub etc.) mehr als 20 Arbeitstage abwesend sind, sowie Lehrer, die an Verwaltungsstellen innerhalb des Ministeriums für Bildung, Religion, Kultur und Sport oder woanders hin versetzt wurden.

Quelle: Hellenische Statistikbehörde unter: www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1401&r_param=SED12&y_param=2012_00&mytabs=0

Die Nettounterrichtszeit in Griechenland ist erheblich niedriger als im OECD- und EU-Durchschnitt. Dies und das niedrige Schüler-pro-Lehrer-Verhältnis führen zu hohen Lohnkosten im Bildungswesen. Außerdem steht die Unterrichtszeit in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zur Qualifikation und Erfahrung der Lehrer, was bedeutet, dass die am wenigsten vorbereiteten und am wenigsten erfahrenen Lehrer mehr unterrichten müssen. Im Jahr 2013 wurde die Zahl der Unterrichtsstunden moderat angehoben. Weitere Annäherungen an den OECD-Durchschnitt sind geplant. Allerdings wurde die Zahl der Unterrichtsstunden der Junglehrer stärker erhöht als die der altgedienten Pädagogen. Viele der empfohlenen Maßnahmen sind niemals umgesetzt oder wieder rückgängig gemacht worden. Erst heute wird die Umsetzung der OECD-Empfehlungen von 2011 in Angriff genommen. Die Reformen hätten schon vor Jahren umgesetzt werden müssen, als die griechische Wirtschaft noch stark wuchs. Nunmehr sind die Maßnahmen in den Köpfen von Eltern und Schülern mit dem jetzigen Sparkurs verknüpft.

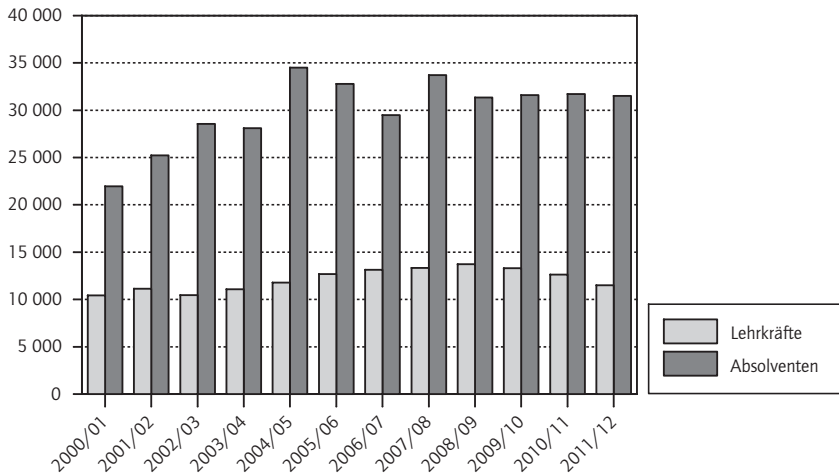
Schulen in Griechenland sind nicht autonom und haben praktisch kein Mitspracherecht, was die Einstellung von Lehrern, ihre Entlassung, die Festlegung von Einstiegsgehältern, Gehaltserhöhungen oder die Erstellung des Schulbudgets angeht. All diese Entscheidungen liegen bei der regionalen oder nationalen Bildungsbehörde. Dies steht in deutlichem Gegensatz zu dem, was in anderen OECD-Ländern üblich ist. Da die Auswahl und Vergütung von Lehrern nicht bei der Schule liegt, gibt es für die Lehrer keine Anreize, sich speziell für die Lehranstalt einzusetzen, der sie zugeordnet sind. Lehrer werden mithilfe einer Warteliste eingestellt, wobei die jeweilige Rangposition über verschiedene sozioökonomische Merkmale bestimmt wird. Beförderungen werden eher durch das Dienstalter als durch Kriterien bestimmt, die sich auf die Effektivität oder die Berufserfahrung als Lehrer beziehen.

Die von der OECD 2011 empfohlenen Maßnahmen schlagen einen einfachen konzeptionellen Rahmen für Evaluierung und Analyse vor, wobei Bewertungen auf verschiedenen Ebenen vorgesehen sind: die Ebene der Schüler (in der Klasse), der Lehrer (durch die Schulleitung), der Schule (durch die lokale Behörde) und des Systems (durch die Regulierungsstelle oder das Bildungsministerium). Langfristig sollten die Finanzausweisungen an die Schulen einem Algorithmus folgen, der die Mittelzuweisung pro Schüler vom Alter, Bildungsniveau, Familieneinkommen und anderen Variablen wie Sonderbedarfe und Lernschwierigkeiten abhängig macht. Mit einer entsprechenden Formel könnten Mittel in Abhängigkeit von Schulstandort, Stellung der Lehrer, Betriebskosten und Investitionen zugewiesen werden. Damit dies umgesetzt werden kann, ist eine verlässliche Datenbasis erforderlich mit Echtzeitdaten über Schüler, Lehrer und Schulen, einschließlich von Informationen über Gebäude und Infrastruktur. Das System sollte die Bildung von Clustern fördern, in denen kleine mit größeren Schulen kooperieren und Lehrer, Management und Best-Practice-Lehrmethoden teilen. Für kleinere Grundschulen in isolierten Regionen könnten alternative Ansätze angewandt werden.

Das System sollte auch Anreize für die Belohnung guter Leistungen und Ergebnisse enthalten (zum Beispiel entsprechend der Leistungen und Lernerfolge der Schüler sowie der Qualität des Unterrichts, der Beurteilung und der Führung). Erfolge sollten nicht nur in Form von Vergütungen für die Schulleitung und Lehrer Anerkennung finden, sondern offensiv gegenüber Eltern und Schülern kommuniziert werden, damit diese die Reformen unterstützen.

Abbildung 1

Hochschulausbildung in Griechenland 2000–2012



Quelle: Vom Autor erstellt anhand von ELSTAT-Daten (Griechische Statistische Behörde) zur Hochschulausbildung.

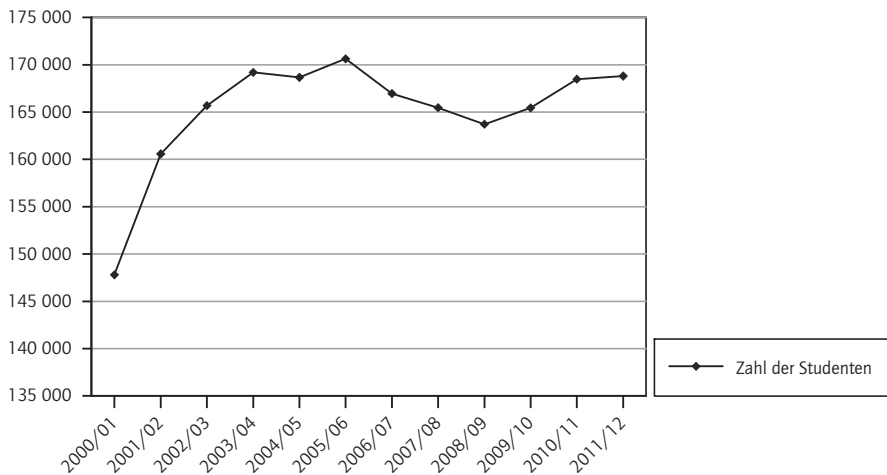
3.2 Hochschulen

Griechenland hat 22 Universitäten und 16 TFS mit insgesamt 212 Fachbereichen in 46 Gemeinden. Die Einrichtung einer Vielzahl von TFS-Standorten ab Mitte der 1990er Jahre hat dazu geführt, dass Griechenland die höchste Zahl von Einschreibungen an Hochschulen pro 100 000 Einwohner weltweit hat, nämlich 5 478 (OECD 2011: 65). Obwohl griechische Universitäten nur geringe Abschlussquoten aufweisen – rund 17 Prozent im Jahr 2007 im Vergleich zu mehr als 35 Prozent im OECD-Durchschnitt – zeigen die Daten, dass die Abschlussquoten bei den TFS mit zwölf Prozent über dem Durchschnitt der OECD mit zehn Prozent und der EU mit acht Prozent lagen.

Wie Abbildung 2 zeigt, ist die Zahl der Einschreibungen bis 2005 gestiegen, dann leicht zurückgegangen, bevor sie sich stabilisiert hat. Das Diagramm spiegelt die vom Staat festgelegten Obergrenzen für Studentenzahlen wider und weniger die tatsächliche Nachfrage. Letztere drückt sich eher in der Zahl der Studienanwärter aus, die sich einer Hochschuleingangsprüfung unterzogen haben. Im Jahr 2014 haben 105 000 Interessierte die nationalen Hochschuleingangsprüfungen absolviert, während landesweit nur 70 305 freie Hochschulplätze vorhanden waren. Es ist zwar vergleichsweise leicht, an einer TFS, aber schwer, an einer Universität aufgenommen zu werden. Abbildung 1 zeigt die Zahl der Lehrkräfte und Absolventen an den griechischen Universitäten. Die relativ gleichbleibende Zahl der Absolventen, etwa 10 000 bis 14 000 pro Jahr, spiegelt die oben erwähnte niedrige Abschlussquote an den griechischen Universitäten wieder.

In den 1990er Jahren wurde die EU zu einer wichtigen Finanzierungsquelle für die akademische Forschung an den Hochschulen. Der Bologna-Prozess (1999) etablierte einen Rahmen für die Evaluierung und Qualitätssicherung im universitären Bereich und bereitete den Boden für den Aufbau eines nationalen Systems der Qualitätssicherung, das nicht nur Griechenland, sondern

Abbildung 2

Zahl der Hochschulstudenten in Griechenland 2000–2012

Quelle: Vom Autor erstellt anhand von ELSTAT-Daten (Griechische Statistikbehörde) zur Hochschulausbildung.

alle EU-Mitglieder einzuführen hatten (Mattheou 2004). Die Errichtung eines Evaluierungs- und Qualitätssicherungssystems war eine Bedingung, die von Griechenland im Prozess der europäischen Einigung umgesetzt werden musste, und sie war auch notwendig, um Zugang zu europäischen Mitteln für die akademische Forschung zu erhalten. Universitäten, die an europäischen Projekten teilnehmen wollten, mussten sich mit den Evaluierungsmechanismen vertraut machen und übernahmen so auch die entsprechenden Regeln. Dazu gehören eine interne und externe Evaluierung von Verantwortlichkeit, Qualität und Effizienz. Als Teil des Prozesses haben Universitäten neue Abschlüsse mit pragmatischerer (beruflicher) Orientierung in den Bereichen Finanzen, Wirtschaft und Technologie etabliert. Außerdem führte das Ausbildungs- und Berufseinstiegsprogramm der EU im ganzen Land zur Errichtung von TFS sowie zu einem Anstieg bei der Zahl der Lehrkräfte (Abbildung 1). Dieser Aufbau diente jedoch eher kommunalen Zwecken – so sind zum Beispiel „fliegende Professoren“¹¹ eingerichtet worden – als dass er den ursprünglichen Zielen wie der Förderung von Innovation und Unternehmergeist in unterentwickelten Regionen und der Befriedigung der Nachfrage von potenziellen Studenten in der Region, zugutekam. Zudem hatte das komplexe Studententransfersystem zwischen Universitäten und TFS unterschiedlicher Regionen, das unter Verwendung von ständig neuen sozioökonomischen Kriterien aufgezogen wurde, zur Folge, dass viele Fachbereiche in den abgelegeneren Regionen am Ende mit wesentlich weniger Studenten als geplant dastanden. Umgekehrt erhielten Metropolregionen, wie Athen und Thessaloniki, weit mehr Studenten, als ursprünglich geplant.

Das Evaluierungssystem wurde 2005 an den griechischen Universitäten formell eingeführt. Für die Gewährung staatlicher Mittel ist eine interne sowie externe Evaluierung der Universitäten,

11 Damit ist Hochschulpersonal gemeint, das an ein bis zwei Tagen in der Woche Unterricht an einer Universität oder TFS erteilt und dann mit subventionierten Tickets wieder nach Hause fliegt.

der Einsatz von Evaluierungsindikatoren, die Einführung des European Credits Transfer Scheme (ECTS) und ein Vierjahresplan zur akademischen Weiterentwicklung erforderlich (Prokou 2010, Zmas 2015).

Ungeachtet der Rückgänge, die seit Beginn der Krise in den Bereichen Forschung, Investitionen, Infrastruktur und Finanzierung der Betriebskosten zu verzeichnen sind, zeigen sich allmählich auch die Auswirkungen der Verbesserungen: Griechische Universitäten verfügen nun über Verfahren der Qualitätssicherung, und die Mehrzahl hat interne und externe Evaluierungen eingeführt. Eine zunehmende Anzahl von Bildungseinrichtungen erstellt auch Vierjahrespläne zur akademischen Weiterentwicklung.

Bei den Studentenvereinigungen besteht noch immer eine „über das vernünftige Maß hinausgehende Beteiligung am politischen Prozess“ (OECD 2011: 77). Dies gefährdet nicht nur die akademische Freiheit, sondern auch die Qualität des Unterrichts und des Lernens an den Hochschulen. Griechische Universitäten stehen noch immer im unteren Bereich der Ranglisten in der Forschung, und die Beschäftigungsaussichten sind mit einer Arbeitslosenquote von fast 20 Prozent die schlechtesten in der ganzen EU. Ein Gesetz aus dem Jahr 2011, das aufgrund von Vorgaben aus dem Rettungspaket verabschiedet wurde, hat zur Zusammenführung von Fachbereichen und zu Änderungen im Universitätsmanagement geführt. Danach sollen sich die Universitäten auf innovative Forschung konzentrieren, mit der eine höhere Qualität der Forschung, mehr internationale Anerkennung und größere finanzielle und administrative Autonomie gegenüber dem Staat erreichbar ist.

4 Das griechische Gesundheitssystem

Das griechische Gesundheitswesen besteht aus drei Säulen: Sozialpflichtversicherungsschutz, nationaler Gesundheitsdienst (ESY) und Zuzahlungen durch die Patienten.¹² Der Privatsektor umfasst gewinnorientierte Krankenhäuser, Diagnostikzentren und unabhängige Praxen. Tabelle 4 beschreibt die Eckpfeiler des Gesundheitssystems.¹³

In der Nachkriegszeit entstanden in Griechenland zahlreiche Sozialversicherungsfonds (SVF), deren Zahl lag 2001 bei über 300. Nach einigen Zusammenschlüssen versorgten im Jahr 2010 vier Fonds 95 Prozent der Bevölkerung. Bis 2018 ist geplant, alle Fonds in einer Institution zusammenzuführen.¹⁴ Das Verhältnis zwischen ESY und den SVFs ist derzeit nicht geregelt, es

12 Bei Medikamenten gibt es in der Regel eine Zuzahlung von 25 Prozent. Es gibt außerdem Gebühren für private nachmittägliche ambulante Kliniktermine. In den vergangenen zwei bis drei Jahren wurden Gebühren für morgendliche ambulante Klinik- und Krankenhaus-einweisungen eingeführt, jedoch wurden beide nach einer öffentlichen Empörungswelle wieder zurückgenommen (siehe Zaracostas 2011 und Doctors of the World 2013a, 2013b zu den Anstiegen bei den Nutzergebühren und zum Zugang zur Gesundheitsversorgung).

13 Dies ist eine vereinfachte und modifizierte Version einer Tabelle, die Jofre-Bonet im Rahmen einer Vortragsreihe im Masterstudien-gang Economic Evaluation in Health Care an der City University London erstellt hat.

14 Die zahllosen Fonds, die mit verschiedenen Berufsgruppen verbunden waren, boten ihren Mitgliedern ein unterschiedliches Maß an Gesundheitsleistungen und Zugang zum Gesundheitswesen (das nicht direkt von der Höhe der Beitragsleistung abhing), was die Ziele der Gerechtigkeit, der Universalität und der sozialen Fairness verletzte. Die von der Regierung gezahlten Zuschüsse für diese Fonds waren unterschiedlich. Erfreulicherweise haben Reformen ab 2010 zu einer Standardisierung der Gesundheitsleistungen für alle Bürger geführt (Economou et al. 2014).

Tabelle 4

Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme

	Private Krankenversicherung	Staatliche Krankenversicherung	Besteuerung
Hauptmerkmale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherung ist freiwillig 2. Beiträge werden vom Einzelnen und/oder seinem Arbeitgeber bezahlt 3. Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Risikostatus 4. Versicherte sind gegebenenfalls profitorientiert oder haben andere Ziele als Profitmaximierung 5. Versicherungsleistungen erfolgen über Kostenerstattungen oder sogenannte Managed-Care-Organisationen (MCOs) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht eine Pflichtversicherung für die gesamte oder Teile der Bevölkerung 2. Beiträge werden in Form einer hypothetischen Lohnsteuer entrichtet 3. Die Zahlungen richten sich nach der Zahlungsfähigkeit, meist in Form eines prozentualen Lohnanteils; sie richten sich nicht nach dem jeweiligen Risiko 4. Zahlungen werden in eine Krankenkasse geleistet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung 2. Beiträge werden in Form von Steuerzahlungen an den Staat geleistet 3. Die Zahlungen richten sich nach der Zahlungsfähigkeit; sie richten sich nicht nach dem jeweiligen Risiko 4. Die Steuern können direkt oder indirekt sein, allgemein oder hypothetisch, regional oder lokal erhoben werden
Länder, in denen dieses System vorherrscht	USA, Schweiz	Frankreich, Deutschland, Luxemburg, Niederlande	Dänemark, Finnland, Irland, Italien, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden, Großbritannien
Regelung der Bezahlbarkeit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nachträgliche Kostenerstattung 2. Selektiver Vertragsabschluss und vertikale Integration zwischen Drittzählern und Anbietern 	Pflichtversicherung, bei der sich die Zahlungen nach der Zahlungsfähigkeit richten	Pflichtversicherung, bei der sich die Zahlungen nach der Zahlungsfähigkeit richten

Quelle: Siehe Fußnote 13.

gibt keinen Plan zur Abgrenzung der Zuständigkeiten. Das ESY ist steuerfinanziert, während sich die SVFs aus Arbeitgeber-, Arbeitnehmerbeiträgen und staatlichen Zuschüssen finanzieren. Dieses Mischsystem hat zu zwei Arten von Ansprüchen geführt: Die eine beruht auf der Staatsbürgerschaft und regelt den Zugang der Patienten zu ambulanten Leistungen, die nur der ESY bereitstellt; die zweite beruht auf dem Beschäftigungsstatus, der den Zugang zu Ärzten, zur Diagnostik und zu stationären Leistungen (zum Beispiel in Krankenhäusern) regelt. Dies bedeutet, dass der Krankenversicherungsschutz weitgehend davon abhängig ist, ob man beschäftigt oder selbständig ist (wobei Ehefrauen und Kinder mitversichert sind). Der starke Rückgang der Beschäftigung in der Wirtschaftskrise, verbunden mit der Tatsache, dass viele Menschen selbständig sind (40,6 Prozent der männlichen und 31,2 Prozent der weiblichen Bevölkerung) bedeutete, dass viele Menschen nach einem Jahr Arbeitslosigkeit keinen Versicherungsschutz mehr hatten. Vor kurzem wurde die maximale Dauer der abgesicherten Arbeitslosigkeit auf zwei Jahre verlängert. Auch das Ende einer selbständigen Tätigkeit und/oder die Einstellung der Zahlungen zur freiwilligen Versicherung führten zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Tabelle 5 zeigt die Aufteilung der unterschiedlichen Finanzierungsquellen für einige OECD-Länder im Jahr 2012. Die privaten Ausgaben für die Gesundheit (einschließlich Privatzahlungen und Zahlungen durch Privatversicherte) betragen in Griechenland 31,8 Prozent, einer der höchsten Werte in Europa, nur übertroffen von Zypern, Bulgarien und Lettland.

Tabelle 5

Gesundheitsausgaben nach Geldgebern, 2012

In Prozent der gegenwärtigen Gesundheitsausgaben

	Staat (ohne Krankenkassen)	Krankenkassen	Private Versicherungen (inklusive privater Krankenkassen)	Private Haushalte (Eigen- finanzierung)	Gemeinnützige Einrichtungen	Gesellschaften (ohne Krankenver- sicherungen)
Belgien	10,9	64,3	4,2	20,4	0,2	0,0
Bulgarien ¹	15,5	38,8	0,4	44,5	0,5	0,4
Tschechien	4,5	79,2	0,2	15,3	0,4	0,3
Dänemark	85,2	0,0	1,8	12,9	0,1	0,0
Deutschland	6,8	70,4	9,6	12,2	0,5	0,5
Estland	10,5	69,1	0,3	18,4	0,0	1,4
Griechenland	28,7	39,3	3,0	28,8	0,1	0,0
Spanien	67,0	4,7	5,8	22,1	0,4	:
Frankreich	3,9	73,8	13,8	7,8	0,0	0,6
Kroatien	2,6	76,9	7,7	12,8	:	:
Zypern	45,7	0,7	4,5	47,2	0,2	1,7
Lettland ²	59,6	0,0	2,5	37,8	0,2	0,0
Litauen	9,0	58,1	0,8	31,8	0,0	0,1
Luxemburg	8,6	74,0	4,6	11,6	1,2	0,0
Ungarn	8,1	53,8	2,7	29,1	2,0	4,2
Niederlande	7,5	78,3	5,5	6,0	1,3	1,5
Österreich	32,6	44,6	4,8	16,7	1,2	0,1
Polen	6,4	63,6	0,8	24,3	1,4	3,6
Portugal ¹	64,2	1,3	4,9	28,9	0,1	0,5
Rumänien	12,1	67,8	0,2	19,5	0,1	0,3
Slowenien ¹	1,8	71,3	13,7	12,2	0,1	1,0
Slowakei ¹	7,2	66,5	0,0	23,6	1,0	1,7
Finnland	59,7	15,1	2,2	19,6	1,0	2,5
Schweden	81,2	:	0,3	17,5	0,2	0,8
Norwegen	73,6	11,4	:	:	:	:
Schweiz	20,3	45,5	7,2	26,0	1,0	:
Australien ¹	68,3	:	8,8	19,4	0,6	2,9
Kanada ¹	68,5	1,4	12,9	15,5	:	1,6
Japan ¹	9,6	72,8	2,5	14,1	:	1,0
Neu Seeland ¹	74,9	7,8	4,8	10,9	1,6	0,0
Südkorea	11,4	44,4	5,8	37,6	0,6	0,1
USA	5,3	43,3	34,8	12,5	3,9	0,2

1 2011.

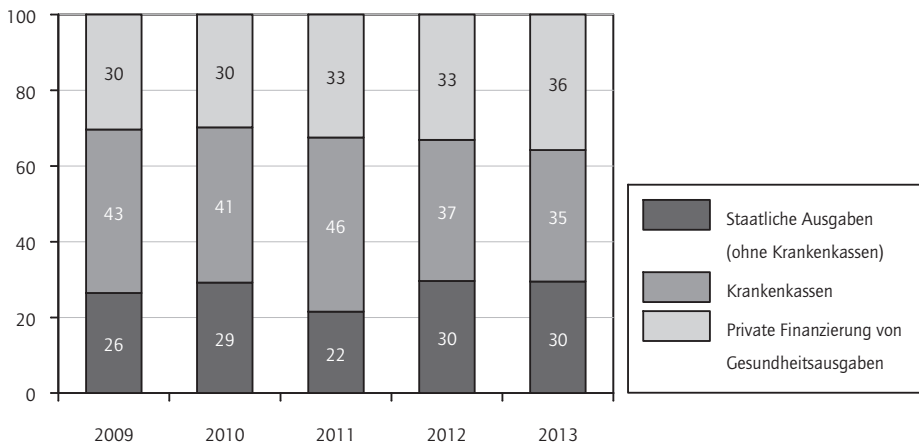
2 2010.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha_hf).

Abbildung 3

Finanzierung der Gesundheitsausgaben

In Prozent



Quelle: Griechische Statistikbehörde (2015).

Abbildung 3 zeigt die Aufteilung der Gesundheitsausgaben in Griechenland auf die drei Bereiche zwischen 2009 und 2013.¹⁵ Während der Anteil der Privatfinanzierung von 30,3 Prozent auf 35,6 der Gesamtausgaben gestiegen ist, hat der Anteil der Sozialversicherungen im selben Zeitraum von 43,1 Prozent auf 34,3 Prozent abgenommen. Abbildung 4 zeigt die Finanzierung durch die öffentliche Hand (staatliche Ausgaben plus Sozialversicherungen) und die private Finanzierung. Insgesamt gingen die Gesundheitsausgaben um 32 Prozent zurück, obwohl der Anteil der privaten Finanzierung zugenommen hat. Die Wirtschaftskrise und der auferlegte Sparkurs haben in Griechenland zu geringerer Verfüg- und Bezahlbarkeit von Gesundheitsleistungen geführt.

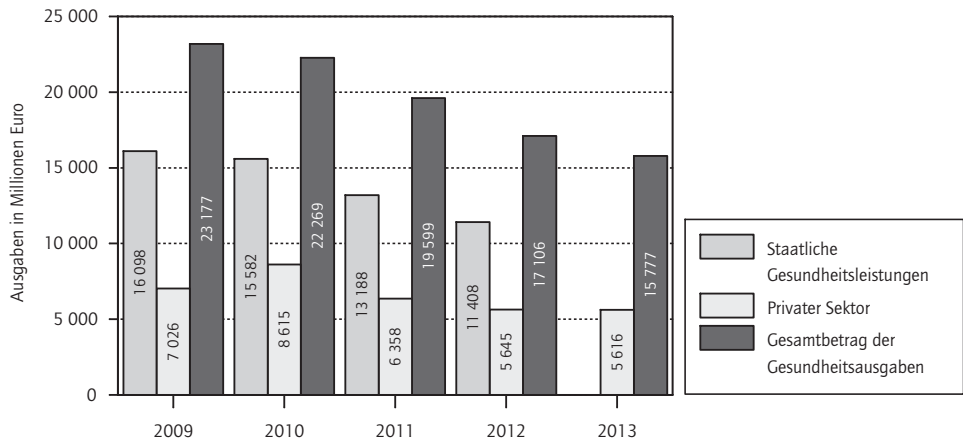
Stellt man in Rechnung, dass Gesundheitsleistungen kostenlos angeboten werden, kann eine übermäßige Inanspruchnahme solcher Leistungen zu Verschwendung führen. Um übermäßige Ausgaben zu vermeiden, kann der Hausarzt im Namen des Patienten eine entsprechende Wahl treffen. Oft bieten Allgemein- und Hausärzte eine Primärversorgung an, während Fachärzte und Krankenhäuser die Sekundärversorgung leisten. In einigen nordeuropäischen Ländern, darunter Großbritannien sowie in Italien, Portugal und Spanien, übernimmt die Primärversorgung die Rolle des „Pförtners“ im Gesundheitssystem. Der Patient darf keinen Facharzt konsultieren, ehe er nicht bei einem Allgemeinmediziner gewesen ist, der auch seine Krankenakte führt.

Da der Hausarzt auch die Interessen des Patienten vertreten soll, kann die Pförtnerfunktion zu einem Interessenkonflikt führen. So agiert der Hausarzt als Vertreter des Patienten, indem er ihn über Behandlungsoptionen, die Wahl eines Facharztes, des Krankenhauses etc. berät. Er ist zugleich der Vertreter des Staates. Dies bedeutet, dass er in seiner Doppelrolle einander

¹⁵ Presseveröffentlichung, Bilanzen des Gesundheitswesens für das Jahr 2013 & Revision der SHA-Daten für die Jahre 2009–2011, Griechische Statistikbehörde (2015). www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2013_01_F_EN.pdf.

Abbildung 4

Gesamtfinanzierung der Gesundheitsausgaben nach Geldgebern



Quelle: Van Stolk et al. (2010), Crowe et. al. 2014.

widersprechende Anreize hat.¹⁶ Interessanterweise ist eine Überweisung durch einen Allgemeinmediziner an einen Facharzt oder ein Krankenhaus auch dann erforderlich, wenn der Patient privatversichert ist. Das liegt daran, dass die privaten Gesundheitsleistungen nicht nur von den rund 200 privaten Krankenhäusern angeboten werden, sondern auch von Abteilungen für Privatversicherte in staatlichen Krankenhäusern.

Das „Pförtner“-System gibt es in Griechenland nicht (auch nicht in Belgien, Frankreich, Deutschland und Luxemburg). Griechische Patienten können in jedes staatliche Krankenhaus für eine Behandlung gehen und haben im Rahmen der Primärversorgung Zugang zu jedem Facharzt, vorausgesetzt, der Arzt ist Vertragspartner der Versicherung des Patienten. Die Bezahlung der Ärzte in der Primärversorgung erfolgt auf der Basis einer „Gebühr pro Leistung“, was zu einer „angebotsinduzierten Nachfrage“ führt (Van Stolk et al. 2010: 18). Ärzte können Informationsasymmetrien nutzen und die Präferenzen des Patienten so beeinflussen, dass sie mehr Leistungen als eigentlich erforderlich abrechnen können. Das führt zu einer Verschwendung von Steuergeldern.

Economou (2010) zeigt, dass wichtige Reformen, die zwischen 2001 und 2004 eingeführt worden sind, nach der Wahl 2004 entweder nicht umgesetzt oder wieder abgeschafft wurden. Die Reformen seit 2010 haben zu einer Standardisierung des Pakets der Gesundheitsleistungen für alle Bürger (Economou et al. 2014b) und so zu mehr Gerechtigkeit geführt. Dies betrifft die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die Krankenhauspflege, mehr Transparenz im Beschaffungswesen, die Möglichkeit von Online-Verschreibungen und die zunehmende Ver-

¹⁶ Siehe Van Stolk et al. (2010) zur Frage der doppelten Vertretung: Es wird von den Anbietern erwartet, dass sie sowohl die Patienten als auch die Geldgeber vertreten. Die Verschiebung der Verantwortung für die Beauftragung von Gesundheitsleistung zu den Allgemeinärzten hat Fragen zu deren Fähigkeit zur Beauftragung, deren Kapazität und deren Anreiz aufgeworfen, im Interesse der Patienten ebenso wie im Interesse des Steuerzahlers ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis sicherzustellen (siehe Crowe et. al. 2014).

wendung von Generika bei Verschreibungen. Die Verbesserungen, die diese Reformen mit sich bringen, hätten allerdings deutlicher ausfallen können. Sie wären auch von den Bürgern besser angenommen worden, hätte man sie in der Wachstumsphase Anfang der 2000er Jahre umgesetzt und nicht in einer Wirtschaftskrise, wo sie als notwendige Nebenwirkung des Sparkurses präsentiert worden sind.

Die Wirtschaftskrise hat auch dazu geführt, dass der Bedarf an medizinischen Leistungen sowohl bei den Arbeitslosen als auch bei den Beschäftigten angestiegen ist (Dubois und Anderson 2013). In der Europäischen Befragung zur Lebensqualität (Quality of Life survey) 2011 gaben die Befragten als Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen Entfernung (45 Prozent der Befragten), Terminverschiebungen (67 Prozent), Wartezeit (66 Prozent) und Kosten (64 Prozent) an. Zwischen 2007 und 2011 stiegen außerdem die Meldungen über nicht erfüllte medizinische Bedarfe um 50 Prozent an. Eine Studie von Karamitri et al. (2013) analysiert, wie medizinische Fachkräfte den Zugang zu Gesundheitsleistungen für benachteiligte Menschen beurteilen. Ärzte berichten über bürokratische Verfahren, keine Erläuterung zu den Zugangsverfahren und zur verwendeten medizinischen Fachsprache sowie die fehlende Verbindung zwischen Primär- und Sekundärversorgung. Das europäische Projekt Thales ist ein Beispiel für den Versuch, Zugangsbarrieren zu beseitigen. Im Rahmen des Projektes werden eine Webseite und Informationsanlaufstellen in Großstädten eingerichtet. In mehreren Sprachen werden Informationen über den Zugang zu staatlich finanzierten Leistungen, die Rechte von Migranten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, Zuzahlungen und die Erkennung von Symptomen bei ansteckenden Krankheiten angeboten.

Das Fehlen einer Regulierungsinstanz in Griechenland führt dazu, dass es keine Kontrolle hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsleistungen gibt. Es fehlt die institutionelle Aufsicht über die Versicherungen, so dass es vergleichsweise leicht zu Korruption und Vetternwirtschaft kommen kann. Die Höhe der Erstattungen und die an die Anbieter gezahlten Preise werden zentral durch die Regierung bestimmt. Ein großer Teil des Privatsektors schließt Verträge mit den Sozialversicherungen ab und bietet vor allem Primärversorgung an. Im Jahr 2011 zog die Regierung kurzzeitig in Betracht, PODY (vormals EOPYY), den Anbieter der Primärversorgung, in eine reine Beschaffungsstelle umzuwandeln, die Gesundheitsdienstleistungen bei Anbietern in Auftrag gibt. Das bleibt solange unrealistisch, bis das gesamte System einer unabhängigen Regulierungs- und Aufsichtsinstanz unterstellt werden kann, die mittels einer unabhängigen Agentur Transparenz bei der Beschaffung herstellt.

Des Weiteren fehlen geeignete Anreize für Ärzte. Bezahlungen auf der Grundlage einer Gebühr pro Leistung schaffen Fehlanreize, die übermäßige Ausgaben statt Sparsamkeit fördern. Krankenhausärzte erhalten ein bescheidenes Gehalt. Wegen der fehlenden Evaluierung gibt es auch kein transparentes System der Beförderung. Als Folge davon betreiben manche Ärzte auch noch eine Privatpraxis, während andere Schmiergeldzahlungen von Patienten und deren Angehörigen annehmen, die sich davon kürzere Wartezeiten und/oder eine hochwertigere Behandlung versprechen.

5 **Schlussfolgerungen**

Die Probleme bei der Finanzierung des Gesundheits- und Bildungswesens werden durch mangelnde Kohärenz und Kontinuität vergrößert: Bereits vor der Wirtschaftskrise gab es in Griechenland viele Bildungs- und Gesundheitsminister, deren Amtszeit im Durchschnitt nur wenige Monate betrug. Das bedeutet, dass keiner dieser Minister jemals die Zeit hatte, eine kohärente Politik zu entwerfen, für sie einzutreten und sie dann umzusetzen. Der ständige Wechsel an der Spitze des zuständigen Ministeriums hat sich seit 2008 noch beschleunigt. Die Aushandlung der drei Rettungspakete führte zu einer politischen Krise im Land, bei der keine der Parteien die reguläre Legislaturperiode von vier Jahren im Amt blieb. Spätestens nach zwei Jahren wurden die jeweiligen Regierungsparteien gestürzt. Zusätzlich zu dem häufigen Wechsel der Minister für Bildung und Gesundheit während der Amtszeit wurde bei jedem neuen Amtsantritt die komplette Ministerriege ausgetauscht. Dies hat die Defizite bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Reformen noch verstärkt. Zahlreiche Gesetze sind beschlossen worden, ohne genügend durchdacht zu sein und ohne dass die Betroffenen gehört wurden, nur um dann von der Nachfolgerregierung wieder zurückgenommen oder gar nicht erst umgesetzt zu werden. Ausgenommen waren jene Gesetze, die für den Erhalt von Geldern aus den Rettungspaketen unabdingbar waren. Abgesehen davon besteht eine fortwährende Diskrepanz zwischen der Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen im Gesundheits- und Bildungssektor. Der Staat kontrolliert die gesamte Wirtschaftstätigkeit in diesen Sektoren. Alle Versuche einer Reform, Evaluierung oder Verbesserung sind bisher entweder auf Widerstände gestoßen oder im System stecken geblieben.

Nur ein Paradigmenwechsel kann das Vertrauen der Bürger zurückgewinnen. Das Land benötigt sowohl im Bildungs- als auch im Gesundheitssektor eine unabhängige Regulierung mit einer Regulierungsinstanz, die nur dem Parlament und nicht der Regierung rechenschaftspflichtig ist. Eine Gruppe von ausgewiesenen Gesundheitsexperten, Ökonomen, Managern aus dem Gesundheitswesen und von Bildungsexperten sollte für die Kontrolle der Sektoren verantwortlich sein, die Umsetzung politischer Maßnahmen beaufsichtigen, Kontinuität sicherstellen und das System evaluieren, um die Interessen der gegenwärtigen und künftigen Nutzer zu schützen. Dies wäre eine ähnliche Regulierung wie in den Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge in der übrigen EU.

Reformen müssen kohärent und von Verantwortlichkeit geprägt sein. Sie müssen zudem mit einem strategischen Plan versehen sein, der klar Nutzen und Risiken benennt. Das Gesamtsystem sollte ein Evaluierungssystem mit eindeutigen Regeln und Anreizen in Form von Belohnungen und Bestrafungen beinhalten. Die Ängste und Sorgen der Bürger müssen gehört werden. Reformen müssen so einfach erklärt werden, dass die Bürger erkennen können, warum bestimmte Schritte notwendig sind. Schließlich muss die Regulierungsinstanz unabhängig und abgekoppelt von staatlichen Stellen agieren, damit sie die Widerstände durch Interessengruppen bei der Umsetzung von Reformen überwinden kann.

Literaturverzeichnis

- BMJ (2011): 342:d200. www.bmj.com/content/342/bmj.d200 (aufgerufen: 19. Oktober 2015).
- Bologna Declaration (1999): The European higher education area. Bologna, 19. Juni.

- Crowe, D., T. Gash und H. Kippin (2014): Beyond big contracts. London, Institute for Government.
- Dassiou, X., P. Langham, C. Nancarrow, A. Scharaschkin und D. Ward (2015): Public service markets; their economics, institutional oversight and regulation. Palgrave Communications (im Erscheinen).
- Dassiou, X., P. Langham, C. Nancarrow, A. Scharaschkin und D. Ward (2016): New development: exploring public service markets. Public Money & Management, CIPFA (im Erscheinen).
- Doctors of the World (2013a): Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia: An overview of the situation of people excluded from healthcare systems.
- Doctors of the World (2013b): Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012. www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201302/20130208ATT60776/20130208ATT60776EN.pdf
- Dubois, H. und H. Anderson (2013): Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Economou, C. (2010): Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 12 (7), 1–180.
- Economou, C., D. Kaitelidou, D. Katsikas, O. Siskou und M. Zafiropoulou (2014a): Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Social Cohesion and Development, 9 (2), 99–115.
- Economou, C., D. Kaitelidou, A. Kentikelenis, A. Sissouras und A. Maresso (2014b): The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. World Health Organization for the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Griechische Statistikbehörde (2015): System of health accounts (SHA) of year 2013 & revision of SHA data of years 2009–2012. www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2013_01_F_EN.pdf (17. Juli 2015).
- Griffiths, A. und S. Wall (2000): Intermediate microeconomics: theory and applications. 2. Aufl. Essex, Pearson Education Limited.
- Hanushek, E. A. und L. Wößmann (2006): Does educational tracking affect performance and inequality? Differences-in-differences evidence across countries. The Economic Journal, 116, C63–C76.
- Karamanoli, E. (2011): Debt crisis strains Greece’s ailing health system. Lancet, 378, 303–304.
- Karamitri, I., T. Bellali, P. Galanis und D. Kaitelidou (2013): The Accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: a Delphi study on the perceptions of health professionals. The International Journal of Health Planning and Management, 28, 35–47.
- Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. P. Mackenbach und M. McKee (2013): Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet, 381 (9784), 1323–1331.
- Kentikelenis, A., M. Karanikolos, I. Papanicolas, S. Basu, M. McKee und D. Stuckler (2011): Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet, 378, 1457–1458.
- Kentikelenis, A., M. Karanikolos, A. Reeves, M. McKee und D. Stuckler (2014): Greece’s health crisis: from austerity to denialism. The Lancet, 383 (9918), 748–753.
- Kentikelenis, A. und I. Papanicolas (2012): Economic crisis, austerity and the Greek public health system. European Journal of Public Health, 22, 4–5.

- Mattheou, D. (2004): Marketing a new institutional identity for the University in Europe. The Bologna Process and the national context. In: E. Bulk-Berge, S. Holm-Larsen und S. Wiborg (Hrsg.): Education across borders- comparative studies. Oslo, Didakta, 57–72.
- Musselin, C. (2010): Universities and pricing on higher education markets. In: D. Mattheou (Hrsg.): Changing Educational Landscapes. Chapter 4, 75–90.
- OECD (2011): Education policy advice for Greece; strong reformers and successful reformers in education. OECD publishing.
- Papapolydorou, M. (2010): Educational Inequalities in Greece, Sweden and the United Kingdom: A Comparative Analysis of the Origins. In: D. Mattheou (Hrsg.): Changing Educational Landscapes. Chapter 7, 119–133.
- Pickles, M. (2015): Greek tragedy for education opportunities. BBC News, September 30. www.bbc.com/news/business-34384671 (aufgerufen: 2. Dezember 2015).
- Prokou, E. (2010): University reform in Greece: a shift from intrinsic to extrinsic values. In: D. Mattheou (Hrsg.): Changing Educational Landscapes. Chapter 3, 59–74.
- Stratis, A. (2014): Impact of the financial crisis on Greek Higher Education. www.iu.qs.com/2014/02/impact-of-the-financial-crisis-on-greek-higher-education/ (aufgerufen: 7. Oktober 2015).
- Van Stolk, C., G. Bjornsson und S. Goshev (2010): Provider incentives in social protection and health. Rand Europe: Working Paper WR-799-WB.
- Xochellis, P. und A. Kesidou (2007): Greece. In: W. Hörner, H. Döbert, B. Von Korp und W. Mitter (Hrsg.): The Education Systems of Europe, 326–340.
- Zaracostas, J. (2011): Rise in user fees in Greece could reduce access to healthcare, charity warns. BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition; 1/15/2011), 342 (7789), 130.
- Zmas, A. (2015): Financial crisis and higher education policies in Greece: between intra and super national pressures. Higher Education, 69, 495–508.