

Gesundheitsreformen in Südeuropa während der Eurokrise – ein Vier-Ländervergleich

Von der derzeitigen Eurokrise wurden die Länder Südeuropas am schwersten und dauerhaftesten getroffen. Die Troika und andere Akteure drängten auf eine Reihe von Struktur-reformen, die neben schmerzhaften Veränderungen in anderen Bereichen auch das Gesundheitswesen betreffen. Der vorliegende Beitrag untersucht die Kürzungen der Gesundheitsausgaben in Italien, Spanien, Portugal und Griechenland und geht der Frage nach, wie sich die austeritätsbedingten Reformen auf den (allgemeinen) Zugang zu den Gesundheitsdiensten und deren Qualität ausgewirkt haben. Im Anschluss hieran werden die voraussichtlichen Folgen für das allgemeine Gesundheitsniveau in den betrachteten Ländern untersucht.¹

MARIA PETMESIDOU, EMMANUELE PAVOLINI, ANA M. GUILLÉN

1. Einleitung

Dieser Beitrag befasst sich mit den krisen- und sparkursbedingten Gesundheitsreformen in Südeuropa. Gestützt auf Befunde aus der verfügbaren akademischen Literatur zum Thema Sozialkürzungen (Pierson 1994; Hacker 2004; Streeck/Thelen 2005) werden die in Italien, Spanien, Portugal und Griechenland während der Eurokrise durchgeführten Gesundheitsreformen eingehend beleuchtet. Untersuchungsleitend sind hierbei die folgenden Fragen: Zielt die Politik auf eine „Rekalibrierung“ des Systems ab und welche Strategien werden gegebenenfalls verfolgt? Sind Sozialkürzungen (beziehungsweise ein allgemeiner Abbau öffentlicher Versorgungsleistungen) als konjunktureller Effekt der schwierigen Finanzlage südeuropäischer Staaten zu werten? Gibt es Hinweise auf eine „institutionelle Drift“, die Teile der Grundversorgung allmählich austrocknen lässt? Wie wahrscheinlich ist ein dauerhafter Rückzug des Staates aus weiten Teilen des Gesundheitswesens? Selbstverständlich lassen sich die bleibenden Auswirkungen von Reformen erst nach längerer Zeit beurteilen. Da die Krise jedoch die Bedeutung des Gesundheitswesens in allen vier Ländern gesteigert und deren Reform auf der politischen Tagesordnung nach oben gerückt hat, lassen sich wesentliche Reformansätze bereits erkennen und machen eine vorläufige Beurteilung von Stoßrichtung und Umfang der Veränderungen in den südeuropäischen Gesundheitssystemen möglich.

Die Ausführungen beginnen mit einem kurzen Überblick über die Gesundheitssysteme Italiens, Spaniens, Portugals und Griechenlands in den Jahren vor der Eurokrise. Dazu gehen wir zunächst der spezifischen Entwicklung und den gemeinsamen Problemen dieser Systeme nach und stellen die je spezifischen Errungenschaften und Dilemmata heraus (Abschnitt 2). Im Anschluss hieran wird das Ausmaß der finanziellen Einschnitte seit Ausbruch der Krise im Ländervergleich dargestellt (3). Der folgende Abschnitt versucht, die Richtung der Veränderungen genauer zu bestimmen (4). Schließlich diskutierten wir die sich abzeichnenden bzw. zu erwartenden Auswirkungen der austeritätsgetriebenen Reformen auf die aktuelle und künftige Gesundheitslage der Bevölkerung (5). Der Beitrag schließt mit Überlegungen zur Zukunft der Gesundheitsversorgung in Südeuropa (6). ▶

1 Dieser Beitrag ist eine ins Deutsche übersetzte und überarbeitete Kurzfassung von Petmesidou et al. (2014). Die Arbeiten zu diesem Beitrag wurden mit Mitteln des spanischen Plan Nacional de Investigación gefördert (Projekt CABISE – Reassessing Welfare Capitalism in South Europe – CSO 2012-33976). Übersetzung aus dem Englischen von Lisa Eskuche.

2. Die Lage der südeuropäischen Gesundheitssysteme vor Ausbruch der Krise

Eine Gemeinsamkeit Italiens, Spaniens, Portugals und Griechenlands besteht in der Einführung eines staatlichen Gesundheitssystems in den späten 1970er oder zu Beginn der 1980er Jahre. Der Übergang von einem Krankenversicherungssystem zu einem nationalen Gesundheitsdienst vollzog sich jedoch unterschiedlich schnell und führte keineswegs zu einheitlichen Absicherungsniveaus (Guillén 2002; Petmesidou/Guillén 2008; Petmesidou 2013). Besonders in Griechenland (aber auch in Portugal) blieb das Gesundheitswesen fragmentiert (Davaki/Mossialos 2006; Barros et al. 2011). Spanien und Italien dagegen gelang der Aufbau progressiverer, auf universalistischen Prinzipien fußender Systeme. In den zwei letztgenannten Ländern hat zudem ein Übergang von einer zentralistischen zu einer regionalen Organisationsstruktur die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes begleitet (Pavolini/Guillén 2013).

In Griechenland hielt sich bis jüngst ein gemischtes System, sowohl hinsichtlich der Finanzierung als auch im Hinblick auf den Leistungsumfang: Das bestehende berufsbezogene Krankenversicherungssystem wurde mit einem nationalen Gesundheitsdienst kombiniert; bis zum Vorabend der Krise gewann zudem die private Versorgung zunehmend an Bedeutung. Ähnlich in Portugal: Der 1979 als weitgehend steuerfinanziertes, universelles System ins Leben gerufene nationale Gesundheitsdienst wurde durch Subsysteme in Gestalt öffentlicher und privater Krankenversicherungen ergänzt, die etwa ein Viertel der Bevölkerung umfassen (hauptsächlich Staatsbedienstete, zum Teil aber auch Beschäftigte der Privatwirtschaft). 1993 wurde die Verwaltung des portugiesischen Gesundheitswesens

erstmalig auf eine regionale Struktur umgestellt. 2003 folgte eine weitere Reform im Zusammenhang mit einer tiefgreifenden Umgestaltung, bei der Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung voneinander getrennt wurden. In Griechenland wiederum wurden Anfang der 2000er Jahre regionale Gesundheitsbehörden geschaffen; ein neues Finanzierungs- und Governance-Modell ließ jedoch bis in die allerjüngste Zeit auf sich warten.

Die Gesundheitsausgaben der vier Länder betrugen während der zweiten Hälfte der 2000er Jahre nahezu ununterbrochen 9 bis 10 % des Bruttoinlandproduktes (BIP), wobei der private Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben 2010 in Griechenland (mit rund 4 % des BIP) und Portugal (mit 3 %) am höchsten lag und in Italien und Spanien (mit rund 2 %) am niedrigsten war. Unter privaten Gesundheitsausgaben sind in allen vier Ländern die Eigenanteile an der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu verstehen; private Krankenversicherungen spielen eine untergeordnete Rolle: 2008 entfielen nur 1 bis 8 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf Privatversicherungen (Tabelle 1).

Von 2000 bis 2008 kletterten die Gesundheitsausgaben in Griechenland und Spanien steil in die Höhe: Sowohl die Gesamtausgaben als auch der staatliche Anteil wuchsen um das Doppelte der EU-15-Steigerungsrate. In Italien und Portugal verlief der Anstieg dagegen langsamer als im übrigen Westeuropa.

Das Bild ändert sich jedoch, wenn man anstelle der Steigerungsraten die absolute Höhe der Ausgaben betrachtet (OECD 2012). In der zweiten Hälfte der 2000er Jahre lagen die Gesundheitsausgaben pro Kopf (in Kaufkraftparitäten) in allen vier Ländern dicht am EU-27-Durchschnitt (ebd., S. 121). Die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben blieben dagegen hinter dem Mittel zurück, insbesondere im Vergleich zur EU-15: Italien und Spanien wendeten rund 83 bis 85 % der durchschnittlichen Ausgaben der EU-15 auf, Portugal und

TABELLE 1

Durchschnittliche jährliche Veränderungsrate und prozentuale Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben

Angaben in Prozent

	Durchschnittliche jährliche Veränderungsrate, 2000–2008* (effektiv)			Prozentuale Zusammensetzung der Gesamtgesundheitsausgaben (2008/2012)		
	Gesamte Gesundheitsausgaben	Öffentliche Gesundheitsausgaben	Arzneimittelausgaben	Öffentliche Ausgaben	Privatausgaben (Eigenanteile)	Privatversicherungen
Griechenland	6,9	6,9	9,9	65/68	34/30	1/2
Italien	2,3	3,4	-0,8	79/78	20/20	1/2
Portugal	2,2	2	2,3	65/63	27/32	8/5
Spanien	6	6,2	1,5	73/74	20/20	7/6
EU-15	3,7	3,8	–	–	–	–

* Arzneimittelausgaben: 2000–2009.

Quelle: OECD Health Statistics, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en; WHO-Gesundheitsstatistiken, <http://apps.who.int/gho/data/>.

WSI Mitteilungen

Griechenland etwa 65 %. Insgesamt war in der Zeit vor der Krise eine steigende Tendenz zu beobachten; Italien und Spanien unterschieden sich jedoch von Griechenland und Portugal in Bezug auf den Umfang der Maßnahmen zur Kostenbegrenzung im öffentlichen Gesundheitswesen.

Diese Unterschiede drücken sich auch in den Organisationsstrukturen aus. Im Gegensatz zu Italien und Spanien führte die Entwicklung in Griechenland und Portugal nicht zur Entstehung eines vertikal integrierten Gesundheitssystems. In der Primärversorgung und der fachärztlichen Sekundärversorgung besteht nach wie vor ein Mischsystem aus staatlicher und privater Zuständigkeit; die Leistungen werden teils von der öffentlichen Krankenversicherung, teils von privatwirtschaftlichen Anbietern erbracht. Die staatlichen Gesundheitszentren nehmen in Portugal einen höheren Anteil der Primärversorgung wahr als in Griechenland, die Überweisungssysteme sind dagegen in beiden Ländern weiterhin unzureichend. Die Ärztedichte ist in beiden Ländern relativ hoch, von einer lückenlosen Gesundheitsversorgung kann jedoch nicht gesprochen werden.

3. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben während der Krise: von Deckelungen zu einschneidenden Kürzungen

Die Kostensenkungsmaßnahmen im Verlauf der Krise variieren in den einzelnen Ländern und verschiedenen Gesundheitsbereichen und reichen vom Einfrieren bestehender Ausgaben bis zu drastischen Einschnitten in die Gesundheitsversorgung. *Tabelle 2* zeigt die (effektive) jährliche Schrumpfungsraten der öffentlichen Gesundheitsaus-

gaben im Zeitraum zwischen 2009 und 2012 sowie die Höhe der staatlichen Pro-Kopf-Ausgaben zu Beginn der Krise und im Jahr 2012. In Griechenland löste die Krise einen dramatischen Rückgang aus (durchschnittlich um –11,8 % pro Jahr). Portugal und Spanien folgen mit jährlichen Schrumpfungsraten von –7,9 % beziehungsweise –4,3 %, während der Rückgang in Italien vergleichsweise gering ausfiel (–2,4 %).

Am höchsten war die durchschnittliche jährliche Schrumpfungsraten in Griechenland, gefolgt von Portugal. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf stiegen von 2000 bis 2009, sanken aber anschließend wieder. Die Entwicklung ergibt somit für alle Länder eine Glockenkurve. In Griechenland und Portugal wird sich der Rückgang nach Maßgabe der mit den Kreditgebern unterzeichneten Memoranda of Understanding auch 2014 fortsetzen. Die öffentlichen Gesamtgesundheitsausgaben in Portugal sanken, zu heutigen Preisen, im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 von 11,6 auf 8,3 Mrd. €. In Griechenland lagen die Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen 2009 bei rund 16 Mrd. €. Dieser Betrag wurde in den drei Folgejahren um ein Drittel gekürzt, weitere Einsparungen in Höhe von schätzungsweise 1,2 Mrd. € sind für 2013 und 2014 geplant (hauptsächlich durch Kürzung der Arzneimittelausgaben). Insgesamt lautet die Zielvorgabe, die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf oder unter 6 % des BIP zu senken. Dieses ist allerdings seit Anbruch der Krise um ein Viertel geschrumpft.

In Italien liegt das Hauptproblem in der quantitativen und qualitativen Unterschiedlichkeit der Gesundheitsleistungen je nach Region, was landesweite Durchschnittswerte sinnlos macht. Die dortige Gesundheitspolitik zielte im letzten Jahrzehnt eindeutig auf Kostenbegrenzung ab, aber auch auf Verbesserung des ineffizienten Managements und auf Bekämpfung der korrupten Praktiken, die in den meisten regionalen Gesundheitsdiensten Süditaliens ver-

TABELLE 2

Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben, 2009–2012/2000–2012

	Durchschnittliche effektive jährliche Veränderungsrate der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf* (in Prozent)	Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US\$-Kaufkraftparität zu konstanten Preisen von 2005)		
	2009–2012	2000	2009	2012
Griechenland	–11,8	949	1.779	1.316
Italien	–2,4**	1.562	1.957	1.842**
Portugal	–7,9	1.255	1.488	1.248
Spanien	–4,3***	1.255	1.864	1.791***
EU-15	–	1.720	2.414	2.354***

*Berechnungen der Autoren auf Basis nationaler Währungseinheiten nach Maßgabe des Verbraucherpreisindizes von 2005; ** Daten von 2013; *** Daten von 2011.

Quelle: OECD Health Statistics, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en.

TABELLE 3

Entwicklung der privaten Pro-Kopf-Ausgaben, 2003–2012

Angaben in US\$-Kaufkraftparität zu konstanten Preisen*

	2003	2008	2009	2012
Griechenland	k.A.	1.010,2	781,5	557,1
Italien	487,4	467,0	444,6	436,0**
Portugal	478,8	609,1	601,7	630,8
Spanien	493,9	509,8	488,3	517,8***
EU-15	-	531,2	509,0	508,3**

*Berechnungen der Autoren auf Basis nationaler Geldeinheiten nach Maßgabe des Verbraucherpreisindizes von 2005;
Wert für 2013; * Wert für 2011.

Quelle: OECD Health Statistics, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en.

WSI Mitteilungen

breitet sind. Für 2014 wurde ein verstärkter Rückgang der öffentlichen Gesundheitsausgaben erwartet: Das „Finanzgesetz“ von 2011 sah – als wichtigstes landesweites Regelwerk zur Allokation öffentlicher Ressourcen – Kürzungen in Höhe von rund 8 Mrd. € für den Zeitraum von 2012 bis 2014 vor (2012 flossen aus staatlichen Mitteln rund 108 Mrd. € in die Finanzierung des Gesundheitsdienstes). Nachdem die geplanten Kostensenkungen jedoch durch das „Finanzgesetz“ von 2013 eingefroren wurden, ist die weitere Entwicklung ungewiss.

In Spanien beschleunigte sich ab 2011 der bis dahin moderate Rückgang der Gesundheitsausgaben; die derzeitige Regierung veranschlagt die Einsparungen im Zeitraum von 2009 bis 2014 auf 11 Mrd. € (siehe das Zitat aus dem an Brüssel übermittelten Haushaltsplan für 2014 und 2015 in El Economista 2013). 2009 betrug das Gesamtbudget des spanischen Gesundheitsdienstes 70,3 Mrd. €; eine Reduzierung um 11 Mrd. entspräche also einer – nicht gerade unerheblichen – Kürzung um 15,6 %. Nach Aussagen der Regierung entfällt ein erheblicher Teil dieser Kostensenkungen jedoch auf Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben.

Der Rückgang der staatlichen Ausgaben wurde nur in äußerst geringem Umfang durch private Ausgaben kompensiert (Tabelle 3). Zwischen 2008/09 und 2012 war bei den Pro-Kopf-Direktzahlungen der Patienten in Griechenland ein starker Einbruch zu verzeichnen und in Italien ein leichter Rückgang. In Portugal und Spanien sanken die Gesundheitsausgaben aus Eigenmitteln der Patienten in den Anfangsjahren der Krise, nahmen aber im Zeitraum zwischen 2009 und 2011/2012 wieder zu.

Betrachtet man die Daten der nationalen Verbrauchsstichproben privater Haushalte für Griechenland, Italien und Spanien, stechen gewisse Ergebnisse aufgrund ihrer Aussagekraft als Indikatoren der Ungleichheit bei der medizinischen Versorgung hervor. In Griechenland ist der Median der äquivalenten privaten Gesundheitsausgaben der drei untersten Einkommensquintile (zu konstanten Preisen von 2009) im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 kontinuierlich gesunken. Im obersten Fünftel war 2009 ein

leichter Einbruch zu beobachten, gefolgt von einem Anstieg im Jahr 2010 (in diesem Jahr reichte die Spannweite der äquivalenten privaten Gesundheitsausgaben [Median] von knapp über 600 € im untersten und knapp über 1.000 € im mittleren Quintil bis hin zu 3.500 € im obersten Fünftel) (Petmesidou et al. 2013). Angesichts der dramatischen Verringerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben deuten diese Ergebnisse auf eine wachsende Versorgungskluft zwischen den unteren und mittleren Einkommensgruppen auf der einen Seite und den Besserverdienenden auf der anderen Seite hin.

In Italien verringerte sich der Median der privaten Gesundheitsausgaben von 2007 bis 2012 um 11,7 %.² Die Ausgaben für medizinischen Bedarf wurden in allen Haushaltstypen eingeschränkt, besonders stark aber in Haushalten, deren Vorstand selbstständig erwerbstätig (–23,3 %) oder als Arbeiter beschäftigt war (–21,3 %). Lediglich bei den Rentnerhaushalten war ein leichter Anstieg der Arzneimittelausgaben zu verzeichnen (+1,7 %) – vermutlich infolge der Einführung einer neuen Zuzahlung auf medizinische Güter, die für diesen Personenkreis unverzichtbar sind.

Auch in Spanien nahmen in den Jahren von 2008 bis 2011 die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der einkommensschwächsten Bevölkerungsteile und der Mittelschicht am deutlichsten ab: In der Gruppe mit einem (regelmäßigen) monatlichen Nettoeinkommen von bis zu 990 € betrug der Rückgang im Jahresdurchschnitt 8,8 %, in der Mitte der Einkommenspyramide, d. h. bei den Haushalten mit einem Monatseinkommen von 2.000 bis 2.999 € betrug er 2,4 %.³ Seit Beginn der Krise ist jedoch auch bei den Höherverdienenden eine Abnahme zu verzeichnen. Überdies stellen die Verfasser des jüngsten FOESSA-Cáritas-Berichtes (Fundación FOESSA 2014) fest, dass sich aufgrund des schwindelerregenden Anstiegs absoluter Armut und sozialer Ausgrenzung die Anzahl der Haushalte, die sich Arzneimittel nicht leisten können, seit 2007 verdreifacht hat.

Zusammengefasst: Die Krise löste in Griechenland eine dramatische Kürzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben aus; in Portugal fiel der Rückgang nicht ganz so dramatisch, aber erheblich aus, in Spanien spürbar, in Italien dagegen vergleichsweise moderat (wobei die geplanten Sparmaßnahmen, falls sie in den nächsten Jahren umgesetzt werden, auch hier zu einem verstärkten Rückgang führen dürften). Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich in allen vier Ländern eine doppelt negative Entwicklung bemerkbar macht, wenn auch in unterschiedlichem Grade: Durch den Abbau der finanziellen Zuständigkeit des Staates

2 Eigene Ableitung aus Mikrodaten des italienischen Statistikamtes Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) zu den Verbrauchsausgaben der Haushalte für 2007 und 2012.

3 Diese Angabe beruht auf Daten der „Encuesta de Presupuestos Familiares 2007–2010“.

für die medizinische Versorgung wird ein erheblicher Kostenanteil auf die Privathaushalte verlagert. Die privaten Gesundheitsausgaben sind jedoch infolge der Krise stark unter Druck geraten. Das trifft überproportional die unteren und mittleren Einkommensgruppen, die eine erhebliche Einschränkung ihrer medizinischen Versorgung hinnehmen mussten. Wie wir im Folgenden sehen werden, hat dies ernsthafte Konsequenzen für die Gesundheitslage weiter Bevölkerungskreise.

4. Wohin führen die Gesundheitsreformen?

Übersicht 1 fasst die wichtigsten Änderungen danach zusammen, ob Kosten auf die Patienten verlagert werden, ob Kosteneinsparungen durch Umstellungen unterschiedlicher Art in der Organisation oder der Leitung des Gesundheitssystems angestrebt werden und/oder ob Personalkosten eingespart werden sollen.

Wie Spalte B zeigt, wurden in allen vier Ländern mehr oder weniger weitreichende Maßnahmen zur Ausgabenkürzung und zur Verbesserung der längerfristigen finanziellen Tragbarkeit des Gesundheitsdienstes ergriffen. Hierbei handelt es sich um unterschiedlich starke Eingriffe in die

Steuerung und Koordination des Gesundheitsdienstes, Schritte zur Verkleinerung des Krankenhausbereichs sowie Maßnahmen zur Effizienzsteigerung (gemessen anhand physischer/finanzieller Inputs und spezifischer Ergebnisse wie Krankenhausentlassungen, Anzahl der Pflge tage, stationäre/ambulante Behandlungen usw.). Aus der Übersicht 1 lässt sich zudem eine stark angespannte Personallage ablesen.

In den Ländern, die finanzielle Hilfspakete in Anspruch genommen haben (sowie in Italien), waren die Bemühungen um Kostenbegrenzung von einer zunehmenden Kostenverlagerung auf die Patienten begleitet – in Form von steigenden Gebühren und Eigenbeteiligungen sowie durch Überprüfung und Einschränkung des öffentlichen Leistungsangebots. In Griechenland fiel der Rückgang der staatlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf mit Abstand am höchsten aus (2009 bis 2012 effektiv über 30 %, Einzelheiten siehe Tabelle 2 oben).

Berücksichtigt man zudem, dass infolge der politischen Reaktionen auf die Krise in den südeuropäischen Ländern wachsende Personenkreise vom Zugang zu den Gesundheitsdiensten ausgeschlossen wurden – zum Teil als implizite Folge von Rationierungsmaßnahmen, zum Teil aber auch als gewolltes Ergebnis politischer Entscheidungen –, verdüstert sich der Ausblick in Bezug auf Zugang, Chancengleichheit und Fairness erheblich. Aufgrund bewusster politischer Entscheidungen erreichte zum Beispiel in Griechenland (nach jüngsten Daten des Nationalen Trägers ▶

ÜBERSICHT 1

Die gesundheitspolitischen Veränderungen im Überblick

	Kostenverlagerung auf die Patienten (Auswirkungen auf Zugang und Chancengleichheit)			Anstreben von Kosteneinsparungen durch Umstellungen in Steuerung und Koordination (Auswirkungen hauptsächlich auf Effizienz und Nachhaltigkeit)						Senkung der Personalkosten (Auswirkungen auf Qualität)	
	(A)			(B)						(C)	
	Zuzahlungen	Kürzungen des Leistungsangebots	Eindämmung der Medikamentenausgaben (obligatorische INN-Verschreibung usw.)	Preisregulierung der Pharmamärkte /Kassenrabbat/ Ausgabenbegrenzung	Straffere Kontrolle in der Beschaffung	Integration von Primär- u. Sekundärversorgung	Computergestützte Diagnose/ klinische Protokolle/Computer-gestützte Verordnung/DRG	Umorganisation/Verschlan- kung von Krankenhäusern	Preisregulierung vertraglich vereinbarter Dienstleistungen	Stellenabbau	Einfrierung /Kürzung von Löhnen und Gehältern
Griechenland	++	++	++*	++	+	+	++	++	++	++	++
Portugal	++	+	+	++	+	+	++	+(+)	++	+	+(+)
Italien	+(+)	++	+(+)	++	+	= / +	+	+	++	+	+(+)
Spanien	+	+	+	+	=	=	=	+(in einigen Regionen)	=	=	+(+)

=unverändert; + erhebliche Veränderungen; +(+) recht erhebliche Veränderungen; ++ sehr erhebliche Veränderungen. *Patienten, die die Originalpräparate einnehmen, müssen die Preisdifferenz zwischen diesen und dem preisgünstigsten Generikum selbst tragen (zusätzlich zu einer Zuzahlung in Höhe von 25 %). Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass „unter-der-Hand-Zahlungen“ in Griechenland weit verbreitet sind – im Gegensatz hierzu sind inoffizielle Zuzahlungen in Portugal und Spanien nahezu unbekannt; auch in Italien sind sie kein allzu verbreitetes Phänomen (HCP 2013, S. 72-73).

**Hauptsächlich bedingt durch lange Wartelisten und Bettenabbau.

Quelle: Zusammenstellung der Autoren.

TABELLE 4

Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 2004 und 2012

Angaben in Anzahl weiterer Lebensjahre

	Frauen				Männer			
	2004		2012		2004		2012	
	Lebenserwartung	Gesunde Lebensjahre	Lebenserwartung	Gesunde Lebensjahre *	Lebenserwartung	Gesunde Lebensjahre	Lebenserwartung	Gesunde Lebensjahre **
	Im Alter von 65 Jahren				Im Alter von 65 Jahren			
Griechenland	19,8	9,5	21	7,8	16,9	9,5	18,1	9,1
Italien	21,3	12,5	22,8	7,2	17,3	11,4	18,5	7,8
Portugal	20	3,8	21,3	6	16,3	5,1	17,6	7,9
Spanien	21,4	9,6	22,8	9,2	17,2	9,8	18,7	9,7
EU-27	20	8,9	21,2	8,6	16,4	8,6	17,8	8,6

*Für Portugal beziehen sich die Angaben auf 2011. ** bezieht sich auf den Zeitraum zwischen 2005 und 2010.

Quelle: EU-SILC Daten, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes..>

WSI Mitteilungen

für Gesundheitsleistungen) die Anzahl der Nichtversicherten schätzungsweise knapp 2,5 Mio. bedingt durch einen dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit und das Unvermögen vieler selbstständig Erwerbstätiger, fällige Krankenversicherungsbeiträge zu entrichten. Hinsichtlich der impliziten Folgen von Rationierungsmaßnahmen deutet in Italien, Griechenland und Portugal einiges darauf hin, dass die Gesundheitsdienste aufgrund höherer Zuzahlungen und durch Systemengpässe bedingt (lange Wartelisten und, besonders in Griechenland, häufiger Mangel an Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln) weniger in Anspruch genommen werden. Dabei ist zu beachten, dass sich bisher keine der vier Regierungen offen einer Ökonomisierung (und Privatisierung) des nationalen Gesundheitsdienstes verschrieben hat. Die durchaus kritisch dargestellten Kürzungen werden eher als notwendiges Übel zur Rettung des staatlich finanzierten Gesundheitssystems dargestellt.

Die beiden größten Länder haben sich bei der Krisenbewältigung bis dato auf fiskalische und organisatorische Nachjustierungen beschränkt („Rekalibrierungs“-Strategie). Dem italienischen Gesundheitsdienst werden die anstehenden, möglicherweise erheblichen, Haushaltskürzungen sowie die wachsende Beschäftigungsunsicherheit jedoch wohl schon bald einen schweren Schlag versetzen. In den beiden kleineren Ländern hingegen sorgen widersprüchliche Maßnahmen zwar einerseits für Gleichstellung beim Versicherungsschutz, andererseits aber auch für eine qualitative und quantitative Angleichung des medizinischen Leistungsangebotes auf einem kleineren gemeinsamen Nenner. Darin zeigt sich unbestreitbar ein Trend hin zu einer eingeschränkten staatlichen Zuständigkeit für die medizinische Versorgung der Bürger, d. h. zu einem reinen Grundversorgungssystem – und dies in einer Zeit, in der ein großer Teil der Haushalte finanziell schwer unter Druck steht und sich private Zusatzversicherungen kaum leisten kann. Damit wird nicht nur die Gesundheit sozial schwa-

cher Gruppen aufs Spiel gesetzt, sondern die weitere Bevölkerungsteile.

5. Vorläufige Beurteilung der Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerungen

In allen vier Ländern stieg im Laufe des letzten Jahrzehnts die Lebenserwartung der 65-Jährigen, gleichzeitig ging jedoch die Zahl der zu erwartenden beschwerdefreien Lebensjahre erheblich zurück (Tabelle 4). Besonders ausgeprägt ist dieser Trend in Italien und Griechenland. Schätzungen der National School of Public Health lassen eine Verkürzung der Lebenserwartung Neugeborener um drei Jahre im Laufe des aktuellen Jahrzehnts erwarten. Hierin deutet sich an, dass die Austeritätspolitik der Gesundheit der Bevölkerung schweren Schaden zufügt. Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren erhöhte sich lediglich in Portugal, liegt aber auch dort weiter unterhalb des EU-27-Durchschnittes. In Spanien, wo die zu erwartende Anzahl beschwerdefreier Lebensjahre anhaltend über dem Durchschnitt der EU-27 (und dem Wert der restlichen Länder) liegt, war dagegen ein unerheblicher Rückgang zu verzeichnen.

Die Kindersterblichkeit ist relativ gering (3,2 – 3,5 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten in den hier untersuchten Ländern gegenüber 3,9 in der EU-27) und hat sich im Laufe der 2000er Jahre weiter verbessert. In den letzten Jahren wurde jedoch in Griechenland eine leichte Umkehrung dieses Trends beobachtet, begleitet von einer (auch in Portugal feststellbaren) leichten Zunahme der Anzahl untergewichtiger Neugeborener.⁴ Überdies kündigt sich in Griechenland, wo

TABELLE 5

Verteilung der Unterlassung notwendiger medizinischer Untersuchungen* über Einkommensquintile, 2006/2012

Angaben in Prozent

	2006				2012			
	Unterstes Quintil		Mittleres Quintil		Unterstes Quintil		Mittleres Quintil	
	Insgesamt	75+ J.	Insgesamt	75+ J.	Insgesamt	75+ J.	Insgesamt	75+ J.
Griechenland	7,5	9	7,1	14,4	11,6	12,4	9,2	18,2
Italien	9,1	8,3	4	6	11,6	13,8	5,4	6,6
Spanien	0,9	1,9	0,5	0,2	1,3	2,3	0,8	0,2
Portugal	9,1	13,2	4,9	6,1	5,7	7,2	3	4,4
EU-27	7,2	6,2	3,7	4,6	5,9	6,6	3	4,8

*Begründet wird diese mit „zu teuer“, „Warteliste“ oder „zu weite Anfahrt“.

Quelle: EU-SILC Daten, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes..>

WSI Mitteilungen

Tausende von Kindern keine Schutzimpfungen erhalten, nach Aussage des Präsidenten von Médecins du Monde (Ärzte der Welt) ein Zusammenbruch des Impfsystems an.⁵

Für die Krebsbehandlung stehen sowohl in Griechenland als auch in Portugal nur unzureichende Mittel zur Verfügung. Daraus folgen lange Wartelisten und schwindende Betreuungsleistungen. Hinzu kommen in beiden Ländern lange Verzögerungen bei der Zulassung und Preisfestsetzung für neue Arzneimittel, insbesondere bei Medikamenten für schwere Erkrankungen. Für Griechenland stellte ein Bericht der Stiftung für Wirtschafts- und Industrieforschung einen erheblichen Rückgang der Arzneimittelausgaben zur Behandlung schwerer Krankheiten fest (Kyriopoulos et al. 2011; zu Portugal siehe Araújo et al. 2009). Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen und bestimmte Infektionskrankheiten (beispielsweise Malaria) greifen in Griechenland ebenso um sich wie „ungesunde Lebensgewohnheiten“ (übermäßiger Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch usw.) (Kondilis et al. 2013). Zudem gibt es Anhaltspunkte für einen Anstieg der Selbstmordrate (um rund 40 % von 2009 bis Mitte 2012), unter anderem als Ergebnis drastischer Kürzungen in der psychiatrischen Versorgung (Economou et al. 2012). Einsparungen bei der Behandlung Drogenabhängiger führten außerdem im Zeitraum von 2004 bis Ende 2011 zu einem zehnfachen Anstieg der HIV-Infektionsrate unter injizierenden Drogenabhängigen (Paraskevis et al. 2011).

Wachsende Zugangsbeschränkungen in der medizinischen Versorgung fallen vor allem in Griechenland ins Auge, in geringerem Umfang aber auch in Italien. In Griechenland erhöhte sich während der letzten Jahre die Anzahl der Personen der unteren und mittleren Einkommensquintile, die angaben, notwendige medizinische Untersuchungen unterlassen zu haben (Tabelle 5). Besonders Menschen ab 75 Jahren stoßen beim Zugang zur medizinischen Versorgung in beiden Ländern auf Schwierigkeiten. In Griechenland erklärten 2012 über 9 % der Bevölkerung des mittleren Ein-

kommensfünftels (sowie etwa jeder fünfte der mindestens 75-Jährigen dieser Einkommensgruppe), erforderliche medizinische Untersuchungen unterlassen zu haben. In Italien berichteten 2012 12 % der Befragten des untersten Fünftels über offenen medizinischen Bedarf (sowie knapp 14 % der Bevölkerung ab 75 Jahren). In Spanien ist der Umfang der nicht gedeckten medizinischen Bedürfnisse dagegen unerheblich. Portugal konnte eine merkliche Verbesserung verzeichnen – dort verringerte sich der von den Betroffenen berichtete offene Untersuchungsbedarf in der zweiten Hälfte der 2000er Jahre.

Eine genauere Analyse der Folgen von Krise und Austeritätspolitik für den Gesundheitszustand der Bevölkerung würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Wie bereits erwähnt, werden viele Effekte (sowie deren Umfang und Wirkungsgrad) erst nach längerer Zeit deutlich. Deshalb beschränken wir uns bei unserem Versuch, potenzielle Folgen der bisherigen Ausgabenkürzungen im Gesundheitswesen aufzuzeigen, auf eine kurze Auswertung einzelner Gesundheitsindikatoren. Im Einklang mit früheren Ausführungen bestätigen diese Zahlen unsere Einschätzung bezüglich der Neujustierung und Anpassung des Gesundheitswesens in Spanien, wo der allgemeine Zugang zu einem breiten Fächer öffentlicher Leistungen bisher nicht infrage gestellt wurde. Dabei ist allerdings zu beachten, dass noch keine Daten für die Jahre der stärksten Haushaltskürzungen (2012 bis 2014) und danach verfügbar sind und sich ►

4 Daten von Eurostat und OECD, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> bzw. <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>.

5 Siehe <http://greece.greekreporter.com/2013/12/05/thousands-of-children-in-greece-unvaccinated/>. Durch die Sparmaßnahmen verknappten sich die Mittel für die kostenlose Impfung von Kindern aus nicht zahlungsfähigen Familien erheblich.

folglich die Auswirkungen noch nicht absehen lassen. Im Falle Italiens lassen Gesundheitsindikatoren, aus denen ein signifikanter Anstieg unabgedeckten medizinischen Bedarfs und ein Rückgang der gesunden Lebenserwartung der Bevölkerung ab 65 Jahren hervorgeht, ein solches Urteil mit Blick auf die Reformen und Kürzungen der letzten Jahre wohl nur eingeschränkt zu.

Dagegen haben einschneidende Kürzungen und strukturelle Veränderungen die staatliche Versorgung in Griechenland dramatisch reduziert und sich ausgesprochen negativ auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgewirkt. In Portugal stellt sich die Situation dagegen widersprüchlich dar: Der unabgedeckte medizinische Bedarf nahm ab und war begleitet von einem Anstieg der behinderungsfreien Lebenserwartung für die ältere Bevölkerung, gleichzeitig verschlechterten sich jedoch gewisse geburtsbezogene Indikatoren. Besonders in den beiden letztgenannten Ländern steht das Streben nach erhöhter Effizienz eindeutig im Vordergrund der Reformbemühungen; es muss aber betont werden, dass die mehr als erheblichen Budgetkürzungen wohl kaum durch Effizienzverbesserungen auszugleichen sind, selbst wenn diese in der Praxis tatsächlich angestrebt und erzielt werden. Für zahlreiche Gesellschaftsgruppen bedeuten die drastischen Ausgabenkürzungen immer höhere Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Extremfall ein Ende ihres Krankenversicherungsschutzes. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die negative Entwicklung vor dem Hintergrund krisenbedingt steigender Gesundheitsbedürfnisse abspielt. Damit besteht die Gefahr, dass sich der zunehmende Aufbau von Barrieren in der medizinischen Prävention und Versorgung (vor allem in Griechenland) als finanzpolitischer Bumerang entpuppen könnte, der in späteren Jahren zu einem explosionsartigen Anstieg kostenträchtiger Morbidität führt.

6. Schlussfolgerung

In dieser Analyse haben wir versucht, den Verlauf der Gesundheitsreformen in Südeuropa während der Krise zu beleuchten. Wenngleich alle vier Länder zu einem früheren Zeitpunkt einen nationalen Gesundheitsdienst eingeführt hatten, unterschieden sie sich bereits vor der Krise in wichtigen Grundmerkmalen wie Allgemeinzugänglichkeit, Fairness und Finanzierung (Guillén 2002). Kennzeichnend für Italien und Spanien war die Entwicklung hin zu einem vergleichsweise stark integrierten Gesundheitswesen, gekoppelt mit einem dezentral organisierten Finanzierungs- und Leistungserbringungsmodell; gleichzeitig verharrten die privaten Gesundheitsausgaben auf niedrigem Niveau. Dennoch ergaben Befragungen zu Umfang und Qualität der allgemeinen Versorgung in ganz Südeuropa – außer Spanien – bereits vor der Krise ein hohes Maß an Unzufriedenheit.

Im Falle des italienischen Gesundheitsdienstes waren die Probleme allerdings weniger ausgeprägt als in Portugal und Griechenland, wo schwerwiegende Mängel und stärker ausgeprägte Ungleichheiten festgestellt wurden. Diese Unterschiede decken sich jedoch nicht mit der Entwicklung der Ausgaben: In Griechenland und Spanien kletterten die öffentlichen Gesundheitskosten im Zeitraum zwischen 2000 und 2008 steil in die Höhe (in Griechenland vor allem aufgrund galoppierender Arzneimittelkosten), während der Anstieg in Italien und Portugal moderat ausfiel. Dennoch liegt Italien bei den Pro-Kopf-Ausgaben nach wie vor an der Spitze der Ländergruppe. Krise und Sparmaßnahmen haben die Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Griechenland erheblich verstärkt. In Italien sind Negativurteile der Bürger etwas häufiger geworden, in Portugal überwiegen sie mit Abstand – im Gegensatz zu Spanien, wo sich bis Ende 2013 eine große Mehrheit der Befragten positiv äußerte. Angaben zur persönlichen Zufriedenheit und subjektive Beurteilungen medizinischer Versorgungslücken sind allerdings mit Vorsicht zu genießen, da die Umfrageergebnisse sehr stark von Unterschieden in der Erwartungshaltung und der jeweiligen politischen Kultur abhängen.

Das Hauptanliegen der Gesundheitsreformen während der Krise war die Sicherung der fiskalischen Tragfähigkeit des Systems. Wenngleich keines der vier Länder systemverändernde Maßnahmen ergriffen hat, die ausdrücklich auf einen Abbau des staatlichen Gesundheitsdienstes abzielen, könnten die bis dato umgesetzten Sparmaßnahmen (zusammen mit geplanten Veränderungen) auf einen Prozess hinauslaufen, der die südeuropäischen Gesundheitssysteme sowohl hinsichtlich ihrer Finanzierung als auch im Hinblick auf die Leistungserbringung grundlegend verändern wird. In den Ländern, die finanzielle Rettungspakete in Anspruch genommen haben, waren die Reformen von Widersprüchen durchsetzt. Zum Teil zielen die Maßnahmen auf schwerwiegende funktionelle und finanzielle Defizite – und damit in die richtige Richtung. Gleichzeitig jedoch setzen die Sparmaßnahmen graduelle Veränderungsprozesse in Gang, die sich als schleichende Transformation der Funktionsweise („institutional drift“) und als langsame Auszehrung („institutional exhaustion“) des öffentlich finanzierten Systems beschreiben lassen. Es sieht so aus, als würden durch die umfangreichen Ausgabenkürzungen und eine ganze Reihe politischer Maßnahmen die Kosten der medizinischen Versorgung von den Schultern des Staates auf die der Bürger abgewälzt.

In Italien war die Kluft zwischen den ursprünglichen Zielen des allgemeinen Gesundheitsdienstes und der von Zugangsbarrieren und sinkender Qualität bestimmten Wirklichkeit bereits vor Beginn der Krise offensichtlich. Durch die restriktive Finanzpolitik wird die Erosion des öffentlichen Systems weiter verstärkt. In Spanien waren die Kürzungen der Staatsausgaben ebenfalls nicht unerheblich, doch deuten die Daten zur Gesundheitslage darauf hin, dass sich die austeritätsbedingten Reformen bis heute (aber eben auch nur bis heute) nur moderat ausgewirkt haben. Zu den

negativen Aspekten des Krisenmanagements gehören im Fall Spaniens aber auch wachsende Diskrepanzen zwischen den regionalen Gesundheitssystemen sowie zunehmende Spannungen zwischen den medizinischen Berufen und der Politik.

In Griechenland und Portugal deuten der Umfang der Ausgabenkürzungen und die sie begleitenden Reformen auf eine grundlegende (wenn auch nicht ausdrücklich formulierte) Infragestellung der finanziellen und institutionellen Voraussetzungen staatlicher Gesundheitssysteme hin. Ob es sich dabei um eine irreversible Entwicklung handelt, lässt sich noch nicht sagen; allerdings sind bisher keine Anzeichen auszumachen für einen Ausgleich zwischen Haushaltseinsparungen und Effizienzsteigerungen einerseits und Bemühungen um Zugangserleichterungen und Qualitätsverbesserungen andererseits. Überdies lassen die Erfahrungen, die schon vor der Krise mit der Umstrukturierung des Gesundheitswesens in anderen Teilen Europas gemacht wurden, die Aussicht auf strukturelle Veränderungen in Südeuropa als höchst wahrscheinliches Szenario erscheinen – man denke nur an die Kommodifizierung der Krankenversicherung in den Niederlanden und die 2006 erfolgte Verlagerung weiter Teile der primären Gesundheitsversorgung auf Privatanbieter in Schweden, dem Inbegriff des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates (Saltman/Cahn 2013). Besorgniserregend ist dabei vor allem die Aussicht, dass eine solche Entwicklung zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten führen könnte – bedingt einerseits durch die ungleiche Fähigkeit der Bürger, sich zusätzlich auf dem Privatmarkt abzusichern, andererseits aber auch durch mangelnde Garantien für eine wirksame staatliche Aufsicht über die privatwirtschaftlichen Akteure. ■

LITERATUR

- Araújo, A./Barata, F./Barroso, S./Cortes, P./Damasceno, M./Parreira, A./Espírito Santo, J./Teixeira, E./Pereira, P.** (2009): Custo do tratamento do cancro em Portugal, in: *Acta Médica Portuguesa* 22 (5), S. 525–536
- Barros, P. P./Machado, S. R./de Almeida Simoes, J.** (2011): Portugal. Health system review, in: *Health Systems in Transition* 13 (4), S. 1–156
- Davaki, D./Mossialos, E.** (2006): Financing and delivering health care, in: Petmesidou, M./Mossialos, E. (Hrsg.): *Social policy developments in Greece*, Aldershot, S. 286–318
- Economou, M./Madianos, M./Peppou, L./Theleritis, C./Stefanis, C.** (2012): Suicidality and the economic crisis in Greece, in: *The Lancet* 380 (9839), S. 337
- Fundación FOESSA-Cáritas** (2014): *Desigualdad y derechos sociales. Análisis y perspectivas 2013*, Madrid
- Giuliani, F./Cislaghi, C.** (2013): *La misura attuale a livello nazionale del Copayment in Sanità*, Agenas, Roma
- Guillén, A. M.** (2002): The politics of universalization: Establishing national health services in southern Europe, in: *West European Politics* 25 (4), S. 49–68
- Hacker, J. S.** (2004): Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States, in: *American Political Science Review* 98 (2), S. 243–260
- Health Consumer Powerhouse** (2013): *Euro health consumer index 2013*, <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
- Kondilis, E./Giannakopoulos, S./Gavana, M./Ierodiakonou, I./Waitzkin, H./Benos, A.** (2013): Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case, in: *American Journal of Public Health* 103 (6), S. 973–980
- Kyriopoulos, J./Maniadakis, N./Stournaras J.** (2011): *Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου* [Health Expenditure and Health Policies at the "Memorandum" Era], IOBE, Athens
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)** (2012): *Health at a glance*, Paris
- Paraskevis, D./Nikolopoulos, G./Tsiara, C./Paraskeva, D./Antoniadou, A./Lazanas, M./Gargalianos, P./Psychogiou, M./Malliori, M./Kremastinou, J./Hatzakis, A.**

- (2011): HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, in: *Euro Surveillance* 16 (36), S. 1–4
- Pavolini, E./Guillén, A.** (Hrsg.) (2013): *Health care systems in Europe under austerity. Institutional reforms and performance*, Basingstoke
- Petmesidou, M.** (2013): Southern Europe, in: Greve, B. (Hrsg.): *International handbook of the welfare state*, London, S. 183–192
- Petmesidou, M./Guillén, A.** (2008): 'Southern style' national health services? Recent reforms and trends in Spain and Greece, in: *Social Policy and Administration* 42 (2), S. 106–124
- Petmesidou, M./Papatheodorou, C./Papanastasiou S./Moisidou, A./Pempetzoglou, M.** (2013): *HealthCare reform in Greece. Interim Report*, Observatory on Economic and Social Developments, INE-GSEE, Athens
- Petmesidou, M./Pavolini, E./Guillén, A. M.** (2014): South European healthcare systems under harsh austerity: a progress-regression mix?, in: *South European Society and Politics* 19 (3), S. 331–352
- Pierson, P.** (1994): *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*, New York
- Saltman, R./Cahn Z.** (2013): Restructuring health systems for an era of prolonged austerity, in: *BMJ* 347 (7920), S. 17–19
- Streeck, W./Thelen, K.** (2005): *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*, Oxford

AUTOREN

MARIA PETMESIDOU, PhD, ist Professorin für Sozialpolitik an der Democritus-Universität, Griechenland, und Fellow des CROP/International Social Science Council. Arbeitsschwerpunkte: Sozialpolitik und Wohlfahrtsreformen in Griechenland und Südeuropa, Ungleichheit, Arbeitsmarktintegration.

@ marpetm@otenet.gr

EMMANUELE PAVOLINI, PhD, ist Professor für Wirtschaftssoziologie und Sozialpolitik an der Universität Macerata, Italien. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitswesen, Kinderbetreuung, Arbeitsmarktpolitik.

@ emmanuele.pavolini@unimc.it

ANA M. GUILLÉN, PhD, ist Professorin der Soziologie und leitet die Abteilung Soziologie der Universität von Oviedo, Spanien. Arbeitsschwerpunkte: Vergleichende Analyse von Sozialreformen, Europäisierung der Sozialpolitik, Beschäftigungsqualität.

@ aguillen@uniovi.es