

Obamacare – Hoffnung auf eine Reform des amerikanischen Gesundheitssystems?

45

Sven Neelsen und Michael Metzger

Krankenversicherungsschutz für alle Amerikaner und ein finanzierbares Gesundheitssystem – mit diesen Versprechen hat sich Barack Obama um die Präsidentschaft beworben. Nach seinem Wahlsieg geht es nun um deren Umsetzung in konkrete Gesetze. Und wie erwartet, treffen die Reformer dabei auf erheblichen Widerstand nicht nur seitens der Republikaner und konservativer US-Medien, sondern auch demokratischer Parteifreunde. In den kommenden Wochen wird sich entscheiden, ob unter Obamas Führung ein entscheidender Durchbruch gelingt oder ob er, wie seine Vorgänger, Franklin D. Roosevelt, John F. Kennedy, Jimmy Carter und Bill Clinton, am Einfluss der Versicherungs- und Gesundheitsindustrie scheitert.

Die Darstellung der Reformvorschläge erfordert zunächst eine Diagnose des Status quo im amerikanischen Gesundheitssystem. Nach welchen Prinzipien ist das US-Gesundheitssystem, und insbesondere der Krankenversicherungsschutz, organisiert und wie leistungsfähig ist das amerikanische System im Vergleich mit den Gesundheitssystemen anderer Länder?

Organisation des amerikanischen Gesundheitssystems

Die Erbringung medizinischer Leistungen durch Ärzte und Krankenhäuser ist im amerikanischen Gesundheitssystem – mit wenigen Ausnahmen wie der Versorgung von Kriegsveteranen – privatwirtschaftlich organisiert. Die Finanzierung des Systems basiert auf der freiwilligen Krankenversicherung über den privaten Versicherungsmarkt. Fast 60% der Amerikaner sind ausschließlich privat krankenversichert, wobei die große Mehrheit ihren Versicherungsschutz über den Arbeitgeber erhält (vgl. OECD 2009). Die Arbeitgeber verhandeln unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko Beiträge und Leistungen mit den privaten Versicherern. Bei ausreichender Unternehmensgröße und günstiger Risikostruktur ihrer Belegschaft fungieren Unternehmen auch selbst als Versicherer. Dabei schließt der Versicherungsschutz über den Arbeitgeber in der Regel die Familie des Angestellten mit ein. Er endet mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

Bürger ohne Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber treten als individuelle Nachfrager auf dem privaten Versicherungsmarkt auf. Ähnlich wie bei der deutschen privaten Krankenversicherung richtet sich die Beitragshöhe hier nach dem individuellen Gesundheitsrisiko und dem Niveau der durch die Versicherung abgedeckten Leistungen. Die individuelle Risikobepreisung führt jedoch zu Prämienhöhen, die Menschen mit hohen Gesundheitsrisiken oder geringem Einkommen faktisch vom privaten Versicherungsmarkt ausschließen.

Um für diese Menschen dennoch eine medizinische Versorgung zu gewährleisten, existieren seit Mitte der sechziger Jahre die staatlichen Programme Medicare und Medicaid. Durch seine Verhandlungsmacht kann der Staat hier medizinische Leistungen zu rund 80% des Preises einkaufen, den die großen privaten Versicherer zahlen (vgl. Jaffe 2009). Unter Medicare erhalten Bürger, die älter als 65 oder behindert sind, eine umfassende Gesundheitsversorgung. Derzeit sind 15% der Bevölkerung über das Programm versichert. Die individuellen Beitragszahlungen sind über Lohnsteuern subventioniert, daneben wird die Finanzierung auch durch Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen getragen. Über das steuerfinanzierte Medicaid, das sich an einkommensschwache Haushalte richtet, sind rund 20% der Amerikaner krankenversichert. Eine niedrige Einkommenshöhe allein reicht jedoch nicht aus, um Versicherungsschutz unter Medicaid zu erhalten, der z.B. gering verdienenden Eltern und ihren Kindern oder schwangeren Frauen gewährt wird. So sind kinderlose Erwachsene bisher von Medicaid ausgeschlossen. Viele ältere Menschen, die sich die Medicare-Prämien und -Selbstbehalte nicht leisten können, nehmen auch am Medicaid-Programm teil. Im Rahmen des ebenfalls öffentlich geförderten State Children's Insurance Program (SCHIP) können Kinder verbilligt krankenversichert werden, deren Eltern zwar Geringverdiener sind, aber noch zu viel verdienen, um in das Medicaid-Programm aufgenommen werden zu können. Insgesamt werden knapp 30% der Bevölkerung über staatliche Programme mit Gesundheitsleistungen versorgt (vgl. OECD 2009).

Bis zu 15% der amerikanischen Bevölkerung, d.h. mehr als 45 Millionen Menschen, sind nicht krankenversichert und tragen damit die Kosten der von ihnen genutzten medizinischen Leistungen in voller Höhe selbst. Von den Nichtversicherten sind 8 Millionen Kinder oder Jugendliche. 9 Millionen Nichtversicherte sind keine US-Bürger, etwa die Hälfte davon hält sich illegal in den Vereinigten Staaten auf. Die Mehrheit der nichtversicherten Haushalte sind berufstätig, zwei Drittel erzielen aber Einkommen, die unter 200% des Armutsniveaus liegen. Besonders hoch ist der Nichtversichertenanteil mit knapp 30% unter jungen Menschen zwischen 19 und 29 Jahren, den so genannten *young invincibles*, die, oft geringfügig beschäftigt und gesund, sich die Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht leisten können oder wollen. Da für die privaten Versicherer kein Kontrahierungszwang besteht, ist es zudem für viele Menschen mit Vorerkrankungen wie Krebs nicht möglich, einen privaten Versicherungsvertrag abzuschließen. (Alle Zahlenangaben im vorangegangenen Abschnitt entnommen aus Kaizer Family Foundation 2009.)

In den Vereinigten Staaten bestehen keine allgemein verbindlichen Mindestanforderungen an den Leistungskatalog privater Krankenversicherer. Etwa 25 Millionen Ameri-

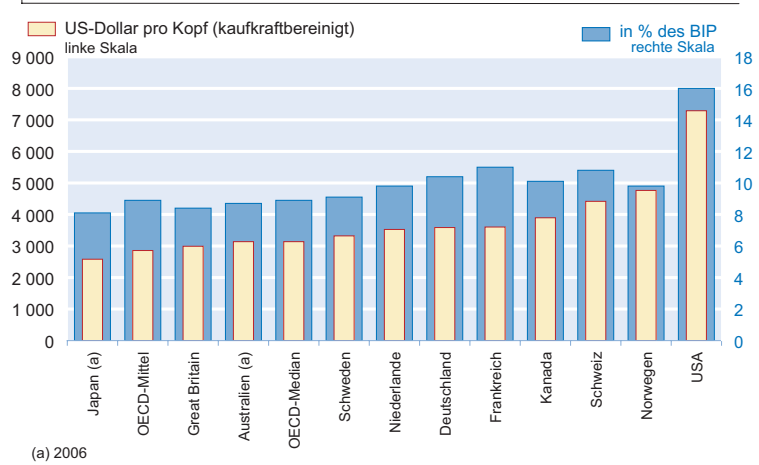
kaner gelten deshalb als unterversichert (vgl. Schoen et al. 2008). Teure Behandlungen sind nicht durch ihre Versicherung abgedeckt oder werden nur nach Zahlung eines hohen Selbstbehaltes übernommen. Bei anderen Versicherungsverträgen bestehen Obergrenzen für durch den Versicherer zu leistende Zahlungen, darüber hinausgehende Kosten trägt der Versicherte in vollem Umfang selbst.

Leistungsfähigkeit und Effizienz

In den Vereinigten Staaten entfielen 2007 16% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf den Gesundheitssektor. Damit liegen die USA international mit weitem Vorsprung an erster Stelle. Pro Kopf lagen die Gesundheitsausgaben bei 7 290 Dollar, im OECD Durchschnitt betragen sie 2007 etwa 3 000 Dollar (vgl. Abb. 1). Und die Gesundheitsausgaben wachsen erheblich schneller als die amerikanische Volkswirtschaft, so dass für die nächsten Jahre ein weiterer Anstieg des Anteils am BIP erwartet wird (vgl. OECD 2009). Wie in allen anderen entwickelten Nationen ist das hohe Niveau und stetige Anwachsen der Gesundheitsausgaben zum Teil die Folge einer hohen Versorgungsqualität, die auch kostenintensive medizinische Innovationen zugänglich macht, und einer alternden Bevölkerung.

Fast alle international vergleichbaren Gesundheitsindikatoren deuten jedoch auch darauf hin, dass die finanziellen Mittel im amerikanischen Gesundheitssystem nicht effizient im

Abb. 1
Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, 2007



(a) 2006
Quelle: OECD Health Data (2009).

Sinne eines bestmöglichen allgemeinen Gesundheitsniveaus eingesetzt werden (vgl. Anderson und Frogner 2008; Andersen et al. 2005, Anderson und Poullier 1999). Lebenserwartung und in guter Gesundheit verbrachte Lebensjahre liegen unter dem OECD-Durchschnitt, die Kindersterblichkeit darüber (vgl. Tab. 1, vgl. auch Nolte und McKee 2008; Anderson et al. 2007).

Warum wird mit soviel Geld so wenig erreicht? Ein wichtiger Faktor sind die ungesunden Lebensgewohnheiten der amerikanischen Bevölkerung. Über 35% der Erwachsenen sind nach Definition der Weltgesundheitsorganisation fettleibig (vgl. Tab. 1), und 17% der Kinder und Jugendlichen leiden unter Übergewicht. Ende der siebziger Jahre hatte der Anteil der fettleibigen Erwachsenen noch

Tab. 1
Gesundheitsindikatoren im internationalen Vergleich

Lebenserwartung bei Geburt (Jahre), 2009 ^{a)}		Gesunde Lebenserwartung bei Geburt (Jahre), 2007 ^{b)}		Kindersterblichkeit (in ‰), 2009 ^{c)}		Anteil Fettleibiger an der erw. BV (in %), 2006 ^{d)}	
Japan	82,12	Japan	76	Schweden	2,75	Japan	4,3
Australien	81,63	Schweiz	75	Japan	2,79	Schweiz	7,5
Kanada	81,23	Schweden	74	Frankreich	3,33	Norwegen	8
Frankreich	80,98	Australien	74	Norwegen	3,58	Schweden	10,3
Schweden	80,86	Frankreich	73	Deutschland	3,99	Frankreich	10,4
Schweiz	80,85	Norwegen	73	Schweiz	4,18	Niederlande	12,7
Norwegen	79,95	Kanada	73	OECD-Median	4,56	Deutschland	12,8
Niederlande	79,4	Deutschland	73	Niederlande	4,73	OECD-Median	13,4
OECD-Median	79,33	Niederlande	73	Australien	4,75	OECD-Mittel	15,4
Deutschland	79,26	OECD-Median	73	GB	4,85	Kanada	19
GB	79,01	GB	72	Kanada	5,04	Australien	21,4
OECD-Mittel	78,8	OECD-Mittel	71,7	OECD-Mittel	5,8	GB	24,2
USA	78,11	USA	70	USA	6,26	USA	35,3

^{a)} Vgl. CIA World Factbook (2009). – ^{b)} Vgl. WHO (2009). – ^{c)} Zahl der vor Vollendung des ersten Lebensjahres gestorbenen Kinder pro 1 000 Lebendgeburten. Vgl. CIA World Factbook (2009). – ^{d)} Vgl. OECD (2009).

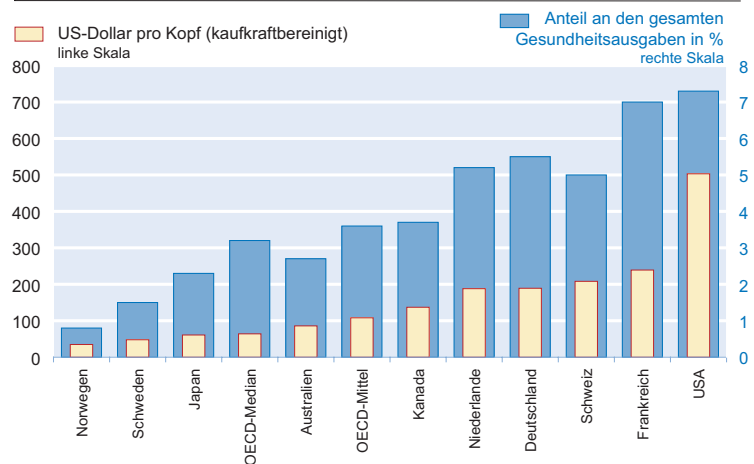
Quelle: Zusammenstellung des ifo Instituts.

bei 15% gelegen (vgl. National Center for Health Statistics 2009). Für die Zukunft wird ein weiteres Ansteigen insbesondere bei Kindern erwartet. Wenig überraschend sind Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen in den USA weitaus verbreiteter als irgendwo sonst auf der Welt, und ihre Behandlung beansprucht immer mehr Ressourcen (vgl. OECD 2009).

Ausgabenhöhe und Ineffizienz sind aber auch das Ergebnis institutioneller Entscheidungen im amerikanischen Gesundheitssystem. So besteht in den Vereinigten Staaten mehr Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung als in anderen entwickelten Ländern. Der ausreichend versicherte Teil der Bevölkerung hat Zugang zu einer im internationalen Vergleich hochwertigen Versorgung. Dagegen sind viele Unter- und Nichtversicherte davon teilweise oder ganz ausgeschlossen, da sie eine angemessene Behandlung nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Schätzungen zufolge sterben so jedes Jahr rund 45 000 Amerikaner, weil ihnen wegen fehlender Versicherung grundlegende medizinische Leistungen nicht zur Verfügung stehen (vgl. Wilper et al. 2009). Andere müssen sich für deren Inanspruchnahme hoch verschulden. In Kalifornien hat jeder Siebte Verbindlichkeiten durch Gesundheitsleistungen (vgl. Brown et al. 2009). Um die persönliche Finanzsituation nicht weiter zu verschlechtern, verzichten viele der so Verschuldeten auf medizinisch notwendige Weiterbehandlungen. Von den 1,5 Millionen für 2009 erwarteten Privatinsolvenzen in den Vereinigten Staaten gehen bis zu 60% auf Gesundheitsausgaben zurück. Dabei sind mehr als drei Viertel der durch *medical bankruptcy* Betroffenen krankenversichert (vgl. Himmelstein et al. 2009).

Ein erheblicher Teil der Kosten im amerikanischen Gesundheitssystem entsteht zudem nicht durch die Erbringung medizinischer Leistungen selbst. So ist die Differenz zwischen Einnahmen aus Beiträgen und Ausgaben für erbrachte Gesundheitsleistungen bei Krankenversicherern in den USA weit größer als in anderen Industrieländern (vgl. Abb. 2, vgl. auch Reinhard et al. 2002 und Jaffe 2009). Die so genannten *overheads* der Versicherer sind auch der am schnellsten steigende Posten im amerikanischen Gesundheitssystem (vgl. Davis et al. 2007). Neben den hohen Ausgaben für Verwaltung und Marketing müssen zur Bedienung der Anteilseigner der Versicherungen Profite erwirtschaftet und Dividenden ausgeschüttet werden, die so nicht für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zur Verfügung ste-

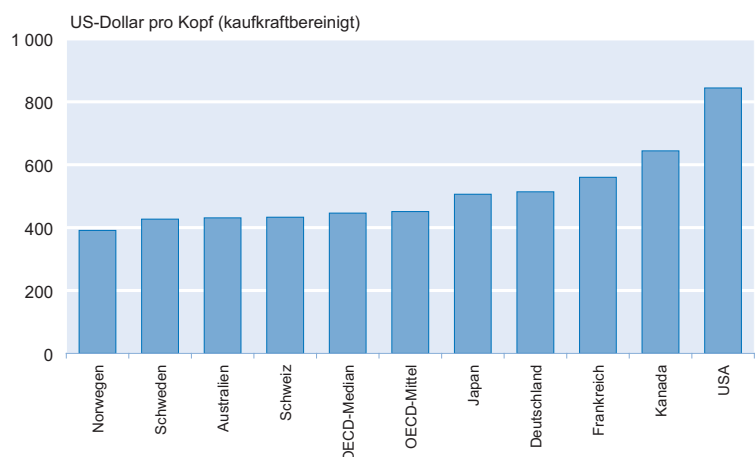
Abb. 2
Ausgaben für Verwaltung und Versicherung im Gesundheitswesen, 2006



Quelle: OECD Health Data (2009).

hen. Begünstigt werden die hohen overheads durch die starke Konzentration auf dem Versicherungsmarkt in vielen Bundesstaaten. Solche Quasi-Monopole sind unter anderem möglich, weil die Krankenversicherungsindustrie nicht den strengen bundesstaatlichen US-Antitrustgesetzen unterliegt (vgl. Jost 2009). In den Vereinigten Staaten sind Arzneimittel erheblich teurer als in anderen OECD-Ländern, da die US-Regierung auf international übliche Preisregulierungen verzichtet (vgl. Sood et al. 2009, und Abb. 3). Die Pharmaindustrie kann dadurch Gewinnspannen erzielen, die weit über denen anderer amerikanischer Großunternehmen liegen (vgl. CNNmoney.com 2009). Die hohen Profite werden von den Herstellern mit hohen Forschungsausgaben gerechtfertigt, die in der Regel aber nur einen Bruchteil der Vermarktungs- und Verwaltungskosten ausmachen. Tatsächlich entsteht der Großteil der medizinischen Innovation in den USA in der vor allem öffentlich und durch gemein-

Abb. 3
Ausgaben für pharmazeutische Produkte, 2007



Quelle: OECD Health Data (2009).

nützige Stiftungen finanzierten universitären Forschung (vgl. Relman und Angell 2002).

Ein weiterer Erklärungsansatz für die Ineffizienzen im amerikanischen Gesundheitssystem liegt in der Art der Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der staatlichen Versorgungsprogramme Medicare und Medicaid. Ärzte erhalten für jede unter dem Programm erbrachte Leistung einen den Behandlungskosten angepassten Festbetrag. Da das Arzteinkommen so mit Menge und Preis der durchgeführten Behandlungen steigt, besteht ein Anreiz zu kostspieliger und zum Teil gesundheitsschädigender Überversorgung (vgl. Obama for America 2008).

Ohne grundlegende Veränderungen im amerikanischen Gesundheitssystem wird sich die allgemeine medizinische Versorgungslage weiter verschlechtern. In den letzten acht Jahren haben sich die Beiträge der Privatversicherungen verdoppelt (vgl. Obama for America 2008). 60% der Unternehmen, und dabei insbesondere kleinere Firmen, bieten ihren Mitarbeitern heute keinen Versicherungsschutz, und immer mehr vermeiden die hohen Beiträge durch Einstellung von nicht zu versichernden Teilzeitkräften oder Einschränkung der durch die Versicherung abgedeckten Leistungen (vgl. Sered und Fernandopulle 2005). Der amerikanische Rechnungshof schätzt, dass die Zahl der Nichtversicherten ohne eine umfassende Reform bis 2019 auf 54 Millionen Menschen anwachsen wird (vgl. Congressional Budget Office 2009). Auch die Zukunft der staatlichen Programme ist ungewiss: die Ausgaben für Medicare wachsen jährlich um 8%, bis 2017 sind alle Rücklagen aufgebraucht, und die Finanzierungsprobleme des Programms werden durch die krisenbedingten Steuerausfälle noch verschärft (vgl. Social Security Administration 2009).

Die Reformpläne Barack Obamas

Barack Obama hat in seinem Wahlkampf eine umfassende Reform des teuren und ineffizienten amerikanischen Gesundheitssystems angekündigt. Der von ihm in seiner Bewerbung um die Präsidentschaft vorgelegte Obama-Biden Plan (vgl. Obama for America 2008) hat vor allem zwei Ziele – erschwinglichen Krankenversicherungsschutz für alle Amerikaner und ein langfristig tragfähiges Finanzierungskonzept für das US-Gesundheitssystem.

Wichtigstes Instrument zur Bekämpfung von Nicht- und Unterversicherung ist die Umstrukturierung des Krankenversicherungsmarktes mit dem Ziel geringerer Beiträge und Mindeststandards beim Leistungskatalog. Der Obama-Biden Plan sieht vor, dass das *medical underwriting*, also die individuelle Festlegung von Versicherungsprämien aufgrund von Vorerkrankungen verboten wird. Prämienvariationen, die durch Alter oder Gesundheitsverhalten begründet sind, blei-

ben dagegen erlaubt. Auch sollen die privaten Versicherer Menschen mit schlechtem Gesundheitsrisiko künftig den Versicherungsschutz nicht mehr verweigern dürfen (Kontrahierungszwang). Für kleine Unternehmen und Bürger, die keine Versicherung über ihren Arbeitgeber oder eines der staatlichen Programme erhalten, soll auf nationaler oder bundesstaatlicher Ebene eine internetbasierte Krankenversicherungsbörse (*health insurance exchange*) entstehen, auf der verschiedene, bestimmte Mindeststandards erfüllende Versicherungsoptionen verglichen und eingekauft werden können. Geringverdiener würden bei Abschluss einer Versicherung öffentlich subventioniert, kleine Unternehmen erhielten steuerliche Vorteile. Um den Wettbewerb auf der neu geschaffenen Börse zu erhöhen, sieht der Obama-Biden Plan eine staatliche Versicherung (*public option*) als Konkurrent für die privaten Anbieter vor. Die staatliche Versicherungsoption wäre aber nur für Teilnehmer an der Versicherungsbörse verfügbar, bereits über den Arbeitgeber versicherte Bürger und größere Unternehmen könnten sie also nicht in Anspruch nehmen. Auch die 4,5 Millionen Nichtversicherten, die sich illegal in den Vereinigten Staaten aufhalten, hätten keinen Zugang zum öffentlich geförderten *health insurance exchange*. Um dem Problem der Unterversicherung zu begegnen, sieht der Plan einen verbindlichen Mindestleistungskatalog vor, der unter anderem Prävention und Selbstbehaltobergrenzen bei hohen Krankheitskosten (*catastrophic coverage*) beinhaltet. Neben der Intervention im Versicherungsmarkt sollen zur Verringerung der Nichtversichertenanzahl die Medicaid- und SCHIP-Programme auf einen größeren Teil der Bevölkerung ausgeweitet werden. Große Unternehmen, die keinen Krankenversicherungsschutz für ihre Mitarbeiter anbieten, müssten zusätzliche Steuern entrichten.

Grundlage für eine angemessene medizinische Versorgung für alle Amerikaner ist eine effizientere Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen. Nur so können die Kostensenkungen erzielt werden, die für die langfristige Finanzierbarkeit eines für alle Bürger zugänglichen Gesundheitssystems mit hoher Versorgungsqualität notwendig sind. Der Obama-Biden Plan enthält verschiedene Einsparungsvorschläge. Die staatliche Versicherungsoption in der neu geschaffenen Versicherungsbörse soll den Kosten- und Qualitätsdruck auf die privaten Versicherer verschärfen und damit zu einer Senkung der Beiträge führen. Um dabei eine faire Wettbewerbssituation zu garantieren, wäre die staatliche Versicherung verpflichtet, kostendeckend zu arbeiten, würde also keine öffentlichen Zuschüsse erhalten. Im Pharmasektor soll der Arzneimittelimport liberalisiert werden, außerdem sollen Institutionen zur besseren Einschätzung des medizinischen Zusatznutzens neuer Präparate entstehen. Zahlungen an Generikahersteller zur Verhinderung von Nachahmerpräparaten würden verboten und der Preisdruck auf die Industrie über die starke Verhandlungsposition des Staates als Großverkäufer pharmazeutischer Produkte er-

höht. Die verstärkte Einführung von Informationstechnologie soll den Verwaltungsaufwand für Ärzte und Versicherer verringern und Behandlungen besser koordinierbar machen. Um Verschwendung in den staatlichen Programmen zu bekämpfen, würde die Vergütungsstruktur von Medicaid und Medicare so umgestaltet werden, dass die Arztentlohnung künftig weniger von der Behandlungsquantität und stattdessen mehr von der Qualität der erbrachten Leistung abhängt. Mit verbesserten Präventionsprogrammen will man Folgekosten insbesondere der schlechten Ernährungsgewohnheiten der Amerikaner eindämmen. Zudem soll die Beratung von Patienten über die Behandlung am Lebensende gefördert werden, bei der, oft ohne die Lebensdauer oder -qualität wesentlich zu erhöhen, erhebliche Kosten entstehen.

Barack Obama hat vor der Präsidentenwahl versprochen, kein Reformgesetz zu unterschreiben, das das Staatsdefizit der öffentlichen Haushalte weiter erhöht. Die Mehrkosten, die den öffentlichen Haushalten durch die Versicherung von mehreren 10 Millionen Amerikanern entstehen, sollen neben den oben genannten Einsparungen auch durch die Abschaffung von Steuerschlupflöchern für reiche Haushalte und unter Umständen durch höhere Steuern für Spitzenverdiener und die Anbieter sehr umfangreicher und teurer Krankenversicherungen, so genannter *Cadillac plans*, finanziert werden.

Die Reformdebatte im amerikanischen Kongress

Nach der Wahl Barack Obamas zum amerikanischen Präsidenten im vergangenen Jahr geht es nun um die Umsetzung der im Wahlkampf angekündigten Reformen in konkrete Gesetze. Um ein Gesetz zu verabschieden, bedarf es in den Vereinigten Staaten der Zustimmung beider Kammern des US-Kongresses, also des Senats und des Repräsentantenhauses, und der Unterschrift des Präsidenten. Bei umfassenden Gesetzesvorhaben wie der Gesundheitsreform werden dazu zunächst von verschiedenen Ausschüssen der Kammern eigene Gesetzesvorlagen ausgearbeitet. Diese werden dann von den jeweiligen Mehrheitsführern, Harry Reid im Senat und Nancy Pelosi und Steny Hoyer im Repräsentantenhaus, zusammengeführt und im Kammerplenium zu Debatte und Abstimmung gebracht. Nachdem beide Kammern den Vorschlägen ihrer Mehrheitsführer zugestimmt haben, arbeitet ein Gremium aus Senatoren, Abgeordneten des Repräsentantenhauses und Mitgliedern des Präsidentenstabes einen gemeinsamen Gesetzesvorschlag aus. Erst nach erneuter Zustimmung von Senat und Repräsentantenhaus wird das Gesetz durch Unterschrift des Präsidenten rechtskräftig.

Nach Abschluss der Ausschussarbeit liegt dem Repräsentantenhaus seit Ende Oktober ein vereinheitlichter Gesetz-

entwurf vor (vgl. U.S. House of Representatives 2009), und auch im Senat liegen wesentliche Teile des ausschussübergreifenden Reformentwurfs bereits fest (vgl. The New York Times 2009a; Kaizer Family Foundation 2009b). Beide Gesetzesvorlagen beinhalten eine Versicherungspflicht für die Mehrheit der Amerikaner, das Verbot von *medical underwriting*, die Einführung von Mindeststandards und den Kontrahierungszwang für die Versicherungsindustrie sowie die Einrichtung einer nationalen Versicherungsbörse. Individuelle Versicherungsabschlüsse für Geringverdienerhaushalte sollen öffentlich gefördert werden, zudem soll es Unterstützungszahlungen für über den Arbeitgeber Versicherte geben, deren Prämienzahlungen einen bestimmten Einkommensanteil überschreiten. Das Medicaid-Programm soll unter anderem auf kinderlose Erwachsene ausgeweitet werden. Größere Unternehmen werden in den Gesetzesentwürfen zur Versicherung ihrer Mitarbeiter verpflichtet, kleinere versichernde Unternehmen erhalten Steuererleichterungen. Beide Vorschläge beinhalten auch eine staatliche Versicherungsoption auf der neu geschaffenen Versicherungsbörse, im Gegensatz zur Vorlage des Repräsentantenhauses sieht die des Senats aber vor, dass die Einzelstaaten selbst entscheiden können, ob eine solche öffentliche Versicherung eingeführt wird oder nicht. Um die in der *American Medical Association* (AMA) organisierte Ärzteschaft für die Reformpläne zu gewinnen, wird zugesichert, dass die staatliche Versicherung Leistungen nicht über den verbilligten Medicare-Satz abrechnen darf, sondern wie die anderen Versicherer mit den Leistungserbringern selbst in Verhandlung treten muss.

Dass der Senatsentwurf eine, wenn auch abgeschwächte, staatliche Versicherungsoption enthält, ist überraschend. Der Vorschlag des wichtigen Finanzausschusses hatte stattdessen eine private genossenschaftliche Versicherungsoption auf Einzelstaatsebene vorgesehen (vgl. Kaizer Family Foundation 2009b). Die genossenschaftliche Krankenversicherung wird nicht von Eignern am Kapitalmarkt, sondern von ihren Mitgliedern, den Versicherten, kontrolliert. Trotz einer vorgesehenen öffentlichen Anschubfinanzierung von 6 Mrd. Dollar wird von vielen Kritikern aber bezweifelt, ob die Neugründungen – zumal auf Einzelstaatsebene – auf absehbare Zeit genug Mitglieder gewinnen können, um mit den etablierten gewinnorientierten Versicherungsanbietern konkurrenzfähig zu sein (vgl. Underwood 2009).

Nach Einschätzung des amerikanischen Rechnungshofes würde der Gesetzentwurf des Repräsentantenhauses in den kommenden zehn Jahren 36 Millionen Amerikanern zusätzlich versichern, 6 Millionen davon würden in die neue staatliche Versicherung eintreten, 18 Millionen blieben weiter unversichert. Die Reform würde im Zeitraum 2010–2019 Mehrkosten von etwa einer Billion Dollar verursachen (vgl. Herszenhorn und Pear 2009). Gegenfinanziert würde sie etwa zur Hälfte über Steuererhöhungen für

die einkommensstärksten 1,2% der Haushalte und zur Hälfte durch Einsparungen im Gesundheitssystem, z.B. durch geringere Zahlungen an Leistungserbringer in Medicaid und Medicare und die Senkung der Arzneimittelpreise. Unter dem Senatsentwurf erhielten bis 2019 29 Millionen Bürger Krankenversicherungsschutz, entsprechend liegen die erwarteten Mehrkosten für die Jahre 2010–2019 rund 150 Mrd. Dollar unter denen des Reformvorschlags des Repräsentantenhauses. Die Gegenfinanzierung beinhaltet hier keine Steuererhöhungen für Privathauhalte, sondern setzt sich neben verschiedenen Einsparungen vor allem bei Medicare auch aus neuen Abgaben für die Gesundheitsindustrie zusammen. Ob die geplanten Einsparungen in vollem Umfang realisierbar sind, ist ungewiss und damit ebenso, ob die Reform, wie von Obama angekündigt, das Staatsdefizit nicht weiter erhöhen wird (vgl. Kaizer Family Foundation 2009b).

Während die Demokraten im Repräsentantenhaus die Stimmen von 217 ihrer 256 Abgeordneten benötigen, um ihren Gesetzesvorschlag zu verabschieden, ist das Rennen im Senat enger. Zwar halten die Demokraten auch hier eine klare Mehrheit der Sitze, sie benötigen bei 58 demokratischen und zwei unabhängigen Senatoren, die meist mit den Demokraten stimmen, aber 60 Stimmen, um das *filibustering*, also das Hinauszögern der Abstimmung durch die Republikaner, zu verhindern.

Vor allem die staatliche Versicherungsoption ist vielen konservativen Demokraten (blue dogs) ein Dorn im Auge. Fünf demokratische und ein unabhängiger Senator haben bereits angekündigt, dass sie eine Reform mit *public option* nicht unterstützen werden. Dass der finale Senatsentwurf eine staatliche Versicherung enthält, ist also keinesfalls sicher, sie bleibt im Kongress und in der amerikanischen Öffentlichkeit der Streitpunkt der Debatte. Viele Demokraten sehen in ihr die einzige wirksame Möglichkeit, Druck auf die private Versicherungswirtschaft und die Leistungserbringer auszuüben. Die Gegner, viele Blue Dogs, die Republikaner, Wirtschaftsverbände und die Versicherungslobby *America's Health Insurance Plans* (AHIP) befürchten entgegen der demokratischen Reformpläne, dass eine staatliche Versicherung sich nicht vollständig selbst über Prämien finanzieren, sondern offen oder verdeckt über Steuermitteln subventioniert würde. Steuererhöhungen wären die Folge. Außerdem entstünde für die staatliche Versicherung ein künstlicher Wettbewerbsvorteil, der zu einer Verdrängung der privaten Anbieter aus dem Versicherungsmarkt führen würde. Die Gegner appellieren in der Diskussion auch an die in den Vereinigten Staaten verbreiteten antistaatlichen Reflexe. Mit Hilfe konservativer Medien wird in der Bevölkerung, die die *public option* bisher mehrheitlich unterstützt, Stimmung gegen die staatliche Versicherung gemacht. Sie würde die Tür zu einer vollständigen Verstaatlichung des Gesundheitswesens öffnen und damit zur Rationierung medizinischer Leistungen und langen Wartezeiten führen.

Präsident Obama hat angekündigt, dass er auch ein Gesetz zu unterzeichnen bereit wäre, das statt einer staatlichen eine genossenschaftliche Versicherung vorsieht, und damit Unverständnis in weiten Teilen des demokratischen Lagers geerntet. Ist die staatliche Krankenversicherungsoption eine Maximalforderung, die der Präsident für die Unterstützung von Konservativen und Interessengruppen zu opfern bereit ist?

Bis Weihnachten, spätestens aber in den ersten Monaten des kommenden Jahres, soll dem Präsidenten ein unterschrittsreifes Gesetzespaket vorgelegt werden. Bis dahin stehen den Reformern noch harte Auseinandersetzungen bevor. Eine grundlegende Reformierung des amerikanischen Gesundheitssystems ist nicht zuletzt aus Kostengründen zwingend notwendig. Aber weder die starken Lobbygruppen noch die staats-skeptischen und wirtschaftsnahen Kräfte in der Republikanischen Partei und bei den Blue Dog Demokraten werden ohne weitere Konzessionen bereit sein, grundlegende Veränderungen zu akzeptieren. Für Barack Obama ist die Gesundheitsreform ein Drahtseilakt mit großer Fallhöhe. In den nächsten Wochen entscheidet sich, ob der Präsident die Kraft hat, etablierte Strukturen aufzubrechen, oder ob der Konflikt zwischen Glaubwürdigkeit und Zugeständnissen in der Gesundheitspolitik für ihn unauflösbar bleibt.

Literatur

- Anderson, G. und B. Frogner (2008), »Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value per Dollar«, *Health Affairs* 27(6), 1718–1727.
- Anderson, G., B. Frogner und U. Reinhardt (2007), »Health Spending in OECD Countries, in 2004: An Update« *Health Affairs* 26(5), 1481–1489.
- Anderson, G., P. Hussey, B. Frogner und H. Waters (2005), »Health Spending In The United States And The Rest Of The Industrialized World«, *Health Affairs* 24(4), 903–914..
- Anderson, G. und P. Poullier (1999), »Health spending, access, and outcomes: trends in industrialized countries«, *Health Affairs* 18(3), 178–192.
- Brown, E., R. Kronick, N. Ponce, J. Kincheloe, S. Lavarreda und E. Peckham (2009), *The State of Health Insurance in California: Findings from the 2007 California Health Interview Survey*, UCLA Center for Health Policy Research. Los Angeles, CA.
- CIA World Factbook (2009), <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>, aufgerufen am 1. November 2009.
- CNNmoney.com (2009), »Fortune 500 Top Industries: Most Profitable«, <http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2009/performers/industries/profits/index.html>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Congressional Budget Office (2009), »Letter to Edward M. Kennedy, Chairman of the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions«, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/104xx/doc10431/07-02-HELPItr.pdf>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Davis, K., C. Schoen, S. Guterman, T. Shih, S. C. Schoenbaum und I. Weinbaum (2007), »Slowing the Growth of U.S. Health Care Expenditures: What Are the Options?«, The Commonwealth Fund, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2007/Jan/Slowing-the-Growth-of-U-S-Health-Care-Expenditures-What-Are-the-Options.aspx#citation>, aufgerufen 2. November 2009.
- Herszenhorn, D. und R. Pear (2009), »What the Health Care Bill Really Costs«, The New York Times online October 29th 2009, <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/10/29/a-health-care-bills-cost-the-reality/>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Himmelstein, D., D. Thorne, E. Warren und S. Woolhandler (2009), »Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study«, *American Journal of Medicine* 122(8), 741–746.

- Jaffe, S. (2009), »Health Policy Brief: A Public Health Insurance Plan«, *Health Affairs*, http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=4, aufgerufen am 2. November 2009.
- Jost, T. (2009), »Health Reform Requires Law Reform«, *Health Affairs* 28(5), w761–w769.
- Kaizer Family Foundation (2009a), »The Uninsured – A Primer: Key Facts About Americans Without Health Insurance«, <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-05.pdf>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Kaizer Family Foundation (2009b), »Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposals«, <http://www.kff.org/healthreform/sidebyside.cfm>, aufgerufen am 2. November 2009.
- National Center for Health Statistics (2009), »Health, United States, 2008«, <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus08.pdf#070>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Nolte, E. und C. McKee (2008), »Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis«, *Health Affairs* 27(1), 58–71.
- OECD (2009), »OECD Health Data 2009, June 09«, www.ecosante.org/oecd.htm, aufgerufen am 2. November 2009.
- Obama for America (2008), »Barack Obama and Joe Biden's Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable, Accessible Health Coverage for All«, <http://www.barackobama.com/pdf/issues/HealthCareFullPlan.pdf>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Reinhardt, U., P. Hussey und G. Anderson (2002), »Cross-National Comparison of Health Systems using OECD Data, 1999«, *Health Affairs* 21(3), 169–181.
- Reiman, A. und M. Angell (2002), »America's Other Drug Problem. How the Drug Industry Distorts Medicine and Politics«, *The New Republic*, Dezember 16, 27–41.
- Schoen, C., S. Collins, J. Kriss und M. Doty (2008), »How Many Are Underinsured? Trends Among U.S. Adults, 2003 and 2007«, *Health Affairs Web Exclusive*, June 10, w298–w309.
- Sered, S. und R. Fernandopulle (2005), »Uninsured in America: Life and Death in the Land of Opportunity«, University of California Press, Berkeley, CA.
- Social Security and Medicare Board of Trustees (2009), »A Summary of the 2009 Annual Social Security and Medicare Trust Fund Reports«, U.S. Social Security Administration, <http://www.ssa.gov/OACT/TRSUM/index.html>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Sood, N., H. de Vries, I. Gutierrez, D. Lakdawalla und D. Goldman (2009), »The Effect of Regulation of Pharmaceutical Revenues: Experience in Nineteen Countries«, *Health Affairs* 28(1), w125–w137.
- The New York Times (2009a), »Senator Reid Announces 'Opt-Out' Public Plan«, 26. Oktober 2009, <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/10/26/reid-to-announce-opt-out-public-plan-today/>, aufgerufen am 2. November 2009.
- Underwood, A. (2009), »So What's a Health Insurance Co-op, Anyway? Interview with Timothy Stoltzfus Jost«, The New York Times online, August 7, 2009, <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/08/17/so-whats-a-health-insurance-coop-anyway/>, aufgerufen 2. November 2009.
- U.S. House of Representatives (2009), »HR3962: Affordable Health Care for America Act«, http://docs.house.gov/rules/health/111_ahcaa.pdf, aufgerufen am 2. November 2009.
- WHO (2009), »World Health Statistics 2009«, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563819_eng.pdf, aufgerufen am 3. November 2009.
- Wilper, A., S. Woolhandler, K. Lasser, D. McCormick, D. Bor und D. Himmelstein (2009), »Health Insurance and Mortality in US Adults«, *American Journal of Public Health* 99(12), im Druck.

Umfassende Informationen zur Reformdebatte bietet die New York Times online unter <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/>.