

Historie und Perspektiven der US-Krankenversicherung*

Waltraut Peter, September 2011

Im März 2010 wurde in den USA eine Gesundheitsreform verabschiedet. Der wesentliche Teil dieser Reform ist die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht verbunden mit großzügigen staatlichen Beitragszuschüssen. Bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben findet ein Wechsel von einem Pauschalbeitrag hin zu einem einkommensabhängigen Beitrag für Wohlhabende statt. Dies geht mit merklichen Umverteilungswirkungen zugunsten der Bezieher niedriger Einkommen einher. Nach CBO-Berechnungen wird die Reform in den kommenden zehn Jahren insgesamt 940 Milliarden US-Dollar kosten und die Anzahl der Nichtversicherten um 31 Millionen Personen reduzieren. Mit der Verabschiedung des Gesetzes ist der politische Streit um die Krankenversicherung in den USA nicht verstummt. Vielmehr wird sich nach den Präsidentschaftswahlen im Herbst 2012 zeigen, welche Teile der Reform Bestand haben werden.

Es kam einer kleinen Revolution gleich, als der amerikanische Kongress im März 2010 gegen die Stimmen der Republikaner eine Gesundheitsreform verabschiedete, deren Kernstück die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht ist. Um die Tragweite der Reform zu verstehen, muss man weit in die amerikanische Geschichte zurückgehen. 100 Jahre zuvor hatte die Progressive Party zum ersten Mal einen Gesetzesentwurf für eine staatliche Krankenversicherung eingebracht. Er ist wie alle späteren Vorstöße in einem Kulturkampf versandet, bei dem es um die Deutungshoheit über das „unveräußerliche Recht des Menschen, nach Glück zu streben“ ging. Dieses Recht steht für die Freiheit des Einzelnen, sein Glück zu suchen, es zu finden oder zu scheitern, ohne dass der Staat dazwischentritt. Die Hauptkonfliktlinie verläuft seitdem zwischen den Befürwortern von „big government“ und denen von „small government“, oder zwischen Demokraten und Republikanern, wobei jede Partei viele eigene Lager hat. Ein „heiliger Krieg“ um Amerikas Werte war deshalb vorprogrammiert, als Präsident Obama die Einführung einer „bezahlbaren Krankenversicherung für jeden“ versprach.

* Diese Studie ist Teilergebnis des von der informedia-Stiftung – Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften und Publizistik Köln geförderten Forschungsprojekts „Wettbewerb der Sozialstandards in einer globalisierten Wirtschaft“.

Der erste Abschnitt der folgenden Analyse skizziert die Geschichte dieses als Kulturkampf ausgefochtenen Verteilungskampfes bis zur jetzigen Reform. Sie illustriert zugleich die Pfadabhängigkeit der Sozialpolitik. Der zweite Abschnitt beschreibt den Inhalt der Reform und die zu erwartenden Effekte. Schließlich folgt ein Überblick über die bisherige Umsetzung und die Chancen, ob die Reform Bestand haben kann.

Historische Entwicklung

Bis ins 20. Jahrhundert gab es in den USA nur private Krankenversicherungen („sickness insurances“). Weil die Arbeitgeber im Krankheitsfall keinen Lohn zahlten, konnten sich die Arbeitnehmer damit gegen einen Einkommensausfall versichern. Dieser Versicherungsbeitrag war, laut einer Erhebung in Illinois im Jahr 1919, viermal höher als die Arztkosten, die zu dieser Zeit wegen der noch wenig entwickelten medizinischen Technik relativ niedrig waren. Das Gros der Arbeiter konnte sich die Prämien allerdings nicht leisten und die kommerziellen Versicherer blieben reserviert, weil sie ein unkalkulierbares Risiko adverser Effekte auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten fürchteten. Ärzteverbände, Pharmaunternehmen und Versicherungen waren zudem prinzipiell gegen jede staatliche Einmischung in ihre unternehmerische Freiheit und Preiskalkulation. Ein Umdenken begann erst mit dem Erstarken der Gewerkschaften und der sogenannten „progressiven Bewegung“. Beide forderten mehr Schutzrechte für Arbeitnehmer und eine gesetzlich geregelte Krankenversicherung für Familien mit niedrigem Einkommen. Sie begründeten die Forderung damit, dass die Arbeiter im Zeitalter der Industrialisierung und mit der Entstehung großer Unternehmen nicht mehr wie einst die Siedler „Herr ihrer eigenen Geschicke“, sondern vielmehr in hohem Maß abhängig Beschäftigte sind. Deswegen müsse der Staat stärker in die Arbeitsbeziehungen eingreifen. Mit dem Ersten Weltkrieg und dem folgenden Aufschwung verloren diese Argumente jedoch an Zugkraft und nach der Gründung der Sowjetunion wurden Staatseingriffe noch stärker infrage gestellt (Birn et al., 2003).

Neuen Auftrieb erhielten die Reformbefürworter durch die verheerenden sozialen Folgen der Großen Depression Ende der 1920er Jahre. Präsident Roosevelt sah seine erste Aufgabe darin, die Beschäftigung zu stimulieren. Ein gigantisches staatliches Arbeitsbeschaffungsprogramm verschaffte bis zum Kriegseintritt 5 Millionen Menschen Arbeit. Zugleich war er aber davon überzeugt, dass Notprogramme nicht reichen würden, sondern ein dauerhaftes soziales Sicherungsnetz notwendig wäre. Im Jahr 1935 gelang es ihm mit überwältigender Mehrheit der Demokraten, eine gesetzliche Renten- und Arbeitslosenversicherung einzuführen. Auf die ursprünglich beabsichtigte Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung wurde verzichtet, obwohl die Kosten für Krankenhausbehandlungen rapide stiegen und die Ärzte bei Kriegseintritt die Hälfte der jungen Männer wegen ihres schlech-

ten Gesundheitszustandes als untauglich für den Wehrdienst erklärten. Aber bei den Wählern war die Angst vor „sozialistischen“ Neuerungen nicht ausgeräumt, sodass die Reform politisch keinen Rückhalt hatte (Schild, 2003).

Indessen hatte die Untätigkeit des Staates eine Selbsthilfe-Bewegung in Gang gesetzt. Als die Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen in den 1920er Jahren schnell anwuchs, schlossen 1.300 Lehrer in Dallas einen Vertrag mit einem Universitätskrankenhaus, der den Versicherten für einen Festbetrag von 6 US-Dollar einen kostenlosen Krankenhausaufenthalt von 21 Tagen und der Klinik die Bezahlung der Rechnung garantierte. Es war die Geburtsstunde der sogenannten vorausbezahlten Krankenhauspolicen („prepaid hospital service plans“). Diese revolutionierten den amerikanischen Versicherungsmarkt, als kommerzielle Anbieter sahen, dass die Non-Profit-Organisationen Blue Cross und Blue Shield zügig wuchsen. Gleichzeitig entdeckten die Versicherungen, dass sie Moral Hazard minimieren und die gemeinnützigen Konkurrenten unterbieten konnten, wenn sie Vorauszahlung forderten und ihr Angebot auf junge, gesunde Arbeiter beschränkten. Dabei nutzten sie den Vorteil, dass sie als privatwirtschaftliche Unternehmen die Beitragshöhe nach Gesundheitsrisiken staffeln („experience ranking“) durften, während Non-Profit-Organisationen Einheitsbeiträge („community ranking“) erheben mussten. Bis Anfang der 1950er Jahre hatten die privatwirtschaftlichen Unternehmen ihre Konkurrenz überholt.

Weiteren Auftrieb erhielt der Versicherungsmarkt dadurch, dass die Bundesregierung in den 1940er Jahren betriebliche Krankenversicherungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zunehmend attraktiv machte. Weil die Arbeitgeberbeiträge für eine Betriebskrankenkasse von dem 1942 verhängten Lohn- und Preisstopp ausgenommen waren, wurden diese zu einem zentralen Instrument beim Werben um Arbeitskräfte. Ab 1943 galten die Arbeitgeberbeiträge an eine Krankenversicherung nicht mehr als steuerpflichtiges Arbeitnehmereinkommen. Im Jahr 1949 entschied der Supreme Court, dass die Beiträge Teil des Lohns sind und damit verhandelbar. Das war bedeutsam, weil die mitgliederstärksten Gewerkschaften sich darauf konzentriert hatten, in wirtschaftlich erfolgreichen Unternehmen Betriebskrankenkassen zu fordern. Je erfolgreicher sie damit waren, desto weiter rückten sie von der Forderung nach einer staatlichen Krankenversicherung ab. So kam es, dass arbeitgeberfinanzierte Versicherungspolicen („employer-sponsored insurance plans“) zusammen mit den kommerziellen Versicherungen („fee-for-service insurance plans“) schon zu Beginn der 1950er Jahre zu Ecksteinen des US-Krankenversicherungssystems wurden. Im Zeitraum 1940 bis 1960 wuchs die Anzahl der Privatversicherten von 10 Millionen auf 130 Millionen. Mehr als zwei Drittel davon waren Mitglied einer betrieblichen Krankenkasse.

Dem Staat blieb die Aufgabe, sich um die Folgen der eigenen Tatenlosigkeit zu kümmern. Besonders gravierend waren der Anstieg der Anzahl der Nichtversicherten und die Explosion der Gesundheitskosten. Nicht nur für das Fünftel der Bevölkerung mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze, sondern auch für wachsende Teile der Mittelschicht, besonders für die über 65-Jährigen, waren die Kosten einer medizinischen Versorgung längst zu einer existenziellen Belastung und einem Treiber der Einkommensungleichheit geworden. Als Johnson 1963 Präsident wurde, machte er deshalb die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung für Arme, Behinderte und Rentner zu einem Kernstück seines Programms (Great Society). Mit einer starken demokratischen Mehrheit im Kongress, der Unterstützung der Bürgerrechtsbewegung, noch beherrschbar erscheinenden Kosten des Vietnamkriegs und außergewöhnlichem politischem Geschick gelang es ihm 1965, sowohl eine Krankenversicherung für Rentner und dauerhaft Erwerbsunfähige (Medicare) als auch eine bedürftigkeitsgeprüfte Versicherung für arme Familien (Medicaid) durchzusetzen (Peter, 2010). Medicare ist bundesweit einheitlich geregelt und hatte zunächst zwei Teile: Teil A versicherte alle Empfänger für die Kosten eines Krankenhausaufenthalts und wurde aus den Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber – je 1,25 Prozent des Bruttolohns – finanziert. Die Einführung des Versicherungsschutzes war somit für die erste Rentnergeneration kostenlos. Teil B deckte die Kosten ambulanter Behandlungen ab. Allerdings mussten die Empfänger hierfür eine beitragspflichtige Versicherung abschließen, deren Ausgaben über diese Beiträge und Steuersubventionen gedeckt wurden. Weil die Erstattungssätze von der Regierung vorgegeben wurden, durften die Ärzte entscheiden, ob sie Medicare-Patienten behandeln und normale, übliche und angemessene Behandlungskosten fordern wollten. Bei Medicaid übernimmt der Staat die Kosten für eine Krankenversicherung für arme Familien. Die Anzahl der Empfänger wuchs rasch: Im Jahr 2010 erhielten 47 Millionen Amerikaner Medicare und 48 Millionen Medicaid (Kaiser Family Foundation, 2009a).

Da auch die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen stieg, bezahlten die Steuerzahler für die Sozialleistungen in den Folgejahren einen hohen Preis. Im Zeitraum 1965 bis 1971 stiegen die staatlichen Gesundheitsausgaben von 39 Milliarden auf 75 Milliarden US-Dollar. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) wuchs von 7,2 Prozent im Jahr 1970 auf 9,1 Prozent im Jahr 1980. Eine Kostendämpfung war also dringend nötig. Dabei stand die Effizienzsteigerung im Vordergrund. Die Republikaner sahen in einer Stärkung des Wettbewerbs hierfür das beste Mittel. Präsident Nixon setzte deshalb auf „managed care“ und staatlich zertifizierte Health Maintenance Organizations (HMO). Es handelte sich um Organisationsformen und -techniken, die die Kosten senken sollten, indem sie Verträge mit einem Pool von Leistungserbringern abschlossen. Diese erhielten von den HMOs Festbeträge, sie unterlagen zugleich aber ihrer strikten Regulierung und Kontrolle. Für die

Krankenversicherten bedeutete dies, dass im Unterschied zu den traditionellen Fee-for-Service-Versicherungen nur solche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt wurden, die von der Gruppe der Leistungserbringer („provider pool“) angeboten wurden, aber nur in der Höhe und dem Umfang, die die jeweilige HMO vorschrieb.

Im Jahr 1973 verabschiedete der Kongress den Health Maintenance Organization Act, der den HMOs neben dem Recht mit einem Verbund von Ärzten und Krankenhäusern zu kontrahieren, auch das Recht gewährte, gewinnorientiert zu wirtschaften. Die Folge war, dass sich überall in den USA HMOs etablierten, der bisherige Ärztemangel in einen Überschuss umschlug, neue Gesundheitszentren und Pflegedienste auf den Markt drängten und immer mehr Krankenhäuser von privatwirtschaftlichen Unternehmen übernommen wurden. Die Konsumenten waren allerdings überzeugt, dass die HMOs mehr an ihrem eigenen Nutzen als dem ihrer Kunden interessiert waren. Zudem stiegen die Gesundheitskosten ungebremsst weiter an. Trotzdem hat sich „managed care“ fest am US-Gesundheitsmarkt etabliert. Inzwischen sind 90 Prozent aller Versicherten in unterschiedlicher Form in diesem System involviert.

Präsident Reagan unternahm ebenfalls den Versuch, die Kostenexplosion einzudämmen. Bei seinem Amtsantritt im Jahr 1982 kündigte er an, alle 26 von der Bundesregierung mitfinanzierten Gesundheitsprogramme in zwei fixe, statt prozentuale Zuschüsse („block grants“) der Bundesregierung an die Einzelstaaten zu bündeln. Ein Zuschuss sollte für medizinische Dienstleistungen, der andere für Vorsorgemaßnahmen vergeben werden. Parallel sollte das Gesundheitsbudget um 25 Prozent gekürzt werden. Noch im gleichen Jahr wurde der Omnibus Budget Reconciliation Act verabschiedet, mit dem die Ausgaben aller Gesundheitsprogramme gekürzt und viele zu einem fixen Zuschuss zusammengefasst wurden. Im Gegenzug erhielten die Einzelstaaten mehr Kompetenzen bei der Umsetzung der Programme. Ein Jahr später wurden Festbeträge für Medicare- und Medicaid-Leistungen eingeführt. Die Demokraten liefen Sturm gegen diesen Kurs und erzielten einen kleinen Sieg, als Präsident Reagan der Einführung eines Nothilfe-Zuschusses („catastrophic benefit“) für Medicare-Empfänger zustimmte. Diese im Jahr 1988 eingeführte Beihilfe war als Versicherungsleistung ausgestaltet, für die Rentner gesonderte Beiträge bezahlen mussten. Als diesen jedoch klar wurde, dass sie Beiträge für Leistungen zahlen sollten, die sie vielfach nicht wollten – Rentner mit geringen Einkommen erhielten diese bereits über Medicaid und Bessergestellte hatten meist Zusatzversicherungen –, brach ein Sturm der Entrüstung los. Dieser schwoll noch an, als bekannt wurde, dass allein die notwendigen Lesegeräte in 92.000 Apotheken und die Bearbeitung der Millionen Erstattungsanträge die Kosten auf 12 Milliarden US-Dollar hochtreiben würden. Dass das Gesetz daraufhin wieder

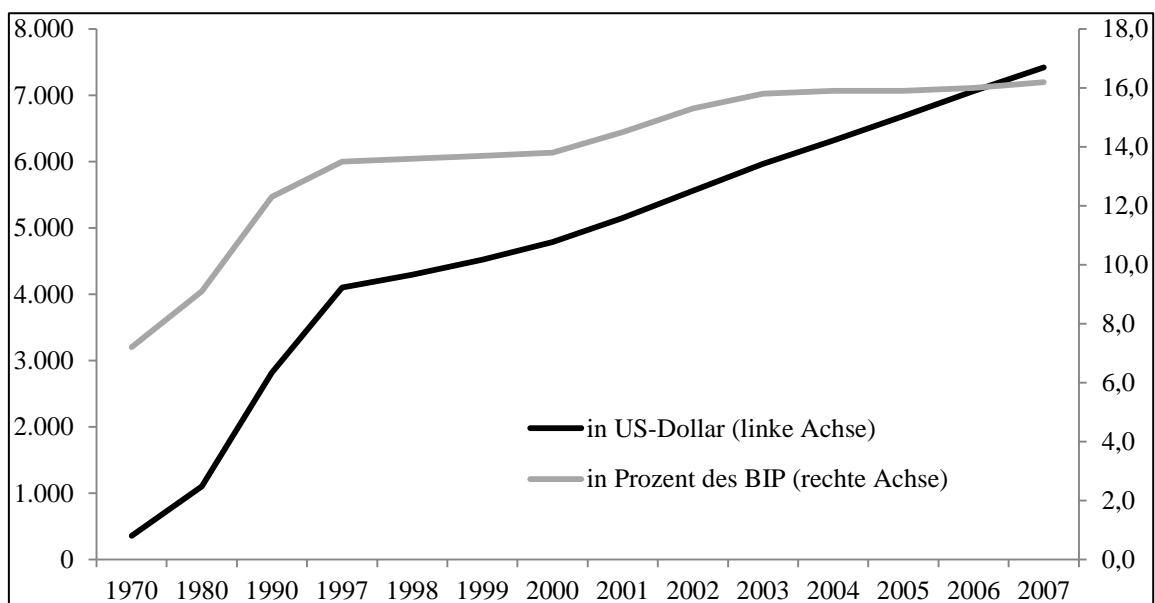
gestrichen wurde, zitieren Obamas Gegner heute als Beweis, dass Gesundheitsreformen widerrufbar sind.

Derweil nahm die Inflation der Gesundheitsausgaben immense Ausmaße an. Wurde im Jahr 1970 noch von einer „60-Billionen-Dollar-Krise“ gesprochen (Starr, 1992), summieren sich die Ausgaben im Jahr 1991 auf über 800 Billionen US-Dollar oder 13,2 Prozent des BIP (Abbildung 1). Weil die Versicherungsbeiträge sogar um 20 Prozent pro Jahr stiegen, sank der Anteil der Arbeitgeber, die ihren Angestellten eine Gruppenversicherung anboten, von 80 auf 69 Prozent. Unternehmen, die weiterhin eine Betriebskrankenkasse hatten, kürzten ihre Beiträge, führten Selbstbehalte und Zuzahlungen ein oder wechselten zu einer preiswerteren und begrenzteren Versicherung.

Abbildung 1

Gesundheitsausgaben in den USA

Ausgaben je Einwohner in US-Dollar und in Prozent des BIP



Quellen: Kaiser Family Foundation, 2009b; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Nachdem im Jahr 1991 der Demokrat Wofford in Pennsylvania mit einer engagierten Kampagne für eine Gesundheitsreform unerwartet in den Senat gewählt wurde, versprach Präsident Clinton, das Gesundheitssystem zu reformieren und jedem Amerikaner eine bezahlbare medizinische Versorgung zu sichern. Nach seinem Amtsantritt setzte er eine Task Force aus 34 geheim tagenden Arbeitsgruppen mit 600 Experten unter Vorsitz seiner Frau ein. Das Ergebnis präsentierte er dem Kongress im September 1993 (Hecló, 1995). Hauptziel war, alle Akteure im Gesundheitswesen in ein einziges, bundesweites Regelwerk zu

integrieren. Die wichtigsten Stellschrauben sollten eine Versicherungspflicht für Individuen und Arbeitgeber, die Gründung von Kundenallianzen („health-purchasing alliances“) unter Aufsicht der Einzelstaaten, gesetzliche Mindeststandards bezüglich des Leistungsumfangs, Obergrenzen für die jährlichen Zusatzausgaben („out-of-pocket costs“) und Beitragsfreiheit für Versicherte mit niedrigen Einkommen sein. Die Reform sollte sich im Wesentlichen aus Effizienzgewinnen – mehr Wettbewerb und administrative Verschlinkung – finanzieren. Die Republikaner erwarteten jedoch höhere Versicherungsbeiträge, eine schlechtere medizinische Versorgung, Einschränkungen der freien Arztwahl und Rationierungen. Sie schürten damit die Ängste der Wähler und konnten von ihren eigenen Befürchtungen ablenken, dass es Clinton gelingen würde, die Mittelschichten für einen starken Wohlfahrtsstaat zu gewinnen und sie damit langfristig an die Demokratische Partei zu binden.

Nachdem die Republikaner sowohl 1994 als auch 1996 ihre Mehrheit im Senat ausbauen konnten, gelang es ihnen im Jahr 1996 zusammen mit den Demokraten, eine radikale Sozialhilfereform zu verabschieden (Peter, 2001; 2005). Sie stimmten zwei begrenzten Verbesserungen des Krankenversicherungsschutzes zu. Die erste war der Kennedy-Kassebaum Health Insurance Act (1996). Er beschränkte die Möglichkeiten der Versicherungen, Vorerkrankungen, die in den sechs Monaten vor Vertragsabschluss diagnostiziert oder therapiert worden waren, für länger als zwölf Monate von der Kostenübernahme auszuschließen. Damit sollten Erwerbstätige, die ihren Arbeitsplatz wechseln oder verlieren, besser gegen den Verlust ihres Versicherungsschutzes abgesichert werden. Gleichzeitig sollte damit die Freizügigkeit der Arbeitnehmer erhöht werden, indem es den „Klebeeffekt“ der Mitgliedschaft in einer Betriebskrankenkasse („job lock“) verringerte. Die zweite Reform war die Einführung des Children’s Health Insurance Program (CHIP). Es subventionierte die Krankenversicherung für Kinder von Familien, deren Einkommen zu hoch war, um Medicaid zu erhalten (Einkommen höher als 130 Prozent der Armutsgrenze), aber zu niedrig, um eine Versicherung bezahlen zu können (Einkommen niedriger als 200 Prozent der Armutsgrenze). Der Bund garantierte den Einzelstaaten dafür über zehn Jahre insgesamt 20 Milliarden US-Dollar. Die verbleibenden Kosten mussten sie übernehmen. Das Programm garantierte jedoch keinen Anspruch. Sobald das jährliche Budget ausgeschöpft war, blieb den Antragstellern nur ein Platz auf der Warteliste.

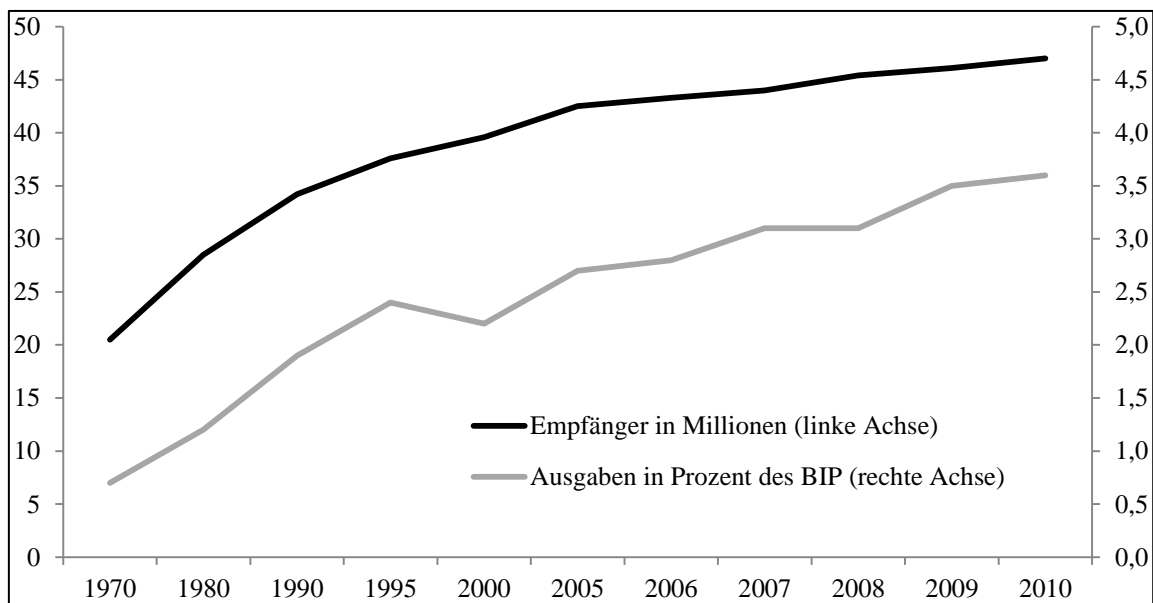
Die nächste Initiative war die konsumentenorientierte Krankenversicherung („consumer-driven health care“). Um die Position der Versicherungskunden zu stärken, wollten beide Parteien Klein- und Mittelbetrieben erlauben, Allianzen zu bilden, die mit den Versicherungen verhandeln. Die Demokraten wollten die Betriebe subventionieren, während die

Republikaner weiter darauf setzten, dass die größere Marktmacht der Allianzen die Gesundheitskosten senken würde. Zusätzlich warben sie für die Einrichtung von staatlich regulierten Health Savings Accounts (HSA), um die Wahlfreiheit und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern. Strategisch zielte dies auf die Privatisierung von Medicare. Ein erster Erfolg gelang mit dem Balanced Budget Act von 1997, der Medicare-Empfängern die Option einräumte, ihre Leistungen über eine Privatversicherung zu beziehen (Medicare+Choice). Abbildung 2 zeigt dazu die Entwicklung der Medicare-Empfänger und der Ausgaben ab dem Jahr 1970. Die Privatversicherung erhielt für jeden versicherten Empfänger aus dem Medicare Trust Fund einen monatlichen Festbetrag, der weit höher war (bis zu 2.000 US-Dollar pro Monat) als die Prämien für Versicherte ohne Medicare (150 bis 350 US-Dollar). Damit konnten die Krankenversicherungen auch Leistungen erstatten, die Medicare nicht abdeckte, zum Beispiel Zahn- und Augenbehandlungen. Dafür durften sie, anders als Medicare, die Arzt- und Krankenhauswahl beschränken.

Abbildung 2

Empfänger und Ausgaben von Medicare

Empfänger in Millionen und Ausgaben in Prozent des BIP



Quellen: Kaiser Family Foundation, 2010b; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Im Jahr 2003 folgte der Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (Kaiser Family Foundation, 2010a). Er gewährte Medicare-Empfängern ein Anrecht auf Subventionen und Steuernachlässe für rezeptpflichtige Medikamente. Auslöser war deren alarmierender Kostenanstieg, der viele Rentner – im Jahr 2000 waren es 39,6 Millionen, wobei jeder Siebte unter 65 Jahre alt war – in finanzielle Bedrängnis brachte, weil sie nötige Arzneien nicht bezahlen konnten. Im Jahr 2003 hatte gut ein Drittel der armen Senioren

keine Versicherung, die die Kosten von Medikamenten auch nur teilweise erstattete. Die übrige Bevölkerung wurde von der Kostenexplosion ebenso getroffen. Im Jahr 2008 betragen die Ausgaben für rezeptpflichtige Medikamente 234 Milliarden US-Dollar – sechsmal so viel wie im Jahr 1990. Zwar machten im Jahr 2008 diese Ausgaben nur 10 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus (Krankenhäuser: 31 Prozent, ambulante Versorgung: 21 Prozent), bis in die frühen 2000er Jahre waren sie aber jährlich in zweistelliger Höhe gestiegen, während die Zuwachsraten der Ausgaben der Krankenhäuser und ambulanten Versorgung im einstelligen Bereich lagen (Kaiser Family Foundation, 2009b).

Das im Jahr 2006 in Kraft getretene Gesetz erwies sich jedoch für viele Versicherte als Falle. Es sah vor, dass die Ausgaben für Medikamente zwischen 296 und 2.700 US-Dollar zu 75 Prozent aus der Medicare-Kasse übernommen wurden. Ab 2.701 US-Dollar sank der staatliche Zuschuss auf null. Erst oberhalb von 6.154 US-Dollar betrug er wieder 95 Prozent. Der Gesetzgeber hatte das „doughnut hole“, also die Lücke zwischen 2.700 und 6.154 US-Dollar, bewusst geschaffen. Es sollte die Medicare-Ausgaben sowie die Prämien und Steuerzuschüsse in Grenzen halten.

Außerdem setzten die Republikaner im Jahr 2003 die Einführung der bereits angesprochenen Health Savings Accounts durch. Dies sind Sparkonten, in die der Einzelne oder eine Familie begrenzt Beträge steuerfrei einzahlen kann. Im Jahr 2010 lag diese Grenze pro Jahr bei 3.050 US-Dollar für einen Alleinstehenden und bis zu 6.150 US-Dollar für eine Familie. Arbeitgeber können diese Beiträge bezuschussen. Die verzinsten Sparguthaben dürfen unbegrenzt wachsen, allerdings ausschließlich für rezeptpflichtige Medikamente und medizinische Behandlungen ausgegeben werden. Bei Arbeitslosigkeit können sie auch für Krankenversicherungsbeiträge herangezogen werden. Um in den Genuss der Steuerbefreiung zu kommen, müssen Kontoinhaber zusätzlich eine High Deductible Health Insurance (HDI) abschließen, das heißt eine Krankenversicherung mit hoher Selbstbeteiligung von mindestens 1.200 US-Dollar jährlich für einen Alleinstehenden und 2.400 US-Dollar für eine Familie (Angaben für das Jahr 2010). Sie darf allerdings 5.950 US-Dollar für einen Alleinstehenden und 11.900 US-Dollar für eine Familie nicht überschreiten. Dafür sind die Versicherungsbeiträge relativ niedrig, weil die Bearbeitung und Bezahlung von Routinebehandlungen entfällt. Die Beitragshöhe wird individuell auf Basis des Alters und Wohnsitzes, der Krankengeschichte und Art der Versicherung, des Datums des Vertragsabschlusses und Ähnlichem festgelegt. Arbeitgeber können Health Reimbursement Accounts für Gesundheitskosten, die ihre Betriebskrankenkasse nicht abdeckt, anlegen. Die Einzahlungen sind steuerabzugsfähig. Einen weiteren Erfolg konnten die Republikaner mit Änderungen des Medicare+Choice-Programms verbuchen. Um möglichst viele Medicare-Empfänger

dazu zu bringen, von der staatlich gelenkten Krankenversicherung für Alte und Behinderte in eine private Krankenversicherung zu wechseln, stärkt das in Medicare Advantage umbenannte Programm die Anreize für Privatversicherer, Medicare-Empfänger zu umwerben. Dazu wurden den Versicherungsunternehmen neue Möglichkeiten eingeräumt, das Angebot für Kunden in Medicare Advantage zu beschränken, zum Beispiel auf eine bestimmte Region oder Medikamentenliste (Kaiser Family Foundation, 2009b).

Keinen Erfolg hatten die Republikaner während der Bush-Administration mit ihren Vorstößen gegen Medicaid. Ihr Antrag, die Ausgaben hierfür binnen fünf Jahren um 13 Milliarden oder knapp 1,5 Prozent der geschätzten Bundesausgaben zu kürzen, scheiterte trotz des Vetos von Präsident Bush im Kongress.

Die Gesundheitsreform 2010

Die Entscheidung von Präsident Obama, die Einführung einer bezahlbaren Krankenversicherung für jeden ganz oben auf seine innenpolitische Agenda zu setzen, war die Fortführung seines Leitthemas (Peter, 2010). Die Grundfrage unserer Zeit, so sagte er im Wahlkampf, sei, „ob wir es zulassen, dass Amerika eine Nation von sehr Reichen und sehr Armen wird, ... oder ob wir dem Versprechen dieses Landes treu bleiben und eine Zukunft bauen, in der der Erfolg von uns allen auf dem Erfolg jedes Einzelnen aufbaut“. Jede Politik, die zum Ziel hat, die weitere Erosion der Mitte aufzuhalten, musste unvermeidbar beim Gesundheitswesen ansetzen, weil die Kostenexplosion hier verheerende Auswirkungen zeigte. Die Ausgaben je Kopf (Abbildung 1) bilden den Anstieg der Belastungen der Mittelschichten nur unzureichend ab, weil sie die Gesamtausgaben auf die Gesamtbevölkerung verteilen. Dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Mittelschichten besonders hart traf, verdeutlicht der vorherige Abschnitt. Während arme Familien über Medicaid weitgehend kostenlos krankenversichert waren und die Reichen sich teure Privatversicherungen leisten konnten, wurde die Mittelschicht gleich mehrfach in die Zange genommen. Im Zeitraum 1990 bis 2009 sank der Anteil der Arbeitnehmer mit einer arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung von 60,4 Prozent auf 55,8 Prozent (U.S. Census Bureau, 2010). Wo die Betriebskrankenkassen bestehen blieben, wurden die Leistungen gekürzt. Immer mehr Arbeitnehmer mussten eine Privatversicherung oder Zusatzversicherung abschließen und waren damit nicht nur überproportional steigenden Kassenbeiträgen ausgesetzt, sondern auch rasant steigenden Zuzahlungen. Eine Folge war das Anwachsen der Anzahl der Nichtversicherten von 35 Millionen auf 50,7 Millionen im Zeitraum 1990 und 2009. Von ihnen verfügten im Jahr 2009 insgesamt 35 Prozent über ein Einkommen unterhalb der Armutsgrenze, sie hatten aber als nicht dauerhaft erwerbsunfähige Alleinstehende

Übersicht

Zeitplan und Komponenten der US-Gesundheitsreform

2010	<p>90 Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes dürfen die Versicherungen niemanden mehr wegen einer Vorerkrankung ausschließen. Der „high-risk pool“ überbrückt die Zeit bis zur Einrichtung der Health Insurance Exchanges 2014.</p> <p>Ab dem Steuerjahr 2010 erhalten kleine Unternehmen eine Steuergutschrift („small business tax credit“), wenn sie ihren Arbeitnehmern eine Krankenversicherung (KV) anbieten. Sie beträgt 35 Prozent der Kosten der KV, 25 Prozent der Ausgaben bei Non-Profit-Organisationen.</p> <p>90 Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes dürfen KV kein Kind mit Vorerkrankung mehr ausschließen. Rentner, die über Medicare Part D (Medikamentausgaben) versichert sind und ins „doughnut hole“ fallen, erhalten einen Scheck über 250 US-Dollar.</p> <p>KV dürfen Mitgliedern, die krank werden, nicht mehr kündigen.</p> <p>Sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes dürfen KV keine Verträge mit Life-time-Limits mehr anbieten. Für neue Gruppen- und individuelle Verträge erlässt das DHHS strikte Regeln, wenn die Verträge jährliche Höchstausgaben festschreiben.</p> <p>Alle neuen Versicherungsverträge müssen Vorsorgemaßnahmen ohne Eigenbeteiligung der Versicherten abdecken.</p> <p>Sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes müssen alle KV Jugendlichen bis zum Alter von 26 Jahren offenstehen.</p> <p>Die KV müssen gegenüber dem DHHS jährlich berichten, welchen Anteil der Beitragseinnahmen sie für medizinische Dienste ausgegeben haben. Beträgt er weniger als 80 oder 85 Prozent, müssen sie ihren Kunden ab 2011 Konsumentenrabatte einräumen.</p> <p>Die Einzelstaaten erhalten Bundeszuschüsse, um KV zu verpflichten, geplante Beitragserhöhungen zu begründen. KV, die die Beiträge unangemessen erhöhen, werden von den Health Insurance Exchanges ausgeschlossen.</p> <p>15 Milliarden US-Dollar werden über zehn Jahre bewilligt, um Investitionen in Vorsorge und öffentliche Gesundheitsprogramme zu tätigen und auszubauen.</p> <p>Einzelstaaten dürfen ab sofort die Einkommensgrenze für den Bezug von Medicaid auf 133 Prozent der Armutsgrenze anheben.</p>
2011	<p>Medicare-Part-D-Empfänger im „doughnut hole“ erhalten einen Zuschuss von 50 Prozent ihrer Ausgaben für patentierte Medikamente und schrittweise steigende Preisnachlässe für Generika.</p> <p>Medicare-Empfänger erhalten kostenlose Vorsorgemaßnahmen. Hausärzte erhalten einen 10-Prozent-Bonus für die Behandlung von Medicare-Patienten.</p> <p>Ein Graduate-Medical-Education-Programm soll die Ausbildung von Hausärzten („primary care doctors“) unterstützen.</p> <p>Das DHHS beruft ein Independent Payment Advisory Board, das Vorschläge für den Kongress und die Gesundheitsindustrie machen soll, um die Solvenz von Medicare zu verlängern, die Gesundheitskosten zu senken, die Qualität und Effizienz medizinischer Dienstleistungen zu verbessern und den Zugang zu evidenzbasierter Versorgung zu erweitern.</p>
2012	<p>Eine Reform der Arzthonorare soll die Bezahlung von Hausärzten attraktiver machen und Ärzte ermuntern, sich in „accountable care organizations“ zusammenzuschließen.</p> <p>Ein „hospital value-based purchasing program“ soll Akutkrankenhäusern Anreize für Verbesserungen der medizinischen Ergebnisse geben. Eine Kommission erhebt die Häufigkeit der Wiederaufnahme von Patienten mit „high-cost conditions“. Krankenhäuser mit den höchsten Raten müssen Strafzahlungen entrichten.</p>
2013	<p>Die Einzelstaaten erhalten finanzielle Anreize, um kostenlose Vorsorgemaßnahmen in ihre Medicaid-Programme aufzunehmen.</p>
2014	<p>Die Versicherungspflicht tritt in Kraft.</p> <p>Die Health Insurance Exchanges gehen an den Start.</p> <p>Der „small business tax credit“ steigt auf 50 Prozent der Ausgaben für eine betriebliche KV.</p> <p>KV dürfen niemanden mehr wegen einer Vorerkrankung ausschließen.</p>

keinen Anspruch auf Medicaid. Der Rest der Nichtversicherten gehörte zur Mittelschicht. Insgesamt hatten 43 Prozent der Nichtversicherten ein Jahreseinkommen oberhalb des statistischen Medianeinkommens (O'Neill/O'Neill, 2009).

Der typische Nichtversicherte ist also nicht arm, gesund und eher jung. Im Notfall kann er eine Notfallambulanz („emergency room“) aufsuchen. Solange er gesund bleibt, rentiert sich diese Option. Das Nachsehen haben die Steuerzahler und Versicherten, die diese Behandlungen bezahlen müssen, und das sind wiederum vornehmlich die Mittelschichten. Es wird geschätzt, dass sich die Kosten dieser Behandlungen inzwischen auf 10 bis 30 Prozent aller Gesundheitsausgaben summieren.

Trotz aller guten Absichten stellt das 2.800 Seiten umfassende Gesetz, das der Kongress im März 2010 mit knapper Mehrheit verabschiedet hat, keine Seite wirklich zufrieden. Dennoch sagte Obama bei seiner Unterzeichnung: „Heute, nach fast einem Jahrhundert der Versuche, heute, nach einer einjährigen Debatte, heute, nachdem alle Stimmen gezählt sind, wird die Reform des amerikanischen Krankenversicherungssystems Gesetz der Vereinigten Staaten. ... Es wird nicht alle Mängel des Gesundheitssystems reparieren. Aber es bewegt uns entschieden in die richtige Richtung. So sieht Wandel aus.“ Die Republikaner hielten dagegen: „Letzte Nacht,“ so der vormalige republikanische Abgeordnete Simmons, „hat Washington dem amerikanischen Volk eine lange Nase gemacht, ein Sechstel der amerikanischen Wirtschaft übernommen und den Schuldenberg, der über der Zukunft unserer Kinder liegt, weiter vergrößert.“ Jetzt sei die Zeit, gegen „diesen Billionenangriff auf unsere Freiheit“ bis zur Widerrufung des Gesetzes zu kämpfen.

Nicht gelungen ist den Demokraten die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung („public option“). Allerdings haben sie sich bei der Einführung einer Versicherungspflicht für alle („individual mandate“) durchgesetzt. Sie stellt das Kernstück dar, um das herum alle übrigen Gesetzesteile konzipiert sind. Alle Einzelstaaten sollen bis 2014 Health Insurance Exchanges einrichten. Jeder Amerikaner einschließlich der Nichtversicherten und Selbstständigen kann Mitglied in einer dieser Krankenversicherungen werden. Individuen und Familien, die über ein Einkommen zwischen 100 und 400 Prozent der gesetzlichen Armutsgrenze verfügen, haben Anspruch auf staatliche Beitragszuschüsse („premium credits“), sofern sie nicht Medicare oder Medicaid beziehen. Die Höhe der Prämienzuschüsse errechnet sich aus dem Einkommen und dem vom Gesetz fixierten Eigenanteil der Versicherten. Dieser Eigenanteil steigt von 2 Prozent für Alleinerziehende mit drei Kindern (maximal 586 US-Dollar im Jahr) auf 9,5 Prozent bei einem steuerpflichtigen Einkommen von 300 bis 400 Prozent der Armutsgrenze (maximal 8.379 US-Dollar). Die

Finanzämter überweisen den Zuschuss direkt an die Versicherungen. Er soll sich jährlich um den Prozentsatz erhöhen, um den die Versicherungsbeiträge stärker als die Haushaltseinkommen steigen.

Mindestens zwei der in den Health Insurance Exchanges der Einzelstaaten notierten Krankenversicherungen müssen länderübergreifende Versicherungsverträge anbieten, und mindestens eine Krankenversicherung muss nicht gewinnorientiert arbeiten. Weil kleine Unternehmen aufgrund ihrer geringen Marktmacht im Durchschnitt um 18 Prozent mehr für eine Krankenversicherung ausgeben müssen als Großunternehmen, sollen die Einzelstaaten zusätzlich Versicherungsbörsen für kleine Unternehmen einrichten. Unternehmen mit weniger als 25 Angestellten, die im Durchschnitt nicht mehr als 50.000 US-Dollar pro Jahr verdienen und die ihren Mitarbeitern eine betriebliche Krankenversicherung anbieten, erhalten mit Inkrafttreten des Gesetzes Steuerzuschüsse. Diese Zuschüsse betragen zunächst 35 Prozent des Arbeitgeberbeitrags, wenn der Arbeitgeber mindestens 50 Prozent der Gesamtkosten übernimmt. Ab dem Jahr 2014 sollen sie auf 50 Prozent steigen, bevor sie ab 2016 wieder langsam sinken.

Damit die Versicherungspflicht greift, sieht die Reform ab 2014 eine Strafzahlung sowohl für Individuen und Familien als auch für Unternehmen vor. Für Erstere beträgt sie anfangs 695 US-Dollar jährlich oder maximal 2,5 Prozent des Haushaltseinkommens bis zum Dreifachen von 695 US-Dollar, also maximal 2.085 US-Dollar. Unternehmen mit mehr als 50 Angestellten müssen eine Gruppenversicherung anbieten oder eine Strafgebühr von 2.000 US-Dollar pro Vollzeitbeschäftigten bezahlen (ausgenommen sind die ersten 30 Arbeitnehmer), wenn auch nur ein Angestellter einen staatlichen Beitragszuschuss („premium credit“) erhält. Betriebe mit mehr als 200 Beschäftigten müssen eine Krankenversicherung anbieten. Nehmen die Mitarbeiter diese nicht an, weil die Konditionen zu restriktiv oder die Kosten zu hoch sind, muss der Arbeitgeber ihnen einen Gutschein geben, der die monatliche Prämie einer in der Versicherungsbörse notierten Versicherung einschließlich des staatlichen Beitragszuschusses abdeckt.

Für die Krankenversicherungen in den Health Insurance Exchanges definiert das Bundesgesundheits- und Sozialministerium (Department of Health and Human Services – DHHS) vier Leistungskategorien und einen Katastrophenplan: Der „bronze plan“ umfasst Grundleistungen. Die Versicherten tragen 40 Prozent der Ausgaben. Beim „silver plan“ beträgt der Eigenanteil 30 Prozent, beim „gold plan“ 20 Prozent und beim „platinum plan“ 10 Prozent. Die Prämien sind entsprechend höher. Der Katastrophenplan gilt für unter 30-Jährige und Menschen, die von der Versicherungspflicht befreit sind, und deckt nur Notfälle ab.

Da die staatlichen Beitragszuschüsse nur die Beiträge subventionieren und nicht die Zahlungen, werden Letztere nach oben begrenzt. Für Versicherte mit Einkommen zwischen 100 und 200 Prozent der Armutsgrenze dürfen sie für Alleinstehende 1.938 US-Dollar jährlich und für Familien 5.950 US-Dollar nicht übersteigen. Für Versicherte mit Einkommen zwischen 300 und 400 Prozent der Armutsgrenze ist das Maximum doppelt so hoch.

Das Gesetz ist auch bei der Regulierung des Versicherungsmarktes nicht zurückhaltend. Allen Krankenversicherungen ist sechs Monate nach Inkrafttreten der Reform untersagt, limitierende Versicherungspläne einzugehen. Damit sind Versicherungsverträge mit einer Obergrenze für die Ausgaben über die Lebenszeit des Vertrages oder pro Jahr nicht mehr möglich. Versicherern wird auch untersagt, laufende Verträge im Fall einer Erkrankung des Versicherten zu kündigen. Ferner dürfen sie niemanden mehr aufgrund von Vorerkrankungen ausschließen. Das Verbot gilt für Kinder ab sofort, für Erwachsene ab 2014. Die Privatversicherer müssen in der Übergangszeit Beiträge in einen Fonds („high-risk pool“) einzahlen, aus dem die Kosten für Not- und Härtefälle bezahlt werden. Ferner müssen die Versicherungen Kindern bis zum 26. Lebensjahr erlauben, in der Versicherung der Eltern zu bleiben. Für alle Versicherten müssen sie die Kosten für Vorsorgemaßnahmen voll übernehmen. Schließlich müssen sie nachweislich 80 Prozent ihrer Beitragseinnahmen für medizinische Leistungen ausgeben (große Versicherungen 85 Prozent).

Bei Medicare soll das „doughnut hole“ bis zum Jahr 2020 beseitigt werden. Bereits 2010 erhielten betroffene Empfänger einen Zuschuss von 250 US-Dollar. Ab 2011 soll er 50 Prozent der Ausgaben abdecken und dann bis 2020 auf 75 Prozent steigen. Parallel sollen die Ausgaben für Medicare in den kommenden zehn Jahren jedoch um 455 Milliarden US-Dollar sinken. Das betrifft vor allem Medicare Advantage. Die staatlichen Pro-Kopf-Beiträge an die Krankenversicherer, die Medicare-Advantage-Patienten behandeln, werden 2011 eingefroren und danach schrittweise stärker an die um 14 Prozent niedrigeren Beiträge für Medicare-Empfänger ohne Medicare Advantage (78 Prozent aller Empfänger) angepasst. Die Gesetzesbefürworter führen an, dass die Insolvenz des Medicare Trust Funds – diese wird für 2017 erwartet – durch die Kürzungen um vier bis fünf Jahre hinausgeschoben wird. Der Anspruch auf Medicaid wird für alle Familien auf 133 Prozent der Armutsgrenze angehoben. Für Schwangere und unter 6-Jährige waren es bisher 100 Prozent. Neubezieher haben Anspruch auf ein vom DHHS definiertes Minimumpaket („benchmark benefit package“).

Um die geschätzten Reformkosten von knapp 1 Billion US-Dollar zu finanzieren, ist eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen. Für Bezieher hoher Einkommen wird ein „Reichenbei-

trag“ eingeführt: Bei Einkommen über 200.000 US-Dollar (Alleinstehende) und 250.000 US-Dollar (Paare) steigt der Medicare-Beitragssatz ab 2013 von 1,45 auf 2,35 Prozent. Hinzu kommt eine neue Medicare-Steuer von 3,8 Prozent auf Kapitalerträge. Da die Einkommensschwelle nicht inflationsindiziert sind, wird die Anzahl der Steuerpflichtigen Jahr für Jahr steigen. Beides bedeutet eine fundamentale Veränderung in der Finanzierung der staatlichen Gesundheitsausgaben von einem gleichen Beitragssatz für jeden Versicherten („payroll tax“) hin zu einer einkommensabhängigen Versicherung für Reiche. Weil sie aber nicht Einkommensteuer genannt wird, werden in Zukunft Steuererhöhungen möglich, ohne sie als solche zu bezeichnen.

Auch die Pharma- und Versicherungsindustrie werden zur Finanzierung herangezogen. Die Pharmabranche muss ab 2012 jährlich 2,8 Milliarden US-Dollar an den Bund zahlen. Bis 2016 steigt die Abgabe auf 4,1 Milliarden US-Dollar. Anschließend soll sie wieder sinken. Die Versicherer müssen ab 2014 eine jährliche Abgabe an die Steuerbehörde überweisen, die sich von 8 auf 14,3 Milliarden US-Dollar erhöht. In den Folgejahren ergibt sich ihre Höhe aus dem Betrag des Vorjahres plus der Veränderungsrate bei den Versicherungsprämien. Zusätzlich müssen Versicherungen, die arbeitgebergesponserte Gesundheitspolice anbieten, deren Beitrag 10.200 US-Dollar (Alleinstehende) oder 27.500 US-Dollar (Familien) überschreitet („Cadillac wealth plans“), 40 Prozent des überschüssigen Betrags an die Steuerbehörde überweisen. Um die Größe dieser Belastungen zu bewerten, muss allerdings auf der Habenseite gebucht werden, dass der Wert des Gesundheitsmarktes aktuell auf 2,2 Billionen US-Dollar geschätzt wird und die Pharma- und Versicherungsbranche mit einem neuen Kundenpotenzial von 30 Millionen Menschen rechnen können. Weitere Finanzierungsquellen sind eine neue Verbrauchsteuer von 2,3 Prozent auf medizinische Geräte, eine Konsumsteuer von 10 Prozent für Solarien und die Strafgebühren bei Verstoß gegen die Versicherungspflicht.

Die zusätzlichen Einnahmen werden von Kosteneinsparungen begleitet. Dazu gehören die erwähnten Kürzungen bei den Medicare-Ausgaben um 455 Milliarden US-Dollar in zehn Jahren und Maßnahmen zur Effizienzsteigerung wie die Förderung von Hausärzten, das kostenlose Angebot von Vorsorgemaßnahmen und eine bundesweite Wellness-Kampagne. Geplant ist ein Förderprogramm zur Effizienzsteigerung, weil schon 2008 eine Anhebung der Preise für medizinische Behandlungen eine enorme regionale Streubreite ergeben hat. Experten haben errechnet, dass allein eine Eindämpfung am Hochpreisende 700 Milliarden US-Dollar einsparen könnte. Vorgesehen ist eine Überprüfung der Abrechnungssysteme für Ärzte, eine Sanktionierung von Krankenhäusern, die überdurchschnittlich häufig Patienten wieder aufnehmen, und die Einsetzung einer Kommission, die prüfen soll, wie

die Medicare-Ausgaben durch Beseitigung von Ineffizienzen weiter gesenkt werden können. Diesen Sparplänen stehen allerdings erhebliche zusätzliche Bürokratiekosten gegenüber: Das Gesetz sieht allein auf der Bundesebene die Schaffung von 159 neuen Institutionen und Kommissionen vor (Joint Economic Committee Republicans, 2010).

Erwartete Effekte der Reform 2010

Das unabhängige Congressional Budget Office (CBO) hat kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes geschätzt, dass die Reform in den kommenden zehn Jahren 940 Milliarden US-Dollar kosten wird. Dennoch würde die Reform gleichzeitig das staatliche Budgetdefizit um 143 Milliarden US-Dollar (knapp 1 Prozent des geschätzten Defizits) und in der folgenden Dekade um 1,2 Billionen US-Dollar verringern (CBO, 2010). Während die Demokraten sich hochzufrieden zeigten, blieben die Republikaner ebenso wie die Mehrheit der Wähler vom Gegenteil überzeugt. Eine Meinungsumfrage im Mai 2011 ergab, dass 53 Prozent der Befragten glaubten, die Reform werde das Budgetdefizit vergrößern. 55 Prozent waren dafür, das Gesetz zu widerrufen. Allerdings lag dieser Anteil ein Jahr zuvor bei 63 Prozent (Rasmussen Reports, 2011).

Das CBO schätzt zudem, dass sich die Anzahl der Nichtversicherten um 31 Millionen verringern und der Anteil der Versicherten unter 65 Jahren auf 92 Prozent der Gesamtbevölkerung (94 Prozent ohne illegale Einwanderer) erhöhen wird. Laut CBO werden die Beiträge für betriebliche Versicherungen bis 2016 unverändert bleiben oder sogar um 3 Prozent sinken. Für die 13 Prozent der Erwerbstätigen in Kleinbetrieben werden die Beiträge im gleichen Zeitraum um höchstens 1 Prozent steigen, möglicherweise aber auch um 2 Prozent sinken. Die größten Gewinner sind demnach Einwohner mit niedrigen Einkommen: Ihre Versicherungsbeiträge werden im Durchschnitt zu 56 bis 59 Prozent subventioniert, während die Reichen bis zu 19 Prozent höhere Prämien zahlen müssen. Vor diesem Hintergrund wird das Gesetz auch als der gewaltigste Angriff einer Bundesregierung auf die Einkommensungleichheit gesehen (New York Times, 2010). Wie umstritten diese Prognosen allerdings sind, wird deutlich mit Blick auf die erwartete Entwicklung der Anzahl der Betriebskrankenkassen. Während CBO davon ausgeht, dass rund 70 Prozent der Arbeitnehmer weiterhin über ihren Arbeitgeber versichert sein werden, geben bei einer Befragung 30 bis 50 Prozent der Arbeitgeber an, dass sie ihre Betriebskrankenkasse definitiv oder wahrscheinlich abschaffen werden (McKinsey, 2011). Als Begründung wird angeführt, dass es für viele Unternehmen billiger sein wird, die Strafzahlungen zu entrichten als eine Betriebskrankenkasse zu finanzieren.

Umsetzung der Reform 2010

Mit der Verabschiedung des Gesetzes ist der politische Streit nicht verstummt. Präsident Obama hat seine Minister angewiesen, zügig Fakten zu schaffen und dadurch die Wähler zu überzeugen. Sie können dabei den im Gesetz festgelegten Fahrplan ebenso nutzen wie die zahllosen Klauseln, Genaueres durch Verordnung zu regeln (Übersicht). Die Republikaner haben umgehend mit Klagen gegen die Verfassungsmäßigkeit der Krankenversicherungspflicht reagiert und nutzen die Haushaltsberatungen, um die Auszahlung vorgesehener Bundeszuschüsse zu blockieren. Dabei kommt ihnen ihre neu gewonnene Stärke zugute. Mit ihrer Kampagne „Repeal Obamacare“ haben sie bei den Kongresswahlen im November 2010 im Senat sechs neue Sitze und im Repräsentantenhaus 63 Sitze und damit die Mehrheit im Unterhaus erobert. Dem Präsidenten bleibt das Vetorecht, aber das Wahlergebnis zeigt, dass den Demokraten die Werbekampagne „Health Reform in Action“ ebenso wenig genützt hat wie die sofortige Versendung der Schecks in Höhe von 250 US-Dollar an Rentner im sogenannten „doughnut hole“, das Inkrafttreten des Verbots, Nicht-Versicherte wegen einer Vorerkrankung von der Versicherung auszuschließen, oder die Anhebung der Altersgrenze für die Mitgliedschaft von Kindern in der Krankenversicherung ihrer Eltern auf 26 Jahre. Kräftiger Gegenwind bläst ihnen auch aus der Wirtschaft entgegen, die steigende Kosten und neuen bürokratischen Ballast fürchtet. Beim DHHS haben bis Mai 2011 insgesamt 1.372 Unternehmen und Organisationen mit Betriebskrankenkassen eine Freistellung von dem Verbot, Jahresobergrenzen für die Kostenübernahme zu setzen, beantragt. Überwiegend handelt es sich dabei um Supermarkt-, Hotel- und Fast-Food-Ketten, die viele Arbeitnehmer zu niedrigen Löhnen beschäftigen. Um Arbeitnehmer anzuwerben, bieten sie Krankenversicherungsverträge mit zum Teil extrem niedrigen Kostenübernahmegrenzen („mini-meds“) an. Diese sind jedoch ab dem Jahr 2014 verboten. Allerdings darf das DHHS auf Antrag Unternehmen eine befristete Aussetzung gewähren, wenn diese ausreichend begründen, dass sie ohne diese Befreiung ihre Betriebskrankenkasse schließen oder Massenentlassungen vornehmen müssen (White House, 2011).

Inzwischen haben die Klagen von 28 Einzelstaaten gegen die Krankenversicherungspflicht fünf Urteile erwirkt. In Virginia und Georgia haben die Bundesrichter das „individual mandate“ als verfassungswidrig erklärt. Es verstoße gegen den Commerce Clause, der es der Bundesregierung verbietet, außer im Fall von länderübergreifendem Handel („interstate commerce“) in die Kompetenzen der Einzelstaaten zu intervenieren. Zwei andere Bundesgerichte und ein Berufungsgericht haben die Versicherungspflicht dagegen als verfassungskonform bezeichnet. Am Ende wird der Supreme Court entscheiden müssen. Dessen Mehrheit gehört allerdings derzeit zum republikanischen Lager.

Ob die Reform Bestand haben wird, ist nicht sicher. Schon jetzt ist sie weit von dem entfernt, was sich die Befürworter erhofft hatten. Die Republikaner werden weiterhin die Kampagne „Repeal Obamacare“ forcieren. Sollten sie bei der Präsidentschaftswahl 2012 gewinnen, werden sie möglicherweise einen Teil der Reformen zurücknehmen, weil die Angst der Bürger vor der exorbitanten Staatsverschuldung weit tiefer sitzt als der Verdruss mit dem Gesundheitssystem. Diese Angst dürfte auch größer sein als die vor Rentenkürzungen, die unumgänglich sind, wenn 77 Millionen Babyboomer in den Ruhestand gehen und den Social Security Fund in Zukunft in die Insolvenz treiben werden. Letzteres könnte die Chancen der Republikaner allerdings wiederum schmälern, weil sie seit langer Zeit für Kürzungen bei der Rente und bei Medicare eintreten. Eine komplette Rücknahme der Reform ist in dieser Gemengelage unwahrscheinlich. Eher wird es bei den ausgabenträchtigen Teilen der Reform zu „Nachbesserungen“ kommen. Wie einschneidend diese sein werden, hängt auch davon ab, wann die Wirtschaft wieder in Schwung kommt, die Arbeitslosigkeit sinkt und die zerstrittenen Parteien sich auf eine Strategie zur Konsolidierung des Staatshaushalts einigen.

Literatur

Birn, Anne-Emanuelle / Brown, Theodore M. / Fee, Elizabeth / Lear, Walter J., 2003, Struggles for National Health Reform in the United States, in: *American Journal of Public Health*, Vol. 93, Nr. 1, S. 86–91

CBO – Congressional Budget Office, 2010, Letter to Nancy Pelosi, Speaker of the House, URL: www.cbo/ftpdocs/113xx/doc11355/HR4872.pdf [Stand: 2010–11–18]

Hecl, Hugh, 1995, The Clinton health plan: historical perspective, in: *Health Affairs*, Vol. 14, Nr. 1, S. 86–98

Joint Economic Committee Republicans, 2010, *America's New Health Care System Revealed*, v. 28.07.2011, Washington D.C

Kaiser Family Foundation, 2009a, *Medicare Advantage, Fact Sheet*, November, California

Kaiser Family Foundation, 2009b, *National Health Insurance – A Brief History of Reform Efforts in the U.S.*, California

Kaiser Family Foundation, 2010a, *Prescription Drug Trends*, Mai, California

Kaiser Family Foundation, 2010b, *Medicare Chartbook*, 4. Ausgabe, California

McKinsey, 2011, *How US health care reform will affect employee benefits*, Quarterly, Juni, New York

New York Times, 2010, *In Health Reform Obama Attacks Wealth Inequality*, v. 24.03.2011, New York

O'Neill, June E. / O'Neill, Dave M., 2009, *Who are the uninsured?*, Employment Policy Institute, Washington D.C.

Peter, Waltraut, 2001, Die sozialpolitischen Reformen der USA in den 90er Jahren und ihre Wirkungen, in: IW-Trends, 28. Jg., Heft 2, S. 87–103

Peter, Waltraut, 2005, Der amerikanische Earned Income Tax Credit als Beispiel einer „make work pay“-Strategie, in: IW-Trends, 32. Jg., Heft 3, S. 3–16

Peter, Waltraut, 2010, US-Sozialpolitik in Zeiten der Krise, in: IW-Trends, 37. Jg., Heft 4, S. 33–48

Rasmussen Reports, 2011, Health Care Law, URL: www.rasmussenreports.com/public_content/politics/current_events/healthcare/health_care_law [Stand: 2011-05-16]

Schild, Georg, 2003, Zwischen Freiheit des Einzelnen und Wohlfahrtsstaat, Paderborn

Starr, Paul, 1992, The Logic of Health Care Reform, Washington D.C.

THE HILL, 2011, Doughnut hole creator defends program design, v. 18.02.2011, Washington D.C.

U.S. Census Bureau, 2010, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States, September, Washington D.C.

White House, 2011, The Truth About Waivers: Protecting Coverage for Millions of Americans, The White House Blog, v. 17.05.2011, Washington D.C.

The US Health System and Recent Health Care Reform

In March 2010 the American Congress passed a health care reform which requires every American citizen to buy a health insurance. To enforce the “individual mandate”, it is equipped with carrots and sticks, generous income dependent premium credits, on the one side, fines for those who default, on the other side. The funding measures include a “wealth tax” in the form of higher payroll taxes and a tax on unearned income for the rich. In addition to the premium credits for families with moderate incomes the reform is, therefore, also a remarkable redistribution program. The Congressional Budget Office has estimated that the reform will cost 940 billion US-dollar over the first ten years and reduce the number of uninsured by 31 million. Opposition against the law remains strong, however. Since the most significant parts will not go into effect until 2014, it remains uncertain if or in what shape the reform will survive.