



In der Hitze des Sommers 2009: Die aktuelle Gesundheitsdebatte in den USA

Schon seit langem, ganz besonders aber im Wahlkampf 2008 und nun in diesem Sommer stand die Reform des US-amerikanischen Gesundheitssystems im Mittelpunkt der öffentlichen Debatte. Die Kongressausschüsse, die sich damit befassen, haben Gesetzesvorschläge unterbreitet, US-Präsident Obama hat öffentliche Veranstaltungen mit Wählern organisiert und private Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern geführt. Aktivisten auf beiden Seiten der Debatte sind zu Wort gekommen.

Trotz dieser Bemühungen und Aktivitäten ist es weder im Repräsentantenhaus noch im Senat gelungen, einen vollständigen Gesetzesentwurf zu debattieren, geschweige denn zu verabschieden. Ohne einen klaren Vorschlag sind die vorliegenden Entwürfe für eine neue Gesetzgebung jedoch unvollständig und zum Teil sogar widersprüchlich. Einige entscheidende politische Fragen bleiben ungelöst. Gleichzeitig lässt die politische Dynamik im Lande die Chancen auf eine erfolgreiche Verabschiedung eines Reformgesetzes im Gesundheitswesen derzeit unsicher erscheinen.

Schlüsselfragen

Unter der Vielzahl der politischen Fragen, die derzeit debattiert werden, sind einige Kernstücke der Reform: Ein Beispiel ist die Frage, wie die notwendigen Investitionen in einen ausgedehnten Versicherungsschutz und in Systemverbesserungen finanziert werden sollen oder wie sichergestellt werden soll, dass sich auch Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen eine Versicherung leisten können. Zudem muss geklärt werden, wie die steigenden Kosten in der Gesundheitsversorgung unter Kontrolle gehalten werden können. Weitere Fragen betreffen die

verschiedenen Versicherungsoptionen, die Reform des Versicherungsmarktes und die Versicherungspflicht für den Arbeitgeber und einzelne Versicherte. Der [Haushaltsausschuss](#), der [Ausschuss für Energie und Handel](#), der [Ausschuss für Bildung und Arbeit](#) im Repräsentantenhaus, und im [Senat der Ausschuss für Gesundheit, Bildung, Arbeit und Renten](#) haben Gesetzesvorlagen verabschiedet, die sich in ihren groben Zügen zwar ähneln, in den Einzelheiten jedoch stark voneinander abweichen. Der [Finanzausschuss des Senats](#), die letzte Instanz im Kongress in Fragen des Gesundheitswesens, hat bisher keinen Vorschlag unterbreitet.

Finanzierung

US-Präsident Obama hat in seinem [Haushaltentwurf für das Finanzjahr 2010](#) zwei zentrale Strategien zur Finanzierung der Gesundheitsreform vorgeschlagen: zum einen die Schaffung neuer Einnahmequellen infolge von Änderungen in den Steuervergünstigungen der höchsten Einkommensgruppen. Diese nutzen bisher Spenden, bundesstaatliche und kommunale Steuern sowie andere Möglichkeiten steuerlicher Absetzung dazu, ihre versteuerbaren Einkommen zu verringern. Eine zweite, indirekte Einnahmequelle sollen verringerte Zahlungen an Versicherungsanbieter sein, die sich Kosten aus den [Medicare](#) und [Medicaid](#)-Programmen erstatten lassen.¹ Wenn man von Gesamtkosten von rund einer Billion US-Dollar für die Gesundheitsreform über einen Zeitraum von zehn Jahren ausgeht, könnten schätzungsweise zwei Drittel der Kosten durch die Umsetzung der Regierungsvorschläge gedeckt werden. Dies würde bedeuten, dass im Falle der Verabschiedung der Reform noch mindestens 300 Milliarden US-Dollar durch den Kongress finanziert werden müssten.

Die Kongressausschüsse verfolgen verschiedene Strategien. Der Haushaltsausschuss – die wichtigste Instanz des Repräsentantenhauses in Sachen Steuergesetzgebung – ist dafür, die Hälfte der Kosten des Reformgesetzvorschlages des Repräsentantenhauses durch Steuererhöhungen für die höchsten Einkommensgruppen zu decken. Der Finanzausschuss des Senats ringt hingegen mit der Frage, ob der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung in

¹ Medicare und Medicaid sind die derzeitigen staatlichen Gesundheitsversicherungsprogramme der USA. Sie bieten Amerikanern über 65 Jahren, Behinderten und bestimmten Gruppen von Bürgern mit Niedrigeinkommen und ihren Familien Versicherungsschutz.

Zukunft versteuert werden muss. Eine Änderung könnte zu zusätzlichen Steuereinnahmen in Höhe von bis zu 200 Milliarden US-Dollar führen, würde aber den Anreiz für Arbeitgeber, ihren Angestellten Versicherungsschutz zu bieten, erheblich mindern. In der endgültigen Gesetzesvorlage müssen sich die Verhandlungspartner im Kongress sowohl auf ein angemessenes Einnahmenniveau als auch auf einen Mechanismus zur Mittelherhebung einigen.

Die Ausschüsse des Repräsentantenhauses schlagen ferner tiefere Einschnitte in das *Medicare*-Programm vor, was den Vorschlägen des US-Präsidenten entspricht. Diese Kürzungen verfolgen das Ziel, unangemessene Ausgaben zu vermeiden bzw. einem rapiden Kostenanstieg entgegenzusteuern. Versicherungsanbieter, denen dadurch Einbußen an *Medicare*-Einnahmen entstehen, sind unter anderem Privatversicherungen, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser.

Erschwinglichkeit und Verfügbarkeit von Versicherungsschutz

Infolge dieser noch offenen Finanzierungsfragen ist bislang unklar, wie viel Geld im Endeffekt zur Verfügung stehen wird, um Familien mit niedrigem und mittlerem Einkommen dabei zu helfen, Versicherungsschutz zu erwerben. So wie die Dinge im Moment stehen, soll der Gesetzesentwurf des Repräsentantenhauses Familien mit einem Jahreseinkommen unter 88.000 US-Dollar (entspricht dem vierfachen der [Armutsgrenze](#) für eine vierköpfige Familie) unterstützen, wobei Familien mit niedrigerem Einkommen entsprechend mehr Unterstützung erhalten. Anspruch auf *Medicaid* soll auf alle Einzelpersonen mit einem Jahreseinkommen von unter 133% der Armutsgrenze ausgedehnt werden (fast 15.000 US-Dollar pro Person oder 29.000 US-Dollar für eine vierköpfige Familie). Bei dem Versuch, die Kosten der Reform zu verringern, haben sich die Unterhändler ganz besonders die Subventionierung der Versicherungsbeiträge vorgenommen. Bis die genaue Subventionshöhe feststeht, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Versicherungsbeiträge für Familien und die Kostenteilungsverpflichtungen wirklich tragbar sind oder ob es für manche Familien eine gewaltige Last darstellen wird, Versicherungsschutz erwerben zu müssen. Dies wiederum hat Folgen sowohl für die Durchführbarkeit der Reform des Versicherungsmarktes, als auch für Versicherungspflicht des Einzelnen. Nur wenn Familien es sich leisten können, Versicherungs-

schutz zu erwerben, ist dies politisch haltbar. Und nur wenn alle US-Amerikaner versichert sind, kann von den Versicherungen gefordert werden, dass alle Antragsteller berücksichtigt und altersabhängige Unterschiede in der Beitragshöhe gering gehalten werden. Der einzige US-Bundesstaat, in dem es Versicherungspflicht gibt, Massachusetts, hat seinen Versicherungsmarkt bereits vor dem Inkrafttreten einer Gesundheitsreform umgestaltet und bietet relativ großzügige Beitragssubventionen. Obwohl laut einer [Umfrage](#) 70% der Bürger von Massachusetts das Versicherungssystem ihres Bundesstaates unterstützten, könnte es erhebliche Unterschiede zwischen den dortigen Reformen und der landesweiten Reform geben.

Kostendämpfung

Alle Beteiligten scheinen sich darüber einig zu sein, dass es entscheidend ist, die Kosten für das Gesundheitswesen in Grenzen zu halten. Weniger Einigkeit herrscht hingegen hinsichtlich der Frage, welche Strategie zum Erreichen dieses Ziels die beste ist. Einige der Ansätze, wie beispielsweise die Idee, Versicherungsträgern für die Koordinierung von Pflege und die Vorbeugung schwerer Erkrankungen finanzielle Anreize zu bieten oder eine neue unabhängige Behörde zu schaffen, genießen zwar die Unterstützung der Experten, sind jedoch in der Praxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit noch unerprobt. Viele politische Entscheidungsträger sind sich einig, dass Erfahrungen mit Zahlungsmodalitäten im Rahmen des *Medicare*-Programms Hinweise für die besten Strategien zur Kostenkontrolle liefern und privaten Versicherungen den Weg weisen könnten, ähnliche Zahlungsstrategien einzuführen.

Staatliche Krankenversicherung

Eine weitere bislang unbeantwortete Frage ist diejenige, ob die US-Amerikaner in Zukunft die Möglichkeit haben werden, für ihren Versicherungsschutz eine staatlich verwaltete Krankenkasse zu wählen. Diese Idee, die auch in der Wahlkampagne von Präsident Obama auftauchte, ist in der derzeitigen Debatte zu einem heißen ideologischen Eisen geworden. Politiker des liberalen Spektrums betrachten diese Option als Schlüsselkomponente zur Kostenkontrolle und für eine erfolgreiche Reform. Konservative Abgeordnete hingegen argumentieren, dass eine staatliche Krankenversicherung so viele Versicherungsnehmer anziehen würde, dass die Privatversicherungen bankrott gingen. Ein Vorschlag zur Schaffung von

Krankenversicherungsgenossenschaften, die Eigentum der Versicherungsnehmer wären und von diesen selbstverwaltet würden, ist bislang der einzig absehbare potentielle Kompromiss auf dem Verhandlungstisch.

Die Rolle der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber bieten derzeit 160 Millionen US-Bürgern Versicherungsschutz, das sind 61% der Bevölkerung unter 65 Jahren. Kleine Betriebe und Arbeitgeber mit einer geringen Zahl von Arbeitnehmern neigen weitaus seltener dazu, ihren Angestellten Krankenversicherungsschutz zu gewähren, und fast 37 Millionen Arbeitnehmer und ihre Familien sind nicht über ihren Arbeitgeber versichert. Um sicherzustellen, dass sich die Arbeitgeber an den Versicherungsbeiträgen ihrer Belegschaft beteiligen, sehen alle zentralen Reformvorschläge vor, Arbeitgeber in Zukunft zum Versicherungsschutz ihrer Angestellten zu verpflichten. Inwieweit kleine Betriebe von dieser Verpflichtung befreit sind und die Art der Strafe, die ein Arbeitgeber bezahlen muss, wenn er seiner Versicherungsverpflichtung nicht nachkommt, variiert in den verschiedenen Gesetzesentwürfen. Der Gesetzesvorschlag des Senatsausschusses für Gesundheit, Bildung, Arbeit und Renten beispielsweise sieht vor, dass ein Arbeitgeber eine Gebühr in Höhe von 750 US-Dollar für jeden nicht versicherten Arbeitnehmer bezahlen muss, während der Gesetzesentwurf des Repräsentantenhauses eine Strafe in Höhe von 8% der Gehaltsabrechnung fordert. Der Finanzausschuss erwägt eventuell ein Bußgeld für Arbeitgeber, deren Angestellte auf Beitragssubventionen oder das *Medicare*-Programm angewiesen sind, jedoch keine direkte Versicherungspflicht für ihre Angestellten.

In einem kürzlich eingeführten Reformmodell hat Massachusetts die Arbeitgeber bei Nichtzahlung einer adäquaten Versicherung für ihre Arbeitnehmer zu einem bescheidenen Betrag in Höhe von 295 US-Dollar pro Jahr verpflichtet. Einer der zentralen Unterschiede zwischen dem Gesundheitssystem in Massachusetts und der derzeitigen politischen Debatte auf Bundesebene besteht unter anderem darin, dass es in Massachusetts bereits vor der Gesundheitsreform eine hohe Dichte an arbeitgeberfinanziertem Versicherungsschutz gab, während sich die US-Bundesregierung noch in hohem Maße um die dauerhafte Beteiligung der Arbeitgeber am Versicherungsschutz und um neue Einnahmen durch die Einbindung bislang

nicht beteiligter Arbeitgeber an den Bundesreformen bemühen muss. Massachusetts ist auch weitaus weniger von Einnahmen durch Arbeitgeber abhängig, da der Bundesstaat in der Lage ist, *Medicaid*-Mittel zur Kofinanzierung der Gesundheitsreform zu verwenden.

Politische Dynamik

Die Gesundheitsreform stand von Beginn an vor einer ganzen Reihe politischer Hürden. Jede neue Gesetzgebung, die Folgen für 17% der Volkswirtschaft hat, wird als eine Bedrohung von der Gesundheitsversorgungsbranche und anderen Interessenvertretern wahrgenommen, von denen viele den Status Quo gegenüber einer Veränderung ihrer Existenzgrundlagen bevorzugen. Darüber hinaus befinden sich die beiden großen US-amerikanischen Parteien historisch gesehen auf verschiedenen Seiten des ideologischen Grabens. Die Republikaner bevorzugen Lösungen, bei denen die Prinzipien des freien Marktes im Vordergrund stehen, während die Demokraten dazu tendieren, der Regierung eine größere Rolle bei der Finanzierung und Regulierung des Gesundheitswesens einzuräumen.

In der diesjährigen Debatte fallen zwei zusätzliche Faktoren in der Dynamik um die Reform besonders auf: Zum einen haben die Suche nach einem gemeinsamen Gesetzesentwurf beider Parteien und die Notwendigkeit einer „*super majority*“² den republikanischen Abgeordneten erheblichen Einfluss im Finanzausschuss verschafft. Infolgedessen haben sechs Mitglieder des Ausschusses einen Großteil des Sommers damit verbracht, eine für beide Parteien akzeptable Lösung auszuhandeln. Mitte August war allerdings immer noch nicht klar, ob diese Gespräche zu einem Vorschlag beider Parteien im Ausschuss führen werden. Falls die Verhandlungen scheitern, hat die Spitze der Demokraten die Möglichkeit, mit Hilfe des so genannten „*budget reconciliation*“-Verfahrens die Reform voranzutreiben. Dieses Verfahren erlaubt eine beschleunigte Debatte über Gesetzesvorlagen und verbietet „Filibuster“. Außerdem wären in diesem Falle für eine Verabschiedung durch den Senat nur 50 Stimmen erforderlich.

² Um die neue Gesetzgebung durchzusetzen und obstruierende Dauerreden, den so genannten Filibuster, zu vermeiden, wäre eine Dreifünftel-Mehrheit von 60 Stimmen im Senat notwendig.

Das zweite Phänomen ist das Auftauchen einer ganzen Heerschar aufgebracht, in Ausnahmefällen sogar gewaltbereiter [Gegner der Gesundheitsreform](#) in öffentlichen Diskussionsforen und anderen öffentlichen Veranstaltungen. Die Kongressmitglieder organisieren solche Foren typischerweise während der Sitzungspausen, um wieder stärker mit ihrer Wählerschaft Kontakt aufzunehmen. Dieses Jahr sind sie bei solchen Veranstaltungen auf große, organisierte Gruppen von Opponenten der Reformvorschläge gestoßen. Darüber hinaus haben einige Reformgegner Unwahrheiten über den Inhalt des Gesetzes in Umlauf gebracht und dadurch viele Bürger, die sich noch nicht sicher sind, ob sie die Vorschläge unterstützen sollen, abgeschreckt. So behaupten sie beispielsweise, das Gesetz enthalte ein „[Todesgremium](#)“, das darüber entscheide, ob *Medicare*-Patienten eine lebensrettende Behandlung erhielten oder nicht. Sie behaupten ferner, dass nach einer Gesundheitsreform geschlechtsverändernde Operationen von der Krankenversicherung gedeckt werden sollten und dass alle US-Amerikaner einen nationalen Gesundheitsausweis mit sich führen müssten, der der US-Bundesregierung Zugriff auf die finanziellen Daten der Patienten erlaube. All diese Behauptungen sind reine Fiktion, aber wenn die Kongressmitglieder von ihnen überflutet werden und es ihnen nicht gelingt, sie zu widerlegen, könnte ihre Bereitschaft, die Reformgesetzgebung zu unterstützen, darunter leiden. Andererseits könnten sich die Reformgegner letztendlich ins eigene Fleisch schneiden, falls die Öffentlichkeit ihre Taktiken als Manipulationsversuch entlarvt und erkennt, dass empörte Diskussionsteilnehmer keineswegs die Meinung der Mehrheit repräsentieren.

Schlussfolgerungen

Trotz dieser Herausforderungen haben die Mitglieder beider Kammern des Kongresses gelobt, die Debatte über das Gesundheitswesen wieder aufzunehmen, wenn sie nach der Sommerpause nach Washington zurückkehren. Die USA können es sich nicht leisten, sich weiter auf dem Weg steigender Kosten, wachsender Unsicherheit für Familien und langfristiger wirtschaftlicher Instabilität fortzubewegen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass sich der Kongress dieser Herausforderung stellt und Fortschritte macht.

[Karen Davenport](#) ist Leiterin im Bereich Gesundheitspolitik des „*Center for American Progress*“, eines progressiven Think Tanks in Washington, DC. Übersetzt von Antje Witzel.

Washington, DC / 4. September 2009

