

Krankenversicherung

Uwe E. Reinhard

Markt und Gesundheit:

Das amerikanische Krankenversicherungssystem¹

1. *Licht und Schatten*

Führende Vertreter der amerikanischen Gesundheitsindustrie erinnern die Amerikaner regelmäßig daran, daß ihr Gesundheitswesen »das beste der Welt« sei. Dieser Anspruch mag eigennützig scheinen, aber diese Einschätzung ist nicht ganz falsch. Während weite Teile der amerikanischen Wirtschaft immer weiter hinter ihren ausländischen Konkurrenten zurückbleiben, zieht das amerikanische Gesundheitswesen nach wie vor Studenten und Patienten aus aller Welt an. Amerikanische Ärzte und medizinisches Personal gelten allgemein als akademisch und klinisch hervorragend ausgebildet. In keinem anderen Land sind Krankenhäuser und medizinische Verfahren in so konsequenter Weise auf dem neuesten Stand, und keine andere Nation kann für sich in Anspruch nehmen, der Mehrheit ihrer Bevölkerung raschen Zugang zu hilfreichen medizinischen Neuerungen zu verschaffen, von denen die meisten das Resultat der erstklassigen medizinischen Forschung des Landes sind.

Trotz all dieser Vorzüge ist man der Auffassung, daß das amerikanische Gesundheitswesen sich heute in einer Krise befindet. Die Regierungen auf allen Ebenen klagen, daß das Gesundheitswesen riesige Löcher in die öffentlichen Haushalte reißt. Die Wirtschaft klagt, daß die Regierung Gesundheitskosten auf die Privatwirtschaft abwälzt und daß die internationale Wettbewerbsfähigkeit der amerikanischen Wirtschaft durch die offensichtlich unkontrollierbaren Ausgaben für die von den Arbeitgebern finanzierte private Krankenversicherung beeinträchtigt wird. Jahr für Jahr fühlen sich die Ärzte und Krankenhäuser des Landes von dem unaufhörlichen Gerede über die Kostenkontrolle bedroht, die nie kommt, aber ständig »vor der Tür steht«. In der Zwischenzeit gehen die Leistungserbringer in einer ständig wachsenden Papierflut unter, die sich aus Gründen der Kostenerstattung und (weitgehend unwirksamer) Effizienzkontrollen über sie ergießt. Die Patienten ihrerseits haben unter demselben

verwirrenden Papierkrieg zu leiden, denn sie sehen sich gezwungen, zwischen immer neuen Formen der Krankenversicherung auszuwählen und Formulare für die Kostenerstattung auszufüllen, wobei sie sich fragen, welche Kosten ihre Krankenversicherung nun übernehmen wird und welche nicht und wie sicher dieser Versicherungsschutz in Wirklichkeit ist. Die Medien schließlich bombardieren im reichsten Land der Erde die Öffentlichkeit mit der beunruhigenden Frage: »Können Sie es sich leisten, krank zu sein?«

Aus Tabelle 1, die einer kürzlichen Umfrage in zehn Ländern über die Einstellung der Bevölkerung zu ihrem Gesundheitswesen² entnommen wurde, geht hervor, daß sich derzeit nur Italien mit den Vereinigten Staaten messen kann, was den Grad der Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen ihres Landes betrifft. Anderswo in Europa und Kanada schätzen die Befragten ihr Gesundheitswesen wesentlich höher ein als die Amerikaner, die ihr Gesundheitswesen offensichtlich nicht als das »beste der Welt« betrachten.

Tabelle 1:

Das Gesundheitswesen im Meinungsbild der Öffentlichkeit in zehn Ländern, 1990

	Geringfügige Änderungen erforderlich* (in Prozent)	Grundlegende Änderungen erforderlich** (in Prozent)	Vollständiger Neuaufbau des Systems*** (in Prozent)	Gesundheits- ausgaben pro Kopf (in US-Dollar)
Kanada	56	38	5	1.483
Niederlande	47	46	5	1.041
Bundesrepublik Deutschland	41	35	13	1.093
Frankreich	41	42	10	1.105
Australien	34	43	17	939
Schweden	32	58	6	1.233
Japan	29	47	6	915
Vereinigtes Königreich	27	52	17	758
Italien	12	46	40	841
Vereinigte Staaten	10	60	29	2.051

Quelle: Harvard-Harris-ITF, 10-Länder-Vergleich, 1990

* Die Frage bei der Umfrage lautete: »Im großen und ganzen funktioniert das Gesundheitswesen ziemlich gut, und es sind nur geringfügige Änderungen erforderlich, damit es besser funktioniert.«

** »Unser Gesundheitswesen hat einige gute Elemente, aber es sind grundlegende Änderungen erforderlich, damit es besser funktioniert.«

*** »Unser Gesundheitswesen hat so viele Mängel, daß wir es vollständig neu aufbauen müssen.«

Quelle: Robert J. Blendon u.a.

Das schlechte Abschneiden Italiens mag an fehlenden finanziellen Mitteln liegen, denn die Pro-Kopf-Ausgaben im Rahmen des staatlich finanzierten nationalen Gesundheitsdienstes sind sehr niedrig. Mit fehlenden finanziellen Mitteln läßt sich jedoch das schlechte Abschneiden Amerikas nicht begründen. Die Vereinigten Staaten geben sowohl pro Kopf als auch prozentual gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) mehr als jedes andere Land für das Gesundheitswesen aus, und in den meisten Regionen des Landes ist es durch Überkapazitäten gekennzeichnet. Wenn man Wirtschaftssysteme daran mißt, wie sie sich letztlich auf die Zufriedenheit der Bevölkerung auswirken – wie Ökonomen dies gerne tun –, so kann man sagen, daß das berühmte Wort »möglichst großer Nutzen mit möglichst wenig Geld« heute wohl kaum noch auf das amerikanische Gesundheitswesen zutreffen dürfte.

Man mag annehmen, daß das schlechte Abschneiden Ausdruck der allgemeinen Unzufriedenheit mit den Überkapazitäten des amerikanischen Gesundheitswesens und den hohen Kosten, die es verursacht, ist. In Wirklichkeit aber scheinen diese Probleme hauptsächlich nur Experten der Gesundheitspolitik und die von ihnen beratenen Politiker zu beschäftigen. Im großen und ganzen hat sich die amerikanische Bevölkerung noch nie sehr besorgt gezeigt, weder über Überkapazitäten noch über den prozentualen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP. Im Gegenteil: Aus jüngsten Umfragen geht hervor, daß die Öffentlichkeit es lieber sehen würde, wenn noch mehr Mittel für die medizinische Versorgung³ ausgegeben würden, egal, ob sie privat oder öffentlich finanziert wird.

Unter den Politikern wächst die Sorge über die Qualität der amerikanischen Gesundheitsdienste. Aus Untersuchungen geht hervor, daß die Pro-Kopf-Nutzungsquote bei vielen teuren medizinischen Verfahren von Region zu Region um das Zwei- oder Dreifache abweicht, ohne daß irgendein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand⁴ der Bevölkerung erkennbar wäre und ohne daß es eine andere klinische Erklärung gäbe. Außerdem ergaben Untersuchungen von Klinikexperten zur derzeitigen medizinischen Praxis in den Vereinigten Staaten, daß viele medizinische Eingriffe, die an Patienten vorgenommen wurden, augenscheinlich nicht angebracht waren.⁵

Diese Feststellungen lassen Zweifel an den theoretischen Grundlagen der Medizin aufkommen, von denen sich die amerikanischen Ärzte heute in ihren praktischen Entscheidungen leiten lassen.⁶ Zweifel kommen auch daran auf, daß es einen engen, positiven Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und der Qualität

der Versorgung der Patienten gibt. Bislang jedoch haben diese Feststellungen auch nur die »Kenner« unter den Gesundheitspolitikern nachdenklich gemacht. Alle Umfragen belegen, daß die amerikanischen Patienten noch immer sehr zufrieden sind mit der Qualität der klinischen Versorgung und auch mit dem Umfeld, in dem diese Versorgung geleistet wird.⁷

Wenn also weder die Gesamtkosten des amerikanischen Gesundheitswesens noch dessen Qualität der Grund für die Unzufriedenheit sind, bleibt als Erklärung nur noch das Versicherungssystem. Bei näherer Betrachtung entpuppt es sich als ein brüchiges Stückwerk, das mehr und mehr an den Bedürfnissen der amerikanischen Gesellschaft vorbeigeht, weil es seine gesellschaftliche Aufgabe nicht mehr erfüllt. Wenn also die Amerikaner nach einer »grundlegenden Reform oder einem vollständigen Neuaufbau« des amerikanischen »Gesundheitswesens« rufen, so meinen sie damit wahrscheinlich nicht eine Änderung der Praxis ihres Arztes oder des benachbarten Krankenhauses. Eher denken sie wohl an das marode Krankenversicherungssystem des Landes.

2. Defizite der amerikanischen Krankenversicherung

Zwischen den Ländern, deren Gesundheitswesen vergleichsweise hoch eingestuft werden, bestehen erhebliche Unterschiede in der Finanzierung des Gesundheitswesens. Gleichwohl gibt es einige gemeinsame Merkmale, auf die die Menschen offenbar Wert legen und die dem amerikanischen Krankenversicherungssystem fehlen. Diese Merkmale lassen sich folgendermaßen einordnen:

A. Soziale Gerechtigkeit

In allen Ländern, deren Gesundheitswesen hoch eingestuft wird, ist der Beitrag der einzelnen Haushalte (oder Unternehmen) an der Finanzierung der Gesundheitspflege unabhängig vom Gesundheitszustand der in diesen Haushalten (oder Unternehmen) versicherten Personen. Dieses gemeinsame Merkmal ist Ausdruck einer weitverbreiteten sozialen Einstellung. Europäer und Kanadier würden es beispielsweise als moralisch verwerflich ansehen, von einem Zucker-, Blut- oder Krebskranken einen höheren Versicherungsbeitrag zu verlangen als von jemandem, der in einer vergleichbaren Lage ist, aber das Glück hat, gesund zu sein. Als ebenso verwerflich würden sie es ansehen, wenn jemand, der krank und arm ist, einen gleich hohen Versicherungsbeitrag zahlen müßte wie jemand, der

krank, aber wohlhabend ist. Völlig inakzeptabel fänden sie, jemandem überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz zu gewähren, nur weil er nicht bei guter Gesundheit ist oder krank werden könnte (eine Praxis, die in den Vereinigten Staaten immer häufiger wird).

Statt dessen ist es in diesen Ländern üblich, den finanziellen Beitrag des einzelnen zur Gesundheitspflege von dessen Zahlungsfähigkeit abhängig zu machen. In Systemen, die über die Einkommenssteuer finanziert werden (wie in den kanadischen Provinzen), ist dies in der Regel automatisch der Fall. Wo die Krankenversicherung über Beiträge finanziert wird (wie in den Sozialversicherungssystemen Kontinentaleuropas), handelt es sich bei dem Beitrag des einzelnen oder des Unternehmens nicht um einen Pauschalbeitrag pro Arbeitnehmer, da eine solche Kopfsteuer die Niedriglohnindustrien zu sehr belasten würde. Statt dessen werden in den Sozialversicherungssystemen die Krankenversicherungsbeiträge als ein einheitlicher Prozentsatz der Lohnsumme erhoben, womit sich diese Beiträge automatisch nach der Zahlungsfähigkeit des Arbeitnehmers oder des Unternehmens richten.

Alle Umfragen haben ergeben, daß die amerikanische Öffentlichkeit eine solche soziale Einstellung teilt. Das amerikanische Krankenversicherungssystem marschiert jedoch nach einem anderen Takt. Wie einer Anzeige der »Amerikanischen Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen« zu entnehmen ist, die vor ca. zwei Jahren in den amerikanischen Medien breit gelaufen ist, sieht die Versicherungswirtschaft es als »unfair«⁸ an, wenn Personen mit einem geringen Risiko (sprich: Gesunde) solche mit hohem Risiko (sprich: Kranke) über ihre Krankenversicherungsbeiträge unterstützen. Die Vertrags- und Preispolitik vieler, wenn auch nicht aller⁹ privaten Krankenversicherer entspricht genau der sozialen Einstellung, wie sie in dieser Anzeige zum Ausdruck kommt.

Werden mit Einzelpersonen Versicherungen abgeschlossen, so berechnen die Versicherungsunternehmen die sogenannten »versicherungsmathematisch fairen« Versicherungsbeiträge ausschließlich nach dem Gesundheitszustand der betreffenden Person. Damit sind die Versicherungsbeiträge für kranke Personen, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, nicht mehr finanzierbar und können selbst mittlere Einkommenschichten finanziell stark belasten. Bei Gruppenversicherungen, die an Unternehmen verkauft werden, werden die Beiträge in der Regel nach »Erfahrungswerten« auf die Belegschaft umgelegt. Während diese Methode in großen Unternehmen auf eine Gemeinschaftsumlage hinausläuft, kann sie für kleine

Unternehmen, die einen oder zwei kranke Arbeitnehmer beschäftigen, enorm hohe Versicherungsbeiträge bedeuten.

Zur Veranschaulichung der Notlage, in die kleine Unternehmen in diesem Versicherungssystem geraten können, mag ein Schreiben dienen, das kürzlich ein Kleinunternehmer aus Ohio an ein Kongreßmitglied gerichtet hat. Er sei von seinem Versicherungsträger darauf hingewiesen worden, daß sein Versicherungsbeitrag künftig auf 792 Dollar monatlich pro Arbeitnehmer festgelegt werde; dies sind fast 10000 Dollar jährlich bzw. 4,55 Dollar pro Arbeitsstunde. Es dürfte niemanden überraschen, daß dieser Arbeitgeber von dem Kongreßabgeordneten eine bundesweite Krankenversicherung für »Bürger mit mittleren Einkommen« forderte. Derartige Forderungen sind um so dringlicher, als einige private Versicherungsträger begonnen haben, ganze Industriezweige »auf eine schwarze Liste« zu setzen, bei denen von einem hohen Krankheitsrisiko der Beschäftigten ausgegangen wird und denen diese Versicherungen deshalb nicht um jeden Preis eine Krankenversicherung verkaufen wollen.¹⁰

Wenn die Krankenversicherungsbeiträge in kleinen Unternehmen nach Erfahrungswerten auf die Belegschaft umgelegt werden, so hat das Unternehmen einen erheblichen finanziellen Anreiz, in seiner Einstellungspolitik Kandidaten auf der Grundlage ihres voraussichtlichen Gesundheitszustandes unterschiedlich zu behandeln, auch wenn dieser Gesundheitszustand keinerlei Auswirkungen auf die Produktivität des Arbeitnehmers hat. Dieser Anreiz kann anderen wichtigen sozialen Zielen entgegenstehen, da er sich im Regelfall gegen ältere Arbeitnehmer, Frauen oder andere Personengruppen, die ein hohes Risiko darstellen, wendet.

Das allgemeine, bundesweite Medicare-Programm¹¹ macht den Beitrag des einzelnen zur Gesundheitspflege angeblich nicht vom Gesundheitszustand abhängig. Dies gilt allerdings nur eingeschränkt, denn es schließt viele wichtige Gesundheitsdienste und -produkte von der Versicherung aus und überläßt es außerdem noch den alten Menschen, im Durchschnitt fast ein Drittel der Gesundheitskosten bei Erbringung der Leistung aus eigener Tasche oder über private Medigap-Versicherungen zu finanzieren. Schlimmer noch: mit Ausnahme sehr bedürftiger alter Personen, die neben ihrer Medicare-Versicherung Anspruch auf Leistungen des Medicaid-Programmes¹² haben, ist der Eigenbeitrag zur Gesundheitspflege nicht vom Einkommen und Vermögen des einzelnen abhängig. Es ist geschätzt worden, daß bei einigen älteren Personen, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, der Eigenanteil an den Gesundheitskosten

durchschnittlich etwas über 20 Prozent ihres ohnehin mageren Gesamteinkommens¹³ ausmachen kann. Kaum ein oder kein anderes Land legt seinen alten und bedürftigen Menschen derartige soziale Härten auf. Es scheint sich um ein typisch amerikanisches Phänomen zu handeln.

Oberflächlich betrachtet bietet das bundesstaatliche Medicaid-Programm für Arme einen wesentlich umfassenderen Versicherungsschutz als das Medicare-Programm. Grundsätzlich scheint sich das Programm sehr stark am sozialen Gleichheitsgedanken zu orientieren, zu dem sich andere Länder und auch die amerikanische Öffentlichkeit bekennen. In Wirklichkeit aber deckt es nur die Hälfte der Bevölkerung ab, die offiziell als arm bezeichnet wird, und selbst die Bürger, die von dem Programm profitieren, finden häufig keine Ärzte, die gewillt sind, sie zu den vergleichsweise niedrigen Medicaid-Gebühren zu behandeln. Hinzu kommt, daß in vielen Bundesstaaten die Anspruchsvoraussetzungen selbst für Frauen und Kinder so schlecht sind, daß das Gros der Familien, die noch unter der offiziellen bundesweiten Armutsgrenze liegen – also die Mehrzahl der armen Amerikaner, die keinerlei Krankenversicherungsschutz haben –, von dem Programm ausgeschlossen sind.

Nicht versicherte, arme Amerikaner erhalten häufig die dringend benötigte Hilfe auf karitativer Basis. Dies versetzt sie jedoch in den unwürdigen Status derjenigen, die um Gesundheitsdienste betteln, und selbst dann noch werden sie in der Regel mit Rechnungen gejagt, die sie nur unter schweren finanziellen Opfern bezahlen können. Die Vereinigten Staaten sind heute das einzige Land in der industrialisierten Welt, in dem Familien über Arztrechnungen buchstäblich bankrott gehen können.

Gegenwärtig sind rund 30 bis 37 Millionen Amerikaner nicht krankenversichert. Rund ein Drittel sind Familien vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer der unteren Einkommensklassen, deren Arbeitgeber (in der Regel Kleinbetriebe) den Arbeitnehmern keine Krankenversicherung anbieten. Rund ein Drittel der Nichtversicherten (über 10 Millionen) sind Kinder, und viele der Nichtversicherten sind alleinverdienende Mütter. Keine andere Industrienation läßt Millionen von Müttern und deren Kinder ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz. Das Sprichwort »Amerikaner verehren Apfelkuchen und Mutterschaft« wird hier zur Farce. In der Tat läßt sich leicht belegen, daß kein anderes Land in der industrialisierten Welt eine so eklatante Mißachtung gegenüber Müttern und ihren Kindern an den Tag legt wie die Vereinigten Staaten des ausgehenden

20. Jahrhunderts.¹⁴ Das lückenhafte amerikanische Krankenversicherungssystem ist ein deutliches Zeichen dieser Mißachtung.

B. *Abhängigkeit vom Arbeitsplatz*

In allen Ländern, deren Gesundheitswesen als gut eingestuft wird, ist der Versicherungsschutz übertragbar. Die Anspruchsberechtigten verlieren ihn nicht, wenn sie einen Orts- oder Arbeitsplatzwechsel vornehmen.

Im Gegensatz hierzu ist in den Vereinigten Staaten der private Versicherungsschutz meistens an den Arbeitsplatz in einem bestimmten Unternehmen gebunden. Wenn ein Amerikaner den Arbeitsplatz wechselt, muß er auch seine Krankenversicherung wechseln. An der neuen Arbeitsstelle können bestimmte, bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen für einen unterschiedlich langen Zeitraum als unversicherbar »ausgesteuert« werden. Diese Methode, die man nur in Amerika findet, führt augenscheinlich dazu, die Mobilität der Arbeitskräfte zu mindern, was unwirtschaftlich ist. Außerdem – hierauf wurde bereits hingewiesen – kann sie in Unternehmen, in denen der Versicherungsbeitrag nach Erfahrungswerten auf die Belegschaft umgelegt wird, subtile Formen der Diskriminierung bei Arbeitnehmern zur Folge haben, bei denen man vermutet, daß sie einen schlechten Gesundheitszustand haben.

Wenn Amerikaner ihren Arbeitsplatz verlieren, verlieren sie zugleich auch den Versicherungsschutz für sich und ihre Familie. Zwar haben sie heute das Recht, den Versicherungsvertrag ihrer alten Firma für die Dauer eines Jahres zu bestehenden Gruppentarifen zu übernehmen, jedoch erlischt auch dieser Versicherungsschutz schließlich ganz. Kein anderes industrialisiertes Land läßt heute zu, daß Leute, die ohnehin schon ihren Arbeitsplatz verlieren, gleichzeitig auch noch den Krankenversicherungsschutz für sich und ihre Familie verlieren. Europäer und Kanadier würden eine solche Politik als moralisch verwerflich ansehen, wie dies augenscheinlich auch immer mehr Amerikaner tun.

C. *Wettbewerb und Verwaltungsaufwand*

Typisch für Länder, deren Gesundheitswesen als gut eingestuft wird, ist, daß sie alle Anstrengungen unternehmen, die Finanzierung ihrer Gesundheitspflege sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer verwaltungsmäßig weniger aufwendig zu machen.

Kanadier und Europäer beispielsweise müssen sich nicht Jahr für Jahr mit zahllosen verwirrenden Schriften auseinandersetzen, die von Dutzenden konkurrierender Krankenversicherungen veröffentlicht werden und in denen diese mehr oder weniger verständlich für ihre Produkte werben. Außerdem müssen sie sich nicht um die Kosten-erstattung durch den Versicherungsträger kümmern (wie z.B. in Kanada, der Bundesrepublik Deutschland oder England), oder dieses Verfahren ist zumindest sehr vereinfacht (wie z.B. in Frankreich).

Im Vergleich zu seinem kanadischen Kollegen beschäftigt ein amerikanischer Arzt zusätzlich mindestens eine, wenn nicht mehrere Personen einzig und allein, um in dem schwerfälligen Versicherungssystem Forderungen geltend zu machen. Die kanadischen und europäischen Krankenhäuser beschäftigen zu diesem Zweck nur einen Bruchteil des in amerikanischen Krankenhäusern hierfür eingesetzten Personals.

Generell ist man heute zu der Ansicht gelangt, daß der komplizierte Papierkrieg, dem Patienten und Leistungserbringer im US-Krankenversicherungssystem gleichermaßen ausgeliefert sind, unproduktiv ist und über das vernünftige Maß¹⁵ hinausgeht. Wie groß dieser Verwaltungsaufwand in Geld gemessen genau ist – hierüber kann man nur spekulieren. Man weiß jedoch, daß in den achtziger Jahren die Verwaltungskosten zu den Komponenten der Gesamtausgaben des amerikanischen Gesundheitswesens gehörten, die am schnellsten angewachsen sind. Im Vergleich zu dem viel einfacheren kanadischen System¹⁶ schätzt man, daß ca. 8 bis 10 Prozent der Gesamtausgaben des amerikanischen Gesundheitswesens allein durch den zusätzlichen Verwaltungsaufwand absorbiert werden. Allgemein bekannt ist auch, daß viele Medigap-Versicherungen, die alten Menschen von kommerziellen Anbietern verkauft werden, »Verlustquoten« um die 40 Prozent haben, d. h. rund 40 Cents eines jeden Dollars, der als Beitrag bezahlt wird, werden von der Verwaltung¹⁷ absorbiert. »Verlustquoten« dieser Größenordnung kennt kein anderes Krankenversicherungssystem. Auf sie können die Amerikaner wohl kaum stolz sein.

Nur wer sein Einkommen aus der Verwaltung dieses komplizierten Krankenversicherungssystems bezieht, kann hieraus möglicherweise einen Nettogewinn erzielen. Mit Sicherheit kann man davon ausgehen, daß Patienten und Leistungserbringer dieses System wenig erfreulich finden, wie durch Umfragen belegt wird. Man muß sich fragen, wie lange sie noch gewillt sind, diese überflüssigen Belastungen auf ihre Schultern zu nehmen.

D. Wettbewerb und Preisdiskriminierung

Ein erheblicher Teil der von den Krankenversicherungsträgern übernommenen Gesamtkosten sind Fixkosten. Versicherungsträger, die eine starke Marktposition haben (wie z. B. Medicare, Medicaid oder große Versicherungsunternehmen), können dies ausnutzen, indem sie Gebühren unterhalb der voll zugewiesenen Gesamtkosten pro Einheit festsetzen. Solange die niedrigen Preise die effektiven, variablen Kosten pro Einheit decken, zahlt es sich für Leistungserbringer, die Überkapazitäten haben, immer noch mehr aus, die Patienten zu niedrigen Preisen zu bedienen, auch wenn hierdurch nicht die vollen Kosten gedeckt werden.

Es ist allgemein bekannt, daß Medicaid in vielen Bundesstaaten den Leistungserbringern Gebühren zahlt, die weit unter den voll zugewiesenen Kosten pro Einheit liegen. Nichtversicherte werden häufig in den Krankenhäusern umsonst behandelt, oder die Einnahmen liegen sogar noch unter den effektiven variablen Kosten. Angesichts des finanziellen Drucks, unter den die großen Träger und die Nichtversicherten die Leistungserbringer setzen, sind diese natürlich bestrebt, ihre Fixkosten durch unverhältnismäßig hohe Beiträge von kleineren Trägern, die keine so starke Marktposition haben, wieder hereinzuholen, mit der Folge, daß deren Gebühren meist weit über den voll zugewiesenen Kosten pro Einheit liegen. Dieses Phänomen wird in der Fachliteratur als »Kostenverlagerung« bezeichnet. Technisch bedeutet es »Preisdiskriminierung«, d. h. unterschiedlichen Kunden werden unterschiedliche Preise für dieselbe Dienstleistung berechnet.

Derartige Kostenverlagerungen sind zwangsläufig einer der Faktoren, die dazu geführt haben, daß kleine Unternehmen heute so hohe Versicherungsbeiträge zu zahlen haben. Jedenfalls sieht man hierin eine Erklärung dafür, weshalb die Krankenversicherungsbeiträge der kleinen Unternehmen in den vergangenen Jahren so viel rascher gestiegen sind als die der größeren Unternehmen¹⁸, die sich vor solchen Kostenverlagerungen über sogenannte »Preferred Provider Organizations (PPOs)«¹⁹ schützen können.

In den meisten anderen Industriestaaten wird die Preisdiskriminierung im Gesundheitswesen als ungerecht betrachtet, weil sie tendenziell dazu führt, die Finanzierungslast auf jene Kostenträger abzuwälzen, die – wie kleine Versicherungen und Unternehmen oder Schwerkranke selbst – am wenigsten in der Lage sind, hohe Belastungen zu tragen. Die meisten Länder versuchen, dies zu verhindern,

indem sie mehrere Träger in Regionalverbände zusammenfassen, die satzungsgemäß verpflichtet werden, gemeinsame und bindende Gebührenordnungen mit den entsprechenden Regionalverbänden der Leistungserbringer nach dem sogenannten einheitlichen Erstattungsprinzip (wie z. B. in der Bundesrepublik Deutschland) auszuhandeln. In einem solchen System zahlt jeder innerhalb eines gegebenen Marktbereiches jedem Leistungserbringer dieselben Gebühren für dieselbe Leistung. Es ist zu erwarten, daß der stark belastete amerikanische Mittelstand, der heute einen unverhältnismäßig hohen Anteil der Kosten der Leistungserbringer decken muß, in Kürze an die Regierung mit der Forderung herantreten wird, ein vergleichbares einheitliches System einzuführen. Höchstwahrscheinlich werden die Regierungen auf bundesstaatlicher Ebene aufgefordert werden, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

3. *Was wird aus der amerikanischen Krankenversicherung?*

Das arbeitsplatzgebundene Krankenversicherungssystem geht auf den cleveren Versuch während des Zweiten Weltkrieges zurück, Lohnkontrollen zu umgehen. Löhne wurden in neue freiwillige Zusatzleistungen des Arbeitgebers umgewandelt, die weder der Lohnkontrolle noch der Einkommenssteuer unterlagen. Dieses System entwickelte sich weiter in einer Zeit, in der der Rest der Welt noch damit beschäftigt war, sich aus den Trümmern des Zweiten Weltkrieges herauszuarbeiten, in der die amerikanische Wirtschaft weltweit führend war, in der Produktivität und Gewinne rasch stiegen und in der die Kosten für die Gesundheitspflege auch bei schweren Erkrankungen noch relativ niedrig waren. Zu jener Zeit mag es plausibel erschienen sein, davon auszugehen, daß dieses arbeitsplatzgebundene Versicherungssystem eine stabile Finanzierungsgrundlage für das amerikanische Gesundheitswesen bieten würde und daß mögliche Lücken leicht durch entsprechende Maßnahmen des Staates gestopft werden könnten.

Vieles hat sich seither geändert. Gerade in dem Moment, als in den siebziger und achtziger Jahren der Produktivitätszuwachs nachließ, stellte sich heraus, daß selbst Routineuntersuchungen durch den technischen Fortschritt im Medizinbereich immer teurer geworden waren. Inzwischen haben sich die anderen Länder wirtschaftlich erholt und die amerikanische Wirtschaft in wichtigen Bereichen sogar überholt. Heute hängen die Arbeitsplätze in Amerika von Unternehmensentscheidungen ab, die weit weg von ausländischen

Konkurrenten oder ausländischen Besitzern amerikanischer Unternehmen getroffen werden. Und wenn es nicht ausländische Konkurrenten sind, die die Sicherheit amerikanischer Arbeitsplätze gefährden, so ist es der globale Kapitalmarkt, in dem ein Unternehmen jederzeit aufgekauft oder umstrukturiert werden kann, wodurch wiederum Arbeitsplätze gefährdet werden können. Unter diesen Umständen muß selbst die bisher sichere amerikanische Mittelschicht befürchten, ihren Krankenversicherungsschutz möglicherweise sogar in guten Zeiten zu verlieren. Wie ein Experte es ausdrückte, ist aus der arbeitsplatzgebundenen Krankenversicherung eine Kranken-»Verunsicherung« geworden.

Aus diesem Grunde müssen sich die Amerikaner heute fragen, ob ihr herkömmliches, arbeitsplatzgebundenes Krankenversicherungssystem für ihr Land auch noch in den kommenden Jahrzehnten geeignet ist. In seiner gegenwärtigen Form geht es um Patienten und Kosten herum wie die Katze um den heißen Brei. Durch clevere Risikoauswahl und eine versicherungsmathematisch »faire« Preispolitik versuchen Versicherungsträger, Kunden, die ein potentiell hohes Risiko darstellen, von einem privaten Versicherungsträger zu dem anderen und schließlich in den Kreis der Nichtversicherten »abzuschieben«. Durch alle möglichen Tests werden nichtversicherte Patienten von einem Leistungserbringer zum anderen geschoben, bis sie schließlich zu denen gehören, denen überhaupt keine Hilfe zuteil wird. Heute versucht jeder Kostenträger, Geld zu sparen, indem er andere Träger einen unverhältnismäßig hohen Teil der Fixkosten der Leistungserbringer zahlen läßt.

Es ist ein System, das überall Argwohn und Bitterkeit schafft, ein System, das das Tier im Menschen weckt – und dies in einem Volk, das sich selbst gerne als das großzügigste der Welt bezeichnet. Da Probleme nie beim Schopf gepackt und Lücken weiter offengelassen werden, werden Millionen von Amerikanern in diesem System der Angst vor echten Gesundheitsrisiken und der Aussicht auf finanziellen Ruin ausgeliefert. Wer auch immer vorschlägt, auf einem solchen System weiter aufzubauen, baut auf Sand.

Immerhin ist vorstellbar, daß die privaten Versicherungsunternehmen die Protestgemälde auf den Wänden wahrnehmen und von sich aus, ohne Anstoß durch die Regierung, neue Krankenversicherungen entwickeln, die (a) von einem auf den anderen Arbeitsplatz übertragbar sind und (b) Gemeinschaftstarifen innerhalb großer Regionen unterliegen, so daß große und kleine Unternehmen denselben Versicherungsbeitrag pro Arbeitnehmer zahlen. Aber auch solche

neuen Lösungen mögen für den immer größer werdenden Niedriglohnsektor des Landes nicht geeignet sein. Hier wird man letztlich mit Pauschalbeiträgen pro Arbeitnehmer vielleicht sogar noch weniger zurandekommen, da die Gesundheitsausgaben pro Kopf weiterhin wesentlich rascher ansteigen als die Löhne. Langfristig wird ein auf der Beschäftigung basierendes Finanzierungssystem wahrscheinlich auf Beiträgen beruhen müssen, die als ein einheitlicher Prozentsatz der Lohnsumme erhoben werden, wie dies in anderen Ländern üblich ist.

Leider lassen die Entwicklungen in der privaten Krankenversicherung wenig Hoffnung auf eine rasche und konstruktive Lösung der hier geschilderten sozialen Probleme. Wenn die Regierung nicht eingreift, wird die Bevölkerung wahrscheinlich auch künftig in immer feiner abgestufte Risikogruppen aufgeteilt, und immer mehr Amerikaner mit hohen Gesundheitsrisiken werden von der Versicherung ausgeschlossen. Damit wird immer weniger Geld in das Gesundheitswesen fließen. Während die Wirtschaft auf diesem schmerzlichen Pfad der Selbstzerstörung fortschreitet, wird die Regierung auf Grund der Versäumnisse der privaten Wirtschaft immer mehr in den Bereich der Krankenversicherung eingreifen müssen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Uwe E. Reinhard

School of Public and International Affairs, Princeton University

Princeton, NJ., U.S.A.

Anmerkungen

- 1 Mit freundlicher Genehmigung der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e. V., Köln, in deren Informationsdienst (ID Nr. 223) eine längere Fassung dieses Textes auf deutsch verbreitet worden ist. Die Übersetzung aus dem Amerikanischen besorgte Gesine Burmester-Erdmann.
- 2 Robert J. Blendon, Robert Leitman, Ian Morrison und Karen Denolan: »Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in 10 Ländern«. *Health Affairs*, Sommer 1990, S.187-192.
- 3 Vgl. Robert J. Blendon u. a., op. cit., S.190-191.
- 4 Vgl. John H. Wennberg und Alan Gittelsohn: »Unterschiede in der Gesundheitsversorgung in kleinen Gebieten«, *Scientific American*, Bd. 246, Nr. 4, April 1982.
- 5 Vgl. z.B.: Robert H. Brook und Mary E. Vaiana: Eine angemessene Gesundheitsversorgung. Washington, D. C.: Nationales Forum der George Washington Universität für die Gesundheitspolitik, Juni 1989.
- 6 Zweifelhaft ist allerdings, ob die Ärzte in anderen Ländern auf besseren theoretischen Grundlagen der Medizin praktizieren.

- 7 Blendon u. a., op. cit.
- 8 In der Anzeige wird ausdrücklich festgestellt, daß eine solche Querfinanzierung unfair wäre, d. h. es handelt sich um eine allgemeingültige Aussage über die bevorzugte soziale Einstellung.
- 9 Einige Versicherungen (Blue-Cross/Blue Shield) versuchen, der Öffentlichkeit Versicherungsverträge mit einheitlichen Beitragssätzen anzubieten.
- 10 Vgl. z.B.: Yondorf und Teilhaber: Der medizinisch Nicht-Versicherbare. Bericht über die Gesetzgebung des Bundesstaates Colorado, Colorado Versicherungsabteilung, Denver, CO, 10. Januar 1990, S.24.
- 11 Medicare ist die staatliche Krankenversicherung für alle US-Amerikaner über 65 und für die Behinderten.
- 12 Medicaid ist ein Sozialhilfeprogramm für die medizinische Versorgung Bedürftiger auf der Ebene der Bundesstaaten. Der Bund ist an der Finanzierung beteiligt.
- 13 Statistische Angaben aus: John Holahan und John L. Palmer: Medicare's finanzielle Probleme: Reformen sind dringend erforderlich. Urban Institute, Washington, D. C., Februar 1987, Tabelle 6.
- 14 Eine weitere Meinung zu dieser kühnen Behauptung: Vgl. einen Beitrag des berühmten amerikanischen Orthopäden T. Berry Brazelton: »Warum wird Amerika seinen Kindern nicht gerecht?« The New York Times Magazine, 9. September 1990, S.40ff.
- 15 Vgl. z.B.: Amerikanische Gesellschaft für Innere Medizin: Der Hassle Faktor: Amerikas Gesundheitswesen erstickt im Papierkrieg. Washington. D. C., 1990.
- 16 David U. Himmelstein und Steffie Woolhandler: »Kosten ohne Leistungen: Unnötiger Verwaltungsaufwand im amerikanischen Gesundheitswesen«. New England Journal of Medicine, Bd. 31, 13. Februar 1986, S.441-445.
- 17 Hier ist anzumerken, daß Blue Corss/Blue Shield augenscheinlich Verlustquoten über 90 Prozent haben, während sie bei der Prudential-Versicherung zwischen 80 und 90 Prozent liegen.
- 18 Vgl. z.B.: Die Krise im Gesundheitswesen überwinden. Bericht über einen Überblick der National Association of Manufacturers und Foster Higgins, 1989.
- 19 Im Rahmen einer solchen Absprache (PPO) bieten Leistungserbringer den Unternehmen Preisnachlässe an, wenn diese als Gegenleistung Anreize bieten, die bewirken, daß Arbeitnehmer (als Patienten) wiederum nur zu solchen Leistungserbringern gehen, die ihrerseits Preisnachlässe gewähren.