



THOMAS HOEPEK / MAGNUM PHOTOS

Teure Apparaturen, wie hier am Johns-Hopkins-Universitätsspital in Baltimore, tragen massgeblich zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei.

Das amerikanische Gesundheitswesen in der Krise

Zu ungleich, zu teuer und auf tönernen Füessen

Von unserem Wirtschaftskorrespondenten in Washington, Walter Meier

Die Diagnose ist praktisch einmütig. Amerikas Gesundheitswesen steckt in einer Krise. In seiner derzeitigen Ausgestaltung ist ein Sechstel der Bevölkerung nicht versichert, die Qualität der Dienstleistungen variiert sehr stark, und die Finanzierbarkeit ist auf die Länge nicht sichergestellt. Ein grosser Wurf zur Lösung dieser Mängel ist nicht in Sicht.

Washington, Ende März

Sowohl Experten als auch die Bevölkerung in den USA sind sich einig: Der Gesundheitssektor steckt in einer Krise, die täglich schlimmer wird. In einer Umfrage des sich als unparteilich bezeichnenden Center for American Progress werden auf die Frage nach der grössten Gefährdung des wirtschaftlichen Wohlergehens die Gesundheitskosten an erster Stelle genannt, noch vor der Arbeitslosigkeit oder den Staatsschulden, und zwar auf volkswirtschaftlicher wie auch auf persönlicher Ebene.

Das höchste Kostenniveau der Welt

Dass die Bürger ein Kostenproblem sehen, erstaunt nicht. In den Jahren 2001 bis 2005 sind die Krankenversicherungsprämien jährlich zwischen 9,2% und 13,9% gestiegen. Gleichzeitig sind Franchisen und Zuzahlungen in vielen Fällen heraufgesetzt worden. Experten und Politiker drücken das Kostenproblem in eindrücklichen Globalzahlen aus. Der Gesundheitssektor in den Vereinigten Staaten beansprucht rund 16% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Das ist mehr als in

jedem anderen entwickelten Land. Gemäss den letzten Vergleichszahlen der OECD (für 2003) lag der Unterschied zum nächsten Land – der Schweiz – bei 3,5 Prozentpunkten. Der grösste Teil der OECD-Länder gab weniger als 10% des BIP für das Gesundheitswesen aus. Andere Masszahlen, welche die Dimension des Problems darstellen, sind der prognostizierte Anstieg der Kosten für die beiden grossen staatlichen Gesundheitsprogramme, Medicaid und Medicare. Deren Kosten betragen heute rund 4,2% des BIP. Sie werden – bei Beibehaltung der heutigen Leistungsversprechen – unter optimistischen Annahmen der Gesundheitskostenentwicklung bis 2050 auf 12,6% und bei realistischen Annahmen gar auf 21,9% des BIP steigen.

Heterogenes System

Das ist aber erst ein Teil des amerikanischen Gesundheitssystems. Dieses ist ziemlich heterogen gestaltet. In der Gruppe der Personen unter 65 Jahren sind 61% der Bevölkerung in Gruppenversicherungen durch den Arbeitgeber eines der Familienmitglieder versichert. Das ist bisher eine der tragenden Säulen des Systems. Weitere 16% sind bei zentral- oder gliedstaatlichen Programmen versichert, primär Medicaid. Weitere 5% haben private Versicherungspolice. Und 18% schliesslich, oder 45,5 Millionen US-Bürger, in der Regel arme Leute, sind überhaupt nicht versichert. Personen im Rentenalter sind grundsätzlich durch das staatliche Medicare-System abgedeckt. Dieses wird durch Abgaben auf den Löhnen (zurzeit 2,9%, paritätisch aufgeteilt) finanziert. Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wird fast ausschliesslich durch den Privatsektor erbracht. Eine Ausnahme ist die Veterans Health Administration, welche für ehemalige Angehörige der Streitkräfte sozusagen ein eigenes Gesundheitssystem mit eigenen Spitalern aufgebaut hat, das nach einer grundlegenden Sanierung einen sehr guten Ruf geniesst.

Die stärkste Säule bröckelt

Die Versicherung über den Arbeitgeber ist heute noch die Regel. Ob dies in Zukunft auch noch so sein wird, ist fraglich. Das hängt mit der Beitragsstruktur zusammen. Bei Einzelpersonen zahlt das Unternehmen durchschnittlich 84% der Prämien, bei Familienpolice immer noch rund 74%. In der Regel sind die abgedeckten Leistungen grosszügig bemessen. Zwar wirken diese Kosten bei den Firmen steuermindernd – dem Staat gehen dadurch Unternehmenssteuern im Umfang von über 170 Mrd. \$ pro Jahr verloren –, doch bleibt ein erheblicher Betrag übrig, der die Lohnnebenkosten Jahr für Jahr in die Höhe treibt. Für Gesellschaften wie General Motors (GM) bildet die Gesundheitsversorgung, die sie nicht nur ihren Beschäftigten, sondern auch ihren Pensionierten vertraglich zugesichert hat, allmählich ein Existenzproblem. Die Gesundheitskosten belaufen sich bei GM auf nicht weniger als 1500 \$ pro verkauftes Fahrzeug. Das ist ein ins Gewicht fallender Wettbewerbsnachteil gegenüber ausländischen Konkurrenten, die überhaupt nicht oder nur in geringerem Umfang für die Gesundheitskosten ihrer Mitarbeiter aufkommen müssen. Es erstaunt daher nicht, dass GM, ebenso wie Ford und DaimlerChrysler, einen Teil der Last auf seine Beschäftigten und Rentner zu überwälzen gezwungen ist. Ganz generell geht überdies der

Anteil der Unternehmen zurück, die ihren Arbeitnehmern eine Krankenversicherung anbieten; im Jahr 2000 waren es noch 69% aller Firmen gewesen, im vergangenen Jahr noch 60%. Von diesen (bei Unternehmen mit über 200 Mitarbeitern) offeriert nur noch ein Drittel auch eine Deckung nach der Pensionierung; 1988 waren es noch zwei Drittel gewesen. Kleinere Arbeitgeber schrecken zunehmend vor der Versicherung ihrer Angestellten zurück. Die Abwälzung von Kosten auf die Mitarbeiter geschieht oft durch die Ein-

Noch kein grosser Reform-Wurf in Sicht

Obwohl praktisch jedermann erkennt, dass das US-Gesundheitssystem daran ist, gegen die Wand zu fahren, fehlt ein kohärenter Reformansatz. Der letzte Versuch unter Bill Clinton scheiterte 1994 im Kongress. Für längere Zeit war damit der Reformeifer gebrochen, und selbst heute wagt sich kaum ein Politiker an dieses Thema heran, weil man fürchtet, dabei eine blutige Nase zu holen. Das Thema ist überdies ideologisch «geladen». Auf der Linken sieht man in den hohen Kosten des US-Gesundheitswesens ein Marktversagen, zumal dessen primär von Privatunternehmen erbrachten Leistungen als ungenügend oder zumindest als sehr ungleich eingestuft werden.

Hoher Anteil von Nichtversicherten

Die hohe Zahl der Nichtversicherten ist ebenfalls ein Kritikpunkt, wobei jene mit einer prekären Einkommenssituation wohl nur begrenzt in der Lage wären, einen Kostenbeitrag zu leisten. Deren Einbezug in das Gesundheitssystem würde tendenziell höhere Kosten mit sich bringen. Allerdings ist diese Aussage nicht unbestritten. Selbst wer nicht versichert ist, hat in Notfällen Anspruch auf die Pflege in Spitalern, die die Kosten auf die anderen Patienten überwälzen (diese Kosten werden für 2004 auf 41 Mrd. \$ geschätzt). Solche Notfälle kosten aber meist sehr viel Geld. Hätten diese Personen zuvor Zugang zum Gesundheitssystem gehabt, so hätte vielfach durch Vorsorge ein Akutproblem abgewendet werden können. Bei aller Kritik am gegenwärtigen Zustand befürworten aber die wenigsten Demokraten ein staatliches Gesundheitssystem wie in Grossbritannien oder in Kanada.

Mehr Eigenverantwortung als Schlüssel

Auch bei den Republikanern fehlt es an Ideen, wie der gordische Knoten durchhauen werden könnte. Die Leitidee der konservativen Think-Tanks lautet: mehr Kostenbeteiligung und damit mehr Wahlfreiheit und Eigenverantwortung der Patienten. Davon erhoffen sie sich ein bewussteres Nachfrageverhalten bei Gesundheitsdienstleistungen (vgl. auch Kasten über Spezialkonten). Ein erwünschter Folgeeffekt wäre, dass die privaten Leistungserbringer ihre Angebote effizienter und transparenter gestalten und dass die Versicherer ihre Deckung ebenfalls sorgfältiger kalibrieren müssten. Das tönt grundsätzlich überzeugend. Allerdings ist diese Wirkungskette bei Gesundheitsdienstleistungen möglicherweise weniger stringent als in anderen Bereichen. Zudem ist die Verschiebung der Kostenlast auf die Haushalte politisch unpopulär.

Hier und dort sind trotzdem Ansätze dazu vorhanden. Ein Beispiel dafür gibt es bei Medic-

Zwei primäre Kostentreiber

wm. Die Gesundheitskosten nehmen in den USA seit Jahren deutlich schneller zu, als dass die Wirtschaft wächst. Ein Grund dafür ist demographischer Natur; die Zahl alter Leute, die mehr Gesundheitsleistungen brauchen als Junge, nimmt zu. Dieser Trend wird sich mit dem Eintritt der Baby-Boom-Generation ins Rentenalter in ein paar Jahren noch akzentuieren. Bisher noch stärker ins Gewicht gefallen ist die technologische Entwicklung in der Medizin, sei es im Bereich der Analysegeräte, der Arzneimittel oder bei der Möglichkeit neuer Operationen. Zum einen ist der Einsatz dieser Möglichkeiten meist teuer, zum andern ruft er oft eine zusätzliche Nachfrage hervor, dies, obwohl die Nutzung dieser Möglichkeiten den ärmeren Bevölkerungsschichten vielfach verwehrt ist. Eine Untersuchung hat ergeben, dass der medizinische Fortschritt rund die Hälfte bis zwei Drittel der Mehrkosten verursacht, die über das Wirtschaftswachstum hinausgehen.

führung oder Erhöhung von Franchisen und von Selbstbehalten. Das senkt die Prämienzahlungen für die Gruppenversicherung und soll den Nachfrager nach Gesundheitsleistungen kostenbewusster werden lassen. In den USA werden lediglich 14% (Zahlen für 2002) direkt von den Patienten bezahlt. 35% der Kosten werden von den Versicherern und 46% vom Staat übernommen (weitere 5% von anderen Privaten). Diese geringe Eigenbeteiligung gilt als der Hauptgrund dafür, dass in Amerika mehr Gesundheitsleistungen nachgefragt werden, als eigentlich angezeigt wäre. Wenn andere Zahlen, kümmern die Kosten wenig; sorgfältiges Abwägen zwischen Nötigem und Wünschbarem entfällt ebenso wie die Suche nach den Anbietern mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis.

Diese Aussage gilt selbst unter dem Vorbehalt, dass im Gesundheitssektor Leistungen schwierig zu vergleichen sind und es für den Nutzen wohl kaum allgemein anerkannte Messgrößen gibt. Dazu kommt, dass die Kosten höchst intransparent sind. Leistungsanbieter erhalten unterschiedliche Vergütungen für die gleiche Leistung. Generell gilt wohl, dass für Medicaid erbrachte Dienste am geringsten entschädigt werden und dass Privatversicherte die höchsten Preise zu entrichten haben. Ansätze zu mehr Transparenz werden derzeit von staatlicher Seite gefördert oder gefordert. Die Leistungserbringer sind nicht erfreut darüber, weil es ihre Position bei den Preisverhandlungen mit den verschiedenen privaten Krankenversicherern untergräbt.

aid, welche für langfristige Pflegefälle im Alter nur noch aufkommt, wenn das Privatvermögen geringer ist als bisher. Auch sind Vermögenstransfers zu den Erben stark eingeschränkt worden. Davon erhofft man sich eine stärkere Nachfrage nach Privatversicherungen für Pflegeleistungen. Unter dem Strich ergibt sich gleichwohl eine Verlagerung der Kosten vom Staat zu den Privaten. Dies ist ein kleiner Schritt zur Lösung des Problems überhöhter staatlicher Ausgaben; die heute im Rahmen von Medicaid und Medicare abgegebenen Leistungsversprechen werden schon bald nicht mehr finanziert werden können, falls man nicht andere Staatsausgaben kürzen oder die Steuern bzw. die Abgaben auf dem Lohn massiv heraufsetzen will. Noch kann sich Amerika sein teures Gesundheitssystem leisten. Aber die Zeit der harten Entscheidungen rückt unabhaltsam näher.

Spezialkonten als Hoffnungsträger

wm. Einer der für vielversprechend gehaltenen Reformansätze besteht in der Einführung sogenannter Health Savings Accounts (HSA). Sie erlauben den Haushalten, steuerbefreite Rücklagen zu bilden, mit denen bei Bedarf Gesundheitskosten bezahlt werden können. Steuerbefreit heisst, dass die Äufnung des HSA vom laufenden Einkommen abgezogen werden kann, dass die anfallenden Zinsen nicht besteuert werden und dass auch die aus den HSA entnommenen Mittel nicht als Einkommen zu versteuern sind, sofern das Geld wirklich für Krankenversicherungsprämien oder andere Gesundheitskosten verwendet wird. Möchte man das Geld für andere Zwecke brauchen, so ist auf der ausbezahlten Summe im Rentenalter die ordentliche Einkommenssteuer zu entrichten. Wer Geld aus dem HSA schon früher beziehen will, muss darauf noch eine Strafsteuer von 10% berappen. Mit dieser Regelung soll eine der Zielsetzungen der Health Savings Accounts abgesichert werden, nämlich dass man in jüngeren Jahren Geld auf die hohe Kante legt, das man im Alter brauchen kann, wenn hohe Gesundheitskosten anfallen. Von den HSA kann allerdings bisher nur Gebrauch machen, wer gleichzeitig eine Krankenversicherung mit einer hohen Franchise (mindestens 1000 \$) abschliesst. Diese Bestimmung soll die Patienten zu einer vernünftigeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen anhalten. Die Tatsache, dass bis jetzt in den meisten Fällen Dritte für die Gesundheitskosten aufkommen, führt tendenziell zu einer erheblichen Übernachfrage der Patienten, welche die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen nur allzu gerne befriedigen.