



Das US-Gesundheitswesen: Ein Schrecken ohne Ende?

Bürgerliche Gesundheitspolitiker streben in der Schweiz einen umfassenden Umbau des Gesundheitswesens an. Viele Rezepte dafür stammen aus den USA: Markt und Wettbewerb, Managed Care und HMO, mächtige private Krankenversicherer, schrankenloser Marktzugang für profitorientierte Leistungsanbieter. Erstaunlich ist indessen, wie wenig hierzulande über das US-Gesundheitswesen und seine Entwicklungstrends bekannt ist. Denn all das, wovon die Schweizer Rechtsbürgerlichen träumen, ist in den USA Realität. Und diese Realität ist nicht nur hart für sozial Benachteiligte. Sie ist zunehmend belastend für die gesamte Gesellschaft: Die Kosten laufen aus dem Ruder, und dennoch wird die Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten immer schlechter.

Bundesrat Christoph Blocher lässt in einem Interview im Zürcher Tages-Anzeiger zum Jahresbeginn 2005 verlauten, er möchte die obligatorische Krankenversicherung am liebsten abschaffen. Was Blocher will, ist in den USA Wirklichkeit. Ein Versicherungsobligatorium gibt es hier nicht, und deshalb waren im Jahr 2003 16% der Bevölkerung (45 Mio. Menschen) ohne Versicherungsschutz. Das bleibt nicht ohne gravierende Folgen für die Betroffenen.

Fehlender Versicherungsschutz und seine Folgen

Normalerweise sind die Leute in den USA nur versichert, wenn sie über eine feste Anstellung verfügen. Die Prämien für den Abschluss einer individuellen Versicherungspolice sind wesentlich höher als diejenigen für die Kollektivversicherungen, die durch die Unternehmen abgeschlossen werden. Wer den Job verliert, verliert deshalb oft auch den Versicherungsschutz, weil er sich die höheren Prämien nicht leisten kann.

Wie zum Beispiel Harold Kilpatrick aus Dyersburg im US-Staat Tennessee. Der 26-jährige Mann litt an Schizophrenie; er verlor seinen Job bei FedEx. Daraufhin wurde ihm die Behandlung verweigert, und auch das medizinische Unterstützungsprogramm TennCare (die Umsetzung des US-weiten Medicare-Programms) versagte ihm finanzielle Unterstützung. Kilpatricks Zustand verschlimmerte sich, und am 17. September 2003 nahm er eine Gruppe Studenten des Dyersburg State Community College als

Beat Ringger

1955. Zentralsekretär vpod und geschäftsleitender Sekretär des Denknetzes. Interessensschwerpunkte: Gesundheits- und Sozialpolitik, politische Ökonomie, Psychologie und Fragen der Ideologiebildung.

Geiseln. Er verwundete zwei Menschen, bevor er von der Polizei erschossen wurde.¹

Oder Nick Might, 25-jährig. Might leidet an Neurofibromatosis, einer Erbkrankheit, die zu Tumoren im ganzen Körper und auf der Haut führt. Auch Might verlor die Stelle und damit den Versicherungsschutz. Als allein lebender, kinderloser Erwachsener hatte er keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung, musste alle Arztrechnungen selbst bezahlen und häufte so innerhalb von wenigen Monaten 20'000 Dollar Schulden an. Might musste die Telefonnummer wechseln, um sich die diversen Schuldeneintreibungsfirmen auf Distanz halten zu können.

Wie schlecht es um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung steht, zeigen die Zahlen des Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, einer regelmässig durchgeführten repräsentativen Befragung der US-Bevölkerung zu finanziellen Aspekten der Gesundheitsversorgung. Gemäss dieser Umfrage gaben im Jahr 2003 37% aller Erwachsenen zwischen 19 und 64 an, dass sie aus Kostengründen Schwierigkeiten hatten, die Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, die sie benötigt hätten. Dieser Anteil ist seit dem Jahr 2001 um 8% gestiegen.

Die Verschlechterung der Lage betrifft vor allem die ärmeren Bevölkerungsschichten. Mehr als die Hälfte (52%) aller Erwachsenen zwischen 19 und 64 Jahren, die in Haushalten mit einem Einkommen von weniger als 20'000 Dollar leben, waren im Jahre 2003 zumindest zeitweise ohne Versicherungsschutz. Die Schutzlosigkeit wird durch die zunehmende Praxis vieler Spitäler verschärf, den Nicht-Versicherten höhere Beträge zu verrechnen als den Versicherten. Versicherungen vergüten nur die vertraglich vereinbarten Preise, Nicht-Versicherte hingegen können sich nicht gegen überhöhte Preise wehren.

Es erstaunt deshalb nicht, dass gemäss der repräsentativen Befragung der US-Bevölkerung 41% aller Erwachsenen angeben, sie hätten Schwierigkeiten, die Spital- und Arztrechnungen zu bezahlen. 18% müssen wegen medizinischer Rechnungen ihr Vermögen aufbrauchen, 8.2% sind gezwungen, sich zu verschulden. 11% geben an, dass sie wegen der Belastung durch medizinische Rechnungen nicht mehr in der Lage sind, ihre Grundkosten für Nahrung, Wohnung oder Heizung zu bestreiten.² Das unsoziale Gesundheitssystem treibt eine zunehmende Zahl von AmerikanerInnen in harte Armut.

Profitorientierung kommt teuer zu stehen

Diese Zahlen und diese Schicksale kontrastieren drastisch mit den Gehältern der Versicherungsgesellschaften. Der durchschnittliche Jahreslohn, den sich die CEOs der 12 grössten US-Krankenversicherungs-



Gesellschaften auszahlen lassen, beträgt 15.2 Mio. Dollar. Das sind über 66'000 Dollar pro Arbeitstag, wie Graef Crystal, Experte für Executive Pay, am 8.10.04 auf der Bloomberg-Homepage aufzeigte.

Nirgends auf der Welt ist der Anteil profitorientierter Anbieter von Gesundheitsleistungen so hoch wie in den USA. Sie haben in vielen Bereichen eine marktbeherrschende Stellung. Profitorientierte Betriebe dominieren die Bereiche Pflegeheime, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, HMOs (private ambulante Anbieternetze) und Nierendialyse-Zentren. Bereits sind auch 13% der Akutspitäler unter Kontrolle von privaten Kapitalgebern.³

Der Markt sorgt für Effizienz – so das neoliberale Dogma. Doch die Wirklichkeit folgt nicht dem Dogma: Kliniken, die von Investoren kontrolliert werden, optimieren den Profit, nicht die Kosten. Obwohl profitorientierte Spitäler häufig bei den Löhnen des Personals sparen, sind ihre Leistungen wesentlich teurer als jene vergleichbarer Non-Profit-Betriebe. Eine Vergleichsstudie aus dem Jahr 2004 kommt zum Schluss, dass profitorientierte Spitäler für ihre Leistungen um 19.95% höhere Kosten verrechnen als Non-Profit-Spitäler.⁴ Dabei erfolgt die Rechnungstellung oft nicht korrekt, und Verurteilungen wegen Betrugs sind keine Seltenheit. Die grösste Spitalfirma Columbia/HCA musste 1.7 Mia. Dollar an Bussen und Nachzahlungen leisten für überzogene Rechnungen, mehrfache Verrechnung derselben Leistung oder falsche Angaben zur Diagnose; bei der zweitgrössten Firma Tenet sind es 700 Mio. Dollar für vergleichbare Betrügereien.⁵

Die Unübersichtlichkeit eines deregulierten Gesundheitssystems treibt die administrativen Kosten in die Höhe: Im Jahr 2003 betrugen sie in den USA 399.4 Mia Dollar (von insgesamt 1660.5 Mia Dollar Gesundheitskosten), was 24% der Gesamtkosten ausmacht. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie in Kanada.⁶

Dies alles kommt die Allgemeinheit teuer zu stehen und schlägt auch in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu Buche. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt ist nirgends auf der Welt so hoch wie in den USA: 14.6% im Jahr 2002 (an zweiter Stelle folgt die Schweiz mit 11.2%).

Managed Care und HMO: Die Bilanz ist negativ

In den USA hat die Bedeutung von Health Maintenance Organisations (HMO) sprunghaft zugenommen: Waren 1985 erst 7% der US-Bevölkerung einer HMO angeschlossen, so ist es mittlerweile ein Drittel (83 Millionen in 1999, Sullivan 2003). Das Prinzip der HMO ist die Verbindung von Versicherung und Leistungserbringung: HMO offerieren

prämienbasierte Gesundheitsleistungen, die sie auch selbst erbringen oder durch Vertragsfirmen erbringen lassen. Zwei Drittel aller HMO arbeiten gewinnorientiert.

Gewinnorientierte Investoren haben oft nicht viel übrig für die originären Anliegen des Gesundheitswesens. Zum Beispiel investieren mehrere US-Gesundheitsversicherungen, die zu den grössten HMO-Besitzern gehören, gleichzeitig in die Tabakindustrie. Das hat Folgen: Die grösste HMO der USA, Cigna, hatte ihre Mitglieder wiederholt verharmlosend über die Auswirkungen des Tabakkonsums informiert. Diese »Informationen« waren mit Philip Morris abgesprochen. Cigna besitzt Philip Morris-Aktien im Wert von 38.6 Mio. \$.⁷

Ende der 80er-Jahre erlebte das US-Gesundheitswesen einen Kostenschub mit zweistelligen Zuwachsraten. Die Förderung von HMO wurde allenthalben als bestes Mittel zur Bremsung der Kosten angepriesen. Tatsächlich konnte der Kostenanstieg vorübergehend auf durchschnittliche 5,4% gebremst werden – jedoch offensichtlich zu Lasten der Versorgungsqualität. Bereits 1996 stiessen die HMO bei einer deutlichen Mehrheit der US-BürgerInnen auf Ablehnung. Doch viele HMO-BenützerInnen haben keine Wahl, wieder zu einem Privatarzt zu wechseln, weil sie von ihrer Versicherung auf eine HMO festgelegt werden.

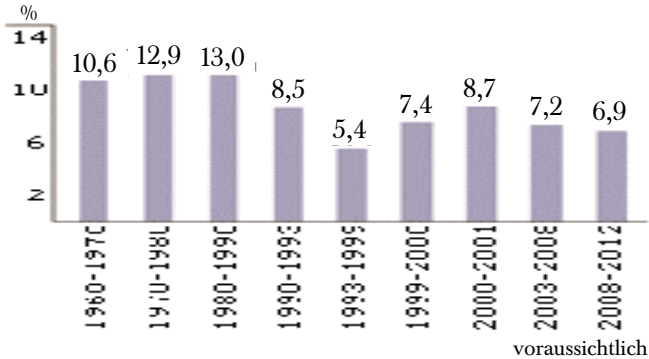
Die sinkende Qualität in den HMO wird nicht nur von den Betroffenen wahrgenommen, sie lässt sich auch statistisch belegen. Eine Langzeitstudie (Rand Health Insurance Experiment) ergab, dass kranke PatientInnen mit tieferen Einkommen bei HMOs ein um 21% höheres Todesrisiko in Kauf nehmen müssen, als wenn sie bei einem frei praktizierenden Arzt versorgt werden.

Mittlerweile haben die grossen HMO allerdings ihre Position gefestigt und vielfach eine monopolähnliche Stellung erlangt. Entsprechend steigen die Gesundheitskosten wieder deutlich stärker an. Deshalb sind es keineswegs mehr nur linke KritikerInnen, die eine negative Bilanz ziehen. Im Januar 1999 fragt das Wall Street Journal: »Wenn das Managed-Care-System die Kosten nicht kontrollieren kann – welche Zukunft hat es denn dann noch verdient?« Der prominenteste Kritiker von HMO heisst Paul Ellwood – prominent deshalb, weil er (noch unter der Nixon-Administration in den 70er-Jahren) der Erfinder des HMO-Konzeptes gewesen ist. Im Mai 1999 bezeichnete er die Qualität der HMO als »nationale Schande«, nachdem er sie am eigenen Leib erfahren hatte: Er habe eine Querschnittlähmung nur verhindern können, weil er sich wiederholt gegen katastrophale Anordnungen von Ärzten und Pflegenden in einer HMO gewehrt habe.

Die Krise spitzt sich zu

Der US-Gesundheitsökonom Stephen Heffler⁸ schätzt, dass die US-Gesundheitskosten in den kommenden Jahren mit einer Rate von 7,3% steigen und im Jahr 2012 17,7% des BIP beanspruchen werden.⁹

Mittlere jährliche Wachstumsrate der Gesundheitskosten in den USA



Gleichzeitig verschlechtert sich die Situation für die breite Bevölkerung in den USA. Normalerweise sind Erwerbstätige in den USA von ihren Arbeitgebern gegen Krankheit und Unfall versichert, und meist bieten die Firmen auch Zusatzversicherungen für die ganze Familie. Doch diese Versicherungen sind freiwillig, und weil die Prämien in den letzten vier Jahren jedes Jahr um 10 oder mehr Prozent angestiegen sind, folgen Leistungsabbau und Kostenüberwälzung auf dem Fuss. Immer mehr Arbeitgeber erhöhen die Versicherungsbeiträge, die die Angestellten selbst bezahlen müssen, sie erschweren den Versicherungszugang (Wartezeiten nach Firmeneintritt, keine Versicherung für Teilzeitangestellte) oder streichen die Versicherung gleich ganz. Laut der Labor Research Association ist im Jahr 2003 erstmals seit mehr als vier Jahrzehnten nur noch eine Minderheit der Angestellten (45%) in der Privatwirtschaft gegen Krankheit versichert; noch im Jahr 2000 waren es 52%. Bei den Vollzeitangestellten ging dieser Anteil von 76% im Jahr 1990 auf 56% im Jahr 2003 zurück (Labor Research Association 2004).

Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Die National Coalition on Health Care – eine Dachorganisation mit den Ex-Präsidenten Bush, Carter und Ford als Ehren-Vorsitzenden – geht davon aus, dass die durchschnittliche Familienprämie auf 14'500 Dollar steigen und so innerhalb von drei Jahren um über 5'000 Dollar wachsen wird. Die Coalition befürchtet deshalb, dass die Zahl der Nicht-Versicherten bis ins Jahr 2006 auf etwa 51 bis 54 Mio. Menschen steigen wird.

Die rasch wachsenden Kosten haben bewirkt, dass der staatliche Anteil an der Finanzierung der US-Gesundheitskosten stark zugenommen

Das US-Gesundheitswesen in Stichworten und Kennzahlen

- Die USA kennen kein *Versicherungsobligatorium*. 16% der Bevölkerung (2003) sind ohne Versicherungsschutz.
- Der Grossteil der Leute ist *über ihre Arbeitsstelle einer Krankenversicherung angeschlossen*. Die Versicherung stellt einen üblichen – aber gesetzlich nicht vorgeschriebenen – indirekten Lohnbestandteil dar. Gegen eine vom Arbeitgeber vergünstigte Zusatzprämie kann die ganze Familie mitversichert werden.
- Das US-Gesundheitswesen *ist mit Abstand das teuerste der Welt*. Trotz hoher Wachstumsraten der US-Wirtschaft nimmt der Anteil am BIP laufend zu und betrug im Jahr 2002 14.6% (Schweiz: 11.2% BIP-Anteil bei deutlich geringerem Wirtschaftswachstum).
- Insgesamt sind die *Leistungen mittelmässig und äusserst unsozial verteilt*. Der Gesundheitszustand der US-Bevölkerung ist alles andere als herausragend: Die Lebenserwartung betrug 1999 für Männer 73.9 Jahre (Schweiz 77.0) und für Frauen 79.4 Jahre (Schweiz 82.8).
- Da das US-Gesundheitswesen kaum reguliert ist, sind die Schnittstellenprobleme enorm und entsprechend hoch fallen die *administrativen Kosten* aus (24% aller Ausgaben). Zudem ist das System ohne grundlegende Reformen *kaum mehr steuerbar*.
- Der US-Bundesstaat ist vor allem über zwei Finanzierungsprogramme am Gesundheitswesen beteiligt: Medicare erfasst alle über 65-Jährigen und alle Behinderten, die Anrecht auf Social Security haben. *Medicare* vergütet sowohl ambulante als auch stationäre Kosten. 1999 profitierten 39 Mio. Menschen von Medicare. Schwachpunkt: Ärzten ist es erlaubt, auf die von Medicare vergüteten Preise einen privat zu bezahlenden Aufschlag zu verlangen, wovon zunehmend Gebrauch gemacht wird.
- *Medicaid* ist das zweite bundesstaatliche Finanzierungsprogramm. Es kann auf Antrag hin von Leuten mit keinem oder geringem Einkommen beansprucht werden; die Anspruchsgrenzen werden von den einzelnen Staaten festgelegt. 41 Mio. AmerikanerInnen haben 1998 Medicaid-Unterstützung bezogen. Weil Medicaid die Kosten nach dem Prinzip der Fallkostenpauschalen vergütet, gibt es jedoch viele Leistungserbringer, die keine Medicaid-PatientInnen akzeptieren.
- Der *Anteil der aus Steuermitteln finanzierten Gesundheitskosten ist mit rund 60%* wesentlich höher als in der Schweiz (25.3% im Jahr 2000).
- Das US-Gesundheitswesen ist *für profitorientierte Anbieter praktisch ohne Einschränkungen zugänglich*. Alle Bereiche, die sich profitabel organisieren und betreiben lassen, sind durch gewinnorientierte Firmen dominiert, so etwa zwei Drittel aller HMO.
- *HMO* (Versicherungen, die gleichzeitig die Gesundheitsleistungen erbringen) spielen eine grosse Rolle: Mehr als 80 Mio. Amerikaner sind einer HMO angeschlossen. Der übrige ambulante Bereich wird, wie in der Schweiz, von frei praktizierenden ÄrztInnen versorgt.

hat und heute bei rund 60% liegt. An diesem Anstieg sind die bundesstaatlichen Unterstützungsprogramme Medicaid und Medicare für Kriegsveteranen und Kinder wesentlich beteiligt. Doch die Bush-Regierung will nun die Leistungen der staatlichen Unterstützungsprogramme deutlich senken.

Ein Ausweg aus dieser Krise ist vorderhand nicht in Sicht. Nachdem die Clinton-Administration mit einem breit angelegten Reformprogramm 1994 am Widerstand der Wirtschaftslobby und der Republikaner gescheitert war, sind keine bedeutenden Reformansätze mehr auf die Agenda einer amtierenden Regierung gesetzt worden.

Das Beispiel der USA zeigt einmal mehr, wie bedeutsam das Versicherungsobligatorium ist, und wie wichtig es ist, das profitorientierte Kapital im Gesundheitsbereich möglichst stark zurückzubinden, wenn wir eine Amerikanisierung des schweizerischen Gesundheitswesens verhindern wollen. Die Ausrichtung an US-amerikanischen Rezepten ist aber genau das Ziel von bürgerlichen GesundheitspolitikerInnen und Wirtschaftsverbänden, denn es lockt der ›Megamarkt Gesundheit‹. Die meisten KVG-Revisionsvorlagen (Spitalfinanzierung, Managed Care, Kostenbeteiligung, Pflegefinanzierung) könnten sie, sollten sie umgesetzt werden, bei der Realisierung dieser Ziele unterstützen.

Anmerkungen und Literatur

- 1 Colson, Nicole (2003) ›U.S. health care system in crisis‹. In: Socialist Worker Online, 17.10. www.socialistworker.org/2003-2/472/472_06_Healthcare.shtml.
- 2 Collins, Sara et al. (2004) ›The Affordability Crisis in U.S. Health Care: Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey‹ (www.cmfwf.org/usr_doc/collins_biennial2003_723.pdf).
- 3 Himmelstein, David, Steffie Woolhandler (2004) ›Mayhem in the Medical Marketplace. Physicians for a National Health Program‹. In: Monthly Review, Dezember.
- 4 Devereaux, P.J. et al. (2004) ›Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis‹. In: Canadian Medical Association Journal, vol. 170, 08.06., 1817–1824.
- 5 Sullivan, Kip (2003) ›The Health Care Mess. Physicians for a National Health Program‹.
- 6 Himmelstein, David, Steffie Woolhandler, Sidney M. Wolfe (2003) ›Healthcare Bureaucracy: US vs. Canada. Connecticut Coalition for Universal Health Care‹ (http://cthealthserver101.com/healthcare_bureaucracy_u_s_vs_canada.htm).
- 7 Himmelstein, David, Steffie Woolhandler, Ida Hellander (2001) ›Bleeding the Patient. The Consequences of Corporate Health Care‹. Philadelphia.
- 8 Heffler, Stephen et al. (2004) ›Health Spending Projections For 2002...2012‹. In: Health Affairs, 11.02., 79–93 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.79v1>).
- 9 Beim Vergleich mit der Entwicklung in der Schweiz ist zu beachten, dass die US-Wirtschaft weitaus höhere Wachstumsraten aufweist als etwa die Schweizer Wirtschaft. Das Schweizer Gesundheitswesen ist in den Jahren 1990 bis 2001 im Durchschnitt um geringe 2.5% pro Jahr gewachsen, die Schweizer Wirtschaft jedoch um nur 0.2%; v.a. deshalb hat der Anteil des Gesundheitswesens am BIP auch in der Schweiz deutlich zugenommen.

Jonas, Steven (2003) ›An Introduction to the US Health Care System‹. New York.

Labor Research Association (2004) ›The Employer Based Health Care System is in Crisis‹.

Lazarus, David (2004) ›Health care's reality‹. In: San Francisco Chronicle, 10.09.