

»Obamacare« – Hintergründe und Stand der amerikanischen Gesundheitsreform 2010

ANNE-KATHRIN KLEMM

Angestellte der Techniker
Krankenkasse on sabbatical
leave in New York

Gegen den Willen seiner Berater nahm sich Präsident Barack Obama als eine seiner ersten Amtshandlungen die einschneidendste Reform des Gesundheitswesens seit Jahrzehnten vor. Und vom ersten Tag an wurde und wird diese Reform von der Opposition mit aller Kraft bekämpft. Dennoch entfaltet sie eine Dynamik, die das Gesundheitssystem bereits nach kurzer Zeit maßgeblich verändert hat. Nun ist wieder Präsidentschaftswahlkampf und »Obamacare« oder mögliche Alternativen sind erneut sehr wichtige Wahlkampfthemen.

Einleitung

Als Barack Obama im Jahr 2009 das Oval Office bezog, trat er ein schweres Erbe von W. George Bush an: Die Finanzkrise war auf ihrem Höhepunkt, die Arbeitslosenquote war hoch und sollte noch weiter steigen und der Afghanistan- bzw. Irak-Einsatz ging ins achte bzw. sechste Jahr. Dennoch nahm sich der neue Präsident als eine seiner ersten Amtshandlungen zusätzlich die Reform des Gesundheitswesens vor, ein Thema, an dem schon andere Präsidenten vor ihm gescheitert waren.

Im Wettlauf um die Nominierung zum republikanischen Herausforderer im Präsidentschaftswahlkampf 2012 übertrumpften sich nun die Bewerber darin anzukündigen, »Obamacare«¹ wieder abschaffen zu wollen. Dabei gibt es Elemente in dem Reformpaket, die durchaus eine überparteilich hohe Zustimmung seitens der Bevölkerung erhalten. Auch der Gesundheitsmarkt hat sich bereits so verändert, dass ein vollständiges Zurückdrehen der Reform unmöglich scheint.

Warum sich Präsident Obama dieses schweren Themas annahm sowie ein

Anriss über die nach wie vor virulente politische Diskussion, welche Regelungen bereits eingeführt sind bzw. in den kommenden Jahren greifen und Prognosen über deren Auswirkung und Effektivität, wird im folgenden Beitrag dargelegt.

1 Ausgangslage

1.1 Ökonomische Rahmenbedingungen

Zur Bekämpfung der Finanz- und Wirtschaftskrise unterschrieb Präsident Obama im Februar 2009 die *American Recovery and Reinvestment Acts (ARRA)*. Dieses 814 Mrd. USD schwere Stimulus-Programm war gleichzeitig bereits der Startschuss für eine Reform des amerikanischen Gesundheitssystems: mit 87 Mrd. USD wurden finanziell überforderte Bundesstaaten mit Zuwendungen für Medicaid unterstützt und 10 Mrd.

¹ »Obamacare« wird von den Gegnern der Gesundheitsreform aus dem Jahre 2010 synonym für »Staatsmedizin« verwendet, die den U.S.-Bürgern aus ihrer Sicht nur Nachteile bringt bzw. nach vollständiger Umsetzung bringen wird.

USD erhielten die *National Institutes of Health*, alleine 27 Mrd. USD gingen in Gesundheits-IT, (Keckley, 2011).

Doch Obama war überzeugt, dass ein Zusammenflicken des Systems nicht mehr ausreichen würde. Als Peter Orszag, der damalige Leiter des *Office of Management and Budget*, ihm erklärte, dass ohne eine Kontrolle der Ausgaben von Medicaid und Medicare² über 70 Prozent an anderer Stelle eingespart werden müssten, um den Bundeshaushalt auszugleichen, soll dies ein »eye-opener« für ihn gewesen sein. Nur durch eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben könne das Staatsdefizit langfristig beherrschbar werden (Alter, 2010).

Orszag stützte seine Aussagen u. a. auf die Schätzungen des *Congressional Budget Office* (folgend mit »CBO« abgekürzt), eine unparteiische Bundesagentur. Es hatte Anfang 2008 prognostiziert, dass bei unveränderter Gesetzeslage – also ohne eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems – die Gesamtausgaben für Gesundheit im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt von 16 Prozent im Jahr 2007, auf 25 Prozent im Jahr 2025 und auf 49 Prozent im Jahr 2082 steigen würden (Congressional Budget Office, 2008). Treiber hierbei waren und sind u. a. Medicare- und Medicaid-Ausgaben: im Jahr 2009 stiegen die Ausgaben für Medicare um 7,9 Prozent auf 502,3 Mrd. USD (entspricht 20 Prozent der gesamten amerikanischen Gesundheitsausgaben). Noch stärker stiegen die Medicaid-Ausgaben:

Neben einem dramatischen Ausgabenanstieg wuchs auf Grund der Wirtschaftskrise die Zahl der U.S.-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz.

in diesen Programmen betrug im Jahr 2009 die Zuwachsrate 9 Prozent, was 373,9 Mrd. USD bzw. 15 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit entspricht (CMS, 2009).

Der dramatische Ausgabenanstieg ging auf Grund der Wirtschaftskrise gleichzeitig mit einer wachsenden Zahl U.S.-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz einher: die Zahl der Arbeitslosen und damit Anzahl der

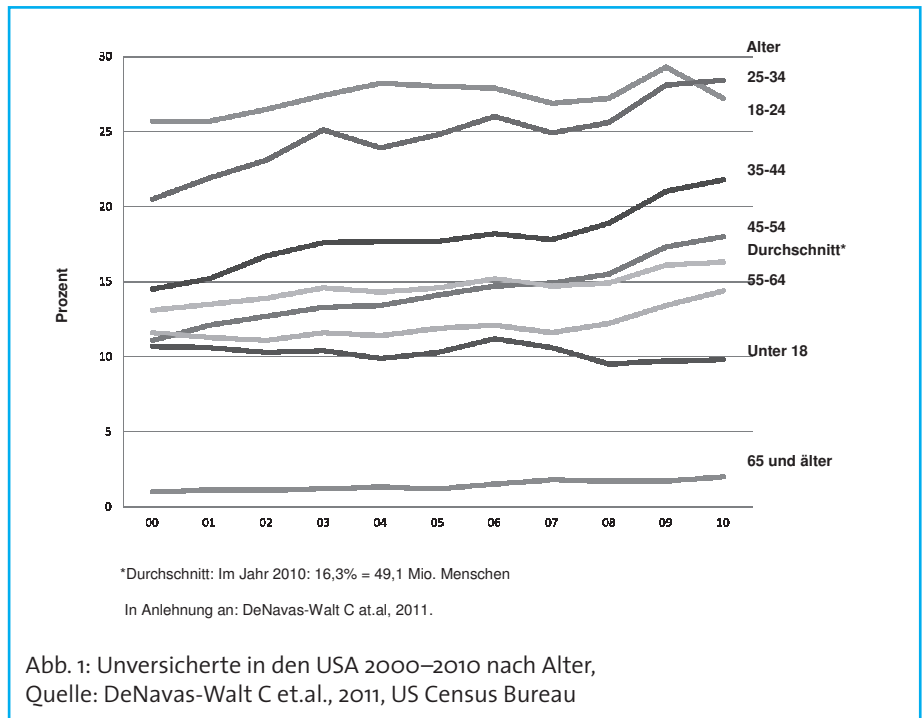


Abb. 1: Unversicherte in den USA 2000–2010 nach Alter, Quelle: DeNavas-Walt C et.al., 2011, US Census Bureau

U.S.-Bürger, die bisher über ihren Arbeitgeber Krankenversicherungsleistungen erhielten, war in den vergangenen 12 Monaten (2008–2009) von 4,9 auf 7,6 Prozent, also auf rund 45 Mio., gestiegen – ohne Aussicht auf eine Besserung des Trends (Bureau of Labor Statistics, 2009). Davon betroffen war und ist insbesondere die Bevölkerung im Alter zwischen 18–34 Jahren.

Parallel hatte sich die Ausgabenstruktur in durchschnittlichen U.S.-Haushalten deutlich verändert: während die Beiträge für Krankenversicherung im letzten Jahrzehnt um 119 Prozent erhöht wurden, blieben die Einkommen bei einem Lohnanstieg im selben Zeitraum von nur 34 Prozent relativ zurück (Kaiser Family Foundation, 2009).

Beeindruckt von diesen Zahlen sowie den Berichten von Wählern über deren private Insolvenzen auf Grund einer fehlenden Krankenversicherung³ während seiner Wahlkampfzeit 2007 und 2008, fühlte sich der neue Präsident verpflichtet, die Reform des Gesundheitssystems als eines seiner ersten großen Maßnahmen anzugehen.

1.2 Politische Rahmenbedingungen

Barack Obama war sich bewusst, dass er sich mit der Reform des Gesundheitssystems eine Herkulesaufgabe vorgenommen hatte. Schon Präsident Frank-

lin D. Roosevelt (im Amt von März 1933 – April 1945) und viele Präsidenten nach ihm versuchten, den Zugang zu Krankenversicherung auszuweiten und/oder eine Versicherungspflicht einzuführen. Der Reformversuch von Präsident Bill Clinton (im Amt von Januar 1993 – Januar 2001) trug 1994 maßgeblich zum Verlust der demokratischen Mehrheit im Kongress bei den Mid-Term-Wahlen bei. Präsident Obama wird hierzu zitiert: »I remember telling Nancy Pelosi that moving forward on this could end up being so costly for me politically that it would affect my chances if I were to run for reelection. But if we didn't get this done now, it was not going to be done.« (Alter, 2010).

Doch die politischen Weichen standen gut für das Vorhaben von Barack Obama: ähnlich wie Bill Clinton startete er seine Gesundheitsreform-Gesetzgebung mit einer Mehrheit der Demokraten sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat. Darüber hinaus hatten sich Anfang 2009, im großen Unterschied zu 1994, Arbeitgeber und Wirtschaftsgruppen sowie Krankenversicherer vor dem

2 Medicaid übernimmt die Krankheitskosten für Bürger, die unter einer bestimmten Einkommens-/Armutsgrenze fallen. Es wird sowohl von den Bundesstaaten als auch der Bundesregierung finanziert. Medicare ist die staatliche Krankenversicherung von Bürgern über 65.

3 Im Jahr 2007 führten in 62,1 Prozent aller Fälle gesundheitliche Probleme zur privaten Insolvenz (Doty, M. et.al., 2008).

Hintergrund der massiv steigenden Gesundheitsausgaben mehrheitlich für eine Gesundheitsreformen ausgesprochen und waren bereit, einen Platz am Verhandlungstisch einzunehmen. Erst, als der demokratische Gesetzentwurf eine staatliche Krankenversicherung vorsah, die in Konkurrenz zum bisherigen privatwirtschaftlich organisierten System agieren sollte, gingen die Krankenversicherer auf die Seite der – vorwiegend konservativen – Opposition über (New York Times, 2011a).

Zwar gab es Anstrengungen seitens der Regierung, einen gemeinsamen Gesetzesentwurf über die Parteigrenzen hinweg zu entwickeln, doch dieser verzögerte sich bis in den Herbst 2009. Bis dahin hatte sich die Opposition formiert und das Thema in den Medien und Veranstaltungen – ähnlich wie zu Zeiten Bill Clintons – so stark negativ besetzt, dass manch demokratischer Abgeordnete in Town-Hall-Meetings den oft wütenden und emotional aufgeladenen Angriffen der Bürger⁴ in diesen Veranstaltungen verbal kaum gewachsen war und es nicht vermochte, die Reform zu begründen und zu erklären (YouTube, 2009).

Als im Januar 2010 in einer Sonderwahl zur Nachbesetzung des Senatsitzes von Edward M. Kennedy aus Massachusetts überraschend ein Republikaner gewann, verloren die Demokraten die für die Gesetzgebungsdiskussion/-abstimmung wichtige 60. Stimme im Senat⁵. Danach wurden die im Umlauf befindlichen Gesetzesentwürfe entsprechend zusammen geführt, um ein »fillibustern« der Opposition zu vermeiden. Mit 219 zu 212 Stimmen (alle republikanischen Abgeordneten stimmten gegen das Gesetz) wurde schließlich das Gesetzespaket *Affordable Care Act*, bestehend aus dem *Patient Protection and Affordable Care Act* sowie dem *Health Care and Education Reconciliation Act*, im folgenden zusammenfassend mit ACA bezeichnet, am 21. März 2010 verabschiedet. Am 23. März wurde das Gesetzespaket von Präsident Obama mit folgenden Worten unterschrieben: »... After more than a year of extensive debate, the House voted last night to pass the most significant health reform legislation this country has seen in decades. It was a historic victory for the American people. And now, millions of Americans – workers, families, seniors,

small business owners – stand to benefit from lower health care costs, expanded coverage and tough consumer protections«. (White House, 2010).

2 Ziele, Inhalte, Kosten und geschätzte Ergebnisse der Reform 2010

2.1 Reformziele und -inhalte

Mit Verabschiedung des ACA wurde ein Paket von Reformprozessen angestoßen, das folgende, wesentlichen Ziele verfolgt:

1. Ausweitung der Zahl der Versicherten U.S.-Bürger
2. Reduktion der Ausgaben im amerikanischen Gesundheitswesen
3. Reduktion staatlicher Zuschüsse und damit Abbau des Haushaltsdefizits

Um diese Ziele zu erreichen, werden mit dem ACA sukzessive bis ins Jahr 2015 Veränderungen in der Finanzierung des amerikanischen Gesundheitssystems, seinen Strukturen und Prozessen vorgenommen. Insbesondere in den Jahren 2010 und 2014 finden sich Regelungen, die das bisherige Krankenversicherungssystem der Amerikaner unvergleichlich deutlich verändert haben bzw. noch verändern werden: Krankenversicherer werden stärker reguliert, um den Zugang zu Versicherungsschutz für die Bürger zu erleichtern bzw. auszuweiten und ihnen damit einher gehend mehr Wahlmöglichkeiten zu geben. Gleichzeitig sollen zahlreiche Maßnahmen die Gesundheitsausgaben reduzieren und die Qualität der Versorgung verbessern.

Die Reformmaßnahmen umfassen im Wesentlichen (Healthcare.gov, 2011):

Reformmaßnahmen für das Jahr 2010:

Ausbau Konsumenten-Schutz:

- Verbot für Krankenversicherer, U.S.-amerikanische Kinder mit Vorerkrankungen den Versicherungsschutz zu verweigern (Kontrahierungszwang).
- Verbot für Krankenversicherer, den Versicherungsschutz des Kunden bei Auftreten einer Krankheit mit der

Begründung technischer oder administrativer Fehler (z. B. Fehler beim Ausfüllen von Formularen) aufzukündigen.

- Abschaffung von sog. »Lifetime Dollar Limits«, also Erstattungshöchstbeträgen pro Versicherten kumulierend für das gesamte Lebensalter, sowie Verschärfung der Regelungen für jährlich kumulierte Kostenerstattungs-Grenzen (sog. »annual limits on insurance coverage«) in den Krankenversicherungen bezüglich wichtiger Versicherungsleistungen, wie z. B. Krankenhausaufenthalte.
- Vereinfachung des Rechtsweges für die Versicherten, Widerspruch bei Leistungsablehnung einzulegen.

Verbesserung der Qualität und Kostensenkung

- Stärkung der Prävention durch: a) eine Verpflichtung aller Krankenversicherer zur Einführung von kostenlosen Präventionsangeboten ohne Zuzahlung oder Zusatzversicherung seitens des Versicherten und b) Einrichtung eines Präventionsfonds in Höhe von 15 Mrd. USD.

Insbesondere in den Jahren 2010 und 2014 finden sich Regelungen, die das bisherige Krankenversicherungssystem der Amerikaner unvergleichlich deutlich verändert haben bzw. noch verändern werden

⁴ Zum Beispiel wurde in einem Town Hall Meeting in Dartmouth der demokratische Abgeordnete im Repräsentantenhaus, Barney Frank aus Massachusetts, von einer Teilnehmerin gefragt, »Why are you supporting this Nazi policy?«. Dabei hielten sie und andere Teilnehmer ein Bild von Barack Obama hoch, das ihn als Adolf Hitler zeigte (YouTube, 2009).

⁵ Die 60. Stimme im Senat ist relevant zur Vermeidung eines sog. »Fillibusters« der Opposition. Mit diesem kann die Opposition im Senat die Verabschiedung eines Gesetzes verhindern oder hinauszögern, indem z. B. die Debatte über das Thema ausgedehnt wird. Doch auch über jedes andere Thema kann ein Senator oder eine Reihe von Senatoren zeitlich unbegrenzt so lange reden, bis eine Mehrheit von 60 Senatoren (von insgesamt 100) die Schließung der Debatte fordert. (United States Senate, 2011).

- Reduktion von Versicherungsbetrug bei Medicare, Medicaid und CHIP⁶.
- Gelder für Stipendien, finanzielle Hilfen zur Tilgung von Darlehen sowie Steuererleichterungen für Hausärzte, Krankenschwestern und ärztliche Assistenten, wenn sie in Regionen mit Ärztemangel arbeiten. Zuschüsse werden geleistet an Ärzte in ländlichen Gegenden, um ihren Wegzug zu verhindern.
- Bundesstaaten erhalten Zuschüsse, wenn Sie Maßnahmen/Aufsichten eingeführt haben oder einführen, auf deren Grundlage Beitragserhöhung von Krankenversicherern kontrolliert werden und von diesen begründet sowie veröffentlicht werden müssen.

Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Krankenversicherung

- Kleine Unternehmen (weniger als 11 Vollzeitmitarbeiter) erhalten Steuer-Gutschriften von bis zu 35 Prozent der Kosten, wenn sie ihren Arbeitnehmern Krankenversicherung anbieten (geschätzte Zahl der Nutznießer: ca. vier Millionen Unternehmen).
- 250 USD Rückzahlung an Rentner, die von dem sog. »Doughnut Hole«, also einer Kappung der Übernahme der Arzneimittelkosten durch Medicare, betroffen sind (Geschätzte Nutznießer: ca. vier Millionen U.S.-Bürger).
- Einrichtung eines Versicherungsangebotes für erwachsene Hoch-Risiko-Patienten, sog. »High-Risk-Pools«, mit Vorerkrankungen, die auf Grund derer seit mindestens 6 Monaten keinen Krankenversicherungsschutz bekommen konnten. Jeder Bundesstaat kann einen eigenen High-Risk-Pool einrichten; tun sie dies nicht, übernimmt das *Department of Health and Human Services* diese Aufgabe.
- Junge Erwachsene können sich bis zu einem Alter von 26 Jahren bei ihren Eltern mitversichern, so sie keine eigene Krankenversicherung über ihren Arbeitgeber angeboten bekommen.
- Etablierung eines 5 Mrd. USD Programms, zeitlich befristet bis 2014, für Frührentner (unter 65 Jahren), die noch keinen Anspruch auf Medicare haben.
- Bundesstaaten erhalten höhere Zuschüsse, wenn sie den Versicherungsschutz durch Medicaid ausweiten.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2011

Verbesserung der Qualität und Kostenreduktion

- Verbesserung des Leistungspaketes für Rentner: Kostenlose Präventionsangebote, Preisnachlässe für verschreibungspflichtige Arzneimittel, Einrichtung eines *Community Care Transitions Program* für Medicare-Versicherte mit dem Ziel einer verbesserten Koordination der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt.
- Schaffung des *Centers für Medicare & Medicaid Innovation* mit dem Ziel, neue Wege der Gesundheitsversorgung für diese Versicherungszweige sowie für CHIP zu testen.
- Einrichtung eines *Independent Payment Advisory Boards*, das dem Kongress und dem Präsidenten Vorschläge zur Verbesserung von Medicare unterbreiten soll.

Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Krankenversicherung

- Ausweitung der Optionen auf Ebene der Bundesstaaten, Behinderte statt in stationären Pflegeheimen ambulant zu Hause zu versorgen und dies über Medicaid zu finanzieren.
- Verpflichtung der Krankenversicherer, die Verträge mit großen Arbeitgebern (mit mehr als 50 Arbeitnehmern) haben, mindestens 85 Prozent der Beitragseinnahmen für Versicherungsleistungen und Qualitätsverbesserung auszugeben. Bei kleinen Arbeitgebern oder Einzelpersonen beträgt die Pflichtgrenze mindestens 80 Prozent. Versicherer, die höhere Verwaltungskosten und Profite haben, müssen ihren Versicherten Gelder zurückzahlen.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2012

Verbesserung der Qualität und Kostenreduktion

- Einführung eines *Value-Based Purchasing Programs*: Krankenhäusern wird für Medicare-Kunden eine outcome-bezogene Vergütung gezahlt.
- Einführung von Anreizen für integrierte Versorgungsstrukturen, den sog. »Accountable Care Organizations«. So können diese z. B. einge-

sparte Gelder in der Organisation behalten.

- Reduktion von Kosten für Administration und Papierarbeit durch Einführung elektronischen Patientenakten.

Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Krankenversicherung

- Einführung einer freiwilligen Pflegeversicherung⁷.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2013

Verbesserung der Qualität und Kostenreduktion

- Ausweitung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Medicaid.
- Einführung eines Pilotprogramms für »payment bundling«: zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Ärzten und sonstigen Leistungserbringern wird eine Grundpauschale bezahlt, die sich am gesamten Krankheitsfall eines Patienten orientiert.

Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Krankenversicherung

- Erhöhung von Medicaid-Zahlungen an Hausärzte mit vergleichsweise höheren Betreuungsquoten – vollständige Kostenübernahme durch den Bund.
- Ausweitung der Zahlungen für CHIP.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2014

Neuer Konsumenten-Schutz:

- Ausweitung des Verbots für Krankenversicherer, U.S.-Bürger auf Grund von Vorerkrankungen abzuweisen (Kontrahierungszwang) – dies galt bis dato nur für Kinder.
- Vollständige Abschaffung von jährlichen Kostenerstattungs-Höchstbeträgen.

⁶ CHIP steht für *Children's Health Insurance Program*. Dieses Programm wird von den Bundesstaaten getragen, unterstützt durch Steuergelder der Bundesregierung. Es übernimmt die Gesundheitsausgaben unversicherter Kinder aus Familien mit niedrigen Einkommen, das jedoch zu hoch ist für eine Zugangsberechtigung zu Medicaid.

⁷ Dieses Gesetzesvorhaben wurde am 14. Oktober 2011 wieder von der politischen Agenda gestrichen, da es nicht finanzierbar sei. (Wayne et al., 2011).

- Verbot für Krankenversicherer, eine Kostenübernahme zu verweigern oder zu reduzieren, wenn der Versicherte an einer klinischen Studie teilnimmt.
- Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Krankenversicherung
 - Steuererleichterungen für U.S.-Bürger mit einem Einkommen von 100–400 Prozent der Armutsgrenze (ca. 14.000 USD für Singles, 29.000 USD für eine vierköpfige Familie), damit sie sich privat Versicherungsschutz kaufen können.
 - Die Steuererleichterungen für kleine Unternehmen werden ausgebaut – nun werden für weitere 2 Jahre 35–50 Prozent der Kosten des Arbeitgebers, der seinen Arbeitnehmern eine Krankenversicherung anbietet, steuermindernd angerechnet.
 - Große Unternehmer, die keine Krankenversicherung anbieten, müssen eine Strafe von jährlich 2.000 USD pro Mitarbeiter bezahlen, wenn ein Mitarbeiter über den Staat Unterstützung für den Kauf einer Krankenversicherung erhält.
 - Verpflichtung der Bundesstaaten zur Einführung sog. *Health Insurance Exchanges* (im folgenden *Exchanges* genannt), einer Art Krankenversicherungsbörse. Diese sollen allen U.S.-Bürgern ermöglichen, staatlich subventionierten und damit günstigen Krankenversicherungsschutz kaufen zu können. Krankenversicherungsprogramme, die in diesen *Exchanges* angeboten werden, müssen eine Mindestversorgung gewährleisten. Die Transparenz über verschiedene Programme im Vergleich soll einen Wettbewerb um niedrige Beiträge und Kostensenkung gewährleisten. Auch Arbeiter, die sich die Krankenversicherung des Arbeitgebers nicht leisten können, können hier günstigeren Versicherungsschutz kaufen. Auch die Mitglieder des Kongresses und ihre Mitarbeiter sollen künftig, statt wie bisher über das *Federal Employee Health Benefits Program*, über die *Exchanges* Krankenversicherungsschutz erhalten.
 - Erweiterung des Zugangs zu Medicaid: U.S.-Bürger mit einem Einkommen unter 133 Prozent der Armutsgrenze haben nun einen Anspruch auf Medicaid-Absicherung.
- Einführung einer Versicherungspflicht für diejenigen U.S.-Bürger, die sich eine Basisabsicherung finanziell leisten könnten. Tun sie dies nicht, müssen sie eine Gebühr zur Deckung der Kosten für die Unversicherten zahlen. Im Jahr 2014 beträgt diese 95 USD pro Jahr oder bis zu einem Prozent des Einkommens. Die Gebühr steigt auf 695 USD pro Jahr oder 2,5 Prozent des Einkommens im Jahr 2016 (für Familien beträgt diese Strafzahlung 2.085 USD pro Jahr).
- Einführung einer Verbrauchssteuer für Pharmaunternehmen in Abhängigkeit ihres Marktanteils. Hierüber werden jährlich 2,5 Mrd. USD an Einnahmen erwartet.
- Einführung einer Verbrauchssteuer in Höhe von 2,3 Prozent auf die meisten Hilfsmittel, die beim Kauf des Produktes fällig wird.
- Einführung einer Verbrauchssteuer mit einer Inflation angepassten Steigerung für Krankenversicherer in Abhängigkeit ihres Marktanteils. Hierüber werden jährlich 14,3 Mrd. USD an Einnahmen erwartet.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2015

Verbesserung der Qualität und Kostenreduktion

- Einführung einer neuen Vergütungsstruktur für Ärzte, die an die Behandlungsqualität und nicht die -menge gekoppelt ist.

Reformmaßnahmen für das Jahr 2017

- Bundesstaaten können einen Antrag stellen, von den Regelungen des ACA abweichen zu dürfen und ein eigenes Krankenversicherungsprogramm aufzulegen. Voraussetzung für eine Genehmigung ist, dass mindestens die vom ACA angestrebte Anzahl an Versicherten, der gewünschte Versicherungsumfang und die Erschwinglichkeit der Beitragsprämie gewährleistet wird. Ein Bundesstaat, der diese Ausnahmegenehmigung erhält, muss dann einige zentrale Elemente des ACA nicht mehr umsetzen wie z. B. die *Exchanges*, die Versicherungspflicht der U.S.-Bürger oder Strafzahlungen für Arbeitgeber, die

keinen Krankenversicherungsschutz anbieten.

2.2 Reformkosten und geschätzte Ergebnisse

Im Rahmen der Diskussion um die Gesundheitsreform hat das *Congressional Budget Office* wiederholt Schätzungen bezüglich der budgetären Effekte einer Umsetzung der ACA-Reform vorgenommen. Die jüngste Schätzung stammt aus dem März 2011 und bestätigt die Prognosen aus dem Jahr 2010, wenn auch die Ergebnisse auf Grund der unterschiedlichen Prognosezeiträume leicht voneinander abweichen (*Congressional Budget Office*, 2011a).

Letztlich kommt das CBO zum Schluss, dass die Reformmaßnahmen aus dem ACA den U.S.-Bundeshaushalt in den Jahren 2010–2019 mit 938 Mrd. USD bzw. im Zeitraum 2012–2021 mit 1.390 Mrd. USD belasten wird⁸. Dies resultiert im Wesentlichen aus den erhöhten Ausgaben für Medicaid und CHIP, Subventionen für die *Exchanges* und Steuererleichterungen für kleine Arbeitgeber.

Schätzungen zu Folgeentlastet das ACA den amerikanischen Staatshaushalt bis ins Jahr 2021 in Höhe von 210 Mrd. USD

Gleichzeitig würden jedoch Einnahmen erzielt aus Beiträgen der Versicherten, Strafzahlungen der Arbeitgeber und unversicherter Bürger, Strafsteuern auf zu teure Prämien von Krankenversicherungen sowie weiterer Effekte aus Steuereinnahmen und –ausgaben. Die prognostizierte Summe aller Einnahmepositionen würde die Kosten nicht nur aufwiegen, sondern sogar übersteigen, so dass im Zeitraum 2010–2019 insgesamt mit einer Reduktion des Staatsdefizits um 124 Mrd. USD bzw. im Zeit-

⁸ Dies entspricht rund 2 Prozent des Bundeshaushaltes und 3 Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit. (Kaiser Family Foundation, 2010).

Geschätzte Effekte auf den Umfang der Krankenversicherung (Versicherte Personen unter 65 Jahren in Mio. / in % / in USD)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A. Versicherungsschutz – ohne ACA – durch:											
Medicaid und CHIP	37	37	37	36	35	35	35	35	35	36	35
Arbeitgeber	152	154	157	159	161	163	163	163	163	163	162
Andere	25	25	25	23	26	27	28	28	28	29	30
Unversicherte	55	55	54	54	53	53	54	54	55	56	57
Gesamt	269	271	272	274	276	277	279	281	282	284	285
B. Veränderung Anzahl versicherter Personen durch ACA (Erhöhung / (-) Reduzierung)											
Medicaid und CHIP	---	---	---	9	12	16	16	16	16	16	17
Arbeitgeber	3	3	3	6	3	-1	---	-1	-1	-1	-1
Andere	---	---	---	-3	-4	-5	-5	-6	-6	-6	-6
Exchanges	0	0	0	9	14	22	23	23	24	24	24
Unversicherte	-3	-3	-3	-21	-26	-32	-33	-33	-33	-34	-34
C. Unversicherten-Population durch ACA											
Unversicherte Personen	52	51	51	32	27	21	20	21	22	23	23
D. Versicherte, Anteil an Gesamtpopulation											
alle Einwohner	81%	81%	81%	88%	90%	93%	93%	92%	92%	92%	92%
alle, ohne illegaler Einwanderer	83%	83%	83%	90%	93%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
E. Auswirkung der Exchanges											
Anzahl Versicherte ohne bezahlbares Angebot seitens des Arbeitgebers				---	1	1	1	1	1	1	1
Anzahl Versicherter in Exchanges ohne Subventionen				1	2	4	4	4	4	4	4
Durchschnittliche Subvention je durch Exchanges bezuschussten Versicherten				\$4.610	\$5.320	\$5.450	\$4.630	\$6.120	\$6.460	\$6.740	\$7.080

Tabelle 1: Geschätzte Effekte ohne und mit ACA auf den Umfang der Krankenversicherung, Quelle: Congressional Budget Office, 2011a

raum 2012–2021 in Höhe von 210 Mrd. USD aus dem ACA gerechnet wird.

Treffen diese Schätzungen zu, hätten die Demokraten mit dieser Reform eines ihrer wesentlichen Ziele, nämlich Staatsausgaben zu senken, erreicht.

Zwar kommt das CBO weiterhin zu der Einschätzung, dass die Versicherungsbeiträge im individuellen Markt (im Unterschied zu Versicherungen über den Arbeitgeber) im Durchschnitt etwas höher sein werden, als sie es ohne ACA wären. Dies würde jedoch auch einen breiteren Leistungsumfang als bisher beinhalten. Gleichzeitig könnte für den Einzelnen die Prämie sogar sinken, da viele Menschen subventionierte Krankenversicherungen über die Exchanges erhalten würden. Versicherungsbeiträge durch große Arbeitgeber, so das CBO weiter, würden leicht sinken, die durch kleine Arbeitgeber leicht steigen.

Doch wie sieht es mit der Anzahl der Versicherten aus?

Auch bezüglich dieser Fragestellung hat das CBO im März 2011 neue Schätzungen vorgenommen und kommt zum Schluss, dass das ACA die Zahl der Ver-

sicherten unter 65 Jahren im Jahr 2016 um 32 Mio. und im Jahr 2021 um 34 Mio. erhöhen wird. Damit würde der Anteil der versicherten U.S.-Bürger von aktuell 83 Prozent auf 95 Prozent steigen. Ohne das ACA würde dagegen der

Das ACA erhöht die Zahl der Versicherten im Jahr 2016 um geschätzte 32 Mio. und im Jahr 2021 um 34 Mio.

Anteil der Versicherten auf 82 Prozent sinken. Durch die Exchanges würden ca. 24 Mio. Bürger (bestehend aus bisher Unversicherten oder über ihren Arbeitgeber Versicherte) in der Lage sein, Krankenversicherungsschutz zu kaufen. Medicaid und CHIP würden 17 Mio. mehr Versicherte abdecken. Von den verbleibenden geschätzten 23 Mio. Unversicherten im Jahr 2020/2021 seien rund 30 Prozent illegale Immigranten und rund 25 Prozent Medicaid-Anspruchsberechtigte, die hiervon jedoch keinen Gebrauch machten. Die verbleibenden Unversicherten setzten sich zusammen

aus Bürgern, die keinen Anspruch auf Subventionen haben, vom Krankenversicherungsschutz ausgeschlossen sind oder bewusst auf Krankenversicherung verzichten und das Risiko einer Strafzahlung eingehen – oder eine Kombination aus diesen Gründen.

Auch auf das Angebot von Krankenversicherung durch den Arbeitgeber habe das ACA lt. CBO Einfluss. So werde die geschätzte Zahl der Versicherten über einen Arbeitgeber um vier Prozent (dies entspricht 1 Mio. Arbeitnehmer) sinken. Dies sei vornehmlich bei kleinen Arbeitgebern und Unternehmen mit Niedriglohnpfängern der Fall. Weitere ein bis zwei Mio. Arbeitnehmer würden statt der Krankenversicherung des Arbeitgebers einen Versicherungsschutz über die Exchanges wählen. Dass die Auswirkung auf die Arbeitgeber-Versicherungen so niedrig ist, wird mit den vorhandenen Anreizen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, auch weiterhin diesen Weg des Krankenversicherungsschutzes zu gehen, begründet.

Auf Basis dieser Schätzungen würde damit ein weiteres wesentliches Ziel der Demokraten, mehr Menschen den Zu-

gang zu einem Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, erfüllt.

Außerdem könnte der Arbeitsmarkt in Zukunft durch das ACA ebenfalls beeinflusst werden, wenn z. B. Arbeitnehmer nun andere Beschäftigungen suchen, die ihren Fähigkeiten besser entsprechen, da sie bei der Arbeitsplatzwahl nicht mehr so stark auf einen durch den Arbeitgeber angebotenen Versicherungsschutz angewiesen sind. Manch Arbeitgeber könne jedoch als Konsequenz auch weniger in die Sozialleistungen für seine Arbeitskräfte investieren. Diese theoretischen Effekte zu quantifizieren sei jedoch lt. CBO kaum möglich. Letztlich müsse abgewartet werden, wie sich in den kommenden Jahren die Struktur des Marktes weiter entwickle und sich die Akteure den neuen Rahmenbedingungen anpassen.

Bezüglich des Ziels, Gesundheitsausgaben im System zu senken und gleichzeitig die Qualität zu verbessern, kommt das CBO ebenfalls zu einem Ergebnis: So würden die gesetzten Anreize (z. B. verändertes Vergütungssystem der Ärzte, integrierte Versorgungsstrukturen) und Maßnahmen zur Optimierung der Leistungserbringung (Strafzahlungen für Krankenhäuser bei Wiederaufnahme von Fällen, Rabatte der Pharmaunternehmen für Medicaid-Verschreibungen, etc.) durchaus dazu geeignet sein, auch das dritte wesentliche Ziel der Gesundheitsreform zu erreichen.

3 Umsetzung und Akzeptanz der Reform

Um seine Wirkungen voll entfalten zu können, ist es notwendig, dass sowohl die Bundesstaaten, die Krankenversicherer als auch die Leistungserbringer den Regulierungen des Gesetzes folgen. Und tatsächlich liegt das ACA hinsichtlich seiner Umsetzung in vielen Dingen im Zeitplan.

Gleichzeitig hat sich eine Dynamik im Gesundheitsmarkt entwickelt, in der sogar schon Regelungen der Zukunft antizipiert werden und eine vollständige Rückgängigmachung des Gesetzes kaum mehr möglich ist (Abelson et.al, 2011).

So gehen mehrere, im September 2011 veröffentlichte, unabhängige Studien davon aus, dass die gesunkene Zahl unversicherter junger Menschen (zwischen 19 und 25 Jahren) der Einführung

der Mitversicherungsregelung bei ihren Eltern aus dem Jahre 2010 zuzuschreiben ist. Das *Centers for Disease Control and Prevention* schätzt einen Rückgang Unversicherter dieser Altersgruppe im ersten Quartal 2011 von ursprünglich 33,9 auf 30,4 Prozent (entspricht 900.000 Menschen) im Vergleich zum Vorjahresquartal (Cohen R.A, 2011).

Es hat sich eine Dynamik entwickelt, in der sogar schon zukünftige Regelungen antizipiert werden und eine vollständige Rückgängigmachung des Gesetzes erschweren.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch DeNavas-Walt C. et.al. (2011) in einem Bericht des Census Bureau, die einen Rückgang im Jahr 2010 von zwei Prozent verzeichnen.

Ein weiteres Beispiel für die Wirkung des ACA ist, dass Krankenversicherer nach – gesetzlich neu vorgeschriebener – Veröffentlichung ihrer Pläne für eine massive Prämienhöhung⁹ von diesen wieder Abstand genommen haben, nachdem der Druck der Öffentlichkeit zu gross wurde. Aber auch die strengere Kontrolle von Prämienveränderungen, zu der nach dem ACA die Genehmigungsbehörden auf bundesstaatlicher Ebene verpflichtet sind, haben hierzu beigetragen (New York Times, 2011b). Zur Unterstützung der Finanzierung dieser Behörden wurden bereits über 155 Mrd. USD von der Regierung an die Bundesstaaten gezahlt. Kalifornien plant sogar, diese Regelung des ACA in seine Gesetzgebung zu übernehmen und sich so von den weiteren Entwicklungen des ACA unabhängig zu machen. Für Kalifornien allein wird geschätzt, dass eine striktere Aufsicht der Krankenversicherungsprämien Einsparungen in Höhe von rund. 87 Mio. USD pro Jahr für die kalifornischen Versicherten bewirkt (Abelson et.al, 2011).

Auch die Leistungserbringer haben sich auf die veränderte Gesetzeslage eingestellt und entsprechende Maßnahmen ergriffen. So hat z. B. das *Johns Hopkins Hospital and Health System* kürzlich zwei weitere Vorstadt-Krankenhäuser

gekauft und mehrere hundert Mio. USD in eine elektronische Verlinkung aller seiner Krankenhäuser investiert. Ein weiteres Beispiel ist das *Baltimore Medical System*: in Antizipation von zusätzlichen, mit Krankenversicherungsschutz ausgestatteten Patienten werden aktuell Schwestern, Ärzte und häusliche Krankenpfleger eingestellt. Sollte das ACA gestoppt oder rückgängig gemacht werden, würden Beispiele wie diese Investitionen oder Neueinstellungen künftig nicht fortgesetzt werden.

Auch die Bestrebungen zur Realisierung von Einsparungen und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung haben zugenommen, berichteten diverse Top Manager aus dem Krankenversicherer- sowie Leistungserbringer-Sektor (Abelson et.al, 2011).

Doch trotz all dieser und weiterer Entwicklungen, die zeigen, dass das Gesetz bereits positive Wirkung entfaltet, gibt es auch Schattenseiten: So teilte z. B. der *Treasury Inspector General for Tax Administration* im September 2011 mit, dass entgegen den Erwartungen USA-weit deutlich weniger kleine Arbeitgeber einen Antrag auf Steuererleichterung zur finanziellen Unterstützung beim Angebot einer Krankenversicherung gestellt haben. So wurde für das Jahr 2010 mit Anträgen auf Steuersubventionen im Wert von insgesamt über 2 Mrd. USD gerechnet. Tatsächlich lagen aber – trotz vielfältiger Infoveranstaltungen und – unterlagen – nur von rund 228.000 Steuerzahlern Anträge mit einem Finanzvolumen von 278 Mio. USD vor. Nun sollen Fokusgruppenbefragungen zeigen, woher die zögerliche Nachfrage rührt (Treasury Inspector General for Tax Administration, 2011).

Gleichzeitig habe die Vergütungskürzung für Medicaid-Leistungserbringer dazu geführt, dass Versicherte in diesem Programm zunehmend von den Ärzten abgelehnt wurden und keine Versorgung mehr erhielten (Pear, 2011).

Neben diese Umsetzungs- und Akzeptanzprobleme tritt, dass das ACA auch weiterhin politisch auf mehreren Ebenen bekämpft wird.

Führend in der Ablehnung der Re-

⁹ So plante z. B. Blue Shield Prämien erhöhungen in Kalifornien, die die Beitragssätze für Einzelpersonen um bis zu 87 Prozent erhöht hätten (NYTimes, 2011b).

form sind, neben diversen Verbänden von Leistungserbringern und Krankenversicherern, nach wie vor die republikanisch geführten Bundesstaaten und Abgeordneten der selben Partei im Kongress. So versuchten – mit einem eher symbolischen Akt – die Republikaner im Januar 2011 mit einer erneuten Gesetzesvorlage im Repräsentantenhaus das ACA rückgängig zu machen¹⁰. Wäre dies gelungen, so wäre hierdurch lt. CBO in den kommenden 10 Jahren das amerikanische Defizit um 210 Mrd. US \$ gestiegen (Congressional Budget Office, 2011a).

Darüber hinaus haben zahlreiche – vorwiegend republikanisch dominierte – Bundesstaaten diverse Wege beschritten mit dem Ziel, das ACA zu verzögern oder rückgängig zu machen:

a. Anrufung von Gerichten, das Gesetz zu stoppen, da es ihrer Meinung nach verfassungswidrig sei¹¹:

Direkt nach Verabschiedung des ACA im März 2010 haben 26 Bundesstaaten Klage gegen dieses eingereicht. Im Zentrum ihrer Klageschrift steht die aus Sicht der Obama-Regierung zentrale Verpflichtung, dass sich ab dem Jahr 2014 jeder U.S.-Bürger, der es sich leisten kann, Krankenversicherungsschutz kaufen muss. Dies kann über den Arbeitgeber, den Staat (Exchanges) oder privat erfolgen. Kommt der Betroffene dieser Verpflichtung nicht nach, muss er eine Strafe zahlen. Die Kläger führen an, dass der Kongress mit dieser Regelung seine konstitutionellen Befugnisse überschritten habe und damit den Bundesstaaten finanzielle Lasten aufbürde, kleine Unternehmen belaste und das Wahlrecht des Einzelnen aushöhle.

Nachdem bereits auf Bundesstaaten-Ebene mehrere Gerichte und auch schon Berufungsgerichte sowohl für als auch gegen die Verfassungsmäßigkeit des ACA geurteilt haben, hat am 18. November 2011 der *Supreme Court* die Klage auf seine Ebene gezogen. Er will im März 2012 eine Anhörung vornehmen und bis voraussichtlich Juni 2012 das Urteil verkünden (Supreme Court, 2011). Dabei wird er zu entscheiden haben, ob das Gesetz in Gänze verfassungswidrig ist oder ob Teile des ACA nach wie vor umgesetzt werden müssen. Er kann jedoch auch entscheiden, erst

nach dem Jahr 2014 bezüglich der Versicherungspflicht zu urteilen.

Sollte »nur« die Versicherungspflicht aller Amerikaner fallen, so schätzt eine Studie, dass dennoch über 23 Mio. Amerikaner, die bisher keinen Krankenversicherungsschutz haben, neu abgesichert sein würden. Dies wird von den Autoren darauf zurück geführt, dass andere Anreize im Gesetz die moral hazard bedingte Negativselektion der Versicherten und damit Preisspirale staatlicher Programme ausbalancieren würden. Die Autoren rechnen daher mit einem Prämienanstieg im individuellen Markt von 12,6 Prozent und damit deutlich weniger, als andere Studien veranschlagen (Scheils et al., 2011).

Die Obama-Administration besteht jedoch darauf, dass bei einem höchstrichterlichen, negativen Urteil gegen die unpopuläre Versicherungspflicht (nach einer Meinungsumfrage im März 2011 von Kaiser Family Foundation befürwortet nur 27 Prozent diese Regelung) auch die Verpflichtung der Krankenversicherer, Amerikaner mit Vorerkrankungen aufnehmen zu müssen, wieder abgeschafft werden müsste – eine Regelung, die von 74 Prozent der im März Befragten positiv beurteilt wird (Kaiser Family Foundation, 2011a).

Die Aufnahme des Prozessverfahrens durch den *Supreme Court* bedeutet, dass ein Urteil mitten in den Präsidentschafts- sowie Kongresswahlkampf 2012 fallen und diese maßgeblich beeinflussen wird.

b. Hinauszögern der Umsetzung des ACA, z. B. der für das Gelingen des ACA als zentral erachteten Einrichtung der Exchanges:

Ziel der im Rahmen des ACA vorgesehenen Exchanges ist, wie oben ausgeführt, U.S.-Bürgern in jedem Bundesstaat eine transparente Krankenversicherungsbörse anzubieten. Über dieses Vehikel sollen die Bürger in die Lage versetzt werden, staatlich subventionierte Krankenversicherungsprogramme mit einem Mindestleistungsumfang zu erschwinglichen Prämien kaufen zu können. Das CBO schätzt, dass mit Start der Exchanges alleine im Jahr 2014 rund 9 Mio. U.S.-Bürger darüber Versicherungsschutz erhalten werden (siehe Ta-

belle 1). Aus diesem Grund befürworten inzwischen auch die Krankenversicherer die Einrichtung der Exchanges und verstärken ihre Lobbytätigkeit in diesem Sinne gegenüber den Bundesstaaten.

Je nach politischer Zusammensetzung der Legislative auf jeweiliger bundesstaatlicher Ebene haben republikanische Abgeordnete hinsichtlich der Einführung von Exchanges verschiedene Verzögerungs-Strategien eingeschlagen: Z.B. verhinderte im Bundesstaat New York der von Republikanern dominierte Senat die Aufnahme des Themas auf die Tagesordnung und damit die fristgerechte Abstimmung von notwendigen Gesetzgebungen des Bundesstaates. Der

Zahlreiche vorwiegend republikanische Abgeordnete und Bundesstaaten versuchen das ACA zu verzögern oder rückgängig zu machen.

Bundesstaat Kansas hat den 31,5 Mio. USD schweren Bundesregierungszuschuss zurückgegeben. Dieser wurde an ihn gezahlt, um als einer der ersten Staaten eine Exchange einzurichten. Insgesamt hat Kansas damit an die Bundesregierung 90 Mio. USD an Zuschüssen zurück gegeben, die der Bundesstaat im Zusammenhang mit der Einrichtung einer Exchange erhalten hatte (NewYork Times, 2011b).

Mit ihren Aktionen sind diese beiden Bundesstaaten keine Ausnahme: seit Inkrafttreten der Gesetze im März 2010 haben erst 13 Bundesstaaten Gesetzesinitiativen ergriffen, die Exchanges in ihren lokalen Gesetzen zu verankern. Massachusetts und Utah hatten bereits

10 Das von den Republikanern im Repräsentantenhaus zur Abstimmung gebrachte Gesetz lautete: »Repeal the Job-Killing Health Care Law Act«. (Govtrack.us, 2011). Eher symbolischen Charakter hatte diese Abstimmung, da die Republikaner wussten, dass der Senat dieses Gesetz auf jeden Fall mit seiner demokratischen Mehrheit ablehnen würde.

11 Klage »Florida vs. Department of Health and Humans Services«, No. 11-400. Neben 26 Bundesstaaten hat auch eine Geschäftsvereinigung sowie zwei Einzelpersonen in einem eigenen Verfahren geklagt (Klage »National Federation of Independent Businesses vs. Sebelius«, No. 11-393).

Exchanges gesetzlich verankert, bevor das ACA verabschiedet wurde und in mehr als einem Dutzend Bundesstaaten wurden zwar entsprechende Gesetze verabschiedet, aber administrativ nicht umgesetzt (Kaiser Family Foundation, 2011c). Auch vor diesem Hintergrund wird ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dringend erwartet.

c. Vornehmen massiver Kürzungen einiger Bundesstaaten an und/oder Ablehnung der Zuschüsse der Bundesregierung für die Medicaid-Programme:

Mit dem Argument, dass eine Umsetzung des ACA einen signifikanten Prämienanstieg oder eine Verschlechterung des Zugangs zu Krankenversicherungsleistungen nach sich ziehen würde, haben einige Bundesstaaten, Krankenversicherer und Arbeitgeber Anträge gestellt, von den ACA-Regelungen abweichen zu dürfen. Die Bundesregierung gewährte solche Ausnahmen im Februar 2011 für Florida, Ohio und Tennessee sowie für über 900 Krankenversicherungsprogramme von Arbeitgebern mit der Begründung, hiermit den Übergang bis 2014 zu erleichtern. Andere Bundesstaaten, wie z. B. Texas, beantragten im Frühjahr 2011, Medicaid insgesamt flexibler gestalten zu dürfen, als es das ACA vorsieht.

Die meisten dieser Staaten verfolgen vor dem Hintergrund angespannter Haushalte damit das Ziel, Kürzungen und Verschärfungen der Zugangsberechtigung vorzunehmen und damit das Gegenteil des ACA, das eine Ausweitung von Medicaid vorsieht, zu bewirken.

Als im Februar 2011 eine Flut von Ausnahmeanträgen, gestellt von den meist republikanisch geführten Bundesstaaten, in Washington einging, reagierte Präsident Obama mit folgender Ankündigung: Er werde ein Gesetz unterstützen, das den Bundesstaaten erlaubt, Reformalternativen schon vor 2017 einzuführen – ein Datum, das das ACA als frühesten Zeitpunkt bundesstaatlicher Reformen bzw. Änderungen des ACA vorsieht. Voraussetzung sei jedoch, dass die Bundesstaaten mit ihren Reformplänen genauso viele Menschen mit Krankenversicherung und mit dem selben Versicherungsumfang absichern, wie es das ACA vorsieht. Ein

entsprechender Gesetzentwurf wurde im Folgenden jedoch vom mehrheitlich republikanischen Repräsentantenhaus verhindert (NewYork Times, 2011b).

d. Versuch, im Rahmen der Budgetverhandlungen für den U.S.-Staatshaushalt den Finanzstrom zur Umsetzung des ACA »auszutrocknen«:

Im Februar 2011 legte Präsident Obama seinen Haushaltsentwurf für das Jahr 2012 vor, in dem eine Anhebung der sog. »Dept Ceiling«, also des Verschuldungslimits, vorgesehen war. Dies ist eine Maßnahme, die schon viele sowohl demokratische als auch republikanische Präsidenten vor ihm im Kongress zur Abstimmung eingebracht haben. Dieses Mal jedoch wurde die Diskussion um die Anhebung des Limits auch dazu genutzt, die für die Gesundheitsreform notwendigen Finanzmittel zu verweigern bzw. zu reduzieren. Beispielhaft für die dabei vorherrschende Stimmung sei ein mit den letzten Wahlen frisch ins Repräsentantenhaus eingezogener Republikaner, Joe Walsh aus Illinois, zitiert: »A major reason I was sent to Washington was to defund Obamacare« (Steinhauer, 2011).

Im letzten Moment wurde schließlich dann doch eine Einigung im Streit um den U.S.-Haushalt 2012 erzielt, das Verschuldungslimit angehoben und somit die Zahlungsunfähigkeit und ein sog. »Shut down« der U.S.-Regierung, verhindert. Die Einigung sieht vor, dass in den kommenden 10 Jahren 917 Mrd.

Sollte ein republikanischer Präsident ab 2013 regieren, sind die Chancen hoch, dass das Gesetz revidiert wird.

USD im U.S.-Staatshaushalt eingespart werden müssen, die die direkte Erhöhung der U.S.-Verschuldung um 900 Mrd. USD übersteigt. Desweiteren wurde ein »Super-Komitee«, das *Joint Select Committee on Deficit Reduction*, eingerichtet, das bis zum 23. November 2011 Vorschläge für weitere Sparmaßnahmen in Höhe von 1,5 Billionen USD über die nächsten 10 Jahre unterbreiten sollte.

Am 21. November 2011 teilte das *Joint Select Committee on Deficit Reduction* der Öffentlichkeit mit, dass es keinen Kompromiss hinsichtlich der notwendigen Sparvorschläge erzielen konnte. Auf Grund der fundamental unterschiedlichen Meinungen der demokratischen und republikanischen Komitee-Mitglieder bezüglich der Frage, ob bei Streichungen im Sozialversicherungsbereich im Gegenzug Steuererhöhungen bei Gutverdienern vorgenommen werden sollten, gab das Komitee vorzeitig auf.

Damit tritt ab dem Jahr 2013 ein Zwangs-Spar-Mechanismus in Kraft, der über die Jahre 2013–2021 je hälftig Verteidigungs- und Sozialprogramme um diese Summe reduzieren wird. Damit würden Streichungen bei Themen vorgenommen, die sowohl den Demokraten (Sozialleistungen) als auch den Republikanern (Verteidigung/Militär) besonders am Herzen liegen:

- Vergütungskürzungen für Medicare-Leistungserbringer (jedoch keine Leistungseinschränkungen bei Medicaid und Medicare) sowie Einkommens- und Sozialleistungs-Kürzungen für Angestellte des Staates und des Militärs.
- Kürzungen beim Verteidigungsministerium, dem *U.S. Department of Homeland Security*, dem *U.S. Department of Veterans Affairs*, der *National Nuclear Security Administration*, bei Staatssicherheitsunternehmen, *International Affairs* des *U.S. State Departments*.

Nun werden die Präsidentschafts- und Kongresswahlen im Jahr 2012 voraussichtlich entscheiden, ob diese Streichungen vorgenommen werden. Sollte ein republikanischer Präsident ab 2013 regieren, sind die Chancen hoch, dass das Gesetz revidiert wird – trotz Warnung diverser Rating-Agenturen vor einer dann notwendigen Herabstufung der USA für Kreditaufnahmen. So haben republikanische Abgeordnete im Oktober 2011 bei Herannahen der Deadline sowie Absehbarkeit eines Scheiterns des Super-Komitees versucht, ein Gesetz einzubringen, das nur die Kürzungen im Militärbereich annullieren würde. Der Senat lehnte dies jedoch mehrheitlich ab – ansonsten wäre dieses Gesetz auch spätestens am Veto

des derzeitigen Präsidenten gescheitert.

Neben der politischen Ablehnung des ACA ist jedoch auch die Bevölkerung trotz der für sie – oft im positiven Sinne – spürbaren Veränderungen nach wie vor sehr ambivalent in Bezug auf das ACA. Jüngste Umfragen von Kaiser Family Foundation zeigen, dass zwar einzelne Bestandteile eine hohe Zustimmung erfahren (Beispiele siehe oben). Das ACA wird aber insgesamt nicht übermäßig positiv beurteilt. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, sanken die allgemeinen Zustimmungswerte im Oktober 2011 weiter ab:

Und 52 Prozent der in dieser Analyse Befragten gibt an, das Gesetz und die Auswirkungen auf den Einzelnen nach wie vor nicht verstanden zu haben, was ein erhebliches Kommunikationsdefizit der Obama-Regierung nahe legt.

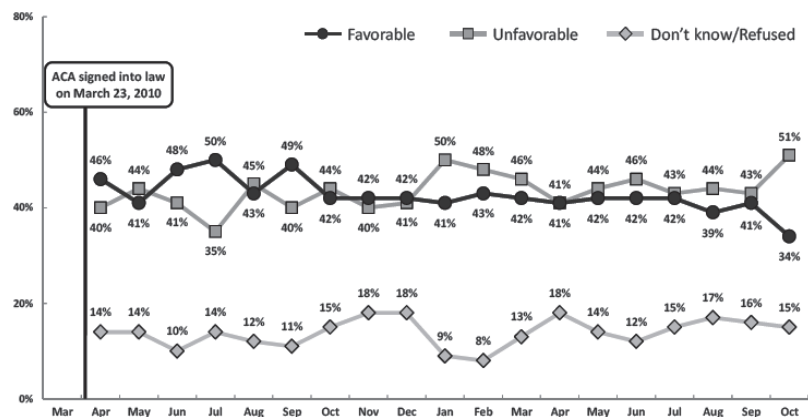
4 Ausblick

Es ist mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass für die Zukunft des ACAs – zumindest aber für einzelne Bestandteile dieser Reform – der Ausgang der Präsidentschafts- und Kongresswahlen im Jahr 2012 entscheidend sein wird. Mehr noch: sollte ein republikanischer Kandidat die Wahl gewinnen, ist außerdem mit deutlichen Veränderungen von Medicare und Medicaid zu rechnen.

So schlug im April 2011 der republikanische Vorsitzende des Haushaltsausschusses, Paul Ryan aus Wisconsin, vor, dass die Bundesstaaten künftig für Medicaid einen Pauschalbetrag erhalten sollten. Bezüglich der Verwendung und Ausgestaltung von Medicaid sollten die Bundesstaaten dann individuell entscheiden können. Demokratische Abgeordnete befürchten jedoch, dass dies zu deutlichen Einschnidungen und höheren Kosten für die Medicaid-Berechtigten führen würde (New York Times, 2011b). Darüber hinaus schlug Ryan vor, die bisherigen Medicare-Programme für U.S.-Bürger über 65 vollständig umzustellen: statt einer direkten Kostenübernahme der Leistungsanspruchnahme durch den Bundesstaat sollten künftig alle Medicare-Berechtigten eine festgelegte Transferzahlung erhalten, mit der sie sich dann privaten Krankenversicherungsschutz kaufen könnten.

Wohl wissend, dass sich die Republikaner mit diesem Vorschlag in unsicheres

As you may know, a health reform bill was signed into law early last year. Given what you know about the health reform law, do you have a generally favorable or generally unfavorable opinion of it?



Source: Kaiser Family Foundation Health Tracking Polls

Quelle: Kaiser Family Foundation, 2011b.

Abb. 2: Akzeptanz des ACA, Oktober 2011, Quelle und Darstellung: Kaiser Family Foundation, 2011b

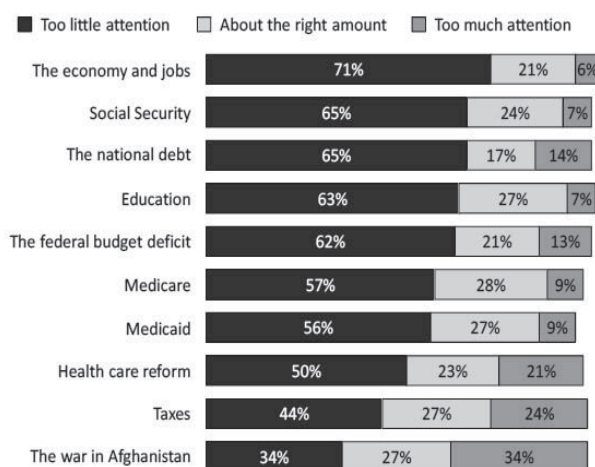
Wasser begeben würden, waren sie doch von der Heftigkeit der Negativreaktionen von über Medicare versicherten Wählern auf diversen Town Hall Meetings überrascht (YouTube, 2011). Auch das Argument, dass die heute 55-Jährigen durch einen Bestandsschutz von diesen Neuregelungen nicht mehr betroffen wären, konnte die Kritik nicht dämpfen. Nach einer mehrheitlichen Abstimmung zu Gunsten dieses Reformvorschlages im U.S.-Repräsentantenhaus im April 2011, wurde dieser Vorschlag vor dem Hintergrund aufgebracht von Wählern und mit dem Hinweis, dass der mehrheitlich demokratische Senat ohnedem das Gesetz nicht verabschieden würde, von den Republikanern nicht mehr weiter verfolgt (New York Times, 2011b).

Da das Thema Gesundheitsreform wegen der ungebremsten Kritik und dem anstehenden Urteil des *Supreme Courts* aber im laufenden Präsidentschaftswahlkampf eine wichtige, wenn nicht gar entscheidende Rolle spielt, müssen die republikanischen Herausforderer wohl oder übel Stellung zu diesem Reiz-Thema beziehen. Die beiden aktuell in Meinungsumfragen vorne liegenden republikanischen Präsidentschaftskandidaten sind Mitt Romney, ehemals Gouverneur von Massachusetts, und Rick Santorum, ehemals republikanischer Abgeordneter im Senat und danach Kommentator für Fox News.

Unter Mitt Romneys Führung wur-

de 2006 in Massachusetts ein Krankenversicherungsmodell mit dem ACA sehr ähnlichen Elementen eingeführt: auch hier finden sich z. B. eine Versicherungspflicht, Mitversicherung von Kindern bis 26 Jahren bei den Eltern, die Exchanges sowie Kontrahierungszwang trotz Vorerkrankungen. Von daher läge es nahe zu vermuten, dass dieser Kandidat die Reformansätze von Barack Obama unterstützen würde. Er lehnt diese aber vollständig ab. Und so ist es ganz offensichtlich ein Fest für seine innerparteilichen Gegenbewerber, ihn unter Zugzwang zu setzen und Romney erklären zu lassen, warum er als Präsident im Weißen Haus »Obamacare« definitiv rückgängig machen würde, obwohl doch »Romneycare« das Muster hierfür lieferte (z. B. Perry, 2011 oder Kaiser Health News, 2011). Doch Romney versucht, Massachusetts hinter sich zu lassen und sich mit einem – republikanisch konformerem – Vorschlag zum Umbau von Medicare neu zu positionieren. Er plane, analog des Ryan-Plans, Medicare in einen privaten Versicherungsmarkt umzuwandeln. In diesem würden die Medicare-Versicherten mit einer Pauschale der Regierung individuell Krankenversicherungen kaufen. Im Gegensatz zu Ryan würde er jedoch Medicare als Wahloption beibehalten. Sollte jedoch Medicare höhere Beiträge verlangen als andere Programme, müssten die Teilnehmer die Differenz bezah-

As I read you some different issues, please tell me if you think the president and Congress are paying too much attention, too little attention, or about the right amount of attention to each.



Note: Don't know/Refused answers not shown.
Source: Kaiser Family Foundation Health Tracking Poll (conducted October 13-18, 2011)

Quelle: Kaiser Family Foundation, 2011b

Abb. 3: Top-Ten-Themen der Bevölkerung, Oktober 2011
Quelle: Kaiser Family Foundation, 2011b

len (New York Times, 2011b).

Rick Santorum hat hingegen die Rückgängigmachung des ACA ins Zentrum seiner Nominierungs-Kampagne gestellt. Das ACA sei Arbeitsplatzvernichtend, bürokratisch, Bürger bevormundend und führe zu mehr Arbeitnehmern ohne Versicherungsschutz. Statt dessen spricht er sich für mehr Marktlösungen aus, bei denen der Versicherte Leistungen einkauft wie z. B. bei den *Health Savings Accounts* in Kombination mit den *High Deductible Insuring plans*. Außerdem setzt er auf den Wettbewerb, der Kosten senken und Transparenz schaffen werde. Darüber hinaus will er den Bundesstaaten mehr Freiheit bei der Ausgestaltung von Medicaid-Programmen geben, so er Präsident werden soll (Santorum, 2012).

Auch die anderen republikanischen Präsidentschafts-Bewerber lehnen quasi uni sono das ACA ab und sprechen sich für eine Rückgängigmachung aus. Darüber hinaus sind sich alle mehr oder minder einig, dass die Rolle Washingtons insgesamt und damit auch im Gesundheitswesen zurückgedrängt und dafür die Bundesstaaten gestärkt werden müssten – eine Position, die insbesondere von der sog. »Tea Party« vertreten wird (Mellon, 2011). Vor dem Hintergrund deren Popularität, scheinen die republikanischen Bewerber kaum umhin zu kommen, deren Position ebenfalls in

der ein oder anderen Form und/oder Vehemenz selbst wiedergeben zu müssen.

Fazit:

Angeichts des tiefen Grabens in der politischen Überzeugung zwischen Demokraten und Republikanern bezüglich der Aufgabe des Staates im Allgemeinen und der Gestaltung des Gesundheitswesens im Besonderen ist davon auszugehen, dass letztlich das jeweilige Parteibuch am Ende des Präsidentschaftswahlkampfes über die weitere Entwicklung der gesamten oder zumindest Teilen dieser großen Gesundheitsreform entscheiden wird. Jedoch hat sich der Versicherungsmarkt schon nach nicht einmal zwei Jahren seit Verabschiedung des *Patient Protection and Affordable Care Act* sowie *Health Care and Education Reconciliation Act* bereits deutlich verändert: große Leistungserbringer, Krankenkassen aber auch viele Bundesstaaten haben in neue Strukturen investiert, so dass auch ein republikanischer Präsident aller Voraussicht nach das Rad nicht vollständig zurückdrehen können. Sollte zudem der *Supreme Court* im Sommer 2012 »nur« die Versicherungspflicht als verfassungswidrig beanstanden, ist es nicht ganz auszuschließen, dass die übrigen wesentlichen Elemente mit einer

hohen Bevölkerungszustimmung wie z. B. die Mitversicherung von Kindern bis 26 über die Eltern oder der Kontrahierungszwang bei Vorerkrankungen auch weiterhin erhalten bleiben.

Daneben wird Präsident Obamas Chance auf eine Wiederwahl auch davon abhängen, ob er es schafft, den Arbeitsmarkt zu beleben. Zwar sagen 50 Prozent der im Oktober 2011 von Kaiser Family Foundation Befragten, dass aus Ihrer Sicht die Gesundheitsreform nicht genug Aufmerksamkeit erhalte. An der Spitze aller abgefragten Themen, um die sich das Weiße Haus und der Kongress nach breiter Meinung deutlich mehr kümmern sollten, steht jedoch die Wirtschaft und der Arbeitsmarkt:

Das (Präsidentschaftswahlkampf-) Jahr 2012 wird also in jeder Hinsicht und insbesondere im Hinblick auf die zukünftige Ausgestaltung der Krankenversicherung mit all seinen ökonomischen und gesellschaftspolitischen Folgewirkungen ein bahnbrechendes und wegweisendes Jahr in den USA werden. Und es wird sich zeigen, ob die größte

Die größte Gesundheitsreform seit Jahrzehnten kann für Präsident Obama bei den Wahlen das Zünglein an der Waage werden.

Gesundheitsreform seit Jahrzehnten für Präsident Obama das Zünglein an der Waage werden wird, das ihm die Wiederwahl einbringen oder etwa kosten wird. ■

Literaturverzeichnis

- Abelson, R et.al. (2011):** Whatever Court Rules, Major Changes in Health Care Likely to Last. In New York Times: Health Care Is Inexorably Changing, Despite Legal Uncertainty. Download: <http://www.NewYorkTimes.com/2011/11/15/health/policy/health-care-is-changing-despite-federal-uncertainty.html?scp=1&sq=Whatever%20Court%20Rules,%20Major%20Changes%20in%20Health%20Care&st=cse&gwh=218496157AF84CoE7A9397ECE45969D5> (Zugriff: 15.11.2011).
- Alter, J (2010):** The Promise – President Obama, Year One. Simon & Schuster, New York 2010, ISBN 978-4391-0119-3, S. 244–266.
- Bureau of Labor Statistics (2009):** The Employment Situation: January 2009, news release USDL 09-0117, Washington D.C. 2012. Download: http://www.bls.gov/news.release/archives/empisit_02062009.pdf (Zugriff 09.11.2011).
- CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) (2009):** National Health Expenditure Data – NHE Fact Sheet. Download: https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_sheet.asp (Zugriff: 14.11.2011).
- Cohen, R. A (2011):** Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January-March 2011. Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics (Hrsg.): National Health Interview Survey, 2011, Family Core component. Download: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201109.pdf> (Zugriff: 09.11.2011).
- Congressional Budget Office (2008):** Testimony: Growth in Health Care Costs. Statement of Peter R. Orszag before the Committee on the Budget United State Senate, January 31, 2008. Download: <http://www.cbo.gov/ftpdocs/89xx/doc8948/01-31-HealthTestimony.pdf> (Zugriff: 14.11.2011).
- Congressional Budget Office (2011a):** Testimony: CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010. Statement of Douglas W. Elmendorf before the Subcommittee on Health Committee on Energy and Commerce U.S. House of Representatives. Download: <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=12119&zzz=41638> (Zugriff: 14.11.2011).
- Congressional Budget Office (2011b):** Preliminary Analysis of H.R. 2, the Repealing the Job-Killing Health Care Law Act, January 6, 2011, Letter to the Honorable John Boehner. Download: <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=12040&zzz=41493> (Zugriff: 20.01.2011).
- DeNavas-Walt C. et.al. (2011):** Current Population Reports – Consumer Income. In: U.S. Census Bureau (Hrsg.): Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010, September 2011. P60-239. Download: <http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf> (Zugriff: 11.11.2011).
- Healthcare.gov (2011):** What's Changing And When. Download: <http://www.Healthcare.Gov/Law/Timeline/Index.Html> (Zugriff: 11.11.2011).
- Doty, M. et.al. (2008):** Seeing Red: The Growing Burden of Medical Bills and Debt Faced by U.S. Families, The Commonwealth Fund, Issue Brief, August 2008. Download: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Issue-Briefs/2008/Aug/Seeing-Red--The-Growing-Burden-of-Medical-Bills-and-Debt-Faced-by-U-S--Families.aspx> (Zugriff: 09.11.2011).
- Govtrack.us (2011):** Congress, legislation. Download: <http://www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=h112-2> (Zugriff: 11.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2009):** Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009, Publication # 7692-02. Download: http://www.kff.org/insurance/upload/7692_02.pdf (Zugriff: 09.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2010):** Health Reform Source: Health Reform Hits Mainstreet. Download: <http://healthreform.kff.org/the-animation.aspx> (Zugriff: 11.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2011a):** Kaiser Health Tracking Poll, – Public Opinion on Health Care Issues, March 2011. Download: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8166-F.pdf> (Zugriff: 09.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2011b):** Kaiser Health Tracking Poll – Public Opinion on Health Care Issues, October 2011, Download: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8251-F.pdf> (Zugriff: 09.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2011c):** Focus on Health Reform – Establishing Health Insurance Exchanges: An Update on State Efforts, July 2011. Download: <http://www.kff.org/healthreform/upload/8213.pdf> (Zugriff: 09.11.2011).
- Kaiser Family Foundation (2011d):** Statehealthfacts.org. Download: <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=125&cat=3> (Zugriff: 17.11.2011).
- Kaiser Health News (2011):** Perry And Other GOP Candidates Knock Romney On Mass. Health Reform, Blast Health Law. Download: <http://www.kaiserhealthnews.org/multimedia/2011/october/gop-presidential-candidates-knock-romney-health-reform-efforts.aspx> (Zugriff: 17.11.2011).
- Keckley, P (2011):** My take. In Deloitte Center for Health Solutions Publication (Hrsg.): Health Care Reform Memo: January 3, 2011. Download: http://www.deloitte.com/view/en_US/us/Insights/Browse-by-Content-Type/Newsletters/health-care-reform-memo/842399a366c4d210VgnVCM1000001a56f00aRCDR.htm (Zugriff: 17.01.2011).
- Mellon, D (2011):** Ending the Federal Usurpation of Powers Reserved to the States. TeaParty911.com (Hrsg.). Download: http://www.teaparty911.com/issues/states_rights_amendment.htm (Zugriff: 17.11.2011).
- New York Times (2011a):** Health Care Reform. Download: http://topics.NewYorkTimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html?scp=1-spot&sq=health%20care%20reform&st=cse (Zugriff: 09.11.2011).
- New York Times (2011b):** Reprints. Download: NYTimes.com (Zugriff: 30.09.2010 – 20.11.2011).
- Pear, R (2011):** Cuts Leave Patients with Medicaid Cards, but No Specialist to See. In New York Times. Download: <http://www.nytimes.com/2011/04/02/health/policy/02medicaid.html> (Zugriff: 04.04.2011).
- Perry, R (2011):** Romneycare was model for Obamacare. In Politfact Texas: The Truth-O-Meter says. Download: <http://www.politifact.com/texas/statements/2011/oct/21/rick-perry/rick-perry-says-romneycare-was-model-obamacare/> (Zugriff: 17.11.2011).
- Santorum, R (2012):** Download: <http://www.ricksantorum.com/>.
- Sheils, J.F et.al. (2011):** Without The Individual Mandate, The Affordable Care Act Would Still Cover 23 Million; Premiums Would Rise Less Than Predicted. Health Affairs (Hrsg.). Doi: 10.1377/hlthaff.2011.0708, October 2011.
- Steinhauer, J (2011):** Budget Fight Faces Hurdle beyond Price Tag. In New York Times: Reprints. Download: <http://www.nytimes.com/2011/03/30/us/politics/30riders.html> (Zugriff: 30.03.2011).
- Supreme Court (2011):** Order 565 U.S.. Download: <http://www.supremecourt.gov/orders/courtorders/111811zr.pdf> (Zugriff: 18.11.2011).
- Treasury Inspector General for Tax Administration (2011):** Affordable Care Act: Efforts to Implement the Small Business Health Care Tax Credit Were Mostly Successful, but Some Improvements Are needed. Ref.Nr. 2011-40-103. Download: <http://www.treasury.gov/tigta/auditreports/2011reports/201140103fr.pdf> (Zugriff: 15.11.2011).
- United States Senate (2011):** Filibuster and Cloture. Download: http://www.senate.gov/artandhistory/history/common/briefing/Filibuster_Clature.htm (Zugriff: 11.11.2011).
- Wayne, A et.al. (2011):** Kennedy-Backed Long-Term Care Program Scrapped by Sebelius. In Bloomberg Businessweek. Download: <http://www.businessweek.com/news/2011-10-14/kennedy-backed-long-term-care-program-scrapped-by-sebelius.html> (Zugriff: 14.11.2011).
- White House (2010):** Video. Download: <http://www.whitehouse.gov/healthreform/blog?page=56> (Zugriff: 14.11.2011).
- YouTube (2009):** Health Care Debates. Download: http://www.youtube.com/results?search_query=town+hall+health+care+debates+2009&aq=f (Zugriff: 11.11.2011).
- YouTube (2011):** CBSNews Online. Download: http://www.youtube.com/watch?v=hOJgGyEJuqAhttp://www.youtube.com/results?search_query=town+hall+health+care+debates+2009&aq=f (Zugriff: 16.11.2011).