

Gesundheitsreform in den USA auf der Zielgeraden: Vom Privileg zum Rechtsanspruch

Die USA stehen vor der dritten großen Sozialreform ihrer Nachkriegsgeschichte, aber die Gesundheitsreform kann auch noch im Kongress scheitern. Wenn sie gelingt, werden erstmals fast alle Amerikaner gegen das Krankheitsrisiko versichert sein. Haushalte und Unternehmen, die mit den Prämien überfordert würden, bekämen Zuschüsse aus Steuermitteln. Durch Einsparungen im Gesundheitswesen und höhere Abgaben soll die Reform den Staatshaushalt nicht zusätzlich belasten.

■ Leonhard Hajen

1. Ziele der Gesundheitsreform

Im Frühjahr 2010 wird sich entscheiden, ob die von Präsident Obama versprochene, umfassende Gesundheitsreform gelingt. Danach soll jeder US-Amerikaner über eine bezahlbare Krankenversicherung verfügen, der Kostenanstieg im Gesundheitssektor soll begrenzt werden und alle Versicherten sollen besser gegen die Risiken von Krankheit geschützt werden. Von der neuen gesetzlichen Regulierung wären sowohl die soziale Krankenversicherung Medicaid für Arme und Medicare für Senioren über 65 Jahre, aber auch die privat Versicherten betroffen und damit gemessen am Sozialprodukt ein Sechstel der US-Volkswirtschaft. Am 7. November 2009 hat das Repräsentantenhaus (House) mit einer Mehrheit von fünf Stimmen ein umfassendes Gesetz zur Reform des amerikanischen Gesundheitssystems beschlossen, das nicht nur den Versicherungsschutz für Millionen Amerikaner erweitert, sondern auch die Leistungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung Medicare neu reguliert, um die Kosten zu dämpfen. Den privaten Versicherern werden Pflichten auferlegt, die den Schutz der schon bisher Versicherten verbessert.¹ Am 24. Dezember 2009 hat auch der Senat (Senate), die zweite Kammer des Kongresses, nach dramatischen Verhandlungen, um die qualifizierte Mehrheit von 60 der 100 Senatoren zu erreichen, ein eigenes Gesetz beschlossen.² Zu Beginn des Jahres 2010 muss nun eine gemeinsame Gesetzesvor-

lage verhandelt werden, der beide Häuser des Kongresses zustimmen müssen. Erst dann erreicht das Gesetz den Präsidenten und es kann nach seiner Unterschrift in Kraft treten.

Damit ist die Gesetzgebung für eine Gesundheitsreform auf der Zielgeraden, aber sie kann auch noch scheitern. Die Mehrheiten sind in beiden Häusern knapp: Im Senate hängt Erfolg oder Scheitern an der Stimmabgabe eines einzigen Senators. Nicht-Handeln ist keine vernünftige Handlungsoption, weil die Hauptprobleme des Gesundheitssektors, nämlich steigende Kosten und Versicherungsprämien bei einer hohen Zahl Unversicherter, dringlich gelöst werden müssen. Im Folgenden soll analysiert werden, warum es so schwierig ist, eine parlamentarische Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses für eine weitreichende Gesundheitsreform zu finden:

- Eine Krankenversicherung, die für alle Menschen bezahlbar ist, erfordert Zuschüsse aus Steuermitteln.
- Angesichts schon bestehender Haushaltsdefizite sollen die Reformen nach Auffassung aller Parteien des Kongresses und des Präsidenten jedoch haushaltsneutral sein.
- Haushaltsneutralität ist nur erreichbar, wenn die Gegenfinanzierung über Steuererhöhungen und/oder Ersparnisse im Gesundheitssektor erfolgt.

Zwischen diesen drei Polen möglicher Konflikte muss ein Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Interessengruppen gefunden werden, die von der Gesundheitsreform als Patienten, Versicherte, Steuerzahler oder Leistungserbringer unmittelbar betroffen sind. Der Widerstand gegen

*Prof. Dr. Leonhard Hajen,
Universität Hamburg
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Fachbereich Sozialökonomie*

die Reformen organisiert sich entlang dieser Konfliktlinien. Überwölbt wird der Streit um einzelne Reformschritte durch den Konflikt, welche Rolle der Staat wahrnehmen soll und ob die Gesundheitsreform zu einer Zentralisierung der Entscheidungsmacht in Washington führt und damit die States entmachtet. Die Polarisierung zwischen Republikanern und Demokraten im Kampf um die Präsidentschaft setzt sich fort, wobei weniger die Diagnose der Probleme streitig ist, sondern die gewählten Instrumente, um die Probleme zu lösen. Auch innerhalb der Demokraten ist die Gesundheitsreform umstritten, was die Prognose so schwierig macht, ob am Ende eine Mehrheit im Repräsentantenhaus und Senate erreichbar ist.

2. Aushandlungsprozess für eine Gesundheitsreform in beiden Häusern des Kongresses

Die Einzelheiten der Gesundheitsreform hat Präsident Obama nach seinem Regierungsantritt nicht benannt, sondern er hat lediglich in der staatlichen Finanzplanung einen globalen Ansatz von zusätzlichen 900 Mrd. US-Dollar für zehn Jahre veranschlagt. Der Kongress sollte dann nach den Vorstellungen des Weißen Hauses bis zur Sommerpause 2009 einen Gesetzentwurf ausarbeiten, der in beiden Häusern mehrheitsfähig sein sollte.³

Das in den USA gewählte Verfahren, auch wenn es auf den ersten Blick verwirrend erscheint, ist durchaus rational und transparent. Die fachlich zuständigen Ausschüsse im Repräsentantenhaus und im Senate entwickeln Gesetzentwürfe, die nach Diskussion in den Fraktionen zu einer Gesetzesvorlage für das jeweilige Plenum führen. Im September 2009 gab es drei Gesetzentwürfe im Repräsentantenhaus und zwei im Senate.⁴ Wie in jedem parlamentarischen System, hat dabei der jeweilige Haushaltsausschuss eine zentrale Rolle. Seine Vorlage, die durch Änderungen, die aus den anderen Ausschüssen kommen, modifiziert worden ist, erreicht in der Regel das Plenum. Dann ist es die politische Kunst der Fraktionsführer, daraus eine Vorlage zu machen, die die Mehrheit der eigenen Fraktion in beiden Häusern erhält, oder, wenn eigene Mehrheiten der Demokraten nicht erreichbar sind, Einzelstimmen von den Republikanern zu bekommen.

Im Regierungssystem der USA hat der Präsident eine viel größere Macht als in der deutschen, parlamentarischen Demokratie. Er kann ein Gesetz mit einem „Veto“ versehen, indem er die Unterschrift verweigert, so dass viel mehr als bei uns das Parlament als Ganzes dem Präsidenten gegenübersteht. Faktisch beeinflusst der Präsident und sein Stab das Gesetzgebungsverfahren, indem er versucht, auf die Formulierungen des wichtigsten Ausschusses, der ein Gesetz zu Fall oder zum Erfolg bringen kann, Einfluss zu nehmen.

Für Obama wird das Scheitern der Gesundheitsreform während der Präsidentschaft von Bill Clinton ein zusätzlicher Grund gewesen sein, keine eigene Gesetzesvorlage einzubringen. Clinton hatte vor 16 Jahren ein detailliertes

Reformkonzept vorgelegt, das damals unter der Leitung seiner Frau erarbeitet worden war (polemisch als „Hillarycare“ denunziert). Es sah eine Pflichtversicherung für alle US-Amerikaner vor und ist unter dem Druck der Kampagnen starker Interessengruppen verhindert worden. Insofern hat Obama ein geschmeidigeres Verfahren gewählt, weil er sich nicht mit einem konkreten Gesetzentwurf identifiziert hat, aber er ist damit auch das Risiko eingegangen, dass die Zeit der parlamentarischen Debatte von den Reformgegnern genutzt wird, um eine Gegenöffentlichkeit zu organisieren und Abgeordnete in ihren Wahlkreisen entsprechend zu beeinflussen.

Der Nachteil des gewählten Verfahrens ist, dass die öffentliche Diskussion geführt wird, ohne dass die Position des Präsidenten zu einzelnen aber durchaus wichtigen Fragen der Reform, klar ist. Der Vorteil ist, dass der Präsident die Positionen der Interessengruppen, Abgeordneten und Senatoren im Laufe des Prozesses kennenlernt und am Ende einen Kompromiss formulieren kann, der mehrheitsfähig ist. Obamas ursprünglicher Wunsch war eindeutig, einen gemeinsamen Antrag von Republikanern und Demokraten zu erreichen. Für diese „bipartisan“ Lösung spricht, dass eine so weitreichende Sozialreform nicht auf einer einfachen Mehrheit begründet sein sollte, die nach einem Regierungswechsel wieder zur Disposition gestellt wird. Auch in Deutschland wurden bisher die großen Sozialreformen „großkoalitionär“ beschlossen, auch wenn die jeweiligen Regierungsparteien eine eigene Mehrheit im Parlament hatten.

Den Konsens mit den Republikanern zu suchen, entspricht auch dem Regierungsstil Obamas, sich als Präsident oberhalb des Parteienkonfliktes zu definieren, der seine Legitimation unmittelbar vom Volk hat. Im legislativen Prozess geht es nicht nur darum, wer die besten Lösungen präsentiert, sondern wer am Ende eine parlamentarische Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses hat. Sonst ändert sich nichts, was die schlechteste aller „Lösungen“ wäre.

Ob Obama eine „eigene“ Mehrheit im Kongress hat, war bis Ende 2009 zweifelhaft, weil die Inhalte der Gesundheitsreform aus den unterschiedlichsten Motiven auch unter den Demokraten streitig waren. Es gibt die Gruppe der „Blue Dogs“, die sich in besonderer Weise dem Ziel der Haushaltskonsolidierung verpflichtet fühlen, die im Repräsentantenhaus vermutlich über 57 Stimmen verfügen.⁵ Zu viele abweichende Stimmen darf es aber nicht geben, um eine Gesetzesvorlage zum Erfolg zu bringen, oder es müsste zusätzliche Stimmen aus den Reihen der Republikaner geben, was nach dem Verlauf der Debatte auszuschließen ist. Auch demokratische Abgeordnete nehmen die Stimmung in ihren Wahlkreisen auf, die eben nicht eindeutig für die Reform ist, auch wenn die Mehrheit der US-Amerikaner in Meinungsumfragen die Notwendigkeit von Reformen bejaht, aber damit ist nicht klar, welche Reform. Die sehr knappe Abstimmung im Repräsentantenhaus für den Gesetzentwurf der Demokraten am 7. November 2009, die nur eine einzige Stimme von den Republikanern gewann aber 39 Nein-Stimmen von Demokraten, hat nachdrück-

lich dokumentiert, wie zerrissen die demokratische Fraktion in dieser Frage ist. Gerade Abgeordnete aus Wahlkreisen, die über keine sicheren, demokratischen Mehrheiten verfügen, haben in der Schlussphase vor der Abstimmung ihre Kritik deutlich gemacht und Veränderungen in ihrem Sinne durchgesetzt.

3. Überlagerung von gesundheitspolitischen Streitpunkten durch gesellschaftspolitische Grundüberzeugungen

Die Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform geht nicht nur um fachliche Details der Gesundheitsreform, sondern sie hat in vieler Hinsicht einen stark ideologischen Charakter, der aus der amerikanischen Mentalität und den Strukturen des Landes erklärbar ist. Republikaner und ihre Unterstützer sehen die USA durch die Gesundheitsreform auf dem Weg in den Sozialismus und in einen Sowjetstaat, der seinen Bürgern vorschreibt, was sie zu tun und zu lassen haben. Eine gesetzliche Pflicht zu Versicherung gegen Krankheitsrisiken, wie sie in Europa in sicherlich unterschiedlicher Form der Normalität des Sozialstaates entspricht, ist für viele Amerikaner das Ende der Freiheit des Individuums. Die Mentalität der US-Amerikaner ist an diesem Punkt anders als die der Europäer. Man muss nicht das Diktum eines englischen Europa-Abgeordneten übernehmen, dass Europäer diejenigen sind, „who didn't take the boat“, um ihren fehlenden Wagemut und ihr Bedürfnis nach Sicherheit zu ironisieren. Aber die USA sind eine Gesellschaft von Einwanderern, die von ihren Heimatstaaten nichts mehr erwartet haben, sondern Not und Unterdrückung erlebten. In der neuen Heimat waren sie auf sich gestellt, Eigeninitiative bildete die Basis des ökonomischen Erfolges. Wem die Grenzen zu eng wurden, hatte bis ins neunzehnte Jahrhundert die Chance, im „Westen“ ein neues Glück zu suchen und zu finden. Washington war weit weg, die US-Kavallerie kam häufig zu spät und nur das Vertrauen auf die eigene Kraft garantierte Sicherheit.

Dieses Denken ist immer noch so tief verwurzelt, dass es eine fruchtbare Basis bildet, um mit Polemik oder auch Lüge eine Kampagne gegen die Gesundheitsreform zu bilden. Polemik ist, dass die Bürger künftig nicht mehr entscheiden dürfen, was sie tun, sondern der Staat ihnen eine Versicherung vorschreibt. Unterschlagen wird dabei, dass auch künftig jeder eine private Versicherung wählen kann, also sich wenig für diejenigen ändert, die schon versichert sind. Im Gegenteil: Sie werden künftig eine höhere Sicherheit haben, dass ihre Krankenversicherung leistet, wenn sie ernsthaft krank werden. Richtig ist, dass die Gesundheitsreform von jedem Bürger verlangt, dass er sich versichert und Strafen fällig werden, wenn er das unterlässt, weil nur so verhindert werden kann, dass man auf Versicherung verzichtet, aber im Krankheitsfall medizinische Versorgung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser erwartet und bekommt, die vom Steuerzahler bezahlt wird. Richtig ist auch, dass zumindest die „Progressiven“ unter den Demokraten den Wettbewerb unter den

Versicherungen dadurch antreiben wollen, dass auch ein „öffentliches Angebot“ gemacht wird, also eine Versicherung, die niedrigere Prämien anbieten soll, was ihr durch niedrigere Preise für Leistungen ermöglicht werden soll. Nicht die Erfolgs- oder Misserfolgsaussichten eines derart regulierten Versicherungsmarktes werden zum Gegenstand von Kampagnen gemacht, sondern das Drohbild eines allmächtigen Staates, der alles vorschreibt. Paul Krugman hat in einem Kommentar in der New York Times vom 17. August 2009 dieses Bild von den USA auf dem Marsch in den Sozialismus ironisierend umgedreht und von der „Swiss Menace“ gesprochen, also der „bedrohlichen“ Situation, dass die USA nach der angestrebten Gesundheitsreform ein wenig der Schweiz ähneln würde, die bekanntermaßen alle Bürger zwingt, sich gegen Krankheit zu versichern, aber es ihnen überlässt, wo sie das tun.

Das Mittel der Lüge leistet auch seinen Beitrag zur Emotionalisierung der Reformdebatte, wenn behauptet wird, künftig würde ein staatliches Gremium darüber entscheiden, ob ein Patient noch die notwendige Therapie bekommt, oder sterben muss. Hinter der Behauptung, die Reform wolle „Death Panels“ einführen, verbirgt sich in Wahrheit ein eher marginaler Vorschlag im Gesamtzusammenhang der Reform, dass die Krankenversicherung künftig auch Beratung der Patienten finanziert, die in einer kritischen Krankheitssituation sind.

Zu einer unheilvollen Emotionalisierung hat auch beigetragen, dass das in den USA bereits bestehende Verbot, aus Steuermitteln Abtreibungen zu finanzieren, zu einem Problem der Gesundheitsreform gemacht wurde. Bei der Gesetzesvorlage im Repräsentantenhaus, die am 7. November ursprünglich zur Abstimmung stand, war ein sicherlich kompliziertes, aber praktikables Verfahren vorgesehen, um zu verhindern, dass „federal money“ Abtreibungen finanziert.⁶ Dagegen opponierten Abtreibungsgegner, aber auch die einflussreiche Katholische Bischofskonferenz, so dass dieser Passus in letzter Minute in ein striktes Verbot umformuliert wurde.⁷ Betroffene Frauen sind in dem Gesetz des House darauf verwiesen, das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft privat zu versichern. Die Kritik der progressiven Abgeordneten an dieser Regelung ist nachvollziehbar (welche Frau wird sich gegen das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft versichern?), aber sie haben schließlich zugestimmt, um die Gesundheitsreform nicht zu gefährden. Auch im Senate war die Abschreibung bis zur Abstimmung am 24. Dezember 2009 hoch streitig. Der Gesetzesantrag der Fraktionsführung war weniger restriktiv als der Beschluss des House, aber die entsprechenden Regelungen wurden auf Druck einzelner Senatoren, die drohten, der Vorlage aus Gewissensgründen nicht zuzustimmen, geändert. Im verabschiedeten Gesetz des Senates müssen die Versicherungsverträge, die eine Deckung für Abtreibungen vorsehen, dafür gesonderte Prämien erheben. Zusätzlich ist es den States freigestellt, eine Deckung für Abtreibungen im Rahmen von öffentlich geförderten Versicherungsverträgen vollständig zu verbieten.⁸

4. Föderaler Konflikt und Gesundheitsreform

Auf einer anderen Ebene liegt die Kritik, dass die Gesundheitsreform die Zentralisierung der Gesundheitspolitik in Washington stärke und damit die Kompetenzen der States aushöhle. Diese Tendenz zur Zentralisierung können wir auch in der Bundesrepublik in den letzten Gesundheitsreformen beobachten. Sie trifft aber in den USA auf einen viel stärkeren Widerstand. Seit der Gründung der USA wird der Streit um die föderale Verteilung der Macht geführt. Der Zentralstaat steht dabei immer im Verdacht, „red tape“, also unnötige Bürokratie zu repräsentieren und die Steuergelder der Bürger zu verschwenden. Die gesundheitspolitischen Kompetenzen liegen im Verfassungsgefüge der USA auch sehr viel stärker als bei uns bei den States.

Allerdings gibt es auch in den USA entgegen einer verbreiteten Annahme in Europa eine soziale Krankenversicherung, für die in der Gesetzgebung und Finanzierung im Wesentlichen der Bundesstaat zuständig ist: Medicaid für die ganz Armen und Medicare für die Menschen über 65. Letztere wird vollständig von der nationalen Ebene reguliert und finanziert, Medicaid wird indirekt beeinflusst. Die Krankenversicherung der Armen ist prinzipiell Aufgabe der States, aber Zuschüsse aus Washington fließen nur, wenn bestimmte Bedingungen eingehalten werden, so dass faktisch eine Einflussnahme erfolgt.⁹ Die privaten Versicherungen werden durch Recht der States reguliert, was so weit geht, dass teilweise nur bestimmte Versicherungen in einzelnen States Verträge abschließen dürfen, also kein freier, nationaler Versicherungsmarkt besteht. Die Gesundheitsreform zielt nun auf eine sehr viel stärkere Regulierung des gesamten, nationalen Versicherungsmarktes, was unten präzisiert wird, so dass dadurch in der Tat die Gewichte zwischen der nationalen und der teilstaatlichen Ebene verschoben werden. Ein Teil des Widerstandes im Senate, der die Interessen der States im US-Verfassungsgefüge vertritt, ist durch diesen Verfassungskonflikt zu erklären, was die Mehrheitsfindung im Senate im Vergleich zum Repräsentantenhaus sehr viel schwieriger macht.

5. Widerstreitende Interessen in der Gesellschaft

Solange die Einzelheiten der Refinanzierung nicht entschieden sind, ist naturgemäß Widerstand gegen die Gesundheitsreform besonders gut mobilisierbar. Diejenigen, die durch stärkere Regulierung der Leistungsanbieter Einkommensverluste befürchten, wehren sich. Das ist die Pharmaindustrie, die niedrigere Preise und höhere Abgaben fürchtet, das sind die Ärzte, die niedrigere Einkommen erwarten, wenn es eine staatliche Versicherung gibt, die zu niedrigeren Honoraren abschließen soll und das sind die Krankenhäuser, die ebenfalls befürchten, für die Reform bezahlen zu müssen.¹⁰ Andererseits können sich alle Leistungsanbieter von den Reformen auch mehr und sichere Einnahmen versprechen, weil künftig mehr Menschen versichert sind. Der Protest wird aber eher durch die Risiken genährt, die Chancen werden unterbewertet, aber sie sind auch tatsächlich geringer, weil es erklärtes Ziel der Reform

ist, die Kosten zu senken. Die Kosten sind aber nun einmal im Gesundheitssektor die Einkommen der Leistungserbringer, deshalb ist eine Situation schwer vorstellbar, in der alle gewinnen können. Am stärksten ist der Widerstand der Versicherungswirtschaft, die sich nicht gegen das Prinzip wendet, dass alle US-Amerikaner eine Versicherung haben müssen, sondern dass es auch ein Angebot außerhalb der privaten Wirtschaft geben soll. Das wird als der Anfang vom Ende einer privaten Krankenversicherung dargestellt, wobei richtig ist, dass jedes „non-profit“ Angebot die eigenen Gewinnchancen schmälert und eine öffentliche Alternative die Prämien unter Druck setzen kann.

Wenn nachvollziehbarer Widerstand von Interessengruppen auf eine Öffentlichkeit trifft, die nicht abschätzen kann, wer die Kosten der Reform zu tragen hat, weil die Einzelheiten offen sind, dann kann damit eine Mobilisierung gegen die Reform erreicht werden, die auch Auswirkungen auf die Haltung der Abgeordneten und Senatoren hat. Haushaltsneutralität als Ziel heißt eben auch, dass die Leistungsverbesserungen über Einsparungen im bisherigen System der Gesundheitsversicherung bezahlt werden müssen, oder über Steuererhöhungen. Die Hälfte aller Gesundheitsausgaben der USA wird über Medicare und Medicaid, also die staatlichen Sicherungssysteme, getätigt. Ohne Klarheit über die Folgen der Reform ist es relativ leicht, bei diesen Versicherten Ängste zu schüren, dass sie am Ende schlechter versorgt werden, oder mehr zahlen müssen. Der Widerstand der Republikaner gegen die Gesundheitsreform gründet sich denn auch vor allem auf die Aussage, dass sich die Nation das nicht leisten könne und die schon Versicherten die Folgen in der Form von Kürzungen und höheren Steuern zu tragen hätten. Dabei ist richtig, dass das Versprechen der Reformer, gleiche oder bessere Qualität in der Gesundheitsversorgung zu geringeren Kosten bereitzustellen, in den Gesetzentwürfen mit eher schwachen Instrumenten der direkten Kostensteuerung unterlegt ist.¹¹ Stärkere Eingriffsinstrumente sind schon im Herbst 2009 am Widerstand von Interessengruppen gescheitert. Das Gesetz des House setzt vor allem auf den Wettbewerbsdruck, der von einem staatlichen Versicherungsangebot („public option“, siehe unten) ausgehen soll, der Senate sieht in erster Linie in der hohen Besteuerung von üppi- gen („luxurios“) privaten Versicherungsverträgen eine kostendämpfende Maßnahme, weil die Steuer dazu führen würde, dass derartige Verträge weniger werden und damit die Einnahmen der Leistungserbringer sinken, sprich die Kosten gedämpft werden.¹²

So sehr Mentalitätsfragen eine Gesundheitsreform auch erschweren mögen, es gibt auch eine breite Unterstützung für einen „overhaul“ des Gesundheitssystems, also eine „Generalüberholung“, wie es in der amerikanischen Diskussion genannt wird. Es gibt eben nicht nur den Geist des Individualismus und der Selbstverantwortung in den USA, sondern auch der Hilfsbereitschaft und des für einander Einstehens. Solidarität ist ein wesentliches Element, das eine Gesellschaft zusammenhält. Treffend bringt das ein Schreiben von Senator Kennedy, einem langjährigen Streiter für die Gesundheitsreform, an Präsident Obama auf den Punkt. Es ist so etwas wie sein politisches Vermächtnis

angesichts seiner schweren Krebserkrankung und wurde auf seinen Wunsch erst nach seinem Tod veröffentlicht. Er bezeichnet die Gesundheitsreform in seinem Schreiben als die große, unvollendete Aufgabe der Gesellschaft und kennzeichnet sie als „...above all a moral issue; at stake are not just the details of policy, but fundamental principles of social justice and the character of our country.“¹³ Genau daran knüpft Obama in seinen Zielen der Gesundheitsreform an. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung wird darum geführt, ob die Schreckensbilder eines allmächtigen Staates, die von den dominierenden Kräften bei den Republikanern und ihren Unterstützern in den Medien gemalt werden, bei den Bürgern noch so viel Resonanz haben, dass sie die Mehrheiten im Kongress für eine durchgreifende Reform verhindern können. Der Wille zur Veränderung wird nun nicht nur von moralischen Überzeugungen getragen, sondern er ist auch Ergebnis des realen Veränderungsdrucks: Das Gesundheitssystem der USA ist das teuerste der Welt, zeigt nur mittelmäßige Ergebnisse und lässt 46 Millionen Menschen ohne Versicherungsschutz.¹⁴ Die Diagnose der Probleme ist zwischen Republikanern und Demokraten auch weitgehend unstrittig, unterschiedlich sind die Schlussfolgerungen. Um die Handlungsnotwendigkeiten zu erkennen, sollen die Stärken und Schwächen des Systems knapp dargestellt werden.

6. Stärken und Schwächen im US-Gesundheitssystem

6.1. Unversicherte als Hauptproblem

Anlass für die Gesundheitsreform sind die offenkundigen Defizite der Gesundheitsversorgung in den USA, die beseitigt werden sollen. Aber es gibt auch gute Versorgung, nämlich überall dort, wo Arbeitnehmer in großen Unternehmen arbeiten und über den Arbeitgeber privat versichert sind, oder über so viel Einkommen verfügen, dass sie sich eine gute, individuelle Privatversicherung leisten können. Für diese US-Bürger soll die Gesundheitsreform keine Verschlechterung bringen, im Gegenteil, sie sollen größere Sicherheit bekommen, dass ihre Versicherung bei Krankheit nicht gekündigt werden darf und Prämien aus diesem Anlass nicht erhöht werden dürfen. Widerstand gegen eine Reform kommt aber bei diesen Betroffenen, weil sie höhere Prämien und Leistungsabbau befürchten müssen, falls „luxuriöse“ Versicherungsverträge künftig besteuert werden sollten, so zumindest der Antrag des Senates. Die Gewerkschaften, die häufig gute Versicherungsverträge als Arbeitgeberleistung mit den Unternehmen verhandelt haben, wehren sich entschieden gegen eine Kennzeichnung als „Cadillac-Verträge“ und Luxus, sondern sehen die Versorgung des normalen Facharbeiters gefährdet und sprechen im Hinblick auf die Betroffenen auf „Minivan-Verträge“, die künftig zu teuer werden könnten. Das bietet reichlich Konflikt- und Widerstandspotential.¹⁵

Unbestritten ist, dass kleine und mittlere Unternehmen häufig nicht in der Lage oder Willens sind, für ihre Beschäftigten Krankenversicherungsverträge abzuschließen. Arbeitslose, Teilzeitbeschäftigte und Haushalte mit

mittlerem und kleinem Einkommen sind finanziell nicht selten überfordert, eine private Versicherung zu bezahlen. Die Versicherungsprämien und Selbstbeteiligungen für individuelle Privatversicherungen sind in der Regel höher als die Verträge für Gruppenversicherungen, so dass ökonomisch schwache Haushalte ohne Versicherung sind oder zumindest unterversichert.¹⁶ Insgesamt waren im September 2008 nach dem Bureau of Census 46,3 Millionen (15,4%) US-Bürger ohne Versicherung, nach Schätzungen des Commonwealth Fund kommen noch einmal 25 Millionen hinzu, die unterversichert sind.¹⁷ Unbezahlte Arzt- oder Krankenhausrechnungen sind der Hauptgrund für private Insolvenzen, was den Handlungsdruck unterstreicht.¹⁸ Diese Zahlen würden in den nächsten Jahren dramatisch ansteigen und weit in die Mittelklasse hineinreichen, deshalb besteht zwischen den Parteien kein Streit, dass dieser Zustand nicht länger haltbar ist. Streitig sind die Instrumente, wie künftig eine Krankenversicherung für alle Amerikaner erreicht werden kann.

Schon bisher sind sehr arme Haushalte, Menschen mit Behinderungen, Senioren über 65 Jahre und der größte Teil der Kinder über unterschiedliche Formen einer Sozialversicherung gesetzlich gegen das Risiko von Krankheit geschützt (Medicare, Medicaid und CHIP), die aus einer Mischung aus Beiträgen und Steuern finanziert werden.¹⁹ Eine Stellschraube, die im Kongress diskutiert wird, ist eine Erweiterung der Anspruchsberechtigung für Medicaid, dem Sicherungsprogramm für Arme und eine längere gesetzliche Mitversicherung der Kinder in privaten Verträgen. Da die gesamte Gesundheitsreform unter der Vorgabe steht, das staatliche Haushaltsdefizit nicht zu erhöhen, sind im Bereich von Medicare und Medicaid Einsparungen vorgesehen, die in ihren Folgen für die Betroffenen und im Hinblick auf die Realisierbarkeit schwer zu beurteilen sind. Die Aussage, Ersparnisse durch Effizienzgewinne zu realisieren, ist auch in der deutschen Gesundheitsreformdiskussion bekannt, aber immer mehr mit Wünschen als mit realen Entwicklungen verbunden. Auf jeden Fall verbinden sich damit Ängste bei denjenigen, die Einschränkungen bei ihrem eh schon wenig üppigem Leistungsniveau befürchten.

6.2. Hohe Gesundheitsausgaben bei mittelmäßigen Ergebnissen

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf waren 2007 in den USA mit 7.290 \$ international an der Spitze und fast doppelt so hoch wie in Deutschland. Auch der Anteil am Bruttoinlandsprodukt war mit 16,0% in 2007 weltweit am höchsten (Zum Vergleich: Der Anteil in Deutschland lag kaufpreisbereinigt in 2007 bei 10,4%).²⁰ Hohe Ausgaben bei einem hohen Anteil Unversicherter, die schlecht oder gar nicht versorgt werden, ist sicher kein Indikator für ein erfolgreiches System, aber hohe Kosten sind eben auch hohe Einkommen bei den Leistungserbringern. Wenn das Ziel der Gesundheitsreform ist, Versicherungen für diejenigen sicherer zu machen, die bereits eine haben, alle Amerikaner zu versichern und gleichzeitig die Ausgaben für Gesundheit zu senken, dann kann das nur zu Lasten der Leistungserbringer gehen, die bisher von hohen Einkom-

men profitieren. Die Ärzte verdienen im internationalen Vergleich viel, die Krankenhausbehandlung ist teuer und die Medikamentenpreise sind höher als in anderen entwickelten Ländern. Private Krankenversicherungen finanzieren etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in den USA und verdienen im gegenwärtigen System ebenfalls gut. Deshalb gibt es bei diesen Gruppen auch starken Widerstand gegen die Gesundheitsreform und entsprechende Lobbyarbeit bei den Abgeordneten und Senatoren. Die privaten Versicherungen wehren sich nicht gegen eine allgemeine Versicherungspflicht, aber sie wollen verhindern, dass es einen staatlichen Anbieter für Versicherungen oder Kooperative (siehe Abschnitt 7.5) gibt, die auf „non-profit“ Basis arbeiten.

Hinsichtlich der Beschreibung der Defizite im US-amerikanischen Gesundheitssystem bestehen zwischen Demokraten und Republikanern einerseits und Senate und Repräsentantenhaus andererseits keine großen Differenzen, sondern in den daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen. Im Folgenden soll analysiert werden, wie sich die Mehrheitsbildung in beiden Häusern des Kongresses Ende 2009 darstellte. In beiden Kammern haben die Demokraten rechnerisch die Mehrheit, aber es wird noch um ein Gesetz zur Gesundheitsreform gerungen, das tatsächlich eine Mehrheit beider Häuser auf sich vereinigt. Das Gesetz „Affordable Health Care for America Act“ ist am 7. November 2009 vom Repräsentantenhaus beschlossen worden. In Kenntnis dieses Beschlusses hat der Senate einen eigenen Beschluss am 24. Dezember 2009 gefasst, der nicht in den Zielen, aber in wichtigen Instrumenten vom House abweicht, so dass sich Anfang 2010 ein Verfahren anschließt, das zu einem Gesetz führen soll, dem beide Häuser des Kongresses zustimmen können. Ob dazu eine gemeinsame Kommission gebildet wird, oder die Fraktionsführungen einen Kompromiss formulieren, war Ende Dezember 2009 ebenso unklar wie der Zeitpunkt, an dem der Kongress entscheiden soll. Die Erwartung der Kommentatoren geht dahin, dass es einen Zwang zur Einigung gibt, aber der Senate am „längeren Hebel“ sitzt, weil dort die Mehrheitsverhältnisse noch knapper als im Repräsentantenhaus sind. Eine einzige Stimme kann die Reform zu Fall bringen. Der Präsident wird in dieser Phase eine wichtige, moderierende Rolle spielen, um sein innenpolitische Priorität zum Erfolg zu bringen.

Nachdem die finanziellen Folgen des Gesetzentwurfes der Demokraten im Senate mit dem Titel „Patient Protection and Affordable Health Care Act“ vom unabhängigen Congressional Budget Office bewertet worden sind, ist am 22. November 2009 das Gesetz eingebracht worden.²¹ Der Senate hat am 30. November mit 60 zu 39 Stimmen beschlossen, die Diskussion über den Antrag zu eröffnen. Das ist ein wichtiger Schritt gewesen, weil nur mit einer qualifizierten Mehrheit von 60 Stimmen verhindert werden kann, dass ein Beschluss durch „Filibustern“ aufgehoben werden kann.²² Zur Analyse der Konfliktlage zwischen Repräsentantenhaus und Senate wird der beschlossene Gesetzentwurf H. R. 3962 des House und der Beschluss der demokratischen Mehrheit im Senate vom 24. 12. 2009 herangezogen, der zum Zeitpunkt der Abfassung

dieses Aufsatzes Ende 2009 noch nicht veröffentlicht war, so dass sich die Analyse auf Zeitungsberichte und den ursprünglich eingebrachten Antrag beschränken muss. Der Beschluss des Senates weicht in wichtigen Punkten vom Gesetz des Repräsentantenhauses ab und eine Einigung ist wahrscheinlich, aber nicht sicher. Denn auf der einen Seite drohen konservative Senatoren, dass ihre Zustimmung nicht sicher ist, wenn die Senatesfassung verändert wird. Umgekehrt ist es für progressive Demokraten im House eine schwierige Entscheidung, einem Reformgesetz zuzustimmen, das keine „public option“ enthält, weil sie es für eine strategische Schlüsselfrage halten, die private Versicherungswirtschaft unter Wettbewerbsdruck zu setzen und dadurch Kosten zu dämpfen. Die Chance des Vermittlungsverfahrens liegt darin, aus beiden Entwürfen die besten Teile aufzunehmen und bei den großen Streitfragen einen Kompromiss zu finden. Streitig sind vor allem drei Problembereiche:

- Ein staatliches Versicherungsangebot (public option).
- Die Art der Finanzierung der Mehrausgaben, um Haushaltsneutralität zu wahren.
- Die Frage der Finanzierung von Abtreibungen.

Im Folgenden soll analysiert werden, wo die inhaltlichen Konflikte zwischen Repräsentantenhaus und Senate liegen, und zwar auf der Basis der beschlossenen Gesetze im House und im Senate.

7. Hauptstreitpunkte im Kongress

7.1. Viel Übereinstimmung im Grundsatz bei Streit in wichtigen Details

Die Verflechtung der Kompetenzen im Gesundheitssektor zwischen der bundesstaatlichen Ebene und den States führt dazu, dass beide Häuser des Kongresses der Gesundheitsreform zustimmen müssen, wobei im Senate 60 von 100 Stimmen für eine Mehrheit notwendig sind.

Es ist die Normalität im parlamentarischen Alltag nicht nur der USA, dass sich in dem Beratungsverfahren für neue Gesetze Parlamentarier mit ihren unterschiedlichen Positionen einbringen, aber auch mit Lobby-Verbänden verhandelt wird, um einen Kompromiss zu finden. Das geht in den USA so weit, dass der Vorsitzende des Finanzausschusses in diesem Fall „Deals“ mit den Leistungserbringern aushandelt, die auch Gegenstand öffentlicher Diskussion waren.²³ Zwischen dem Finanzausschuss des Senates und dem „Weißen Haus“ gab es ebenfalls eine enge Kommunikation, was in Bezug auf die Mehrheitsfraktion des Repräsentantenhauses nicht anders war. Es ist also eine Phase sehr enger Kommunikation, in der die jeweilige Fraktionsführung am Ende beurteilen muss, mit welchem Gesetzentwurf sie eine Mehrheit beider Häuser des Kongresses erreichen kann.

Die Gesundheitsreform ist ein äußerst komplexes Gesetzesvorhaben, weil es um eine weitgehende Systemänderung geht,

■ die die bestehenden privaten und staatlichen Krankenversicherungen fortführt, aber neuen Regeln unterwirft, die die Versicherten schützen,

■ die neue, staatliche Angebote einer Krankenversicherung einführt,

die neue Regulierungen für die Leistungserbringer bringt und ihre Ein[Geben Sie ein Zitat aus dem Dokument oder die Zusammenfassung eines interessanten Punktes ein. Sie können das Textfeld an einer beliebigen Stelle im Dokument positionieren. Verwenden Sie die Registerkarte ‚Textfeldtools‘, wenn Sie das Format des Textfelds ‚Textzitat‘ ändern möchten.]

■ kommen kürzt, um die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu begrenzen,

■ die erhebliche Auswirkungen auf die Staatsausgaben hat, weil durch staatliche Zuschüsse sichergestellt werden soll, dass sich alle Amerikaner eine Krankenversicherung leisten können,

■ und die zu neuen Steuern führt, um die höheren Ausgaben durch höhere Einnahmen zu kompensieren.

Viele Regelungen in den Gesetzentwürfen sind unstrittig, aber es bleiben einige „big points“, die über Erfolg oder Misserfolg im parlamentarischen Prozess letztlich entscheiden werden. Keine Seite wird am Ende das als Gesetz wiederfinden, was sie „eigentlich“ wollte, es wird also weder eine rein private Versicherungslösung geben, noch werden die Hoffnungen vieler Progressiver erfüllt werden, dass es eine einheitliche, staatliche Versicherung für alle Amerikaner nach dem Vorbild der Versicherung für die Rentner Medicare geben wird. Entscheidend wird sein, ob es vor allem für die Unversicherten eine Verbesserung ihrer realen Situation geben wird. Obama ist zuzustimmen, dass die USA nicht mehr die Zeit haben, keine Entscheidung zu treffen, wenn die Probleme des Gesundheitssektors nicht noch unlösbarer werden sollen. Die Hauptstreitpunkte in den Gesetzesvorlagen konzentrieren sich auf sieben, gewichtige Sachpunkte, wenn man einmal die mehr ideologischen Konflikte zwischen Demokraten und Republikanern außen vor lässt

7.2. Obligatorische Krankenversicherung für alle Amerikaner²⁴

Repräsentantenhaus und Senate wollen, dass künftig alle Amerikaner eine Krankenversicherung haben. Einigkeit besteht darin, dass damit US-Bürger und legale Einwanderer gemeint sind, also nicht Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus, deren Zahl immerhin auf acht Millionen geschätzt wird. Das war in der öffentlichen Diskussion ein erheblicher Streitpunkt.

Ausgenommen werden sollen Gruppen, die sich die Prämien für Versicherung auch nach einem Zuschuss aus dem Staatshaushalt nicht leisten können, wobei für diese Gruppe das Sicherungssystem nach Medicaid greifen würde, oder die bisherige – unzureichende – Versorgung über die Notfallaufnahme der Krankenhäuser. Auch für Menschen,

die aus religiöser Überzeugung Versicherung ablehnen und für Indianer soll es Ausnahmen geben.

Ob die Versicherungspflicht auch faktisch dazu führt, dass alle Amerikaner sich künftig versichern, hängt auch von der Ausgestaltung der Strafen für Unternehmen und Individuen ab, wenn sie ihrer Pflicht zur Versicherung nicht nachkommen. Die Strafen schwanken je nach Gesetzentwurf, im Gesetz des Senates können sie eine Höhe bis zu 2% des Einkommens erreichen, haben aber alle eine Höhe, die deutlich unter den absehbaren Jahresprämien für Versicherung liegt. Hier liegt eine Schwachstelle, ob das ehrgeizige Ziel einer Versicherung für alle erreicht wird, denn der Anreiz, das Versicherungsgebot zu missachten, könnte noch zu groß sein.

Beide Häuser wollen das Ziel, alle Amerikaner zu versichern, zusätzlich über eine Ausweitung der Anspruchsberechtigung in Medicaid, also der Versicherung für ganz arme Menschen, erreichen. Die Armutsgrenze, die zu Ansprüchen an Medicaid führen soll, wird im Senate auf 133% der nationalen Armutsgrenze angehoben werden (\$ 29.327 für eine vierköpfige Familie), im House auf 155% (\$33.075 für eine vierköpfige Familie), was einen Teil der bisher Unversicherten gegen das Risiko von Krankheit schützen würde. Nach dem Beschluss des Senates wären künftig laut Schätzungen des Congressional Budget Office 31 Millionen Menschen mehr versichert, davon die Hälfte über die Ausweitung von Medicaid. Es wären dann 94% aller US-Bürger gegen Krankheit versichert, gegenüber bisher 83%.²⁵ Allein diese Reform, würde sie Realität, stellt einen außerordentlichen, sozialpolitischen Fortschritt dar, der nach den Zugangskriterien zu Medicaid des Repräsentantenhauses mit 36 Mio. zusätzlichen Versicherten noch größer wäre.

7.3. Beteiligung der Unternehmen an den Kosten der Krankenversicherung

Bisher ist der größte Teil der Arbeitnehmer über ihre Arbeitgeber oder individuell bei einer privaten Krankenversicherung versichert. Das soll nach den Vorstellungen beider Häuser auch so bleiben und ist der größte Unterschied zu den Plänen des früheren Präsidenten Clinton, der für alle Amerikaner eine Sozialversicherung einführen wollte. Ausgenommen werden vom House kleine Unternehmen, wobei die Grenzen unterschiedlich hoch angesetzt werden, etwa definiert nach Lohnsumme (mindestens 500.000 \$ nach Repräsentantenhaus) oder nach der Zahl der Beschäftigten. Nach der Senatesvorlage müssen Betriebe mit mehr als 200 Vollzeitkräften eine Versicherung abschließen, Betriebe mit mindestens 50 Beschäftigten können Krankenversicherungsverträge abschließen, die unter definierten Bedingungen vom Staat subventioniert werden, oder sie müssen eine Strafabgabe von maximal 700 \$ pro Beschäftigten und Jahr zahlen. Betriebe unter 50 Beschäftigten sind ganz von der Versicherungspflicht befreit, aber hier greift dann die obligatorische Versicherung für Individuen. Je nach Einkommen der Haushalte können sie auch

einen staatlichen Zuschuss zu den Versicherungsprämien erhalten.

Die Grundregel heißt: Play or pay, also versichere die Arbeitnehmer selber oder leiste eine Abgabe. Unterschiedlich ist in den einzelnen Vorschlägen auch der Prozentsatz der Prämien, der im Minimum vom Arbeitgeber getragen werden muss, z. B. 65 % für eine Familienversicherung in der House Bill, oder 60% im Beschluss des Senates. Der Deckungssatz kann nach Wahl der Versicherten bis zu 90% gesteigert werden, aber die höheren Prämien müssen dann individuell getragen werden. Wenn es keinen Zwang zu einer Krankenversicherung für Unternehmen gäbe, würde die finanziellen Folgen für den Staatshaushalt noch schwieriger abschätzbar, als sie es jetzt schon sind, weil gerade Unternehmen mit einer schlechten Risikostruktur (ältere Belegschaften, gesundheitsbelastende Arbeitsbedingungen) eigene Sicherungen zugunsten von öffentlicher Versicherung abbauen würden.

Mit der Festschreibung, dass auch private Verträge abgeschlossen werden können, die in beiden Häusern vorgenommen wird, ist allerdings ein Anreiz zur Risikoselektion gesetzt, weil Betriebe mit guter Morbidität eher die Eigenversicherung wählen werden, wohingegen die schlechten Risiken in andere Systeme gedrängt werden. Insofern wiederholen die USA mit der Reform, wenn sie so kommt, auch einen strukturellen Fehler, der in der deutschen Krankenversicherung kritisch diskutiert wird, nämlich die getrennten Risikokreise zwischen sozialer und privater Krankenversicherung.

7.4. Einrichtung einer „Insurance Exchange“

„Insurance Exchange“ ist eine neue Institution, die das Problem lösen soll, dass kleine Unternehmen und Individuen keine Marktmacht beim Abschluss von Krankenversicherungsverträgen haben und in der Regel höhere Prämien bei schlechteren Leistungen im Vergleich zu Gruppenversicherungen durch den Arbeitgeber zahlen. Der Begriff ist schwer zu übersetzen, keinesfalls ist es eine „Börse“ im klassischen Sinn, sondern im ursprünglichen Sinn des Wortes „Exchange“ ist es ein Ort des Tausches, also ein „Marktplatz“, auf dem private und öffentliche, das ist allerdings hochstreitig, Versicherungen ihre Verträge anbieten und Individuen und kleine Unternehmen sich über die Verträge informieren und Abschlüsse tätigen können. Das Besondere ist jedoch, dass es ein hochregulierter Marktplatz ist, nämlich eher wie ein deutscher „TÜV“, auf dem die Produkte kontrolliert werden und vorgegebene Standards erfüllen müssen. Ein Bild von der Kleinteiligkeit der neuen Regulierung vermittelt die Vorschrift, dass private Versicherungen ihr Leistungsversprechen auf maximal vier Seiten in der Schriftgröße 12 Punkte veröffentlichen müssen, um dem Verbraucher die Entscheidung zu erleichtern. Nur für Produkte, die durch die „Insurance Exchange“ reguliert sind, gibt es auch staatliche Zuschüsse für die Bezieher niedriger Einkommen, die die Prämien nicht bezahlen können.

Die „Insurance Exchanges“ werden bei einer neuen staatlichen Agentur angesiedelt, deren Chef die Standards im Rahmen des Gesetzes definiert und auch mit den Anbietern über die Ausgestaltung der Verträge verhandeln kann. Bei Unterschieden im Detail sind sich House und Senate einig, dass Zugang nur die Unternehmen und Individuen haben sollen, die keiner anderen Versicherungspflicht unterliegen.

Es gibt aber einen fundamentalen Streitpunkt, nämlich auf welcher Staatsebene die „Exchanges“ angesiedelt werden sollen. Das Repräsentantenhaus will eine nationale „Exchange“ als Teil einer neuen „Health Agency“, an deren Spitze ein „Commissioner“ steht, der vom Präsidenten ernannt wird. Den States wird aber die Möglichkeit eingeräumt, eigene „Insurance Exchanges“ nach nationalen Standards zu schaffen (opting-out). Der Senate will hingegen „Exchanges“ nur auf der Ebene der States realisieren, also ohne einen Einfluss durch Washington.

7.5. Staatliches Versicherungsangebot

Zwischen Repräsentantenhaus und Senate, aber auch unter den demokratischen Senatoren ist unverändert hochstreitig, ob es neben den privaten Anbietern von Versicherungen in der „Insurance Exchange“ auch ein staatliches Angebot (public option) geben soll, also eine vom Staat organisierte Versicherung. Sie soll einen Mindestniveau an Leistungen beinhalten, das künftig auch für private Verträge vorgeschrieben wird. Sie kann vier unterschiedliche Versorgungsniveaus mit unterschiedlichen Prämien und Selbstbeteiligungen anbieten, aber auf jeden Fall muss eine Basisversorgung gewährleistet sein. Das „House“ sieht die „public-option“ auf der nationalen Ebene vor, ebenso der ursprüngliche Senatesantrag aus dem November 2009, aber er räumte den States ein, durch eigenes Gesetz ein „opting-out“ zu realisieren, also auf das nationale Angebot einer staatlichen Versicherung in Konkurrenz zu privaten Versicherungen zu verzichten.

Gegen die „public option“ richtet sich der Hauptwiderstand von Leistungserbringern und der privaten Versicherer. Letzteres ist ohne Schwierigkeiten nachzuvollziehen, entgeht ihnen doch mit einem öffentlichen Angebot ein Geschäftsfeld. Die privaten Versicherer unterstützen sogar einen allgemeinen Versicherungszwang und wären dafür auch zu Zugeständnissen bei der Prämiengestaltung nach Krankheitsrisiko und zu einem Kontrahierungszwang bereit. Der Widerstand der Leistungserbringer erklärt sich aus der Befürchtung, dass der neue, öffentliche Versicherungsträger mit den Leistungserbringern Verträge zu den Bedingungen von Medicare abschließt, die deutlich unter den Entgelten privater Verträge liegt. Das ist auch das erklärte Ziel vieler Befürworter einer „public option“, weil sie hier den strategischen Ansatz sehen, über zentralisierte Marktmacht auf der Nachfrageseite die Kosten im Gesundheitssektor zu senken und darüber Gesundheit für alle Amerikaner, nicht nur für Verträge in der „Insurance Exchange“, bezahlbar zu machen.

Als eine Variante innerhalb einer „public option“ wurde im „House“ und im Senate vorgeschlagen, Kooperative zu ermöglichen, also konsumentenorientierte Organisationen, die Krankenversicherung anbieten, ohne damit eine Gewinnabsicht zu verbinden. Die Erfahrungen mit Kooperativen sind in den USA gespalten:²⁶ Es gibt sehr erfolgreiche, aber auch zahlreiche Erfahrungen des Scheiterns. Für deutsche Verhältnisse wären diese neuen Organisationen ein „alter Hut“: Die deutschen Krankenkassen mit Selbstverwaltung sind in etwa das, was in den USA neu geschaffen werden müsste. Aber genau hier liegt das Problem, weil man schwer neue Organisationen „aus dem Hut zaubern“ kann, die bei uns über hundert Jahre gewachsen sind und zum Teil eine noch ältere Tradition haben. Sicher gibt es auch in den USA viele „non-profit“ Einrichtungen, die überwiegende Zahl der Krankenhäuser gehört dazu. Aber sie könnten nur schwer die Zelle neuer Versicherungen sein, weil gerade die bisherigen Erfahrungen mit Kooperativen in den USA zeigen, dass aus dem Zusammenschluss von Anbieter- und Konsumenteninteressen schwer lösbare Konflikte resultieren. Selbst wenn die Startphase der Kooperativen mit Staatsgeldern gefördert wird, was vorgesehen ist, bleibt die Praktikabilität zweifelhaft. Aber Kooperative wären eine Antwort auf den Vorwurf, durch die Gesundheitsreform würde zu viel Macht in Washington konzentriert.

Einzelne Senatoren haben ihre Zustimmung zur Gesundheitsreform davon abhängig gemacht, dass es keine „public option“ gibt. Man kann das als eine Form der Erpressung kennzeichnen, in der der Erfolg der Gesundheitsreform zur Geisel gemacht wird, aber Fakt ist, dass bei der Schlussabstimmung eine „public option“ keine Mehrheit im Senate gefunden hätte, deshalb wurde die „public option“ von der demokratischen Fraktionsführung aufgegeben. Zwischenzeitlich wurde bei den Demokraten diskutiert, stattdessen einen Weg für über 55jährige zu öffnen, sich in Medicare einzukaufen, aber die Auswirkungen auf das Gesamtsystem waren zu wenig überschaubar, so dass diese Option fallengelassen wurde.

Im Gesetz des Senates ist aber eine Regelung aufgenommen, die eine neue, staatliche Agentur nach dem Vorbild des Office of Personal Management schafft, das für die Staatsbediensteten der Union die Krankenversicherungsverträge abschließt. Diese „Agency“ soll mit mindestens zwei privaten Versicherungen, von denen mindestens eine non-for-profit sein muss²⁷, nationale Krankenversicherungsverträge vereinbaren („private plans“), und zwar für den Personenkreis, der berechtigt ist, an der „Insurance Exchange“ teilzunehmen.²⁸ An die Stelle einer staatlichen Versicherung würde danach eine stärker regulierte private Alternative treten, die auf Verträgen mit den individuellen Versicherten oder Arbeitgebern beruht. Im Ergebnis könnte auch davon ein kostendämpfender Effekt auf die Versicherungsprämien ausgehen und den zugangsberechtigten Versicherten Vorteile verschaffen, weil sie durch diese Regulierung eine ganz andere Marktmacht haben würden. Auf jeden Fall gehört die „public option“ zu den zentralen Streitfragen, die zwischen Senate und Repräsentantenhaus Anfang 2010 geklärt werden müssen.

7.6. Zuschüsse für Bezieher niedriger Einkommen und kleine Unternehmen

Einig sind sich House und Senate, dass Bezieher niedriger Einkommen Zuschüsse zu den Versicherungsprämien bekommen sollen, um sie erschwinglich zu machen. Beide Kammern wollen Haushalte fördern, die bis zu 400% über der nationalen Armutslinie liegen (das sind zurzeit 88.200 für eine vierköpfige Familie), wobei die Zuschüsse nach der Einkommenshöhe gestaffelt werden. Das Gesetz des Senates setzt die Grenzen im Detail anders, aber er verfolgt das gleiche Prinzip, dass der Zuschuss mit steigendem Einkommen der Haushalte sinkt. Ebenso sind Steuerbefreiungen („tax credits“) für kleine Unternehmen vorgesehen, die sich hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen und der Subventionshöhe in beiden Gesetzen unterscheiden, aber nicht in dem Grundsatz, dass kleine Unternehmen gefördert werden sollen, wenn die Prämienzahlung sie überfordern würde. In dem beschlossenen Gesetz des Senates sind die Zuschüsse für kleine Unternehmen gegenüber der eingebrachten Fassung noch einmal deutlich erhöht worden, um einen Anreiz für Arbeitgeber zu setzen, ihre Beschäftigten kollektiv gegen das Krankheitsrisiko zu versichern.

7.7. Nationale Mindestbedingungen für alle Versicherungsverträge

Repräsentantenhaus und Senate sehen nationale Standards für Versicherungsverträge vor, die eine Grundversorgung in der ambulanten und stationären Versorgung enthalten, aber auch zahnmedizinische Leistungen, Arzneimittel, Präventionsleistungen und Versorgung bei seelischen Erkrankungen. Damit erweitert sich der Versicherungsschutz für Millionen von Amerikanern, die bisher gegen diese Risiken nicht abgesichert waren. Diese Leistungsausdehnung muss mit betrachtet werden, wenn auf der anderen Seite die Prämien für private Versicherungen aufgrund der Reformen steigen werden. Gleichzeitig ist das wiederum eine Machtverschiebung in der föderalen Ordnung, denn bisher waren die Krankenversicherungen überwiegend auf der Ebene der States reguliert.

Eine wichtige Neuerung in der Regulierung privater Versicherungsverträge ist, dass nach beiden Gesetzen Verträge anlässlich einer Krankheit nicht mehr gekündigt werden dürfen. Viele Amerikaner haben in der Vergangenheit die bittere Erfahrung gemacht, dass bei schweren und vor allem teuren Erkrankungen die Versicherer systematisch nach Gründen gesucht haben, um einen Vertrag zu kündigen. Häufig mit Erfolg, so dass die Versicherten gerade dann ohne Schutz waren, wenn sie die Versicherung benötigten. Millionen Versicherte bekommen deshalb durch die Gesundheitsreform ein höheres Maß an Sicherheit. Die Versicherungsprämien dürfen auch nicht mehr nach Vorerkrankungen differenziert werden, und der Abschluss eines Vertrages darf aufgrund der Morbidität des Antragstellers nicht mehr verweigert werden, was für viele Unversicherte eine wesentliche Verbesserung ist und ihnen erstmals überhaupt Zugang zu Krankenversicherung außerhalb von Medicaid und Medicare verschafft. Eine

Staffelung, aber in der Spreizung begrenzt, darf es nur noch aufgrund von Alter oder ähnlich gruppenspezifischen Merkmalen (z. B. Geschlecht und Raucher) geben.

Im Detail unterscheiden sich die Vorschläge, aber im Grundsatz besteht Übereinstimmung, dass es landesweit ein Mindestniveau der Leistungen geben soll und einen Kontrahierungszwang. Wenn das realisiert wird, bedeutet das mehr Sicherheit für Millionen von Versicherten, die über einen privaten Vertrag abgesichert sind, sei es über den Arbeitgeber oder individuell. Auch bei Beibehaltung unterschiedlicher öffentlicher (Medicaid und Medicare) und privater Trägerschaft von Krankenversicherung, würde das System insgesamt durch eine stärkere Regulierung sozialer. Gleichzeitig liegt in den neuen Vorschriften aber auch ein Kostentreiber für die Prämien in der privaten Versicherung, eben weil Risikoselektion stärker unterbunden wird. Die Ausgaben werden aber auch steigen, weil das Leistungsvolumen in der sozialen Krankenversicherung (Medicaid und Medicare) durch Ausdehnung des berechtigten Personenkreises und Einbeziehung weiterer Indikationen vergrößert wird. Andererseits wird durch das größere und verbindliche Leistungsvolumen auch ein Teil der Kosten im Gesundheitssektor durch Versicherungen refinanziert, der bisher als Forderungsausfälle bei den Leistungserbringern aufgrund nicht bezahlter Rechnungen zu Buche schlug. Denn auch Patienten ohne Versicherung haben Leistungen des Gesundheitssektors bekommen, sei es in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, oder auf der Basis von Barmherzigkeit einzelner Ärzte.

7.8. Kosten der Reform und Auswirkung auf das staatliche Haushaltsdefizit

Die Leistungen in Medicare und Medicaid werden erweitert und es werden künftig staatliche Zuschüsse zu den Prämien für niedrige Einkommensbezieher und kleine Unternehmen gezahlt, um die Versicherung erschwinglich für alle zu machen, so dass eine Ausgabensteigerung unvermeidlich und gewollt ist. Gleichzeitig ist allgemeiner Konsens, dass das staatliche Haushaltsdefizit nicht noch weiter steigen soll, weil schon die bisherigen Defizite der öffentlichen Haushalte besorgniserregend sind. Die Refinanzierung der Mehrkosten von rund 894 Mrd. \$ über zehn Jahre soll nach den Vorstellungen des Repräsentantenhauses zum Einen über einen Zusatz zur Einkommensteuer von 1,2% für hohe Einkommen erfolgen: Mehr als 1 Mio. \$ für Familien, mehr als 500.000 \$ für Einzelpersonen. Zum Anderen sollen im bestehenden System der Gesundheitsversorgung Einsparungen erzielt werden, und zwar durch Realisierung von Produktivitätspotentialen, aber vor allem durch eine neue Entgeltstruktur, die nicht mehr die Einzelleistung honoriert, sondern stärker auf Behandlungserfolge abstellt und Leistungen zu Komplexen bündelt („pay for performance“ und „bundling“). Das soll durch eine unabhängige Kommission von Gesundheitsexperten vorbereitet werden, die Leitlinien für eine wirksame, kostengünstige und qualitätvolle Behandlung entwickelt, die zügig in die Praxis umgesetzt werden sollen.

Der Senate will ebenfalls durch einen Mix von Einsparungen und Abgabenerhöhungen die Gesundheitsreform finanzieren. Anders als das House will der des Senate aber nicht die Einkommenssteuer für Reiche erhöhen, sondern neue Abgaben auf Arzneimittel und Heilmittel einführen und eine Steuer auf die oben diskutierten „luxuriösen“ Versicherungsverträge erheben, die mit 40% ihres Wertes besteuert werden sollen, was nach Vorstellung der Demokraten im Senate insgesamt zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen führen würde, weil die sogenannten Cadillac-Verträge gekündigt würden und damit der Kostenanstieg im Gesundheitssektor gedämpft würde. Die Grenze für die Besteuerung sollen dabei bei Verträgen für Familien im Wert oberhalb von 23.000 \$, für Individuen bei 8.500 \$ liegen.

Der Senate will zusätzlich die zweckgebundene Steuer für Medicare auf die Löhne und Gehälter, die bisher für Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils 1,45% beträgt, um 0,9 Punkte erhöht werden, und zwar für Einkommen über 200.000 \$ für Individuen und 250.000 \$ für Paare. Im ursprünglichen Antrag des Senates war der Vorschlag, eine Verbrauchssteuer in Höhe von 5% auf die Umsätze mit Schönheitschirurgie zu erheben, von Spötter als „Botax“ bezeichnet (Botax wird unter die Haut gespritzt, um Falten zu glätten).²⁹ Dieser Vorschlag wurde in der Endabstimmung fallengelassen, aber dafür eine neue Steuer erfunden, nämlich eine Verbrauchssteuer auf den Besuch von Sonnenstudios.

Nach den Schätzungen des Congressional Budget Office (CBO) liegen die Gesamtkosten des Senatesantrages wie bei dem Gesetz des Repräsentantenhauses unter 900 Mrd. \$ und würden ähnlich wie beim „House“ über zehn Jahre betrachtet das Haushaltsdefizit sogar jährlich um mehr zehn Milliarden Dollar entlasten.^{30 31} Obamas Forderung, dass sich das Defizit des Staatshaushaltes durch die Gesundheitsreform nicht erhöhen dürfe, wird also erfüllt.

Das CBO weist allerdings auch darauf hin, dass die Einsparziele ehrgeizig sind. Die Gesundheitsausgaben sollen in den nächsten zehn Jahren nur (!) um sechs Prozent im Jahr steigen, in den letzten zwanzig Jahren stiegen sie jährlich um 8%. Mit den Schätzungen des CBO ist zumindest eine Grundlage gegeben, eine fiskalisch verantwortbare Entscheidung zu treffen. Der Chief Actuary von Medicare (entspricht einer Stelle für Risikoabschätzung) kommt zu vergleichbaren Ergebnissen, wenn er für 2019 einen Anstieg der Gesundheitsausgaben von geschätzten \$ 4,67 Billionen auf \$ 4,69 Billionen prognostiziert, bei immerhin mehr als 30 Millionen zusätzlichen Versicherten.³² Dass man Prognosen bezweifeln kann, gilt immer. Die Republikaner haben genau dies auch umgehend getan und eine Zustimmung unter Verweis auf die Kosten verweigert, was ihr Hauptablehnungsgrund zur Vorlage der Demokraten im Senate ist.

Bei den Einsparungen und zusätzlichen Abgaben ist deutlich, dass man über das erreichbare Finanzvolumen streiten kann, aber im Kern geht es um die Frage, wem welche Lasten zugemutet werden, wenn man den Krankenversicherungsschutz erhöhen will und allen Amerika-

nern mehr Sicherheit für eine angemessene Versorgung im Krankheitsfall geben will. Gleichzeitig ist auch deutlich, dass nur eine Gesundheitsreform eine Mehrheit im Kongress findet, die das Staatsdefizit nicht erhöht. Nicht zuletzt hat Präsident Obama mit seinem „One-Dime-Standard“ deutlich gemacht, dass er kein Gesetz unterschreiben würde, das das Defizit im Staatshaushalt erhöht. Ob mit den beiden Vorlagen am Ende ein Kompromiss erreicht werden kann, dem beide Kammern des Kongresses zustimmen können, wird sich aber wohl in erster Linie an der Frage der „public option“ und der finanziellen Behandlung von Abtreibungen entscheiden. Bei den zusätzlichen Abgaben und den Instrumenten der Kostensenkung dürften Kompromisse zu erzielen sein, gerade weil die finanziellen Auswirkungen nicht auf Wissen beruhen, sondern auf Schätzungen.

8. Abschluss der Reform oder schwierigere Probleme in der Zukunft

Das im Repräsentantenhaus beschlossene Gesetz „Affordable Health Care for America Act“ hat einen Umfang von 1.990 Seiten im pdf-Format. Das Gesetz des Senate „Patient Protection and Affordable Health Care Act“ umfasst 2.409 Seiten. Der physische Umfang der Gesetze zeigt sinnfällig, um was für ein komplexes Reformwerk es sich handelt. Das US-amerikanische Gesundheitssystem würde nicht vollständig verändert, weil die bisherigen Formen der privaten und öffentlichen Versicherung bleiben, aber alle Teile des Systems würden in wichtigen Punkten neu reguliert: Die Patienten würden besser geschützt, absehbar würden die Kosten gedämpft und künftig würden je nach Gesetzesvorlage zwischen 94 und 96% aller US-Bürger und Einwohner mit legalem Aufenthaltsstatus, die nicht im Rentenalter sind, über eine Versicherung gegen das Risiko von Krankheit abgesichert. Das ist im Vergleich zum status quo eine so deutliche Verbesserung, dass es einzelnen Demokraten im Repräsentantenhaus und im Senate schwerfallen dürfte, mit ihrer Stimmverweigerung die gesamte Reform zu kippen. Zumindest dürften sie sich des Risikos bewusst sein, dass ein Scheitern des Gesetzes für den Präsidenten und die demokratische Partei eine innenpolitische Katastrophe wäre. Immerhin hat es nach dem Scheitern der Gesundheitsreform von Bill Clinton sechzehn Jahre gedauert, bis ein erneuter Anlauf zu einer umfassenden Gesundheitsreform gemacht werden konnte. Die Zeit haben die USA aber nicht, denn alle Prognosen zeigen, dass die Probleme des Gesundheitssektors mit steigenden Kosten und Versicherungsprämien, zunehmender Zahl von Unversicherten und deutlichen Qualitätsmängeln immer unlösbarer werden. Gerade wer sich um die hohen Haushaltsdefizite sorgt, sollte mehr fürchten, dass die Reform nicht beschlossen wird, als dass sie Gesetz wird.

Der größte Streitpunkt innerhalb der Demokraten bleibt die „public option“. Zu vielen anderen offenen Fragen zwischen Senate und Repräsentantenhaus dürften Kompromisse zu finden sein, um eine Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses zu finden. Der Einigungsdruck ist groß, will

man nicht riskieren, bei dem zentralen Thema der Innenpolitik zu scheitern. Da im November 2010 wieder Wahlen zum Kongress sind, gibt es zumindest bei den Demokraten ein großes Interesse, auch zügig zu einer Einigung zu kommen, wenn sie nicht riskieren wollen, den Reformgegnern eine dauerhafte Plattform zu geben. Insofern kann man zuversichtlich sein, dass die USA zu Beginn des Jahres 2010 eine Gesundheitsreform haben werden, für die die Reformen seit vierzig Jahren gekämpft haben.

Nicht alle Wünsche und Erwartungen werden erfüllt werden, aber es wird ein sozialpolitischer Durchbruch werden, weil mehr Amerikaner einen verlässlichen Krankenversicherungsschutz haben werden. Bisher war das ein Privileg für die US-Bürger, die entweder unter die staatlichen Systeme Medicaid oder Medicare fielen, die über ihren Arbeitgeber versichert wurden, oder über genügend Einkommen verfügten, um sich eine private Krankenversicherung leisten zu können. Wahrscheinlich wird es zu einer Entscheidung des Kongresses kommen, die den Senatesbeschluss in Teilen modifiziert, aber nicht grundsätzlich ändert. Dann wäre eine umfassende Krankenversicherung nicht länger ein Privileg der US-Bürger, denen es finanziell gut oder sehr schlecht geht, sondern er wäre ein Rechtsanspruch für (fast) alle Bürger. Nach der Einführung der staatlichen Rentenversicherung in den dreißiger Jahren und der Krankenversicherung Medicaid und Medicare in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts, wäre dies die dritte große Sozialreform in den USA. Die offene Flanke werden die Ausgaben des Gesundheitssektors sein, weil in dem notwendigen Bemühen, einen parlamentarischen Kompromiss zu erzielen, auf schärfere Instrumente der Kostenkontrolle verzichtet wurde, um den Widerstand gegen die Reform zu verkleinern.

Der Tod von Senator Ted Kennedy im August 2009 machte eine Neuwahl in Massachusetts notwendig. Sie endete am 19. Januar 2010 mit einem Überraschungssieg zugunsten der Republikaner, nachdem über 60 Jahre lang Demokraten gewählt wurden (zunächst John F. Kennedy, dann für 47 Jahre sein Bruder Ted). Der Gewinner Scott Brown hatte seinen Wahlkampf gegen die Gesundheitsreform geführt, durch seinen Erfolg ist nicht nur die qualifizierte Mehrheit im Senat verloren, sondern die politische Ausgangslage hat sich dramatisch verändert. Bei den Demokraten besteht Verunsicherung, welche Gesundheitsreform von den amerikanischen Bürgern gewollt wird: Die Nachwahlen zum Kongress im November 2010 werfen ihre Schattenvoraus. Das Repräsentantenhaus hat im Kern drei Alternativen: Es könnte das Gesetz des Senats unverändert übernehmen und dem Präsidenten zuleiten, es könnte sich mit den Republikanern über einen stark veränderten Gesetzentwurf einigen, der einige Kernelemente der Gesundheitsreform rettet, aber wichtige Elemente der demokratischen Ziele aufgibt, oder beide Häuser des Kongresses berufen sich auf die Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung („Reconciliation“). Dann könnte nach der Verfassung der USA im Senat mit einfacher Mehrheit beschlossen werden, die rechnerisch unverändert vorhanden ist. Es könnten aber nur die Teile der Reform realisiert werden, die das Haushaltsdefizit senken, aber nicht die mit

der Gesundheitsreform angestrebte Leistungserweiterung und ein Versicherungsschutz für alle US-Bürger. Ob, wann und wie eine Entscheidung über die Gesundheitsreform fallen wird, ist nach der Wahl in Massachusetts unklarer als je zuvor.

Fußnoten:

- 1 House of Representatives, 2009
- 2 Senate, 2009
- 3 Espey, 2009, S. 283ff
- 4 New York Times vom 4. 10. 09: Im Repräsentantenhaus (House) waren es die Ausschüsse „Ways and Means“, „Energy and Commerce“ und „Education and Labor“. Im Senate die Ausschüsse „Health, Education, Labor and Pensions“ und das „Finance Committee“.
- 5 New York Times vom 10. Juli 2009. Zur Position der „Blue Dogs“ vgl. den Kommentar von Paul Krugman in New York Times vom 27. Juli 2009
- 6 Sec. 221 von H. R. 3962 Affordable Health Care for Americans Act in der Fassung vom 29. 10. 2009
- 7 New York Times vom 9. 11. 2009
- 8 New York Times vom 22.12.2009
- 9 Hajen et al. (2009), S. 253ff
- 10 Pikanterweise sind die Arzneimittelpreise wohl in Erwartung der Gesundheitsreform im letzten Jahr um 9% gestiegen, was die höchste Steigerung seit Jahren ist und zu Mehreinnahmen von jährlich 10 Mrd. \$ führt. Die Pharmaindustrie hat ihrerseits angeboten, die Preise künftig um 8 Mrd. zu senken, um damit ihren Beitrag zur Kostendämpfung im Rahmen der Gesundheitsreform zu senken. Vgl. New York Times vom 16. November 2009.
- 11 New York Times vom 12. Oktober 2009
- 12 Diese Position wird von führenden Gesundheitsökonomien in den USA geteilt. Siehe den Brief von 26 Gesundheitsexperten an Präsident Obama im Blog der New York Times vom 17. 11. 2009 <http://economix.blogs.nytimes.com/2009/11/17/economists-letter-to-obama...> (25. 11. 2009)
- 13 Zitiert von Präsident Obama in seiner Rede vor beiden Häusern des Kongresses am 9. September 2009
- 14 Davis et al., 2009a, S. 8ff
- 15 New York Times vom 13. Oktober 2009
- 16 Doty, 2009, 2ff
- 17 Schoen et al., 2008, S. w298ff
- 18 Himmelstein et al., 2005, S. 66ff
- 19 OECD, 2009, Grafiken Gesundheitssysteme
- 20 OECD, 2009
- 21 Senate, 2009
- 22 Im Senate genießt das individuelle Rederecht des einzelnen Senateors hohen Rang. Gleichzeitig kann es als Instrument benutzt werden, um durch lange Reden einen Beschluss aufzuhalten und Zeit zu gewinnen, eine eigene Mehrheit gegen einen Antrag zu finden. Das Rederecht kann nur beschränkt werden, wenn 60 von 100 Senatoren dem zustimmen. Das ist im Dezember geschehen, so dass das parlamentarische Verfahren fortgesetzt werden konnte und am 24. 12. 2009 abgestimmt wurde.
- 23 New York Times vom 11. Oktober 2009
- 24 Die Darstellung folgt den Regelungen im beschlossenen Gesetz des Repräsentantenhauses „Affordable Health Care for America Act“ vom 29. Oktober 2009 und dem beschlossenen Gesetz des Senates vom 24. Dezember 2009 „Patient Protection and Affordable Health Care Act“
- 25 New York Times vom 22. 12. 2009
- 26 Davis, 2009b
- 27 Große Krankenversicherungen in den USA wie Blue Shield und Blue Cross würden dieses Kriterium erfüllen.
- 28 New York Times vom 20. und 22. 12. 2009
- 29 New York Times vom 19. 11. 2009
- 30 Eine Besonderheit im parlamentarischen System der USA ist, dass es mit dem „Congressional Budget Office“ eine neutrale Instanz gibt, die Gesetzesvorlagen im Hinblick auf ihre Haushaltswirkungen beurteilt. Wie alle Prognosen sind auch die Wirkungen der Gesundheitsreform unsicher und nicht wertfrei, aber das CBO genießt hohen Respekt bei

allen Fraktionen und seine Ergebnisse werden in der Regel als zutreffend akzeptiert.

- 31 CBO, 2009
- 32 New York Times vom 16. 12. 2009

Literatur:

- Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2008), Why not the Best? Results from the National Scorecard on U. S. Health System Performance, New York
- Congressional Budget Office (2009), Letter to Honorable Harry Reid, Majority Leader, United States Senate, November 18, 2009 (Auswirkungen auf den Haushalt des Patient Protection and Affordable Health Care Act), http://www.cbo.gov/ftpdocs/107xx/doc10731/Reid_letter_11_18_09.pdf (1. 12. 2009) und Letter to Honorable John D. Dingell, U. S House of Representatives, November 20, 2009 (Auswirkungen auf den Haushalt des Affordable Health Care for America Act), <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=10741> (1. 12. 2009)
- Davis, Karen (2009b), Cooperative Health Care: The Way Forward?, The Commonwealth Fund Blog, June 22, 2009, www.commonwealthfund.org/Content/Blog/Health-Cooperatives (30. 9. 2009)
- Davis, Karen; Collins, Sara; Nuzum, Rachel; Schoen, Cathy (2009a), On the Road to a High Performance Health System: Changing Course and Making History, Invited Presentation, Forum on the Urgent Need for Health Care Reform, U. S. House of Representatives Steering and Policy Committee, September 15, 2009 <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Testimonies/2009/Sep/On-the-Road-to-a-High-Performance-Health-System-Changing-Course-and-Making-History.aspx> (17. 11. 2009)
- Doty, Michelle M; Collins, Sara R.; Nicholson, Jennifer L; Rustgi, Sheila D. (2009), Failure to Protect: Why the Individual Insurance Market Is Not a Viable Option for Most U. S. Families, in: The Commonwealth Fund, Issue Brief, Vol. 62, July 2009, S. 3-25
- Espey, Robert (2009), Die Gesundheitsreform in den USA - ein Kraftakt mit viel Gegenwind, in: Die Ersatzkasse, 89. Jg., Heft 8, s. 283-286
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2009), Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Stuttgart
- Himmelstein, David U.; Warren, Elizabeth; Thorne, Deborah; Woolhandler, Steffie (2005), Illness and Injury As Contributors To Bankruptcy, in: Health Affairs - Web Exclusive, February 2005, S. W5 63-73 <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w5.63/DC1> (17. 11. 2009)
- House of Representatives (2009), Final Vote Results for Roll Call H.R. 3962, Affordable Health Care for America Act vom 7. 11. 2009 <http://clerk.house.gov/evs/2009/roll887.xml> (17. 11. 2009)
- House of Representatives (2009), 111th Congress, 1st Session, H.R. 3962, Affordable Health Care for America Act, October 29, 2009 http://docs.house.gov/rules/health/111_ahcaa.pdf (17. 11. 2009)
- OECD (2009), Health Data 2009, Juni 2009 http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (13. 11. 2009)
- OECD (2009), OECD Health Data 2009, Genf, CD-ROM
- Pieper, Claudia (2009), Obama geht auf Reformkurs, in: Gesundheit und Gesellschaft, 12. Jg., Heft 6, S. 20-21
- President B. Obama (2009), Remarks by the President to a Joint Session of Congress on Health Care, September 9, 2009 http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Remarks-by-the-President-to-a-Joint-Session-of-Congress-on-Health-Care/ (17. 11. 2009)
- Scharenberg, Albert (2009), Ein Jahr Obama, Die USA zwischen Reformpolitik und rechtem Propagandafeldzug, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 54. Jg. Heft 11, Seiten 47-56
- Schoen, Cathy; Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L; Doty, Michelle M. (2008), How Many are Underinsured?, in: Health Affairs Web Exclusive, June 2008 <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.27.4.w298v1?ijkey=rhRn2Tr4HAKZ.&keytype=ref&siteid=healthaff> (17. 11. 2009)
- Senate of the United States (2009), 111th Congress, 1st Session, H. R. 3590, Patient Protection and Affordable Health Care Act, December 24, 2009 http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_bills&docid=f:h3590eas.txt.pdf (10. 1. 2010)
- U. S. Census Bureau (2009), Health Insurance Coverage 2008 <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin08/hlth08asc.html> (17. 11. 2009)