

Bilanz „Obamacare“ und Gesundheitspolitik unter Trump

LEONHARD HAJEN

Prof. Dr. Leonhard Hajen ist eremitierter Hochschullehrer an der Universität Hamburg, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Die Gesundheitsreform während der Präsidentschaft von Barack Obama hat eine Versicherungspflicht für alle Bürger eingeführt. 20 Millionen Menschen haben erstmals eine Krankenversicherung erhalten. Im Wahlkampf haben Republikaner und Demokraten ihre Vorstellungen zur künftigen Krankenversicherung formuliert, die in den Zielen zum Teil übereinstimmen, aber extrem unterschiedliche Wege dorthin vorschlagen. Die Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses, die Präsidentschaft und eine konservative Besetzung des Obersten Gerichtshofes gibt den Republikanern weitgehende Möglichkeiten, das Gesundheitssystem umzubauen – schlechte Aussichten für Arme und Kranke.

Konstanten und Brüche in der US-Gesundheitspolitik

Seit der Verfassungsdebatte am Ende des 18. Jahrhunderts bildet die Kontroverse zwischen Thomas Jefferson (für starke Rechte der Einzelstaaten) und Alexander Hamilton (für starke Rechte der Föderation, also des Zentralstaats) eine Grundstruktur der Kontroversen in der amerikanischen Politik. Die Position der Demokratischen Partei ist bis heute durch die Ideen Hamiltons geprägt.¹ Die Republikaner treten für einen möglichst kleinen Staat ein, der die Entscheidungen den Bürgern, ersatzweise den Einzelstaaten als unterster föderalen Ebene überlässt. Der Markt soll die Dinge regeln, nicht die Intervention des Staates. Harry Truman, Demokrat, US-Präsident von 1945 – 1953, hat erstmals eine umfassende Krankenversicherung für alle US-Bürger gefordert, aber erst mit Lyndon B. Johnson, Demokrat, US-Präsident von 1963 – 1969, kam es mit Medicare zu einer Krankenversicherung für alle Bürger über 65 Jahre. Für die Armen wurde Medicaid eingeführt, und zwar in der Verantwortlichkeit des Einzelstaates,

aber mit Zuschüssen und der Vorgabe von Mindestbedingungen durch den Gesetzgeber in Washington.²

In der ersten Amtszeit von Bill Clinton (1993 -1997) wurde unter der Verantwortung seiner Frau Hillary das Konzept einer umfassenden Krankenversicherungspflicht für alle US-Amerikaner entwickelt, und zwar in der Form eines „single-payer systems“, was faktisch die Ausdehnung von Medicare auf alle Bürger bedeutet hätte. Die Reform scheiterte schon in den Anfängen an dem entschiedenen Widerstand der Republikaner im Kongress, aber auch der privaten Versicherungswirtschaft, von Ärzten, Krankenhäusern und der Pharmaindustrie, die um ihre Einkommen fürchteten. Der gesellschaftliche Widerstand gegen „Hillarycare“ war groß, der Vorwurf

1 Blumenthal, David (2016), Hamilton and Health Care www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/... (23.10.2016)

2 Die Einzelstaaten in den USA entsprechen den Ländern in Deutschland, haben aber vor allem in der Gesundheitspolitik sehr viel mehr Kompetenzen. Sie regulieren u. a. die privaten Versicherungen, was in Deutschland Aufgabe des Bundes ist.

einer sozialistischen Planwirtschaft wurde von den Medien verstärkt und traf auf fruchtbaren Boden. Ein wesentlicher Grund für die dramatische Niederlage der Demokraten bei den Wahlen zum Repräsentantenhaus in 1994 wurde in dem Plan gesehen, die Gesundheitsversicherung radikal zu ändern. In europäischen Ohren klingt dabei „radikal“ mehr als schrill, weil die allgemeine Versicherungspflicht zur Normalität europäischer Sozialstaaten gehört.³

Ein neues „Fenster der Gelegenheit“, das von Präsident Obama genutzt wurde, ergab sich erst 2009/2010, als die Demokraten in beiden Häusern des Kongresses die Mehrheit hatten und den Präsidenten stellten. Obama verzichtete darauf, das bisherige Nebeneinander von privater

Im Wahlkampf spielte die Gesundheitspolitik erstaunlicherweise nur eine untergeordnete Rolle.

Versicherung (individuell oder durch den Arbeitgeber) und sozialer Krankenversicherung (Medicare und Medicaid) abzuschaffen und sicherte zu, dass jeder seine Versicherung behalten könne. Allerdings sollte jeder Bürger verpflichtet werden, eine Versicherung abzuschließen, sei es als Gruppenvertrag über den Arbeitgeber oder individuell, es sei denn, es gibt Ansprüche an Medicare oder Medicaid. Wer keine Versicherung nachweisen kann, muss ein Strafgeld zahlen.

Durch staatliche Zuschüsse sollte sichergestellt werden, dass jeder seine Prämien bezahlen kann, deshalb der Name des Gesetzes „Affordable (L.H. erschwinglich, bezahlbar) Care Act“ (ACA), das 2010 verabschiedet wurde, aber durch Übergangsfristen erst 2014 seine volle Wirkung entfalten konnte. Obama suchte immer wieder den Kompromiss mit den Republikanern, um eine breite Mehrheit im Kongress für ein Gesetz zu haben, das in der Bevölkerung stark umstritten war, weil es aus der Sicht der Konservativen die individuelle Freiheit bedrohte und die Macht des Zentralstaates stärkte. Seine Versuche waren vergeblich, das Gesetz bekam nicht eine Stimme von den Republikanern. Es blieb dabei: „Democrats propose, Republicans oppose“.

In den folgenden Jahren versuchten die Republikaner über Gerichte und Parlamentsinitiativen immer wieder, das Gesetz oder Teile davon zu Fall zu bringen. Sie scheiterten am Veto des Präsidenten, aber auch das Oberste Gericht bestätigte dem ACA, dass es nicht im Widerspruch zur Verfassung steht. Das Gericht traf allerdings die wesentliche Feststellung, dass Medicaid in die vollständige Kompetenz des Einzelstaates fällt, womit ein wichtiges Element auf dem Weg zu einer bezahlbaren Versicherung für alle entfiel, weil nicht alle Einzelstaaten die Anspruchsberechtigung für Medicaid erhöht haben. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung um das ACA blieb unvermindert heftig, jede Panne, die bei der Einführung eines so komplexen Systems fast unvermeidlich ist, wurde öffentlich dramatisiert, aber es zeigte sich in der Durchführung des Gesetzes, dass es auch Mängel enthält, die nur der Gesetzgeber heilen kann.

Im Wahlkampf 2016 spielte die Gesundheitspolitik nur eine untergeordnete Rolle, was angesichts der andauernden Kritik der Republikaner und ihrer Ankündigung, das ACA wieder abzuschaffen, erstaunt. Aber andere Themen dominerten, die eher geeignet waren, zu emotionalisieren, insbesondere nachdem die Republikaner Donald Trump und die Demokraten Hillary Clinton als ihre Präsidentschaftskandidaten nominiert hatten. Die Einwanderungspolitik und die innere und äußere Sicherheit nahmen großen Raum ein. Traditionell gehören Beschäftigung und Arbeitslosigkeit zu den TOP-Themen jedes Wahlkampfes in den USA, wobei anders als in Europa die Handelspolitik zur Sicherung der nationalen Arbeitsplätze eine große Rolle spielt. Die Republikaner waren in ihrer Geschichte immer für den Freihandel eingetreten, Trump überraschte mit einer klar protektionistischen Position, die aber gerade viele weiße Wähler in der Industriearbeiterschaft, bisher ein Wählerreservoir der Demokraten, anzog und zu seinem Sieg gegen die Kandidaten aus dem Parteiestablishment führte und schließlich zu seinem Erfolg bei den Präsidentschaftswahlen. Hillary Clinton wurde hingegen als eine Vertreterin der etablierten politischen Klasse angesehen, die für die Finanzkrise und die Folgen auf den Arbeitsmarkt verantwortlich war. Am Ende des Wahlkampfes spielten

Sachthemen insgesamt keine große Rolle mehr, sondern es ging vornehmlich um die frauenverachtenden Worte und Taten von Trump auf der einen Seite und den falschen Umgang mit E-Mails auf Seiten von Clinton. Dennoch sind die im Wahlkampf eingenommenen Positionen zur Gesundheitspolitik eine wichtige Markierung, in welche Richtung künftige Reformen gehen könnten. Die Notwendigkeit wurde sowohl von Trump als auch von Clinton betont. Ausgangspunkt war dabei das ACA und die unterschiedliche Bewertung seiner Erfolge und Misserfolge.

Bilanz der Wirkungen des ACA

Ziele der Gesundheitsreform von Obama

Obama hat zu Beginn seiner Amtszeit ein Gesundheitssystem vorgefunden, das mit 17% Anteil am Nationaleinkommen das weltweit teuerste war, aber im Vergleich zu europäischen Sozialstaaten nur zu einer geringeren Lebenserwartung der US-Bürger führt. Der größte Mangel war die Zahl von 46 Mio. Menschen, die über keinen Versicherungsschutz verfügten. Das war der Hauptanlass und Motor der Gesundheitsreform. Gleichzeitig steckten die USA noch mitten in dem Versuch, die Folgen der Finanzkrise durch höhere Staatsausgaben zu kompensieren, ohne die Steuern zu erhöhen. Um eine Gesundheitsreform überhaupt durch den Kongress zu bekommen, durfte sich das Haushaltsdefizit nicht weiter vergrößern, was durch eine Kombination von wenigen, allerdings sehr strittigen Steuererhöhungen und Ausgabensenkungen im Gesundheitssektor erreicht werden sollte. Das wegen seiner Unabhängigkeit geschätzte „Congressional Budget Office“ hatte vor Verabschiedung des ACA seine finanziellen Folgen für den Haushalt analysiert und kam zu dem Ergebnis, dass die Haushaltsneutralität erreicht werden kann, mehr noch, ohne eine Gesundheitsreform würde weiter ansteigen. Die aktuellen Zahlen zeigen, dass in einer 10-Jahres-Projektion die Ausgaben für Gesundheit im föderalen Budget weiter steigen, was dem demographischen Wandel und dem medizi-

³ Blumenthal, David, Morone, James (2016), Past a Prologue – Presidential Politics and Health Policy, in: New England Journal of Medicine, Vol. 375, S. 1314-1316

nischen Fortschritt geschuldet ist, aber auch der gestiegenen Zahl der Menschen, die durch das ACA erstmals einen Versicherungsschutz erhalten haben.⁴

Der Hauptpfeiler der Obama-Reform ist die Pflicht jedes US-Bürgers, eine Krankenversicherung nachzuweisen. Um das zu ermöglichen, gibt es bei finanzieller Überforderung steuerfinanzierte Zuschüsse. Im Gegensatz zu früheren Plänen der Demokraten, die ein „single-payer“ System, also ein einheitliches Versicherungssystem für alle, vorsahen, sollte es nun ein Nebeneinander verschiedener Versicherungssysteme geben:

- Für Menschen über 65 soll es weiterhin Medicare geben, und zwar wie bisher finanziert über föderale Steuern und in geringem Maße über Beiträge. Die Leistungen sind geringer als in der sozialen Krankenversicherung in Deutschland, aber es ist eine solide Grundsicherung, die von vielen Bürgern freiwillig aufgestockt wird. Prämienzahlungen und Selbstbehalte können aber im Einzelfall die Individuen finanziell durchaus überfordern.
- Für Menschen im Erwerbsleben ist der Regelfall, dass sie und ihre Familien über den Arbeitgeber versichert werden. Die Prämien sind in der Regel relativ günstig, weil sie für das gesamte Versichertenkollektiv kalkuliert werden. Je größer der Arbeitgeber, desto größer auch die Verhandlungsmacht gegenüber den Versicherungen, um günstige Prämien zu vereinbaren. Betriebe über 50 Beschäftigte wurden im ACA von 2010 verpflichtet, ihre Beschäftigten zu versichern. Wenn sie sich weigern, werden Strafzahlungen fällig (Grundsatz: „play or pay“). In der Rezession nach der Finanzkrise wurde aber mehr als deutlich, dass der Verlust des Arbeitsplatzes auch den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich zog, so dass die Zahl der Unversicherten stieg.
- Für alle US-Bürger, die nicht durch andere Systeme wie Medicare oder Medicaid geschützt sind, wurde eine Pflicht zur privaten Versicherung eingeführt. Sie haben aber die höchsten Prämien mit den ungünstigsten Bedingungen, weil sie ohne jede Verhandlungsmacht sind. Sie waren vor dem ACA im Krankheitsfall dem Risiko ausgesetzt, dass der Versicherer den Vertrag kündigt. Die Leistungen waren häufig über den Le-

benszyklus in der Höhe begrenzt. Wenn Vorerkrankungen vorliegen, konnte auch ein Vertragsabschluss verweigert werden. Das ACA hat diese Praxis verboten und zudem Mindestbedingungen für Leistungen normiert, beispielsweise Leistungen während der Schwangerschaft, Präventionsmaßnahmen und Anspruch auf Behandlung bei seelischen Erkrankungen. Vorerkrankungen und Geschlecht dürfen auch kein Grund für Prämien differenzierung sein. Prämien können aber nach dem Alter und dem Status Raucher oder Nichtraucher differenziert werden. Die Deckelung der Leistungen wurde verboten. Die Leistungen für Familienplanung wurden als Teil von Präventionsleistungen erweitert. Zusammengefasst ist dadurch ein wesentlich besserer Versicherungsschutz für Privatversicherte erreicht worden, was sich aber in der öffentlichen Wahrnehmung kaum niederschlug. Thematisiert wurde hingegen, dass die zusätzliche Regulierung zugunsten besserer Leistungen zu höheren Prämien geführt hat. Das befeuerte den Vorwurf, dass die Bürokratie in Washington durch neue Gesetze die privaten Haushalte zusätzlich belastet und war Wasser auf die Mühlen der Republikaner.

- Kinder können mit dem ACA über die Versicherungspolice ihrer Eltern bis zum 25. Lebensjahr mitversichert werden, was eine enorme Verbesserung für junge Menschen darstellt, die noch in der Ausbildung sind und häufig ohne Krankenversicherungsschutz waren.
- Um den Markt privater Versicherungen für individuelle Verbraucher und Klein- und Mittelbetriebe transparenter zu machen, hat das ACA „Exchanges“ eingeführt. Im heutigen Sprachgebrauch hat sich die Bezeichnung „insurance marketplaces“, also „Marktplätze“ für Versicherungen“ durchgesetzt, der ich mich anschließe. Hier können die Krankenversicherer ihre Verträge registrieren lassen, wenn sie die Mindestbedingungen des ACA erfüllen. Damit entsteht für Individuen und Betriebe Transparenz über Prämien, verlangte Selbstbehalte und Leistungen. Die Erwartung des Gesetzgebers war, dass dadurch der Wettbewerb unter den Versicherungen stärker wird, mit Auswirkungen auf Prämien und Leistungen. Die ursprüngliche Idee einer „public option“, also eines zusätz-

lichen, staatlichen Anbieters, wurde aufgegeben, um das Gesetz im Kongress mehrheitsfähig zu machen. Als Kompromiss wurden „Kooperative“ als non-profit Versicherungen im ACA ermöglicht, die in der Startphase durch staatliche Kredite unterstützt werden sollten. Die „Marktplätze“ sollten auf der Ebene des Einzelstaates errichtet werden. Ersatzweise kann aber auch ein nationaler „Marktplatz“ genutzt werden. Aus dem zentralen Haushalt sollen die privaten Haushalte Zuschüsse zu den Krankenversicherungsprämien bekommen, wenn das Einkommen innerhalb von festgelegten Grenzen liegt, die durch ein Vielfaches der nationalen Armutsgrenze definiert sind (zwischen 135% und 400%). Die Zuschussgröße variiert mit der Höhe des Einkommens.

- Das ACA sieht vor, dass die Einkommensgrenze, die zu Leistungen nach Medicaid (dem Versicherungsschutz für Arme und Menschen mit Behinderungen) berechtigt, auf 133% der nationalen Armutsgrenze angehoben wird. Bis 2019 werden die zusätzlichen Kosten zu 100% aus dem zentralen Etat finanziert, danach zu 90%. Der Supreme Court hat zur Ausdehnung von Medicaid 2012 entschieden, dass es in der Kompetenz der Einzelstaaten liegt, ob sie die Anspruchsberechtigung anheben.
- Schließlich gibt es als Sondersystem eine Krankenversicherung für Kriegsveteranen, die im Vergleich zu Medicare und Medicaid gute Leistungen hat und durch ACA nicht geändert wurde.
- Neben diesem Kern der Reform der Krankenversicherung enthält das ACA eine Vielzahl von Regulierungen, die die Qualität der Versorgung erhöhen sollen und die Kosten senken. Die Details sollen hier nicht betrachtet werden, die Vorschläge und Diskussionen haben eine große Ähnlichkeit zu der deutschen Diskussion, Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen zu verbessern.⁵

4 Congressional Budget Office (2016), The 2016 Budget Outlook, Presentation of Keith Hall, March 26, 2016 <https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/presentation/51724-presentation.pdf> 20.12.2016)

5 Hajen, Leonhard (2015), Vom guten Beispiel lernen: Integrierte Versorgung in Deutschland und den USA, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2015, S. 54-62

Die wesentlichen Bestimmungen des 2010 verabschiedeten ACA sind erst in 2014 in Kraft getreten, so dass Erfolg oder Misserfolg erst nach zweieinhalb Jahren Praxis beurteilt werden können. Ein viel zu kurzer Zeitraum, um eine so komplexe Reform abschließend zu bewerten. Aber bei dem Hauptanliegen des ACA, allen US-Amerikanern eine Krankenversicherung zu ermöglichen, sind klare Tendenzen zu erkennen: Die Zahl der Unversicherten wurde gegenüber dem Jahr 2010 fast halbiert, aber damit bleibt immer noch eine erhebliche Strecke bis zum Ziel.

Zielerreichung

In einer zugespitzten Bewertung kann man das ACA als gesundheitspolitisch überwiegend erfolgreich bezeichnen, aber politisch hat es den Demokraten wenig gebracht. Der Grund ist einfach: Die Hauptbegünstigten sind Amerikaner mit niedrigem Einkommen und ethnische Minoritäten, die aber die geringste Beteiligung bei Wahlen haben. Das ACA ist unverändert stark umstritten und Meinungsumfragen zeigen, dass sich Befürworter und Gegner in etwa die Waage halten.⁶ Dennoch: Millionen Menschen sind seit dem ACA neu krankenversichert, was ein riesiger Erfolg ist.

Ab 2013 bestand die Möglichkeit für die Bürger unterhalb festgelegter Einkommensgrenzen, über die „Marktplätze“ oder durch Erhöhung der Ansprüche an Medicaid einen Schutz für den Krankheitsfall zu erhalten. 28 Mio. haben diese Chance genutzt und sind nun erstmals oder nach Wegfall ihrer privaten Versicherung versichert, davon 14 Mio. über Medicaid. Die größten Steigerungen sind bei jungen Menschen, bei Latinos und Schwarzen zu verzeichnen. Insgesamt ist der Anteil der Unversicherten von 13,3% im Jahre 2013 auf 9,1% im Jahr 2015 gefallen.⁷ Die von Kritikern des ACA zuvor erwartete Entwicklung, dass Arbeitgeber die Versicherung ihrer Beschäftigten beenden und auf die Möglichkeiten des ACA verweisen, ist kaum eingetreten, vielmehr ist der Anteil der über den Arbeitgeber versicherten US-Amerikaner mit 53% in 2016 (2013 waren es 56%) relativ stabil geblieben. Die Zufriedenheit der neu Versicherten mit ihrer Krankenversicherung ist hoch, und zwar 77% bei den über die „Marktplätze“ Versicherten und 88%, die neu unter Medicaid fallen. 66% erklärten, dass sie sich vorher keine

medizinische Behandlung leisten konnten. Da Medicaid geringere Honorare an Leistungserbringer zahlt als in Privatverträgen üblich, wurde befürchtet, dass der Zugang zur Versorgung schlechter sein würde. Aber auch das ist nicht eingetreten. Zugang und Qualität der Versorgung zeigen keine großen Unterschiede zu den Menschen mit privater Versicherung.⁸ Für die Einzelstaaten, die die Anspruchsgrenze für Medicaid erhöht haben, hat es sich auch finanziell gelohnt, weil sie Milliarden Dollars aus dem zentralen Budget erhalten haben, Einnahmen, die den Einzelstaaten ohne Erhöhung der Berechtigungsgrenzen entgangen sind.⁹ Das ist ein weiterer Beleg, wie stark die Gesundheitspolitik in den USA ideologisch geprägt ist, denn die 19 Einzelstaaten ohne eine Erweiterung von Medicaid liegen überwiegend im Süden und Mittleren Westen der Vereinigten Staaten und werden von Republikanern regiert.

Hinsichtlich der finanziellen Ziele hat es überraschende Ergebnisse gegeben, die aber nicht vollständig dem ACA zuzurechnen sind. Der wichtigste Einflussfaktor ist das seit fünf Jahren wachsende Sozialprodukt der USA. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten ist seit der Finanzkrise um 13 Millionen gewachsen, die Arbeitslosenrate von 9% auf 5% gesunken. Das liegt deutlich über den Prognosen vor Verabschiedung des ACA und widerlegt die Behauptung der Kritiker, dass die Gesundheitsreform der amerikanischen Konjunktur schaden würde. Die Steuereinnahmen sind dadurch höher, was sich positiv auf das Staatsdefizit auswirkt. Aber auch die Gesundheitsausgaben sind weniger stark gestiegen als ursprünglich angenommen. Das ACA hat die Entgeltsysteme in der sozialen Krankenversicherung reformiert, indem Qualität und Bezahlung enger gekoppelt und Entgelte gekürzt wurden. Aber auch die privaten Versicherer setzen in ihren Verträgen mit Leistungserbringern Kostensenkungen durch. Regulierungen des ACA, die Primärversorgung zu stärken, Krankenhauswiederaufnahmen und Infektionsraten zu reduzieren sowie neue Formen der integrierten Versorgung durch „Accountable Care Organizations (ACOs)“ haben dazu beigetragen, sind aber in ihrem quantitativen Effekt schwer abschätzbar.¹⁰ Vor der Rezession stiegen die Gesundheitsausgaben in den USA zwischen 13,4% (1980) und 6,2%

(2007), danach gab es rezessionsbedingt einen deutlichen Einbruch auf 4,0% in 2010. Im Laufe der wirtschaftlichen Erholung war mit einer deutlichen Erhöhung zu rechnen, aber die Steigerungen verharrten bei unter 4% und sanken 2013 auf 3,1%, was zum Teil dem ACA zurechenbar ist. 2014 stiegen die Gesundheitsausgaben um 5,5% und das CMS schätzt, dass sich die Steigerungsrate auf knapp 6% bis 2025 stabilisiert, was angesichts einer älter werdenden Bevölkerung durchaus erfolgreich wäre.¹¹

Zielverfehlung

Auch wenn die Zahl der Unversicherten durch ACA gesunken ist, gab es 2015 immer noch 29 Mio. Bürger ohne Krankenversicherung, das entspricht 9,1% der Bevölkerung und zeigt, dass hier das angestrebte Ziel, allen US-Amerikanern eine Krankenversicherung zu ermöglichen, verfehlt wurde.¹²

Die Gründe dafür sind vielfältig:

- ACA begründet Rechte für US-Staatsbürger. Die Zahl der illegalen Einwanderer wird auf elf Millionen (2014) geschätzt.¹³ Sie haben weder Ansprüche auf Medicaid oder auf Medicare noch haben sie Zugang zu den Zuschüssen über die „Marktplätze“. Sie können sich eine private Versicherung in der Regel nicht leisten. Der höchste Anteil

6 Gallup, (May 16, 2016), Majority in U.S. Support Idea of Fed-Funded Healthcare System, www.gallup.com/poll/191504/majority-support-idea-fed-funded-healthcare-system.aspx (23.10.2016)

7 Barnett, Jessica C., Vornovitzky, Marina S. (2016), Current Population Reports, P 60-257 (RV), Health Insurance Coverage in the United States: 2015, Washington D. C.

8 Collins, Sara et al. (2016a), Americas Experiences with ACA Marketplaces and Medicaid Coverage: Access to Care and Satisfaction, Commonwealth Fund pub. 1879, Vol 14

9 Nuzum, Rachel et al. (2016), Why the U. S. Needs Medicaid, Commonwealth Fund, To the Point, September 23, 2016, Washington D. C.

10 Schoen, Cathy (2016), The Affordable Care Act and the U. S. Economy, A Five-Year Perspective, www.commonwealthfund.org (25. 10. 2016)

11 Centers for Medicare & Medicaid Services (2014), NHE Fact Sheet www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems... (21.10.2016)

12 Barnett, a. a. O. , S. 1

13 Pew Research Center (2016), Fact Tank, Five Facts About Illegal Immigration in the US www.pewresearch.org/fact-tank/2016/09/20/5-facts-about-illegal-immigration-in-the-u-s/ (25. 10. 2016)

der Unversicherten ist bei den Latinos, auf die über die Hälfte der illegalen Einwanderer entfallen. Die im Ausland geborenen Latinos mit legalem Aufenthalt sprechen häufig kein Englisch und kennen ihre Rechte nicht.¹⁴ Illegale meiden auch den Kontakt zu Behörden aller Art und haben deshalb für ihre Kinder keinen Krankenversicherungsschutz, obwohl sie, wenn in den USA geboren, Staatsbürger sind. Obama wollte das Problem der Illegalen durch eine Einbürgerung der Zuwanderer mit langem Aufenthalt in den USA lösen, wurde aber von der republikanischen Mehrheit des Kongresses ausgebremst.

- 19 Einzelstaaten haben die Ansprüche auf Medicaid nicht ausgedehnt, darunter große Einzelstaaten wie Florida und Texas. In diesen Einzelstaaten gibt es auch die höchste Rate an Unversicherten, und zwar zwischen 12% und mehr als 14%.¹⁵ 34% aller Unversicherten leben in Einzelstaaten, die Medicaid nicht erhöht haben.¹⁶
- Viele Junge verzichten auf Krankenversicherung und nehmen Strafzahlungen in Kauf.¹⁷ Die Strafen sind je nach Einkommenshöhe häufig geringer als die Versicherungsprämien. Hinzu kommt eine gewisse Leichtfertigkeit, weil man jung und gesund ist und meint, auf Versicherung verzichten zu können. Im Krankheitsfall kann man sich zudem darauf verlassen, dass einem in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser geholfen wird, oder eine stationäre Behandlung erfolgt. Die Folge sind allerdings häufig hohe Schulden, die die Betroffenen nicht tragen können.
- Eine Rolle spielt auch Unwissenheit über die Rechte auf Medicaid und Zuschüsse, wobei die von Demokraten regierten Einzelstaaten deutlich mehr Anstrengungen unternommen haben, die Bevölkerung aufzuklären als Einzelstaaten mit einer Mehrheit der Republikaner.¹⁸ Der Anteil der über die „Marktplätze“ Versicherten schwankte zwischen den Einzelstaaten in 2014 zwischen 0,2% und 6,1%.¹⁹ Zwei Drittel derjenigen, die die Möglichkeiten der „Marktplätze“ kannten, haben sich nicht versichert, weil sie meinten, dass die Prämien sie finanziell überfordern.²⁰ Nicht zuletzt mag es auch „Überzeugungstäter“ geben, die die gesetzliche Regulierung durch Washington ablehnen und sich der Versicherungspflicht verweigern.

Probleme bei „Marktplätzen“ und finanzielle Belastung der Versicherten

Im Vergleich zu den USA ist es in Deutschland einfach, sich für eine der gesetzlichen Krankenkassen zu entscheiden, weil nur Satzungsleistungen, Beitragshöhe und Service verglichen werden müssen. Der Anspruch auf Behandlung bei Vertragsärzten und in Plankrankenhäusern ist durch Bundesgesetz (SGB V) gesichert. Ganz anders in den USA: Die Einzelstaaten regulieren die private Krankenversicherung und verlangen unterschiedliche Mindestbedingungen bei den Leistungen. Jede Krankenversicherung muss Verträge mit den Leistungserbringern (vor allem Ärzte und Krankenhäuser) in den Counties (etwa unsere Regierungsbezirke) und Städten abschließen. Nur diese Vertragspartner können für die Versicherten der jeweiligen Krankenversicherung tätig werden. Das ist verwaltungsmäßig mit hohem Aufwand verbunden und ein Grund, dass die Verwaltungskosten zwischen 15 und 20% liegen, worin auch die Kosten für Werbung und bei for-profit-Versicherungen die Dividenden für die Eigentümer enthalten sind. In Deutschland liegen die Verwaltungskosten der Gesetzlichen Krankenversicherung bei 5-6%. Der hohe administrative Aufwand und die unterschiedliche Regulierung in den Einzelstaaten ist auch ein wichtiger Grund, dass nur sehr wenige, große Versicherungen in mehreren oder fast allen Einzelstaaten Verträge anbieten.

Die „Marktplätze“ für Versicherungen“ haben in diesem Zusammenhang drei Aufgaben:

- Sie veröffentlichen die Angebote an Versicherungsverträgen für den jeweiligen Einzelstaat, die die Mindestbedingungen des ACA erfüllen. Der Versicherte kann sich für einen Vertrag entscheiden, der seinen Vorstellungen von Prämienhöhe, Selbstbehalten und Leistungen entspricht. Durch die Transparenz der Angebote erhofft sich der Gesetzgeber mehr Wettbewerb. Der sollte nach dem ACA durch die non-profit- „Versicherungskooperativen“ gestärkt werden, nachdem der Plan einer zusätzlichen, öffentlichen Alternative (public-option) im Kongress keine Chance hatte.

- Die „Marktplätze“ prüfen, ob eine Anspruchsberechtigung in dem jeweiligen Einzelstaat auf Medicaid besteht. Dazu verwenden sie Daten aus der Steuerverwaltung.
- Je nach Einkommenshöhe der Antragsteller wird der Anspruch auf Zuschüsse zu den Versicherungsprämien festgestellt und über die Finanzverwaltung als Steuergutschrift oder, wenn die Prämien höher als die Steuerschuld sind, als Zuschuss ausgezahlt (tax-credit).

Der Gesetzgeber hatte offensichtlich nicht damit gerechnet, dass es Einzelstaaten gibt, die die Anspruchsberechtigung für Medicaid nicht erhöhen, was angesichts der fast vollständigen Kostenübernahme durch die Bundesregierung für die Neuversicherten überraschend war. Aber die grundsätzliche Ablehnung des ACA durch die Republikaner dominierte das Handeln. Absurderweise zahlen die Bürger in diesen Einzelstaaten mit ihren Bundessteuern für die Erhöhung von Medicaid in anderen Einzelstaaten, ohne dass sie selber davon profitieren können. Der Gesetzgeber war 2010 davon ausgegangen, dass Bürger mit Einkommen unter der auf 135% angehobenen nationalen Armutsgrenze vollständig durch Medicaid abgesichert werden, aber das Urteil des Supreme Court in 2012 hat die Ausgestaltung von Medicaid den Einzelstaaten überlassen, mit der fatalen Folge, dass Arme in den Einzelstaaten, die nicht erhöht haben, auch keinen Anspruch auf Prämienzuschüsse haben. Sie fallen durch die Maschen des Sicherungsnetzes des ACA.²¹

14 Doty, Michelle M. et al. (2016), Latinos and Blacks Have Made Major Gains Under the Affordable Care Act, But Inequalities Remain, To the Point, www.commonwealthfund.org/publications/blog/2016... (23.10.2016)

15 Barnett, a. a. O., S.19f

16 Collins, Sara R. et al. (2016b), Who Are the Remaining Uninsured and Why Haven't They Signed Up for Coverage?, Commonwealth Fund pub. 1894, Vol 24, S. 4

17 Barnett, a.a.O., S. 6ff

18 Haran, Christine (2016), Understanding the Value of Medicaid <https://medium.com/CommonwealthFund/...> (26.10.2016)

19 Glied, Sherry et al. (2016), How the ACA's Health Insurance Expansions Have Affected Out-of-Pocket Cost-Sharing and Spending on Premiums, Commonwealth Fund, pub. 1899, Vol. 28, S. 2

20 Collins (2016b), a. a. O., S. 7

21 Collins, Sara R. (2016b), a. a. O., S. 5

Die Versicherten sind mit dem ACA überwiegend finanziell entlastet worden, aber durch die degressive Gestaltung der Prämienzuschüsse haben die einkommensstärkeren unter den einkommensschwachen Versicherten immer noch finanzielle Probleme, weil sie mehr als 10% ihres Einkommens für Prämien und Selbstbehalte ausgeben müssen.²² Die Prämien für Versicherungen sind bis 2015 relativ stabil geblieben, aber der Anteil der unterschiedlichen Formen von Selbstbeteiligungen (Franchisen, Zuzahlungen etc.) ist gestiegen und damit die finanzielle Belastung. Ein Vergleich im Zeitablauf ist kompliziert, weil die über die „Marktplätze“ angebotenen Verträge drei verschiedene Sicherungsniveaus anbieten (Bronze, Silber, Platin), die sieben unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligungen ermöglichen. Ein Beispiel: Ein Versicherter mit einem Einkommen von 30.000 \$, das entspricht 275% der nationalen Armutsgrenze, und einem Silver Plan hat im Durchschnitt eine Selbstbeteiligung von 10% des Bruttoeinkommens. Ein Anteil von über 10% gilt als unterversichert.²³ Betrachtet man die Ausgaben für Prämien und Selbstbeteiligung zusammen, haben immerhin mehr als 10% der Versicherten, die einen Zuschussanspruch nach ACA haben, jährlich 5.000 \$ und mehr für Krankenversicherung ausgegeben.²⁴

Der weitaus größte Teil der privaten Versicherungen (57%) werden über den Arbeitgeber abgeschlossen. Im Vergleich zu den fünf Jahren vor dem ACA sind die Prämien in diesem Versicherungssektor deutlich flacher angestiegen, aber die Einkommen sind noch schwächer gewachsen, so dass die Belastung bezogen auf das Medianeinkommen gestiegen ist und ebenfalls über 10% liegt.²⁵ Die finanziellen Belastungen werden in der Zukunft absehbar weiter steigen, wobei die hohe Selbstbeteiligung, die in den privaten Verträgen die Regel ist, eine zentrale Ursache darstellt. Im Gegensatz zu den subventionierten Verträgen über die „Marktplätze“ schlagen Kostensteigerungen bei den über die Arbeitgeber Versicherten unmittelbar auf die Prämien durch und werden nicht durch Zuschüsse kompensiert. Deshalb ist Kostenbegrenzung im Gesundheitssektor die wichtigste Herausforderung nicht nur

für die Entwicklung der Ausgaben der sozialen Sicherungssysteme (Medicare und Medicaid) und den Zuschussbedarf der „Marktplätze“, die die öffentlichen Haushalte zu tragen haben, sondern auch im Hinblick auf die Belastung privater Haushalte.

Die „Marktplätze“ haben abgesehen von Startschwierigkeiten auf der nationalen Ebene, die angesichts der Komplexität der Verarbeitung von Versicherten- und Steuerdaten nicht überraschen konnte, gut funktioniert. In mehr als 80% aller „Marktplätze“ gibt es mindestens drei Anbieter, so dass die Versicherten Wahlmöglichkeiten haben. Schutz und finanzielle Belastung durch Prämien und Selbstbeteiligung haben sich mit dem ACA deutlich verbessert, aber es verbleiben Probleme. So ist es in den letzten Monaten zu deutlichen Prämiensteigerungen gekommen und einzelne große Anbieter haben sich teilweise aus den „Versicherungsmärkten“ zurückgezogen. So hat der landesweite Anbieter und größte Versicherer „Aetna“ angekündigt, sein Engagement um zwei Drittel aller Counties zu reduzieren. Die Gründe für die Prämiensteigerung und Verzicht auf

Die „Marktplätze“ haben abgesehen von Startschwierigkeiten auf der nationalen Ebene gut funktioniert.

Teilnahme an den „Marktplätzen“ im Jahre 2017 sind schwer zu durchschauen. Generell gilt, dass es bei einem gleichzeitigen Angebot von relativ gering regulierten, privaten Krankenversicherungen und vergleichsweise höher regulierten Verträgen, die aber mit Zuschüssen verbunden sind, zu einer Entmischung von Risiken kommen kann. Menschen mit geringem Einkommen und höheren Gesundheitsrisiken sammeln sich in der einen, die guten Risiken in der anderen. Wobei man auch im Blick haben muss, dass die Mehrzahl der privaten Verträge von den Arbeitgebern abgeschlossen wird, in der Regel mit günstigeren Konditionen als Individualverträge. Es kann auch sein, dass die privaten Versicherungen ihre Verträge anfangs zu günstig angeboten haben, sei es aus Wettbewerbsgründen, um Kunden zu

gewinnen, oder aus Unerfahrenheit mit diesem neuen Produkt. Zumindest dürfte der Aufwand für den Abschluss von neuen Verträgen mit Leistungserbringern unterschätzt worden sein. Das Bild ist auch deshalb so unklar, weil nach einer Analyse des „Commonwealth Fund“, der die Wirtschaftsdaten von zehn großen Anbietern untersucht hat, die Hälfte gute wirtschaftliche Ergebnisse hatte. Bei „Aetna“ mag hinzukommen, dass die Kartellbehörde eine Fusion mit dem zweitgrößten Versicherer „Humana“ untersagt hat und man ein Druckpotential aufbauen will, um eine günstigere Entscheidung zu erreichen.

Es gehört zu der Normalität von Wettbewerb, dass Anbieter ausscheiden, weil sie schlechter sind als die Konkurrenz. Für die Versicherten ist das aber bitter, weil sie sich erneut auf die Suche nach einer Versicherung machen müssen.

Die Hoffnung auf die neuen Versicherungskooperativen als „Hechte im Karpfenteich“ hat sich ebenfalls zerschlagen. 12 von 23 „Co-ops“ mit einer halben Million Versicherten sind nach kurzer Zeit gescheitert, weil die Aufbaukosten für ein neues Vertragsnetzwerk zu hoch waren und die Zahl der Versicherten zu gering. Die größte Co-op existierte in New York und hatte nur 155.000 Versicherte. Die Kredite für die Startphase, die in der Höhe zudem von der Mehrheit des Kongresses um 60 % gekürzt wurden, konnten keine Entlastung schaffen.²⁶

Im Vergleich zu einem „single-payer“ System hat das bestehende US-System zu viele Schnittstellen, an denen Verhandlungen geführt werden müssen und der Wettbewerb verzerrt wird. Die Gesundheitsreform bleibt deshalb – bei allen erzielten Erfolgen – immer eine gewisse Flickschusterei. Auch Präsident Obama stellt in einem Artikel für das „Journal

22 Pear, Robert (2016b), Ailing Obama Health Care Act May Have to Change to Survive, New York Times, October 2, 2016

23 Gabel, Jon et al. (2016), Changes in Consumer Cost-Sharing for Health Plans Sold in ACA's Insurance Marketplaces, 2015 to 2016, Commonwealth Fund, pub. 1875, Vol. 11, S. 3ff

24 Glied, a. a. O., S. 3

25 Collins, Sara R. (2016), The Slowdown in Employer Insurance Cost Growth: Why Many Workers Still Feel the Pinch, Commonwealth Fund, pub. 1910, Vol. 36, S. 5ff

26 Pear, Robert (2015), Failed Co-ops Add Ammunition to G.O.P. War on Health Law, New York Times vom 3. November 2015

oft the American Medical Association“ im Juli 2016 fest, dass trotz aller Erfolge des ACA noch zu viele Amerikaner Mühe haben, ihre Gesundheitsausgaben zu tragen und sich in dem komplizierten und verwirrenden („complex and bewildering“) Versicherungssystem zu orientieren.²⁷

Die Zeitspanne von knapp drei Jahren, in denen das ACA in allen seinen Elementen praktiziert wird (bis auf die Versicherungspflicht für Klein- und Mittelbetriebe, die erst 2015 in Kraft trat), ist zu kurz, um eine sichere Bewertung abzugeben, insbesondere hinsichtlich einer Entmischung der Risiken und der kalkulierten Prämien. Werden sie zu niedrig angesetzt und die Kostendeckelung misslingt, sind Versicherungen allerdings schneller insolvent, als der Gesetzgeber in einer akuten Situation handeln kann. Die Wahlprogramme von Demokraten und Republikanern enthalten Aussagen, wie sie die Gesundheitspolitik künftig gestalten wollen, um die Mängel des ACA zu beseitigen oder es vollständig aufzuheben und durch ein neues Gesetz zu ersetzen.

Wahlprogramme zeichnen sich selten durch einen großen Detaillierungsgrad aus, deshalb werden im folgenden Kapitel auch programmatische Reden und Inhalte der Websites von Hillary Clinton und Donald Trump einbezogen. Nach der Wahl wird nicht alles so 1:1 umgesetzt werden, was vor der Wahl angekündigt wurde, aber die Programme erlauben doch eine Einschätzung, was der neue Präsident anstreben wird und welche Chancen er hat, dafür im Kongress Mehrheiten zu gewinnen. Die Aussagen von Trump im Wahlkampf waren nicht immer deckungsgleich mit dem Wahlprogramm, ebenso gibt es Positionen bei republikanischen Abgeordneten, die sich im Wahlprogramm nicht wiederfinden. Das macht es schwierig zu beurteilen, wie die künftige Gesundheitsreform aussehen wird.

Positionen im US-Wahlkampf 2016

Demokraten

Hillary Clinton hat im Laufe des innerparteilichen Wahlkampfes um die Präsidentschaftskandidatur einen bemerkenswerten Wandel vollzogen. Ihr

Mitbewerber Bernie Sanders hat ganz in der Tradition der Demokraten vor Bill Clinton zu Beginn seiner ersten Amtszeit eine universelle Krankenversicherung vertreten, also die Ausweitung von Medicare auf alle US-Amerikaner. Hinsichtlich der Folgen für das Staatsdefizit ist er von extrem günstigen Bedingungen ausgegangen, nämlich von drastischen Kürzungen der Ausgaben für die Bezahlung von Ärzten, Krankenhäusern und Medikamenten. Nach Schätzungen der „Sanders Campaign“ wäre eine Defizitfinanzierung von 1,1 Billionen Dollars erforderlich gewesen. Thorpe von der Emory University schätzt, dass der föderale Staatshaushalt mehr als doppelt so hohe Ausgaben zu tragen hätte und spürbare Steuererhöhungen, die auch den Mittelstand treffen würden, unvermeidlich wären.²⁸ „Medicare for all“, wie Sanders sein Programm überschrieben hat, würde die privaten Versicherungen aus dem Markt werfen. Die Radikalität der Forderungen war und ist für viele, insbesondere junge Menschen, attraktiv, weil sie sich einen Bruch mit der Politik

Nur knapp drei Jahre ACA sind zu kurz, um eine sichere Bewertung abgeben zu können.

der alten politischen und wirtschaftlichen Eliten wünschen. Hillary Clinton ist für sie Teil dieses Systems und der Verwobenheit mit „Wall Street“. In dieser anti-elitären Grundhaltung ist der überraschende Erfolg von Sanders in den Vorwahlen in vielen Einzelstaaten dem Erfolg von Donald Trump nicht unähnlich. Auch Sanders gibt auf schwierige Fragen einfache Antworten, er hat allerdings das starke Argument auf seiner Seite, dass ohne das Nebeneinander von privater und sozialer Krankenversicherung viele Probleme der Schnittstellen wegfallen und bei einer Zwangsversicherung für alle keine Entmischung von Risiken möglich ist, so dass die Versicherungsbeiträge geringer als heute sein könnten. Sanders unterschätzt aber, welchen Widerstand die Demokraten zu erwarten hätten, wenn mit einem radikalen Bruch die Menschen ihre als gut empfundene, private Versicherung verlieren würden. Das sind immerhin mehr als die Hälfte der Bevölkerung. Auch der Widerstand

der privaten Versicherungen und der Leistungserbringer wäre absehbar, denn in der Regel zahlen die privaten Versicherungen höhere Honorare.

Für Hillary Clinton war die Wahlniederlage 1994 in Erinnerung, deshalb plädierte sie zunächst für schrittweise Reformen, die das Problem der steigenden Prämienbelastung und der sehr hohen Medikamentenkosten angehen sollten. Erst unter dem Druck von Sanders und seinen Anhängern hat sie ihre Position verändert und befürwortete ab Mai 2016 ein stärkeres Engagement des Staates in der Krankenversicherung.²⁹

Im Mittelpunkt steht dabei die „public-option“, also ein Versicherungsangebot durch den Staat, das auch Eingang in das Wahlprogramm der Demokraten gefunden hat.³⁰ Die „public-option“ kann dabei zwei Formen annehmen: Denkbar ist ein zusätzliches Angebot auf den „Marktplätzen“, in denen aufgrund von zu wenig Anbietern kein Wettbewerb und damit keine Wahlmöglichkeit für die Versicherten besteht. Das dürfte in weniger als einem Fünftel der „Marktplätze“ der Fall sein, wäre also von überschaubarer Reichweite. Der damit verbundene Nachteil ist, dass es durchaus ungewiss ist, ob darüber der Wettbewerb effektiver wird. Schließlich müssten auch die neuen, staatlichen Anbieter erst Verträge mit Leistungserbringern schließen, was je nach angebotenen Konditionen schwierig sein kann. Wie hoch die Prämien wären, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt schwer abschätzen.

Die zweite Möglichkeit sieht das Wahlprogramm darin, Medicare für Menschen über 55 Jahre zu öffnen („those over 55 should be able to opt in to Medicare“). Das wäre politisch einfacher durchzusetzen, weil Medicare den Menschen vertraut ist und die bestehenden Versorgungsnetze genutzt werden könnten. Auf

27 Obama, Barack (2016), United States Health Care Reform, Progress to Date and Next Steps, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 316 (5), S. 529

28 Thorpe, Kenneth E. (2016), An Analysis of Senator Sanders Single Payer Plan <https://de.scribd.com/doc/296831690/Kenneth-Thorpe-s-analysis-of-Bernie-Sanders-single-payer-proposal#scribd> (31.10.2016)

29 www.hillaryclinton.com/briefing/factsheets/2016/07/09/hillary-clintons-commitment-universal-quality-affordable-health-care-for-everyone-in-america/ (4.11.2016)

30 Democratic Party (2016), 2016 Democratic Party Platform, July 21, 2016 www.demconvention.com/wp-content/uploads/2016/07/Democratic-Party-Platform-7.21.16-no-lines.pdf (27. 10. 2016), S. 34

der Basis von Freiwilligkeit besteht aber das große Problem, dass eher Menschen mit Gesundheitsrisiken diese Option wählen, wohingegen Gesunde in ihrer privaten Versicherung bleiben. Würde man Medicare obligatorisch für alle über 55 einführen, wäre dieses Problem geringer, aber der Staatshaushalt würde sehr stark belastet, weil die Finanzierung wenigstens bisher überwiegend über Steuern erfolgt.³¹ Die hohen Ausgaben für Gesundheit entstehen in der Altersgruppe über 55 Jahre. Würden diese Kosten künftig von Medicare getragen, könnten die Versicherungsprämien in allen anderen Versicherungsgruppen sinken oder wären zumindest im Anstieg gebremst, was viele Probleme auf einen Schlag lösen würde, aber eben die Lösung in den Staatshaushalt verlagert. Ob die dazu notwendigen Steuererhöhungen akzeptiert werden, ist zumindest mit einem Fragezeichen zu versehen. Etwas polemisch hat Sanders formuliert, Medicare ab 55 Jahre wäre „Medicare for more“ statt „Medicare for all“, was er vertritt. Mit dem Wahlergebnis vom 8. November 2016 haben diese Pläne keine Realisierungschance.

Die schnellste und technisch einfachste Lösung, um die Rate der Unversicherten weiter zu senken, wäre eine für alle Einzelstaaten verbindliche Erhöhung der Berechtigungsgrenze für Medicaid auf 135%. Das streben die Demokraten weiter an. Der Supreme Court hat aber mit seinem Urteil im Jahre 2012 klargestellt, dass Medicaid in die alleinige Kompetenz der Einzelstaaten fällt.³² Der neue Kongress wird absehbar die Zuschüsse an die Einzelstaaten auf Globalzuweisungen umstellen. Die Einzelstaaten müssen dann entscheiden, wie sie ihre Armen gegen das Krankheitsrisiko absichern.

Das Wahlprogramm der Demokraten sieht die Notwendigkeit, etwas gegen die für einige Gruppen immer noch zu hohen finanziellen Belastungen zu tun.³³ Clinton hat konkretisiert, wie das erreicht werden kann, nämlich durch höhere Zuschüsse in der Form von Steuererleichterungen, die bei sehr niedrigem Einkommen ausgezahlt werden. Handlungsbedarf besteht vor allem bei der Gruppe von Versicherten, deren Einkommen zwischen 250% und 400% der nationalen Armutsgrenze liegen. Hier werden mit degressivem Verlauf nur noch die Prämien subventioniert, nicht aber wie bei Einkommen unter 250% auch die

Aufwendungen durch Selbstbeteiligung, was nach der Vorstellung von Clinton geändert werden soll, um durch höhere Zuschüsse für alle „out-of-pocket“-Zahlungen eine finanzielle Überforderung zu vermeiden. Der „cost-sharing-tax-credit“ soll für Individuen bis zu 2.500 \$ (Familien 5.000 \$) betragen, wenn die Selbstbeteiligung 5% des Einkommens überschreitet. Die Steuererleichterung soll auch für Arbeitnehmer gelten, die nicht über die „Marktplätze“, sondern über den Arbeitgeber versichert sind und Einkommen haben, die über 400% der Armutsgrenze liegen. Sie würde auch denen helfen, die in Einzelstaaten wohnen, die Medicaid nicht erhöht haben. Besonders Familien, die die vom Arbeitgeber angebotene Versicherung für die Angehörigen selber bezahlen müssen, würden von der Reform des ACA profitieren, weil sie bisher durch die Ritzten des Gesetzes gefallen sind („family glitch“). Der Prozentsatz der Versicherungsprämien variiert mit der Höhe des Einkommens und liegt heute zwischen 2,01 und 9,66%. Den Höchstsatz, den ein Versicherter selber tragen muss, will Clinton auf 8,5% für diejenigen absenken, die unter 400% der nationalen Einkommensgrenze verdienen.³⁴

Erste Schätzungen, die naturgemäß nur mit Annahmen über die konkrete Ausgestaltung gemacht werden können, sehen durch die drei Maßnahmen Steuererleichterungen, Absenkung der Höchstprämie und die „public-option“ in den „Marktplätzen“ die Chance, die Zahl der Versicherten um weitere neun Millionen zu erhöhen. Die Ausdehnung von Medicare wurde nicht gerechnet, weil zu viele Parameter unbekannt sind. Die Pläne der Demokraten könnten auch zu einigen, aber geringen Entlastungen im Haushalt führen. Aber das Defizit würde insgesamt um mehr als 93 Mrd. ansteigen, wobei die Steuererleichterungen die mit großem Abstand teuerste Maßnahme sind.³⁵ Es könnte sein, dass einzelne Einzelstaaten diese Vorschläge in der Zukunft aufgreifen, weil sie für ihre Bürger Lösungen finden müssen, um die Belastung durch Prämien zu verringern.

Auf der Ausgabenseite vertraut das Wahlprogramm auf neue Versorgungs- und Entgeltsysteme, setzt aber gegenüber dem ACA keine neuen Akzente. Nur bei den Preisen für Medikamente wird eine schärfere Tonart angeschlagen, die die Preispolitik der Pharmakonzerne für

unakzeptabel erklärt. Die Demokraten wollen wettbewerbswidriges Verhalten verbieten und Druck auf die Preise ausüben, indem Medicare härter mit den pharmazeutischen Unternehmen verhandelt. Wirksam könnte auch sein, dass der Import von Medikamenten aus Ländern mit niedrigerem Preisniveau für Individuen, Großhändler und Apotheker erlaubt werden soll.³⁶ Die weltweit höchsten Medikamentenpreise sind in den USA in den letzten Monaten in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert worden, so dass es hier möglicherweise eine hohe Akzeptanz für staatliche Interventionen gibt, die zur Kostendämpfung viel beitragen können. Hier könnte auch eine Schnittmenge mit den Republikanern liegen, die zumindest im Wahlkampf ebenfalls gegen die Preispolitik der Pharmakonzerne argumentierten.

Republikaner

Populisten geben auf komplizierte Fragen einfache Antworten. Das macht sie für viele Wähler so attraktiv. Donald Trumps Aussagen zu seiner künftigen Gesundheitspolitik sind dafür ein schönes Beispiel.³⁷ In seiner programmatischen Rede auf dem Nominierungsparteitag der Republikaner im Juli 2016 verwendete er ganze zwei Sätze auf die Gesundheitspolitik: „We will repeal and replace disastrous Obamacare. You will be able to choose your own doctor again.“³⁸ Das in seinen Augen katastrophale Reformgesetz soll aufgehoben und durch ein neues ersetzt werden. Jeder

31 Eibner, Christine et al. (2016), Hillary Clinton's Health Care Reform Proposals: Anticipated Effects on Insurance Coverage, Out-of-Pocket Costs, and the Federal Deficit, *Commonwealth Fund*, pub. 1904, Vol. 32, S. 1-12

32 www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf (31. 10. 2016)

33 2016 Democratic Platform, a. a. O., S. 34

34 Eine gute Übersicht über alle Forderungen zur Gesundheitspolitik von Clinton und Trump einschließlich von Kostenschätzungen auf der Basis der Wahlprogramme, Reden und Websites findet sich unter www.commonwealthfund.org/interactives/2016/sep/comparison... (29.10.2016)

35 Eibner, a.a.O., S. 7f

36 2016 Democratic Platform, a. a. O., S. 36

37 Donald Trump hat im Februar 2016 ein „Sieben-Punkte-Programm“ zur Gesundheitspolitik veröffentlicht: www.donaldjtrump.com/positions/healthcare-reform (4.11.2016)

38 ww.politico.com/story/2016/07/full-transcript-donald-trump-nomination-acceptance-speech-at-rnc-225974 (27.7.2016)

Amerikaner soll wieder seinen Doktor wählen können. Ehrlicherweise hätte er ergänzen müssen: Wenn er ihn bezahlen kann. Eine Aufhebung des ACA würde zunächst bedeuten, dass 20 Millionen Amerikaner ihren Versicherungsschutz verlieren würden. Auch die Teile des ACA, die bessere Qualität und geringeren Kostenanstieg in der Versorgung ermöglichen, wären abgeschafft. Drei Wochen vor der Wahl hat Trump dann noch einmal versucht, mit dem Thema Gesundheitspolitik zu punkten, indem er die absehbaren Prämiensteigerungen im Jahr 2017 bei den Versicherungen in den Mittelpunkt stellte, natürlich ohne den Hinweis, dass die Steigerungen für die über „Marktplätze“ abgeschlossenen Verträge wenigstens zum Teil über Zuschüsse kompensiert werden.³⁹ Mit den Prämiensteigerungen hat Trump zweifellos einen Punkt getroffen, der den Amerikanern Sorgen macht und bei dem sie Antworten von den Parteien erwarten. Umso wichtiger ist, was die Republikaner in ihrem Wahlprogramm an Festlegungen und Konkretisierungen zur Gesundheitspolitik beschlossen haben.⁴⁰ Im Ziel, dass sich alle Amerikaner eine Versicherung leisten können, unterscheiden sie sich nicht von den Demokraten. Aber der Weg dahin ist fundamental anders. Entsprechend ihrem Grundsatz, dass das Individuum entscheiden soll

Die Republikaner wollen, dass der Einzelne vor einer Behandlung die Kosten kennt und in die Behandlung nur einwilligt, wenn sie angemessen erscheinen.

und der Markt die beste Versorgung sicherstellt, plädiert das Wahlprogramm für weniger Staat und größere Freiheit für die Versicherungsunternehmen, ihr Leistungsvolumen festzulegen. Dadurch könnten die Prämien sinken, aber es bedeutet eben auch Leistungsabbau, was hinter dem Mantra der Wahlfreiheit für die Versicherten versteckt wird.

Die finanzielle Tragbarkeit wollen die Republikaner durch den generellen Abzug der Versicherungsprämien vom steuerpflichtigen Einkommen gewährleisten, aber ohne „refund“, also ohne die Auszahlung, wenn die Prämien höher

als die Steuerschuld sind. Damit ist das keine Hilfe für arme Bürger, die keinen Anspruch auf Medicaid haben, sondern es begünstigt höhere Einkommensbezieher, weil auch in den USA der Einkommenssteuertarif einen progressiven Verlauf hat. Gleichzeitig belasten Steuerbefreiungen den Staatshaushalt sehr stark, so dass sich nach einer Analyse von RAND das zusätzliche Defizit im föderalen Haushalt durch Steuerverzichte und andere Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite je nach Ausgestaltung der verschiedenen Maßnahmen zwischen 500 Mio. \$ und 41 Mrd. \$ summieren könnte.⁴¹

Der Wettbewerb unter den Versicherungen soll dadurch gestärkt werden, dass sie ihre Policen über die Grenzen der Einzelstaaten hinweg anbieten können und damit Druck auf die Prämien ausgeübt werden soll. Das ist schon nach gegenwärtigem Recht möglich, wird aber wenig genutzt, weil nicht die Regulierung das Problem ist, sondern der Aufwand, in zusätzlichen Einzelstaaten Verträge mit Versorgern abzuschließen. Zu befürchten ist eher, dass die Versicherungen als Hauptsitz die Einzelstaaten wählen, die die geringsten Anforderungen an die angebotenen Leistungen stellen, um so im Wettbewerb mit niedrigen Prämien einen Vorteil zu haben. Damit würde eine Spirale nach unten in Gang gesetzt und die Gestaltungsmöglichkeiten der Einzelstaaten verringert, was eher keine Zustimmung im Senat finden könnte. Ein attraktiver Köder für die Einzelstaaten könnte hingegen die Ankündigung sein, die bisher mit Auflagen versehenen Subventionen aus Washington zu Medicaid durch „block grants“, also

durch pauschalierte Zuweisungen aus dem Bundesetat an ihre Haushalte zu ersetzen. Das würde es ihnen überlassen, wie sie Arme gegen das Krankheitsrisiko absichern. Ob das Angebot als attraktiv wahrgenommen wird, hängt von der Höhe der Zuweisungen aus dem Zentralbudget ab, zu der im Wahlprogramm nichts gesagt wird.

Schließlich findet sich im Wahlprogramm die alte Forderung der Republikaner, das finanzielle Risiko von Krankheit durch „saving accounts“ (Sparkonten) abzusichern. Das passt in die ideologische Vorstellung der Konsumentenfrei-

heit, weil jeder Einzelne dann entscheidet, welcher Anteil seines Einkommens gespart wird. Die Einzahlungen in die Sparpläne sollen von Steuern befreit werden. Keine schöne Vorstellung, dass eine Krebstherapie mit teuren Medikamenten abgebrochen werden muss, weil das Konto geräumt ist! Für Einkommensarme ist das von Beginn an keine Alternative, weil ihnen das Geld fehlt, die Sparleistungen aufzubringen. Die Republikaner wollen die Ausgaben für Gesundheit dadurch kontrollieren, dass der Einzelne vor einer Behandlung die Kosten kennt und in die Behandlung nur einwilligt, wenn sie angemessen erscheinen. Das dürfte eine Illusion sein.

Das gesamte Wahlprogramm steht in der Logik der republikanischen Überzeugungen, ist aber an vielen Stellen nicht so konkret, dass seine Praxistauglichkeit und Auswirkungen auf Staatsdefizit und Versicherte beurteilt werden können. Es gibt keine Antworten auf die realen Probleme, die auch viele Anhänger der Republikaner haben, die sich eben nicht nur aus Reichen und erfolgreichen Mittelständlern zusammensetzen. Schließlich hat insbesondere Trump eine weiße Wählerschicht angesprochen, die durch Einkommensverlust und Arbeitslosigkeit um ihren sozialen Status fürchtet.

Nicht enthalten ist im Wahlprogramm eine Forderung von republikanischen Kongressabgeordneten, Medicare, also die staatliche Krankenversicherung für alle Senioren, durch ein System von „vouchers“ (Gutscheinen) zu ersetzen, mit denen eine private Versicherung eingekauft werden kann. Das passt sehr gut zu der Ideologie, der Einzelne soll entscheiden und auf dem Versicherungsmarkt selber „shoppen“. Von dieser radikalen Privatisierung einer sozialen Kranken-

39 Das US-Gesundheitsministerium hat im Oktober 2016 seine Erwartungen für die Höhe der Prämien auf den „Marktplätzen“ in 2017 veröffentlicht. Danach würden die Prämien um 25% steigen, wobei für die meisten Versicherten eine Kompensation über die Zuschüsse erfolgt. Department of Health and Human Services (2016), ASPE Research Brief, Health Plan Choice and Premiums in the 2017 Health Insurance Marketplace <http://aspe.hhs.gov> (4.11.2016)

40 [www.gop.com/platform/renewing-american.values/...](http://www.gop.com/platform/renewing-american-values/) (20. 7. 2016)

41 Saltzman, Evan, Eibner, Christine (2016), Donald Trump's Health Care Proposals: Anticipated Effects on Insurance Coverage, Out-of-Pocket Costs, and the Federal Deficit, Commonwealth fund pub. 1903, Vol. 31, S. 8f

versicherung wären 55 Millionen Senioren betroffen.⁴² Die Privatisierung der Krankenversicherung durch „vouchers“ wäre ein großartiges Geschenk für die Versicherungswirtschaft und würde ihnen Millionen neue Kunden zuführen. Ob es überhaupt funktioniert oder ob die Zahl der Unversicherten noch einmal dramatisch steigt, hängt davon ab, wie gut oder schlecht die „vouchers“ finanziell ausgestattet werden. Auf jeden Fall verliere der Staat jede Kompetenz, mit den Leistungserbringern Verträge abzuschließen, die gute Qualität sichern und die Ausgaben begrenzen, was gerade mit dem ACA erfolgreich begonnen wurde. Ob die Privatisierung von Medicare umgesetzt wird, die weder im Wahlprogramm der Republikaner enthalten ist noch von Trump im Wahlkampf vertreten wurde, halte ich nicht für sehr wahrscheinlich, aber auch nicht für ausgeschlossen. Würde diese radikale Reform angegangen, wäre es ein deutliches Zeichen, wie die Macht zwischen den erzkonservativen Republikanern im Kongress und ihrem Präsidenten verteilt ist.

Gesundheitspolitik nach dem Wahlsieg der Republikaner

Seit seiner Verabschiedung im Jahr 2010 war das ACA in der Bevölkerung und im Kongress umstritten. Es gab 62 Versuche der Republikaner, das Gesetz in Teilen oder insgesamt abzuschaffen, zuletzt mit einer Mehrheit von 240 zu 181 im Januar 2016.⁴³ Nur das Veto des Präsidenten konnte das verhindern. Im Wahlkampf spielte die Gesundheitsreform keine große Rolle. Es dominierten Themen der inneren und äußeren Sicherheit, Klimaschutz und Arbeitsplätze. Vor allem die Botschaft von Trump, Amerika zu alter Größe zurückzuführen, überzeugte große Teile der weißen Mittel- und Unterschicht. Der Kandidat stand für den Bruch mit dem traditionellen System in Wirtschaft und Politik und kam einem Bedürfnis der Mehrheit derjenigen entgegen, die überhaupt gewählt haben. Die Hauptbegünstigten durch das ACA gehören zu der Schicht mit der geringsten Wahlbeteiligung.⁴⁴ Trump hat es zudem verstanden, den Menschen glaubhaft zu machen, er wolle das ACA widerrufen, aber durch eine Gesundheitsreform erset-

zen, die allen Bürgern eine Versicherung ermöglicht, aber weniger Bürokratie beinhaltet und billiger ist. Wie das konkret aussehen soll, blieb offen und ist auch im Januar 2017 noch unklar.⁴⁵

Trump selber hat seine Position im Laufe des innerparteilichen Wahlkampfes um die Nominierung zur Präsidentschaft geändert. Zunächst hat er sich als der Kandidat präsentiert, der sich um die kleinen Leute und Armen kümmert und allen eine Sicherung im Krankheitsfall verspricht, aber eben billiger und einfacher. Er hat sogar seine Bewunderung für die Gesundheitssysteme in Kanada und

Niemand kann zurzeit sagen, wie das künftige Gesundheitssystem im Detail aussehen wird, wahrscheinlich weiss es Trump selber nicht.

Schottland gezeigt, beides Länder, die in hohem Maße staatlich reguliert sind und ein „single-payer“-System haben, das eher den Vorstellungen von Bernie Sanders entspricht. Mit seiner Nominierung haben sich seine Reden und schriftlichen Äußerungen immer weniger vom offiziellen Parteiprogramm unterschieden, also eine Politik des „repeal and replace“, wobei das „Wie“ eines neuen Gesundheitsgesetzes eher undeutlich war und ist. Gleich nach der gewonnenen Wahl hat Trump dann in einem Interview mit dem Wall Street Journal angekündigt, dass er das ACA in allen Teilen überprüfen würde, er aber dafür ist, das Verbot der Diskriminierung von Menschen mit Vorerkrankungen und die Möglichkeit, Kinder bis zu 25 Jahren bei den Eltern zu versichern, beizubehalten. Im gleichen Interview sagt er: „Either Obamacare will be amended, or repealed and replaced“, also das ACA wird verbessert, oder widerrufen und ersetzt.⁴⁶ Eine stärkere inhaltliche Festlegung ist kaum denkbar! Niemand kann zurzeit sagen, wie das künftige Gesundheitssystem der USA im Detail aussehen wird, wahrscheinlich weiß es Trump selber nicht.

Die Nominierung von Tom Price als künftigen Gesundheitsminister lässt allerdings erkennen, wohin der Weg gehen wird. Price gehörte als Mitglied des Repräsentantenhauses zu den lei-

denschaftlichsten Kämpfern gegen die Gesundheitsreform der Demokraten. Er hat seit 2009 verschiedene Gesetzesvorlagen eingebracht, um das ACA zu verhindern oder zu widerrufen. Sein Antrag „Empowering Patients First Act“ (HR 2300) vom Oktober 2013 ist eine in sich schlüssige Alternative zum ACA und könnte die Vorlage für seine Ziele als Gesundheitsminister sein. Bei aller Machtfülle des US-Präsidenten müssen Gesetze auch in Zukunft im Kongress beschlossen werden. Unter den republikanischen Abgeordneten und Senatoren war Price ein „hardliner“, es wird sich zeigen, wer sich im Kongress durchsetzen wird, zumal auch viele Einzelstaaten ein vitales Interesse haben, wie Medicaid künftig gestaltet werden wird.

Rein formal hat sich für die Republikaner ihr Traum erfüllt: Sie haben die Mehrheit im Senat und Repräsentantenhaus, sie stellen den Präsidenten und es ist eher unwahrscheinlich, dass er sein Veto-Recht einsetzt, um Gesetze zu Fall zu bringen, die seinen Vorstellungen widersprechen. Ohne Kongress kann man auf Dauer nicht regieren. Trump wird auch die vakanten Sitze im Supreme Court in seinem Sinne besetzen. Das ist keine Garantie, dass das Gericht jede Entscheidung des Kongresses abnicken wird, aber der konservative Mainstream dürfte die Interpretation der Verfassung prägen, was bezogen auf die Gesundheitsversorgung insbesondere die Regelung und Finanzierung zur Geburtenplanung und Abtreibung betrifft.

Alle vier Verfassungsorgane sind in der Hand der Republikaner, allerdings bedarf es im Senat bei vielen Beschlüssen einer „Super Majority“, d. h. 60 der 100 Senatorinnen und Senatoren müssen einem Gesetz zustimmen. Die Republikaner haben 58 Sitze. Die Anforderung an eine qualifizierte Mehrheit kann überwunden werden, wenn es sich um „Reconciliation“ des Bundeshaushaltes

42 Krugman, Paul (2016), The Medicare Killers, in: New York Times vom 18.11.2016

43 Steinhauer, Jennifer (2016), House Votes to Send Bill to Repeal Health Law to Obama's Desk, in: New York Times vom 6.1.2016

44 Sanger-Katz, Margot (2016), Newly Insured by Obamacare, Yet Unlikely to Vote, in: New York Times vom 8.11.2016

45 Einen Überblick gibt Pear, Robert (2016), Health Care, in: New York Times vom 9.11.2016

46 Donald Trump in Wall Street Journal vom 11.11.2016

handelt, also eine Abwägung, ob bestehende Gesetze mit den Haushaltszielen vereinbar sind. Über diesen Weg könnte die Mehrheit im Senat sichergestellt werden, auch wenn es sich um Regelungen des ACA handelt, die eigentlich der „Super-Majority“ unterliegen.⁴⁷

Eine im Januar 2017 beschlossene Resolution von Republikanern im Abgeordnetenhaus und im Senat eröffnet den Weg, das ACA zu widerrufen, ohne eine ausformuliertes Gesetz vorzulegen, was an die Stelle treten soll. Das soll in einem späteren Gesetz geregelt werden. Diese Strategie des „repeal and delay“ findet aber nicht bei allen Abgeordneten der Republikaner Zustimmung, so dass noch unklar ist, welche Inhalte eine Mehrheit finden werden.

Die Regierung kann auch durch Verordnungen (executive orders) wesentlichen Einfluss auf die Interpretation von Gesetzen nehmen. So ist im ACA die Geburtenkontrolle durch Verhütungsmittel und Abtreibung nicht wörtlich genannt, sondern per Verordnung hat die Regierung unter bestimmten Bedingungen (Vergewaltigung, Inzest und Gefahr für das Leben der Mutter) eine Finanzie-

Wenn Präsident Trump tut, was er gesagt hat, dann wird das Gesundheitssystem am Ende seiner Amtszeit total umgekrempelt sein: Arme und Kranke sind die Verlierer.

rung als Teil von Gesundheitsprävention ermöglicht. Angesichts des Widerstandes der Konservativen gegen eine geplante Elternschaft ist zu erwarten, dass diese Möglichkeit sehr schnell durch Dekret gestrichen wird.

Ohne jeden Parlamentsbeschluss kann der neue Präsident schon im Sommer 2017 ein Chaos auf den Versicherungsmärkten provozieren, wenn er eine Klage der Obama-Regierung gegen ein Gesetz des Kongresses gegen die Art der Subventionierung von Versicherungsverträgen mit hohen Selbstbehalten vor dem Supreme Court zurücknimmt. Die Subventionen gehen direkt an die Versicherungen für die berechtigten Versicherten. Würden sie gestrichen, müssten die privaten Versicherer ihr Leistungs-

versprechen erfüllen, würden aber keine auskömmlichen Einnahmen haben, was zu finanziellen Schiefen führen kann. In der Folge könnten sie sich aus den „Versicherungsmärkten“ zurückziehen oder die Prämien für die Versicherten erhöhen, was aber unterjährig nach den Gesetzen der Einzelstaaten kaum möglich ist.⁴⁸

Der neu gewählte Präsident hat noch am Tag seiner Amtseinführung zwischen Vereidigung am Nachmittag und dem ersten Ball am Abend durch eine „executive order“ deutlich gemacht, welche Richtung er einschlagen will. Die Bundesverwaltung und die für Gesundheitsversorgung zuständigen Agenturen sollen alles tun, um die finanziellen Lasten für die Einzelstaaten und Individuen durch das ACA zu reduzieren und regulatorische Belastungen zu minimieren, wobei alles im Rahmen bestehender Gesetze erfolgen soll, was eine Selbstverständlichkeit ist. Sicher ein starkes Symbol für die Fernsehkameras, aber was es konkret beinhaltet, bleibt offen. Mit keinem Wort wird erwähnt, dass jeder Bürger eine Krankenversicherung haben soll, sondern lediglich, dass die Einzelstaaten mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung ihrer Bürger bekommen sollen.⁴⁹

Wie sich das Verhältnis zwischen dem neuen Präsidenten und der Mehrheitsfraktion künftig gestaltet, ist offen. In der Zeit vor Obama war der Kongress in der US-amerikanischen Tradition der sich ausgleichenden Machtverteilung (principle of countervailing powers) in seiner Gesamtheit häufig der Gegenspieler des Präsidenten. Die letzten acht Jahre waren hingegen parteipolitisch hoch polarisiert, so dass Präsident und Mehrheitsfraktion versuchten, einig zu handeln. Die USA sind heute ein gespaltenes Land. Ob es gelingt, eine Kultur des Kompromisses neu zu beleben, kann heute nicht gesagt werden. Wünschenswert wäre es, die Gesundheitsreform böte dafür Ansatzpunkte, denn gerade große Sozialreformen brauchen Stabilität und sollten nicht im Takt von Wahlperioden geändert werden. Aber derzeit sieht es nicht danach aus, zu groß sind die im Wahlkampf aufgerissenen Gräben und die Unterschiede in der Gesundheitspolitik.

Wie es mit der Gesundheitsreform weitergeht, ist Anfang 2017 notwendigerweise spekulativ. Sicher ist nur, dass die Ankündigung von Trump, in den ersten hundert Tagen das ACA zu widerrufen und durch ein neues Gesetz zu ersetzen, nicht eintreten wird, dazu sind die Regulierungen des ACA viel zu komplex. Das beginnt mit den neuen Regeln, wie die Versorgung qualitativ gut und billiger organisiert werden kann. Würde man sie aufheben, ohne etwas Besseres an die Stelle zu setzen, würden die Ausgaben für Gesundheit explodieren. Bis zum 1. Februar 2017 läuft ohnehin die neue Einschreibperiode für Versicherungsverträge über die „Marktplätze“, so dass bestenfalls erste Änderungen im Jahr 2018 greifen würden. Die Versicherungswirtschaft muss aber in den nächsten Monaten ihre Prämien für Verträge auf den „Marktplätzen“ in 2018 kalkulieren, die sie Ende 2017 zur Zulassung für die nächste Einschreibperiode einreichen muss, was bei der bestehenden Unsicherheit über den gesetzlichen Rahmen nicht möglich ist. Eine schnelle Lösung ist kaum denkbar, denn die Minderheit im Kongress wird ihre parlamentarischen Rechte nutzen und mit Anhörungen ein zügiges Gesetzgebungsverfahren zu verhindern wissen, und die Mehrheit muss erst eine gemeinsame Position untereinander und mit dem Präsidenten finden. Es könnte auch gut in die wahltaktischen Überlegungen von Trump passen, das ACA wie eingeleitet zu widerrufen, aber die Gültigkeit dieses Gesetzes und seinen Ersatz durch eine Gesundheitsreform nach republikanischen Grundsätzen auf eine Periode nach 2018 zu verschieben. Im Herbst 2018 werden Teile des Kongresses in den Halbzeitwahlen neu bestimmt. Für die Wahlchancen kann es günstig sein, das ACA per Gesetz aufgehoben zu haben, ohne dass die Wähler

47 Sanger-Katz, Margot (2016), The Future of Obamacare Looks Bleak, in: New York Times vom 9.11.2016

48 Volk, JoAnn, Palanker, Dania, Lucia, Kevin (2016) Loss of Cost-Sharing Reductions in the ACA Marketplace: Impact on Consumers and Insurer Participation, Commonwealth Fund, To the Point 21.12.2016 www.commonwealthfund.org/publications/blog/2016/dec/loss... (22. 12. 2016)

49 Donald Trump, Executive Order Minimizing the Economic Burden of the Patient Protection and Affordable Care Act Pending Repeal, January 20, 2017 www.whitehouse.gov/the-press-office... (24.1.2017)

aus eigener Betroffenheit erfahren konnten, was ein neues Gesundheitsgesetz für sie bedeutet. Immerhin sind mehr als zwanzig Millionen Menschen bedroht, ihren bisherigen Versicherungsschutz zu verlieren.

Der unverändert aggressive Ton des Präsidenten nach seiner Amtseinführung kann aber auch bedeuten, dass er ein Chaos auf den Versicherungsmärkten in Kauf nimmt und die Schuld dafür den Demokraten zuschiebt, die seinen Vorschlägen für ein neues Gesundheitsgesetz nicht zustimmen.

Das Verbot der Diskriminierung von Vorerkrankungen und die Ausdehnung der Versicherung für Kinder sind in der Bevölkerung äußerst beliebt und auch Trump hat dafür seine Präferenz geäußert. Das dürfte bleiben. Alles andere wird streitig sein, auch mit Teilen der republikanischen Abgeordneten. Unbeliebt in der Bevölkerung und Hauptzielscheibe der Kritik am ACA ist der Versicherungszwang für alle. Steigende Prämien, selbst wenn sie nach dem ACA durch Zuschüsse ausgeglichen werden, befeuern die Ablehnung. Wenn man den Zwang zur Versicherung isoliert abschaffte, würde aber das gesamte System destabilisiert. Schon jetzt fehlen den Versicherungen auf den „Marktplätzen“ Junge und Gesunde, um günstige Prämien anbieten zu können, die immer Ergebnis einer Mischkalkulation sind. Die Obama-Administration hatte damit gerechnet, dass ein Drittel der über die „Marktplätze“ Versicherten unter 34 Jahre sein würde, tatsächlich war es 2015 ein Viertel. Wenn der Versicherungszwang abgeschafft wird, gleichzeitig die Zuschüsse zur Versicherung, in welcher Form auch immer, gekürzt oder gestrichen werden, würde die Zahl der Unversicherten auf ein Niveau steigen, das über dem vor dem ACA liegt. Ein Verzicht auf höhere Prämien bei Vorerkrankungen oder chronischen Krankheiten bei gleichzeitig niedrigen Prämien erfordert die Quadratur des Kreises. Diese Nuss bleibt für die Republikaner zu knacken. Ein schneller Übergang würde auch die Versicherungswirtschaft völlig unvorbereitet treffen, die sich mit den Regulierungen über die „Marktplätze“ arrangiert hat und in den neuen Versicherungsverträgen eine Kompensation für das wegbrechende Geschäft mit betrieblichen Krankenversicherung sieht. Am stärksten wären natürlich die

Bürger betroffen, die sich künftig keine Versicherung mehr leisten können. Das würde notwendigerweise wieder zu einer höheren Inanspruchnahme der Notfallaufnahmen der Krankenhäuser führen. Denen hat man aber nach dem ACA die Zuschüsse für Notfälle gekürzt, weil die Leistungen über die neuen Versicherungen finanziert wurden. Hier ist Widerstand zu erwarten.

Neben Tom Price haben weitere republikanische Abgeordnete in der Vergangenheit Vorschläge vorgelegt, wie das ACA ersetzt werden kann. Sie gehen in die gleiche Richtung wie die alte Gesetzesvorlage von Tom Price, zeigen aber auch deutliche Unterschiede, so dass die Fraktion noch zu einer abgestimmten Meinung finden muss. Einig sind sich die Vorschläge darin, die obligatorische Versicherungspflicht aufzuheben, die Definition des Leistungsvolumens den privaten Versicherungen zu überlassen und damit Verträge zu niedrigeren Prämien als derzeit anzubieten. Unklar ist zurzeit, ob der Präsident und die Regierung mit Vorlagen Tempo und Richtung bestimmen werden oder ob die Initiative vom Kongress ausgehen wird. Als streitigste Punkte der Gesundheitsreform innerhalb der Republikaner zeichnen sich ab:⁵⁰

■ Medicaid

Für die Armen ist die Ausdehnung der Anspruchsberechtigung auf Medicaid die mit Abstand wichtigste Regelung im ACA. Sie würde nach den Vorstellungen von Price gestrichen und soll durch Verträge auf dem privaten Versicherungsmarkt ersetzt werden. Um sie erschwinglich zu halten, soll es Steuererleichterungen geben, die aber nicht mehr wie bisher mit der Höhe des Einkommens variieren und so die Ärmsten am meisten begünstigen, sondern mit dem Alter. Im Ergebnis könnte es sein, dass für ältere Versicherte trotz höherer Zuschüsse die Prämien steigen, was von der Zuschusshöhe abhängt. Für die Armen in jungen Jahren könnten die Prämien ebenfalls zu hoch sein, so dass sie sich keine Versicherung leisten können. Profitieren würde junge, gesunde Menschen, die einen Vertrag mit geringem Leistungsvolumen wählen. Die Versichertenquote könnte durchaus stabil bleiben, weil mehr Junge und weniger Alte und Kranke versichert

werden, die die Deckung des Krankheitsrisikos wirklich benötigen. Hier gehen die Auffassungen in der Fraktion auseinander. Auch verschiedene republikanische Gouverneure haben Protest angemeldet, weil sie fürchten, dass die Globalzuschüsse nicht reichen werden, eine ausreichende Krankenversicherung für die Armen zu garantieren.

■ Medicare

Die Auseinandersetzungen der letzten Jahre bezogen sich auf das ACA, was Medicare nur im Hinblick auf neue Versorgungsformen und Honorare betraf. Trump hat im Wahlkampf erklärt, er wolle Medicare unverändert lassen. Price möchte auch diesen Sektor privatisieren und den Versicherten überlassen, welche Verträge sie einkaufen. Die Bezahlbarkeit soll durch Steuerzuschüsse gesichert werden, sei es in der Form von Gutscheinen (Vouchers) oder direkten Zuschüssen an die Versicherungen. Das wäre eine so komplexe Systemänderung, dass sie kurzfristig nicht zu erwarten ist.

■ Versicherung bei Vorerkrankungen

Price hat in seiner Gesetzesinitiative 2013 eine Regelung, dass bei unverändertem Versicherungsverhältnis Vorerkrankungen nicht zu höheren Prämien führen dürfen. Wird die Versicherung, z. B. durch Wechsel des Versicherers, unterbrochen, können Vorerkrankungen zu höheren Prämien führen. Das wäre zugleich eine Regulierung, die die Jungen davon abhalten soll, ihre Versicherung zu wechseln. So soll ein gewisser Ersatz für den Wegfall der obligatorischen Versicherung geschaffen werden. Auch hier kommt es sehr stark auf die Details an, so dass Debatten im Kongress absehbar sind. Risikofonds hat es vor dem ACA in verschiedenen Einzelstaaten gegeben, aber sie hatten alle nicht das Schutzniveau, wie es „Obamacare“ derzeit noch bietet.

50 Kliff, Sarah (2016), I Read 7 Republican Obamacare Replacement Plans. Here's What I Learned. www.vox.com/2016/11/17/... (20. 12. 2016) und Kliff, Sarah (2016), By Picking Tom Price to Lead HHS, Trump Shows He's Absolutely Serious About Dismantling Obamacare www.vox.com/2016/11/28... (20.12.2016)

■ Steuererleichterungen für Unternehmen

Wenn Unternehmen ihre Beschäftigten versichern und die Prämien übernehmen, ist das betrieblicher Aufwand und wird von der Steuer befreit. Der Staat verzichtet dabei auf ca. 260 Mrd. \$. Price will die Steuererleichterungen deckeln, was absehbar dazu führen würde, dass weniger Arbeitgeber Versicherungen abschließen oder höhere Selbstbeteiligungen von den Beschäftigten verlangen. Es ist absehbar, dass dies die Zahl der Unversicherten oder Unterversicherten erhöhen würde. Es wäre ein erheblicher Eingriff in das Krankenversicherungssystem der USA, aber es könnte für die Mehrheit des Kongresses verführerisch sein, weil so erhebliche Mehreinnahmen im Haushalt erzielt werden können. Angesichts des Versprechens, die Steuern zu senken und Teile der Staatsausgaben zu erhöhen, wäre das eine Haushaltssanierung zu Lasten der Krankenversicherten.

■ Sicherheitsnetz für Hochkostenfälle

Auch die Republikaner haben das Ziel, allen US-Bürgern eine Versicherung zu ermöglichen. Bei sehr teuren Krankheiten und entsprechend hohen Versicherungsprämien gibt es den Vorschlag, das Risiko über einen steuerfinanzierten Fonds zu decken, der für den Einzelnen katastrophale Ereignisse abdeckt. Auch hier können die Wirkungen nur beurteilt werden, wenn man das finanzielle Volumen des Fonds kennt. Price hat dafür in seiner Gesetzesvorlage aus 2013 1 Mrd. \$ im Jahr vorgesehen, andere Abgeordnete fordern mehr als das Doppelte.

■ Deregulierung der Leistungen

Wenn die Versicherungen ihr Leistungsangebot frei gestalten können oder auf ein minimales Pflichtangebot beschränken, werden wichtige Pflichtleistungen des ACA wie Versorgung schwangerer Frauen, Prävention oder seelische Erkrankungen wegfallen. Die Prämien können entsprechend sinken. Aus der Sicht der Republikaner ein doppelter Erfolg, weil sie billigere Versicherungen und mehr Wahlfreiheit versprochen haben. Das lässt sich öffentlichkeitswirksam verbreiten, ohne dass man über die geringeren Leistungen spricht. Der Wahlkampf von Trump war auf Lügen aufgebaut, warum sollte das nicht als Erfolgsrezept fortgesetzt werden?

Die Strategie, den gesetzlich garantierten Leistungsumfang der privaten Versicherungen zu reduzieren und den Versicherungen damit die Freiheit zu geben, nur einen Katalog von Grundleistungen anzubieten, könnte mittelfristig realisiert werden. Die Versichertenquote bliebe möglicherweise stabil, aber die Armen und Kranken würden die Verlierer sein. Kombiniert mit den „Sparplänen“, die steuerbegünstigt werden, hätte man für diejenigen, die es sich leisten können, ein Angebot. Nach der Daumenregel, dass 20% aller Versicherten 80% der Ausgaben verursachen, würden die meisten Versicherten sofort die niedrigeren Prämien wahrnehmen und nur im Krankheitsfall über die ungedeckten Kosten erschrecken. Soziale Krankenversicherung setzt eine Solidarkultur voraus, die in den USA sehr viel weniger als in Europa verankert ist, was es den Republikanern leichter macht, ihre Vorstellung von Krankenversicherung umzusetzen.

Republikaner und Demokraten hatten im Wahlkampf beide scharfe Töne gegenüber der Pharmaindustrie angeschlagen, weil die Arzneimittelpreise explodiert sind. Entgegen seiner ansonsten protektionistischen Handelspolitik hatte Trump sogar angekündigt, Importe von billigeren Arzneimitteln aus dem Ausland zu fördern, um Druck auf die Preise auszuüben. Dazu gab es nach der Wahl keine Äußerung mehr von ihm. Er hat sich zwar das Ziel gesetzt, in den ersten hundert Tagen Korruption und Lobbyismus zu bekämpfen, aber wahrscheinlich ahnt er zumindest, mit welcher mächtigen Lobby der Pharmaindustrie er sich anlegen würde. Die Entwicklung ist aber für Deutschland und Europa wichtig, denn die Amerikaner beklagen seit langem, dass unsere Arzneimittelpreise zu niedrig sind. Dass die deutsche Preisregulierung nicht den Vorstellungen der Republikaner von „fairen“ Handelsverträgen entspricht, liegt auf der Hand.

Das ACA hat drei tragende Säulen:

- Verbot der Prämiendifferenzierung nach Krankheitsstatus, Leistungserweiterungen und Kontrahierungszwang für Versicherungen unabhängig von Vorerkrankungen,
- Versicherungspflicht für alle Bürger,
- Zuschüsse zu den Prämien, um Versicherung für alle bezahlbar zu machen.

Beseitigt man eine der drei Säulen, stürzt die ganze Konstruktion ein. Nur für den ersten Punkt benötigt Trump die Mitwirkung der Demokraten, weil im Senat eine „Super Majority“ von sechzig Stimmen nötig ist. Das gilt auch für ein neues Gesundheitsgesetz, das das ACA ersetzen soll („replace“). Alle anderen Punkte können im Kongress mit einfacher Mehrheit oder sogar mit einer „executive order“ durchgesetzt werden. Allein die Streichung der Prämienzuschüsse bei Beibehaltung der Leistungen würde die Versicherungsmärkte kurzfristig erheblich destabilisieren.⁵¹

Wenn Präsident Trump tut, was er gesagt hat, dann wird das Gesundheitssystem in den USA am Ende seiner Amtszeit total umgekrempelt sein. Die Armen und die Kranken werden die Verlierer sein. Die Hoffnung liegt zynischerweise darin, dass er nicht tut, was er gesagt hat. Dazu gibt es wenige Anhaltspunkte, aber Menschen, die ihn gewählt haben, könnten erkennen, welchen Schutz sie im Krankheitsfall durch das ACA genießen und auf ihre Abgeordneten einwirken. Es erfordert, dass der Kongress seine Rolle neu definiert und seinen Beitrag leistet, die Spaltung des Landes zu überwinden. Aber es könnte sein, dass die Vernünftigen nicht ausreichen, um eine Mehrheit zu bilden. Der Milliardär Warren Buffet hat in einem Interview in der New York Times vom 26. November 2006 festgestellt, dass die Reichen einen Krieg gegen die Armen führen – im Kontext des Interviews seine Kritik an den herrschenden Verhältnissen. Es ist zu befürchten, dass in der US-Gesundheitspolitik eine neue Schlacht eröffnet wird. Auch wenn die Aufstellung im Detail noch unbekannt ist, werden Donald Trump und sein Kabinett der Milliardäre die Schlacht gewinnen, wenn nicht noch ein Wunder geschieht. Die sind aber in der Politik selten. ■

51 Park, H., Griggs, T. (2017), How Republicans Can Repeal Obama Care Piece by Piece, New York Times vom 20.1.2017