

# Auswirkungen und wachsende Gefahren der Privatisierung im US-Gesundheitswesen

*Am 4. November 2008 stehen die 55.ten Präsidentsschaftswahlen in den USA an und der Wahlkampf ist in vollem Gange. Die Topthemen beim kommenden US Wahlkampf 2008 um das Amt des Präsident heissen Innere Sicherheit und Terrorismusbekämpfung, Wirtschaft, Gesundheit, Bildung und der Irakkrieg. (1) In einer neueren Stichprobenumfrage des Rasmussen Instituts gaben 83% der demokratische Wähler das Thema Gesundheitspolitik als Nummer eins an, wobei dieses Thema bei den republikanischen Wähler mit 64% den vierten Platz erreicht [Tabelle 1]. Bei einem Wahlsieg der demokratischen Presidentschaftanwärterin und Senatorin Hillary Rodham Clinton wird mit Sicherheit ein Kurswechsel in der gesamten US Politik und insbesondere im Gesundheitswesen zu erwarten sein. (1-4)*

■ Tareg Bey

## Derzeitiger Stand des US Gesundheitswesens und internationaler Vergleich

Laut OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Bericht gaben die Vereinigten Staaten im Jahre 2005 ca. 15,3% ihres Bruttosozialproduktes oder jährlich etwa \$6.400 pro Person für Gesundheit aus. (5) Deutschland folgt mit 10,7% des BSPs auf Platz vier nach der Schweiz (11,6%) und Frankreich (11,1%). Bei den jährlichen pro Kopf Ausgaben liegt Deutschland (2006) mit \$3.287 im oberen Drittel auf Platz 10 und gibt damit jährlich etwa nur halb so viel Geld pro Einwohner aus wie die USA. In einem Vergleich der Länder Australien, Kanada, Deutschland, Grossbritannien und Neuseeland landen die USA trotz der höchsten Ausgaben im Gesundheitswesen jeweils auf dem letzten Platz bei Gesundheitsindikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Mortalität aufgrund von Gesundheitsfürsorge, sowie bei der Effizienz, Gleichbehandlung und den Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung. (5,6) Die USA gaben im Jahre 2005 über 2 Billionen Dollar für Gesundheit aus. (6,7) Dies macht das US Gesundheitssystem zu einem der ineffizientesten Systeme im internationalen Vergleich was Zugang zur Versorgung und medizinische Gleichbehandlung der Gesamtbevölkerung anbelangt. (6) Zudem schätzten Woolhandler und Himmelstein schon im Jahre 2002, dass ca. 60% aller im Gesundheitswesen ausgegebenen Gelder aus dem US Steueraufkommen stammten. (8) Als einziges Land in der

*Tareg Bey, MD, FACEP, Professor of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, University of California Irvine Orange, California – USA – Email: tbey@uci.edu*

Tabelle 1:

Wahlthema	Demokratische Wählerschaft
Gesundheitspolitik	82 %
Wirtschaftspolitik	78 %
Bildungspolitik	77 %

Wahlthema	Republikanische Wählerschaft
Nationale Sicherheit und Terrorbekämpfung	83 %
Wirtschaftspolitik	70 %
Immigration	70 %
Gesundheitspolitik	64 %

*Quelle: Rasmussen Reports. Trust on Issues vom 23. November 2007. Quelle nach Referenz 3.*

Riege der reichen und hochindustrialisierten Staaten haben die USA kein staatlich überwachtes und geleitetes System mit einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht, bzw. ein gesetzliches und öffentlich finanziertes Rahmenwerk, welches den Zugang zur Gesundheitsfürsorge für alle Bürger in gerechter und sozial verträglicher Weise und ohne Rücksicht auf medizinische Vorerkrankungen regelt.

Karen Davis, eine anerkannte US Gesundheitsökonomin, betont, dass die führenden Persönlichkeiten im US

Gesundheitswesen das eigene System als das beste der Welt, ohne jeglichen wissenschaftlich begründeten Beweis darstellen. Sie vergleicht die Amerikaner mit „Schneewittchen“, welche nur das eigene Spiegelbild sehen, ohne irgend einen internationalen Vergleich im Gesundheitswesen anzustellen. (6) In einer Rede in Cleveland, Ohio am 10. Juli 2007 sagte President George W. Bush zu seinen Mitbürgern: „Ich meine, die Menschen in Amerika haben Zugang zur Gesundheitsversorgung. Schliesslich müssen sie nur in eine Notaufnahme gehen.“ (9) In Anbetracht des derzeitig desolaten finanziellen Zustandes der US Notfallmedizin und der Notaufnahmen, die von Schliessungen, Unterfinanzierung, Überfüllungen, und einem Mangel an fachärztlicher Weiterbehandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten gekennzeichnet sind, löst eine solche Bemerkung von höchster Stelle in der aufgeklärten US Bevölkerung befremdliche Verwunderung aus.

Im Jahre 2006 waren mit einem Rekordstand von ca. 47 Millionen US Bürger oder 15,8% der Bevölkerung ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz. (10) Der Rest war entweder privat oder durch den Staat versichert. In den letzten Jahren kaufte der Staat jedoch, um Kosten zu sparen, bei privaten Anbietern den Versicherungsschutz für die Versicherten, anstatt den Versicherungsschutz selbst direkt zu garantieren. Die US Regierung (über das Department of Human and Health Services; HHS) übergab also zunehmend das Leistungspaket „Krankenversicherungsschutz“ der privaten Versicherungsindustrie. Der Staat verlagert somit ohne ausreichende Kontrollmechanismen seine verbleibende Verantwortlichkeit und Fürsorgepflicht im Gesundheitswesen zunehmend an private Institutionen (outsourcing). (11)

## **Die Folgen der zunehmenden Privatisierung des Gesundheitswesens in den USA**

Die Mehrheit in der vor allem konservativen US-Wirtschafts- und Führungsspitze vertritt die Ansicht, dass die freien Kräfte des Marktes das Gesundheitswesen in den USA von alleine regulieren werden und letztlich somit zum Wohle der Wirtschaft und der gesamte Bevölkerung beitragen. (6,12) In den USA wird in allen Bereichen wird mit hoher Energie und Nachdruck die Privatisierung gesamter Lebensbereiche mit originären öffentlichen Interessenslagen, wie im Militär (Söldner und Wachleute im Irakkrieg), Bildung (Privatschulen), Sicherheit (Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste), Justiz (private Gefängnisse) sowie auch im Gesundheitswesen vorangetrieben. Staatliche Modelle der öffentlichen Gesundheitsfürsorge wie in Kanada oder des National Health Service (NHS) in Grossbritannien werden in den US Medien auch häufig mit dem negativ eingefärbten Angstbegriff „socialized health care“ in Verbindung gebracht.

Schon im Vorfeld der Präsidentschaftswahlen attackieren republikanische Kandidaten in populistischer Weise Hillary Clintons neueren und moderaten Gesundheitspläne abwertend als „Clinton-Moore plan“ (nach dem Regisseur des Filmes „Sicko“ Michael Moore) und als „European-

style socialized medicine plan“. (2) Der republikanische Präsidentschaftsanwärter Mike Huckabee sagt zum Beispiel, dass die Lösung zum Thema „Gesundheitsfürsorge“ (health care) in einem „verbraucherbasierten System“ (consumer-based system) und nicht in „sozialisierter Medizin“ (socialized medicine) zu suchen sind. (12) Die Privatisierung und völlige marktwirtschaftliche Überlassung des Gesundheitswesens in den USA hat zu vielen negativen sozialen, juristischen und wirtschaftlichen Auswirkungen für alle Beteiligten geführt, Patienten und Gesundheitspersonal an vorderster Stelle. (8,9,11,13-18)

Der private US Versicherungssektor wird heute vorwiegend durch private Kapitalinteressen kontrolliert und staatliche Programme wie Medicare (Gesundheitsfürsorge für Bürger ab 65) wurden ab den 1980er Jahren zunehmend an private Versicherungsgesellschaften abgegeben, um die enorm gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Die meisten Versicherungspläne funktionieren nach dem Health Maintenance Organization (HMO) Prinzip. (16,19) Das staatliche Medicare Programm ermutigte sogar ältere Menschen, die Medicare bezogen, in eine private HMO einzutreten. Anstatt anfallende Kosten für medizinische Leistungen an Ärzte oder Krankenhäuser direkt durch den Staat zu erstatten, erhalten die privaten und oft börsennotierten Versicherer vom Staat einen Fixbetrag pro Versicherten und übernehmen dafür die gesamte finanzielle und administrative Verantwortung der medizinischen Versorgung der Versicherungsberechtigten. (11,19) Um die Gewinne dieser nach Profit strebenden Gesellschaften zu maximieren, errichten diese in ihrer Funktion als „gate keeper“ erhebliche und zum Teil unüberwindbare Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung, bei der zeitgerechten fachärztlichen Betreuung und bei der Wahl der Vertragskrankenhäuser. (16,19)

Die allgemeine Gesundheitsfürsorge sowie ein gerechter und gleichheitlicher Zugang speziell zur kostenintensiven Gesundheitsversorgung schwer oder chronisch Erkrankter sowie sozial Bedürftiger ist nicht das erklärte Ziel von privatwirtschaftlich arbeitenden und börsennotierten Versicherungsgesellschaften.

Zudem üben die Versicherungsregulierungsbehörden in den USA eine ungenügende finanzielle, administrative sowie medizinisch-fachliche Aufsicht aus, was zu medizinischer Mangel-, Fehl- und Unterversorgung bei den Versicherten (US Sprachgebrauch „consumers“) und zu erheblichen Kostenerstattungsproblemen bei den medizinischen Versorgern führt. (19-21) Himmelstein et al. schätzen aufgrund einer von ihnen durchgeführten Studie, dass allein im Jahre 2001 bei etwa 46% oder 1,85 Millionen Konkursen von US-Privathaushalten die wirtschaftlichen Auswirkungen einer schweren Erkrankung zum Bankrottverfahren führte. (18)

## **Die Macht Interessensverbände in Washington**

Eine Erklärung für die enorme Macht der Versicherungsindustrie sind ihr finanzieller und somit auch politischer

Einfluss auf die US Politik und die Gesetzgebung in Washington (Lobbyismus). Die Finanz-, Versicherungs- und Immobilienindustrie stellte mit Lobbyzuwendungen an den Kongress und die Bundesbehörden mit fast \$ 368 Millionen im Jahre 2006 die einflussreichste und finanzkräftigste Lobby in Washington dar. (1) Gleichzeitig spendete im selben Jahr der Komplex „Gesundheitssektor“ bestehend aus Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Gesundheitspersonal, sowie Gesundheitsdienste über \$351 Millionen Dollar an die Parteien und politischen Entscheidungsträger. (1) Die privatrechtlich organisierte American Medical Association (AMA), eine der mächtigsten US Ärzteschaften mit über 240.000 Mitglieder, hatte im Jahre 2006 Gesamteinkünfte von \$286 Millionen und gab als Einzelorganisation fast \$20 Millionen an Lobbygeldern in Washington aus. (22)

Das General Accounting Office (GAO), das US Äquivalent des deutschen Bundesrechnungshofes, forderte schon mehrmals die US Regierung zur umgehenden Intervention auf, um die mangelhafte Versorgung bei hohen Ausgaben von älteren Medicare Berechtigten in den HMO Versicherungen zu verbessern. (19) Folgende Missstände wurden durch das General Accounting Office bei den staatlich finanzierten, jedoch privat verwalteten HMO Versicherungen angeführt: mangelnde staatliche Qualitätskontrolle der Versicherungsleistungen, unzureichende Überwachung der HMO Versicherungen, und ein zu langsamer und wenig effektiver Beschwerdeweg sowie fehlende Reklamationsmöglichkeiten der Versicherten. Inspektoren der geldgebenden Medicare Bundesbehörde haben zudem folgende Probleme der Versicherten ausgedeckt: Verzögerungen bei der Behandlung, unzureichende Kompetenz bei der medizinischen Versorgung, Ablehnung der Behandlungskosten bei schwerer Erkrankung. (19) Weiterhin zielen die Kostenerstattungspraktiken vieler HMO Gesellschaften darauf ab, die Leistungserbringer nur teilweise oder gar nicht zu bezahlen. Die Zahlungsmoral der HMO Versicherungen in den USA ist schlecht. Reinhardt schätzt, dass circa 18.000 US Amerikaner frühzeitig aufgrund fehlender Krankenversicherung sterben. (9) Es gibt jedoch keine verlässlichen Zahlen darüber, wie sich die Praktiken der US HMOs auf die Morbidität und Mortalität ihrer Patienten („consumer“) auswirken.

## Privatisierung führt zu schlechterer und teureren allgemeinen medizinischen Versorgung.

Die Harvard Professoren Woolhandler und Himmelstein stellen ganz nüchtern fest: „Sich in Investorenbesitz befindende Firmen oder Gesellschaften im Gesundheitswesen sind keine Kostenparer sondern Kostensteigerer“. (11)

Die Verwaltungskosten im privaten Bereich sind höher als bei staatlichen Institutionen. Die durchschnittlichen administrativen Kosten eines profitorientierten Krankenhauses (for-profit) betrugen im Jahre 1994 ca. 34% der Krankenhausgesamtkosten im Vergleich zu den nicht profitorientierten Krankenhäusern, wo die Verwaltungskosten bei etwa 26% lagen. (11) Zudem waren die Gesamtkosten in

einem profitorientierten Krankenhaus höher. Das gleiche Autorenteam kommt in einer anderen Berechnung zum Schluss, dass das staatlich gesteuerte kanadische Gesundheitswesen mit 16,7% (\$ 47 Millionen) im Vergleich zu den USA mit 31% (\$ 294 Millionen) prozentual nur etwa die Hälfte der Verwaltungskosten in Bezug auf das Gesamtvolumen im Gesundheitswesen ausbildet. (11)

Weiterhin wuchs in den mehr privatwirtschaftlich orientierten USA die Anzahl der Verwaltungsangestellten in den Jahren 1969 bis 1999 von 18% auf 27%, wohingegen in einem ähnlichen Zeitraum in Kanada nur ein Zuwachs von 16% auf 19% statt fand. Hohe Gehälter, Boni und Abfindungen in privaten US Versicherungsgesellschaften erhöhen zudem die operativen Kosten in einem Gesundheitssystem, in welchem zur Profitmaximierung Risikopatienten mit Vorerkrankungen die Ausstellung einer Versicherungspolice verweigert oder nachträglich entzogen wird und die HMO Systeme so aufgebaut sind, dass entscheidende Diagnoseuntersuchungen und Therapien den kranken Versicherungsteilnehmern vorenthalten werden oder nur mit Verzögerungen in Gang gesetzt werden. Jahresgehälter und Boni für Chief Executive Officers (CEOs) bis in den zweistelligen Millionenbereich hinein, selbst bei fallenden Aktienpreisen bei Versicherungsanbietern und Krankenhausbetreibern sind in den USA auch heute keine Seltenheit. (23)

## Privatisierung der Krankenversorgung bei mangelnder Aufsicht und Korruption

Das Redding Medical Center (RMC) der Tenet Krankenhausgruppe in Redding, Kalifornien hat in den Jahren 1997 bis 2002 nach Ansicht der Justiz- und Zulassungsbehörden systematisch unnötige und teure Herzeingriffe (Koronare Angiographien und Herzoperationen) zur Gewinnmaximierung durchgeführt. (17) In diesem Schema von Versicherungsbetrug waren ein inzwischen suspendierter Kardiologe sowie ein Kardiochirurg die Hauptakteure. Ein Gerichtsverfahren gegen die Ärzte, das Krankenhaus und die Versicherungsträgerschaft brachte den Justizbehörden alleine für diesen Fall \$ 54 Millionen an Strafgebern ein. (17) Die Bundesgerichte und das US Justizministerium haben von der gesamten Tenetgruppe im Jahre 2006 über \$900 Millionen und amerikaweit seit 1986 von anderen Gesellschaften über \$12 Milliarden an Rückforderungen und Strafgebern wegen Versicherungsbetrug erstritten. (17,24) In den Anfangsjahren der Medicare-HMO Ära hat eine Versicherungsgruppe in Miami, Florida damals in einem der größten Versicherungsbetrugskandale von 1982-1987 für 197.000 Versicherte über \$781 Millionen vom Staat eingenommen und das Geld veruntreut. Die Einnahmen wurden auch dafür eingesetzt, um systematisch Regierungsbeamte des Gesundheitsministeriums mit überhöhten Jahresgehältern aus ihren Regierungspositionen zugunsten der Versicherungsgesellschaft einzukaufen. (20,21)



**Die rein merkantilen Ziele der Privatwirtschaft sind mit den Interessen und Bedürfnissen von Patienten, den staatlichen Gesundheitsinteressen und dem Allgemeinwohl nicht in Einklang zu bringen.**

Und auch das Gegenteil trifft zu: Die gerechte und gute Versorgung der Allgemeinheit gefährdet den Profit sowohl von Institutionen wie Krankenhäusern sowie auch Aktiengesellschaften im Krankenversicherungsgeschäft. (11) Gute Gesundheitsfürsorge ist teuer, sollte aber gerade deshalb nicht als freie Handelsware sondern als menschliches Grundbedürfnis wie Nahrung und Wasser sowie als elementares Menschenrecht betrachtet und gehandhabt werden.

Ökonomen und nicht Mediziner erarbeiten hingegen in sogenannten „think tanks“ der Weltbank Versicherungsmodelle, die Patienten im grossen Stil dazu anreizen beziehungsweise verpflichten sollen, nach Indien oder Thailand für risikoreiche und teure operativen Eingriffen zu fliegen, allein um Prämien und Kosten zu sparen sowie den freien und globalen Austausch der Ware „medizinische Serviceleistung“ zu fördern. (25) Die der Weltbank nahe stehenden Ökonomen Mattoo und Rathindran berücksichtigen in keiner Weise die Nachteile und jetzt schon ernststen Konsequenzen für Indien, wie z. B die sinkenden öffentlichen Gesundheitsausgaben für dessen chronisch unterfinanziertes und wenig soziales Gesundheitswesen. Ebenso werden auch nicht die offenen (Grundstücks- und Steuervorteile für Investoren) und versteckten (öffentlich finanzierte Krankenschwesternausbildung) staatlichen Subventionierungen für die Luxusmedizin zur Rekrutierung vor allem ausländischer Devisenbringer ohne eine Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsfürsorge für breite Bevölkerungsschichten angesprochen. (15)

Die Weltbank vergibt Kredite an Entwicklungsländer, welche mit strikten ökonomischen und politischen Auflagen verbunden sind und häufig gewachsene, aber nicht profitable Systeme und Netzwerke der sozialen Fürsorge zu Gunsten einer makroökonomischen Stabilisierung und der freien globalisierten Marktwirtschaft ersetzen. Den Menschen aus den industrialisierten Ländern mit Währungsvorteilen gegenüber den asiatischen Ländern sollen unter finanziellem Druck de facto dazu gezwungen werden, sich mit einer Erkrankung oder Behinderung zur medizinischen Behandlung in ferne Länder bei voll erhaltenem Eigenrisiko zu begeben. (15)

**Die Marktkräfte in den USA haben versagt**

In einem Editorial im BMJ stellt Fiona Godlee nüchtern fest, dass der Markt versagt hat. Die Autorin stellt weiterhin warnend fest, dass „selbst ein perfekter Gesundheitsmarkt nicht in der Lage sein wird, das zur Verfügung zu stellen, was die meisten von uns wollen: Faire Verteilung (von Gütern und Dienstleistungen). Märkte sind unmoralisch in Hinblick darauf wer was und wieviel konsumiert“. Godlee fährt fort, dass „ein wahrer Markt keinen Raum für gleichberechtigte Bedürfnisse hat, einer der Grundfesten

auf denen der NHS baute.“ (26) In einem Gesundheitssystem, welches ausschliesslich durch die Kräfte des freien Marktes und der Globalisierung (unter ungleichen Voraussetzungen) bestimmt wird, sind keine Schutzmechanismen für die Kranken und soziale Aussenständigen vorgesehen. Dies kann zu einer zunehmenden sozialen Polarisierung, sowie Verarmung ganzer Gesellschaftsegmente führen, welches das Potential von sozialen Spannungen bis hin zu Unruhen birgt. Eine verfehlte oder fehlende Gesundheitspolitik wie in den USA stellt daher eine ernsthafte Gefahr für das soziale Gemeinwesen, die öffentliche Sicherheit und die Wirtschaft dar, gerade derjenige Aspekt, welcher der freie Markt fördern soll.

**Lösungsansätze und die kommende Wahlen im Jahre 2008**

Woolhandler und Himmelstein schätzen, dass jetzt schon 60% der ausgegebenen Gelder im US Gesundheitswesen direkt (über Medicare und Medicaid) oder indirekt (Steuervorteile bei Versicherungen und öffentliche Arbeitnehmer, die durch den Staat bei privaten HMOs versichert sind) steuerfinanziert sind. (8) In ihrem Artikel mit dem Titel „Wir zahlen für nationale Gesundheitsversicherung – und erhalten diese nicht“ bringen die Autoren das Problem der hohen staatlichen Ausgaben bei mangelnder Effizienz auf den Punkt. (8) In den USA werden Milliarden von US \$ staatlicher Gelder in wenig koordinierter und kontrollierter Weise durch vorwiegend privatrechtlich organisierte Institutionen verwaltet und ausgegeben. Ein gesetzliches Regelwerk, welches gesellschaftspolitische Zielsetzungen, wie soziale Absicherung und gerechte Verteilung des Gutes „Gesundheitsfürsorge“ als Hauptziel anstrebt, fehlt. Statt einem solidarisch organisierten System der Gesundheitsfürsorge wird ein System des Wirtschaftswettbewerbs und freien Marktwirtschaft mit wenig oder ohne staatliche Aufsicht propagiert. (12)

Ein radikaler Kurswechsel in der Gesundheitspolitik, wie ihn die Arbeitsgruppe für ein monistische finanziertes nationales Versicherungssystem vorschlägt, erscheinen derzeit in den USA weder politisch gewollt noch machbar zu sein. (27,28) Die Gründe hierfür sind multifaktoriell und haben mit Geschichte und Weltanschauung des Landes, der Art wie Politik in den USA gemacht wird (Lobbyismus) und dem enormen Einfluss der Medien zu tun, die vorwiegend von privaten und kommerziellen Interessen bestimmt werden.

Bei den Wahlen zum neuen Präsidenten im Jahre 2008 bleibt also abzuwarten, wie sich die Wähler entscheiden werden. Ein vollständiger Überblick der jeweiligen gesundheitspolitischen Agenda der Präsidentschaftsbewerbe sind bei der American Medical Association zusammen mit deren eigenen Vorschlägen zu diesem Thema veröffentlicht. (12) Keiner der Kandidaten hat eine völlige Übernahme des Staates hin zu einem monistisch finanzierten und organisierten System im Wahlprogramm. Hillary Clinton's Gesundheitsprogramm ist im Vergleich zu allen anderen Bewerbungen sehr detailliert, genau und gut durchdacht und

thematisiert als einziges die unsozialen HMO Praktiken der Unversicherbarkeit bei Vorerkrankungen und den Verlust von bezahlbarem Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit. (4,12)

## Europa und die USA: Bewusstsein für Gesundheitsfragen schärfen

Deutschland und alle andere europäischen Länder sollten ganz besonders auf die Sozialverträglichkeit von neuen Ansätzen und Transformationen in Richtung völliger wirtschaftlicher und sozialer Freigabe sowie auf Globalisierungstendenzen (finanziell und versicherungstechnisch erzwungener Medizintourismus) im Gesundheits- und Sozialwesen achten. Ein progressiver Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung im Gesundheitswesen wird zwangsläufig zu tiefgreifenden negativen gesamtgesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen, wie beispielsweise von Verarmung und Verelendung führen. Gesundheitspolitik oder deren Abwesenheit sind auch immer mit den Bereichen öffentliche Sicherheit, Familien-, Sozial-, Finanz und Wirtschaftspolitik eng verbunden und beeinflussen sich wechselseitig. Das Beispiel USA zeigt in ganz extremer Weise, wie im globalen Vergleich trotz maximaler Ausgaben in einem reichen Land ein Minimum an international anerkannten Qualitätsindikatoren und sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen erreicht werden kann.

### Literatur:

- Steinbrook R. Election 2008 – campaign contributions, lobbying, and the U.S. health sector. *N Engl J Med*. 2007;357:736-739.
- Wolf R. Clinton unveils details of her health care plan. September 17, 2007; *USA Today*:Section Politics. [http://www.usatoday.com/news/politics/election2008/2007-09-17-clinton-health-plan\\_N.htm](http://www.usatoday.com/news/politics/election2008/2007-09-17-clinton-health-plan_N.htm) (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Rasmussen Report. Trust on issues. Health care is top issue for most Democrats, national security for most Republicans. November 23, 2007; [http://www.rasmussenreports.com/public\\_content/politics/mood\\_of\\_america/trust\\_on\\_issues/trust\\_on\\_issues](http://www.rasmussenreports.com/public_content/politics/mood_of_america/trust_on_issues/trust_on_issues) (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Hillary for President. The American health choices plan. Ensuring quality, affordable health care for every American. 2007; HCP0725. <http://www.hillaryclinton.com/feature/healthcareplan/american-healthchoicesplan.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- OECD, Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2007; how does the United States compare? p.1-3. 2007; <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. *Mirror, mirror on the wall: an international update on the comparative performance of American health care*. New York: The Commonwealth Fund, May 2007; [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/1027\\_Davis\\_mirror\\_mirror\\_international\\_update\\_final.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/1027_Davis_mirror_mirror_international_update_final.pdf?section=4039) ed (angewählt am 19. Dezember 2007)
- U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Overview of the uninsured in the United States: An analysis of the 2005 current population survey. 2005; p.1-11. <http://aspe.hhs.gov/health/reports/05/uninsured-cps/ib.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Woolhandler S, Himmelstein DU. Paying for national health insurance and not getting it. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:88-98.
- Reinhardt U. US health care stands Adam Smith on his head. *BMJ*. 2007;335:1020.
- DeNavas-Walt C, Proctor BC, Smith J. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-233. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2007: <http://www.census.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Woolhandler S, Himmelstein DU. Competition in a publicly funded healthcare system. *BMJ*. 2007;335:1126-1129.
- American Medical Association. 2008 Presidential candidates. 2007; <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/18051.html> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med*. 1997; 336:769-774.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med*. 2003;349:768-775.
- Bey T. Risiken und Nebenwirkungen des Medizintourismus. *Dtsch Arztebl*. 2007;104:A176-A178 <http://aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=54224>.
- Bey T. Managed Care in den USA: Übermacht der Versicherungen. *Dtsch Arztebl*. 2001;98:A3428-A3429.
- U.S. Department of Justice. US Justice Department civil fraud recoveries total \$2.1 billion for FY 2003 false claims act recoveries exceeds 12 billions since 1986. Publication: 03-613. 2003; [http://www.usdoj.gov/opa/pr/2003/November/03\\_civ\\_613.htm](http://www.usdoj.gov/opa/pr/2003/November/03_civ_613.htm) (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, et al. *Illness and injury as contributors to bankruptcy*. *Health Aff (Millwood)*. 2005; Suppl Web Exclusives:W5-63 – W5-73.
- General Accounting Office, (GOA). Medicare: Increased federal HMO oversight could improve quality and access to care. 1995. GAO/HEHS-95-155; <http://www.gao.gov/archive/1995/he95155.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- General Accounting Office, (GOA). General Accounting Office: Report to the chairman, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives: Fugitives. GAO/OSI-96-7. 1994. <http://archive.gao.gov/t2pbat2/153137.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- General Accounting Office, (GOA). Alleged misconduct by International Medical Centers, Inc. officials. Testimony before the Subcommittee on Intergovernmental Relations and Human Resources Committee on Government Operations House of Representatives. 1987 <http://archive.gao.gov/d39t12/134662.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Maves MD, Hagerty DM, American Medical Association. 2006: Consolidated financial statements and notes to consolidated financial statements. Published 2007. <http://http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/37/2006annual-cfs.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Galloro V, Benko LB. Are they worth it? Executive compensation, company performance don't always relate at top hospital, post-acute and insurance companies. *Mod Healthc*. 2003;33:6-7, 14, 1.
- U.S. Department of Justice. US Department of Justice: Tenet Healthcare Corporation to pay U.S. more than \$900 million to resolve false claims act allegations. Publication: 006-406. 2006. [http://www.usdoj.gov/opa/pr/2006/June/06\\_civ\\_406.html](http://www.usdoj.gov/opa/pr/2006/June/06_civ_406.html) (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Mattoo A, Rathindran R. How health insurance inhibits trade in health care. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25:358-368.
- Godlee F. The market has failed (Editor's choice). *BMJ*. 2007;335: doi:10.1136/bmj.39413.597465.47.
- Angell M. Dr. Marcia Angell introducing the national health insurance bill. Physicians For A National Health Program, 2003. <http://www.pnhp.org/facts/angellintro.pdf> (angewählt am 19. Dezember 2007)
- Woolhandler S, Himmelstein DU, Angell M, et al. Proposal of the physicians' working group for single-payer national health insurance. *JAMA*. 2003; 290:798-805.