

# Stand der Umsetzung und Erfahrung mit „Obamacare“

LEONHARD HAJEN

Prof. Dr. Leonhard Hajen war bis zum Beginn seines Ruhestandes im Oktober 2013 Hochschullehrer an der Universität Hamburg, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

**Die 2010 vom US-Kongress verabschiedete Gesundheitsreform von Präsident Obama ist in Stufen in Kraft getreten. Die entscheidende Phase mit der Versicherungspflicht für alle US-Bürger und steuerfinanzierten Zuschüssen für Einkommensschwache ist am 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Die Umsetzung des Gesetzes ist im Herbst 2013 durch technische Fehler bei der föderalen Website zur Vermittlung von Versicherungsverträgen schlecht gestartet. Eine Reihe von Regulierungen zu privaten Versicherungsverträge sind seit drei Jahren in Kraft und stärken die Rechte der Versicherten.**

## 1. Einleitung

Die 2010 verabschiedete Gesundheitsreform in den USA ist nach der Einführung von Medicare (Obligatorische Krankenversicherung für Senioren) und Medicaid (Obligatorische Krankenversicherung für Arme und Menschen mit Behinderungen) Mitte der sechziger Jahre die mit Abstand bedeutendste Sozialreform.<sup>1</sup> Wie in allen Gesundheitsreformen in OECD-Ländern stehen dabei die Ausgestaltung des Zugangs zu Krankenversorgung und -versicherung, die Qualität der Leistungen und die Kostenentwicklung im Mittelpunkt. In den USA ist dabei der fehlende oder unzureichende Versicherungsschutz ein besonderes Problem, weil Bürger unter 65, deren Einkommen nicht unterhalb der Armutsgrenze liegt, auf private Versicherung angewiesen sind. 2012 waren von den 311 Mio. US-Bürgern 54,9% über ihren Arbeitgeber krankenversichert, 9,8% hatten eine eigene Privatversicherung (3,6% als alleinige Versicherung), 15,7% waren über Medicare und 16,4% über Medicaid versichert. Hauptproblem: 15,4% und damit etwa 48 Mio. Bürger waren unversichert.<sup>2</sup> In vielen kleinen

und mittleren Unternehmen, bei Selbständigen oder bei Arbeitslosigkeit gibt es keine Absicherung durch Arbeitgeber und privater Versicherungsschutz scheitert in der Regel an den hohen Prämien für eine individuelle Privatversicherung.

Die 2010 vom Kongress verabschiedete Gesundheitsreform adressiert das drängende Problem der Unversicherten, aber auch Qualität und Kosten, weil die gesamte Reform unter der Vorgabe stand, dass sie keine Mehrkosten für den Staatshaushalt verursachen darf, die neu eingeführten Subventionen für Versicherungsprämien also gegenfinanziert

- <sup>1</sup> Zur Chronologie und wesentlichen Inhalten und Konflikten der Gesundheitsreform vgl. Hajen, L. (2010) Gesundheitsreform in den USA auf der Zielgeraden: Vom Privileg zum Rechtsanspruch, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1, S. 32-44 und Klemm, A.-K. (2012), „Obamacare“ – Hintergründe und Stand der amerikanischen Gesundheitsreform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1, S. 29-40. Einen knappen Überblick zum ACA bietet die Website des Weißen Hauses [www.whitehouse.gov](http://www.whitehouse.gov) (28. 11. 2013)
- <sup>2</sup> US Bureau of Census (2013), Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012, Washington, Tab. 8 <http://www.census.gov/prod/2013pubs/p60-245.pdf> (26. 11. 2013)

werden müssen. Nicht ohne Grund wird das umfassende Regelwerk des „Patient Protection and Affordable Care Act“ heute umgangssprachlich und in der Literatur auf „ACA“ oder „Obamacare“ verkürzt, also der Aspekt eines Krankenversicherungsschutzes, den sich alle Bürger leisten können, in den Mittelpunkt gerückt. Am 1. Januar 2014 traten die dazu beschlossenen Regeln in Kraft und das Gesetz kann seine wesentliche Wirkung entfalten. Die Intention ist, dass 94% aller Einwohner der USA über eine Krankenversicherung verfügen, die einen umfassenden Schutz gegen Krankheitsrisiken bietet. Die Differenz zu 100% erklärt sich aus Einwohnern ohne legalen Aufenthalt in den USA, die nicht anspruchsberechtigt sind und Bürgern, die sich trotz gesetzlicher Versicherungspflicht dennoch nicht versichern, sondern eine Geldstrafe in Kauf nehmen.

Die Arbeit analysiert, dass die Ziele des ACA nur zum Teil erreicht werden, weil nur die Hälfte der fünfzig States und Washington D.C., die für die Medicaid-Programme zuständig sind, bis Ende 2013 die Ausdehnung von Medicaid umgesetzt

## Die Prämien für private Krankenversicherungen sind in den letzten 10 Jahren dreimal stärker gestiegen als die durchschnittlichen US-Löhne.

haben. Dazu wird zunächst dargestellt, dass der Druck, das Problem fehlenden Versicherungsschutzes zu lösen, in den letzten drei Jahren größer geworden ist, aber gleichzeitig der politische Widerstand der Opposition gegen die Gesundheitsreform von Präsident Obama unverändert anhält und die Umsetzung eines vom Kongress beschlossenen Gesetzes in wichtigen Teilen erschwert. Am Ende des letzten Jahres ist zudem die notwendige IT-Struktur, die Teil der des föderalen Angebotes eines Marktplatzes sein sollte, um den Zugang zu Versicherung zu erleichtern, zusammengebrochen (3. Kapitel). Im 2. Kapitel wird aber auch gezeigt, dass wichtige Inhalte des Gesetzes, die bereits 2010 in Kraft getreten sind und die sich auf den Schutz der Versicherten vor schlechter Krankenversicherung beziehen, erfolgreich umgesetzt wurden. Das 4. Kapitel skizziert sehr knapp, wo die

Ansätze liegen, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kostensteigerungen zu dämpfen. Dazu gibt es bisher keine gesicherte Empirie, aber eine positive Tendenz zeichnet sich ab.

## 2. Gestiegener Problemdruck

In den letzten zehn Jahren sind die Prämien für private Krankenversicherung, die der Arbeitgeber für seine Beschäftigten und ihre Familien abgeschlossen hat, dreimal stärker gestiegen als die durchschnittlichen US-Löhne und betragen in 2011 US-Dollar 15.022. Zwischen 2001 und 2011 sind die Prämien um 62% gestiegen.<sup>3</sup> 80% der Bevölkerung leben in States, in denen der Anteil der Prämien am Einkommen 20% übersteigt.<sup>4</sup> Das ist Ergebnis der ökonomischen Krise mit geringen Einkommenszuwächsen, aber auch Resultat der steigenden Ausgaben für Gesundheit. Steigende Aufwendungen der Arbeitgeber für Krankenversicherung verringern in der Regel die ausgezahlten Nettolöhne, so dass sich das verfügbare Einkommen verringert, aber damit auch die Fähigkeit, die steigenden Beträge für Selbstbeteiligung aufzubringen, ganz zu schweigen von Prämien für eine zusätzliche Privatversicherung, um nicht gedeckte Risiken abzuschließen. In der Wirtschaftskrise verlangen die Unternehmen häufig eine höhere Beteiligung der Beschäftigten an den Prämienzahlungen, höhere Selbstbehalte (sie haben sich in zehn Jahren verdoppelt) oder geringere Leistungen der Krankenversicherung. Das Netz der sozialen Sicherung im Krankheitsfall also im letzten Jahrzehnt für Menschen unter 65 oberhalb der Armutsgrenze deutlich schlechter geworden, so dass der Handlungsdruck für den Gesetzgeber gestiegen ist.

Die USA haben mit Beginn der Finanzkrise in 2008 historisch hohe Arbeitslosenraten von um die 10%. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet gleichzeitig, dass die Krankenversicherung über den Arbeitgeber endet. Die Alternative, sich individuell über eine eigene Privatversicherung abzuschließen, ist für viele Arbeitslose finanziell nicht leistbar. Dabei kommen drei Faktoren zusammen: Erstens verhindert unzureichendes Einkommen, das für den täglichen Bedarf ausgegeben werden muss, dass Versicherungsprämien

en aufgebracht werden können. Zweitens sind Krankenversicherungen, die der Arbeitgeber mit einem Gruppentarif abgeschlossen hat, deutlich billiger als eine individuelle Versicherung. Drittens fand man vor dem Inkrafttreten des ACA keine Versicherung, wenn man Vorerkrankungen hatte, oder die Prämien waren wegen der Risikoeinstufung unerschwinglich hoch. Eine Untersuchung des Commonwealth Fund für die Jahre 2008 bis 2010 zeigt, dass es zwischen den 19- bis 65jährigen neun Millionen Arbeitslose gab, von denen 75% nicht oder unzureichend versichert waren und ihren medizinischen Versorgungsbedarf nicht decken konnten.<sup>5</sup> Für diese Gruppe werden die größten Verbesserungen durch die Gesundheitsreform eintreten, wenn sie wie geplant realisiert wird.

Die oben beschriebenen Probleme resultieren aus der ökonomischen Krise und eines fehlenden gesetzlichen Rahmens, der Krankenversicherung für alle Bürger garantiert. Die Verabschiedung des ACA in den beiden Häusern des Kongresses wurde von den Republikanern in einem Maße bekämpft, das jedes Maß des normalen Streits zwischen Regierungsparteien und Opposition verloren hatte. Senator Hatch von den Republikanern sprach von einem „heiligen Krieg“ gegen die Gesundheitsreform. Sucht man nach dem rationalen Kern des Widerstandes, dann ist es sicherlich eine verbreitete Abneigung der US-Amerikaner gegen staatliche Regulierung jeder Art, die die Normalität eines Wohlfahrtsstaates, wie er in Europa vorherrscht, als Sozialismus pur empfindet. In der amerikanischen Tradition ist auch die Unabhängigkeit der States von föderalen Gesetzen, die in Washington beschlossen werden, tief verankert. Die selbst auferlegte Haushaltsneutralität der Gesundheitsreform ist schließlich eine Erwartung, ob sie sich realisieren lässt, wird erst die Zukunft zeigen. Jedenfalls lässt sich damit gut gegen „Obamacare“ polemisieren. Auf der Handlungsebene gab es zwei Ebenen des Widerstandes

3 Schoen, C ; Lippa, J.; Collins, S.; Radley, D., (2012), State Trends in Premium and Deductibles, 2003-2011: Eroding Protection and Rising Costs Underscore Need for Action, Commonwealth Fund pub. 1648, Vol. 31, New York, S. 2f

4 a. a. O., S. 4

5 Doty, M.; Collins, S.; Robertson, R.; Garber, T. (2011), Realizing Health Reform's Potential, Commonwealth Fund pub. 1540, Vol. 18, New York, S. 2

gegen das beschlossene Gesetz, um die Umsetzung zu verhindern.

26 States hatten das oberste Verfassungsgericht angerufen, um die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes überprüfen zu lassen. Der Supreme Court hat im Juni 2012 entschieden, dass das vom Kongress beschlossene Gesetz verfassungsgemäß ist. Dabei stützt sich das Gericht auf die Kompetenz des Bundes, Abgaben zu erheben, was Teil der obligatorischen Krankenversicherung ist. Das war ein Erfolg für Demokraten im Kongress und für den Präsidenten. Gleichzeitig hat das Verfassungsgericht aber geurteilt, dass Medicaid Aufgabe der States ist, auch wenn der Bund Rahmenbedingungen formulieren kann und einen Teil der Kosten trägt. Damit ist es den States freigestellt, ob sie die Ausweitung der Anspruchsberechtigung für Medicaid, die ein Kernstück der Gesundheitsreform ist, mitmachen oder nicht. Die Konsequenzen, werden im nächsten Kapitel untersucht. Der juristische Streit ist in einem wichtigen Punkt entschieden, aber nicht beendet, weil weiter Klagen laufen, dass das ACA und seine Umsetzung in die Rechte der States eingreift.<sup>6</sup>

Die zweite Handlungsebene ist der Kongress, in dem die Republikaner mit ihrer Mehrheit im Repräsentantenhaus eine Form von Geiselnahme praktiziert haben, um wesentlich Änderungen am ACA zu erpressen, indem sie im Herbst 2013 ihre Zustimmung zur Verabschiedung des Haushaltes für das Folgejahr und eine Erhöhung der Schuldengrenze für Kredite der Bundesregierung verweigert haben. Die Regierung war gezwungen, für Wochen Teile des Regierungsapparates stillzulegen und keine Gehälter zu bezahlen, aber sie hat sich nicht erpressen lassen. Ende 2013 haben die Republikaner schließlich nachgegeben, weil ihre Umfragewerte dramatisch eingebrochen waren. Ein neuer Haushalt wurde Ende 2013 beschlossen. Präsident Obama, gestärkt durch seine Wiederwahl, hat seine Entschlossenheit dokumentiert, die Substanz der Gesundheitsreform zu verteidigen.

Ab 1. Januar 2014 sollten dann, so die Erwartung, die Vorteile des ACA für Millionen Amerikaner erfahrbar werden und damit die politische Unterstützung des ACA schaffen. Die erfolgreiche Umsetzung des ACA im Frühjahr 2014 ist noch nicht ausgeschlossen, aber zumindest gefährdet, weil bis Mitte November die informationstechnischen Vor-

aussetzungen fehlten, um sich auf einer föderalen, also zentralen Plattform über das Internet für eine Privatversicherung einzuschreiben, wenn der State keinen eigenen Marktplatz anbietet. Die Gesundheitsministerin bewertete den zeitweisen Zusammenbruch der Website als „debacle“, was eine zurückhaltende, aber deutliche Bewertung ist.<sup>7</sup> Die technischen Probleme waren ein politisches Geschenk für die Republikaner, aber sie setzen nicht ein beschlossenes Gesetz außer Kraft. Softwareprobleme dürften lösbar sein, immerhin ist das Enddatum für den Abschluss eines Versicherungsvertrages erst der 31. März 2014. Danach können Strafzahlungen fällig werden, wenn keine Versicherung nachgewiesen wird. Eine Bilanz der Einschreibungen für neue Versicherungsverträge Ende Dezember 2013 zeigt eine positive Tendenz: Etwa eine Million Verträge wurden abgeschlossen, bei einer Zahl von etwa sieben Millionen Anspruchsberechtigten.<sup>8</sup> Problematischer ist der im nächsten Abschnitt analysierte Umstand, dass bisher nur vierzehn States die Anspruchsberechtigung für Medicaid, die wie vom Supreme Court bestätigt in ihre Kompetenz fällt, erhöht haben.

### 3. Gestuftes Inkrafttreten des ACA

#### 3.1 Höherer Schutz für die Patienten

Das Kernstück der Gesundheitsreform ist die Möglichkeit für alle US-Bürger, eine bezahlbare Krankenversicherung abzuschließen. Aber auch in die bestehenden Versicherungsverträge wird stärker regulierend eingegriffen, um den kranken Versicherten mehr Rechte zu geben. Dabei ist der wichtigste Punkt, dass im Krankheitsfall der Versicherer den Vertrag nicht mehr wegen des veränderten Gesundheitsstatus kündigen darf. Diese Möglichkeit bedeutete in der Vergangenheit für viele Bürger, dass sie bei schwerer Krankheit nicht nur durch ihre Krankheit belastet waren, sondern auch um ihren Versicherungsschutz fürchten mussten. Gesundheitliche Vorbelastungen, die in der Vergangenheit häufig dazu führten, dass Versicherungen den Abschluss eines Vertrages verweigerten oder prohibitiv hohe Prämien verlangten, sind seit September 2010 verboten. Dieser erste Teil der Marktregulierung des „Patient Protection and Affordable Health Care Act“ wird zu Recht als eine „Bill of

Rights“ bezeichnet, die einen sozialpolitischen Fortschritt des Gesetzes nicht nur für bisher unversicherte Bürger darstellt, sondern für alle.<sup>9</sup> Das Bundesrecht gilt, aber es muss von den States umgesetzt werden, weil sie für die Regulierung des privaten Versicherungsmarktes zuständig sind und die Einhaltung der Gesetze kontrollieren müssen. Neben dem Verbot der Kündigung von Versicherungsverträgen im Krankheitsfall und dem Ausschluss der Berücksichtigung von Vorerkrankungen sind weitere wichtige Regulierungen für Privatversicherungen:

- Die Gesamtausgaben pro Versicherten dürfen weder über den Lebenszyklus noch durch ein jährliches Limit begrenzt werden.
- Kinder können bei ihren Eltern bis zum 26. Lebensjahr mitversichert werden (vorher nur bis 19 Jahre), wovon 7,8 Mio. junge Menschen profitieren, von denen 3 Mio. ohne jede Versicherung waren.
- Abgesehen von Falschangaben oder Betrug durch Versicherte, können Verträge nicht nachträglich gekündigt werden.
- Präventionsmaßnahmen dürfen nicht mit Kostenbeteiligung des Versicherten verbunden werden.
- Notfallversorgung muss ohne vorherige Genehmigung und außerhalb der vertraglich vereinbarten Versorgungsnetze möglich sein.
- Freie Wahl des Leistungsanbieters bei der Primärversorgung und von Kinderärzten.
- Zugang zu Geburtshilfe und gynäkologischer Versorgung ohne Überweisung.<sup>10</sup>

Das sind weitgehende Regulierungen zugunsten der Patienten, die den gesamten

6 Stolberg, S. G. (2013), A New Wave of Challenges to Health Law, in: New York Times vom 2. 12. 2013

7 Gesundheitsministerin Kathleen Sibelius im Repräsentantenhaus, in: New York Times vom 30. 10. 2013

8 Collins, S.; Garber, T. (2013), Enrollment Climbs in the Affordable Care Act's Health Insurance Options, Commonwealth fund Blog vom 20. 12. 2013

9 Keith, K.; Lucia, K.; Corlette, S. (2012), Implementing the Affordable Care Act: State Action on Early Market Reforms, Commonwealth Fund pub. 1586, Vol. 6, New York, S. 1ff

10 a. a. O., S. 3 und Blumenthal, D., '(2013), Reflecting on Health Reform: A Balanced View of the Affordable Care Act, Commonwealth Fund Blog vom 4. 12. 2013

Privatversicherungsmarkt betreffen, also nicht nur die individuell abgeschlossen Krankenversicherungen, sondern auch die Gruppenverträge, die der Arbeitgeber für seine Beschäftigten vereinbart. Anfang des Jahres 2012 hatten alle States bis auf Arizona das Bundesgesetz umgesetzt, wobei 23 States neue Gesetze verabschiedet haben. In den anderen States gab es schon vorher Gesetze, die den neuen Bundesregeln entsprachen, so dass dort kein legislativer Handlungsbedarf bestand, oder man wählte den Weg untergesetzlicher Regeln durch Verordnungen und Richtlinien, die bei der Genehmigung oder Kontrolle privater Versicherungspolice auf der Verwaltungsebene der States umgesetzt werden. Die neuen Gesetze sind sehr unterschiedlich. Teilweise verweisen sie nur auf das Bundesgesetz, oder sie treffen eigenen Regelungen, die über die Anforderungen des ACA, das einen Mindeststandard formuliert, hinausgehen.<sup>11</sup> Dieser Teil des ACA hat den States einen großen Handlungsspielraum eingeräumt, wie die Vorgaben des Bundes umgesetzt werden können. Die Patientenschutzrechte stehen nicht im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit wie die Versicherungspflicht für alle US-Bürger, aber sie sind ebenfalls von großer Bedeutung für Millionen von Menschen, weil sie ihre Rechte im Krankheitsfall stärken, oder wie im Fall von Abhängigen unter 26 Jahren einen bezahlbaren Versicherungsschutz ermöglichen.

### 3.2 Erweiterte Anspruchsberechtigung für Medicaid

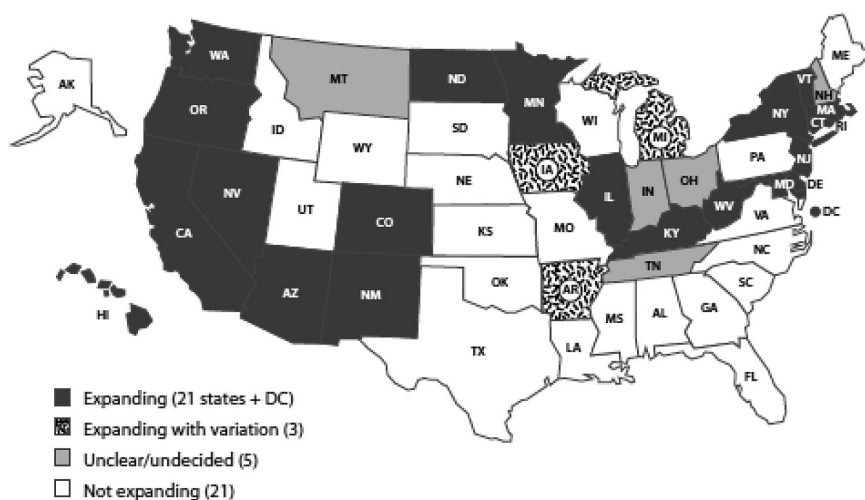
Die Gesundheitsreform verfolgt verschiedene Strategien, um das Ziel einer Krankenversicherung für alle US-Bürger zu erreichen. Medicare für den Senioren wird beibehalten, private Krankenversicherung in der Form von Gruppenverträgen durch den Arbeitgeber oder als Individualversicherung wird im Grundsatz fortgeführt, aber wie oben beschrieben neu reguliert. Neu sind die Regeln, um bisher Unversicherten die Möglichkeit zu eröffnen, das Krankheitsrisiko abzudecken. Dazu werden als zentraler Ansatz regulierte Marktplätze für Versicherungen, im Gesetz Insurance Exchanges genannt, geschaffen, die im nächsten Abschnitt analysiert werden. Sie sollen Markttransparenz schaffen, indem private Versicherungspolice Mindestbedingungen erfüllen müssen, und sie sollen einen Vergleich von Preisen und Leistungen ermöglichen. Soweit die Prämien zu teuer im Vergleich zum eigenen Einkommen sind, wird aus Steuermitteln ein Zuschuss bezahlt. Der andere Weg besteht darin, die Anspruchsberechtigung für Medicaid zu erhöhen, um so mehr Bürger über diesen Zweig einer sozialen Krankenversicherung abzusichern. Medicaid sind Programme der States, die aber föderal festgelegte Mindestbedingungen erfüllen müssen. Die States bekommen wiederum Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, um diese Auf-

gabe zu erfüllen, wobei die Leistungen und Anspruchsberechtigungen zwischen den States durchaus unterschiedlich sein können.

Das ACA sieht vor, die Anspruchsberechtigung auf 133% der nationalen Armutsgrenze anzuheben, was in 2013 15.282 \$ für eine Einzelperson und 31.322 \$ für eine vierköpfige Familie entspricht.<sup>12</sup> Das sind lediglich Richtwerte, die die States über- oder unterschreiten können. Die Entscheidung, ob die Grenzen in den States angehoben werden, liegt mit der Entscheidung des Supreme Court im Juni 2012 ausschließlich bei den States. Im August 2013 hatten erst 21 States beschlossen, ihre Armutsgrenze auf 133% anzuheben (Abbildung 1). In 26 Staaten, die noch unentschieden sind oder eine Anhebung ablehnen, vornehmlich im Süden und in der Mitte der Vereinigten Staaten und mit republikanischen Mehrheiten in ihren Parlamenten, ist gleichzeitig der Anteil der potentiellen Anspruchsberechtigten bei einer Grenze von 133% am höchsten. Dort waren 72% der Einkommensarmen unversichert, im nationalen Durchschnitt 62%.<sup>13</sup>

Der Kongress war bei seinem Gesetz davon ausgegangen, dass die States die Anhebung vornehmen, zumal die Mehrkosten bis 2016 vollständig aus dem Bundeshaushalt finanziert werden und danach auf eine Ersatzquote von 90% abgeschmolzen werden. Weil man mit der Ausdehnung von Medicaid eine Finanzierung geschaffen hat, die die Krankenhäuser von Notfallbehandlungen ohne entsprechende Einnahmen entlastet hat, wurden die Zuschüsse an Krankenhäuser für die Behandlung von Unversicherten entsprechend gekürzt.<sup>14</sup> Damit besteht in diesen Staaten ein doppeltes Problem: Es gibt weiterhin Millionen bisher Unversicherte, die keine Ansprüche an das steu-

Abbildung 1: Stand der Erweiterung der Ansprüche auf Medicaid-Leistungen in den States im August 2013



Note: Indiana and Tennessee have considered expanding with variation.  
Source: Avalere State Reform Insights; Center of Budget and Policy Priorities; Politico.com; Commonwealth Fund analysis.

Quelle: Rasmussen et al. (2013), S. 2

11 a. a. O., S. 4f

12 Families USA (2013), 2013 Federal Poverty Lines <http://www.familiesusa.org/resources/tools-for-advocates/guides/federal-poverty-guidelines.html> (26. 11. 2013)

13 Rasmussen, P.; Collins, S.; Doty, M., Garber, T. (2013), In States' Hands. How the Decision to Expand Medicare Will Effect the Most Financially Vulnerable Americans, Commonwealth Fund pub. 1702, Vol. 23, New York, S.2f

14 Die US-Krankenhäuser sind von Steuern befreit, wenn sie die Notfallversorgung für Unversicherte leisten und bekommen dafür teilweise zusätzlich Zuschüsse (siehe Fn. 13). Unversicherte sind also auch bisher im Notfall nicht ohne medizinische Versorgung, aber auf einem niedrigen Niveau.

erfinanzierte Medicaid-Programm ihrer States geltend machen können, sondern sich privat versichern müssen. Ob sie Zuschüsse über den föderalen Marktplatz bekommen können, wird von der US-Regierung bejaht, ist aber rechtlich umstritten, weil das ACA an dieser Stelle unklar ist.<sup>15</sup> Gleichzeitig bleiben absehbar unbezahlte Krankenhausrechnungen für diese Gruppe, aber die Zahlungen des Bundes für Krankenhausbehandlung entfallen.<sup>16</sup> Hier liegt eine Gesetzeslücke, die dazu führen kann, dass das Ziel einer Krankenversicherung für alle Amerikaner nicht erreicht wird. Die bisherige Weigerung der Hälfte der States, ihre Gesetze an diesem Punkt dem ACA anzupassen, kann nur mit dem „Holy War“ gegen Obamacare erklärt werden. Ideologisch ist das konsequent, für die Betroffenen möglicherweise eine Katastrophe und hinsichtlich der finanziellen Folgen für die Krankenhäuser in den betroffenen States schlicht unvernünftig. Es wird einen Teil der Armen in diesen States ohne Krankenversicherung lassen und die Krankenhäuser in finanzielle Schwierigkeiten bringen. Ob diese Haltung der States durchgehalten werden kann, wird sich in der Zukunft zeigen, wenn die Bürger ihre Lage mit anderen States vergleichen. Zumindest die Krankenhäuser werden eine spürbare Lobby für Änderungen zugunsten der Umsetzung des ACA sein. Die Verantwortung für die Situation wird zwischen Bund und States hin und her geschoben, eine Einigung scheint schwer möglich. So kommentiert der Gouverneur von Georgia, einem armen State, der finanzielle Hilfe dringend braucht: „The state is sitting here, a victim of crime, and you're asking the victim, 'Why did you let yourself get mugged?'“<sup>17</sup> Bei der Tonlage unter Verfassungsorganen scheint eine Einigung schwer möglich zu sein.

### 3. 3. Strikte Regulierung der privaten Krankenversicherungen und Zuschüsse zu Versicherungsprämien

Große Unternehmen sind künftig verpflichtet, für ihre Arbeitnehmer Krankenversicherungsverträge abzuschließen. Sie haben auch die Kompetenz, Prämien und Leistungen der Angebote zu vergleichen und mit den Versicherern Verträge abzuschließen, die mindestens die gesetzlichen Standards erfüllen. Individuen oder kleine Unternehmen fehlt diese Fä-

higkeit und sie zahlen in der Regel höhere Prämien bei schlechteren Leistungen. Deshalb sieht das ACA die Errichtung von „Insurance Exchanges“ vor, quasi Marktplätze für Krankenversicherungsverträge, auf denen Einzelpersonen oder kleine Unternehmen die angebotenen Policen hinsichtlich Prämienhöhe und Leistungen vergleichen können. Zu den Kompromissen zwischen Bund und States bei der Verabschiedung des ACA gehörte, dass die „Marktplätze“ von den einzelnen States nach Rahmenvorgaben des Bundes und auf Bundesebene eingerichtet werden können. Bürger in den 36 States, die Ende 2013 keinen eigenen Versicherungsmarktplatz eingerichtet haben, können ihre Versicherungsverträge über den föderalen Marktplatz des Bundes abschließen. Um Transparenz zu sichern, können die Marktplätze entweder aus den angebotenen Versicherungspolicen diejenigen auswählen, die sie den Nutzern der Plattform anbieten, oder sie können eingereichte Policen hinsichtlich der verlangten Standards zertifizieren.<sup>18</sup> Das Instrument des Marktplatzes dient aber nicht nur der Herstellung von Transparenz, sondern es erfüllt auch eine Dienstleistungsfunktion, weil für die Nutzer gleichzeitig geprüft wird, ob sie Ansprüche bei Medicaid geltend machen können, also keine Privatversicherung abschließen müssen, oder ob sie staatliche Zuschüsse zu ihren Versicherungsprämien bekommen können. Darauf besteht ein Anspruch, wenn das Einkommen des Antragstellers zwischen 100% und 400% des nationalen Armutseinkommens (federal poverty line) beträgt. Der Prüfungsprozess ist sehr komplex, weil folgende Faktoren erfasst werden müssen:

- Staatsbürgerschaft bzw. legaler Aufenthaltsstatus in den USA
- Kein Einsitzen in einer Haftanstalt
- Höhe des Einkommens über die jeweiligen Steuerbehörden wegen der Ansprüche auf Prämienzuschüsse
- der je nach State unterschiedliche Anspruch auf Medicaid
- Angebot von Krankenversicherungspolicen im jeweiligen Staat
- Verbindungsdaten zu den privaten Versicherern, um den Vertragsabschluss über den Marktplatz und die Auszahlung von Prämienzuschüssen zu ermöglichen

Es müssen also verschiedenste Datensätze von Institutionen verknüpft werden, die bisher nicht auf Kooperation und Koordination ausgelegt waren. Der Zugang zum Marktplatz besteht über das Telefon und das Internet. Wer zum 1. Januar 2014 eine Versicherung abschließen wollte, musste das bis zum 15. Dezember 2012 tun, aber spätestens muss bis zum 31. März 2014 eine Krankenversicherung nachgewiesen werden, wenn man Strafzahlungen vermeiden will. Die daraus resultierenden technischen Probleme werden im folgenden Kapitel behandelt.

## Die Krankenhäuser werden eine spürbare Lobby zugunsten der Umsetzung des ACA sein.

Das ACA und die Versicherungsmarktplätze sind das Herzstück der Gesundheitsreform, weil sie erstmals einen Versicherungszwang für alle US-Bürger zwischen 19 und 64 Jahren realisieren, aber durch die Zuschüsse zu den Prämien für ca. 34 Millionen eine private Krankenversicherung erschwinglich machen. Für einen Teil der bisher Unversicherten ohne Anspruch auf Medicaid wird es künftig sogar möglich sein, eine Police zu erwerben, die durch die Zuschüsse für Bezieher niedriger Einkommen per Saldo die Versicherten nichts kostet. Nach einer Erhebung von McKinsey im Oktober 2013 auf der Basis von 21.000 ausgewerteten Policen trifft das für bis zu acht Millionen US-Bürger zu, weil ihr Einkommen so gering ist, dass der ein-

15 Scott, D. (2013), The Story Behind the Biggest Mistake in Obamacare, in: Governing, Fedwatch Blog vom 19. 2. 2013 [www.governing.com/blogs/fedwatch/gov-obamacare-mistake.html](http://www.governing.com/blogs/fedwatch/gov-obamacare-mistake.html) (1. 12. 2013)

16 Seit 1993 zahlt der Bund Zuschüsse an die States, die diese an Krankenhäuser mit überproportional vielen Fällen von unbezahlten Rechnungen verteilen. Im Jahr 2012 waren das 11,3 Mrd. \$. Diese Zuschüsse werden in dem Maße gekürzt, wie durch ACA künftig rechnerisch Medicaid für diese Kosten als Versicherung eintreten sollte. Mitchell, A. (2013), Medicaid Disproportionate Share Hospital Payments, Congressional Research Center, Washington, <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/R42865.pdf> (20. 11. 2013)

17 New York Times vom 9. 11. 2013

18 Rosenbaum, S.; Lopez, N.; Burke, T.; Dorley, M. (2012), State Health Exchange Laws: The First Generation, Commonwealth Fund pub. 1616, Vol. 19, New York, S. 4ff

kommensabhängige Zuschuss höher ist als die billigste Versicherungsprämie.<sup>19</sup>

Die Versicherten können grundsätzlich zwischen vier Formen von Versicherung wählen, die sich in der Höhe der Prämie und dem Maß der Selbstbeteiligung unterscheiden. In der billigsten Variante des „Bronze Plan“ werden 60% der Behandlungskosten erstattet, im „Silver Plan“ 70%, im „Gold Plan“ 80% und im „Platinum Plan“ 90%, wobei die Höhe der Zuzahlungen in jedem Plan gestaffelt nach der Einkommenshöhe jeweils gedeckelt ist, um eine finanzielle „Überforderung“ zu vermeiden. Es wird erwartet, dass auch ohne die Zuschüsse des Staates die Versicherungsprämien der über die Marktplätze erworbenen Policen geringer sind als vor dem ACA. Das entspricht der Logik einer obligatorischen Versicherung auch für junge und gesunde Menschen, die ohne Zwang auf Versicherung verzichten oder ein nur geringes Leistungspaket abschließen würden. Das ist in den USA aus der Perspektive eines Individuums nicht irrational, weil Senioren und ganz Arme versichert sind und im Notfall die Krankenhäuser zur Hilfe verpflichtet sind. Aber es führte dazu, dass in der Vergangenheit Millionen Bürger keine erschwingliche Versicherung abschließen konnten. Um eine adverse Selektion zu verhindern, also auszuschließen, dass nur Bürger mit hohem Morbiditätsrisiko die neuen Versicherungsmöglichkeiten nutzen, ist seit Herbst 2010 auch der Versicherungsmarkt außerhalb der Marktplätze wie oben beschrieben wesentlich stärker reguliert worden, um auszuschließen, dass Versicherungen schlechte Leistungen zu niedrigen Prämien anbieten und damit adverse Selektion gezielt befördern.

Als Teil des politischen Kompromisses, um für ACA überhaupt gesellschaftliche und parlamentarische Mehrheiten zu finden, können Krankenversicherungsverträge, die vor Inkrafttreten des ACA im Frühjahr 2010 abgeschlossen wurden, weiter fortgeführt werden. Diese „Grandfathering“ genannte Ausnahme führt jedoch theoretisch zu einer Entmischung der Versichertenbestände und die Zukunft wird zeigen, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die wegen der besseren Leistungen im Krankheitsfall doch einen neuen Vertrag abschließen, der unter die neue Regulierung fällt. Die aktuelle Analyse der einzelnen Versicherungsmärkte durch McKinsey zeigt, dass

die Preise für Krankenversicherungspolicen innerhalb und zwischen den Märkten stark gespreizt sind und zu 28% neue Anbieter im Markt auftreten, die 16% aller angebotenen Produkte repräsentieren, so dass der Wettbewerb intensiver geworden ist. Die schon bisher bestehenden großen Versicherer wie Blue Cross, Aetna, Humana, Cigna und United Health machen knapp ein Fünftel aller Anbieter aus und bieten in 28 States Verträge an.<sup>20</sup>

Der Rahmen für eine erfolgreiche Umsetzung „Insurance Exchanges“ ist mit dem ACA gegeben, auch wenn viele States auf eigene Marktplätze verzichteten und die Bürger somit auf die föderale Einrichtung zurückgreifen mussten. Damit begannen aber die technischen Probleme bei der Umsetzung des Gesetzes. Das ACA ermöglicht und finanziert auch in der Einführungsphase eine individuelle Beratung der Bürger, um sie mit den neuen Möglichkeiten vertraut zu machen. Diese „Navigators“ oder „Consultants“ werden auf der kommunalen Ebene tätig, sind aber auch nur in den States etabliert, die dem ACA abgeschlossen gegenüberstehen.

#### 4. Technisches Scheitern des föderalen Marktplätze zu Beginn der Einschreibungsfrist

Der Marktplatz auf Bundesebene sollte Anfang Oktober betriebsbereit sein, aber die Website ist in den ersten Wochen häufig zusammengebrochen und die Bürger konnten die notwendigen Informationen nicht bekommen oder sie scheiterten, über die Website einen Versicherungsvertrag ihrer Wahl abzuschließen. Die Gründe sind nicht letztlich geklärt, aber viel spricht dafür, dass angesichts der komplexen Aufgabe, Daten aus unterschiedlichen States abzufragen, die Anspruchsberechtigung für Medicaid und Zuschüsse zur Versicherungsprämie zu prüfen und mit einer privaten Versicherung einen Vertrag abzuschließen, doch zu ehrgeizig war. Es werden empfindliche Daten zu Einkommenslage erfasst, so dass die Datenschutzanforderungen hoch sind. Wahrscheinlich hat man auch zu spät mit der Planung der IT-Plattform begonnen, weil sich der Prozess der Gesetzgebung wegen der Uneinigkeit des Kongresses immer wieder verzögerte. Bis Juni 2012 war zudem unklar, ob das Verfassungsgericht das ACA überhaupt als verfassungskonform ansehen

würde. Es wurden zwar über 600 Mio. US-Dollar für das IT-Projekt bereitgestellt, aber vielleicht zu wenig, um ein so komplexes Problem zu lösen. Beauftragt waren Dutzende von privaten IT-Firmen, aber die zentrale Koordination zwischen den Firmen und eine präzise Aufgabenbeschreibung war eher notleidend, so dass die Funktionsfähigkeit des Systems erst in der Praxis geprüft wurde. Die scheiterte dann grandios, was zu hoher Verunsicherung bei denjenigen führte, die sich über die Website in neue Versicherungsverträge einschreiben wollten. Nur 14 States haben sich für eine eigene „Exchange“ entschieden. Die große Zahl der States, die keinen eigenen Marktplatz einrichteten, hat den Ansturm auf die föderale Plattform noch erhöht, was die Ausfälle ebenfalls erklärt. Umgekehrt konnten sich aber Bürger, wenn auch viel zu wenig, in neue Verträge einschreiben, so dass das System im Grundsatz seine Funktionalität zeigen konnte, aber eben nur für Einzelne. 700.000 haben im ersten Monat die Plattform aufgerufen, aber nur 100.000 konnten zu einem Vertragsabschluss kommen. Die Gesundheitsministerin hat in einer Anhörung des Repräsentantenhauses erklärt, die Plattform werde bis zum 30. November 2013 ohne Fehler zum Laufen gebracht.<sup>21</sup> Die Zahl der Einschreibungen im Dezember 2013 zeigt, dass das System nicht fehlerfrei arbeitet, aber deutlich besser.

Die Einführung komplexer EDV-Systeme ist auch in Deutschland an verschiedenen Stellen gescheitert, etwa bei der Polizei oder der elektronischen Gesundheitskarte, deshalb ist zu Häme kein Anlass. Spöttisch könnte man sagen, vielleicht hätte sich die Regierung Rat bei ihren Geheimdiensten holen sollen, die gezeigt haben, dass sie ungeheure Datenmengen sammeln und verarbeiten können. Aber das ist auch kein demokratisch kontrollierter Prozess, wohingegen die Regeln öffentlicher Ausschreibung auf die Simulation von Wettbewerb ausgerichtet sind, was zentrale Steuerung bei einem so sektoral vielfach verflochtenen Projekt nicht erleichtert. Die „Exchanges“ in den States funktionieren jedenfalls, was un-

19 Banerjee, A.; Coe, E.; Oatman, J. (2013), Exchanges Go Live: Early Trends in Exchange Dynamics, McKinsey&Company, [http://www.mckinsey.com/client\\_service/health-care\\_systems\\_and\\_services](http://www.mckinsey.com/client_service/health-care_systems_and_services) (20.11.13), S. 7ff

20 a. a. O., S. 3ff

21 New York Times vom 31. 10. 2013

terstreicht, dass es sich auf Bundesebene um technische Probleme der zentralen IT-Plattform handelt. In Kalifornien, mit 38 Mio. Berechtigten kein kleiner State, haben sich seit Beginn der Einschreibungsfrist täglich mehr als 10.000 Bürger in dem kalifornischen Marktplatz eingeschrieben. Die Zahl entsprach dem angestrebten Ziel. Wichtig ist auch die Erfahrung, dass die Mischung der Versicherten stimmt, denn nur wenn Junge und Gesunde die neuen Versicherungen abschließen, erfolgt ein Risikoausgleich, der günstige Prämien ermöglicht. 22,5% der neu Versicherten sind zwischen 18 und 34 Jahren alt, was ihrem Anteil an den Berechtigten knapp überschreitet.<sup>22</sup>

Vierzehn States betreiben ihre eigenen Versicherungsmarktplätze, bei denen die Einschreibung auf den Websites auch funktioniert. Bis Mitte November hatten 106.000 Bürger einen Versicherungsvertrag abgeschlossen, 975.000 waren eingeloggt, haben aber noch keine Entscheidung für einen Vertrag getroffen

### **Je mehr Amerikaner die Vorteile des ACA erfahren, desto unglaublicher dürfte die Fundamentalopposition der Republikaner werden.**

und bei 396.000 Antragstellern wurde eine Berechtigung zu Leistungen nach Medicaid oder der Krankenversicherung für Kinder CHIP festgestellt.<sup>23</sup> Zum Teil haben die States einfachere, technische Lösungen bei ihren Marktplätzen gewählt und nicht versucht, den hohen Anspruch zu erfüllen, in einem Vorgang Informationen über die Anspruchsberechtigung und die Transparenz über die Policen mit dem Abschluss eines Vertrages zu verbinden. Dann werden die Datenschutzprobleme deutlich verringert, weil sich der Nutzer für die Informationsgewinnung nicht mit seinem Namen anmelden muss. Jedenfalls zeigen die Erfolge in den States, dass das ACA seine Ziele erfüllt, auch wenn es bei der zentralen Website große Probleme bei der Freischaltung gab.

Die politische Diskussion über das Debakel bei der Einführung der zentralen „Exchange“ ist noch dadurch befeuert worden, dass die Krankenversicherungen diejenigen Versicherten angeschrieben haben, deren Verträge die neuen Min-

destandards nicht erfüllen, dass ihre Krankenversicherung in der bisherigen Form am 1. Januar 2014 endet. Die Angst, ohne eine neue Versicherung dazustehen, ist naturgemäß groß, auch wenn es sich nur um die relativ kleine Gruppe handelt, die nach dem Frühjahr 2010 einen neuen Vertrag abgeschlossen haben. Die Glaubwürdigkeit des Präsidenten ist zudem in Gefahr geraten, weil er irrtümlich in einer Rede gesagt hatte, jeder könnte seinen Vertrag behalten, wenn er ihm gefällt.<sup>24</sup> Dieses „Grandfathering“ ist zwar im ACA für alte Versicherungspolicen vorgesehen, aber eben nicht für Neuverträge nach Frühjahr 2010. Der Präsident hat den Fehler auch eingestanden und erklärt, die States hätten die Möglichkeit, alte Verträge übergangsweise weiter zu akzeptieren. Das verstärkt die ohnehin bestehende Gefahr, dass Jungen und Gesunden ein Verbleib in alten Verträgen zugestanden wird und damit eine Risikoverschlechterung und höhere Prämien für den verbleibenden Versichertenbestand eintreten könnten. Die volle Wirksamkeit des ACA ist für Großbetriebe bereits auf 2015 terminiert, Ende November 2013 hat das Gesundheitsministerium die Frist für Klein- und Mittelbetriebe um ein Jahr auf Ende 2014 verlängert, um die Lösung der technischen Probleme bei dem föderalen

Marktplatz zu erleichtern.<sup>25</sup> Auch das ist für die betroffenen Betriebe mehr als ärgerlich, weil sie ähnlich wie individuelle Versicherungsnehmer mit hohen Versicherungsprämien zu kämpfen haben. Für sie würde der Marktplatz größere Transparenz und Steuererleichterungen bringen, was jetzt erst später greifen kann.

Eine Schwierigkeit bei der Bewertung der neuen Versicherungspolicen liegt auch darin, dass der Vergleich von alten und neuen Verträgen Äpfel und Birnen vergleicht, denn die neuen Verträge bieten ein sehr viel höheres Leistungsniveau zu teilweise geringeren Prämien, wenn man die Zuschüsse mit einrechnet. Auch die Darstellung der Höhe der Selbstbeteiligung ist wenig transparent. Absehbar wird es auch Fälle geben, die künftig mehr zahlen müssen, deshalb ist die Haltung der Gesellschaft und der einzelnen Bürger zu sozialstaatlicher Umverteilung so entscheidend. Wenn in Fox-News oder anderen Medien, die das ACA bekämpfen, ständig Fälle

vorgeführt werden, die eine höhere Belastung beklagen und die Gewinner der Gesundheitsreform unerwähnt bleiben, wird es für Parlamentarier und Präsidenten schwierig, einen klaren Kurs zu behalten. Die Republikaner haben die Probleme bei der Umsetzung des föderalen Marktplatzes nochmals versucht, das ACA auszuhebeln, aber ohne Erfolg. Je mehr Amerikaner die Vorteile des ACA erfahren, desto unglaublicher dürfte ihre Fundamentalopposition werden.

## **5. Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung**

Die Vereinigten Staaten haben seit Jahren hohe Haushaltsdefizite, aber die Subventionierung privater Versicherungsverträge, um allen Bürgern eine bezahlbare Krankenversicherung zu garantieren, erhöht die Staatsausgaben. Die Gesundheitsreform soll aber insgesamt haushaltsneutral sein, so dass etwa die Hälfte der Mehrkosten – so das Ziel bei Verabschiedung des ACA – in den nächsten zehn Jahren durch zusätzliche Steuereinnahmen refinanziert werden soll, die andere Hälfte von rund 500 Mrd. \$ soll durch Einsparungen im Gesundheitssektor erbracht werden. Gleichzeitig soll die Qualität der Versorgung verbessert werden. Es ist zu früh, um zu beurteilen, ob das ehrgeizige Ziel „More value for money“ erreicht werden kann, denn viele Maßnahmen laufen erst seit kurzer Zeit und finden noch keine Anwendung in der Breite des Versorgungssystems. Wie in vielen anderen OECD-Ländern zielen die Veränderungen in erster Linie auf veränderte ökonomische Anreize durch neue Entgeltsysteme und auf eine engere Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung. Medicare und Medicaid als staatliche Versicherungssysteme, die etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in den USA finanzieren, spielen dabei die Hauptrolle. Die Reformansätze sollen nur in ihren Grundzügen skizziert werden.

22 Krugman, P. (2013), California, Here We Come, Kommentar in New York Times vom 25. 11. 2013

23 US Department of Health and Human Services (2013), Presseerklärung vom 13. 11. 2013, <http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/11/20131113a.html> (26. 11. 2013)

24 Transkript der Pressekonferenz von Präsident Obama in New York Times vom 14. November 2013

25 New York Times vom 28. 11. 2013

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben seit 2010 gibt Anlass zur Hoffnung, dass der Kostenanstieg gebremst wurde. Die realen Ausgaben pro Kopf sind in den letzten drei Jahren um 1,3% gestiegen, im Vergleich zu den Werten seit 1965 ist das ein Drittel der Wachstumsrate. Das Congressional Bureau of Budget hat dementsprechend seine Ausgabenschätzung für Medicaid und Medicare für die nächsten zehn Jahre um 10% reduziert.<sup>26</sup> Es wäre vorschnell, dies ausschließlich dem ACA zuzurechnen, denn ein Teil dürfte Folge der Wirtschaftskrise sein. Insofern sind vertiefte Analysen nötig, welche Elemente des ACA in welcher Weise auf die Kostenentwicklung wirken.

Im Fokus der Kostenentwicklung stehen die Krankenhäuser. Sie werden über Fallpauschalen finanziert. Um hier die Mengenentwicklung zu steuern, muss es eine Strategie geben, medizinisch nicht indizierte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, was nur gelingen wird, wenn stationärer und ambulanter Sektor besser verknüpft werden. Im ambulanten Sektor ist das Hauptproblem, dass er im Wesentlichen durch eine Einzelleistungsvergütung geprägt ist und damit Anreize setzt, die Menge der Leistungen auszuweiten. Beide Probleme sollen durch neue Formen der integrierten Versorgung angegangen werden. Dazu gibt es in der Form von Managed Care viele Modelle, aber die häufigste Form der „Health Maintenance Organization“, die Versicherungs- und Versorgungsfunktion in einer Organisations- oder Vertragsform zusammenführte, war bei Ärzten und Patienten gleichermaßen unbeliebt, weil sie dazu führte, dass das ökonomische Interesse des Versicherers dominierte. Dem kann nur durch eine transparente und für den Patienten verständliche Qualitätsberichterstattung entgegengewirkt werden, wenn man die Effizienzreserven in der medizinischen Versorgung erschließen will. Dazu sieht das ACA eine Reihe von Maßnahmen vor, die die Qualitätsberichterstattung verbessern sollen. Eine bessere sektorale Verknüpfung soll durch neue Entgeltformen erreicht werden, die die Qualität der Leistung einbeziehen und vor allem eine über mehrere Leistungserbringer oder Leistungskomplexe gebündelte Bezahlungen („bundled payments“ und „pay

for performance“) ermöglichen.<sup>27</sup> Auf Bundesebene wird ein eigenes Institut errichtet, um die Modelle zu bewerten und gegebenenfalls ihre Verbreitung in der Fläche zu befördern.

Die interessanteste neue Organisationsform ist die „Accountable Care Organization“ (ACO), die mehrere Leistungserbringer innerhalb eines Sektors oder die Sektorengrenzen überschreitend in einer Organisation verbindet und die ein eigenes Budget vom Versicherer bekommt, über dessen Verwendung sie entscheiden kann, was aber eine vollständige Kostentransparenz voraussetzt. Die Gewinne werden in einem vereinbarten Schlüssel zwischen der Krankenversicherung und den Leistungserbringern und innerhalb der Leistungserbringer verteilt. Dabei kann auch die Krankenversicherung das

### **Das Ziel von „Obamacare“, Millionen bisher unversicherte Bürger mit einem Schutz im Krankheitsfall zu versehen, wird absehbar in 2014 erreicht werden.**

Budget verwalten, entscheidend ist die Transparenz, weil nur so Vertrauen zwischen allen Beteiligten erzeugt werden kann, dass niemand übervorteilt wird. Das setzt eine gute IT-Ausstattung und eine Kosten- und Leistungsrechnung voraus und erfordert beträchtliche Managementkapazitäten. Es gibt ermutigende Ansätze in verschiedenen States. Entscheidend für den Erfolg ist, dass die Initiative von den Leistungserbringern ausgeht und sie die Zusammenarbeit im Team auch wollen. Ob das in der Breite der Versorgung gelingt, bleibt abzuwarten, auf jeden Fall ist eine Vielfalt von Modellen in der Erprobung (Ende 2013 gab es 250 ACOs), die erfolversprechend sind.<sup>28</sup>

Eine erste Auswertung der angebotenen Versicherungspolice in den verschiedenen „Exchanges“ zeigt, dass die preisgünstigen Verträge auf der Leistungsseite Formen der integrierten Versorgung anbieten und sich die Prämienhöhe danach differenziert, wie breit oder eng das Versorgungsnetz ist, dass der Versicherte ohne Zuzahlungen aus der eigenen Tasche in Anspruch nehmen darf. 60% aller angebotenen Verträge enthalten Formen von Managed Care, vor allem die Versiche-

rungen, die neu in den Markt eintreten, bieten sie an.<sup>29</sup> Damit könnte die mit dem ACA verbundene Erwartung aufgehen, dass die neuen Versicherungsmarktplätze nicht nur eine Krankenversicherung zu erschwinglichen Konditionen ermöglichen, sondern dass sie auch der Motor für eine kostengünstigere Gesundheitsversorgung sein könnten.

## **6. Fazit**

„Obamacare“ ist vom parlamentarischen Prozess bis zur Umsetzung im Jahr 2014, in dem das Kernstück der Reform, die Versicherungspflicht für alle Amerikaner, in Kraft tritt, ein Hürdenlauf gewesen, in dem ein Scheitern nicht ausgeschlossen war. Ende 2013 kann festgestellt werden, dass die 2010 in Kraft getretenen Reformen weitgehend umgesetzt sind und der private Versicherungsmarkt umfassend neu reguliert worden ist, um die Rechte der Patienten zu schützen. Dazu gehören Mindestanforderungen an das Leistungsniveau, aber auch das weitgehende Verbot, Versicherungsverträge zu kündigen oder den Vertragsabschluss wegen Vorerkrankungen zu verweigern. Das Ziel, Millionen bisher unversicherte Bürger mit einem Schutz im Krankheitsfall zu versehen, wird absehbar in 2014 erreicht werden, auch wenn der Start durch technische Probleme bei der zentralen Webseite verzögert werden könnte. Viele republikanisch regierte States haben sich der Mitwirkung entzogen, was bezogen auf die höhere Anspruchsberechtigung bei Medicaid ihr verfassungsgemäßes Recht ist. Die Gefahr ist allerdings, dass damit ein Teil der Einkommensschwachen in diesen States nicht den Schutz bekommen können, die die nationale Gesundheitsreform ihnen verschaffen wollte. ■

26 Council of Economic Advisers (2013), The Recent Slowdown in Health Care Cost Growth and the Role of the Affordable Care Act, Washington, [www.whitehouse.gov/blog/2013/11/20](http://www.whitehouse.gov/blog/2013/11/20) (21. 11. 2013) CEA ist ein wissenschaftliches Beratungsgremium des US Präsidenten und ähnelt dem deutschen „Sachverständigenrat Wirtschaft“.

27 Guterman, S.; Drake, H. (2010), Developing Innovative Payment Approaches: Finding the Path to High Performance, Commonwealth Fund pub. 1401, Vol. 87, New York, S. 3ff

28 Rittenhouse, D.; Shortell, S.; Fisher, E.; (2009), Primary Care and Accountable Care – Two Essential Elements of Delivery-System Reform, in: N Engl J Med, Vol. 361, p. 2301ff

29 Banerjee, Coe, Oatman, a. a. O., S. 9f