

Auf dem Wege der Besserung? Zur amerikanischen Gesundheitspolitik

Läufer, Ines

Veröffentlichungsversion / Published Version

Stellungnahme / comment

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Läufer, I. (2013). *Auf dem Wege der Besserung? Zur amerikanischen Gesundheitspolitik*. (Der Ordnungspolitische Kommentar (IWP Köln), 3/2013). Köln: Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität Köln. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-338982>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Der Ordnungspolitische Kommentar

Nr. 03/2013

05. März 2013

Auf dem Wege der Besserung? Zur amerikanischen Gesundheitspolitik

Von Ines Läufer

Die Herausforderungen für die amerikanische Gesundheitspolitik sind groß: Neben der hohen Zahl unversicherter und unterversorgter Personen stehen rapide steigende und hohe Gesundheitskosten, sowie eine mangelnde Koordination der Leistungserbringer auf der Problemagenda. Die Reform von Präsident Obama sucht die Lösung in der Regulierung des privaten Krankenversicherungsmarktes.

„Sozialpolitik“ durch Förderung privater Versicherungsarrangements der Unternehmen

Das Krankenversicherungssystem der USA basiert traditionell auf der von Arbeitgebern für ihre Belegschaft abgeschlossenen privaten Krankenversicherung (Employer Sponsored Insurance, kurz ESI). Versichert wird die Gruppe der Arbeitnehmer, so dass nur die Durchschnittskosten des Kollektivs relevant sind und von allen beschäftigten Versicherten über eine Durchschnittsprämie gemeinsam getragen werden. Die Alternative zur Gruppenversicherung besteht für die meisten Personen nur im Abschluss eines individuellen Krankenversicherungsvertrags. Die Regelungen dieser Versicherungsform variieren sehr stark zwischen den einzelnen Bundesstaaten; meist aber wird die Prämie der Versicherung nach individuellen Risikofaktoren bemessen. Hohe erwartete Krankheitskosten des Versicherten gehen also mit einer entsprechend hohen Prämie einher. In der Gruppenversicherung erfolgt der Eintritt in die Versichertengemeinschaft dagegen quasi „bedingungslos“, was als großer Wert angesehen wird. Auch sind die Verwaltungskosten im Vergleich zur privaten individuellen Versicherung deutlich geringer, was sich ebenfalls in den Prämien der Versicherten niederschlägt. Insbesondere aber ist diese Versicherungsform durch eine steuerliche Förderung gekennzeichnet: Die arbeitgeberseitigen Prämienzahlungen werden als Betriebsausgaben gewertet und nicht besteuert.

Der Staat hat sich auf der einen Seite aus der individuellen privaten Vorsorge herausgehalten; auf der anderen Seite aber wurde die von privaten großen Unternehmen angebotene Versicherungsmöglichkeit statt einer konsequent bedürftigkeitsgeprüften Sozialpolitik gefördert. Ein lukratives Arrangement für Versicherungen und Arbeitnehmer. Diese Förderung ist kostspielig, geht sie doch mit

Die Autorin verbringt dank eines Stipendiums des DAAD und des American Institute for Contemporary German Studies gegenwärtig einen Forschungsaufenthalt in Washington DC. Dieser erlaubt ihr die Verfolgung der gesundheitspolitischen Diskussionen und intensiven Austausch mit unterschiedlichen Experten. In ihrem Forschungsprojekt untersucht sie die Funktionsfähigkeit privater Krankenversicherungsmärkte.

Mehr unter: <http://www.aicgs.org/expert/ms-ines-laeufer/>

einem Verzicht auf entsprechende Steuereinnahmen einher. Während diese Subventionierung der Gruppenversicherung allen Arbeitnehmern großer Unternehmen, unabhängig von der Einkommensposition, zugute kommt, bestand bislang eine Lücke bei der Unterstützung für einkommensschwache Personen: Denn keinesfalls wurden all jene, die sich die Prämie für eine individuelle private Krankenversicherung nicht leisten konnten, unterstützt. Staatlich finanzierte Systeme („Medicaid“ bzw. zusätzlich das ausschließlich Kindern zugängliche Programm „CHIP“) gewährten bislang nur einkommensschwachen Behinderten, Müttern oder Kindern eine Krankheitsversorgung.¹

Man merkt es den Menschen an, dass sie vom Staat keine Großzügigkeit gewöhnt sind. Egal, ob es sich um die Beantragung einer Sozialversicherungsnummer oder um Hilfestellung bei der Beantragung von sozialen Hilfen handelt: Auf dem Amt wird nicht zuletzt auch durch die strenge Attitüde der Mitarbeiter deutlich, dass der Staat nicht freizügig Geschenke macht. Dies kann gerade für schwache, bedürftige Menschen die Inanspruchnahme ihrer Rechte erschweren.

Regulierung individueller Krankenversicherungsverträge...

Die Reform von Präsident Obama ist in erster Linie als Antwort auf die aus europäischer Sicht unvorstellbar hohe Zahl von 50 Mio. Unversicherten in den USA zu begreifen. Deren Zugang zu einer Gesundheitsversorgung ist sehr eingeschränkt: Lediglich eine Notfallversorgung im Krankenhaus steht zur Verfügung. Der mangelnde Zugang zu ambulanter medizinischer Versorgung führt für die unversicherten Personen oft zu einer Verschleppung von Krankheiten und schließlich zu großen gesundheitli-

¹ Ab dem 65. Lebensjahr genießen die Bürger der USA dann allerdings wieder Krankenversicherungsschutz im über lohnabhängige Beiträge finanzierten System „Medicare“.

chen Problemen. Zugleich sind jene Behandlungen, die den Unversicherten in Krankenhäusern zustehen, meist sehr kostenintensiv. Letztendlich müssen diese Ausgaben dann über entsprechend erhöhte Preise für die medizinische Behandlung von den anderen, versicherten Patienten mitfinanziert werden.

Die aktuelle Gesundheitsreform soll diese Probleme durch einen erleichterten Zugang zur Krankenversicherung lösen, und dies gerade für einkommensschwache und kranke Personen. Um dieses Ziel zu erreichen, nimmt der Staat zukünftig auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt eine dominanter, unmittelbarer eingreifende Rolle ein.

Zum einen soll der Zugang zum privaten Versicherungsmarkt gerade für hohe Risiken durch risikounabhängige Versicherungsprämien erzwungen werden. Diese Regel geht mit der Verpflichtung der privaten Krankenversicherer einher, alle Personen zu versichern. Des Weiteren besteht ab 2014 für die meisten Personen eine Versicherungspflicht. Diese ist notwendig, um Personen mit geringen Krankheitskosten in das Versicherungskollektiv einzubinden, denn nur so kann die Umverteilung zwischen guten und schlechten Risiken gelingen.

Zum anderen soll der Abschluss einer Krankenversicherung für alle Personen auch durch mehr Transparenz und bessere Vergleichbarkeit der Leistungskataloge erleichtert werden. Durch die Reform sollen ab 2014 (bundes-) staatlich organisierte bzw. kontrollierte Versicherungsmärkte, sogenannte Exchange Märkte, entstehen. Auf diesen werden die Vertragsbedingungen und Versicherungsprodukte weitgehend standardisiert. Damit verbunden ist die Hoffnung auf intensiveren Preiswettbewerb zwischen den Versicherungen. Der Abschluss der standardisierten Versicherungsverträge wird durch einkommensabhängige Prämiensubventionen auf den Exchange Märkten gefördert. Die amerikanische Gesundheitspolitik verabschiedet sich mit diesen Regelungen der Tendenz nach von einem freien Krankenversicherungsmarkt. Die rigide staatliche Preis- und Produktsteuerung auf den Krankenversicherungsmärkten macht jedoch skeptisch – gerade auch im Hinblick auf deutsche Erfahrungen mit solchen Systemen.

Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung unterscheidet sich von der amerikanischen Gruppenversicherung in erster Linie durch das ihr zusätzlich innewohnende Prinzip der lohnabhängigen Beiträge. Gemeinsam ist aber beiden Versicherungsorganisationen, dass der Zugang zur Gruppe der Versicherten für alle Personen zu gleichen Bedingungen, unabhängig von persönlichen Risikofaktoren, erfolgt.

...auf Kosten von Versorgungswettbewerb?

Mit den risikounabhängigen Prämien geht jedoch ein reduzierter Anreiz für Versicherungen einher, Personen mit hohen erwarteten Kosten zu versichern, da die Prämie im Vergleich zum erwarteten Aufwand zu gering ist. Die Versicherung hoher Risiken ist unter diesen Umständen ein Wettbewerbsnachteil. Durch eine staatlich organisierte, zentrale Anpassung der Prämieinnahmen an die Ausgabenstruktur der Versicherungen (Risikostrukturausgleich) soll diesem Problem entgegen gewirkt werden. Für einen Versicherten mit hohen erwarteten Kosten erhält eine Versicherung dann zusätzliche Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds. In den USA müssen auf den neu regulierten Versicherungsmärkten erst die Strukturen für einen solchen Risikostrukturausgleich geschaffen werden. Deren genaue Ausgestaltung wird in den einzelnen US Bundesstaaten noch diskutiert.

Mit der zentralen Umverteilung der Prämieinnahmen zwischen den Versicherungen nach deren Versichertenstruktur ist jedoch noch nicht gewährleistet, dass die Versicherungen auch einen Anreiz haben, die schwer kranken Personen gut zu versorgen. Durch den Risikoausgleich entsteht zunächst nur ein Interesse der Versicherungen an Zuschlägen, die gemessen an den tatsächlichen Kosten der Versicherung hoch ausfallen. Versicherungen werden also versuchen, ihre Versicherten kränker darzustellen als sie tatsächlich sind und nicht unbedingt, diese auch besser zu versorgen. Denn von einer guten Versorgung aller Versicherten profitieren die Versicherungen in solchen Systemen nicht automatisch: wenn sie damit zu erfolgreich sind und ihr Versichertenpool gesünder wird, bekommen sie weniger Zuschläge aus dem Fonds. Die Kosten für die bessere Versorgung müssen sie indes selbst tragen. Anreize für ein gutes Versorgungsmanagement werden also zumindest reduziert, was gerade für hohe Risiken von Nachteil sein dürfte.

Auch heute schon wird aber in den USA eine mangelhafte Patientenorientierung bei der Versorgungskoordination beklagt. Mit der Reform wird auf dieses Problem in erster Linie durch verstärkte Aufsicht über Prämienhöhe, -struktur und Verwaltungskosten sowie staatliche Initiierung neuer Versorgungsformen reagiert. Insgesamt erfolgt damit der Schritt in Richtung eines strikter staatlich kontrollierten Gesundheitssystems. Die Ursachenanalyse der Kosten- und Versorgungsprobleme rückt indes in weite Ferne, ebenso wie die Etablierung eines geregelten Wettbewerbs um Versicherungs- und Versorgungsleistungen im Interesse der Versicherten.

8754 Zeichen (Textbox: 459 Zeichen)

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung der Autorin, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik oder des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung der Autorin zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an die Autorin.

Dipl.-Volksw‘in. Ines Läufer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaftspolitik. Kontakt: Tel: 0221-470 5354 oder E-Mail: laeuf@wiso.uni-koeln.de.