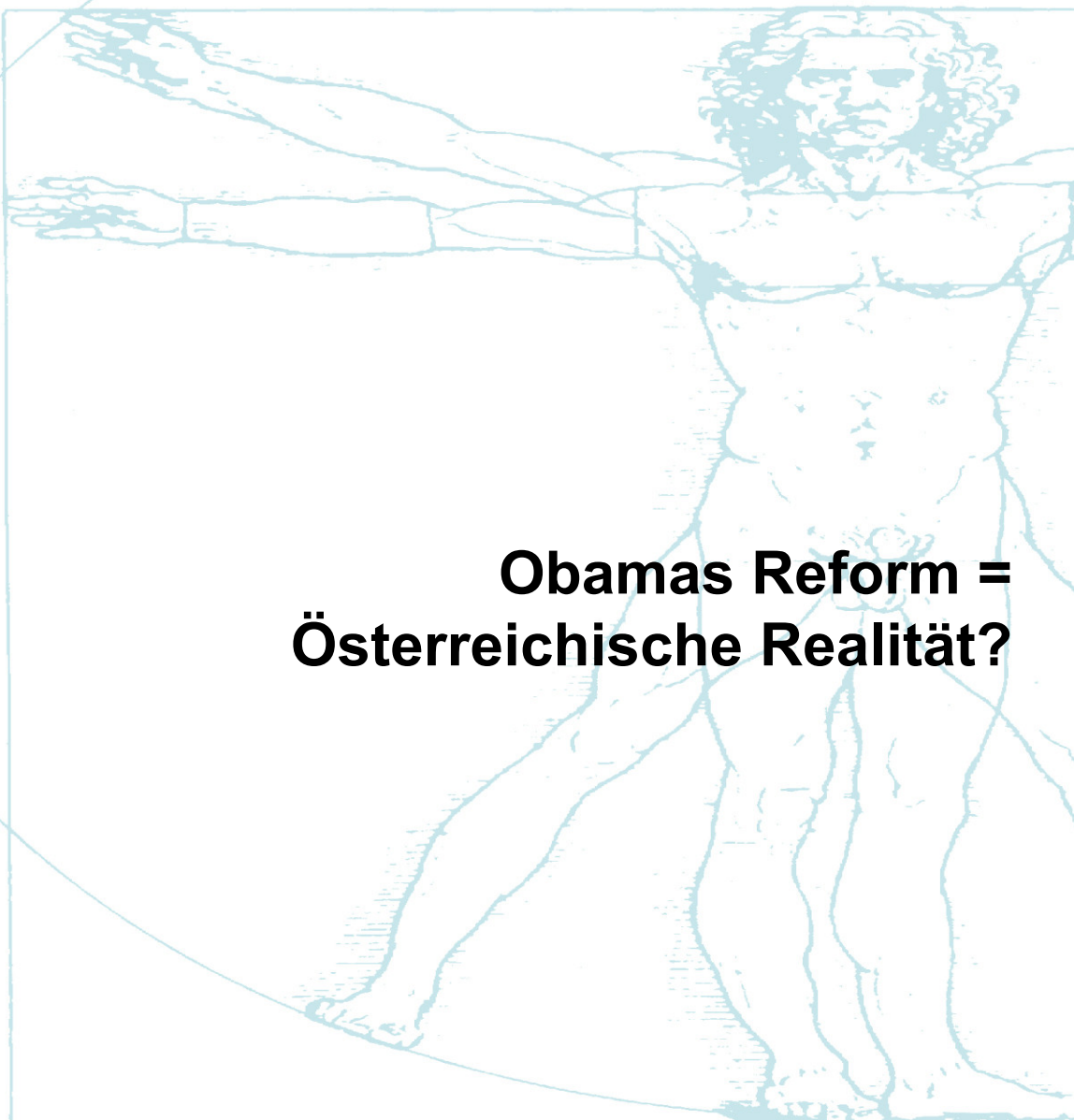


Dokumente

Gesundheitswissenschaften

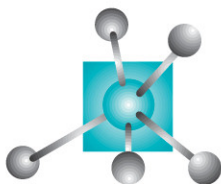
Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.



Obamas Reform = Österreichische Realität?

Bettina Ottendörfer

Linz, März 2010



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Grundlagen und Aufbau des Gesundheitssystems	3
2.1	Privater Versicherungsschutz	3
2.2	Staatliche Programme.....	4
3	Ausgestaltung des Versicherungsschutzes	6
3.1	Zustandekommen der Versicherung	6
3.2	Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich	9
3.3	Finanzierung	10
3.4	Gesundheitsausgaben.....	12
4	Gesundheitsreformpläne	14
5	Fazit und Ausblick	17
6	Quellen	18

1 Einleitung

Die Entwicklungen im amerikanischen Gesundheitssystem sind ein sehr aktuelles und vielfach diskutiertes Thema. Immer noch verfügt ein großer Teil der amerikanischen Bevölkerung über keine oder keine ausreichende Krankenversicherung. Viele Menschen können sich diese auch nicht leisten. Ein erneuter Versuch, das Gesundheitssystem zu reformieren, wird derzeit von Präsident Obama unternommen, mit dem Ziel ein erschwingliches Gesundheitssystem für alle AmerikanerInnen zu ermöglichen.

Österreich verfügt bereits über eine soziale Krankenversicherung, die auf dem Prinzip der Solidarität aufgebaut ist. In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, in wie weit in Österreich die Vision des amerikanischen Präsidenten bereits als erfüllt betrachtet werden kann.

Im ersten Teil der Arbeit wird ein Überblick über die Grundlagen des Gesundheitssystems in den Vereinigten Staaten gegeben. Im nächsten Schritt werden einige wesentliche Elemente des Gesundheitswesens beschrieben und Österreich gegenüber gestellt. Schließlich werden im letzten Schritt die wesentlichen Elemente und Ideen der geplanten Gesundheitsreform vorgestellt und ein Resümee gezogen.

Das Hauptaugenmerk bei der Betrachtung Österreichs wird auf die Gruppe der unselbstständig Beschäftigten nach dem ASVG gelegt. Diese stellen die größte Gruppe der Versicherten dar. Die arbeitende Bevölkerung ist auch jene Gruppe, die am meisten von der Gesundheitsreform in den USA betroffen ist.

Da die Gesundheitsreform während dem Erstellen dieser Arbeit noch nicht abgeschlossen war, kann es noch zu Änderungen bei der Ausgestaltung der Reform kommen. Diese können nicht mehr in die vorliegende Arbeit einfließen. Folglich zeigt die Arbeit die Entwicklungen, die sich bis 22. November 2009 ergeben haben.

2 Grundlagen und Aufbau des Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen in den USA stellt kein einheitliches System dar. Es bestehen wesentliche Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen sowie zwischen den einzelnen Bundesstaaten.

Im amerikanischen Gesundheitssystem spielen sowohl der private als auch der öffentliche Sektor eine wichtige Rolle. Die Ausgestaltung des Versicherungsschutzes und die Art und Weise wie das Gesundheitssystem finanziert wird, sind untypisch im Vergleich mit den anderen OECD Ländern.

Im amerikanischen Gesundheitssystem gibt es im Gegensatz zu Österreich keinen allgemeinen Versicherungsschutz. Darüber hinaus gibt es auch kein einheitliches Gesundheitssystem. Es muss zwischen privaten und staatlichen Versicherungen bzw. staatlichen Versorgungsprogrammen unterschieden werden.

2.1 Privater Versicherungsschutz

Der größte Anteil der Bevölkerung ist privat versichert. Ein großer Anteil der privat versicherten Personen wird durch ihren Arbeitgeber mit Versicherungsschutz versorgt. 58,6 Prozent der versicherten Personen sind über ihre Arbeitsstelle krankenversichert (vgl. US Census Bureau, 2008 S. 20). Arbeitgeber sind gesetzlich dazu aber nicht verpflichtet und die ArbeitnehmerInnen haben keinen grundsätzlichen Anspruch auf diese Leistung. Die versicherten MitarbeiterInnen zahlen üblicherweise ein Viertel der Prämie selbst, der restliche Betrag wird vom Dienstgeber geleistet (vgl. Jost, 2008).

Diese Form der Versicherung stellt insbesondere dann ein Risiko für die Versicherten dar, wenn diese den Arbeitsplatz wechseln oder verlieren. Es führt weiters zu einem erheblichen Ungleichgewicht zwischen ArbeitnehmerInnen großer Unternehmen und jenen kleinerer Unternehmen, da sich meist nur größere Unternehmen eine Krankenversicherung für die MitarbeiterInnen leisten können. Dies stellt außerdem für qualifizierte Arbeitskräfte einen Anreiz dar, eine Anstellung eher in einer großen als in einer kleinen Firma zu suchen.

Neben den oben genannten Möglichkeiten besteht auch noch die Option, dass Unternehmen selbst die Versicherungsleistungen für die MitarbeiterInnen erbringen. Dies trifft in erster Linie auf Unternehmen mit tausenden MitarbeiterInnen zu, da erst dann der Risikopool ausreichend groß ist um die Versicherung durchzuführen. Diese Form der

Versicherung ist für Unternehmen kostengünstiger, da das Unternehmen zumeist keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen abschließt, sondern den Gesundheitsfonds selbst verwaltet und folglich auch keine Beiträge für die MitarbeiterInnen zu entrichten hat. Weitere Einsparungen ergeben sich für das Unternehmen, da es keine Versicherungssteuer zu entrichten hat. Außerdem ergibt sich dadurch mehr Flexibilität in der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes, da das Unternehmen nicht an den gesetzlichen Mindestumfang der Versicherungsleistungen gebunden ist und auch den Versicherungsschutz an die finanziellen Gegebenheiten des Unternehmens anpassen kann und auch selbst entscheidet welche Behandlungskosten für den Versicherten übernommen werden und welche nicht (vgl. Gammon, 2006). Es gibt gewisse steuerliche Anreize für Unternehmen ihren MitarbeiterInnen eine Krankenversicherung anzubieten, darauf wird etwas später in der Arbeit eingegangen.

Daneben gibt es noch eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen, die nicht über ihren Arbeitgeber krankenversichert ist, sondern direkt bei einem privaten Krankenversicherer. Eine Individualversicherung erscheint jedoch als die am wenigsten attraktive Versicherung für kranke unversicherte Personen, da die Prämien vielfach abhängig vom Risiko des Versicherten sind und folglich im Falle einer Vorerkrankung entsprechend höher ausfallen. Diese Vorerkrankungen können dabei sogar vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden (vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 9 f.).

2.2 Staatliche Programme

Neben den privaten Versicherungsunternehmen gibt es in den USA auch staatliche Krankenversicherungsprogramme. SeniorInnen und bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen werden von *Medicare* erfasst. Darüber hinaus stellen *Medicaid* und das staatliche Kinder-Gesundheitsprogramm ein soziales Fallnetz für Menschen nahe oder unterhalb der Armutsgrenze dar (Vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 7).

Medicare

Medicare wurde 1965 gegründet (vgl. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007, S. 2) und ist eine staatliche Krankenversicherung. Praktisch alle amerikanischen BürgerInnen ab Erreichen des 65. Lebensjahres, bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen (nach einer Wartezeit von zwei Jahren) werden davon erfasst. Die Ausgaben für Medicare belaufen sich auf ein Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben der USA. Die Finanzierung erfolgt über einen verpflichtenden Teil der Gehaltssteuer,

welcher zu gleichen Teilen von Dienstgeber und -nehmer gezahlt wird, sowie über allgemeine Steuermittel. Daneben fließen noch Prämienzahlungen der Begünstigten in die Finanzierung ein (Vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 10). Im Jahr 2008 waren 14,3 Prozent der amerikanischen Bevölkerung von Medicare erfasst, wobei diese Zahl in den letzten Jahren stetig leicht gestiegen ist (vgl. US Census Bureau, 2008 S. 59).

Die Leistungen, welche durch Medicare abgedeckt werden, sind nicht einheitlich, sondern abhängig davon, aus welchen Versicherungspaketen der Versicherungsschutz des Einzelnen besteht. Der größte Teil von Medicare (Plan A) deckt die Krankenhausbehandlungen und die Pflege der versicherten Personen ab. Diese Leistungen stellen 40 Prozent der gesamten Ausgaben dar (vgl. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007, S. 1). Die Grundversorgung bei Medicare deckt keine Zahlungen für Medikamente ab (vgl. Anderegg, 2000), dafür können dann vom Versicherten noch andere Pakete (B-D) dazu genommen werden. Diese decken dann schließlich weitere Aspekte des Krankenversicherungsschutzes ab, wie beispielsweise eben die Versorgung mit Medikamenten etc.. Dadurch steigen in Folge jedoch auch die monatlichen Prämienzahlungen durch die Versicherten. Es bestehen in der Ausgestaltung von Medicare Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten (vgl. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007, S. 1).

Medicaid

Medicaid und das staatliche Kinder Krankenversicherungsprogramm decken im Wesentlichen finanziell schwächere ältere Menschen, ärmere Familien mit Kindern und Menschen mit Behinderungen ab (vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 11). Medicaid wird seit den 1960er Jahren durch die Bundesstaaten der USA organisiert. Die Finanzierung von Medicaid erfolgt durch die Bundesstaaten und die Bundesregierung gleichermaßen (vgl. Braun, 2009). Für die Ausgestaltung von Medicaid sind die einzelnen Bundesstaaten verantwortlich. Dies führt dazu, dass es erhebliche Unterschiede hinsichtlich Versicherungsschutz, Zahlungen und Leistungen gibt. Zwar machen Kinder und Erwachsene aus Familien mit niedrigem Einkommen ungefähr Dreiviertel des versicherten Personenkreises aus, so entfallen aber die meisten Ausgaben auf Ältere und Menschen mit Behinderungen. Besonders an Medicaid ist, dass es der größte und einzige Zahler ist, der für Langzeitpflege aufkommt. Diese Leistung wird von Medicare und den meisten privaten Versicherungsunternehmen nicht erbracht (vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 12).

Interessant zu betrachten ist auch das Verhältnis zwischen den öffentlichen und privaten Versicherungen in den USA. 2008 lag die Zahl der privat versicherten Personen bei 66,7

Prozent. Bemerkenswert erscheint dabei auch der Umstand, dass die Zahl der privat krankenversicherten Personen seit 1988 um acht Prozentpunkte gefallen ist. Der Anteil der Personen, welche Leistungen über *Medicare* und *Medicaid* beziehen hat sich im selben Zeitraum deutlich erhöht (vgl. US Census Bureau, 2008 S. 59).

In Österreich besteht grundsätzlich kein Wahlrecht zwischen privater oder öffentlicher Versicherung für die VersicherungsnehmerInnen. Private Versicherungen stellen in Österreich im Wesentlichen nur eine Ergänzung dar. Folglich sind praktisch alle krankenversicherten Personen in Österreich jedenfalls über die gesetzliche Krankenversicherung krankenversichert (vgl. Fuchs, 2009, S. 327 f.)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es im Wesentlichen drei Segmente im Gesundheitssystem gibt. Die private Versicherung, die der/die BürgerIn als Einzelperson abschließen kann, die Krankenversicherung, welche vom Dienstgeber bereit gestellt wird und die staatliche Krankenfürsorge.

3 Ausgestaltung des Versicherungsschutzes

Wenn man das amerikanische mit dem österreichischen Gesundheitssystem vergleichen will, ist besonders wichtig zu betrachten wie der Versicherungsschutz grundsätzlich entstehen kann. Dadurch werden auch mögliche Gründe ersichtlich, wie sich so eine große Zahl an nicht-versicherten Personen ergeben kann. Diese Punkte werden im Folgenden behandelt.

3.1 Zustandekommen der Versicherung

In den USA ist das Zustandekommen der Krankenversicherung nicht grundsätzlich gesetzlich einheitlich geregelt. Es besteht derzeit keine landesweit durchgängige Form der Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht, es handelt sich derzeit um ein freiwilliges Versicherungssystem. Der Versicherungsschutz entsteht je nachdem, ob es sich um einen privaten oder staatlichen Krankenversicherer handelt, unterschiedlich. So schließen beispielsweise bei einer privaten Versicherung die BürgerInnen einen Vertrag direkt mit dem Versicherungsunternehmen ab.

ArbeitnehmerInnen erhalten, wie oben beschrieben, ihren Versicherungsschutz in vielen Fällen über ihren Dienstgeber. Jedoch wird diese Möglichkeit aus finanziellen Gründen nicht von allen ArbeitnehmerInnen in Anspruch genommen. Weiters werden Krankenversicherungen eher von Großkonzernen als kleineren Betrieben angeboten.

Außerdem besteht für Teilzeit- oder auch Kurzzeitbeschäftigte meist gar nicht die Möglichkeit einer Krankenversicherung über den Dienstgeber (vgl. Jost, 2008).

Die soziale Krankenversicherung in Österreich hingegen besteht in der Form einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. DienstnehmerInnen (Arbeiter, Angestellte, freie DienstnehmerInnen und Lehrlinge) sind nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) versichert. Daneben gibt es auch noch Sonderversicherungsgesetze für Beamte (B-KUVG), Selbständige (GSVG) und Bauern (BSVG), auf diese wird aber im Folgenden nicht genauer eingegangen.

Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der ArbeitnehmerInnen – sowie in der Unfall- und Pensionsversicherung - kommt ab einem Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit von EUR 357,74 pro Monat (2009) zum Tragen gemäß § 4 ASVG. Die Pflichtversicherung in Österreich erfasst weiters die BezieherInnen einer Pension (nach ASVG, GSVG, BSVG und BezieherInnen von Ruhe- und Versorgungsgenüssen) sowie Arbeitslosengeld-BezieherInnen, Kinderbetreuungsgeld-BezieherInnen und Kriegshinterbliebene (Vgl. Fuchs, 2009, S. 327).

Gründe für Nichtversicherung

Aus mehreren Gründen kann es in den USA zu einer Nicht-Versicherung kommen. Wenn eine Krankenversicherung zu teuer erscheint oder ist, jemand trotzdem zu viel Einkommen hat, dass er oder sie nicht für Medicaid in Frage kommt oder aufgrund von Vorerkrankungen (siehe Kapitel Risikoauslese). Aus den eben genannten Gründen bleibt ein erheblicher Prozentsatz der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz (Vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 7 f.).

Bei Verlust der Arbeitsstelle kommt neben dem Verlust des Einkommens auch der Verlust der Versicherung auf die Versicherten sowie auf deren Angehörige zu. Damit dies nicht so abrupt geschieht, gibt es grundsätzlich die Möglichkeit den Versicherungsschutz eine gewisse Zeitspanne weiter zu behalten. Seit 1985 gibt es den *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA), der eine Weiterversicherung für bis zu 18 Monate ermöglicht. Diese Form der Versicherung wird aber von einigen Menschen nicht in Anspruch genommen, da sie sich diese nicht leisten können. Im Jahr 2007 war die Hälfte der arbeitssuchenden Menschen nicht versichert, 69 Prozent davon gaben an, sich den Versicherungsschutz nicht leisten zu können. Der/die Versicherte hat die gesamte Prämie plus einen Aufschlag von zwei Prozent selbst zu tragen. Diese Summe ist wesentlich höher als jene, die der/die Versicherte während der Anstellung zu bezahlen hatte. Eine

durchschnittliche Prämie für eine Familienversicherung beträgt mehr als 12.000 Dollar im Jahr. Bei Arbeitslosigkeit entfällt der gesamte Betrag inklusive dem zwei prozentigen Aufschlag auf den/die Versicherte/n selbst (Schwartz, 2008, S. 1 ff.).

Probleme durch Nicht-Versicherung

Durch das Fehlen einer Krankenversicherung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Nicht-Versicherten im Krankheitsfall auf eine Behandlung verzichten und diese in Folge verschleppen, was wiederum zu Problemen aufgrund von Vorerkrankungen führen kann, wenn sie später wieder ein Versicherungsverhältnis über einen künftigen Dienstgeber eingehen.

Im Jahre 2008 besaßen nur 84,6 Prozent der Menschen in den USA einen Krankenversicherungsschutz. Folglich verfügten 15,4 Prozent, was in absoluten Zahlen mehr als 46 Millionen von 301 Millionen Menschen ausmacht, über keinen Krankenversicherungsschutz. Problematisch ist dabei besonders, dass die Zahl der nicht oder nur unter-versicherten Menschen seit Jahren ansteigt. Waren im Jahr 1988 noch 86,6 Prozent der AmerikanerInnen versichert, so waren es 2008 nur noch 84,6 Prozent. Besonders junge Menschen zwischen 18 und 34 Jahren sind davon betroffen (Vgl. US Census Bureau, 2008 S. 59 ff.). Daneben gibt es noch eine große Zahl an AmerikanerInnen, die unterversichert sind. Wodurch erhebliche finanzielle Belastungen je Arztbesuch durch Arzthonorare und Krankenhausrechnungen erwachsen, welche für viele Menschen nicht leistbar sind, selbst für Menschen des Mittelstandes (Vgl. WGKK, 2007, S. 1).

Die Situation in Österreich gestaltet sich gänzlich anders als in den USA. Die Abdeckung der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung lag in Österreich bei 98,8 Prozent im Jahr 2008, was eine fast vollständige Abdeckung der österreichischen Bevölkerung darstellt (Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2009, S. 13). Wie die Zahlen zeigen, liegt der von einer Krankenversicherung erfasste Anteil an der Bevölkerung in den USA deutlich unter jenem in Österreich. Zuzahlungen gibt es auch in Österreich, aber was die Kernleistungen betrifft, sind diese weitestgehend zurück gedrängt.

3.2 Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich

In den USA gibt es für die Versicherten im Grunde auch nicht generell eine freie Arztwahl. Je nachdem, wie man versichert ist, gibt es einen bestimmten eher eingeschränkten Kreis von Ärzten, die den Versicherten zur Wahl stehen. So stehen in der Regel nur Ärzte aus dem jeweiligen Netzwerk zur Verfügung (vgl. Bey, 2001).

Im österreichischen Gesundheitssystem besteht grundsätzlich das Prinzip der freien Arztwahl. Das heißt für die Versicherten, dass sie bei allen Ärzten, mit denen die gesetzlichen Krankenversicherungsträger Verträge abgeschlossen haben, grundsätzlich ohne weitere Zuzahlungen nach dem Sachleistungsprinzip Leistungen in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus besteht sogar die Möglichkeit als PrivatpatientIn einen Wahlarzt aufzusuchen und erhält dafür auch eine Kostenerstattung (Vgl. Reiter, 2002, S. 86). Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung in Österreich kann man hinsichtlich der Art der Leistungserbringung in zwei Kategorien einteilen, Geld- bzw. Barleistungen und Sachleistungen. Zweitere sind Leistungen, die nicht in Geldform erbracht werden, wie unter anderem ärztliche Hilfe und Heilmittel. Diese Leistungen sind im sechsten Teil des ASVG vorgesehen. Krankenversicherungsträger haben den gesetzlichen Auftrag die medizinischen Leistungen in Form von Sachleistungen zu erbringen. Dies geschieht dadurch, dass die Krankenversicherung Verträge mit Vertragspartnern aus den Gesundheitsberufen, worunter neben anderen die ÄrztInnen fallen, abschließen und auch durch Leistungen in eigenen Einrichtungen. Im ASVG gelten daneben auch Kostenerstattungen, Kostenersätze und Kostenzuschüsse als Sachleistungen. Die zweite Gruppe von Leistungen sind Geldleistungen. Das sind jene Leistungen, die in keiner anderen Form als in Geld erbracht werden können. Im ASVG fällt besonders das Krankengeld in diese Kategorie.

Charakteristisch für die gewinnorientierten Versicherungsunternehmen in den USA sind sowohl Einzelleistungsvergütung sowie Kostenerstattungen. Der Versicherte hat in Folge einer Behandlung die Kosten zuerst selbst zu tragen und kann diese schließlich bei der jeweiligen Versicherung einreichen. Diese Vorgangsweise garantiert aber keine vollständige Erstattung der Kosten, da Eigenanteile anfallen sowie, was deutlich gravierender sein kann, Höchstgrenzen im Versicherungsvertrag enthalten sein können, welche nicht überschritten werden können. So werden unter anderem die Krankenhauskosten nur für eine beschränkte Anzahl an Tagen übernommen, abhängig vom Inhalt des Versicherungsvertrages (vgl. Neimög, 2008, S. 7).

Seit dem Jahr 1986 sind die Notaufnahmen, diese haben rund um die Uhr geöffnet, gesetzlich verpflichtet allgemein jede/n Patienten/in, der/die sich in einer Notlage befindet,

dazu zählen auch schwangere Frauen in den Wehen, aufzunehmen. Es sind auch Sanktionen vorgesehen für den Fall, dass PatientInnen abgewiesen werden. Gesetzlich begründet sich die Aufnahmeverpflichtung für die Notaufnahme durch den Emergency Medical Treatment and Active Labor Act aus dem Jahr 1986. Dieser Schutz endet aber mit Ende der Notlage, dies kann auch heißen, dass ein/e PatientIn nur teilweise behandelt wieder weggeschickt wird (vgl. Bey, 2002).

Anstaltspflege kann von den Versicherten in Österreich als Sachleistung in Anspruch genommen werden. Dies betrifft in erster Linie jene Krankenhäuser, welche landesgesundheitsfondsfinanziert sind. In diesen Krankenhäusern haben die Versicherten Anspruch auf Aufnahme in die allgemeine Gebührenklasse, d.h. diese Krankenanstalten sind per Gesetz verpflichtet die Versicherten im Krankheitsfall in der allgemeinen Gebührenklasse aufzunehmen (§ 148 ASVG Z. 1). Die Zahlungen sind auch zur Gänze durch die Landesgesundheitsfonds zu entrichten und nicht durch den Versicherten selbst. (§ 148 ASVG Z. 2 f.). Die Tatsache, dass Anstaltspflege als Sachleistung in Anspruch genommen werden kann und dass Versicherte in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen sind und nicht in der wesentlich teureren Sonderklasse, bewahren die Versicherten vor hohen Kosten, die ansonsten entstehen würden.

Nach dem Sozialversicherungsgesetz werden die Kosten des Versicherten für Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse zur Gänze getragen. Kosten entfallen demnach nur für die Angehörigen. Dabei handelt es sich um 10 Prozent des Pflegegebührenersatzes bei Unterbringung in eine landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalt (bei anderen Krankenanstalten sind andere Regelungen vorgesehen). Diese Beteiligungen sind zeitlich begrenzt und fallen für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr an. So wird gewährleistet, dass auch bei schwerer oder länger andauernder Krankheit die Kosten für den/die Versicherte/n und dessen/deren Angehörigen im Rahmen bleiben. Diese Kosten können auch bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen entfallen (z.B. beim Versicherungsfall der Mutterschaft für 10 Tage).

3.3 Finanzierung

Das Gesundheitssystem in den USA ist sehr unterschiedlich in der Ausgestaltung, folglich gibt es verschiedene Quellen, über die das System finanziert wird. Einen großen Teil der Gesundheitsausgaben stellen private Ausgaben der Versicherten in Form von Beiträgen bzw. Prämien dar. Dabei sind die Beitragssätze nicht einheitlich, sie variieren aufgrund verschiedener Faktoren wie unter anderen der Größe des Unternehmens, der Region oder auch des Familienstandes. Die durchschnittlichen monatlichen Beiträge der

Versicherten für eine über den Dienstgeber vermittelte Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2009 auf 402 Dollar für Einzelpersonen und 1.115 Dollar für Familien, wobei zu beachten ist, dass es große Unterschiede zwischen den diversen Unternehmen gibt. Die Prämien für Familienversicherungen sind dabei vom Jahr 2008 auf 2009 um ungefähr 5 Prozent angestiegen (vgl. The Henry J. Kaiser Family Foundation 2009, S. 14 f.).

Steuerliche Begünstigungen

Eine staatliche Komponente in der privaten Krankenversicherung ist, dass Arbeitgeber, die ihren MitarbeiterInnen Krankenversicherungen anbieten, steuerliche Vergünstigungen zum Ausgleich für die Mehrbelastungen erhalten. Die Höhe der gezahlten Prämie fällt nicht unter die zu versteuernden Einnahmen des Unternehmens, darüber hinaus müssen weder der Arbeitgeber noch der/die ArbeitnehmerIn Lohnsteuer für die bezahlten Beiträge entrichten. In Summe belaufen sich die Steuerbefreiungen auf 1 Prozent des BIP der USA (Vgl. Docteur/ Suppanz/ Woo, 2003, S. 8).

Das österreichische Gesundheitssystem beruht auf dem Prinzip der Solidarität, wobei die Gesunden die Kranken unterstützen, die Jungen die Alten, die sozial besser gestellten Menschen die schwächeren. Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung in Österreich richten sich die Beiträge der DienstnehmerInnen und ihnen gleichgestellten Gruppen sowie der Dienstgeber nach dem Entgelt (§ 44 ff. ASVG). Die Beiträge richten sich folglich nach dem finanziellen Leistungsvermögen der einzelnen versicherten Person, wobei auch die Anzahl der Angehörigen und Vorerkrankungen keine Rolle spielen (vgl. Reiter, 2002, S. 83). Der Beitragssatz ist in Österreich grundsätzlich für alle Versichertengruppen einheitlich. Unselbstständig Erwerbstätige, Beamte, Selbstständige sowie Bauern zahlen alle bis zu einer bestimmten Höchstgrenze des Einkommens denselben Beitragssatz, welcher 7,65 Prozent im Jahr 2009 beträgt. BezieherInnen einer Pension (nach ASVG, GSVG und BSVG) stellen eine Ausnahme dar, für diese Gruppe beläuft sich der Beitragssatz auf 5,10 Prozent (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2008, S. 2).

Österreich verfügt über ein im Wesentlichen beitragsfinanziertes Gesundheitssystem, ein Bismarck System. Die Beiträge werden von DienstnehmerInnen und Dienstgebern zu annähernd gleichen Teilen bezahlt. Aber nicht alle Ausgaben des Gesundheitssystems können über Beiträge finanziert werden. Ein bestimmter Teil der Kosten wird durch den Bund, die Länder und die Gemeinden aus Steuermitteln getragen, diese Mittel fließen zum größten Teil in die Spitalsfinanzierung (vgl. Schmadlbauer, 2005, S. 89 ff.).

Risikoauslese

Die Versicherungsunternehmen in den USA sind nicht wie in Österreich aufgrund der Pflichtversicherung verpflichtet die BürgerInnen in ihre Versicherung aufzunehmen. Aufgrund von Vorerkrankungen können jenen Personen, die als „schlechte Risiken“ gelten, Vertragsabschlüsse versagt werden.

In Systemen mit Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern besteht in der Regel ein harter Wettkampf um die potentiellen Versicherten und ganz besonders um jene, die als „gute Risiken“ gelten. Darunter fallen vor allem junge, gesunde Männer ohne Familie. Das heißt, je höher sich das Risiko einer Person gestaltet, desto weniger gut stehen die Chancen von einer Versicherung aufgenommen zu werden in einem System mit Versicherungspflicht. Auf jeden Fall muss eine risikobehaftete Person mit höheren Kosten für die Versicherung rechnen. Denn die Versicherungen wählen die für sie günstigsten KundInnen aus, die die potentiell geringsten Kosten verursachen. (vgl. Reiter, 2002, S. 84).

Zwischen den Krankenversicherungsträgern in Österreich besteht kein Wettbewerb, da die Zugehörigkeit durch das Gesetz und die Pflichtversicherung geregelt wird. Aus demselben Grund entfällt auch die Risikoauslese (Vgl. Rack/ Hofmayer, 2006, S. 79). Es gibt keine Form der Risikoauslese im öffentlichen, österreichischen Gesundheitssystem. Alle Versicherten sind unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und Geschlecht zu versichern (Vgl. Reiter, 2002, S. 83).

3.4 Gesundheitsausgaben

Der Vergleich zeigt, dass Wettbewerb im Gesundheitssystem nicht unbedingt zu Effizienzsteigerungen führen muss. Bei den Gesundheitsausgaben liegt Österreich mit 10,1 Prozent des BIP im Jahre 2007 etwas über dem OECD-Schnitt. Die USA allerdings übersteigen die Ausgaben Österreichs deutlich. Die USA stellen mit Ausgaben in der Höhe von 16 Prozent des BIP im Jahr 2007 eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt dar. Die Kosten sind dabei in den letzten 10 Jahren kontinuierlich gestiegen (13,4 Prozent im Jahr 1997) (Vgl. OECD Health Data 2009, 2009).

Interessant ist auch eine Betrachtung der öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben. Im Jahr 2007 fielen in Österreich 76,4 Prozent aller Gesundheitsausgaben auf öffentliche Ausgaben, in den USA gestaltet sich die Situation anders. 2007 machten die öffentlichen Ausgaben mit 45,4 Prozent weniger als die Hälfte der Gesundheitsausgaben aus.

Die oben angeführten Daten zeigen, dass die Gesundheitsausgaben in den USA sehr hoch sind, und außerdem auch der größte Anteil von den privaten Haushalten finanziert wird. Das System gestaltet sich insgesamt sehr teuer und insbesondere der private Anteil ist sehr hoch, wobei zur selben Zeit rund ein Sechstel der Bevölkerung nicht abgesichert ist. Im Vergleich mit den USA ist besonders interessant, dass trotz der so hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem die Lebenserwartung in den USA (78,1 Jahre 2006) um beinahe zwei Jahre niedriger ist als in Österreich (79,9 Jahre 2006) (Vgl. OECD Health Data 2009, 2009).

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten in der österreichischen sozialen Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2008 auf 2,8 Prozent gemessen an den Einnahmen (Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 2009, S. 10). Diese sind unter anderem auch deshalb so niedrig, da es sich um ein Pflichtversicherungssystem handelt. Pflichtversicherungssysteme benötigen nicht wie Versicherungen, die sich im Wettbewerb befinden, Werbung um KundInnen anzuwerben. In Systemen mit Wettbewerb sind die Verwaltungskosten wesentlich höher als vergleichsweise in Österreich. Marketing und Werbung sind notwendig um am Markt gegenüber den anderen Anbietern bestehen zu können (Vgl. Reiter, 2002, S. 87). Die Verwaltungskosten in den USA belaufen sich auf rund 16 Prozent, was ein Vielfaches von Österreich darstellt. Das amerikanische Gesundheitssystem stellt derzeit eines der ineffizientesten Systeme der Welt dar. Ein Grund dafür liegt darin, dass das System so stark segmentiert ist und somit wenig einheitlich. (vgl. Kugler, 2007).

4 Gesundheitsreformpläne

Seit vielen Jahren werden immer wieder Bestrebungen durchgeführt, das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten zu reformieren. Die Reformversuche gehen zurück bis in das Jahr 1917. Grundlegende Erfolge konnten in den 1960er Jahren erzielt werden durch das Einführen einer Krankenversicherung für Ältere, Menschen mit Behinderungen und sozial schwächere Menschen. Jedoch eine Versorgung aller BürgerInnen ist bis heute nicht gelungen (vgl. Jost, 2008).

Die Gesundheitsreform in den Vereinigten Staaten zählt zu einem der wichtigsten Ziele von Präsident Obama. Der Gesundheitsreformplan soll eine erschwingliche Gesundheitsreform für alle AmerikanerInnen ermöglichen. Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt sind viele AmerikanerInnen besonders im Falle von Arbeitsplatzverlust vom Verlust der Versicherung für sich selbst und auch deren Angehörigen bzw. LebensgefährtenInnen bedroht. Dies ist besonders in Zeiten von hoher Arbeitslosigkeit von besonderer Relevanz. Max Baucus, demokratischer Politiker ist dabei einer der wesentlichen Akteure bei dieser Gesundheitsreform. (vgl. Dörner, 2009)

Zu den Eckpunkten der geplanten Gesundheitsreform zählt, dass möglichst alle nicht versicherten Personen mittels Unterstützungsmaßnahmen oder aber auch über Bußgelder in die Krankenversicherung eingebunden werden sollen. Die Arbeitgeber stellen eine Gruppe dar, die in der Reform eine wichtige Rolle spielen, da sie gesetzlich verpflichtet werden sollen, die DienstnehmerInnen zu versichern (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (a), 2009).

Aus der Reform lässt sich ableiten, dass es zu einer Art von Versicherungspflicht kommen soll. Unter Versicherungspflicht versteht man, wenn die Versicherung des/der ArbeitnehmerIn nicht wie bei einem pflichtversicherten Versicherungsverhältnis mit Beginn eines Dienstverhältnisses zustande kommt, sondern der/die Versicherte sich einen Versicherer suchen muss. Diese ist meist auch nicht im selben Maß gesetzlich geregelt wie eine Pflichtversicherung. Bei der Versicherungspflicht ist es in der Regel notwendig innerhalb einer bestimmten Frist nach Beginn der Beschäftigung eine Krankenversicherung nachzuweisen. Diese Vorgangsweise ist vergleichbar mit dem Abschluss einer Kfz-Versicherung (vgl. Reiter, 2002, S. 82).

Besonders der Punkt der staatlichen Krankenversicherung stellt einen intensiven Diskussionspunkt dar. So ist im Reformpapier eine staatliche Krankenversicherung als Option zu den Privatversicherern angedacht. Grund dafür ist, dass diese eine

erschwinglichere Alternative darstellen und auch als Konkurrenz zur Privatversicherung die Preise drücken soll (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (a), 2009). Diese so genannte „Public Option“ ist aber derzeit eher als nicht sicher zu betrachten, da zuletzt im September 2009 dafür eine Absage erteilt wurde. Der Widerstand gegen eine staatliche Alternative kommt sowohl aus den republikanischen als auch aus den demokratischen Reihen (vgl. derStandard.at, 2009). Neueste Ergebnisse zeigen jedoch wider Erwarten, dass die Chancen auf eine staatliche Krankenversicherung wieder deutlich besser stehen. So wurde im Oktober vom Senat eine gemeinsame Vorlage zur Gesundheitsreform beschlossen. Allerdings wurde den Bundesstaaten die Möglichkeit eingeräumt, diese Entscheidung auch nicht mitzutragen. Die staatliche Option wird besonders von republikanischer Seite kritisiert, da dies einen Schritt in Richtung Sozialismus darstellen würde (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (b), 2009).

Eine große Veränderung zum bisherigen System würde sich dadurch ergeben, dass, wie im Reformpapier vorgesehen ist, Versicherungsunternehmen künftig keine Versicherten mehr aufgrund von Faktoren wie unter anderen Vorerkrankungen zurückweisen dürfen. Ebenso sollen dann keine Versicherten aufgrund eines gestiegenen Risikos gekündigt werden können. Dies stellt ja im derzeit vorherrschenden System eine massive Hürde oder einen Grund für den Verlust der Versicherung für die VersicherungswerberInnen oder die Versicherten dar. Das führt in weiterer Folge zu einer beträchtlichen Zahl von nicht versicherten Menschen. Einer der neuen Aspekte der geplanten Gesundheitsreform ist, dass Prävention in Zukunft eine größere Rolle spielen soll. So sollen die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen übernommen werden (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (a), 2009). In Österreich ist dies bereits so. Jede/r Versicherte hat für sich und seine/ihre Angehörigen, das sind jene Personen, die im Gesetz als Angehörigen angeführt sind, Anspruch auf eine jährliche Vorsorgeuntersuchung. Aber dies betrifft sogar auch Personen, die nicht versichert oder als Angehörige mitversichert sind. Die Kosten für diese Personen trägt der Bund. (siehe § 132b ASVG).

Bedeutende Änderungen sind auch bei den Schmerzensgeldzahlungen geplant. Diese sollen eingegrenzt werden, dies hätte zur Folge, dass es nicht mehr zu astronomischen Zahlungen kommen könnte, wodurch die Prämien der ÄrztInnen gesenkt werden könnten (vgl. Rüb, 2009).

Eines der Kernziele der Reformen ist eine Senkung der enormen Kosten des Gesundheitswesens. Gelingen soll dies trotz der hohen Kosten der Reform über Einsparungen und über höhere Steuern für besser verdienende AmerikanerInnen (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (a), 2009). Einige der Bestimmungen, die in der ursprünglichen Fassung der Gesundheitsreformpläne enthalten waren, sind während der

Gesetzwerdungs- und Verhandlungsphase wieder gestrichen worden und nicht mehr Teil der Pläne. So wurde die Verpflichtung für kleine Betriebe den Angestellten eine Versicherung zu ermöglichen wieder herausgenommen. Daneben werden auch Unterstützungsmaßnahmen für Personen mit besonders niedrigem Einkommen geringer ausfallen als ursprünglich geplant (vgl. diePresse.com, 2009). Die Pläne zur Gesundheitsreform verändern sich teilweise relativ schnell, da sie sich derzeit im Diskussionsprozess befinden und auch Abstimmungsprozesse stattfinden, die Auswirkungen auf die Inhalte der Reformpläne haben. Dies zeigt sich besonders am oben erwähnten Beispiel der staatlichen Krankenversicherungsoption.

Der Abstimmungsprozess ist aber bereits weit fortgeschritten und die Reform erscheint immer wahrscheinlicher. Sie befindet sich nur noch wenige Schritte vor der endgültigen Realisierung. Wenn die Reform in der zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlichen Ausgestaltung kommt, dann werden 36 Millionen von den ursprünglich 47 Millionen nicht versicherten AmerikanerInnen in Zukunft über eine Krankenversicherung verfügen (Herrmann, 2009).

5 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das amerikanische Gesundheitssystem sehr teuer ist und trotz dieser erheblichen Kosten viele Menschen über keinen oder jedenfalls nicht ausreichenden Versicherungsschutz verfügen. Darin besteht eine hohe Diskrepanz, die über Jahrzehnte hinweg immer wieder Thema in der amerikanischen Politik war und auch heute noch ist. Verschiedene Präsidenten haben sich bislang an dieses Thema gewagt aber noch keiner hat eine flächendeckende Gesundheitsversorgung für die amerikanische Bevölkerung durchsetzen können, die sich die BürgerInnen finanziell auch leisten können ohne an den Rand des Existenzminimums getrieben zu werden oder auch darüber hinaus. Im Vergleich mit Österreich verlieren die USA hinsichtlich der Lebenserwartung trotz höherer Gesundheitsausgaben. Dies lässt den Schluss zu, dass die Effizienz geringer ist als in Österreich.

Wenn man die Gesundheitsreformpläne betrachtet und diese mit dem gegenwärtig vorherrschenden Stand in Österreich vergleicht, lässt sich feststellen, dass viele der amerikanischen Ziele in Österreich längst Realität sind. Österreich verfügt über eine soziale, leistbare und flächendeckende Gesundheitsversorgung. Niemand wird in Österreich aufgrund seiner gesundheitlichen Verfassung insolvent. Es muss dabei aber angemerkt werden, dass sich derart unterschiedliche Gesundheitssysteme und Reformpläne, die sich ständig verändern, nicht gänzlich auf Österreich umlegen lassen und somit ein Vergleich nur bedingt möglich ist.

Mit der weiteren Entwicklung der Gesundheitsreform in den USA kann sich eine grundlegende Wende ergeben. Ob dies allerdings eintritt ist noch zu einem gewissen Teil offen, jedenfalls zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit, da das Gesetz sich noch in der Umsetzung befindet und noch gewisse Verschiebungen im Hinblick auf die endgültige Ausgestaltung möglich sind. Die Entwicklungen der nächsten Monate bleiben mit Spannung abzuwarten. Vielleicht wird Präsident Obama der erste amerikanische Präsident seit langem, dem eine Reform des Gesundheitswesens in den USA gelingt. Somit würde er auch die Reform, die mit Clinton begonnen wurde, zu einem erfolgreichen Ende bringen.

6 Quellen

- Andereg, R. (2000): Das teuerste Gesundheitswesen der Welt. URL: <http://www.schweizerzeit.ch/1600/gesundheit.htm> (Stand 3.11.2009)
- Bey, T. (2002): Emergency Departments in den USA: Der Notfallversorgung droht der Kollaps. URL: <http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=32445> (Stand: 7.11.2009)
- Bey, T. (2001): Managed Care in den USA: Übermacht der Versicherungen. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=29918> (Stand: 3.11.2009)
- Braun, Bernard (2009): Gute und schlechte Nachrichten – Ist das Medicaid Programm der USA auch Modell für künftige Absicherung ärmerer Kranker? URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1547> (Stand: 20.10.2009)
- derStandard.at (a) (2009): Staatliche Versicherungsoption abgelehnt. URL: <http://derstandard.at/fs/1253808142509/US-Gesundheitsreform-Staatliche-Versicherungs-Option-abgelehnt> (Stand: 1.11.2009)
- diePresse.com (2009): US-Gesundheitsreform: Obama nimmt wichtige Hürde. URL: <http://diepresse.com/home/politik/aussenpolitik/499124/index.do> (Stand 29.10.2009)
- Docteur, E./ Suppanz, H./ Woo, J. (2003): The US Health System. An Assessment and Prospective Directions for Reform. OECD Economics Department Working Papers Nr. 350, OECD Publishing
- Dörner, A. (2009): Ohne Reform wird es zu teuer. URL: <http://www.zeit.de/online/2008/50/obama-gesundheitsreform> (Stand: 30.10.2009)
- Frankfurter allgemeine Zeitung (a) (2009): Obamas Gesundheitsreform: Die Eckpunkte. URL: <http://www.faz.net/s/RubFC06D389EE76479E9E76425072B196C3/Doc~EFFD2E23276724350A8817D4EC3C277C5~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (Stand 25.10.2009)
- Frankfurter allgemeine Zeitung (b) (2009): Obamas Gesundheitsreform kommt voran. URL: <https://www.faz.net/s/Rub0E9EEF84AC1E4A389A8DC6C23161FE44/Doc~E74F5>

- [5E08F1EF4BFBA4B5F303E1851A71~ATpl~Ecommon~Scontent.html](http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls) (Stand: 1.11.2009)
- Fuchs, M. (2009): Nicht krankenversicherte Personen in Österreich: empirische Erkenntnisse und Lösungsansätze. In: Soziale Sicherheit Juni 2009, S. 327-334
 - Gammon, R. B. (2006): Self-Funded Health Care could lower costs. In: The Business Journal of Milwaukee. URL: <http://milwaukee.bizjournals.com/milwaukee/stories/2006/02/27/focus4.html> (Stand: 2.11.2009)
 - Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2008): 2009: Neue Beiträge in der Sozialversicherung. In: Sozialversicherung aktuell 37/2008
 - Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2009): Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
 - Herrmann, F. (2009): Abgeordnetenhaus stimmt für Reform. URL: <http://derstandard.at/1256744270071/Abgeordnetenhaus-stimmt-fuer-Reform> (Stand 14.11.2009)
 - Jost, T. (2008): Krankes Gesundheitssystem. URL: http://www.bpb.de/themen/ATIP7S.0,Krankes_Gesundheitssystem.html (Stand: 15.10.2009)
 - Kugler, M. (2007): Gesundheit: "Die USA haben das ineffizienteste System. Url: <http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/326508/index.do> (Stand 3.11.2009)
 - Neimög, C. (2008): Medicare und Medicaid. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Url: <http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/Medicare.pdf> (Stand: 3.11.2009)
 - OECD (2009): OECD Health Data 2009, URL: http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls (Stand: 12.10.2009)
 - Reiter, G. (2002): Pflichtversicherung vs. Versicherungspflicht. In: WISO 3/2002; S. 83

- Rüb, M. (2009): Obama wirbt im Kongress für Gesundheitsreform. URL: <http://www.faz.net/s/RubFC06D389EE76479E9E76425072B196C3/Doc~E44E2CD2D43504CC0B82D90A684FA4755~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (Stand: 30.10.2009)
- Schwartz, K. (2008): Health Coverage in a Period of Rising Unemployment. URL: <http://www.kff.org/uninsured/upload/7842.pdf> (Stand: 28.10.2009)
- The Henry J. Kaiser Family Foundation (2007): Medicare. A Primer. URL: <http://www.kff.org/medicare/upload/7615.pdf> (Stand: 17.10.2009)
- The Henry J. Kaiser Family Foundation (2009): Employer Health Benefits. 2009 – Annual Survey. URL: <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7936.pdf> (Stand: 27.10.2009)
- US. Census Bureau: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008; URL: <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf> (Stand: 8.10.2009)
- WGKK (2007): Das Gesundheitswesen in den USA und in Österreich im Vergleich. URL: http://www.wgkk.at/mediaDB/MMDB124345_Vergleich%20A_USA.pdf (Stand: 7.10.2009)