

Matthias Scholer

# Gute Besserung

Dank der Gesundheitsreform erhalten Millionen Amerikaner Zugang zu einer Krankenversicherung

**Das amerikanische Gesundheitswesen umfasst ein komplexes Konglomerat staatlicher, wohltätiger und privater Leistungserbringer und Kostenträger, die sich unterschiedlich stark in den souveränen Bundesstaaten engagieren. Um in einem solch fragmentierten System Kosteneffizienz, Qualität und Leistungen optimieren zu können und allen Bürgern Zugang zum Gesundheitssystem zu öffnen, braucht es einen tiefgreifenden Strukturwandel – eine Aufgabe, an der schon viele Regierungen gescheitert sind. Europa und die USA können gegenseitig viel aus den gemachten Fehlern, ihren Auswirkungen und den Bemühungen um Reformen lernen.**



Matthias Scholer

Während der Wirtschaftskrise in den 30er Jahren entstanden in den USA die ersten Krankenversicherungen. Diese privaten Gesellschaften übernahmen die Behandlungskosten, sofern man monatlich einen fixen Betrag einzahlte. Als während dem Zweiten Weltkrieg die Löhne und Preise unter staatlicher Kontrolle standen, forderten die Gewerkschaften von den Arbeitgebern, anstelle von Lohnerhöhungen die Behandlungskosten ihrer Angestellten zu übernehmen. Die Erfüllung dieser

Forderung gilt als die Geburtsstunde der arbeitgebervermittelten Krankenversicherung in den USA.

1965 führte Präsident Lyndon B. Johnson mit «Medicare» und «Medicaid» zwei staatliche Sozialversicherungen ein. Während «Medicare» pensionierten und behinderten Amerikanern einen Versicherungsschutz bietet, kümmert sich «Medicaid» um die Versorgung einkommenschwacher Bürger unabhängig ihres Alters.

Bis Ende der 60er Jahre konnten die Ärzte unbeeinflusst von der Krankenversicherung über die Behandlung ihrer Patienten entscheiden. Ende der 60er Jahre gingen jedoch immer mehr Versicherungen dazu über, nicht nur die Arztwahl einzuschränken, sondern für ihre Vertragsärzte auch Behandlungsanweisungen zu erlassen. Die Vertragsärzte übernahmen folglich neben der Grundversorgung auch die Rolle eines «Gatekeepers».

Die staatliche «Medicare» führte in den 80er Jahren das «Prospective Payment System» ein, um unnötige Behandlungen zu verhindern und Therapien nachvollziehbar

zu gestalten. Die Einteilung der Patienten in «Diagnosed Related Groups» (DRGs) ist seither ein zentrales Element.

## Die Situation von heute in Zahlen

Gemäss neueren Zahlen sind rund 85% der Amerikaner krankenversichert. Davon werden etwa 58% durch ihren Arbeitgeber versichert, rund 10% haben selber einen Vertrag abgeschlossen und die restlichen 30% beanspruchen einen staatlichen Versicherungsschutz. Demgegenüber stehen rund 47 Millionen (14,5%) Amerikaner ohne eine Krankenversicherung.

Das amerikanische Gesundheitssystem ist mit Abstand das teuerste. Die Kosten pro Kopf belaufen sich aktuell auf 7290 Dollar, das entspricht dem doppelten der Ausgaben in Deutschland. Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens beliefen sich 2006 auf 2,1 Billionen US-Dollar (rund 16% des BIP). Ohne Gesundheitsreform könnten die Kosten bis 2016 auf vier Billionen US-Dollar ansteigen, was einem jährlichen Ausgabenzuwachs von rund 7% entspricht.

Diese Kostenentwicklung schlägt sich auch direkt auf die Privathaushalte durch. So wendet die amerikanische Durchschnittsfamilie monatlich 2500 Dollar für eine private Krankenversicherung auf.

Doch was treibt die Kosten dermassen in die Höhe? Die folgenden Faktoren werden als hauptsächliche Ursachen angesehen:

- Aus finanziellen Gründen zögern sowohl Nichtversicherte als auch Versicherte mit einem hohen Selbstbehalt notwendige Therapien und Untersuchungen zu lange hinaus. Sie leiden deshalb öfters an schwerwiegenden Krankheitsverläufen und Komplikationen mit entsprechenden Folgekosten.
- Aber auch die hohen Verwaltungskosten der privaten Versicherungen und die hohen Preise der medizinischen Leistungen schlagen kräftig zu Buche. Das amerikanische Pflegepersonal und die Ärzte verdienen im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gut.
- Die Fettleibigkeitsrate bei Erwachsenen beträgt 34,3% – im internationalen Vergleich mit Abstand die höchste Rate. Es wird geschätzt, dass eine fettleibige Person um 36% höhere Gesundheitsausgaben verursacht.
- Patienten in den USA erhalten Leistungen auf hohem Niveau. Das Rechtssystem trägt dazu bei, dass Ärzte aus Angst vor Schadenersatzklagen eher zu viel als zu wenig behandeln.

## Staatliche Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrt

In einem Notfall können sich alle Amerikaner an die Notfallstationen eines Spitals wenden. Der 1986 verabschiedete «Emergency Medical Treatment and Labor Act» (EMTALA) verpflichtet die Krankenhäuser, jeden als Notfall eingelieferten Patienten zu versorgen – unabhängig vom Versicherungsschutz und seinen finanziellen Möglichkeiten. Etwa 55% der Interventionen auf Intensivstationen fallen unter diese Regelung und werden folglich unentgeltlich erbracht.

Wie erwähnt können sich nur ältere Personen, Behinderte und Bedürftige bei den beiden einzigen staatlichen Krankenkassen «Medicare» und «Medicaid» versichern lassen. Deshalb spielen wohltätige Organisationen seit Jahren eine zentrale Rolle in der amerikanischen Gesundheitsversorgung. Einerseits existieren verschiedenste karitative Dienstleister für klar definierte Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Soldaten, Veteranen und Indianer. Andererseits bietet eine Vielzahl gemeinnütziger Institutionen

bedürftigen Amerikanern kostenlos oder stark vergünstigt medizinische Leistungen an. Einer dieser NGOs ist die «Remote Area Medical Organization», deren Kernaufgabe eigentlich ärztliche Hilfe in der Dritten Welt wäre – 60% ihrer Einsätze finden zwischenzeitlich jedoch in den USA statt.

## Private Krankenversicherungen

Neben den staatlichen und karitativen Programmen existiert eine Vielzahl privater Anbieter von Krankenversicherungen. Sie decken über Arbeitgeberversicherungen oder direkte Verträge mit den Versicherungsnehmern die Gesundheitskosten der meisten Amerikaner ab. Entsprechend stark sind sie an einer Eindämmung der fortschreitenden Kostenentwicklung interessiert. Die Versicherungsgesellschaften wenden deshalb seit Jahren unterschiedlichste Managed-Care-Modelle an, zum Beispiel:

## Interview mit Heiner Sandmeier, Stellvertretender Generalsekretär Interpharma



Heiner Sandmeier

### «Wir können von den Erfahrungen in den USA lernen»

#### **Care Management:**

*In den Medien hört man immer wieder, wie schlecht die Qualität medizinischer Leistungen in den USA ist. Entspricht dieser Eindruck der Realität?*

#### **Heiner Sandmeier:**

Auffallend sind vor allem die grossen Unterschiede. Die USA bieten einerseits weltbeste Qualität – so

zum Beispiel in der Mayo Klinik in Rochester oder in den grossen Krebszentren wie M.D. Andersen in Texas. Andererseits werden viele Leistungen schlicht als qualitativ ungenügend taxiert.

*Die Kostenexplosion im amerikanischen Gesundheitssystem ist enorm. Welche Faktoren sind dafür in erster Linie verantwortlich?*

Seit Jahrzehnten nehmen die Gesundheitskosten in allen Industriestaaten stetig zu. Die Gründe sind überall, so auch in den USA, die gleichen: der medizinische Fortschritt, die Bedeutung der Gesundheit in modernen Gesellschaften und die demographische Entwicklung. Der Anstieg ist in den USA allerdings ausgeprägter

als in den andern Industrienationen. Das hat nicht zuletzt mit dem amerikanischen Rechtssystem zu tun. Aus Furcht vor horrenden Schadenersatzklagen neigen die Ärzte dazu, sehr umfangreiche Abklärungen zu machen und Leistungen zu erbringen, die nicht alle unbedingt notwendig wären. Das ist kostspielig.

*Private Versicherer wenden seit Jahren diverse Managed-Care-Modelle an, um die Kostenentwicklung einzudämmen. Scheinbar ohne Wirkung. Wie hoch schätzen sie den Nutzen von Managed-Care-Modellen ein?*

Die Frage ist zunächst, was man mit Managed-Care-Modellen erreichen will. Dienen sie allein dazu, Kosten zu senken, sind sie zum Scheitern verurteilt. Die USA haben gezeigt, wie das Vertrauen der Patienten in HMO-Modelle in kurzer Zeit zerstört werden kann, wenn Leistungen zu Lasten der Behandlungsqualität eingeschränkt werden. Sind diese Modelle nur für Gesunde attraktiv, bringen sie wenig. Den Nutzen von Managed-Care-Modellen schätze ich dort hoch ein, wo chronisch Kranke mit einem integrierten Ansatz nach bester Evidenz qualitativ hochstehend versorgt werden. Wenn zum Beispiel ein polymorbider Diabetiker optimal eingestellt und betreut ist, lassen sich hohe Folgekosten, die oft im Spital anfallen, vermeiden.

- **«Selective Contracting»:** Dabei schliessen die Versicherungsgesellschaften nur mit Leistungserbringern Verträge ab, die bei genügender Qualität möglichst kostengünstig arbeiten.
- **«Innovative Strategies»:** Diese Strategie umfasst einerseits die Verrechnung eines höheren Selbstbehaltes bei ausgewählten Behandlungen und Untersuchungen. Andererseits erhalten Ärzte und «Nurse Practitioners» Bonuszahlungen, wenn sie möglichst wenig Patienten an Spitäler überweisen.
- **«Utilization Review»:** Die individuellen Krankenakten werden mit dem Ziel analysiert, künftige Therapien möglichst kostengünstig und effektiv zu gestalten.
- **«Health Maintenance Organizations» (HMO)** erstatten nur die Kosten, welche von ihren Vertragspartnern erbracht wurden. Zu den grössten Anbietern gehören dabei die «Kaiser Permanente», die auch eigene Kliniken betreibt. In den HMO-Praxen und Kliniken wird strikt nach festgelegten Behandlungs-

grundsätzen gearbeitet, welche von den Versicherungen vorgegeben sind.

- **«Preferred Provider Organizations» (PPO)** erlauben den Patienten, sich auch in Praxen, welche nicht Vertragspartner sind, behandeln zu lassen. Bei diesen Behandlungen wird jedoch ein höherer Selbstbehalt verrechnet. Dieses Versicherungsmodell verzeichnet in den letzten Jahren einen starken Zuwachs.

### Versicherungsschutz über den Arbeitgeber

Der Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber ist bis heute eine freiwillige Sozialleistung. Galt eine Krankenversicherung früher als Aushängeschild eines Unternehmens, entwickeln sich die dafür nötigen Aufwendungen zunehmend zur Belastung. Es überrascht deshalb nicht, dass in Folge der Rezession insbesondere kleinerer Unternehmen (<199 Angestellte) immer seltener ihre Mitarbeiter gegen Krankheit versichern.

#### *Was kann Europa für die Gestaltung der zukünftigen Gesundheitspolitik von Amerika lernen?*

Die USA haben unzählige Innovationen hervorgebracht. Ich denke dabei nicht nur an innovative Biotech-Medikamente gegen Rheumatoide Arthritis oder Krebs oder an medizintechnische Geräte, sondern auch an die unterschiedlichen Modelle für Managed Care sowie innovative Versicherungsmodelle mit sehr differenzierten Anreizen für Leistungserbringer und Versicherte. Diese Bereitschaft, Innovationen voranzutreiben, dafür Anreize zu setzen, den Innovator zu belohnen, bringt nicht nur den Patienten, sondern auch der Volkswirtschaft einen grossen Nutzen.

#### *... und die Schweiz?*

Wie in den USA ist es in der föderalen Schweiz möglich, innovative Modelle auszuprobieren und Erfahrungen zu sammeln, was in zentralisierten, einheitlichen Gesundheitssystemen wesentlich schwieriger ist. Kein europäisches Land hat so früh und so viel Erfahrung mit Managed Care gesammelt wie die Schweiz. In den USA hat man vor einiger Zeit begonnen, Outcomes – also Behandlungsergebnisse – zu messen und zu vergleichen, um damit die Qualität und die Kosteneffizienz stetig zu verbessern. Uns fehlen solche Daten – insbesondere bei chronischen Krankheiten, die 80 Prozent der Gesundheitskosten verursachen. Outcome-Daten sind dringend notwendig, um eine qualitativ hochstehende und effiziente Versorgung zu gewährleisten. Wir können auch bei der Einführung der DRGs von

den Erfahrungen in den USA lernen. Eine qualitätssichernde Begleitforschung ist bei uns notwendig, damit Fehlanreize erkannt und Fehlentwicklung korrigiert werden können.

*Wagen wir einen Blick in die Zukunft. Obamas Reformpläne sind gestern angenommen worden. Wie rasch, schätzen Sie, werden diese Pläne in die Praxis umgesetzt und was könnte deren Umsetzung noch gefährden?*

Es gibt noch viele Unwägbarkeiten, so dass eine Prognose schwierig ist. Die Rolle der Bundesstaaten, wie in der Schweiz jene der Kantone, ist nicht zu unterschätzen. Eine ganze Reihe von Staaten bereitet derzeit Gesetzesvorlagen vor, die eine individuelle Versicherungspflicht oder ein einheitliches Gesundheitssystem auf ihrem Gebiet verbieten sollen. Zwar steht Bundesrecht formal über ihrem Recht, doch de facto könnte sich ein Versicherungsobligatorium als sehr schwer durchsetzbar erweisen.

*Heiner Sandmeier, Dr. phil. II (Molekularbiologie) und Master in Public Health, ist Stellvertretender Generalsekretär der Interpharma, dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz und Mitglied des Zentralvorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP). Mit dem amerikanischen Gesundheitswesen setzte er sich in Studienreisen und im Rahmen der Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb» von Elizabeth Teisberg ([http://www.interpharma.ch/del/pdf/Teisberg\\_d\\_final.pdf](http://www.interpharma.ch/del/pdf/Teisberg_d_final.pdf)) auseinander.*

# Die aktuelle Orientierungshilfe in 5 Bänden: Handbuch Ethik im Gesundheitswesen



**Ich weiss, es ist nur zu meinem Besten ...  
Aber habe ich überhaupt noch ein Mitspracherecht?**

Diana Meier-Allmendinger,  
Ruth Baumann-Hölzle (Hrsg.)  
**Band 1: Der selbstbestimmte Patient**  
2009. 276 Seiten. Broschiert.  
Fr. 55.-/€ 38.50  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-036-7



**Ich muss Entscheidungen treffen und ringe mit meinem Gewissen ...  
Wie kann ich mit ethischen Konfliktsituationen umgehen?**

Christof Arn,  
Tatjana Weidmann-Hügler (Hrsg.)  
**Band 2: Ethikwissen für Fachpersonen**  
2009. 308 Seiten. Broschiert.  
Fr. 55.-/€ 38.50  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-037-4



**Wir brauchen Strukturen zur ethischen Entscheidungsfindung ...  
Wie können wir sie schaffen?**

Ruth Baumann-Hölzle,  
Christof Arn (Hrsg.)  
**Band 3: Ethiktransfer in Organisationen**  
2009. 284 Seiten. Broschiert.  
Fr. 55.-/€ 38.50  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-038-1



**Politische Verantwortung übernehmen ...  
Was heisst das konkret für mich?**

Markus Christen,  
Max Baumann (Hrsg.)  
**Band 4: Verantwortung im politischen Diskurs**  
2009. 240 Seiten. Broschiert.  
Fr. 55.-/€ 38.50  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-039-8



**Ethik im Gesundheitswesen im wissenschaftlichen Diskurs ...  
Wie verschaffe ich mir Überblick?**

Tatjana Weidmann-Hügler,  
Markus Christen (Hrsg.)  
**Band 5: Ethikdialog in der Wissenschaft**  
2009. 244 Seiten. Broschiert.  
Fr. 55.-/€ 38.50  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-040-4



**Alle 5 Bände im Schuber mit Preisvorteil**

Dialog Ethik (Hrsg.)  
**Schuber Band 1-5: Handbuch Ethik im Gesundheitswesen**  
2009. 5 Bände.  
Fr. 248.-/€ 173.60  
(statt Fr. 275.-/€ 192.50)  
(exkl. Versand)  
ISBN EMH 978-3-03754-041-1

**Schwabe**  
publiziert und produziert

**EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG**  
Editores Medicorum Helveticorum

## Bestellung

(bitte senden an Fax 061 467 85 76 oder an untenstehende Adresse)

Ich bestelle (exkl. Versandkosten):

Ex. Band 1: Der selbstbestimmte Patient à Fr. 55.-/€ 38.50  
 Ex. Band 3: Ethiktransfer in Organisationen à Fr. 55.-/€ 38.50  
 Ex. Band 5: Ethikdialog in der Wissenschaft à Fr. 55.-/€ 38.50

Ex. Band 2: Ethikwissen für Fachpersonen à Fr. 55.-/€ 38.50  
 Ex. Band 4: Verantwortung im politischen Diskurs à Fr. 55.-/€ 38.50  
 Ex. Schuber Band 1-5 mit Preisvorteil à Fr. 248.-/€ 173.60

Titel/Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz**  
 Tel. 061 467 85 75 | Fax 061 467 85 76 | E-Mail: [auslieferung@emh.ch](mailto:auslieferung@emh.ch) | Internet: [www.emh.ch](http://www.emh.ch)

Beim Versicherungsschutz durch einen Arbeitgeber finden grundlegend zwei Systeme Anwendung:

- **Gruppenversicherungen:** Ähnlich wie in Deutschland teilen sich der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer die Kosten für die Krankenversicherung. Da jedoch das Unternehmen der Vertragspartner des Krankenversicherers ist, endet der Versicherungsschutz beim Stellenwechsel oder beim Jobverlust.

Dieses Modell ist insbesondere bei kleineren Unternehmen mit weniger als 199 Angestellten beliebt. 43% der durch den Arbeitgeber versicherten Angestellten in den USA sind durch solche Gruppenversicherungen gedeckt.

- **Eigenversicherung:** Bei diesen sogenannten «Self Insurances» erbringen die grossen Unternehmen die Versicherungsleistungen im Krankheitsfall selbst. Dafür verwalten sie einen Gesundheitsfond, in den die entsprechenden Versicherungsbeiträge einfließen. Bei diesen Eigenversicherungen gilt der gesetzliche Mindestumfang des Versicherungsschutzes nicht und das Unternehmen kann selber bestimmen, welche Leistungen übernommen werden. Auch kann der Leistungsumfang jederzeit an eine sich verschlechternde Gewinnsituation angepasst werden.

Die verschiedenen Modelle der Eigenversicherung finden vor allem bei mittelgrossen und grossen Unternehmen Anwendung. 57% aller über den Arbeitgeber versicherten Arbeitnehmer unterstehen diesem Versicherungsmodell.

---

**Dank Comparative Effectiveness Research soll eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage geschaffen werden.**

---

Doch was geschieht bei einem Stellenwechsel oder nach einer Kündigung? Ein Arbeitnehmer, der die Stelle wechselt, muss sich häufig beim neuen Arbeitgeber einem Gesundheitstest unterziehen. Die Versicherungen können beim Vorliegen bestimmter körperlicher Zustände (z.B. Übergewicht) oder Erkrankungen (Krebs, Herzerkrankungen etc.) den Versicherungsschutz einschränken oder sogar ganz verweigern.

Arbeitnehmer, die ihre Stelle verlieren, sind grundsätzlich durch den «Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985» (COBRA) für die ersten 18 Monate nach dem Stellenverlust durch die Krankenversicherung des Arbeitgebers gedeckt. Ihr Anteil an den Versicherungsprämien steigt in dieser Zeit jedoch massiv an. Erfolgt der Stellenverlust durch eine Insolvenz des Unternehmens, wird kein Versicherungsschutz gewährt.

## Wie Obama das Gesundheitssystem retten will

Obamas Gesundheitsreform umfasste ursprünglich folgende Hauptforderungen:

- **Versicherung für alle:** Künftig sollte jedem Amerikaner der Zugang zu einer Krankenversicherung offen stehen. Formell wird jedoch kein Obligatorium verankert. Wer keine entsprechende Police abschliesst, wird mit einem Steuerzuschlag von 2,5 Prozent «bestraft». Kurzfristig ist es Obamas Ziel, in einer ersten Phase 30 der insgesamt 47 Millionen unversicherten Amerikaner einer Krankenversicherung zuzuführen.
- **Arbeitgeberversicherung zwingend:** Aber auch die Arbeitgeber sollen künftig vermehrt in die Pflicht genommen werden. So will Obama grosse Konzerne dazu zwingen, ihre Mitarbeiter zu versichern und für Vollzeitangestellte mindestens 72,5% der Prämien zu übernehmen. Bei Familienversicherungen beträgt der Anteil 65%. Anderenfalls drohen den Unternehmen Gebühren zwischen zwei und acht Prozent der Löhne und Gehälter. Von diesem Zwang ausgenommen sind kleine und mittlere Betriebe. Diese erhalten jedoch Steuervergünstigungen beim Abschluss entsprechender Versicherungen.
- **«Comparative Effectiveness Research»:** Dies ist ein weiterer zentraler Punkt in Obamas Gesundheitsreform. Dank «Comparative Effectiveness Research» soll eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage geschaffen werden, um die Wirksamkeit von präventiven, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Massnahmen in der Praxis zu vergleichen und Empfehlungen abzugeben. Prioritär sollen Strategien für die Gesundheitsversorgung untersucht werden, also weniger, welche Leistungen erbracht werden sollen, sondern wie und wann sie am wirksamsten und effizientesten erbracht werden. An zweiter Stelle steht der unterschiedliche Zugang von Bevölkerungsgruppen und an dritter Stelle die Behandlung von Krankheiten in den Bereichen Herz-Kreislauf, Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie.
- **Versicherungen:** Die Versicherungen dürfen niemanden mehr wegen einer bestehenden Erkrankung ablehnen. Zudem werden die Selbstbehalte begrenzt, und Kinder dürfen bis zum 26. Altersjahr mit der Police ihrer Eltern versichert bleiben.
- **Staatliche Krankenkasse:** Eine neue staatliche Krankenversicherung sollte in Konkurrenz zu den privaten Anbietern treten und dadurch das Geschehen am Markt mitbeeinflussen und den unversicherten Amerikanern die Gelegenheit bieten, eine entsprechende Deckung abzuschliessen.

Die geplante Gesundheitsreform kostet den US-Haushalt gemäss neueren Schätzungen über die nächsten zehn Jahre

rund 940 Milliarden Dollar. Diesen Ausgaben stehen Einsparungen von rund 138 Milliarden Dollar entgegen. Die höchsten Kosten entstehen durch die Subventionen der Haushalte mit tiefen Einkommen. Die Reform soll einerseits mit einem Mix von neuen Steuern und andererseits mit Abgaben von Versicherungs-, MedTech- und Pharmafirmen finanziert werden.

### Widerstand auf breiter Front

Die Republikaner und die konservativen sowie streng libertären Kreise der Demokraten stemmten sich gegen Obamas Gesundheitsreform. Sie setzten ganz auf einen freien Wettbewerb in freien Märkten. Die Republikaner lehnten die Gesundheitsreform wohl nicht nur aus ideologischen Gründen, sondern auch aus wahltaktischen Überlegungen ab. Denn sollte es Obama gelingen, das Gesundheitssystem auch nur partiell zu verbessern, könnte dies den Republikanern in den nächsten Wahlen massiv schaden.

Trotz des breiten Widerstandes gelang es Obama im November, seine Reformvorschläge mit 220 zu 215 Stimmen im Abgeordnetenhaus verabschieden zu lassen. Im Senat wurde jedoch Ende Jahr ein eigener Entwurf, der stark von Obamas Plänen abweicht, verabschiedet. Dieser höhlt die «Public Option», die Gründung einer staatlichen Krankenkasse also, massiv aus. Demnach darf jeder Bundesstaat selber entscheiden, ob er eine staatliche Versicherung zulassen möchte oder nicht.

Anfang dieses Jahres versuchte Obama, gegnerische Abgeordnete und Senatoren auf seine Seite zu ziehen, indem er nicht nur republikanische Vorschläge in seine Reform aufnahm, sondern auch von eigenen Forderungen (z.B. der staatlichen Krankenversicherung) zurücktrat.

So lud der Präsident seine Gegner zu einer live am Fernsehen übertragenen Kompromissuche ein. Beobachter gehen davon aus, dass Obama damit das Terrain vorbereiten wollte, um die Reform auf ungewöhnliche und umstrittene Weise zu verabschieden: mit einer einfachen Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses. Damit umgeht Obama die Regel, wonach im Senat eine Mehrheit von 60 der 100 Stimmen zur Beschlussfassung nötig ist. Über eine solche «Supermehrheit» verfügen jedoch die Demokraten seit ihrem Sitzverlust in Massachusetts nicht mehr. Deshalb nutzten sie ein als «Reconciliation» bezeichnetes Verfahren, das eigentlich nur für Haushaltsgesetze mit Defizitkürzung vorgesehen ist. Damit gelang es nun Obama, seine Gesundheitsreform doch noch verabschieden zu lassen.

Mit den ersten Anpassungen im Gesundheitswesen darf sechs Monate nach Unterzeichnung durch den Präsidenten gerechnet werden, die wesentlichen Teile der Reform werden jedoch etappenweise bis 2019 umgesetzt und können durch Verordnungen noch verändert werden.

Korrespondenz:

Dr. Matthias Scholer

Wissenschaftsjournalist

Redaktion Care Management

redaktion@care-management.emh.ch

### Vorschau

Care Management 3/10 erscheint am 7. Juni mit dem Schwerpunktthema «20 Jahre Managed Care – Integration jetzt erst recht!».



**Berner Fachhochschule**  
Wirtschaft und Verwaltung

**Bauen Sie Managementwissen und -können auf und entwickeln Sie Ihre Führungsfähigkeiten weiter.**

### Executive MBA

**mit Vertiefung in Health Service Management**

Zielgruppe: aktive und zukünftige Führungskräfte von Leistungserbringern im Gesundheitswesen  
Start: April 2011 / Dauer: 1 ½ Jahre plus Masterarbeit  
Unterrichtszeiten: monatlich, in der Regel Donnerstag bis Samstag, ganztägig / Studienort: Bern / Eidg. anerkannt

#### Infoveranstaltungen

Berner Fachhochschule, Fachbereich Wirtschaft und Verwaltung, Morgartenstrasse 2c, Bern, jeweils um 18.30 Uhr  
Dienstag, 4. Mai 2010 / Dienstag, 7. September 2010

#### Information und Anmeldung

T 031 848 34 14 oder E-Mail hsm.wirtschaft@bfh.ch

www.wirtschaft.bfh.ch/hsm