

## US-GESUNDHEITSWESEN

# Krankenversicherung für Rentner auf dem Prüfstand



Bis 2019 sollen die staatlichen Gesundheitsprogramme im Zuge der Gesundheitsreform um schätzungsweise 500 Milliarden US-Dollar gekürzt werden. Die Angst der älteren Generation vor Einschnitten ist groß.

Mayo-Klinik ein Zeichen dafür, dass selbst effektiv arbeitende, weltberühmte Krankenhäuser wie dieses offenbar mit den Medicare-Zahlungen nicht auskommen. Wie sehr die Angst vieler Rentner vor Kürzungen deren Wahlverhalten beeinflusst hat, zeigte der Ausgang der Senatswahlen am 2. November 2010: Viele Senioren gaben ihre Stimme erstmals wieder den Republikanern – schließlich hatte die Grand Old Party eine Abkehr von jedweden Kürzungsplänen versprochen.

## Den Ärzten drohen Einbußen von 21 Prozent

Medicare, die staatliche Krankenversicherung für Menschen, die 65 Jahre und älter sind, wurde im Zuge des „Social Security Act“ 1965 unter Präsident Lyndon B. Johnson eingeführt. 46,3 Millionen US-Bürger sind derzeit über Medicare versichert; Krankenhausaufenthalte sind damit mit Ausnahme einer einmaligen Selbstbeteiligung erst einmal abgedeckt. Für ambulante Arzt- und gewisse Pflegeleistungen können Medicare-Bezieher eine freiwillige Zusatzversicherung abschließen. Die Kosten dafür belaufen sich auf monatlich zwischen 100 und 200 US-Dollar.

Durch die steigende Zahl der Rentner – bis 2025 sollen US-Gesundheitswissenschaftlern zufolge 25 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein – nimmt der finanzielle Druck auf die Sozialversicherung stetig zu. Innerhalb der nächsten zehn Jahre, schätzen Experten, werden die Kosten um jährlich sieben Prozent steigen. Bereits heute

müssen durchschnittlich 3,9 Arbeiter über ihre Steuern einen Medicare-Bezieher finanzieren, rechnet die in New York ansässige gemeinnützige Organisation „Public Agenda“ vor.

Um einer Explosion der ärztlichen Behandlungskosten im Medicare-System vorzubeugen, wurde 1997 der „Balanced Budget Act“ verabschiedet. Das Gesetz koppelte die Ausgaben für ärztliche Leistungen an eine „nachhaltige Wachstumsrate (Sustainable Growth Rate, SGR)“. Mit einer Formel lässt sich seither berechnen, wie viel Medicare für ärztliche Leistungen ausgeben darf. Überschreiten die Medicare-Ausgaben die SGR-Vorgaben, sinken die Honorare für ärztliche Leistungen im Folgejahr entsprechend. „Da die SGR seit 2002 massiv zurückgegangen ist, die Leistungen der Ärzte aber nicht, haben sich die Einnahmen für die Behandlung von Medicare-Patienten stetig verschlechtert“, sagt Dr. med. Roland A. Goertz, Präsident der US-amerikanischen Hausärztereinigung. In diesem Jahr drohten den Ärzten Honorarkürzungen von etwa 21 Prozent, beklagt Dr. med. Andrew Carroll. Das könne nicht so weitergehen, betont der Hausarzt aus Chandler, Arizona. „Die SGR muss dringend reformiert werden.“

Dass die Mayo Clinic Family Medicine in Arizona keine neuen Medicare-Patienten mehr aufnimmt, ist für Carroll nachvollziehbar. Laut Umfragen sind in den USA nahezu 27 Prozent aller Hausärzte nicht länger bereit, neue Medicare-Patienten anzunehmen. In einigen Regionen des Landes reicht die Quote an die 40 Pro-

**Wohin führt der Weg?** – Viele Senioren sind durch die Gesundheitsreformpläne der US-Regierung verunsichert. Sie fürchten um die Qualität der medizinischen Versorgung.

**A**nfang 2010 gab die Mayo Clinic Family Medicine in Glendale, Arizona, bekannt, dass sie keine neuen Medicare-Patienten mehr aufnimmt. Diejenigen Rentner, die um einen Termin baten, verwies die Klinikleitung an Krankenhäuser in der Umgebung. 4 000 bis 5 000 Patientinnen und Patienten waren der Lokalpresse zufolge von der neuen Regelung betroffen.

Was Mayo-Pressesprecherin Lynn Closway im Nachhinein als „kleines, lediglich auf zwei Jahre angelegtes Pilotprojekt“ abtut, um klinikinternen Kosten zu sparen, wird über Arizonas Grenzen hinaus wahrgenommen. Schließlich ist die Entscheidung der

Foto: Martina Menten

zent. Noch nehmen in den USA 91,7 Prozent der Hausärzte an Medicare teil – immerhin haben sich 8,3 Prozent dagegen entschieden. In einer Broschüre informierte die US-amerikanische Ärztevereinigung (American Medical Association, AMA) ihre Mitglieder über mögliche Optionen: Bis Ende 2010 konnten sich die Ärzte entscheiden, ob sie künftig Medicare-Patienten behandeln wollen. Denn: „Für alle Hausärzte reicht der Kuchen nicht“, meint Carroll.

### Medicare muss grundlegend reformiert werden

Im Zuge der Gesundheitsreform von US-Präsident Barack Obama, die der Kongress im März 2010 mit knapper Mehrheit der Demokraten verabschiedete, wird die umstrittene SGR nicht angetastet. Statt dessen will Obama den steigenden Ausgaben durch Umstrukturierungen innerhalb von Medicare und Kürzungen bei nicht effektiv erbrachten Leistungen entgegenwirken. So soll von 2011 an beispielsweise die Vergütung sinken, wenn Krankenhäuser und Ärzte es nicht schaffen, durch „Produktivitätssteigerungen“ Kosten zu reduzieren. Langfristig sollen außerdem Präventionsprogramme zu Einsparungen bei Medicare führen. Eine großangelegte Forschungsstudie untersucht zudem, wie alternative Zahlungsmodelle zu mehr Versorgungsqualität und weniger Kosten führen können.

Die Republikaner sehen in Obamas Plänen nichts anderes als ein verdecktes Kürzungsprogramm. Zwischen 2010 und 2019 stünden den staatlichen Gesundheitsprogrammen wie Medicare und Medicaid für die armen Bevölkerungsschichten Einsparungen von circa 500 Milliarden US-Dollar bevor, hieß es im Vorfeld der Senatswahlen Anfang November. Davon 150 Milliarden US-Dollar allein bei Krankenhäusern, Hospizen und Altersheimen, schlüsselt der Republikaner John McCain auf. Obamas Pläne bedeuteten das Aus für eine qualitativ hochstehende Versorgung der Rentner, prophezeit der Senator aus Arizona.

Nach Ansicht von Prof. Dr. med. Denis Cortese muss Medicare grundlegend reformiert werden. Einzelne Kürzungen oder Umstrukturierungen reichten nicht aus, sagt der Ehrenpräsident und ehemalige Vorstandsvorsitzende der Mayo-Klinik. „Die Einzelleistungsvergütung setzt keinerlei Anreize, Patienten qualitativ hochwertig zu behandeln“, fügt Cortese hinzu, der seit Anfang 2010 an der Arizona State University in Phoenix an der W. P. Carey School of Business lehrt. Zwar sei die Vergütung der Ärzte in den letzten Jahren gesunken, die Ausgaben seien jedoch auf demselben Niveau geblieben, weil Ärzte Leistungen einfach vermehrt durchgeführt hätten, sagt Cortese. Die Mayo-Kliniken

oder die des Versicherungsunternehmens Kaiser Permanente setzten dagegen andere Schwerpunkte: „Wir glauben an eine am Ergebnis orientierte Vergütung, an ‚pay for value‘. Dabei richtet sich die Höhe der Vergütung nach den Behandlungsergebnissen, dem Service und der Sicherheit einer Behandlung.“ Noch gibt es allerdings keine Versicherung in den USA, die eine solche Erstattungspraxis umsetzt. Nach Angaben von Dr. med. Douglas Wood, Berater an der Mayo-Klinik in Rochester, versuchen die Mayo-Kliniken derzeit, Versicherungen von einem solchen System zu überzeugen. „Gleichzeitig ist es für uns wichtig, den Patienten ausreichend zu informieren – auch darüber, was er wirklich braucht“, erklärt Wood.

### Neu definieren, wo welche Versorgung sinnvoll ist

Prof. Dr. Eugene Schneller, Experte für Prozesskettenmanagement im Gesundheitswesen (Supply Chain Management) an der Arizona State University, macht noch einen weiteren Punkt für die Budgetkrise von Medicare verantwortlich: die Angebotsvielfalt für die Patienten. „Es ist sinnlos, jedem Patienten alles anzubieten.“ Politiker müssten gemeinsam mit Gesundheitswissenschaftlern und Ärzten neu definieren, wo welche Versorgung notwendig ist.

Bislang sind die Auswirkungen der Gesundheitsreform von Präsident Obama noch nicht absehbar. Die Republikaner, die nach der Wahl im vergangenen November im Kongress wieder die Mehrheit stellen, haben bereits angekündigt, jegliche Reformschritte zu verhindern. Bereits wenige Tage nach der Veröffentlichung der Wahlergebnisse war die Rede von einem Coupon-Programm, in das Medicare von 2018 an umgewandelt werden könnte. Danach sollen Medicare-Versicherte Zusatzbeiträge zahlen oder in eine günstigere Versicherung wechseln, wenn die Ausgaben der Sozialversicherung über einem Prozent der Inflation liegen. Die Demokraten lehnten diesen Vorschlag postwendend als „Privatisierungsversuch“ ab. ■

Martina Merten

## VOTUM GEGEN GESUNDHEITSREFORM

Das US-Repräsentantenhaus hat am 19. Januar 2011 mit seiner neuen republikanischen Mehrheit für die Rücknahme der Gesundheitsreform von US-Präsident Barack Obama gestimmt. Folgen wird das Votum aber zunächst nicht haben: Im US-Senat verfügen die Republikaner nicht über die erforderliche Mehrheit für die Rücknahme der Reform, zudem kann Präsident Obama jeden Beschluss des Kongresses mit seinem Veto stoppen.

245 Abgeordnete stimmten für die Aufhebung des Reformwerks, 189 dagegen. Mit dem Votum im Repräsentantenhaus lösten die Republikaner ein Versprechen aus dem Kongresswahlkampf 2010 ein, in dem die Ablehnung der Gesundheitsreform zu ihren Hauptargumenten

zählte. Gegen die Gesundheitsreform votierten auch drei Demokraten.

Die Republikaner lehnen das Gesetz, das als größte Sozialreform seit Jahrzehnten gilt, ab, weil sie ausufernde Kosten und wegen zusätzlicher Belastungen der Unternehmen den Verlust von Arbeitsplätzen befürchten. Den besonderen Ärger der Konservativen erregt ein Versicherungsmandat: Von 2014 an sind alle Bürger verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Gegen diesen Passus laufen bereits mehrere Gerichtsverfahren.

Obama bot den Republikanern die Zusammenarbeit an, um die Reform zu verbessern. Eine vollständige Überarbeitung lehnte er aber ab. *afp*