

# US-Rentner fürchten Obamas Gesundheitsreform

Der Ausgang der Senatswahlen am 2. November spiegelt nicht nur die anhaltende Kritik der Republikaner an Obamas universellen Krankenversicherungsplänen wider. Auch ein Großteil der Senioren wandte sich vom US-Präsidenten ab: Denn seine Pläne zur Reform von Medicare haben in dem von der Rezession geschüttelten Volk massive Ängste vor weiteren Kürzungen geschürt.

Von Martina Merten



Fotos: dpa



Angst vor Qualitätseinbußen: Viele Senioren haben bei den Senatswahlen auf den letzten Drücker für die Republikaner gestimmt.

**B**etty und Eugen Kleinschmidt kommen eigentlich aus Milwaukee, Wisconsin. Doch seit sechs Jahren leben die beiden 90-Jährigen in Tucson im Sonnenstaat Arizona. Sie sind eines von rund einhundert Ehepaaren, die in der Seniorenresidenz Mountainview ihr neues Zuhause gefunden haben. Eugen Kleinschmidt hat als amtlich zugelassener Buch- und Rechnungsprüfer ein Leben lang sehr gut verdient. Nur deshalb können er und seine Frau nun im Alter die Rundumversorgung, auch im Pflegefall, an einem solchen Ort finanzieren. Dennoch geben die beiden Rentner im Jahr mehr als 5000 Euro aus eigener Tasche für Arzneimittel aus. Und das, obwohl sie wie alle Personen ab dem 65. Lebensjahr in den USA über das staatliche Sozialversicherungsprogramm Medicare krankenversichert sind.

### 500 Milliarden US-Dollar sollen eingespart werden

Einem Großteil der US-Rentner geht es deutlich schlechter als Betty und Eugen Kleinschmidt. Weder können sie ihren Lebensabend an einem exklusiven Ort wie Mountainview verbringen, noch ist es ihnen möglich, mehrere Tausend Euro pro Jahr für Medikamente auszugeben. Eine steigende Anzahl der Älteren hat Schulden, geht aus dem Consumer Bankruptcy Demographics Report hervor. Die Zahl derjenigen Senioren, die insolvent sind, stieg von 14,3 Prozent in 2007 auf 16,9 Prozent in 2009. Verfrühte Verrentung und hohe Selbstzahlerkosten für Krankheit zählen zu den Hauptgründen, heißt es im Bericht. Der durchschnittliche Schuldenbetrag der ab 55-Jährigen betrug 2008 rund 50000 Euro. Gleichzeitig schreitet der Alterungsprozess, wie in vielen Industriestaaten, immer weiter voran. Bis 2025 werden 25 Prozent der US-Bevölkerung 65 Jahre und älter sein.

Wie sehr die Zukunft der Senioren die US-Bevölkerung beschäftigt, haben die Senatswahlen

am 2. November gezeigt: Die Republikaner, die im Vorfeld der Wahlen lauthals gegen Präsident Barack Obamas Pläne zur Reform von Medicare angetreten sind, konnten die ältere Generation vielerorts überzeugen. Mitglieder der GOP – der Grand Old Party – versetzten viele Rentner mit Kürzungsszenarien und drohenden Qualitätseinbußen für Medicare sogar so in Angst und Schrecken, dass viele Senioren auf den letzten Drücker ihre Stimme den Republikanern gaben – erstmals, hieß es in zahlreichen Zeitungsberichten.

Dabei sind die Auswirkungen von Obamas Medicare-Reformplänen auf die Versorgung der 46,3 Millionen Medicare-Bezieher in den USA noch gar nicht genau abzusehen, glaubt Prof. Dr. Chad Boulton, Professor an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Im Vorfeld der Wahlen war – und ist noch heute – die Rede von 500 Milliarden US-Dollar, die Obama mit Umschichtungen und Änderungen innerhalb von Medicare einsparen wolle. US-Senator John McCain schlüsselte Teile dieser 500 Milliarden US-Dollar während seiner zahlreichen Auftritte im Vorfeld der Senatswahlen folgendermaßen auf: 120 Milliarden US-Dollar sollten allein bei den sogenannten Medicare-Advantage-Plänen eingespart werden. Das sind optional von Rentnern abzuschließende Versicherungspläne, bei denen private Versicherungsgesellschaften Verträge mit Medicare abschließen und die im Versorgungsumfang über die traditionelle Medicare-Versicherung hinausgehen. Elf Millionen Rentner verfügen über eine solche Zusatzversicherung. Weitere 150 Milliarden US-Dollar machen McCains Auffassung zufolge von Obama geplante Kürzungen für Krankenhäuser, Hospize und Altersheime aus.

Fest steht, dass mit dem im März verabschiedeten „Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)“ weiteren Kostensteigerungen inner-

halb des staatlichen Sozialversicherungsprogramms entgegengewirkt werden soll. So sollen beispielsweise die Vergütungsraten für Leistungsanbieter von 2011 an sinken, es sei denn, Krankenhäuser und Ärzte schaffen es, ihre Dienstleistungskosten infolge von „Produktivitätssteigerungen“ zu reduzieren. Außerdem sollen Präventionsprogramme dem Gesetz zufolge langfristig zu Einsparungen führen. Im Rahmen einer groß angelegten Forschungsstudie soll herausgefunden werden, wie alternative Zahlungsmodelle zu mehr Versorgungsqualität und weniger Kosten führen können. Derzeit gehen Experten von Kostensteigerungen von sieben Prozent jährlich innerhalb der nächsten zehn Jahre bei Medicare aus.

### Hausärzte nehmen keine neuen Patienten mehr auf

In den Reihen der Ärzteschaft herrscht Einigkeit darüber, dass Medicare – unabhängig von den nun anstehenden Reformschritten – in seiner jetzigen Struktur nicht weiter bestehen darf. Die seit Jahren sinkenden Zahlungen an Hausärzte haben vielerorts dazu geführt, keine neuen Patienten mehr aufzunehmen, berichtet Dr. Ronald A. Goertz, Präsident der Amerikanischen Hausärztevereinigung. Zahlen des US-Zensus unterstreichen diese Entwicklung: US-weit sind 27 Prozent aller Hausärzte nicht länger bereit, neue Medicare-Patienten aufzunehmen, in einigen Städten sind es bis zu 30 Prozent. Insgesamt nehmen dem Zensus zufolge 8,3 Prozent aller Hausärzte nicht an Medicare teil, in einzelnen Regionen sind es bis zu zwölf Prozent.

Der Grund hierfür liegt an der 1997 im Zuge des „Balance Budget Act“ eingeführten Orientierung an der „nachhaltigen Wachstumsrate“ (SGR – Sustainable Growth Rate). Das Gesetz beinhaltete Kürzungen von Medicare-Zahlungen an Hausärzte, sollten deren Kosten oberhalb der SGR liegen. Diese legt der Kongress jährlich fest. „Da die SGR



„Die Bezahlung im US-Gesundheits-system müsste sich künftig vermehrt an den Ergebnissen, dem Service und der Sicherheit der Behandlung orientieren.“

Prof. Dr. Denis Cortese,  
School of Health Management and Policy,  
State University of Arizona

seit 2002 massiv zurückgegangen ist, die Ausgaben der Ärzte aber nicht, kommt es seit Jahren zu stetig schlechteren Einnahmen, wenn wir Medicare-Patienten behandeln“, erläutert Goertz. Vom 1. Dezember an, dem Stichtag des Kongresses für die Entscheidung über die künftige SGR-Rate, steht den Hausärzten eine erneute Kürzung ihrer Bezüge bevor – und zwar nach Angaben von Dr. Andrew Carroll um 21 Prozent. „Die SGR muss dringend reformiert werden“, so der Hausarzt aus Chandler, Arizona. Sinnvoll wäre seiner Ansicht nach ein stärkerer Fokus auf Prävention anstelle von Gerätemedizin.

Prof. Dr. Denis Cortese, Ehrenpräsident und bis Ende 2009 CEO der Mayo Kliniken, hält das Medicare-System aus noch einem Grund für „krank“: „Es beruht noch immer auf der sogenannten ‚Fee-for-Service-Variante‘“, erklärt Cortese, der seit Anfang des Jahres an der School of Health Management and Policy an der State University of Arizona in Phoenix lehrt. Hierbei richtet sich die Bezahlung der Ärzte

nach der Formel: Preis pro Behandlung, multipliziert mit der Häufigkeit. „Die Bezahlungen sind zwar in den vergangenen Jahren gesunken, das Ausgabenniveau hat sich aber nicht verändert, da die Ärzte Leistungen einfach vermehrt durchgeführt haben“, ist sich Cortese sicher. Seiner Ansicht nach müssten sich Bezahlungen im US-Gesundheitssystem künftig vermehrt nach dem Prinzip „Pay-for-Value“ richten, also eine Bezahlung, orientiert an den Ergebnissen, dem Service und der Sicherheit der Behandlung. „Die Mentalität der Versicherungsunternehmen in den USA ist aber leider noch immer eine ‚Fee-for-Service-Mentalität‘“, kritisiert der Pulmonologe.

### Die Republikaner setzen auf Privatisierung

Das kritisiert auch Daniel Peterson, Vizepräsident von Care More – einer US-Versicherungsgesellschaft, die mit Rentnern im Rahmen von Medicare Verträge abschließt. „Die jetzige Fee-for-Service-Struktur ent-

hält keinerlei Leistungsanreize für Ärzte“, findet Peterson. Prof. Dr. Eugene Schneller, Experte für Prozesskettenmanagement an der Arizona State University in Phoenix, geht in seiner Kritik an der jetzigen Finanzierung der Leistungsanbieter noch einen Schritt weiter. „Wir müssen uns überlegen, für welchen Patienten welche Behandlungsoption Sinn macht“, so Schneller. Es sei nicht alles für jeden geeignet, zudem müssten die an der Versorgung Beteiligten enger und transparenter zusammenarbeiten.

Ob sich die Pläne Obamas trotz der massiven Kritik der Republikaner tatsächlich durchsetzen lassen, ist unter Beobachtern und Public-Health-Experten umstritten. Nur wenige Tage nach den Wahlen am 2. November warteten die Republikaner bereits mit Plänen auf, wie unter anderem Medicare reformiert werden soll. Zwar gestanden sie auch die Budgetschwierigkeiten und den Reformdruck ein. Allerdings gehen die Lösungsvorschläge ganz klar in Richtung Privatisierung des staatlichen Sozialversicherungsprogramms. So lautet ein Vorschlag, Medicare von 2018 an in ein Coupon-Programm umzuwandeln. Sollten die Ausgaben über einem Prozent der Inflationsrate liegen, müssten Patienten die zusätzlichen Kosten aus eigener Tasche bezahlen oder auf günstigere Versicherungsmodelle umstellen. Die Demokraten lehnen den Voucher-Vorschlag klar ab.

Martina Merten arbeitet als Fachjournalistin in Berlin.



Die nächste Ausgabe *Die GesundheitsWirtschaft* erscheint am 25. Februar 2011

**Buchen Sie Ihre Anzeige bis zum 14. Februar 2011**

Ihre Ansprechpartner sind Michael Menzer und Waltraud Zemke  
Telefon: 0 56 61/73 44 87 • E-Mail: michael.menzer@bibliomed.de  
Telefon: 0 56 61/73 44 81 • E-Mail: waltraud.zemke@bibliomed.de