

# Das amerikanische Gesundheitssystem

Von David M. Cutler

Otto-Eckstein-Professor für Angewandte Volkswirtschaft an der Harvard University und Mitglied des Institute of Medicine



Amerika ist die größte und vielfältigste Gesellschaft der Welt. Dies spiegelt sich auch in unserem Gesundheitswesen wider. Wir geben jährlich fast zwei Billionen US-Dollar für unsere Gesundheit aus – nahezu jeden siebten Dollar unserer Volkswirtschaft – und sind dennoch eine der wenigen Nationen, deren Bürger nicht automatisch krankenversichert sind. Für viele Amerikaner ist die Krankenversicherung ein an den Arbeitsplatz gebundener Bonus oder eine Leistung aus Regierungsprogrammen.

Es scheint ironisch, dass die Nation mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und dem technologisch fortschrittlichsten Gesundheitssystem der Welt nicht auch die gesündeste ist. Sicherlich liegt die Schuld nicht ausschließlich im Gesundheitswesen. Vielmehr resultiert diese Diskrepanz aus dem öffentlichen Gesundheitssystem und den sozialen Gegebenheiten. Amerikaner sind dicker, gestresster und weniger aktiv als Menschen in anderen Ländern. Vielleicht hätten wir uns ein Beispiel an Europa nehmen sollen – mehr Urlaub und weniger Laster – doch das haben wir nicht getan.

Mit einigen dieser Gegebenheiten müssen wir also leben. Doch kommen wir nun zum eigentlichen Problem: Amerikas medizinisches Fachpersonal ist kompetent, doch oftmals kann es den Patienten nicht die nötige Versorgung bereitstellen, da ihnen das Gesundheitswesen in die Quere kommt.

Das amerikanische Gesundheitswesen ist stark fragmentiert und folgt einem komplizierten Regelsystem. Eine Kombination aus privaten und staatlichen Bürokratien entscheidet, welcher Patient welche Behandlung erhält. Ein amerikanischer Arzt, der weiß, wie er den einzelnen Patienten behandeln oder versorgen darf, ohne von Krankenkassen oder anderen Stellen ins Verhör genommen zu werden, muss wahrlich ein Genie sein.

Andererseits fühlen sich Amerikaner mit einem fragmentierten System wohler als andere Nationalitäten. Unser Volk misstraut allem, was vereinheitlicht ist – so auch einem System, das aus einem Topf die gesamte Krankenversicherung finanziert. Im Gesundheitswesen müssen wir diese kulturelle Vorliebe jedoch teuer bezahlen. Die meisten Amerikaner sind mit ihrem Gesundheitssystem unzufrieden. Die Mehrheit möchte es am liebsten von Grund auf neu aufbauen. Wir stehen damit vor einer doppelten Herausforderung: Wir brauchen Versicherungsschutz für alle und müssen herausfinden, wie wir die gegenwärtigen Ausgaben für das Gesundheitswesen besser nutzen. Unsere Gesellschaft verlangt nach einer Krankenversicherung für alle. Ein Teil des Problems liegt in der Finanzierung. Einfach ausgedrückt: Hat die Regierung genug Geld, so können wir die gegenwärtig Nichtversicherten unterstützen und absichern. Hat sie es nicht, können wir das nicht tun. Die Versicherung für eine vierköpfige Familie kostet momentan durchschnittlich 12.000 US-Dollar pro Jahr. Damit diese Ausgabe tragbar ist, müsste sie wesentlich mehr verdienen als die amerikanische Durchschnittsfamilie. Daher wäre für die Versicherung aller Amerikaner eine beträchtliche Mehrbelastung der Steuerzahler erforderlich. Kurzfristig wäre das möglich, doch langfristig stellt sich die Frage, woher das Geld kommen soll. Die Amerikaner wollen nicht höhere Steuern und noch mehr Geld zahlen für ein Gesundheitswesen, das sie zu Recht für marode halten. Was tun? Als Volkswirtschaftler sehe ich die Lösung in der *Rationalisierung* des Gesundheitswesens. Dazu muss man herausfinden, wie man Geld sparen und zugleich mehr Menschen eine bessere medizinische Versorgung zukommen lassen kann. Unabhängigen Schätzungen zufolge geben wir momentan 50 Prozent zu viel Geld für die Ge-

sundheitspflege aus und verschwenden somit 1 Billion US-Dollar pro Jahr. Das ist eine ganze Menge. Doch für dieses Problem gibt es keine Patentlösung. Eine Pauschalversorgung wäre sicherlich keine gute Idee. Zunächst einmal ist es schwierig, die richtigen Prioritäten zu setzen. Der großen Masse der Versicherten werden viele wichtige Gesundheits-

„Um das System zu rationalisieren, muss man herausfinden, wie man Geld sparen und zugleich mehr Menschen eine bessere medizinische Versorgung zukommen lassen kann.“

David M. Cutler, Otto-Eckstein-Professor für Angewandte Ökonomie, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, USA, Mitglied des Institute of Medicine

leistungen vorenthalten, die sie benötigen, um gesund zu bleiben – beispielsweise die adäquate Behandlung chronischer Erkrankungen sowie Medikamente, Therapien und Screenings zum richtigen Zeitpunkt. Von einigen Leistungen müssen wir mehr erbringen, auch wenn wir andere kürzen. So marode unser Gesundheitswesen auch sein mag, gibt es durchaus Initiativen, die maßgeblich zu einer Rationalisierung beitragen können. Obgleich keine davon

ein Allheilmittel ist, können wir doch das Boot in die richtige Richtung lenken, indem wir fünf oder sechs Strategien gleichzeitig umsetzen. Eine erste Strategie ist die **Vernetzung des Gesundheitssystems**. Mithilfe leistungsfähiger IT könnten wir doppelte Untersuchungen vermeiden, die richtigen Behandlungsentscheidungen treffen und die Patienten aktiv einbeziehen. Ärzte könnten mit digitalisierten Krankenakten wesentlich effizienter arbeiten und der leidigen Zettelwirtschaft so endlich ein Ende bereiten. Die Vernetzung des Gesundheitswesens wird teuer. Positiv geschätzt wird sie fünf Jahre dauern und 150 bis 200 Milliarden US-Dollar kosten. Dies entspricht etwa zehn Prozent der jährlichen US-Gesundheitsausgaben. Die US-Regierung muss zumindest für einen Teil des Geldes aufkommen, da nahezu die Hälfte der medizinischen Versorgungskosten von ihr getragen wird. Eine zweite wichtige Strategie besteht darin, eine **langfristige Studie zur vergleichenden Bewertung der Wirksamkeit** durchzuführen: Sind neuere Medikamente wirklich besser als ältere? Lohnt es sich wirklich, neue Verfahren einzuführen und ältere einzustellen? Wenn wir den Behandlungserfolg über einen bestimmten Zeitraum verfolgen, können wir sicher sagen, ob die neuen Medikamente, Diagnoseverfahren, medizinischen Geräte und Behandlungsprotokolle tatsächlich bessere Resultate erzielen. Eine dritte Strategie sieht vor, **chronische Erkrankungen besser zu behandeln**, indem man mehr Zeit und Energie auf die Prävention verwendet. Diabetes ist hier ein Paradebeispiel. Wir wissen, wie wir die Erkrankung besser kontrollieren und Patienten vor Nierenerkrankungen, Gliedmaßenverlust und Sehschwächen schützen können. Doch es mangelt an Informationen und finanziellen Anreizen an der richtigen Stelle. Niemand wird

## Zahlen & Fakten

Die Vereinigten Staaten sind die einzige große Industrienation, die medizinische Leistungen und Versicherungen nicht im Rahmen einer zentralen, nationalen Strategie erbringt.<sup>1</sup> Zudem bietet sie keinen Versicherungsschutz für alle Einwohner oder Staatsbürger. Dennoch werden 44,7 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen vom Staat finanziert, vorwiegend durch die staatlichen Programme Medicare und Medicaid, die ältere Menschen beziehungsweise Familien mit geringem Einkommen absichern. Im Schnitt werden 2724,70 US-Dollar der Gesamt-Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 6096,20 US-Dollar durch staatliche Behörden übernommen. 18,9 Prozent der Staats- und Bundesstaatshaushalte fließen in die Gesundheitsfürsorge.<sup>2</sup>

Private Krankenversicherungen sichern 201,7 Millionen Menschen ab. Die staatliche Krankenversicherung erfasst 80,3 Millionen Menschen. Trotz Medicare und Medicaid stieg die Zahl der nicht versicherten Amerikaner von 14,2 Prozent im Jahr 2000 auf 15,8 Prozent (47 Millionen) im Jahr 2006. Darunter waren 8,7 Millionen Kinder.<sup>3</sup>

Die ambulante Versorgung erfolgt überwiegend in Arztpraxen, aber auch in ambulanten Abteilungen von Krankenhäusern und sonstigen ambulanten Einrichtungen. Im Jahr 2005 verzeichneten diese Anbieter 1.169 Millionen Besuche, wobei auf jeden Patienten 3,94 Besuche entfielen – ein Anstieg von 38,2 Prozent gegenüber 1995. Die 4.936 Gemeindekrankenhäuser des Landes sind die größte Anbietergruppe von Krankenhausleistungen. Jedes Krankenhaus verfügt über durchschnittlich 164,5 Betten, wobei nur etwas mehr als die Hälfte der Häuser mehr als 100 Betten haben. Bei Neugeborenen sind die Krankenhausaufenthalte am längsten und liegen je nach Zustand des Kindes bei bis zu 26,2 Tagen.<sup>4</sup>

Der Zugang zur Notfallversorgung wird immer problematischer. Laut einem Bericht des Institute of Medicine vom Juni 2006<sup>5</sup> werden die Kapazitäten immer knapper, und die meisten Notaufnahmen müssen regelmäßig Krankenwagen an andere Häuser verweisen. Teil des Problems ist die Personalknappheit. Im Jahr 2006 waren 118.000 Stellen in der Krankenpflege unbesetzt.<sup>6</sup>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten am häufigsten auf und waren 2003 für 16,8 Prozent aller Krankenhausesentlassungen und 36,86 Prozent der Todesfälle verantwortlich. Auch auf nationaler Ebene entfallen mit 208,6 Milliarden US-Dollar die meisten Kosten der Patientenversorgung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen – ohne Berücksichtigung von wirtschaftlichen Kosten wie Arbeitszeit- oder Produktivitätsverlusten. Statistisch gesehen liegen Krebserkrankungen mit 4,91 Prozent nur an achter Stelle bei den Entlassungen und mit 67,6 Milliarden US-Dollar auf Platz sechs bei den nationalen Gesundheitskosten. Die Krebsmortalität lag 2003 bei 22,75 Prozent aller Todesfälle.<sup>7</sup>

Fettleibigkeit ist der Hauptrisikofaktor für die Amerikaner. Statistiken aus 2004 zeigen, dass 31,1 Prozent der Männer und 33,2 Prozent der Frauen über 15 fettleibig sind. Beide Zahlen sind die höchsten in den G8-Ländern. Mit einem Raucheranteil von 24,1 Prozent bei der männlichen Bevölkerung stehen die Vereinigten Staaten bei den G8-Ländern an vorletzter Stelle. Dagegen rauchen 19,2 Prozent der Frauen – das ist die zweithöchste Rate bei den G8-Ländern.

Die Impfempfehlungen für Einjährige gegen Masern, Diphtherie/Tetanus/Keuchhusten und Hepatitis B werden mit 93,96 beziehungsweise 92 Prozent relativ gut eingehalten.<sup>8</sup> Medizinische Vorsorgeuntersuchungen werden dagegen nicht sehr stark beansprucht. Ein Beispiel: Obwohl Brustkrebs die zweithäufigste Krebstodesursache bei Frauen ist, sind nur 62,6 Prozent der über 40-jährigen Amerikanerinnen in letzter Zeit zur Mammographie gegangen. Hierbei spielen Bildung, Krankenversicherung und ethnischer Hintergrund eine wichtige Rolle.<sup>9</sup>

---

Daten beziehen sich auf 2005 sofern nicht anders angegeben

<sup>1</sup> *USA Background Data*. Espicom Business Intelligence 2007

<sup>2</sup> [www.who.int](http://www.who.int). Letzter Zugriff 3. März 2008

<sup>3</sup> [www.census.gov](http://www.census.gov). Letzter Zugriff 3. März 2008

<sup>4</sup> *USA Background Data*. Espicom Business Intelligence 2007

<sup>5</sup> *Hospital-based Emergency Care at the Breaking Point*. Institute of Medicine, June 2006

<sup>6</sup> *USA Background Data*. Espicom Business Intelligence 2007

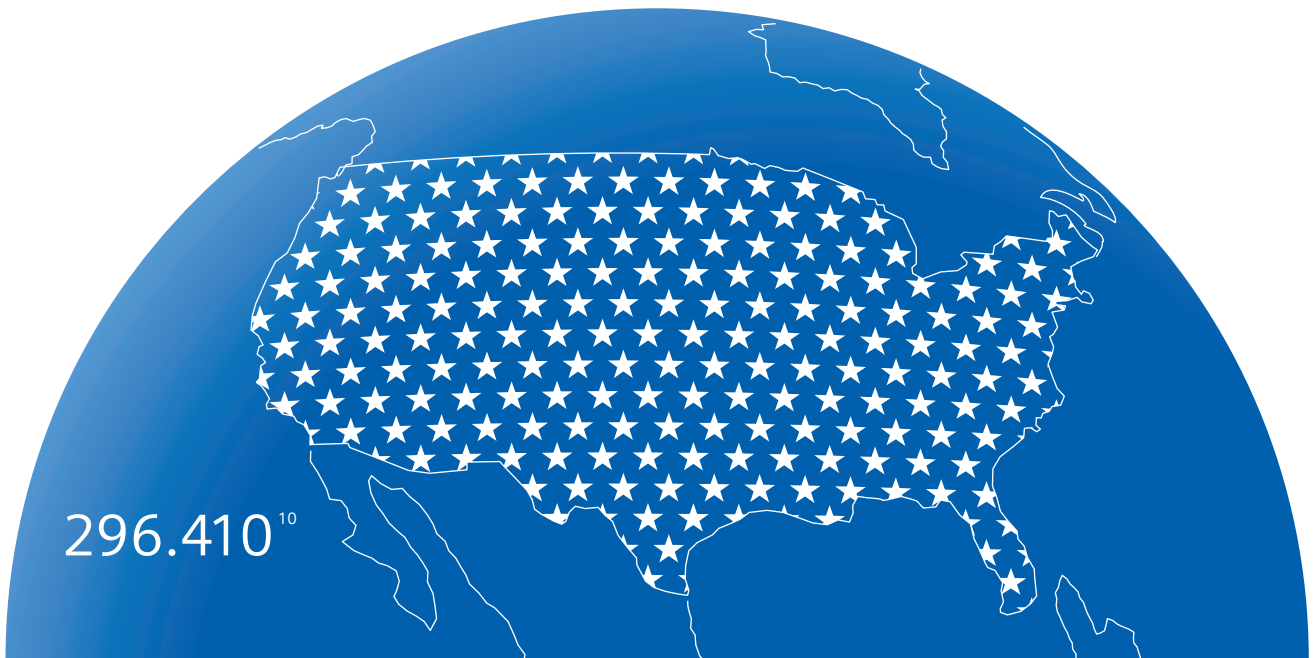
<sup>7</sup> *USA Background Data*. Espicom Business Intelligence 2007

<sup>8</sup> [www.who.org](http://www.who.org). Letzter Zugriff 3. März 2008

<sup>9</sup> [www.cancer.org](http://www.cancer.org). Letzter Zugriff 5. März 2008

<sup>10</sup> [www.census.gov](http://www.census.gov). Letzter Zugriff 3. März 2008

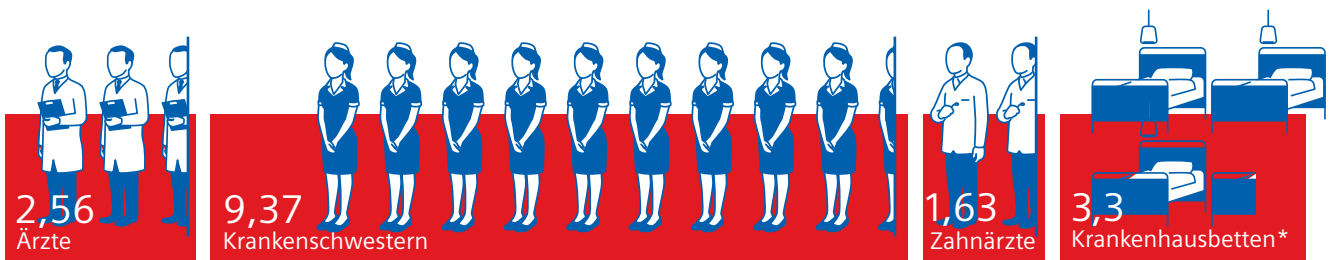
<sup>11</sup> Vorhersage: *USA Background Data*. Espicom Business Intelligence 2007



Bevölkerung in Tausend

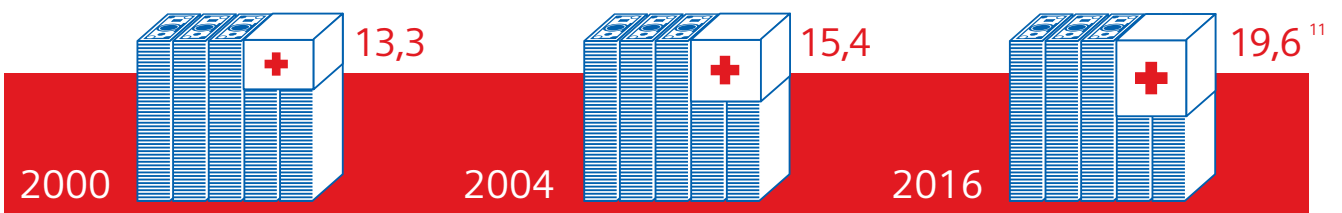


Lebenserwartung bei der Geburt



Anzahl pro 1.000 Einwohner

\* 2003



Anteil der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt

## „Wenn wir die Kranken davor bewahren können, noch kränker zu werden, können wir Geld sparen.“

David M. Cutler, Otto-Eckstein-Professor für Angewandte Volkswirtschaft, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, USA, Mitglied des Institute of Medicine

bezahlt, um ernsthafte Erkrankungen zu vermeiden.

Dies führt zu einem vierten Reformansatz, nach dem die **Leistungsanreize in der Medizin so anzupassen** sind, dass wir die Ärzte insbesondere für gute Leistung bezahlen. Die Krankenversicherungen sollten angeregt werden, sich eher auf die Versorgung der Kranken zu konzentrieren, als nur die Gesunden zu versichern. Wenn wir die Kranken davor bewahren können, noch kränker zu werden, können wir Geld sparen. Folglich werden große Unternehmen – also diejenigen, die genügend Mitarbeiter haben,

um mit den Versicherungen über Kosten, Bedingungen und Umfang der Krankenversicherung zu verhandeln – niedrigere Beiträge zahlen. Versicherungen sollten dann im Laufe der Zeit günstiger werden, da die Menschen länger gesund und somit dem Krankenhaus fern bleiben. Diese Ansätze schließen sich keineswegs gegenseitig aus – man sollte alle ausprobieren. Meiner Ansicht nach handelt es sich hierbei um klassische angebotsorientierte Strategien, die den Fluss des ‚Produktes‘ (hier also die Gesundheit) viel effizienter machen. Wir müssen erst herausfinden, welche Strategien funktionieren und dann in den entsprechenden Bereichen aktiv werden. Meiner Meinung nach deutet alles darauf hin, dass sich diese Ansätze auszahlen.

Andere Stimmen sagen, wir sollten die *Nachfrage* nach Gesundheitsleistungen drosseln. Ihrer Argumentation zufolge gehen die Amerikaner verschwenderisch mit ihren Gesundheits-Dollars um, da die meisten diese als Zuwendung und nicht als Rechnung erhalten. Wäre das Gesundheitswesen wie andere Märkte, in denen die Menschen selbst Leistungen kaufen und in Anspruch nehmen, so wäre es angeblich besser um das ganze System bestellt. Diese Vorstellung erscheint mir wenig plausibel. Ich halte nicht viel davon, Verbraucher selbst große Summen für ihre Gesundheit ausgeben zu lassen, denn ich glaube nicht, dass sie dies besonders sinnvoll und vorausschauend tun werden.

So fällt es den Menschen bekanntermaßen schwer, Maßnahmen zu ergreifen, die zunächst viel kosten und sich erst später auszahlen (beispielsweise Sparen für den Ruhestand). Aber geht es bei der Behandlung chronischer Erkrankungen nicht gerade darum? Man kann die Menschen dabei nicht sich selbst überlassen. Wieder andere möchten nur medizinisch Notwendiges versichern. Leider ist die Liste der medizinisch notwendigen Leistungen sehr lang, die der optionalen Leistungen dagegen viel zu kurz. Im Gesundheitswesen ist es schwierig, medizinischen Nutzen klar abzugrenzen. Eine Leistung kann für den einen Patienten sinnvoll sein, für den anderen dagegen nicht.

Das gemeinsame Ziel dieser Strategien zum Umbau des amerikanischen Gesundheitswesens besteht darin, Geld und Wissen richtig einzusetzen. In einem geeigneten Umfeld könnten wir viele dieser Strategien umsetzen und binnen fünf Jahren deutliche Veränderungen feststellen. Durch eine Rationalisierung des Gesundheitswesens können wir Amerika gesünder machen und nach und nach die durchschnittlichen Kosten der Familienkrankenversicherung von 12.000 auf 10.000 US-Dollar und noch weiter senken. Somit wäre es leichter, jeden Menschen in unserem Land zu versichern und das amerikanische System zum besten und vernünftigsten Gesundheitswesen der Welt zu machen.

Die in diesem Artikel wiedergegebenen Meinungen spiegeln nicht unbedingt die Meinung von Siemens Healthcare wider.

**David Cutler** ist Otto-Eckstein-Professor für Angewandte Volkswirtschaft und Associate Dean für Sozialwissenschaften der Faculty of Arts and Sciences an der Harvard University in Cambridge im US-Bundesstaat Massachusetts. Er war von 1991 bis 1995 als Juniorprofessor für Wirtschaftswissenschaften in Harvard tätig, wurde 1995 zum John L. Loeb Associate Professor für Sozialwissenschaften ernannt und erhielt 1997 einen Lehrstuhl.

Cutler wurde für seine Tätigkeit vielfach geehrt und machte sich durch seine Arbeit in der Gesundheits- und Nationalökonomie sowohl in akademischen Kreisen als auch in der breiten Öffentlichkeit einen Namen. Er war Mitglied des

Council of Economic Advisers der US-Regierung und des National Economic Council und hatte Positionen an den National Institutes of Health und der National Academy of Sciences inne. Derzeit ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter im National Bureau of Economic Research und Mitglied des Institute of Medicine. Professor Cutler ist Autor des Buches *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Healthcare System*.

Das Magazin *Modern Healthcare* bezeichnete ihn kürzlich als eine der 30 Personen, die einen starken Einfluss auf das Gesundheitswesen ausüben könnten, das Magazin *Details* als einen der 50 einflussreichsten Männer unter 46.