

Läufer, Ines

**Working Paper**

## Krankenversicherung in den USA: Problemaufriss und Überblick über zentrale Reformziele

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2012,1

**Provided in Cooperation with:**

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

Suggested Citation: Läufer, Ines (2012) : Krankenversicherung in den USA: Problemaufriss und Überblick über zentrale Reformziele, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2012,1, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/59112>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



Direktoren: Professor Dr. Johann Eekhoff  
Prof. Achim Wambach, Ph.D  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

## **Krankenversicherung in den USA: Problemaufriss und Überblick über zentrale Reformziele**

**Ines Läufer**

**Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 01/2012**

**(April 2012)**

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung / Ziel des Papiers</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>2</b>	<b>Überblick über den amerikanischen Versicherungsmarkt</b> .....	<b>- 1 -</b>
2.1	<i>Arbeitgeber-Gruppenversicherung</i> .....	- 2 -
2.2	<i>Individuelle Krankenversicherung</i> .....	- 3 -
2.3	<i>Staatliches Versicherungsprogramm: Medicaid</i> .....	- 3 -
<b>3</b>	<b>Im Fokus der Debatte : Hohe Zahl unversicherter Personen</b> .....	<b>- 4 -</b>
<b>4</b>	<b>Erklärungsansätze für die hohe Zahl unversicherter Personen</b> .....	<b>- 5 -</b>
4.1	<i>Freiwilliger Verzicht auf Krankenversicherung</i> .....	- 5 -
4.2	<i>Mangelnde Zahlungsfähigkeit</i> .....	- 5 -
4.3	<i>Adverse Selektion</i> .....	- 5 -
4.4	<i>Hohe Verwaltungs- und Such-Kosten</i> .....	- 6 -
<b>5</b>	<b>Die Gesundheitsreform von Obama</b> .....	<b>- 7 -</b>
5.1	<i>Ausdehnung der Gesundheitsversorgung, Ausdehnung des Zugangs zur Krankenversicherung</i> .....	- 7 -
5.2	<i>Mehr Transparenz, mehr Wettbewerb</i> .....	- 8 -
<b>6</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>- 10 -</b>

### Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer  
laeuf@wiso.uni-koeln.de  
Telefon: +49221 470 5347  
Telefax: +49 221 470 5350

### Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln  
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

## **1 Einleitung / Ziel des Papiers**

Die gesundheitspolitischen Debatten in den USA fokussieren neben den im internationalen Vergleich sehr hohen Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung (Harrington 2009) insbesondere auch steigende Versicherungsprämien sowie eine hohe Zahl unversicherter Personen (Pauly 2010; Harrington 2009). Die von Präsident Obama durchgesetzte und teilweise auch schon in Kraft getretene Reform, der „Patient Protection and Affordable Care Act“ hat primär das Ziel, bisher unversicherten Personen den Zugang zu einer Krankenversicherung zu ermöglichen (Hadley et al. 2008). Die Regulierung des Versicherungsmarktes stellt einen elementaren Bestandteil der Reform dar. Um die Intention zentraler Elemente der Reform zu verstehen, wird im Folgenden ein kurzer, rein deskriptiver Überblick über die Struktur der Krankenversicherung in den USA gegeben. Der Fokus liegt auf dem individuellen Versicherungsmarkt und der Gruppenversicherung, da in der Diskussion über die Funktionsfähigkeit des Versicherungssystems in den USA die Gruppenversicherungen als Referenz dienen (Pauly 2010; Baicker / Dow 2008). Des Weiteren werden anschließend verschiedene, in der amerikanischen Literatur angeführte, mögliche Hypothesen über die Gründe der hohen Zahl unversicherter Personen dargelegt. Auch diese werden hier nur deskriptiv und überblicksartig aufgezeigt. Die holzschnittartige Nachzeichnung politischer Antworten auf die in Wissenschaft und Gesellschaft diskutierten Probleme des amerikanischen Gesundheitssystems wird als Grundlage für erste Analysen dienen.

Mittel- und langfristig sollen anhand der Analyse des amerikanischen Versicherungsmarktes auch Rückschlüsse für das private Krankenversicherungssystem in Deutschland gezogen werden können, welches regelmäßig und nicht zuletzt aktuell wegen steigender Versicherungsprämien in der Kritik steht.

## **2 Überblick über den amerikanischen Versicherungsmarkt**

Das Versicherungssystem in den USA ist sehr heterogen: Ein großer Teil der versicherten Personen bezieht den Versicherungsschutz über eine meist von großen Arbeitgebern für ihre Angestellten bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossenen Gruppen-Versicherung („group insurance“). Die Anzahl der über ihren Arbeitgeber versicherten Personen ist jedoch in den letzten Jahren zurückgegangen (Pauly 2010; Swartz 2006), so dass die Alternative einer individuell abgeschlossenen privaten Krankenversicherung in der politischen Diskussion an Bedeutung gewinnt, auch wenn die Anzahl der Personen mit einem individuellen Krankenversicherungsvertrag bislang vergleichsweise gering (Pauly

2010) ist.<sup>1</sup> Des Weiteren existiert das staatliche Krankenversicherungsprogramm „Medicaid“, welches einkommensschwachen bzw. behinderten Personen einen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet (The Henry Kaiser Family Foundation 2011 b).

Da die Funktionsweise der Gruppenversicherung häufig als Blaupause für einen funktionierenden Versicherungsmarkt herangezogen wird, sollen im Folgenden deren zentrale Elemente erläutert werden, bevor die individuelle Versicherung betrachtet wird. Von Bedeutung für eine differenzierte Problemanalyse ist des Weiteren, dass auch die Regulierung der privaten Krankenversicherungen in den USA keineswegs einheitlich ist, sondern wesentlich in der Verantwortung der einzelnen Bundesstaaten liegt.

## **2.1 Arbeitgeber-Gruppenversicherung<sup>2</sup>**

Arbeitnehmer von (insbesondere) großen Unternehmen erhalten ihren Krankenversicherungsschutz zumeist über eine Gruppenversicherung: Der Arbeitgeber versichert seine Arbeitnehmer bei einer privaten Krankenversicherung und zahlt dafür eine an den durchschnittlichen erwarteten Kosten der Versicherten orientierte Prämie. Die Gruppenversicherungen über den Arbeitgeber führen zu einem Versicherungspool von ex ante erkennbaren unterschiedlichen Risiken. Es findet also ein Ausgleich zwischen Personen mit unterschiedlich hohen Erwartungswerten bezüglich der Krankheitskosten statt.<sup>3</sup> Im Gegensatz zu individuellen Versicherungen haben Personen mit schlechtem Gesundheitszustand bei Gruppenversicherungen den Vorteil, dass deren erhöhtes Risiko nicht zu einem Prämienaufschlag führt.<sup>4</sup> Diese Versicherungsform stellt aber grundsätzlich für die Arbeitnehmer, insbesondere für jene mit hohem Krankheitsrisiko, keine nachhaltige Absicherung dar: Durch die Verbindung von Versicherung und Arbeitsplatz in Form der Arbeitgeber-Gruppenversicherung führt der Verlust des Arbeitsplatzes zumindest mittelfristig zu einem Verlust der Krankenversicherung. Die Möglichkeit, statt dessen einen individuellen Krankenversicherungsvertrag bei einer privaten Krankenversicherung abzuschließen, ist mit zunehmendem Alter bzw. mit einem schlechten Gesundheitszustand keine de facto erreichbare Alternative.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Des Weiteren existiert auf dem amerikanischen Versicherungsmarkt noch die Versicherungsform der kleinen Gruppen-Verträge („small group insurance“). Diese werden in diesem Papier bewusst zurückgestellt, um in einem ersten Schritt Gruppen- und Einzelversicherung schematischer gegenüberstellen zu können.

<sup>2</sup> Dieser Abschnitt folgt Pauly (2010).

<sup>3</sup> Pauly (2010) erläutert ausführlich den Unterschied zwischen einer Versicherung als Umverteilung nachträglich sich herausstellender Risiken und einer (häufig als Versicherung missverstandenden) Umverteilung zwischen Personen mit einem niedrigen Krankheitsrisiko, also geringen erwarteten Krankheitskosten zu Personen mit einem schon erkennbar hohen Risiko.

<sup>4</sup> In der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland würde eine Kopfpauschale diesem Prinzip entsprechen. Vgl. auch Pimpertz 2001 zur „kollektiven Äquivalenz“.

<sup>5</sup> Die Gruppenversicherungen sind des Weiteren in den USA mit Steuervergünstigungen verbunden, so dass die Prämien dadurch im Vergleich zu Prämien für eine individuelle Versicherung geringer sind (Baicker / Dow 2008, S.4; Pauly 2010).

## 2.2 Individuelle Krankenversicherung<sup>6</sup>

Der Abschluss einer individuellen Krankenversicherung impliziert, dass das individuelle (und nicht das Gruppen-) Krankheitskostenrisiko abgesichert wird. Die Versicherung wird also die Prämie an dem Barwert der über eine gewisse Vertragsperiode erwarteten Kosten ausrichten.<sup>7</sup> In den meisten Bundesstaaten sind für Neu-Versicherte Risikoprüfungen, risikoabhängige Prämien und der Ausschluss von Vorerkrankungen erlaubt (Harrington 2010, S. 3 f.). In einigen Bundesstaaten dürfen die privaten Versicherungen jedoch nicht oder nur innerhalb enger Korridore die Prämien der Neu-Versicherten nach dem Gesundheitszustand differenzieren. Hervorzuheben ist des Weiteren, dass individuelle Krankenversicherungsverträge in den USA meist als langfristige Verträge ausgestaltet sind (Pauly 2010). Den Versicherten wird garantiert, dass ihre Verträge regelmäßig verlängert werden und keine Prämienhöhung aufgrund individueller Risikoveränderung stattfinden kann („guaranteed renewability at class average risk“). Damit findet eine Absicherung der langfristig aufgrund von Krankheit auftretenden Kosten statt. Laut Pauly (2010) ist dadurch sowohl durch die aktuelle Gesetzeslage<sup>8</sup> als auch durch die schon vorher bestehende freiwillige Praxis der Versicherungen, derartige Verträge anzubieten, eine langfristige Absicherung gewährleistet. Im Gegensatz zur Gruppen-Versicherung werden bei einer individuellen Krankenversicherung schon bekannte Krankheiten, also sicher zu erwartende Krankheitskosten, jedoch nicht mehr versichert.<sup>9</sup> Individuelle Versicherungsverträge werden in der gesundheitspolitischen Debatte daher meist aufgrund des Ausschlusses von Vorerkrankungen und / oder hoher Prämien kritisiert und die Gruppenversicherung als positives Gegenbeispiel angeführt (Pauly 2010).

## 2.3 Staatliches Versicherungsprogramm: Medicaid

Medicaid ist ein zumindest anteilig vom amerikanischen Bundeshaushalt finanziertes, aber von den Bundesstaaten eingeständig reguliertes staatliches Versicherungsprogramm, welches die Krankheitskosten einer gewissen Gruppe einkommensschwacher Personen absichert (Haveman / Wolfe 2010, S.

---

<sup>6</sup> Folgende Ausführungen basieren auf Pauly / Lieberthal 2008 und auf Pauly 2010, S. 19 -22, S. 41 ff.

<sup>7</sup> Die genauen Versicherungsregeln unterscheiden sich zwischen den Bundesstaaten. In einigen Bundesstaaten sind die Prämien für Neuversicherte auch reguliert und risikoabhängige Prämien nicht möglich. Vgl. hierzu ausführlich Harrington 2010 und Harrington 2009, Fußnote 2.

<sup>8</sup> Der „Health Insurance Portability and Accountability Act“, ein Gesetz aus dem Jahre 1996 schreibt bei bei individuellen Versicherungsverträgen die „guaranteed renewability at class average risk“ vor, außer diese sind explizit als nur temporäre Versicherungen gekennzeichnet

<sup>9</sup> Für die noch genauer zu führende Analyse möglicher systematischer Probleme auf dem amerikanischen Krankenversicherungsmarkt ist die klare Definition von „Risiko“ bedeutend. Streng genommen erfolgt eine Versicherung der unerwartet eintretenden Kosten, was bedeutet, dass die sicheren Folgen der schon bekannten Krankheiten nicht mehr versichert werden können. In Anlehnung an Pauly (2010, S. 21) wird im Folgenden unter einem „hohen Risiko“ eine Person mit überdurchschnittlich hohen Krankheitskosten-Erwartungswerten verstanden. Demgegenüber bedeutet die im eigentlich versicherungstechnischen Sinne verstandenen „Risiko-Poolung“, dass Personen mit ursprünglich gleichen Erwartungswerten das Risiko teilen (versichern), im Vergleich zum Erwartungswert höhere Kosten zu verursachen.

53). Die Ansprüche auf Medicaid werden in den einzelnen Bundesstaaten unterschiedlich geregelt (Vgl. im Folgenden The Henry Kaiser Family Foundation 2010). Grundsätzlich bildet für erwachsene Personen das geringe Einkommen (in 39 Bundesstaaten besteht nur unterhalb eines Einkommen in Höhe von 133 % des Armutslevels Zugang) nur eine notwendige, keine hinreichende Anspruchsbedingung. Zusätzlich müssen qualitative Merkmale wie Behinderung oder die Erziehung von Kindern erfüllt sein. Für Kinder ist der Zugang zu Medicaid großzügiger geregelt: Derzeit besteht Anspruch bis zu einem Einkommen von 200 % der Armutsgrenze, teilweise auch höher. Momentan sind rund 60 Millionen einkommensschwache Amerikaner durch Medicaid abgesichert, darunter 30 Millionen Kinder, 15 Millionen Erwachsene und 8 Millionen behinderte Personen. Der gewährte Leistungskatalog ist formal recht hoch, aufgrund der reduzierten Vergütung für die Ärzte haben diese aber einen geringeren Anreiz, Medicaid-Versicherte zu behandeln, was deren de facto Zugang zur Behandlung einschränkt (vgl. Haveman / Wolfe 2010, S. 54).

### **3 Im Fokus der Debatte: Hohe Zahl unversicherter Personen**

In den USA sind rund 49 Millionen Menschen unter 65 Jahren<sup>10</sup> unversichert (The Henry Kaiser Family Foundation 2011), also auch nicht über Medicaid abgesichert (Harrington 2009). Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle (Vgl. hierzu im Folgenden Pauly 2010; Harrington 2009): Zum einen sind es Personen ohne Zugang zu einer Gruppenversicherung über ihren Arbeitgeber, also Personen ohne Vollzeitjob, Angestellte kleinerer Firmen oder Arbeitslose. Damit bleibt diesen Personen (aufgrund der restriktiven Zugangskriterien zu Medicaid) meist nur die Möglichkeit, einen individuellen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen. Die Höhe der Prämie einer individuellen Krankenversicherung ist aber abhängig von den erwarteten Krankheitskosten, zumindest wenn die staatliche Regulierung das nicht beschränkt. Folglich sind auch ein vergleichsweise geringes Einkommen und / oder schlechter Gesundheitsstatus ausschlaggebend für die Nicht-Versicherung (Harrington 2009, S. 5). Rund 90 % der nicht Versicherten liegen im Einkommensbereich bis zu 400 % des Armutslevels (The Henry Kaiser Family Foundation 2011 a). Damit sind also auch durchaus Personen der Mittelschicht (ab einem Einkommen von 300 % des Armutslevels) nicht versichert (Pauly, 2010; Swartz 2006). Die unversicherten Personen haben in den USA zumindest Zugang zu einer Notfallversorgung (Harrington 2009, S. 6).

---

<sup>10</sup> Personen über 65 Jahren sind im steuer- bzw. beitragsfinanzierten System „Medicare“ krankenversichert. Vgl. The Henry Kaiser Family Foundation (2001). Bzw. zumindest frühere Arbeiter („former workers“, vgl. Haveman / Wolfe, 2010, S. 54).

## 4 Erklärungsansätze für die hohe Zahl unversicherter Personen<sup>11</sup>

In der amerikanischen Literatur werden verschieden Faktoren diskutiert, die eine hohe Zahl unversicherter Personen bedingen könnten.

### 4.1 *Freiwilliger Verzicht auf Krankenversicherung*

Eine individuelle Krankenversicherung steht in Konkurrenz zu einer über den Arbeitgeber angebotenen Gruppenversicherung. Sie fungiert meist als Überbrückungslösung, d. h. vor dem Wechsel in und nach dem Austritt aus einer arbeitgeberseitig angebotenen Gruppenversicherung (Ziller et.al. 2004; Baicker / Dow 2008 S. 4). Insbesondere für Personen mit eher schlechterem Gesundheitsstatus kann es sinnvoll sein, in Erwartung einer späteren Versicherung über einen Arbeitgeber keine individuelle Versicherung abzuschließen, weil letztere zu deutlich höheren Prämien führen kann (Baicker / Dow 2008, S. 4 f.). Aber auch für gute Risiken kann eine Gruppenversicherung aufgrund der Steuererleichterungen und der geringeren Verwaltungskosten attraktiver sein und somit einen temporären Verzicht auf eine Krankenversicherung in Erwartung der zukünftigen Gruppenversicherung erklären.

### 4.2 *Mangelnde Zahlungsfähigkeit*

Werden die Prämien für Neu-Versicherte im individuellen Versicherungsvertrag mehr oder weniger risikoäquivalent kalkuliert, so kann dies für Personen im mittleren bis hohen Alter, die eine Gruppenversicherung verlieren, zu sehr hohen Prämien führen. Diese kann im Vergleich zum verfügbaren Einkommen so hoch sein, dass die Unversicherung zwangsläufig in Kauf genommen werden muss (vgl. auch Pauly 2010).

### 4.3 *Adverse Selektion*

Ziller et.al. (2004) sehen in der vergleichsweise kurzen Verweildauer von guten Risiken in einer individuellen Versicherung einen Hinweis auf adverse Selektion.

Adverse Selektion könnte bei asymmetrischer Information auftreten: Können die Versicherungen das Risiko der Personen weniger gut als diese selbst einschätzen, so müssen sie eine an den durchschnittlich erwarteten Kosten orientierte Prämie kalkulieren. Diese ist aber für die Personen mit einem geringen Krankheitskostenrisiko zu hoch, weshalb die Krankenversicherung unattraktiv werden kann. Ohne Versicherungspflicht werden die guten Risiken also tendenziell keine Versicherung abschließen, während Personen mit hohem Krankheitskostenrisiko sich eher versichern. Dieser Prozess der adversen Selektion führt zu steigenden Durchschnittskosten des Versichertenkollektivs und zu

---

<sup>11</sup> Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass auch hier nur eine kurze Darstellung zentraler Thesen erfolgt. Grundsätzlich muss auch untersucht werden, ob bzw. wann eine fehlende Krankenversicherung für die Amerikaner überhaupt ein Problem darstellt.



einer Spirale aus weiteren Austritten der vergleichsweise guten Risiken und weiter notwendig werdenden Prämien erhöhungen (Eekhoff et al. 2008).

Auf dem amerikanischen Versicherungsmarkt gibt es jedoch zunächst einmal keine Indikatoren einer aufgrund von asymmetrischer Informationen bestehenden adversen Selektion. Die Krankenversicherungen in den USA nehmen aufwendige und kostenintensive Risikoprüfungen vor, schließen ggfs. Vorerkrankungen aus und passen die Prämie an den Gesundheitszustand an (Pauly 2010).

Wenn die Versicherungen die Prämien hingegen nicht an den erwarteten Kosten orientieren dürfen, sondern eine Durchschnittsprämie verlangen müssen, dann haben diese ein Interesse daran, die schlechten Risiken nicht zu versichern und werden versuchen, diese auszuschließen, also Risikoselektion betreiben (Pauly 2010; Eekhoff et al. 2008). Die Untersuchung der Zahl und Struktur der unversicherten Personen muss also unter Berücksichtigung der Regulierungen in den Bundesstaaten erfolgen: So führte im Bundesstaat Massachusetts eine Prämienregulierung, die risikoäquivalente Prämien untersagt, nach Pauly (2010) zu einem Austritt der Personen mit geringen erwarteten Krankheitskosten aus dem Markt. Dort sind es also überwiegend junge und gesunde Personen, die keinen individuellen Krankenversicherungsvertrag abschließen.

#### **4.4 Hohe Verwaltungs- und Such-Kosten**

Der Markt für individuelle Krankenversicherungsverträge ist aufgrund hoher Kosten, die nicht direkt mit Gesundheitsleistungen im Zusammenhang stehen, in der Kritik. Schätzungsweise 65 – 76 % der Prämienzahlungen werden für die unmittelbare Gesundheitsversorgung aufgewendet (Pauly 2010). Insbesondere hohe Verwaltungs- und Marketingkosten (Pauly 2010; Whitmore et. al. 2011) führen zu erheblichen Prämienaufschlägen.

Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen sollte eigentlich einen Preisdruck auf die Versicherungen ausüben und folglich prinzipiell auch deren Bestreben fördern, die Verwaltungskosten zu reduzieren. Hohe Verwaltungskosten könnten ein Indiz für mangelhafte Wettbewerbsstrukturen auf dem Versicherungsmarkt darstellen. Ohne hier auf alle Faktoren eingehen zu können, kann als mögliches Wettbewerbshemmnis die geringe Transparenz auf dem Markt der Krankenversicherungen angeführt werden: Pauly (2010, S. 30 ff.) sieht die große Produktvielfalt und große Prämienvielfalt bei gleichen Leistungen als Ursache für das Problem hoher Suchkosten.

## 5 Die Gesundheitsreform von Präsident Obama<sup>12</sup>

Die Reform von Präsident Obama zielt primär auf die Ausdehnung des Krankenversicherungsschutzes für die US Bürger ab (Hadley et al. 2008, w 399). Dies beinhaltet zum einen die Ausdehnung der Ansprüche auf Medicaid, zum anderen eine starke Regulierung des Marktes für individuelle Krankenversicherungsverträge.

### 5.1 *Ausdehnung der Gesundheitsversorgung, Ausdehnung des Zugangs zur Krankenversicherung*

Die Reform<sup>13</sup> sieht eine ab 2014 geltende Versicherungspflicht für die meisten Amerikaner vor. Personen, die keine Versicherung abschließen, müssen eine Strafe zahlen.<sup>14</sup> Diese Versicherungspflicht wird von strikten Regulierungen des Versicherungsmarktes flankiert. Zum einen besteht für die privaten Krankenversicherungen Kontrahierungszwang: Sie müssen also sämtliche Personen versichern, die einen Antrag stellen. Um für Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand hohe Versicherungsprämien bzw. den Ausschluss von Leistungen zu verhindern, dürfen die Versicherungsprämien nur noch in sehr begrenztem Rahmen, abhängig vom Familienstand, der geografischen Region, dem Alter und dem Rauchen variieren.<sup>15</sup> Des Weiteren dürfen bereits bekannte Vorerkrankungen nicht mehr vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

Die Reform sieht des Weiteren eine Subventionierung der Prämien für einkommensschwache Personen vor, deren Einkommen sich zwischen 133 % und 400 % des nationalen Armutslevels befindet. Je nach Einkommensklasse darf der Anteil, den die Prämie für einen gewissen Leistungskatalog am Einkommen beträgt, einen gewissen (mit steigendem Einkommen auch steigenden) Prozentsatz nicht überschreiten (Harrington 2010, S. 704). Die Reform von Präsident Obama sieht zudem ab 2014 eine Ausdehnung der Medicaid Ansprüche vor: Allen Personen unter 65 Jahren soll Zugang gewährt werden, wenn ihr Einkommen weniger oder gerade noch 133 % des nationalen Armutslevels beträgt (The Henry Kaiser Family Foundation 2010). Damit soll die sehr unterschiedliche Gestaltung der Medicaid Ansprüche in den Staaten vereinheitlicht werden. Insbesondere qualitative Merkmale wie Behinderung oder Kinder werden nicht mehr Voraussetzung für einen Medicaid Anspruch sein (Haveman / Wolfe 2010, S 56).

---

<sup>12</sup> Im Folgenden werden nur einige zentrale Reformelemente dargelegt. Ziel ist es, die Intention der Reformausrichtung darzustellen und erste Linien der Reform im Hinblick auf die möglichen Probleme darzustellen. Eine differenziertere Darstellung bzw. eine Analyse der Auswirkungen erfolgt in einem zweiten Schritt. Für detaillierte Informationen vgl: <http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html>; The Henry Kaiser Family Foundation 2010.

<sup>13</sup> Vgl. im Folgenden Harrington 2010; Haveman / Wolfe 2010.

<sup>14</sup> Die Höhe der Strafe wird im Hinblick auf die Wirksamkeit der effektiven Durchsetzung der Versicherungspflicht als entscheidend diskutiert (Harrington 2009), so dass davon auszugehen ist, dass die Strafzahlung eine Alternative zum Versicherungskauf darstellen könnte.

<sup>15</sup> Versicherungsverträge, die bis 2010 abgeschlossen wurden, sind von der Prämienregulierung nicht betroffen, sie besitzen einen Bestandschutzcharakter (sogenannte „grandfathered“ Verträge). Vgl. Harrington 2010.

Des Weiteren soll nach dem Willen des Gesetzgebers der Zugang zu einer Krankenversicherung über den Arbeitgeber ausgedehnt werden, in dem Arbeitgeber mit 50 oder mehr Angestellten einen Versicherungsschutz anbieten müssen (Harrington 2010, S. 704).

## **5.2 Mehr Transparenz, mehr Wettbewerb<sup>16</sup>**

Die Reform zielt des Weiteren auf die Schaffung von mehr Wettbewerb durch mehr Transparenz auf dem Versicherungsmarkt ab, vor allem durch eine bessere Vergleichbarkeit von Leistungskatalogen: Ab 2014 sollen Staaten sogenannte Versicherungsbörsen („Exchange Markets“) etablieren. Versicherungen dürfen dort nur vier, sich im Umfang der Leistungen unterscheidende, jeweils standardisierte Leistungskataloge anbieten (Haveman / Wolfe, S. 57). Die Subventionierung der Versicherungsprämien erfolgt nur auf den Exchange-Märkten .

Obleich die genaue Ausgestaltung der Exchange-Märkte noch unklar ist bzw. je nach Bundesstaat unterschiedlich sein wird, wird die prinzipielle Intention dahinter erkennbar, den Staaten mehr Macht gegenüber den Versicherungen zu geben. Durch die Verbindung von Subventionen für die Versicherten und die gleichzeitige Entscheidung über die Zulassung von Versicherungskatalogen durch die Staaten sollen die Prämienleistungen sowie der Leistungskatalog besser reguliert werden (The Henry Kaiser Family Foundation 2009) und erhöhte Informationstransparenz ermöglicht werden (Douggan / Koucher 2010). Die mit einer Prämienregulierung verbundenen Risikoselektionsanreize der Versicherungen sollen zum einen durch die mittels der Subventionen erzielten großen Versicherungskollektive auf den Exchange Märkten, zum anderen auch durch Risikoausgleichsmechanismen verhindert werden (Douggan / Kocher 2010).

## **6 Fazit**

Der Abschluss einer Krankenversicherung war bislang in den USA Privatsache. Es gibt kein System, welches die Erschwinglichkeit einer Krankenversicherung grundsätzlich für alle Personen gewährleistet. Personen, die keinen Zugang zu einer Gruppenversicherung erhalten bzw. diesen verlieren, besitzen meist nur die Alternative, einen individuellen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen. Bei individuellen Versicherungsverträgen wird aber (im Gegensatz zu Gruppenversicherungen) das schon bekannte Risiko nicht mehr versichert: Hohe erwartete Krankheitskosten, bspw. durch Vorerkrankungen, gehen mit hohen Prämien einher. Aufgrund der fehlenden ex ante Umverteilung zwischen Risiken und dem (gerade bei Jobverlust oder –Wechsel) im Lebenszyklus späten Zeitpunktes des Abschlusses einer individuellen Krankenversicherung können somit auch für Personen der mittleren Einkommensklasse die verlangten Prämien unerschwinglich sein. Eine Absicherung über die staatli-

---

<sup>16</sup> Vgl. Im Folgenden Douggan / Kocher 2010.

che Versicherung Medicaid ist nur für Personen mit geringen Einkommen und weiteren qualitativen Merkmalen zugänglich.

Die Gesundheitsreform von Präsident Obama kann als Reaktion auf die zunehmende Anzahl der unversicherten Personen gewertet werden. Sie zielt auf die Ausdehnung des Zugangs zu einer Krankenversicherung durch Ausdehnung der staatlichen Hilfen ab, gekoppelt an eine strikte Regulierung der Prämien auf dem privaten individuellen Krankenversicherungsmarkt. Der damit einhergehende Ausgleich zwischen guten und schlechten Risiken soll mittels einer Versicherungspflicht erzielt werden, die gerade junge bzw. gesunde Personen in den Versicherungsmarkt zwingen soll.

Insbesondere die Versicherungspflicht ist in der amerikanischen Bevölkerung umstritten und wird derzeit vor dem obersten Gerichtshof verhandelt. Ob sich der große Widerstand in der amerikanischen Bevölkerung gegen die Ausdehnung der sozialen Leistungen oder aber gegen „nur“ gegen den Zwang zur Versicherung richtet, kann aus dem Protest gegen die Reform noch nicht abgeleitet werden. Das Zusammenspiel aus gesellschaftlichen Werten, der Ausgestaltung unterschiedlicher Versicherungssysteme sowie möglichen Dysfunktionalitäten auf dem privaten Versicherungsmarkt verdient auf jeden Fall große Beachtung, auch für mögliche Rückschlüsse auf die deutsche Gesundheitspolitik.

## 7 Literaturverzeichnis

Baicker, Katherine / William H. Dow (2008): Risk selection and risk adjustment: improving insurance in the individual and small group markets. Economic Research Initiative on the Uninsured Working Paper Series, Working Paper 58.

Duggan, Mark / Bob Kocher (2010): The economics, opportunities, and challenges of health insurance exchanges. The Economicists' Voice, <http://bpub.wharton.upenn.edu/documents/research/Duggan%20-%20viewcontent.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

Eekhoff, Johann/ Vera Bünnagel / Susanna Kochskämper/ Kai Menzel (2008): Bürgerprivatversicherung. Ein neuer Weg für das Gesundheitswesen. Tübingen: Mohr Siebeck.

Hadley, Jack / John Holahan / Teresa Coughlin / Dawn Miller (2008): Covering the uninsured in 2008: Current Costs, sources of payment and incremental costs. Health Affairs 27 (5), web exclusive, w399-w415.

Harrington, Scott E. (2009): The Health Insurance Reform Debate. <http://hcmg.wharton.upenn.edu/documents/research/Harrington%20health%20care%20reform%20aei.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

Harrington, Scott E. (2010): Regime Change for Health Insurance Regulation: Rethinking rate review, medical loss ratios and informed competition. A project of the American Enterprise Institute. <http://www.aei.org/files/2010/12/08/Regime-Change-for-Health-Insurance-Regulation.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

Haveman, Robert / Barbara Wolfe (2010): US Health Care Reform: A primer and an assessment. CESifo DICE Report 3/2010.

Pauly, Mark V. (2010), Health Reform without side effects. Making markets work for individual health insurance. Stanford: Hoover Institution Press Publication.

Pauly, Mark V. / Robert D. Lieberthal (2008): Market watch: How risky is individual health insurance? Health Affairs 27 (3), web exclusive, w242-w249.

Pimpertz, Jochen (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der Sozialen Krankenversicherung. Köln: Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 121.

Swartz, Katherine (2006): Reinsuring health. Why more middle-class people are uninsured and what government can do. New York: Russell Sage Foundation.

The Henry Kaiser Family Foundation (2009): Focus on Health Reform. Explaining health care reform: What are health insurance exchanges? <http://www.kff.org/healthreform/upload/7908.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

The Henry J. Kaiser Family Foundation (2010): Focus on Health Reform: Explaining Health Care Reform: Questions about Medicaid's Role. <http://www.kff.org/healthreform/upload/7920-02.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

The Henry J. Kaiser Family Foundation (2011 a): Five Facts about the uninsured. <http://www.kff.org/uninsured/upload/7806-04.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

The Henry Kaiser Family Foundation (2011 b): Key facts on medicaid and the uninsured: The uninsured and the difference health insurance makes. <http://www.kff.org/uninsured/upload/1420-13.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

The Henry Kaiser Family Foundation (2011 c): Focus on Health Reform: Summary of New Health Reform Law. <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, zuletzt abgerufen am 15. April 2012.

Whitmore, Heidi / Jon R. Gabel / Jeremy Pickreign / Roldan McDevitt (2011): The individual insurance market before reform: Low premiums and low benefits. *Medical Care Research and Review*, 68 (5), 594-606.

Ziller, Erica C. / Andrew F. Coburn / Timothy D. McBride / Courtney Andrews (2004): Patterns of individual health insurance coverage, 1996-2000. *Health Affairs* 23 (6), 210-221.