

GAO

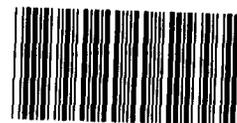
United States General Accounting Office

Report to the Chairman, Committee  
on Ways and Means, House of  
Representatives

Juni 1991

AUFWENDUNGEN  
DER VEREINIGTEN  
STAATEN FÜR  
DIE GESUND-  
HEITSFÜRSORGE

Tendenzen,  
beitragende Faktoren  
und Reformvorschläge



146608

---

---

—



Comptroller General  
of the United States

B-243905

10. Juni 1991

The Honorable Dan Rostenkowski,  
Chairman, Committee on Ways and Means  
House of Representatives

Sehr geehrter Herr Vorsitzender!

Der folgende Bericht enthält das Ihrem Ausschuss am 17. April 1991 vorgelegte Sachverständigen-gutachten (s.Anh.I.). Wir veröffentlichen dieses Gutachten als Bericht, um es weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Das Gutachten entspricht Ihrem Wunsch nach Unterrichtung über die Kosten der Gesundheitsfürsorge in den Vereinigten Staaten wie auch über die langfristige Planung für eine Reform des amerikanischen Gesundheitsfürsorge-wesens. Zur Erörterung stehen kurz gesagt die Entwicklung der Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge hierzulande; ihre Auswirkungen auf Wirtschaft, Staat und den einzelnen Bürger; die zu der Kostensteigerung beitragenden Faktoren; sowie Schritte zu einer umfassenden Reform.

Im Jahre 1990 betragen die Aufwendungen der Vereinigten Staaten für die Gesundheitsfürsorge 12,3 Prozent des Nationaleinkommens. Wenn der derzeitige Trend anhält, wird der Anteil der Gesundheitsfürsorge in 10 Jahren auf 15 Prozent des Nationaleinkommens steigen. Dies bedeutet eine zusätzliche Aufwendung von \$300 Milliarden für den nationalen Gesundheitsdienst im Jahre 2000, d.h. soviel, wie der gegenwärtige Verteidigungshaushalt beträgt.

Das chronische Anwachsen der Aufwendungen für den Gesundheitsdienst hat Rückwirkungen auf das Wirtschaftsleben, auf allen Ebenen der Verwaltung und auf den einzelnen Bürger. Im Jahre 1987 beispielsweise haben die amerikanischen Kapitalgesellschaften rund 94 Prozent ihres Gewinns nach Abzug der Steuern für die Gesundheitsfürsorge ihrer Beschäftigten ausgegeben. Ähnlich sind auch die Aufwendungen der Einzelstaaten für das Medicaid Programm—das für die Gesundheitsfürsorge einer gewissen Anzahl von Personen mit Niedrigeneinkommen zahlt—schneller gestiegen als alle andere Teile der Staatshaushalte.

Die anhaltende Zunahme der medizinischen Behandlungskosten hat viele Gründe. Steigendes Durchschnittsalter der

Bevölkerung und höheres Familien-einkommen während der vergangenen zwei Jahrzehnte haben den Wunsch und die Nachfrage nach mehr Gesundheitsfürsorge geweckt. Ebenso haben technisch fortgeschrittene Behandlungsmethoden und diagnostische Verfahren die Nachfrage nach mehr Fürsorge gefördert, aber oft auch ihre Kosten erhöht. Diese Nachfrage—und kostensteigernden Faktoren, gestützt auf verfügbare Finanzierungsmöglichkeiten durch öffentliche und private Versicherungsleistungen haben die Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge drastisch in die Höhe getrieben.

Unternehmen, Einzelstaatsregierungen und die Bundesregierung haben während des vergangenen Jahrzehnts eine ganze Reihe der verschiedensten Einsparungsmethoden ausprobiert, einige ganz ohne, andere mit auf einen einzigen Zahler (z.B. ein Unternehmen, einen Staat) beschränktem Erfolg, wo Einsparungen erzielt werden konnten. Diese Erfahrung zeigt, dass, wenn die Vereinigten Staaten das rapide Ansteigen der Gesundheitsfürsorgeausgaben für alle Zahler—öffentliche wie private—bremsen wollen, so kann dies nur durch einen umfassenden Plan geschehen, der das gesamte Spektrum der Gesundheitsfürsorgezahler und leistungen einbegreift.

Massnahmen zur Beschränkung der Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge sind in verschiedenen anderen Industrieländern mit relativem Erfolg durchgeführt worden. Diese Massnahmen bieten eine Möglichkeit der Reform, die die Vereinigten Staaten ins Auge fassen sollten. Die Gesundheitsdienste von Ländern, denen Einsparungen gelungen sind, haben drei Elemente gemeinsam: eine allgemeine Krankenversicherung, einheitliche Regelung der den Leistungsträgern zustehenden Gebühren und erzwingbare Begrenzung der zulässigen Ausgaben.

Wir arbeiten zur Zeit an mehreren Studien, die dem Kongress bei der Erörterung der Vorschläge für eine Reform des amerikanischen Gesundheitsfürsorge-wesens von Nutzen sein können. Wir werden noch in diesem Jahr zwei Berichte über ausländische Gesundheitsdienste herausbringen, sowie wir auch im Bemühen um eine Lösung der drängenden Probleme des Zugangs zur Gesundheitsfürsorge des Landes und der dafür erforderlichen Aufwendungen weiterhin mit dem Kongress zusammenarbeiten werden.

B-243905

Der vorliegende Bericht wurde unter der Leitung von Janet L. Shikles, Direktor für Gesundheits- und Grundsatzfragen erstellt. Sollten Sie oder Ihr Stab Fragen haben, ist Frau Shikles unter (202) 512-7119 zu erreichen. Weitere wichtige Mitarbeiter sind in Anhang II namentlich aufgeführt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift (hektographiert)

Charles A. Bowsher  
Comptroller General  
of the United States

---

## Inhalt

---

|  |   |    |
|--|---|----|
| Brief  |   | 1  |
| Anhang I   | Hintergrund-Die Kostenexplosion bei der Gesundheitsfürsorge in den Vereinigten Staaten                    | 6  |
| Erklärung des Charles A. Bowsher, Comptroller General of the United States vor dem Haushalt- | Wachsende Gesundheitsfürsorge Aufwendungen belasten die Wirtschaft  | 8  |
| ausschusses des Repräsentanten-  | Kostenexplosion bei der Gesundheitsfürsorge bei Bund und Staaten bedroht Gesundheits und andere Programme | 12 |
| hauses am 17. April 1991   | Wachsende Zahl Nichtversicherter-Anhaltend unbefriedigende Gesundheitsstatistiken                         | 14 |
|  | Faktoren, die zu der Steigerung der Kosten der Gesundheitsfürsorge beitragen                              | 16 |
|  | Geringer Erfolg bisheriger ergänzender Massnahmen--Teilreformen nicht erfolgversprechend                  | 18 |
|  | Das System der amerikanischen Gesundheitsfürsorge bedarf umfassender Reform                               | 22 |
| Anhang II  |   |    |
| Hauptmitarbeiter an diesem Bericht   |   | 25 |

---

## Abkürzungen

|      |  |
|------|--|
| FASB | Financial Accounting Standards Board-Rechnungsprüfungs-Normenausschuss |
| GAO  | General Accounting Office  |
| GNP  | Gross National Product-Bruttosozialprodukt                             |
| HMO  | Health Maintenance Organization-Volksgesundheitsorganisation           |
| MRI  | Magnetic Resonance Imaging-Magnetische Resonanz-Abbildung              |
| PPS  | Prospective Payment System-Vorgesehener Zahlungsmodus                  |

**Erklärung des Charles A. Bowsher, Comptroller General of the United States vor dem Haushaltsausschuss des Repräsentantenhauses am 17. April 1991**

---

Ich freue mich, am heutigen Tage, an dem Sie die Frage der Finanzierung der Gesundheitsfürsorge vom Standpunkt der Bundesregierung und der Nation prüfen, hier anwesend sein zu können. Ich glaube, dass das Problem unseres Gesundheitswesens und die Notwendigkeit seiner Reform zu den ernstesten Fragen gehört, mit denen sich der Kongress in den 1990er Jahren konfrontiert sieht.

Sie haben mich gebeten, die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge des Landes zu erörtern und darzulegen, warum diese Frage Anlass zu erheblicher nationaler Sorge ist. Ich möchte das Problem in seinem vollen Umfang und seine Folgen für Zahler und Patienten auseinandersetzen und Möglichkeiten aufzeigen, wie der Staat diesem Problem beikommen könnte.

Die von GAO durchgeführte Analyse hat mich davon überzeugt, dass unsystematische Einzelmassnahmen, wie sie Wirtschaft und Regierung versucht haben, nicht geeignet sind, die steigenden Kosten für den nationalen Gesundheitsdienst wesentlich zu reduzieren. Kein einzelner Sektor kann das Problem der steigenden Kosten auf eigene Faust lösen. Wenn die Vereinigten Staaten die Kostenspirale in der Gesundheitsfürsorge erfolgreich abbremsen wollen, ist dies meiner Ansicht nach nur durch eine umfassende Reform möglich. Bei der Planung unserer Reform sollten wir von den Methoden, die verschiedene Länder mit verhältnismässigem Erfolg zur Eindämmung des Gesundheitsfürsorgekosten angewandt haben, drei Elemente ins Auge fassen: (1) Krankenversicherung für jedermann, (2) einheitliche Gebührenregelung für Gesundheitsfürsorgeleistungen, und (3) Gesamtkostenmaxima für wichtige Leistungsträger wie Krankenhäuser, Ärzte und Technologie.

---

**Hintergrund: Die  
Kostenexplosion bei  
der Gesundheits-  
fürsorge in den  
Vereinigten Staaten**

---

Die Vereinigten Staaten haben ernste Schwierigkeiten bei den Kosten für die Gesundheitsfürsorge, doch stehen diesen Schwierigkeiten bemerkenswerte Leistungen der amerikanischen Medizin gegenüber. Das Kostenproblem entsteht vor dem Hintergrund dieser Leistungen, die deshalb aufgezählt zu werden verdienen. Die amerikanische Medizin übt eine weltweite Anziehungskraft aus: Ärzte und Medizinstudenten strömen zu unseren Lehrkliniken und medizinischen Fakultäten, um sich mit den modernsten medizinischen Verfahren vertraut zu machen; Patienten suchen unsere medizinischen Zentren und unsere Spezialisten auf, um in den Genuss der neuesten Behandlungsmethoden zu kommen; und unsere Politiker reisen durchs Land, um Neuerungen auf dem Gebiet der Krankenfürsorge kennen zu lernen. Die Bewunderung der Ausländer für den unbefangenen Umgang mit der Technik und das klinische Können unserer Ärzte und Krankenanstalten wird oft auch von Amerikanern geteilt. Unsere Mitbürger sind nicht nur dankbar, dass es so etwas wie Computergesteuerte Termograene [CAT Scans] und andere High-tech-Wunder gibt, aber erklären sich wenn gefragt, sehr zufrieden mit der Fürsorge die sie bekommen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>In einer kürzlich vom Employee Benefit Research Institute und der Gallup-Organisation durchgeführten Umfrage bewerteten 56 Prozent der Befragten die amerikanische Gesundheitsfürsorge als "annehmbar" oder "schlecht." Ihre Ansicht über die Behandlung durch ihren Hausarzt war um ein Vielfaches positiver: 92 Prozent der Befragten, die einen Hausarzt haben - ein wichtiger Vorbehalt - bezeichneten die Behandlung durch ihn als "ausgezeichnet" oder "gut." "Health Costs," Wall Street Journal, 27. März 1991. Siehe auch Robert J. Blendon, Robert Leitman, Ian Morrison und Karen Donelan, "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations", Health Affairs, Sommer 1990, pp. 185-192 sowie Cindy Jajich-Toth und Burns W. Roper, "Americans' Views on Health Care: A Study in Contradictions," Health Affairs, Winter 1990, pp. 149-157.

Wie können, so fragt man sich, angesichts solcher medizinischer Errungenschaften und solch offensichtlicher Zufriedenheit der Patienten mit der ihnen zuteil werdenden Fürsorge, so viele Beobachter unser Gesundheitswesen als mangelhaft betrachten und sogar behaupten, es befinde sich in einer Krise? Ich glaube, dass sie dabei weniger medizinische als die finanziellen Mängel unserer Gesundheitsfürsorge im Auge haben: Was Anlass zur Besorgnis gibt, sind die Kosten medizinischer Dienstleistungen—im Verhältnis zu ihrem Wert und den vielen Menschen, denen der Zugang zu ihnen verwehrt ist.

Die Schwierigkeiten bei der Finanzierung des amerikanischen Gesundheitsdienstes lassen sich zunächst, aber nicht ausschliesslich, darauf zurückführen, dass die Vereinigten Staaten, was die Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge betrifft, weltweit an der Spitze stehen. Im Jahre 1990 haben wir für die Gesundheitsfürsorge \$671 Milliarden ausgegeben, oder \$2.660 pro Person. Dagegen hat Kanada, das in Sachen Aufwendungen für die Volksgesundheit an zweiter Stelle steht, weniger als \$2.000 pro Person bezahlt. Im Jahre 1970 entfielen bei uns je Dollar Volkseinkommen<sup>2</sup> 7,4 Cent auf die Kosten des nationalen Gesundheitsdienstes. Etwa denselben Anteil am Volkseinkommen beanspruchte der kanadische Gesundheitsfürsorge. 1989 waren es in Kanada immer noch nur rund 9 Cent, während bei uns der Anteil der Gesundheitskosten auf 11,6 Cent je Dollar Volkseinkommen gestiegen war. Wären unsere Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge nur im gleichen Verhältnis gestiegen wie in Kanada, so könnten die Vereinigten Staaten heute \$140 Milliarden anderen Verwendungen zuführen. Diese Summe entspricht, um ein Beispiel zu nennen, 40 Prozent der nationalen Gesamtausgaben für das Erziehungswesen.

Alle Anzeichen deuten daraufhin, dass wir in puncto Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge weiterhin an der Spitze stehen werden. 1990 waren es mehr als 12 Cent je Dollar Volkseinkommen, die wir für Gesundheitsdienste ausgegeben haben, und der Anteil wächst weiter. Alle 40 Monate steigt der Anteil der

---

<sup>2</sup>Mass für das Nationaleinkommen ist das Bruttonationaleinkommen (BSP).

Gesundheitsfürsorge je Dollar BSP um einen Cent. In 10 Jahren—120 Monaten—werden, wie das Gesundheitsministerium [Department of Health and Human Services] berechnet hat, 15 Cent je Dollar BSP auf die Gesundheitsfürsorge entfallen. Das bedeutet ein Mehr an Ausgaben für die nationale Gesundheitsfürsorge von \$300 Milliarden im Jahre 2000, ein Betrag so gross wie der derzeitige Verteidigungshaushalt.

---

**Wachsende  
Gesundheits-  
fürsorge Auf-  
wendungen belasten  
die Wirtschaft**

---

Diese Tendenzen belasten die finanzielle Lage alle am System Beteiligten erheblich. Nicht nur Einzelhaushalte sind betroffen, sondern auch grosse Institutionen (Unternehmen, Verwaltungen, Versicherer), die die Versicherung des Einzelnen bezahlen und den Leistungsträgern ihre Ausgaben erstatten.

Für die Unternehmen haben die wachsenden Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge auch ihre Krankenversicherungskosten in die Höhe schnellen lassen.<sup>3</sup> Während der vergangenen zwei Jahrzehnte waren diese Krankenversicherungskosten der Anteil des Arbeitslohns mit der grössten Wachstumsrate. Eine Foster-Higgins-Umfrage bei grösseren Firmen hat gezeigt, dass die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge zwischen 1989 und 1990 im Durchschnitt um 21,6 Prozent gestiegen sind. Diese Firmen, deren Gesundheitspläne 11 Millionen Beschäftigte erfassen, hatten im

---

<sup>3</sup>Die Krankenkosten als Teil des Gesamtarbeitslohns (d.h. Löhne, Gehälter, Sozialleistungen) sind von 3,1 Prozent im Jahre 1970 auf 7,0 Prozent im Jahre 1989, also um mehr als das Doppelte gestiegen. Man beachte jedoch, dass sich der Anteil der Unternehmen an den Gesamtausgaben für den Gesundheitsdienst während des vergangenen Jahrzehnts kaum geändert hat. Siehe Congressional Budget Office, Trends in Health Expenditures by Medicare and the Nation, Januar 1991. Die Zunahme des Anteils der Gesundheitsfürsorge am Arbeitslohn spiegelt wachsende Kosten für letztere, nicht aber eine grössere Rolle der Unternehmen bei ihrer Finanzierung wieder.

Durschnitt je Beschäftigtem \$3.161 an medizinischen Kosten aufzubringen.<sup>4</sup> (General Motors allein, gibt im Jahr \$3 Milliarden für Gesundheitsfürsorge aus.) 1987 machten die von amerikanischen Unternehmen aufgewendeten Kosten für die Gesundheitsfürsorge mehr als 94 Prozent des Gesamtgewinns nach Steuern aus.

Die Arbeitgeber haben auf die hohen und noch immer wachsenden Aufwendungen reagiert mit dem Versuch, einen grösseren Teil der Sonderkosten für Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge auf ihre Beschäftigten abzuwälzen. Die Zahl der Beschäftigten, deren Versicherungspolice auf \$100 und mehr Selbstbeteiligung lauten, ist von 1980 bis 1988 auf das fünffache gestiegen.<sup>5</sup> Viele Firmen haben die Versicherungsdeckung für die Ehefrauen und Kinder ihrer Beschäftigten abgebaut. Immer mehr Firmen gewähren auch Halbzeit—oder vorübergehend Beschäftigten keinen Versicherungsschutz mehr. Es nimmt deshalb nicht Wunder, dass sich Arbeitskämpfe während des vergangenen Jahrzehnts häufig um Gesundheitsfürsorgeleistungen und Versicherungsprämien abgespielt haben. In 1989 haben sich 78 Prozent dieser Auseinandersetzungen über Gesundheitsfürsorgeleistungen abgespielt.<sup>6</sup> Grosse öffentliche Beachtung hat seinerzeit der Streik der Fernmeldearbeiter gegen die Firma NYNEX gefunden, weil sie den Beitrag der Beschäftigten zu ihrer Gesundheitsversicherung erhöhen wollte.

Unternehmen spüren den Druck der gestiegenen Gesundheitsfürsorgekosten auch, wenn es darum geht, für die Leistungen an ihre pensionierten

---

<sup>4</sup>Eine Umfrage der Health Insurance Association of America fand eine geringere Zuwachsrates in der Grössenordnung von jährlich 15 Prozent festgestellt.

<sup>5</sup>Von 8 Proz. 1980 auf 44 Proz. 1988. Siehe Employee Benefit Research Institute, Issue Brief, Nummer 100, März 1990, p. 6. Unser Bericht, Health Insurance: Cost Increases Lead to Coverage Limitations and Cost Shifting (GAO/HRD-90-68, 22. Mai 1990), erörtert die Reaktion von Versicherern und Beschäftigten auf die Kostensteigerungen.

<sup>6</sup>Diese Zahl gilt für die ersten 10 Monate 1989. Employee Benefit Research Institute, pp. 16-17.

Mitarbeiter aufzukommen. Firmen, die ihren Beschäftigten vor 15-20 Jahren versprochen hatten, die Kosten für ihre Gesundheitsfürsorge zu übernehmen, wenn sie sich zur Ruhe setzten, stellen plötzlich fest, welch enorme finanzielle Belastung es für sie bedeutet, wenn sie ihr Versprechen halten wollen. In einen kürzlich-geschehenen Beispiel, kam es zu einem ausgedehnten Arbeitskampf, als die Pittston Coal Company alle Gesundheits- und Pensionsleistungen für ihre invaliden und pensionierten Bergleute und deren abhängige Familien-angehörige beendete. Auf Grund einer Verfügung des FASB sind Arbeitgeber nach 1992 gehalten, die in der Zukunft voraussichtlich anfallenden Kosten für die Gesundheitsfürsorge ihrer Pensionäre in jährlichen Berechnungen zu melden. [rechnungsprüfungs-normenausschusses] D.h., die ungedeckte Verpflichtung zu bereits versprochenen künftigen Leistungen an pensionierte Beschäftigte, die bisher in keiner Bilanz erschienen, werden plötzlich verbucht. GAO schätzt diese Verpflichtung auf \$227 Milliarden (in Preisen von 1988).<sup>7</sup>

Im Hinblick auf diese Verfügung haben einige Firmen versucht, sich aus der Verstrickung in die vergangenen Versprechungen herauszuwinden, d.h. die Leistungen zu begrenzen. AT&T zum Beispiel hat kürzlich seine Ersatzleistungen für die Arzt und sonstigen medizinischen Rechnungen seiner Pensionäre nach oben begrenzt. Andere Unternehmen in prekärer finanzieller Lage könnten angesichts der FASB-Verfügung eher zu einer Bankrotterklärung neigen als vorher.

Die meisten Grossunternehmen und Mittelbetriebe zahlen weiter für die Gesundheitsfürsorge ständiger, vollbeschäftigter Mitarbeiter. Für kleine Firmen ist die Lage entschieden im Wandel begriffen. Ersatz der Krankenversicherungskosten der Beschäftigten kleiner Betriebe ist zurückgegangen, seit die verschiedenen Versicherungsgesellschaften auf die steigenden Gesundheitsfürsorgekosten mit kraftiger Erhöhung der Prämien reagiert haben.

---

<sup>7</sup>Employee Benefits: Companies' Retiree Health Liabilities Large, Advance Funding Costly (GAO/HRD-89-51, 14. Juni 1989).

Die Kostensteigerung hat die durchschnittlichen Patientenansprüche an die Versicherer erhöht und letztere zu einer Änderung ihrer Geschäftsmethoden veranlasst. Bis in die fünfziger Jahre gründeten die Versicherer ihre Prämien auf den sogenannten "Gruppensatz" (community rating). D.h., auf Grund der Erfahrungen mit den Ansprüchen ganzer Gruppen konnten die Versicherer ihre Prämien im Vertrauen auf das Gesetz der grossen Zahlen festsetzen: Patienten mit hohen Ansprüchen standen solche mit niedrigen gegenüber, woraus sich der Durchschnittsanspruch ergab. Heutzutage sind viele Gross- und Mittelbetriebe "Selbstversicherer", d.h. sie konstituieren sich praktisch als Versicherungsgesellschaft. In dem Masse, wie die Grossen sich selbst versichern, wächst der Anteil der Kleinbetriebe auf dem Privatversicherungsmarkt.

Infolge des Konkurrenzkampfes der Versicherer um die besseren Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung hat sich die Zahl der Risikogruppen verringert. Es kommt vor, dass ein Versicherer Beschäftigten einer ganzen Industrie (z.b. Giessereien, Friseur- und Schönheitssalons) die Deckung verweigert, weil ihr derzeitiger oder künftiger Gesundheitsstand als zu kostenträchtig angesehen wird. Ebenso kommt es vor, dass eine Firma die Krankenversicherung für ihre Beschäftigten einstellt, weil einer davon besonders hohe medizinische Rechnungen vorweist, die die Prämien über die Grenze emportreiben, die die Firma sich leisten kann. Aber selbst in versicherten Kleinbetrieben kann der Versicherer Deckung für Krankheitszustände verweigern, die vor der Einstellung des Betroffenen oder vor dem Versicherungsbeginn zurückreichen, so dass ein Beschäftigter mit besonders hohen Kosten ohne Versicherungsschutz dasteht. Diese Veränderungen bei der Versicherungsindustrie, bestimmten Firmen oder einzelnen Beschäftigten haben zu der wachsenden Zahl von Personen ohne private Krankenversicherung beigetragen. (Zwischen 1980 und 1988 ist die Zahl der Privatversicherten um 5 Millionen gesunken.)

---

**Kostenexplosion  
bei der Gesundheits-  
fürsorge bei Bund  
und Staaten bedroht  
Gesundheits und  
andere Programme**

---

Der rapide Anstieg der Kosten für die Gesundheitsfürsorge verschärft auch die Schwierigkeiten für die Bundes- und Einzelstaatshaushalte. So werden die letzteren durch die zunehmenden Aufwendungen für Medicaid, den am schnellsten wachsenden Haushaltsposten, erheblich belastet. Das Medicaid-Programm, das die Kosten der akuten und langwierigen Krankenfürsorge der berechtigten Armen trägt, ist in den letzten Jahren, gemessen an der Finanzlage der Staaten, um rund die Hälfte gewachsen. Die National Governors' Association berichtet, dass Medicaid, das in 1980 9 Prozent der Staatshaushalte ausmachte, jetzt 14 Prozent beansprucht.<sup>8</sup> Einige Staaten kommen weiter für die wachsenden Medicaid-Kosten auf, finanzieren jedoch einen Teil der Mehrkosten durch Einsparungen bei anderen Gesundheitsdiensten. Darüber hinaus versuchen verschiedene Staaten, den Kostenzuwachs für Medicaid durch Kürzung der Leistungen, strengere Berechtigungsnachweise und Beschneiden der Ersatzzahlungen an die Leistungsträger zu reduzieren.

Die Aufwendungen des Bundes machen fast 30 Prozent der Gesamtausgaben für den amerikanischen Gesundheitsdienst aus. Jede Erhöhung dieser Aufwendungen verschärft die Haushaltschwierigkeiten der amerikanischen Regierung.<sup>9</sup> Seit 1980 sind die Gesundheitsausgaben die am zweitschnellsten zunehmende Position im Bundeshaushalt. Nur die

---

<sup>8</sup>Steigende Ausgaben für die Volksgesundheit sind nicht der einzige Grund für die wachsenden Medicaid-Kosten. Auch vom Bund angeordnete höhere Leistungen gehen zu Lasten der Staatshaushalte.

<sup>9</sup>Unser Bericht, The Budget Deficit: Outlook, Implications, and Choices erörtert die Rolle des Gesundheitsfürsorgesektors für die Bundeshäushaltlage.

Zinszahlungen für unsere wachsende Staatsschuld sind schneller gestiegen. Das hat dazu geführt, dass die Gesundheitsausgaben jetzt 14,4 Prozent des Bundeshaushalts ausmachen, gegenüber 10,7 Prozent im Jahre 1980.<sup>10</sup> Das Mehr von \$55 Milliarden erklärt sich einerseits aus der Zunahme an Begünstigten und andererseits aus den höheren Kosten pro Begünstigter.

Wie die Gesundheitsaufwendungen des Bundes insgesamt hat auch Medicare, das grösste Gesundheitsprogramm des Bundes, als Haushaltsposten an Bedeutung gewonnen.<sup>11</sup> 1980 entfielen auf jeden Bundesgesundheitsdollar 54 Cent für Medicare; 1990 waren es 61 Cent. (Anm.ds.Ubers.; Medicare betreut die über 65-jährigen Sozialhilfe (Social Security) Empfänger gesundheitlich, Medicaid die Armen.) Die steigende Tendenz bei den Medicareausgaben gefährdet den Medicare-Krankenhaus-Versicherungs-Treuhandfonds. Das Advisory Council on Social Security (Beratender Sozialhilfe-ausschuss) sagt den Bankrott des Fonds für 2006 voraus.<sup>12</sup>

Das Tempo der Kostensteigerungen bei der Gesundheitsfürsorge ist ein weiteres Warnsignal, das die Kräfte aufzeigt, die gegeneine langfristige Lösung des amerikanischen Haushaltdilemmas wirken. Der Bund hätte 1990 \$50 Milliarden gespart, wenn die Gesundheitskosten in den achtziger Jahren nur so schnell gestiegen wären wie der Durchschnitt der übrigen Kosten.

---

<sup>10</sup>7,6 Prozent im Jahr 1970.

<sup>11</sup>S. unseren Bericht, Medicare: Further Charges Needed to Reduce Program and Beneficiary Costs (GAO/HRD-91-67, 15. Mai 1991)

Auch bei Medicaid ist der Anteil am Bundesgesundheitsdollar gestiegen, obwohl langsamer als bei Medicare. Andere Bundesgesundheitsprogramme sind dagegen in ihrer Bedeutung für den Haushalt geschrumpft.

<sup>12</sup>Advisory Council on Social Security, Press Release vom 14. März 1991, p. 3. Die Warnung stammt vom Gesundheitstechnischen Gremium des Ausschusses.

**Wachsende Zahl  
Nichtver-  
sicherter—  
Anhaltend  
unbefriedigende  
Gesundheits-  
statistiken**

---

Unsere Aufwendungen für Gesundheitsfürsorge sind von jedem Standpunkt aus betrachtet hoch. Was aber erhalten wir für diese hohen Ausgaben? Obwohl die Qualität der Dienstleistungen als gut bis ausgezeichnet gilt, sind manche dieser Leistungen unnötig oder die Kosten nicht wert. Auf der anderen Seite fehlt es Millionen von Amerikanern an angemessener medizinischer Fürsorge.

Wie ich zu Beginn meiner Erklärung andeutete, ist die Qualität der heute in den Vereinigten Staaten angebotenen medizinischen Dienste in vieler Hinsicht hoch und höher als vor 20 Jahren. Man vergleiche zum Beispiel die frühere Behandlung des grünen Stars mit der Laser-Mikrochirurgie mit ihren ungleich besseren Ergebnissen, die dem Patienten auch noch viele Beschwerden und Unbequemlichkeiten erspart. Fortschritte bei der Diagnostetechnologie wie das magnetic resonance imaging (MRI) ersparen dem Patienten oft operative Leibesöffnungen zu rein diagnostischen Zwecken.

Nichtsdestoweniger sind krankenversicherte Amerikaner wahrscheinlich auch medizinisch "überbedient;" sie werden Behandlungen und Tests unterzogen die entweder überflüssig oder von zweifelhaftem Wert sind. Kürzliche Studien—im Journal of the American Medical Association und anderswo berichten, dass von verschiedenen vorgenommenen Eingriffen eine ganze Reihe nicht angezeigt waren, nämlich 14 Prozent der Herz-Bypass-Operationen, 20 Prozent der Herzschrittmacher-Einpflanzungen und 32 Prozent

der Carotis-Endarterectomien.<sup>13</sup>

Im Gegensatz hierzu haben mehr als 31 Millionen nichtkrankenversicherter Amerikaner das umgekehrte Problem: Nichtversichertsein bedeutet weniger medizinische Fürsorge, weniger rechtzeitige Fürsorge und qualitativ schlechtere Fürsorge als diejenige, die Versicherten zuteilwird.<sup>14</sup> Zum Beispiel kann ein bei der Geburt untergewichtiges Kind, auch wenn die Mutter nicht versichert ist, durchaus gute oder sogar hervorragende Neugeborenenfürsorge erhalten. Die Notwendigkeit solch aufwendiger Fürsorge hätte jedoch unter Umständen vermieden werden können, wenn die Mutter rechtzeitige (und relativ billige) pränatale Fürsorge erhalten hatte. Die an einem Beispiel aufgezeigte unbefriedigende Gesundheitsfürsorge für die Nichtversicherten weist auf die mehr allgemeinen kritischen Mängel in der Art und Weise hin, wie wir unsere für die Gesundheitsfürsorge verfügbaren riesigen Mittel in erstklassige Gesundheitsergebnisse für jedermann umsetzen: Unsere Säuglingssterblichkeitsrate ist höher, als es unserer Tradition entspricht. (Obwohl sie im letzten Jahrzehnt gegenüber den 70er Jahren erheblich gesunken ist) und wie sie andere Industrieländer vorweisen können (in puncto Säuglingssterblichkeit stehen die Vereinigten Staaten an 22ter Stelle).

---

<sup>13</sup>Eine Carotis Endarterectomie ist ein an der Halsschlagader vorgenommener operativer Eingriff. Über nicht angezeigte Eingriffe siehe auch C. Winslow und andere, "The Appropriateness of Performing Coronary Artery Bypass Surgery," Journal of the American Medical Association, 260(4), 22/29 Juli 1988, pp. 505-509. A.C. Enthoven, "What can Europeans Learn from Americans?" Health Care Financing Review, 1989 Annual Supplement, pp. 49-63, zitiert weitere Fälle.

<sup>14</sup>Forscher bei der Georgetown- und der Johns Hopkins Universität haben in einer kürzlichen Studie gefunden, dass "die tatsächliche Sterblichkeitsrate im Krankenhaus bei nichtversicherten Patienten um 1,2 bis 3,2 mal höher war", u.z. für 11 von 16 demographischen Kategorien. Jack Hadley und andere, "Comparison of Uninsured and Privately Insured Hospital Patients," Journal of the American Medical Association, 265(3), 16. Januar 1991, p. 374.

---

**Faktoren, die zu der  
Steigerung der  
Kosten der  
Gesundheitsfürsorge  
beitragen**

---

Die Aussicht auf einen ständig wachsenden Anteil der Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge am Nationaleinkommen wirft zwei Fragen auf: Warum steigen die Kosten dafür so schnell? Und warum ist es unwahrscheinlich, dass die Kostensteigerung von selbst aufhört?

Die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge sind während der letzten beiden Jahrzehnte (eigentlich sogar während der letzten vier) schneller gestiegen als das Nationaleinkommen, ohne dass man einen einzelnen Faktor dafür verantwortlich machen könnte. Niemand kann über die vielen mitspielenden, schwer quantifizierbaren Faktoren genau Rechnung legen.<sup>15</sup> Jedenfalls erweist es sich für das Verständnis des Kostenwachstums insgesamt als hilfreich, die wesentlichen Einflüsse in zwei Gruppen zu teilen.

Zunächst sind es mehrere Faktoren, die von aussen auf den Sektor Gesundheitsfürsorge drücken: Einkommenssteigerungen zum Beispiel veranlassen die Leute, mehr für ihre Gesundheit zu tun und dafür zu zahlen, weil sie länger und gesünder leben wollen. Ähnliche Wirkungen hat die durchschnittlich höhere Lebenserwartung der Bevölkerung; ältere Leute müssen für die Erhaltung ihrer Gesundheit doppelt soviel zahlen wie junge oder im mittleren Alter stehende.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup>Trotzdem wird über die Ursachen der wachsenden Kosten der Gesundheitsfürsorge weiter geforscht. So ist GAO dabei, die Gründe für das Ansteigen der Krankenhauskosten zu analysieren, und hofft, dem Ausschuss darüber noch in diesem Jahr berichten zu können.

<sup>16</sup>Ein typischer Haushalt mit einem Über-65-jährigen als Haushaltsvorstand gab 1988 \$2.099 für seine Gesundheit aus, einer mit einem Haushaltsvorstand unter 65 Jahren nur die Hälfte (\$1.089).

An zweiter Stelle sind es Prozesse innerhalb des Gesundheitsfürsorge Sektors, die die Kosten zusätzlich in die Höhe treiben.

- Die Preise für medizinische Fürsorge sind während der letzten zwei Jahrzehnte um 44 Prozent rascher gestiegen als die Verbraucherpreise. Einer der Gründe dafür ist, dass die Löhne im Gesundheitssektor schneller steigen als in der übrigen Wirtschaft. Der Mangel an Krankenpflegern beiderlei Geschlechts bestimmt die Marktlage, die die Preise emportreibt. Auch die Nettoeinkünfte der Ärzte sind zwischen 1977 und 1987 um rund 27 Prozent schneller gestiegen als das Durchschnittseinkommen privater Verdiener ausserhalb der Landwirtschaft. Ein anderer Grund für die Preissteigerungen im Gesundheitswesen ist der geringere Produktivitätszuwachs in der Krankenfürsorge verglichen mit anderen Berufszweigen. Die Krankenfürsorge ist wie andere Dienstleistungsindustrien relativ arbeitsintensiv, und neue Technologien sind oft nicht mit Einsparungen an Arbeitskräften verbunden. Manchmal erfordern neue Technologien sogar mehr oder teurere Arbeitskräfte.
- Die rapiden Fortschritte in der medizinischen Technologie wirken oft qualitätssteigernd, die Kosten der Apparaturen sind jedoch entsprechend hoch. Dazu gehören moderne diagnostische und strahlentherapeutische Apparaturen. Der ständige Strom neuer Verfahren und Leistungen ist mitverantwortlich für die von Jahr zu Jahr steigenden Kosten der Gesundheitsfürsorge.
- Neue Technologien haben gelegentlich dazu geführt, dass sich Krankenanstalten untereinander auf ein medizinisches "Rüstungswettrennen" eingelassen haben durch den Versuch, Patienten und Ärzte von der Abwanderung zu anderen Anstalten abzuhalten. Ein solcher Fall von High-tech-Eskalation wurde kürzlich aus Altoona, ein Ort des Staates Pennsylvania berichtet, wo ein Krankenhaus und eine Röntgenologengruppe, beide MRI-Apparate angeschafft haben.<sup>17</sup> Ein weiteres MRI-Gerät

---

<sup>17</sup>The Philadelphia Inquirer vom 30. Juli 1990 und die Washington Post vom 6. November 1990. In Gesprächen mit Beamten und anderen Personen hat GAO die entscheidenden Fakten dieser Medien-berichte verifizieren können.

steht Patienten in einer Ortschaft gleich nebenan zur Verfügung, mit dem Ergebnis, dass auf kleinstem Raum drei hochentwickelte Maschinen stehen, von denen jede \$1,5 Millionen oder mehr kostet. Mit diesen Maschinen haben Ärzte mehr Behandlungen pro Patient durchgeführt als in Philadelphia und vielen anderen Krankenhäuser in Pennsylvania.

Diese neuen Technologien und andere kostensteigernde Faktoren führen zu immer höheren Ausgaben, denn irgendwer muss schliesslich für die neuen Leistungen zahlen. Dieser Irgendwer, die zahlenden Dritten, waren in den letzten Jahren Wirtschaft, Staat und private Versicherer. Öffentliche und private Versicherer haben tief in ihre grossen Taschen greifen müssen, um die Kosteneskalation in der amerikanischen Gesundheitsfürsorge zu ermöglichen.

---

**Geringer Erfolg  
bisheriger  
ergänzender  
Massnahmen—  
Teilreformen nicht  
erfolgversprechend**

---

Der medizinische Markt ist einmalig und komplex. Die zahlreichen Aspekte der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und die chronische Natur des Problems haben die Wirtschaft, die Einzelstaatsregierungen und die Bundesregierung zu mancherlei Massnahmen veranlasst. Viele dieser Versuche sind fehlgeschlagen; einige waren insoweit erfolgreich, als sie das Kostenwachstum für den einen oder anderen Zahler—ein Unternehmen, eine Einzelstaats—oder die Bundesregierung bremsen konnten. Aber weder private Initiative, noch Massnahmen eines Einzelstaats noch solche des Bundes—noch die Summe aller dieser diversen Bemühungen haben die Zunahme der Gesamtaufwendungen der Vereinigten Staaten für die Gesundheitsfürsorge wesentlich und langfristig eindämmen können.

Auf Grund dieser Erfahrung glaube ich, dass auch weitere Stückwerkreformen nur zu Enttäuschungen führen werden, weil auch sie das Wachstum der Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens

schwerlich grundlegend aufhalten können. Auch kann kein Einzelsektor das Problem der steigenden Kosten aus eigener Kraft lösen. Insbesondere kann die Bundesregierung ihre eigenen Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge nicht dauerhaft beschränken—und trotzdem Leistungen und Zugang aufrechterhalten—wenn die Kosten bei den anderen Zahlern unvermindert weiterwachsen.

Hierfür lassen sich mehrere Beispiele anführen:

- Eine Reihe Firmen haben die Krankenfürsorgezahlungen an ihre Beschäftigten reduziert oder ganz eingestellt und damit ihre eigenen Kosten gekürzt. Diese Leistungskürzungen reduzieren aber keineswegs den Gesamtaufwand für die Fürsorge, weil sie die Last lediglich den Beschäftigten oder den Regierungen aufbürden, die nun die nicht ersetzten Krankenkosten der unversicherten Beschäftigten bezahlen oder andere Programme erweitern müssen, um sie zu decken.
- Seit den 70er Jahren versuchen Unternehmen, ihre Krankenkostenausgaben durch Einschalten eines Gesundheit-Managements oder von Gesunderhaltungs-organisationen [health maintenance organizations] (HMOs) einzudämmen. Theoretisch werden dadurch unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen in der Weise beschränkt, dass eine Organisation alle Leistungen, die ein Patient—von Spezialisten oder auch vom Hausarzt—empfängt, regelt. Dass das Krankenfürsorge-Management der Firmen die Gesamtausgaben für die Gesundheitsfürsorge künftig eindämmen kann, ist aus drei Gründen unwahrscheinlich: Erstens hat Managing zwar gelegentlich einmalige Ersparnisse erzielt, aber ob es die steigende Tendenz der Ausgaben auffangen kann, lässt sich bestreiten.<sup>18</sup> Zweitens ist es unwahrscheinlich, dass Managing im nächsten Jahrzehnt eine genügend grosse Zahl von Amerikanern erfassen kann, um die steigende Tendenz bei den Gesamtkosten der Gesundheitsfürsorge abschwächen zu können. Zur

---

<sup>18</sup>William Custer, "Health Care Costs and the Quality of Health Care," Employee Benefit Institute, 28. Sept. 1989, p. 13. Karen Davis und andere, Health Care Cost Containment, (Baltimore; The Johns Hopkins Press, 1990) p. 223.

Zeit decken HMOs nur 8 Prozent der Bevölkerung.<sup>19</sup> Drittens scheint Managing ausserstande, diejenigen Gesundheitskosten im Zaum zu halten, die die Gesamtausgaben der Gesundheitsfürsorge steigern, ihren Ursprung aber ausserhalb der vom Managing erfassten Bevölkerung haben, wie z.B. medizinisches "Rüstungswettrennen."

- Die Reduzierung der Medicaid-Ersatzleistungen durch die Einzelstaaten kann das Wachstum der Gesundheitsausgaben langfristig nicht aufhalten. Fortgesetzte Kürzungen bei Medicaid würden Patienten mit Niedrigeinkommen, die akuter medizinischer Hilfe bedürfen, aus Medicare herausbefördern und auf Wohltätigkeit angewiesen sein lassen, für die dann andere Zahler aufkommen müssen.<sup>20</sup> Kürzung der Medicaid-Sätze würde deshalb die Gesamtausgaben für die Gesundheitsfürsorge nicht in entsprechendem Masse reduzieren. Darüber hinaus könnte eine solche Massnahme auch die insgesamt steigende Tendenz der Ausgaben nicht wesentlich ändern.
- Medicare hat schon bald nach seiner Einführung den Kampf gegen die stetig steigenden Kosten aufgenommen. Im Vergleich zu entsprechenden Bemühungen des Bundes in den 70er Jahren, scheint die kürzliche Reform der Medicare-Ersatzleistungen mehr Erfolg zu haben. Insbesondere hat Medicare mit dem 1983

---

<sup>19</sup>Karen Davis und andere, p. 222, schätzt die Höchstzahl der von HMOs Erfassten auf 25 Prozent.

Fürsorgemanagement im weiteren Sinne umfasst alle Versuche, die Leistungen medizinischer Dienste durch Drittzahler zu kontrollieren. Anwendungskontrolle zum Beispiel ermöglicht dem Versicherer, Entscheidungen des Leistungsträgers zur Vornahme bestimmter Prozeduren (z.B. einer Herz-Bypass operation anzufechten, und gewinnt an Verbreitung. Die Wirksamkeit der Anwendungskontrolle ist noch nicht gründlich erforscht. Die bisherigen Ergebnisse sind nicht eindeutig. Siehe Custer, pp. 9-10.

<sup>20</sup>Die Höhe der Ersatzleistungen durch Medicaid ist im Vergleich zu dem, was Medicare und private Versicherer zahlen, immer niedrig gewesen. Siehe Physician Payment Review Commission, Annual Report to Congress, 1991, 1. April 1991, betrifft derzeitiger Daten. Wegen dieser verhältnismässig niedrigen Sätze ist die Zahl der teilnehmenden Leistungsträger beschränkt. Diese beschränkte Teilnahme hat den Zugang der Begünstigten zu akuter Fürsorge praktisch auf Ambulatorien und Polikliniken reduziert.

eingeführten Prospective Payment System (PPS) für Krankenanstalten seine Methode zur Festsetzung der Ersatzleistungen modernisiert und damit erreicht, dass die Krankenhausausgaben weniger schnell gewachsen sind. Vielleicht hat PPS sogar das Wachstum aller—nicht nur der von Medicare gedeckten—Krankenhauskosten verlangsamt.

Aber selbst diese Errungenschaften haben die steigende Tendenz bei den Gesundheitskosten des Landes nicht wesentlich abbremsen können. Die Gründe liegen inzwischen auf der Hand: Erstens haben die Krankenanstalten anscheinend die Kosten von Medicare auf private Zahler abgewälzt, die bereit sind, sie zu höheren Sätzen zu entschädigen. Zweitens scheint PPS Anlass gegeben zu haben, stationäre Behandlung im Krankenhaus—und damit deren Kosten—zu vermeiden und die Patienten an andere medizinische Einrichtungen zu ambulanter Behandlung zu verweisen (u.a. sogenannte "outpatient surgery centers"). Die PPS-Reform kann jedoch wegen ihres geringen Anwendungsbereichs (nur Medicare und nur die Krankenhauskosten für stationäre Patienten) unvermeidlich nur geringe Auswirkungen auf die gesamten Krankenhausausgaben haben.

Diese Erfahrungen haben diejenigen, die die Kosten tragen, nämlich Wirtschaft und Regierungen, gelehrt, dass, wenn man an einem Ende spart, die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge am anderen Ende entsprechend wachsen. Alle Massnahmen, die die Ausgaben für einen Kostenträger (oder eine Gruppe von Kostenträgern) oder auf einem Sektor medizinischer Dienstleistungen (z.B. stationäre Krankenhausbehandlung), beschränken, haben auf die Gesamtaufwendungen nur beschränkten Einfluss. Leistungsträger können ihre Kosten von weniger grosszügigen auf grosszügigere Zahler schieben; die Kostenträger selbst können es unterlassen, Personen zu versichern, die zu grosse Gesundheitsrisiken darstellen, und damit die Lasten ungedeckter Fürsorge auf die übrige Gesellschaft abwälzen. Lückenhafte Einzelmassnahmen sind eher geeignet, zahlreiche Kräfte unangetastet zu lassen, die die aufwendungen ins Rollen bringen.

---

**Das System der  
amerikanischen  
Gesundheits-fürsorge  
bedarf umfassender  
Reform**

---

Die vorliegenden Daten scheinen mir zu beweisen, dass die Vereinigten Staaten, wenn sie die Kostenspirale im Gesundheitswesen erfolgreich abbremsen wollen, umfassende Reformen ihres Gesundheitsfürsorge-Systems durchführen müssen. Als Teil einer solcher Reform sollten sie Methoden ins Auge fassen, wie sie andere Industrieländer anwenden.

Die anderen Industrieländer unterscheiden sich danach, ob sie einen einzigen öffentlichen Versicherer oder neben diesem noch private Versicherer benutzen. Auch diese Länder haben versucht, die Gesundheitsausgaben einzudämmen. Das erfolgreichste Beispiel für Letzteres liefern wohl diejenigen Länder, wo drei gemeinsame Elemente den Rahmen der Gesundheitsfürsorge abgeben:

- **Erstens:** Alle Bürger sind krankenversichert. Es gibt in diesen Ländern niemanden, der nicht versichert wäre.
- **Zweitens:** Wo mehr als ein einziger Versicherer involviert ist, sind alle Kostenträger, ob öffentlich oder privat, im wesentlichen an dieselben Regeln gebunden. So ist einheitlich festgelegt, wer versicherungsberechtigt ist; welche Leistungen die Versicherung einschliesst; welche Vergütungssätze den Leistungsträgern zustehen und welche Formalitäten für die Geltendmachung eines Anspruchs erforderlich sind. Infolgedessen ist es für Krankenhäuser und Ärzte praktisch ohne Belang, bei wem der jeweilige Patient versichert ist.
- **Drittens:** Einige dieser Länder treffen klare Entscheidungen über die Höhe der Aufwendungen, die sie für wichtige Sektoren der Gesundheitsfürsorge zu machen bereit sind. So setzen diese Länder z.B. eine Höchstgrenze für alle Ausgaben für eine bestimmte Kategorie von Leistungen fest. In Kanada u.a. handeln die Provinzregierungen für jedes Krankenhaus ein festes Budget aus. Das Krankenhaus muss dann sehen, wie es innerhalb dieses Budgets die

bestmögliche Krankenfürsorge leistet. Deutschland—um ein anderes Beispiel zu nennen—kontrolliert die Arztkosten anhand einer Gebühren-ordnung für jede Art ärztlicher Leistung und setzt eine Höchstgrenze für die Gesamtkosten ärztlicher Betreuung fest. Wenn ein Arzt die Zahl seiner Einzelleistungen erhöht und die Kosten die Höchstgrenze zu überschreiten drohen, werden ihm die Gebühren gekürzt, sodass die tatsächlichen Ausgaben innerhalb der Grenze bleiben.

In jedem Falle jedoch, kann das betreffende Land allen seinen Bürgern eine breite Palette medizinischer Fürsorgeleistungen bieten und dafür erheblich weniger Geld ausgeben als die Vereinigten Staaten.

Ich glaube, dass die Vereinigten Staaten, wenn sie ernsthaft darangehen wollen, den Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu erweitern und dabei ihre Kosten zu beschneiden, wir einen Rahmen schaffen müssen innerhalb dessen wir die Methoden anwenden können, wie sie jetzt in den anderen Ländern üblich sind. Die am besten geeignete Art, diese Ziele in unserem Land zu erreichen, ist durch Debatte und muss mit der amerikanischen Kultur, unseren politischen Traditionen und unseren Institutionen im Einklang stehen. Nichtsdestoweniger sollten wir bei der Planung unserer Reform die drei soeben erörterten Elemente ins Auge fassen:

- Versicherung für jedermann:
- eine Gebührenordnung für die Leistungsträger, so dass alle Kostenträger—öffentliche und private—sich an einheitliche Regeln halten können;
- Gesamtausgabenbegrenzung für die wichtigsten Kategorien von Leistungsträgern und Leistungen (einschliesslich Ärzten, Krankenhäusern und neuen Technologien).

Diese Art Massnahmen könnte dazu beitragen, die Kosteneskalation im amerikanischen Gesundheitswesen zu zügeln und die freiwerdenden Mittel anderen wichtigen Zwecken zuzuführen. Könnte der jährliche Kostenzuwachs in der Gesundheitsfürsorge um ein Drittel verlangsamt werden, würde dies unserer Schätzung nach allein für die Bundesregierung während der nächsten fünf Jahre eine Einsparung von \$125 Milliarden

bedeuten.<sup>21</sup>

GAO hat zur Zeit mehrere Studien über Kostenkontrolle in Arbeit, die dem Congress zur Verfügung stehen, wenn er Vorschläge zur Reform unseres Gesundheitswesens prüft. Zwei Berichte werden sich auf Länder konzentrieren, die Methoden anwenden, wie ich sie weiter oben geschildert habe. Ein Bericht wird die Gesundheitsfürsorge in Kanada untersuchen, das allgemeine Krankenversicherung bietet, die von den Provinzregierungen verwaltet wird. Ein zweiter Bericht wird sich mit den kürzlichen Versuchen zur Kostenkontrolle im deutschen und französischen Gesundheitswesen befassen. Weiter werden wir über ein Experiment in einem unserer Einzelstaaten berichten; dabei handelt es sich um Massnahmen zur Erweiterung des Zugangs und zur Rückdämmung der Krankenhauskosten ähnlich denen in einigen anderen Ländern.

Ich glaube unsere Gesundheitsfürsorge ist das wichtigste Thema unserer Innenpolitik. Ich bin bereit mit dem Kongress zusammenzuarbeiten um dieses schwierige Problem anzufassen.

---

Herr Vorsitzender, hiermit schliesse ich meine Erklärung. Ich bin gerne bereit, Fragen dazu zu beantworten.

---

<sup>21</sup>Diese Schätzung der kumulativen Einsparungen geht davon aus, dass die Ausgaben des Bundes ohne wirksame Eindämmung zwischen 1980 und 1990 weiterhin wie bisher, nämlich um jährlich 10,5 Prozent wachsen würden.

Anhang II

---

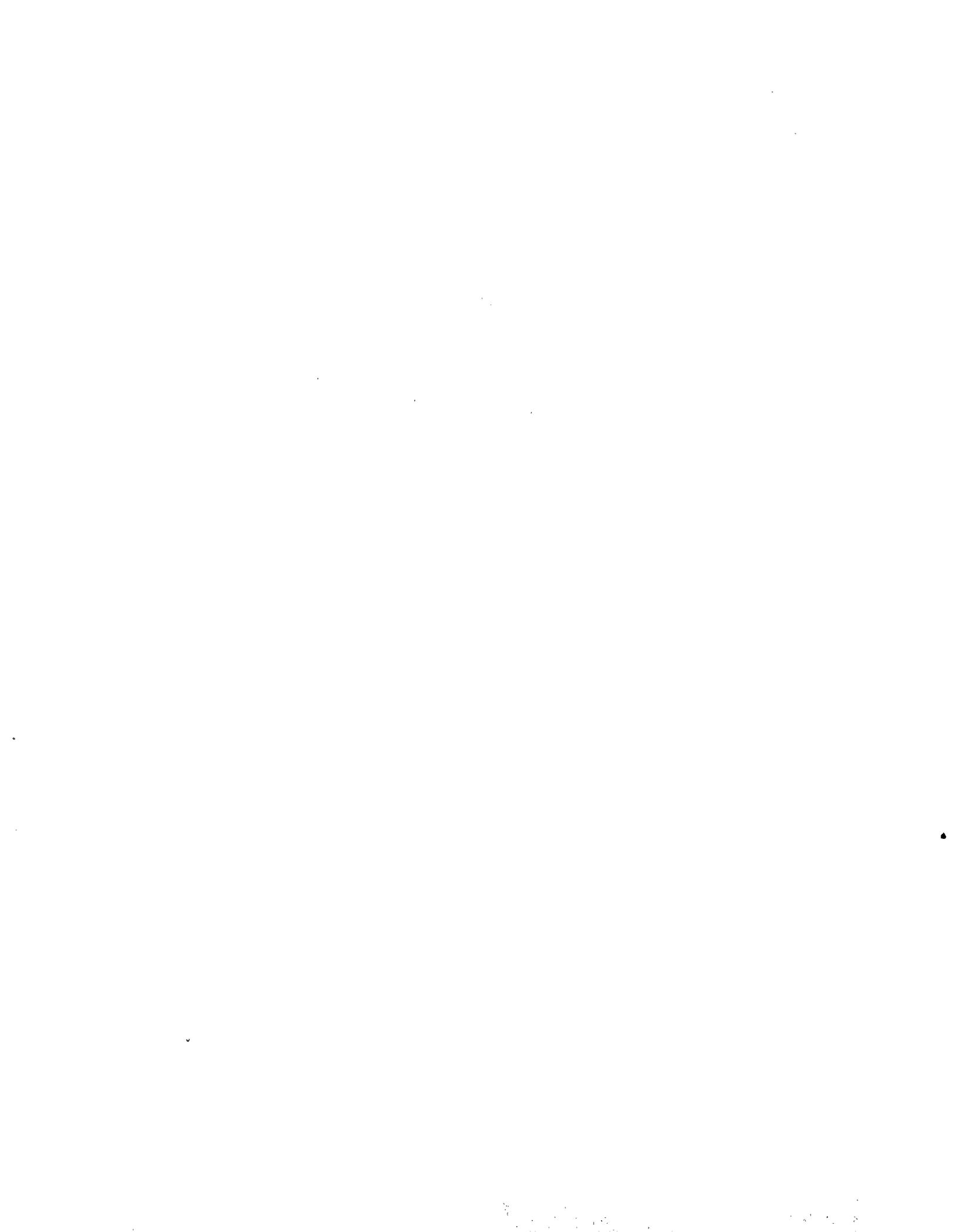
**Hauptmitarbeiter an diesem Bericht**

---

Abteilung  
Personalwesen  
Washington, DC

Jane Ross, Senior Assistant Director,  
Medicare and Medicaid Issues  
(202) 275-6195

Jonathan Ratner, Assistant Director  
Hannah Fein, Technical Writer  
John Dicken, Evaluator  
Andromache Fargeix, Evaluator



---

### **Ordering Information**

**The first copy of each GAO report is free. Additional copies are \$2 each. Orders should be sent to the following address, accompanied by a check or money order made out to the Superintendent of Documents, when necessary. Orders for 100 or more copies to be mailed to a single address are discounted 25 percent.**

**U.S. General Accounting Office  
P.O. Box 6015  
Gaithersburg, MD 20877**

**Orders may also be placed by calling (202) 275-6241.**

United States  
General Accounting Office  
Washington, D.C. 20548

Official Business  
Penalty for Private Use \$300

First-Class Mail  
Postage & Fees Paid  
GAO  
Permit No. G100