

14. Mai 2020

„Corona—auch eine Krise des U.S. Gesundheitssystems?“ – Axel Murswieck

Anja Schüler: Herzlich willkommen zu einer weiteren Ausgabe dieses Podcasts, produziert vom Heidelberg Center for American Studies an der Universität Heidelberg. Mein Name ist Anja Schüler, und ich freue mich, dass Sie wieder dabei sind. In dieser Woche spreche ich mit Professor Axel Murswieck, der am Institut für Politische Wissenschaft der Universität Heidelberg und an der Sciences Po in Paris lehrt. Viele seiner Publikationen beschäftigen sich mit der Sozialstruktur und dem Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten.

Das Coronavirus hat in kaum einem Land ähnlich verheerende Auswirkungen wie in den USA. Mit fast 1,5 Millionen bestätigten Infektionen verzeichnen die USA ein Drittel aller Infizierten weltweit. Amerikanerinnen und Amerikaner machen aber lediglich fünf Prozent der Weltbevölkerung aus. Global liegt die durchschnittliche Sterberate durch COVID-19 bei 34 Toten pro eine Million Einwohner, in den USA sind es über 200. Dabei ist Amerika mit Abstand das Land mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung. Die Pandemie hat insbesondere New York mit voller Wucht getroffen. Noch vor vier Wochen haben wir Bilder von überfüllten Krankenhäusern und sich stapelnden Leichensäcken gesehen. Die Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen scheinen zumindest dort heillos überfordert. Herr Murswieck, wie sieht denn die augenblickliche Dynamik in den USA aus?

Axel Murswieck: Die Entwicklung der Infektion ist nicht gestoppt und geht weiter. Dazu gleich mehr. Warum ist diese rasante Entwicklung erfolgt in den USA? Das ist erstaunlich, denn die USA ging in die Coronakrise mit immensen Vorteilen. Es gab wertvolle Wochen voller Warnungen über das, was kommen wird; eine weltweit einmalige Konzentration an medizinischer und wissenschaftliche Expertise, gewissermaßen grenzenlose finanzielle Ressourcen; ein militärischer Komplex mit erstaunlichen logistischen Ressourcen und weltweit führende technologische Unternehmen. Und doch gelang es den USA, sich zum globalen Epizentrum der Pandemie zu entwickeln. Wie konnte das passieren? Zum einen war es das Desinteresse des amerikanischen Präsidenten, Leadership in der Krise zu übernehmen. Aber auch in den Bundesstaaten wurde die Entwicklung nicht ernst genommen. So haben beispielsweise bis Ende März 15 republikanische Gouverneure darauf verzichtet, Ausgangssperren anzuordnen. In Florida zum Beispiel mit dem größten Anteil an älteren Personen blieben die Strände für Frühlingspartys offen, und als am 1. April die ersten

Restriktionen erfolgten, waren davon religiöse Veranstaltungen und Erholungsaktivitäten ausgenommen. So ergab sich eine rasante Entwicklung, von den Zahlen her haben Sie das angedeutet. Von den neuesten Zahlen sind wir jetzt bei 1.325.000 Fällen und bei der Todesrate bei circa 80.000. Zwanzig Staaten melden aktuell mehr als 10.000 Infektionen. Zu Beginn der Pandemie standen fast ausschließlich die Großstädte im Fokus. So zeigt sich in Hinsicht auf die Infektionszahlen in den Bundesstaaten ein neues, deutlich differenziertes Bild. Jeder einzelne Staat weist mittlerweile bestätigte COVID-19-Fälle aus. Die größten Herde sind wenig überraschend in den Großstädten, vor allem an der Ostküste, zu finden. Bei einer Betrachtung der bestätigten Fälle pro Einwohner zeigen sich aber auch zahlreiche Ausbrüche in dünn besiedelten Gebieten. Erklären lassen sich die relativ hohen Fallzahlen auf dem Land oft durch Infektionscluster, ausgehend von einzelnen Betrieben oder Einrichtungen. Im Mittelpunkt steht in den USA dabei die fleischverarbeitende Industrie. Rund 20 Fleischfabriken mussten wegen Corona zwischenzeitlich schließen. Mehr als 4.900 Infektionen und mindestens 20 Todesfälle wurden bestätigt. Auch in Alten- und Pflegeheimen kam es zu einer hohen Zahl an Todesfällen. Insgesamt sind mindestens 27.700 U.S.-Heimbewohner an den Folgen des Coronavirus gestorben.

Anja Schüler: Wenn ich sie richtig verstehe, gibt es also große regionale Unterschiede. Und dann gibt es noch diese Häufungen, die Sie eben beschrieben haben.

Axel Murswieck: In bestimmten Gebieten. Hinzu kommt übrigens noch, was bei uns kaum eine Rolle spielt, die Situation in Gefängnissen, Grenz- und Auffanglagern in den USA, weil dort inzwischen mehr als 30 Infektionen bekannt geworden sind. Also, das ergibt je nach Region und je nach Institution unterschiedliche Cluster der Infektion. Es gibt keine Entwarnung bisher. Wie letzten Endes bei uns, würde ich meinen, ist zur Bekämpfung der Pandemie noch ein langer Weg zurückzulegen bis zum Impfstoff.

Anja Schüler: Wir haben ja einerseits ganz ähnliche Risikogruppen, die in den USA besonders häufig erkranken, beispielsweise Ältere oder Patienten mit Vorerkrankungen. Darüber hinaus Institutionen, wie sie sie eben beschrieben haben, Gefängnisse, Flüchtlingslager. Gibt es denn noch andere Bevölkerungsgruppen, die die globale Pandemie besonders hart trifft?

Axel Murswieck: Das auf jeden Fall. Das hängt auch, darüber reden wir später, mit dem Gesundheitswesen und dem Krankenversicherungswesen zusammen. Es wurde ziemlich, würde ich meinen, schon am Beginn der Pandemie in den USA klar, dass Erkrankungen und Todesfälle keineswegs alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen treffen. Überproportional häufig sind Schwarze betroffen, und die Hintergründe hierfür reichen von der schlechten medizinischen Versorgung armer Viertel über die ungleiche Möglichkeit, aus dem Homeoffice zu arbeiten, bis zur Verbreitung von Vorerkrankung und Fehlinformation in der Bevölkerung. Es gibt diese berühmten „Gig Workers“, das sind ungefähr 1,6 Millionen in den USA, die durch kleine, zeitlich befristete Aufträge über Online-Plattformen vermittelt werden. Und sie haben einmal keine Arbeitslosenversicherung, dann bekommen sie kein Krankengeld, und sie haben keine Krankenversicherung. Das ist eine bestimmte Berufsgruppe, wenn man so will, die besonders betroffen ist. Wenig erwähnt wird übrigens auch, dass Kinder betroffen sind, die jetzt zunehmend in einer Ernährungsunsicherheit leben. Und in der Einschätzung der Experten ist die Lage während der Coronakrise sehr viel schlimmer als während der Finanzkrise 2008.

Also Afroamerikaner, das zeigen die ersten Statistiken aus unterschiedlichen Bundesstaaten, sterben im Vergleich zu Weißen sehr viel häufiger an COVID-19. Und das ist kein Zufall. Es ist ein strukturelles Problem. Der fehlende Sozialstaat in den USA, die mangelnde Gesundheitsversorgung und das desaströse Krisenmanagement des Präsidenten treffen die Unterprivilegierten und Ärmsten des Landes am härtesten. Und vielleicht zum Abschluss dann doch das Zitat des führenden Epidemiologen und wichtigsten Berater von Herrn Trump, Dr. Anthony Fauci, der heute wohl im Senatsausschuss sagte, die Amerikaner würden unnötiges Leid und Tod erfahren, wenn das Land seine Wirtschaft zu schnell öffne. Das ist auch ein Hinweis darauf, dass die große Diskussion zwischen Öffnung, Schließung und Bekämpfung der Infektion der Krise weiterhin im Mittelpunkt bleibt und dazu führen kann, dass der Anstieg vorläufig nicht unter Kontrolle kommt.

Anja Schüler: Die strukturellen Probleme haben Sie ja schon kurz angesprochen, ich würde gerne noch einmal darauf zurückkommen. Das amerikanische Gesundheitssystem unterscheidet sich fundamental von den Systemen, die wir in Europa kennen. Könnten Sie diese Unterschiede kurz skizzieren?

Axel Murswieck: Als erstes dieses Missverständnis, das immer wieder auftaucht, auch durchaus in den deutschen Medien, in Bezug auf die Gesundheitsreform Obamas, dass man

den Eindruck vermittelt, als gäbe es in den USA eine universale, einheitliche gesetzliche beitragsbezogene Pflichtversicherung, so ähnlich wie bei uns die gesetzliche Krankenversicherung. Und das ist natürlich nicht der Fall. Es gibt nicht das eine U.S.-Gesundheitssystem, sondern mehrere. Es gibt eine Teilung im Gesundheitssystem, in einen staatlich organisierten Bereich und einen durch private Versicherungen organisierten Bereich. Das sieht so aus, dass ungefähr 60 Prozent der Bevölkerung eine Krankenversicherung über den Arbeitgeber hat, 10 Prozent individuell privat krankenversichert sind und 30 Prozent über die staatlichen Gesundheitsprogramme Medicaid und Medicare versichert sind. Und trotz Obama[care], einer Reform, die ja darin bestand zu versuchen, die nicht Versicherten in eine Versicherung zu führen, hat sich diese Lage verbessert für die Versicherten? Es sind jetzt nur noch 13,4 Prozent [unversichert], vor der Reform waren es 17 Prozent. Aber weiterhin gibt es 20 Millionen ohne Krankenversicherung. Und dort gehören natürlich die vorhin genannten Minderheiten und Unterprivilegierten dazu. Vier Millionen Menschen mit geringem Einkommen, zum Beispiel, qualifizieren sich nicht für das staatliche Programm von Medicaid. Und diese beiden staatlichen Programme, Medicare und Medicaid, sind das, was im Kern an öffentlicher Gesundheitsvorsorge geleistet werden kann außerhalb des privaten Bereichs. Medicare, ganz kurz, über dieses staatliche Programm werden Personen über 65 Jahre sowie seit 1973 Empfänger von Behindertenrenten krankenversichert. Das sind ungefähr 44 Millionen Personen, das heißt 40,5 Prozent der Bevölkerung sind über dieses Programm versichert und mit einem Volumen, das kann man sich gar nicht so richtig vorstellen, von über fünf Milliarden Dollar ist Medicare das ausgabenstärkste staatliche Krankenversicherungsprogramm der USA. Jetzt kann ich das nicht ausführen. Aber wichtig ist, auch für die Feststellung danach, warum viele Leute auch bei der Coronakrise an der Gesundheitsversorgung leiden. Eigentlich besteht diese Krankenversicherung aus verschiedenen Teilen. Der wichtigste ist der erste Teil A, das ist die Pflichtversicherung, und das ist die einzige Pflichtversicherung im Gesundheitswesen in den USA für stationäre Krankenhausbehandlung. Und anspruchsberechtigt sind alle über 65-jährigen Personen, die vorher mindestens zehn Jahre eingezahlt haben. Es ist also eine Art Pflichtversicherung wie bei uns, aber nur für ältere Personen und erst ab 65.

Anja Schüler: Genau, Medicare ist das eine Programm, und das andere Programm, das Sie erwähnten, ist Medicaid. Wenn Sie das noch kurz erklären könnten.

Axel Murswieck: Medicaid ist auch in den 1960er Jahren entstanden. Das war die zweite große Reform vor Obamas dritter großer Reform. Dieses Programm ist ein Misch-Programm zwischen den Bundesstaaten und dem Bund in Washington, ein gemeinsames Versicherungsprogramm des Bundes und der Gliedstaaten für bestimmte Personen und Familien mit eingeschränktem Einkommen und Vermögen, um diese Kranken zu versichern. Das heißt, es ist in der Tat für die ärmere Bevölkerung angelegt. Ebenso wie Medicare wuchs der Anteil der Versicherten in diesem Programm über die Jahrzehnte erheblich. Grob 50 Millionen Personen, das heißt 15,9 Prozent der gesamten US-Bevölkerung, haben einen Versicherungsschutz über Medicaid. Und mit den Ausgaben, die ebenfalls sehr, sehr hoch sind, über 400 Milliarden, ist das gegenwärtig Amerikas größtes Sozialleistungssystem. Im Gegensatz zu dem Medicare-Programm, das vom Bund gestaltet wird, wird Medicaid von den Bundesstaaten eigenständig reguliert, nach bestimmten Vorgaben des Bundes. Der Bund beteiligt sich dann an der Finanzierung dieses Programms ungefähr mit 50 Prozent. Aber ansonsten, und das weist auf diese starke föderale Komponente auch in der Gesundheitsversorgung hin, auch in der Coronakrise, ist das Medicare-Programm in den einzelnen Bundesstaaten in unterschiedlicher Weise ausgebaut und weist unterschiedliche Leistungen vor.

Anja Schüler: Man kann sich vorstellen, dass die Leistungen in Mississippi dann etwas anders aussehen als, sagen wir mal, in Maine.

AM: So ist das, ja. Und dann kommt hinzu, vielleicht darf ich das vorwegnehmen, bei dem Reformgesetz von Obama ging es unter anderem darum, die Bundesstaaten aufzufordern, sich dem Medicaid-Programm anzuschließen und dieses zu erweitern, also auch, weil über das Programm ja eine Krankenversicherung erfolgt, um dann eine gleichmäßige Versorgung zu garantieren. Und bis heute ist es so, dass diese Erweiterung des Medicaid-Programms von Bundesstaat zu Bundesstaat unterschiedlich ist; es gibt einige Bundesstaaten, die das gar nicht mitgemacht haben, sodass von daher, wenn man sich gerade diese ärmere, einkommensschwache Bevölkerung anschauen will, wie die gesundheitlich versorgt werden, auch in einer Coronakrise, da sehr große Unterschiede bestehen. Und dann ist noch zu sagen, dass über diese beiden Programme auch für Ältere, die sicherlich auch teilweise in der Corona-Krise leiden, aber die ärmere Bevölkerung von daher auch stark betroffen ist, weil sie zwar Anspruch haben, angenommen, sie werden jetzt infiziert, haben sie Anspruch auf eine Behandlung, weil das Geld insgesamt für die USA ist. Jeder Notfall muss von einem

Krankenhaus auf kommunaler Ebene oder regionaler Ebene angenommen werden. Das heißt, dort gibt es einen Mindestversorgungsschutz für alle, ob arm oder reich. Aber das betrifft natürlich den Notfall, das heißt eine Aufnahme auf begrenzte Zeit. Danach muss dann derjenige, der krank ist, die weitere Behandlung selbst bezahlen bzw. versuchen, über seine Versicherung das Geld zu bekommen. Und das ist in den meisten Fällen nicht gedeckt, sodass eine längere Krankheit in Folge einer Coronainfektion das Risiko hat, das gar nicht mehr tun zu können, weil man es nicht mehr bezahlen kann, vor allen Dingen in Bezug auf einkommensschwache Schichten. Und das ist ein Defizit, das weiterhin bestehen bleibt.

Anja Schüler: Sie haben ja jetzt ein System beschrieben mit ganz eklatanten Schwächen, das auch große Teile der Bevölkerung unversichert lässt. Werden diese Schwächen denn jetzt in der Pandemie auf irgendeine Art und Weise ausgeglichen?

Axel Murswieck: Eigentlich überhaupt nicht. Also ich sollte noch kurz sagen, eigentlich hat jeder Amerikaner eine Art Krankenversicherung, 60 Prozent über den Arbeitgeber. Und jetzt in der Krise ist das das Schlimme. Da kommt die Arbeitslosigkeit hinzu. Und wenn jemand seine Arbeit verliert, und das ist jetzt bei 14,7 Prozent der Arbeitslosenquote, das sind Millionen, dann verliert er auch den Krankenversicherungsschutz des Arbeitgebers. Das kann man sich eigentlich gar nicht richtig vorstellen, was das für Katastrophen zur Folge haben kann, weil nur zehn Prozent eine individuelle Privatversicherung haben und die anderen 30 Prozent eben Medicare und Medicaid haben. Und in allen Arten von Krankenversicherungen, das muss man immer wieder betonen, sind das ja Krankenversicherungspolicen, die entweder der Arbeitgeber anbietet, oder die Policen in Medicare oder Medicaid und auch jetzt bei den Versicherten über das Obama-Gesetz, das damit erst mal nur ein Minimum an Leistung verbunden ist. Es gibt Selbstbehalte, es wird nicht hundert Prozent gedeckt, und es gibt Zuzahlungen, sodass es keine hundertprozentige Absicherung in allen drei Spielarten gibt, es sei denn, man ist in dem Bereich der zehn Prozent Privatversicherten. Auch die können wählen, was sie und wie sie sich versichert haben wollen. In den anderen Bereichen, zum Beispiel auch bei den angebotenen Arbeitgebersicherungen über die Unternehmen, gibt es auch Policen, wo man dann wählen kann. Die meisten wählen zum Beispiel keine Zahnbehandlung oder lassen sich verschreibungspflichtige Medikamente nicht versichern, die sie dann bezahlen müssen, wenn es mal soweit ist. Der Deckungsgrad der einzelnen Versicherung ist sehr unterschiedlich von den Arten der Versicherung und kann dazu führen,

dass man durchaus, gekoppelt mit dem Jobverlust, in Nöte kommen kann. Das ist ungefähr die Realität in der Gesundheitsversorgung der USA.

Anja Schüler: In dem, was Sie jetzt schildern, kann man sich vorstellen, dass da auch Haushalte der Mittelschicht finanziell sehr schnell an ihre Grenzen stoßen. Ich würde sie gern noch danach fragen, wie die Amerikaner mit diesem System klarkommen, besonders auch im Hinblick auf die Wahlen im Herbst, wenn es darum geht, einen neuen Präsidenten zu wählen. Nehmen wir einmal an, dass es für Donald Trump keine zweite Amtszeit gibt. Könnten Sie sich vorstellen, dass das amerikanische Gesundheitssystem radikal umgebaut wird?

Axel Murswieck: Das würde ich verneinen, weil die Grundstruktur, die ich so ein bisschen geschildert habe, dass es eigentlich kein gesamtsystemisches Gesundheitssystem und keine Gesamtkrankenversicherung, ja gewachsen ist und sich nicht verändern wird. Die hat auch die Obama-Reform nicht verändert. Sondern er hat nur erreichen wollen, dass diejenigen, die nicht versichert waren, damals 40 bis 50 Millionen, gezwungen wären, eine Versicherung abzuschließen, eine minimale Versicherung, die sie teilweise gar nicht in Anspruch nehmen, weil sie die Leistung nicht bezahlen können; sodass diese Grundstruktur zwischen Privat und Staat, also staatlich eigentlich nur die beiden Programme, die wir genannt haben, sich nicht verändern wird. Aber ich meine, es fehlt auch an politischen sozialen Bewegungen, die eine Verbesserung fordern würden. Hintergrund ist dabei auch, dass die Reform darum so schwierig sein würde, wenn man sie überhaupt wollte, weil die Gesundheitsversorgung eigentlich abhängig ist von der Gesundheitspolitik in den einzelnen Bundesstaaten, und sie sind auch dafür maßgeblich verantwortlich, in welcher Qualität und in welchem Umfang die Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden. Vielleicht eine Anekdote: Einer der wichtigsten Akteure im Leadership und Management ist natürlich der Gouverneur von New York, der in einer Art und Weise vorbildlich versucht, diese ganzen Defizite aufzufangen und zu regulieren. Er hat eine Bemerkung gemacht, in einer seiner täglichen Ansprachen, dass New York City hat kein Gesundheitssystem hat, aber eine Anzahl von Krankenhäusern. New York City hat lediglich elf öffentliche Krankenhäuser, der Staat New York aber über 200 private. Wenn man das öffentliche Angebot der Gesundheitsversorgung an den Krankenhäusern misst, da kann man sich vorstellen, welche Überforderung hier vorhanden ist. Aber das Gute, was Andrew Cuomo geschaffen hat, er hat in dem Fall eine Art Solidarität geschaffen, dass die privaten Krankenhäuser jetzt bei der Bewältigung der Krise gemeinsam mit den öffentlichen Krankenhäusern zusammenarbeiten und versuchen, hier zu helfen.

Das ist Bundesstaatsache und eine Reform, die diesen Föderalismus nicht berücksichtigt, wird es nicht geben. Früher war es so, dass die Bundesstaaten auch bei den Gesundheitsgesetzen an der Gesetzgebung teilgenommen haben. Das machen Sie eigentlich gar nicht mehr. Auch bei der Obama-Gesundheitsreform haben sie sich zurückgehalten. Aber was inzwischen neu ist, und das wird als eine Art neue Entwicklung des Föderalismus, jedenfalls im Bereich der Gesundheitsversorgung erwähnt, dass ohne Implementation der Bundesstaaten Gesundheitspolitik in den USA nicht möglich ist. Und die sind eigenständig und haben einen großen Ermessensspielraum, auch wenn sie viel Geld vom Bund bekommen. Für die Defizite in der Gesundheitsversorgung gibt es viele Hilfsprogramme der Bundesregierung. Da hat der Kongress Milliarden freigemacht, vor allen Dingen natürlich zur Stimulierung der Wirtschaft. Aber es gibt inzwischen auch Zuschüsse für Krankenhäuser, um dort zu helfen, Zuschüsse für Materialausstattung. Neu ist, dass diejenigen, die jetzt ihre Gesundheitsversorgung finanziell nicht tragen können, auch Subventionen erhalten sollen. Aber das ist nur momentan, vorübergehend, und bedeutet nicht, dass hier eine neue Struktur des Gesundheitssystems in den USA, des föderalen Gesundheitssystems, neu entstehen wird.

Anja Schüler: In dieser Krise werden also vor allem Löcher im System gestopft, aber es entstehen keine dauerhaften Lösungen. Ganz herzlichen Dank, Professor Murswieck für dieses Gespräch. Das war „Corona in den USA“, der Podcast des Heidelberg Center for American Studies. Mein Name ist Anja Schüler, und ich danke Julian Kramer für die Technik und Thomas Steinbrenner für die Musik. In der nächsten Woche wird der Direktor des HCA hier zu Gast sein, der Ökonom Welf Werner. Mit ihm spreche ich über den Wirtschaftscrash der Superlative, den der Lockdown in den USA nach sich gezogen hat. Ich freue mich, wenn Sie dann auch wieder mit dabei sind. Bis dahin – bleiben Sie gesund.