Lammert, Christian, and Betsy Leimbigler. "Disparitäten Und Soziale Determinanten Der Gesundheitsversorgung." Die USA - Eine Scheiternde Demokratie?, edited by Patrick Horst et al., Campus Verlag, 2018, pp. 307–24.

Disparitäten und soziale Determinanten der Gesundheitsversorgung

Betsy Leimbigler und Christian Lammert

Einführung: Die Policy-Dimension in der Krise der US-Demokratie

Jacob Hacker und Paul Pierson haben in ihrem Buch *Winner-Take-All Politics* eindrucksvoll argumentiert, dass sich der Zustand der Demokratie in den USA in den letzten Jahrzehnten deutlich verschlechtert hat. Schuld hieran ist ein extrem ungleicher Zugang zum politischen Entscheidungsprozess. Wohlhabende Individuen und Einflussgruppen können ihre Interessen weit besser artikulieren, die Stimmen der Mittelklasse und der unteren Einkommensgruppen sind kaum mehr zu vernehmen.[1] Martin Gilens unterfütterte diese Argument mit zahlreichen empirischen Belegen, die eindeutig zeigen, dass die Politiker in Washington, D.C. auf die Interessen der Wohlhabenden hören, sofern sich diese deutlich unterscheiden von den Interessen der Mittelkasse oder der unteren Einkommensgruppen.[2] Gilens und Page stellen sogar provokativ die Frage, ob man die USA auf Grundlage dieser Befunde überhaupt noch als Demokratie bezeichnen kann. Wäre nicht vielmehr Oligarchie der richtige Begriff?[3]

An dieser Diskussion wird deutlich: Wer über den Zustand der Demokratie in den USA spricht, fokussiert sich auf die institutionellen Mechanismen der Politik. Ist der Zugang zur politischen Macht gerecht und fair organisiert? Werden alle gesellschaftlichen Interessen ausreichend gehört und spiegelt die in der Legislative formulierte Politik auch die Interessen breiter Kreise der Gesellschaft wider? Die Partizipationschancen und der Grad an Responsivität werden als zentrale Kriterien zur Bewertung der Qualität der Demokratie genutzt.

---

1 Hacker/Pierson 2010.
2 Gilens 2014.
3 Gilens/Page 2014.

Aus dem Blickwinkel eines solchen formalen Ansatzes geht jedoch verloren, dass politische Partizipation auch bestimmte Ressourcen erfordert, ohne die eine gesellschaftliche und politische Teilhabe nur schwer möglich ist. Flapsig formuliert: Was nützt mir mein Wahlrecht, wenn ich nichts zu essen habe? Etwas elaborierter findet sich diese Idee beim britischen Soziologen T. H. Marshall. Hier werden diese Ressourcen weit besser ausdifferenziert, die die Bürger brauchen, um zu partizipieren. Dazu gehören nicht nur ökonomische Grundlagen, auch bestimmte Talente müssen vermittelt werden, damit die Bürger effektiv am politischen und sozialen Leben teilnehmen können. Und hier kommt der Staat erneut in den Blick: Er muss die nötigen Ressourcen so verteilen, dass alle eine faire Chance zur politischen Teilhabe haben. Marshall nutzte hierfür bereits in den 1960er Jahren das Konzept der sozialen Rechte, die er bürgerlichen und politischen Rechten gleichberechtigt an die Seite stellte.[4] Jeder Bürger hat ein Anrecht auf die Zuweisung bestimmter sozialer Rechte (und damit auch Ressourcen), damit er seine bürgerlichen und politischen Rechte wahrnehmen kann.

Die Zuweisung solcher Ressourcen erfolgt über die Politik. Und wir argumentieren, dass Gesundheit eine zentrale Ressource ist, die ein Bürger benötigt, um am politischen Prozess teilzunehmen. Gesundheit wird in diesem Kontext somit als ein öffentliches Gut eingestuft, das nach den gegebenen Möglichkeiten jedem Bürger zur Verfügung gestellt werden soll. Natürlich kann keine Politik auf der Welt dazu führen, dass alle Menschen gesund sind oder die gleichen Chancen auf Gesundheit haben. Aber der Staat kann garantieren, dass alle Bürger Zugang zu medizinischer Versorgung bekommen. Das ist eine enge Definition von Gesundheitspolitik, die in den meisten sozialwissenschaftlichen Studien genutzt wird, um Gesundheitssysteme miteinander zu vergleichen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nutzt hier eine viel breitere Definition, die die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Mittelpunkt rückt. Dazu gehört an zentraler Stelle der Zugang zu medizinischen Dienstleitungen. Das Konzept ist aber breiter gefasst. Es ist verbunden mit ökonomischen und sozialen Faktoren und deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung, die maßgeblichen Einfluss auf Unterschiede im individuellen oder Gruppen-basierten Gesundheitsstatus haben. Aus dieser Perspektive finden sich gesundheitsunterstützende Faktoren in den jeweiligen Lebens-

4 Marshall 1987.

und Arbeitsbedingungen der Bürger (zum Beispiel die Verteilung der Einkommen, des Wohlstands, des Einflusses und der Macht) und weniger in individuellen Risikofaktoren (Verhalten oder Gene).

Wir können im Rahmen dieses Artikels nicht die gesamte Breite des Ansatzes der sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick nehmen und fokussieren uns deshalb auf die Zugangschancen zum US-Gesundheitssystem, um zu klären, ob hier gesellschaftliche Ressourcen so ungleich verteilt werden, dass die Partizipationschancen der Bürger betroffen sind. In erster Linie stellen wir die Frage, ob bestimmte gesellschaftliche Gruppen in der Gesundheitspolitik diskriminiert werden. Eine ähnliche Frage stellt sich auch Gunnar Almgren in seinem Buch: *Health Care as a Right of Citizenship*.[5] Er argumentiert, dass das Fehlen eines universellen Krankenversicherungssystems in den USA, das möglichst vielen Bürgern Zugang zu medizinischen Leistungen garantiert, eine fundamentale Rechtsverletzung darstellt. Almgren kritisiert auch Obamas Gesundheitsreform, weil unter ihr noch immer systematisch bestimmte Gruppierungen in der Gesundheitspolitik diskriminiert würden. Für Almgren ist Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht.

Im Folgenden sollen anhand von Obamas Gesundheitsreform der historische Entwicklungstrend und die strukturellen Gegebenheiten der Gesundheitspolitik in den USA skizziert werden. Anschließend wird untersucht, inwieweit das System eine gerechte Verteilung von Ressourcen gewährleistet. Am Ende soll unter Rückgriff auf den WHO-Ansatz der sozialen Determinanten der Gesundheit ein kritischer Ausblick auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Demokratiequalität geworfen werden.

Obamacare und die Entwicklung des US- Gesundheitssystems

»I am not the first President to take up this cause, but I am determined to be the last.«[6] Mit diesen Worten wandte sich Obama am 9. September 2009 in einer Ansprache an die Mitglieder des Kongresses. Bereits im Wahlkampf hatte er immer wieder betont, dass eine Reform des Gesundheitssystems

5 Almgren 2017.
6 Obama 2009.

ganz oben auf seiner politischen Agenda stehe. Was die konkreten Inhalte seiner Reformvorstellungen anging, blieb Obama allerdings lange Zeit eher vage. In erster Linie formulierte er das zentrale Ziel, das mit der Reform erreicht werden sollte: eine drastische Senkung der Kosten im Gesundheitssektor. Ein Instrument, um dies zu erreichen, war die Einrichtung sogenannter *National Health Insurance Exchanges*, auf denen private Krankenversicherungen mit festgesetzten Preisen und Leistungen konkurrieren sollten.

Der Bereich der Gesundheitsversorgung in den USA ist von politisch einflussreichen Akteuren dominiert, die bislang eine umfassende Reform des überwiegend privaten Gesundheitssystems erfolgreich verhindert haben. Dazu gehören neben den großen Krankenversicherungen auch die Pharmaindustrie und die Interessenorganisation der Ärzte (*American Medical Association*). Aber auch Arbeitgeber und die Gewerkschaften haben sich lange Zeit gegen weitreichende Reforminitiativen ausgesprochen. Für die Arbeitgeber waren die an den Arbeitsplatz gebundenen Krankenversicherungen ein probates Mittel, um gut qualifizierte Arbeitnehmer anzulocken. Die Gewerkschaften hatten sich spätestens seit den 1950er Jahren mit dem Versicherungssystem über den Arbeitsplatz arrangiert. Sie sahen im System der betrieblichen Krankenversicherungen, die auch Gegenstand von Tarifverhandlungen waren, eine Stärkung ihrer eigenen Machtposition.[7]

Der Ausnahmecharakter des US-amerikanischen Wohlfahrtsstaates wird vielfach mit dem Fehlen eines universellen öffentlichen Krankenversicherungssystems begründet, wie wir es aus den meisten entwickelten Industrienationen Europas kennen. Bis zur Verabschiedung der Gesundheitsreform im Jahre 2010 gab es nur einen eingeschränkten öffentlichen Versicherungsschutz. Das Gesundheitssystem teilte sich in einen staatlich organisierten Bereich, der für eine Grundversorgung von meist mittellosen Bevölkerungsgruppen sowie Behinderten und Rentnern aufkommt, und in einen riesigen und wenig regulierten privaten Versicherungsmarkt. Viele US-Bürger sind – trotz eines Rückgangs des Abdeckungsgrades und Umfangs betrieblicher Sozialleistungen – weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert. Nach Daten der Zensusbehörde hatten 2010 56,1 Prozent aller US-Bürger eine Krankenversicherung über den Arbeitgeber abgeschlossen, 9,6 Prozent waren individuell krankenversichert, und etwas über 30 Prozent qualifizierten sich für eines der öffentlichen Gesundheitsprogramme.[8]

7 Lammert 2017.

8 Grell/Lammert 2013: 205 ff.

Das Gesundheitssystem in den USA hat einige nicht unwesentliche Vorzüge, die schnell vergessen werden: Wer hier gut verdient und eine umfassende Krankenversicherung besitzt, hat sofortigen Zugang zu den neusten medizinischen Technologien und zu hervorragend ausgebildetem medizinischen Fachpersonal. Die Kehrseite der Medaille: Obwohl der Staat in den USA einen Großteil der medizinischen Versorgung dem Markt überlässt, sind in kaum einem anderen westlichen Land die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den letzten Jahrzehnten dermaßen explodiert wie hier.[9]

Neben der Kostenexplosion zählt das hohe Ausmaß an Nicht- bzw. Unterversicherung zu den zentralen Problemen. Im Jahr 2010 hatten 16,3 Prozent, das sind annähernd 50 Millionen Menschen, keinerlei Krankenversicherung. Den größten Anteil (30,7 Prozent) machen *Hispanics* aus, gefolgt von Afroamerikanern mit 20,8 Prozent.[10] Insofern kann man von einer extrem ungleichen Chancenverteilung im Gesundheitssystem der USA sprechen. Fast jeder Zweite nennt die zu hohen Prämien der privaten Krankenkassen als ausschlaggebenden Grund für eine fehlende Versicherung, rund 25 Prozent haben ihren Versicherungsschutz aufgrund von Entlassung verloren oder weil sie ihren Arbeitsplatz gewechselt haben.

Die meisten privaten Krankenversicherungen sind in den USA an den Arbeitsplatz gebunden und können nicht übertragen werden. Aber selbst bei vielen Haushalten und Individuen, die in den USA über eine Versicherung verfügen, stellt ein Unfall oder eine Erkrankung ein erhebliches finanzielles Risiko dar, weil sie als unterversichert gelten und die Kassen extrem hohe Eigenbeteiligungen bei medizinischen Behandlungen, Operationen und Krankenhausaufenthalten verlangen. Sage und schreibe zwei Drittel aller privaten Haushaltsinsolvenzen gehen auf Krankheit oder die dafür anfallenden Behandlungskosten zurück.[11] Untersuchungen zeigen, dass Bürger ohne eine Krankenversicherung seltener zum Arzt gehen und so auch ernsthafte Krankheiten oftmals zu spät diagnostiziert werden. Nach Schätzungen von Experten sterben jährlich über 18.000 US-Amerikaner zu früh, weil sie keine ausreichende medizinische Versorgung erhalten.[12]

Das 1965 eingeführte Programm *Medicaid* sorgt für eine medizinische Grundversorgung für Personen und Kinder in Haushalten, die unter eine bestimmte Einkommensgrenze fallen. In den meisten Einzelstaaten darf das

9 Grell/Lammert 2013: 206.
10 Blank 2010.
11 Himmelstein u.a. 2009.
12 Wilper u.a. 2009: 2289.

Haushaltseinkommen das Armutslevel nicht überschreiten, um anspruchsberechtigt zu sein. Darüber hinaus müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein wie zum Beispiel eine körperliche Behinderung, eine Schwangerschaft oder Erziehungspflichten gegenüber minderjährigen Kindern. Rund 70 Millionen US-Bürger mit geringem Einkommen qualifizieren sich derzeit für Leistungen aus dem Programm, die Hälfte davon ist minderjährig, rund ein Viertel sind Rentner und Menschen mit Behinderungen.[13] Spätestens in der jüngsten Finanz- und Wirtschaftskrise hat sich *Medicaid* zu einem wichtigen sozialen Programm für viele US-Bürger entwickelt, da Arbeitslose, auch wenn sie Lohnersatzleistungen erhalten, in den USA anders als zum Beispiel in Deutschland keinen Krankenversicherungsschutz genießen.

Die Reformhürden im Gesundheitssystem zeigen geradezu idealtypisch den von Béland und Hacker diagnostizierten institutionellen Mechanismus eines *Policy Drift*.[14] Sich wandelnde soziale Risikostrukturen in Kombinationen mit ausbleibenden institutionellen Anpassungen an den veränderten sozio-ökonomischen Kontext verändern die Wirkungsweise und Effektivität der Gesundheitspolitik. Steigende Ausgaben bei gleichzeitiger immer geringer werdender Kapazität des Systems und immer schwerer bezahlbarem Versicherungsschutz für breite Teile der Bevölkerung sind die Folgen. Obamas Gesundheitsreform musste sich daran messen, inwieweit sie die institutionellen Mechanismen im Gesundheitssystem anpasst, um den veränderten sozialen Risiken in der Gesellschaft gerecht zu werden.

Obamas Gesundheitsreform (*Patient Protection and Affordable Care Act*) zeichnet sich insbesondere durch folgende Strukturmerkmale aus: die Einführung einer Versicherungspflicht für US-Bürger (*Individual Mandate*), eine stärkere Regulierung des privaten Versicherungsmarktes verbunden mit der Schaffung zusätzlicher Versicherungsmärkte in den Einzelstaaten (*Exchanges*), sowie die Ausweitung bereits bestehender öffentlicher Gesundheitsversorgungsprogramme (*Medicaid*). Mit diesen Maßnahmen sollten die Kostensteigerungen im Gesundheitssektor gebremst und zugleich der Zugang zum privaten Krankenversicherungsmarkt erleichtert werden.[15]

Die Einführung einer Versicherungspflicht ist ein Kernelement der Reform. Wer sich nicht krankenversichert, muss eine Steuerstrafe zahlen. Aber auch für Arbeitgeber wurde eine Versicherungspflicht eingeführt. Unterneh-

13 Siehe zu diesen und weiteren Daten zu Medicaid: KFF 2017a.

14 Béland/Hacker 2004.

15 Lammert/Leimbigler 2016.

men mit mehr als 50 Beschäftigten müssen ihren Angestellten eine Krankenversicherung anbieten. *Medicaid* stellt nun Leistungen für US-Bürger mit einem Einkommen von bis zu 138 Prozent der Armutsgrenze zur Verfügung. Auf den neu geschaffenen Versicherungsmärkten (*American Health Benefit Exchanges*) in den Einzelstaaten können Individuen mit einem Einkommen von bis zu 400 Prozent der Armutsgrenze und Unternehmen mit weniger als 100 Angestellten zu jeweils festgelegten Konditionen eine Krankenversicherung abschließen bzw. anbieten.

Akzeptieren mussten die Versicherer eine stärkere Regulierung der privaten Krankenversicherungsmärkte. So dürfen Bürger mit Vorerkrankungen (*Pre-existing Conditions*) nicht mehr von einer Versicherung ausgeschlossen werden. Zudem werden die privaten Zuzahlungen für medizinische Leistungen auf bestimmte Obergrenzen festgesetzt und die jährliche Obergrenze für die Erstattung medizinischer Leistungen abgeschafft. Diese beiden Elemente – die Versicherungspflicht und die stärkere Regulierung der privaten Versicherungsmärkte – sind das Kernelement des Kompromisses zwischen der Obama-Regierung und den Versicherungsunternehmen.

Mit Obamas Gesundheitsreform werden die zentralen Folgen des oben diagnostizierten *Policy Drift* angegangen bzw. umgekehrt. Allerdings muss der langfristige Implementierungsprozess erst noch zeigen, ob die Reformen die gewünschten Wirkungen haben. Zudem versuchen die Republikaner mit Unterstützung von Donald Trump sich immer wieder an einer Rücknahme der Reform. Vollumfänglich ist ihnen das bislang nicht gelungen. Verschiedene Versuche sind im Kongress gescheitert, mit der durchgesetzten Steuerreform konnten die Republikaner allerdings an einer der zentralen Säulen der Gesundheitsreform sägen: der individuellen Versicherungspflicht. Diese ist abgeschafft worden und damit steht die Finanzierungslogik zentraler Elemente von Obamas Gesundheitsreform auf dem Prüfstand. Nach unterschiedlichen Prognosen wird diese Änderung zu höheren Versicherungsprämien führen und die Zahl der Nicht-Versicherten damit wieder erhöhen.

Der Anspruch der Obama-Regierung war unter anderem eine größtmögliche Integration der Bürger in das Krankenversicherungssystem, dafür wurden *Medicaid* ausgeweitet und die Versicherungspflicht eingeführt. Und nach ersten Zahlen, die in Abbildung 1 zu sehen sind, hatte die Reform auch Erfolge: Im November 2015 schrieb Paul Krugman in einem Kommentar für die New York Times: »The reality is that Obamacare is an imperfect system, but it's workable – and it's working« und fasst damit den aktuellen Stand der

Debatte um die Wirkungen der Gesundheitsreform zusammen.[16] Zu den großen Erfolgsgeschichten gehört die sinkende Zahl an Nicht-Versicherten. Deren Zahl ist in den ersten sechs Monaten des Jahres 2015 auf neun Prozent gesunken (28,5 Millionen Bürger). Das sind rund 7,5 Millionen weniger als noch 2014 und 16,2 Millionen weniger gegenüber 2013.[17] Nimmt man das Jahr 2009 zum Vergleich, als über 16 Prozent der US-Bürger über keine Krankenversicherung verfügten, so kann von einem Rückgang von rund sieben Prozentpunkten gesprochen werden.

Dies liegt auch an der wirtschaftlichen Erholung in den USA, lässt sich aber zum Großteil auf zentrale Elemente von *Obamacare* zurückführen. So hat eine Untersuchung der *Kaisers Family Foundation* gezeigt, dass rund 57 Prozent derjenigen, die auf den neuen *Exchanges* eine Krankenversicherung gekauft haben, zuvor nicht versichert waren.[18] Zusätzlich haben fast zehn Millionen US-Bürger durch die Ausweitung von *Medicaid* nun einen Schutz im Krankheitsfall. Und auch in der Öffentlichkeit wird die Reform inzwischen positiver gesehen.[19] Einzige Ausnahme: die Versicherungspflicht. Kein Wunder also, dass Trump und die Republikaner erfolgreich an deren Abschaffung gearbeitet haben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das politische System mit der Verabschiedung der Gesundheitsreform auf sich ändernde Problemlagen (*Policy Drift*) reagiert hat. Die Reform im Gesundheitssektor greift die beiden größten Probleme auf, die in der Diskussion genannt wurden: Kostenentwicklung und Anzahl der Nicht-Versicherten. Nach einem Jahr Trump-Regierung und den vielen hartnäckigen Versuchen seitens der Republikaner, die Reform wieder rückgängig zu machen, zeigt sich ein weiterer stabiler Mechanismus des politischen Systems in den USA. Einmal verabschiedete Gesetze sind nur schwer zu widerrufen. Wenn die Reformen von der Gesellschaft honoriert und akzeptiert werden, dann bildet sich eine breite Unterstützerkoalition aus Wählern und betroffenen Interessengruppen, die es Politikern schwer macht, die Uhr wieder zurückzudrehen. Das System in den USA hat eine starke Tendenz zur Erhaltung des Status Quo, das war auch Sinn und Zwecke der *Checks and Balances*, die die Verfassungs-

16 Paul Krugman, »Health Reform Lives!«, *New York Times* vom 23. November 2015.

17 Cohen/Martinez 2015.

18 Drew Altman, »Does the Affordable Care Act Cover the Uninsured?«, *Wall Street Journal* vom 19. Juni 2014.

19 Kaiser Family Foundation (KFF), *Health Tracking Poll*, Februar 2018.

väter implementiert haben. So gesehen verweist die Reform im Gesundheitssystem auf die Funktionsfähigkeit der politischen Institutionen. Trotz parteipolitischer Polarisierung ist eine umfassende Reform möglich gewesen.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Die gängige sozialwissenschaftliche Forschung zu Verbesserungen im Gesundheitssektor fokussiert zumeist auf die Gesundheitssysteme als zentrale Institution, die den Gesundheitszustand der Bürger beeinflusst. Aus einer solchen Perspektive kann der *Affordable Care Act* durchaus als Erfolg beschrieben werden, weil er insgesamt den Zugang zur Gesundheitsversorgung ausweitete und gleichzeitig auch zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitssektor implementierte.

Dies bietet allerdings nur einen beschränkten Blick auf diejenigen Faktoren, die den Gesundheitszustand der Gesellschaft insgesamt beeinflussen. Auch ökonomische, soziale, und umweltbedingte Faktoren müssen beachtet werden. Dies wird im Kontext von *Obamacare* deutlich, weil sich die US-Gesundheitspolitik mit der Reform stärker auf Präventionsmaßnahmen und medizinische Primärversorgung richtet. Darüber hinaus werden viele Mittel zur Verfügung gestellt, um zu testen, wie die Gesundheitsversorgung und -situation in der Gesellschaft optimiert werden kann.

Ein solcher Ansatz basiert auf der Idee der sozialen Determinanten von Gesundheit.[20] Es wird angenommen, dass eine Vielzahl von Faktoren auf den Gesundheitszustand der Bürger wirkt. Und in einer internationalen Perspektive schneiden die USA hier recht schlecht ab. Trotz der hohen Gesundheitsausgaben liegen die USA im Vergleich entwickelter Staaten weit abgeschlagen. Insgesamt setzt sich vermehrt die Vorstellung durch, dass Gesundheit/Krankheit nicht allein mit individuellem Verhalten erklärt werden kann. Andere Faktoren, auf die die Individuen nur begrenzt Einfluss haben, kommen hinzu.

Die sozialen Determinanten von Gesundheit betreffen somit den Lebenskontext der Individuen, in dem sie geboren werden, leben, arbeiten und altern. Zu den wichtigsten Faktoren gehören der sozio-ökonomische Status, die Bildung, das soziale Umfeld, die Beschäftigung, Umweltbedingungen

20 Wilkinson/Marmot 2003.

und natürlich der Zugang zu medizinischer Versorgung. Untersuchungen zu den USA konnten beispielsweise zeigen, dass Bildung, ethnische Segregation und Armut für über ein Drittel der Todesfälle in den USA jährlich verantwortlich sind.[21] Die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes steigt, wenn das Einkommen sinkt. Ein geringes Bildungsniveau korreliert mit niedrigem Einkommen, einer höheren Wahrscheinlichkeit zu rauchen und einer geringeren Lebenserwartung.[22] Kinder von Eltern, die keinen High-School-Abschluss haben, leben vermehrt in Regionen, die nur einen unzureichenden Zugang zu medizinischer Versorgung bieten. Arme Afro-Amerikaner und andere ethnische Minderheiten leben im Vergleich zu weißen Armen oftmals in Gegenden, die von konzentrierter Armut betroffen sind.[23]

Vermehrt zeigen Studien, dass das Umfeld, in dem Kinder aufwachsen, maßgeblich über deren späteren ökonomischen Status entscheidet. Das Vorhandensein von gesundheitlichen Unterschieden in den USA wird nicht mehr bestritten. Solche Unterscheide manifestieren sich zumeist entlang von Einkommen und ethnischer Zugehörigkeit. Das US-Gesundheitsministerium definiert gesundheitliche Unterschiede als Differenzen im Gesundheitszustand, die eng verbunden sind mit sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Nachteilen.

Wie sieht nun die empirische Realität genau aus? Mit Blick auf den Zugang zum Gesundheitssystem kann eindeutig von einer Erfolgsgeschichte gesprochen werden. Wie Abbildung 1 zeigt, ist die Zahl der Nicht-Versicherten nach der Implementierung der Reform deutlich zurückgegangen. Damit kommt Obamas Reform nach Auffassung von Almgren einem universellen Krankenversicherungssystem deutlich näher. Sind die Rechtsverletzungen also ausgeräumt, die Almgren einem Staat attestiert, der nicht allen Bürgern die gleichen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zukommen lässt? Wohl kaum. Noch rund zehn Prozent der US-Bürger verfügen über keinen Krankenversicherungsschutz.[24] Darüber hinaus ist der Zugang zu bestimmten medizinischen Verfahren, die auf öffentlichen oder privaten Versicherungen basieren, weithin unterschiedlich geregelt. Die grundlegenden Strukturen des Gesundheitssystems sind nicht reformiert worden. Der weiterhin bestehende Mix aus öffentlichen und privaten Versicherungsmärkten führt zu einer Diskriminierung bestimmter Personengruppen. So konnte in

21 Galea u.a. 2011.
22 Marmot u.a. 2008.
23 Jargowsky 2015.
24 KFF 2017b.

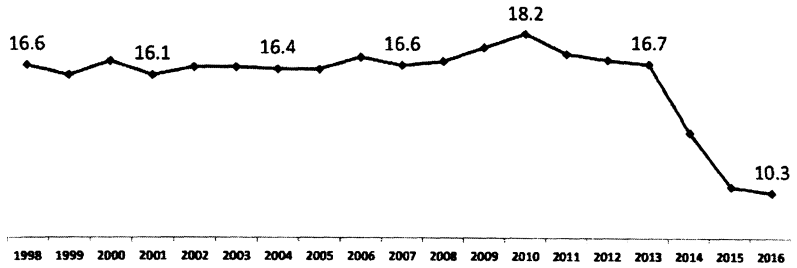

Abb. 1: Prozentsatz der Nicht-Versicherten unter 65 Jahren, 1998–2016

(Quelle: Kaiser Family Foundation (KFF), 2017b)

einer Studie gezeigt werden, welche finanziellen Anreize und bürokratischen Barrieren Ärzte in Kalifornien davon abhalten, Kinder, die unter *Medi-Cal* (*Medicaid* in Kalifornien) versichert sind, zu behandeln. Privatversicherte Kinder werden hier eindeutig bevorzugt.[25] Laut der Studie stellen die Disparitäten beim Zugang zur medizinischen Versorgung weiterhin ein Problem dar. Das ergibt sich schon aufgrund der spezifischen Mischung an privaten und öffentlichen Versicherungsmärkten. Untersuchungen des *National Health Interview Survey* aus dem Jahr 2015 ergaben, dass 67,4 Prozent der weißen US-Bürger eine private Versicherung hatten, der Wert bei Afro-Amerikanern demgegenüber aber lediglich bei 50,6 Prozent lag. Noch niedriger sind die Werte hier für *Native Americans*, von denen nur etwa 40 Prozent eine private Krankenversicherung besitzen.

Ähnliche Disparitäten ergeben sich mit Blick auf die öffentlichen Programme: Unter *Medicaid* sind in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen 18,2 Prozent der Weißen, aber 33,4 Prozent der Afro-Amerikaner versichert (Abbildung 2). Das liegt an der sozio-ökonomischen Situation der verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Im Vergleich zu Weißen lebt ein größerer Anteil von Afro-Amerikanern unter der Armutsgrenze.[26] Sie verfügen nicht über genügend Ressourcen, um sich eine private Krankenversicherung leisten zu können.

25 Wang u.a. 2004.
26 KFF 2018.

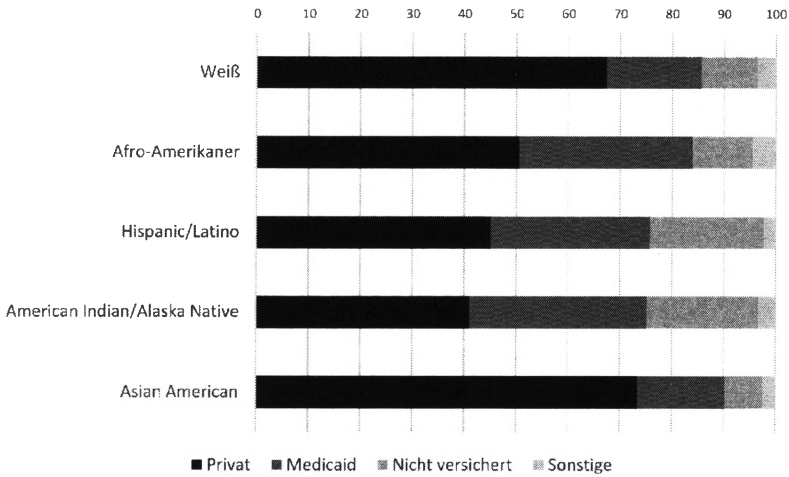

Abb. 2: Art der Krankenversicherung für unter 65-Jährige, gegliedert nach Race

(Quelle: National Center for Health Statistics 2015)

In Abbildung 3 wird deutlich, wie die jeweiligen Versicherungstypen mit dem Einkommen korrelieren. Mit wachsendem Einkommen wächst der Anteil an privaten Krankenversicherungen. Eine schwache sozio-ökonomische Position resultiert zugleich in einer schlechteren Gesundheitsversorgung, bestehende Ungleichheiten verstärken sich somit. Afro-Amerikaner werden auch auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert, befinden sich häufig in prekären Beschäftigungsverhältnissen oder im Niedriglohnsektor, Jobs also, bei denen die Unternehmen keine privaten Krankenversicherungen über den Arbeitsplatz anbieten.

Dies hat Konsequenzen für die Versicherten. Während insgesamt 64,9 Prozent aller unter 65-Jährigen privat und 20,7 Prozent über *Medicare* versichert waren, befanden sich unter den Befragten, die ihren gesundheitlichen Status als sehr gut oder exzellent beschrieben, 71,4 Prozent Privatversicherter gegenüber 16,3 Prozent, die ihre Krankenversicherung über *Medicaid* bezogen. Unter denjenigen, die ihren gesundheitlichen Status als annehmbar oder schlecht beurteilten, lagen die Anteile hingegen bei 34,2 Prozent beziehungsweise 45,4 Prozent (Abbildung 4). Die jeweilige ökonomische Situation und die ethnische Zugehörigkeit üben also einen massiven Einfluss auf die potentielle Gesundheitsversorgung der Menschen aus. Das US-Gesundheitssystem wirkt in beiderlei Hinsicht diskriminierend.

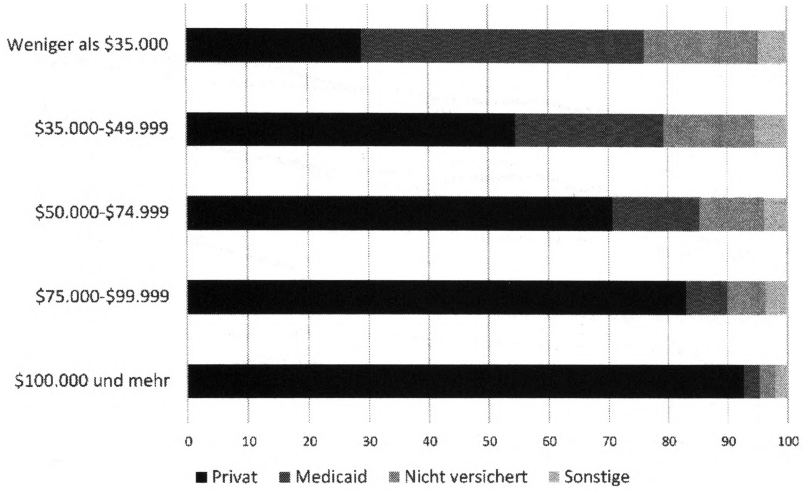

Abb. 3: Art der Krankenversicherung für unter 65-Jährige nach Einkommen

(Quelle: National Center for Health Statistics 2015)

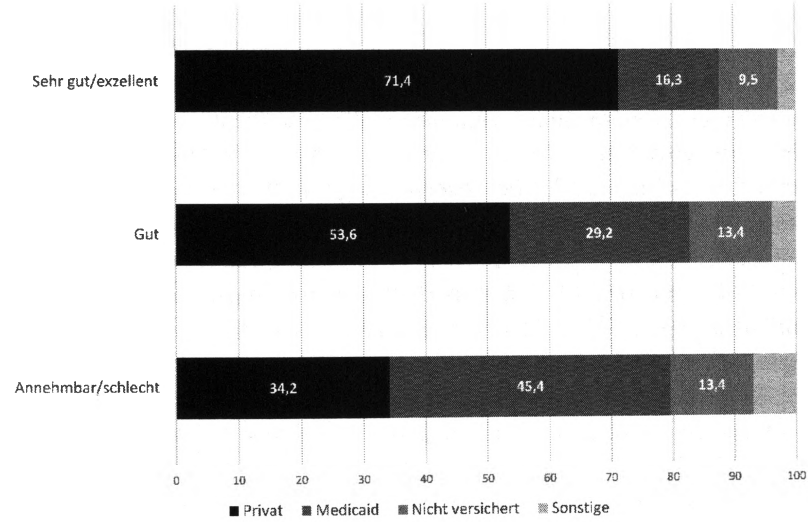

Abb. 4: Selbstzuschreibung des Gesundheitsstatus nach Versicherungsart

(Quelle: National Center for Health Statistics 2015)

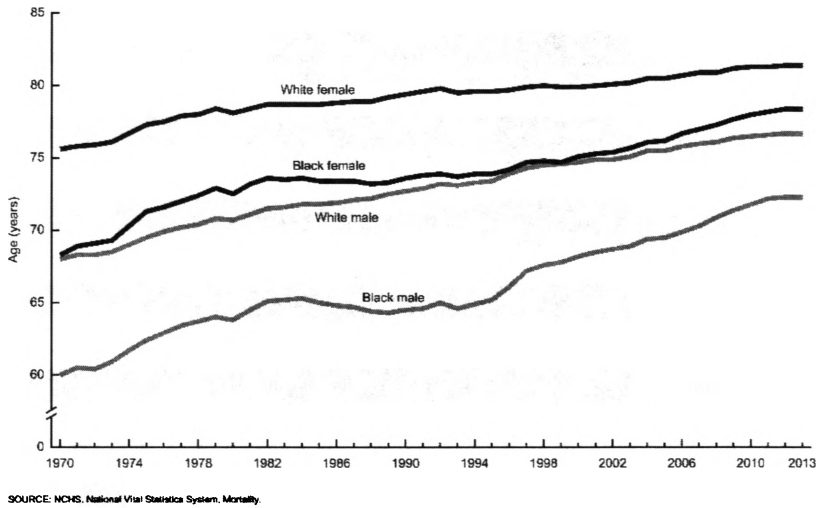

Abb. 5: Lebenserwartung bei der Geburt nach ethnischer Zugehörigkeit und Geschlecht, 1970–2013

(Quelle: Arias u.a. 2017)

Wie groß die Ungleichheit ist, lässt sich auch an jenen Indikatoren ablesen, die über den Zugang zur Gesundheitsversorgung hinausgehen, aber in unmittelbaren Zusammenhang dazu stehen. An prominenter Stelle stehen hier die Lebenserwartung und die Kindersterblichkeit. Abbildung 5 zeigt, dass große Unterschiede in der Lebenserwartung von Weißen und Afro-Amerikanern existieren. Letztere liegt deutlich unter der der Weißen, was auf eine systematische Benachteiligung dieser Gruppierung schließen lässt. Es lässt sich nicht eindeutig sagen, ob es in erster Line am Zugang zu medizinischen Dienstleistungen oder primär am jeweiligen sozio-ökonomischen Umfeld liegt. Da beide Faktoren – wie wir gezeigt haben – eng miteinander zusammenhängen ist die Frage ohnehin müßig. Ein vergleichbares Bild ergibt der Blick auf die Säuglingssterblichkeitsraten (Abbildung 6). Auch hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppierungen. Die Kindersterblichkeitsrate für afro-amerikanische Babys ist viel höher als der nationale Durchschnitt. Auch hier ist eine Kombination aus unterschiedlichen Faktoren, wie sozio-ökonomischer Status und der Zugang zur Gesundheitsversorgung ursächlich. Dass sich hier ein vergleichbares Muster wie bei der Lebenserwartung zeigt, relativiert den Einfluss von Kriminalität in der Statistik der Lebenserwartung bei Afro-Amerikanern.

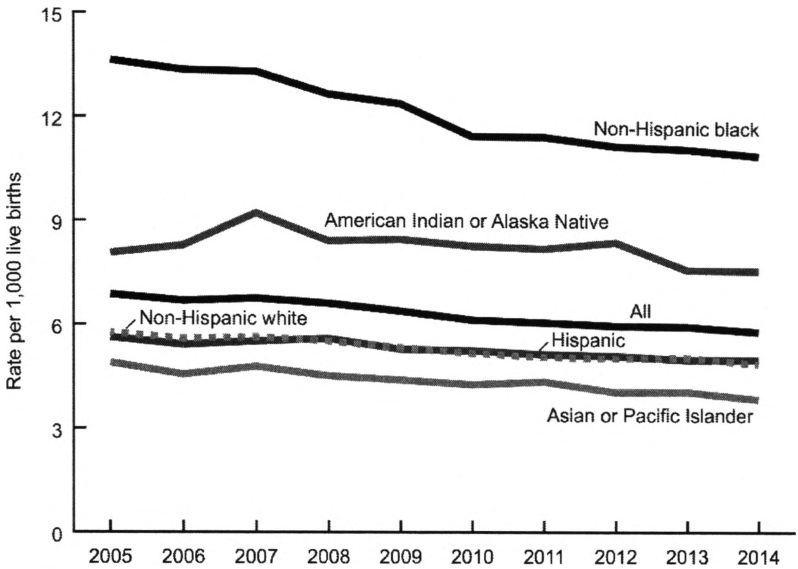

Abb. 6: Kindersterblichkeitsrate nach ethnischer Zugehörigkeit der Mutter: Vereinigte Staaten, 2005–2014

(Quelle: Mathews/Driscoll 2017)

Aus den Daten lässt sich eine klare Diskriminierung der Afro-Amerikaner ablesen. Ihre Gesundheitssituation (objektiv und subjektiv) ist eindeutig schlechter als die von Weißen. Das spiegelt sich im Zugang zur Gesundheitsversorgung wider, was die Probleme noch verschärft. Erstens haben mehr Afro-Amerikaner keine Krankenversicherung und wenn sie sie haben, ist es eine öffentliche Krankenversicherung (*Medicare*), die einen weit schlechteren Leistungsumfang bietet als die privaten Versicherungen, die in erster Linie über den Arbeitsplatz angeboten werden. Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt verstärkt sich somit durch Disparitäten beim Zugang zur Finanzierung medizinischer Versorgung.

Es zeigen sich zweitens starke »intersektionale« Unterschiede, bei denen bestimmte ethnische Minderheiten unter einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand verbunden mit einem schlechteren Versicherungsschutz zu leiden haben. Dies kann nur aus einer Reihe unterschiedlicher Faktoren erklärt werden, zu denen sozioökonomische Fähigkeiten, Zugangsbarrieren und andere spezifische Faktoren wie die jeweiligen individuellen Lebensumstände gehören, die den Gesundheitszustand massiv beeinflussen.

Fazit

Zu einem demokratischen Gemeinwesen gehören nicht nur die institutionellen Mechanismen, die wir aus der politikwissenschaftlichen Literatur kennen. Eine Fokussierung auf bürgerliche und politische Rechte alleine ist unseres Erachtens unzureichend, um die demokratische Praxis in einem Land zu beurteilen. Auch soziale Rechte, die die Bürger mit den sozio-ökonomischen Ressourcen versorgen, sind notwendig, um am politischen Prozess teilzuhaben. Und hier ist der Staat gefragt.

Erst durch die Politik erhalten die Bürger die notwendigen sozio-ökonomischen Ressourcen für eine effektive politische Teilhabe. Dabei muss der Zugang zu und auch die Verteilung dieser Ressourcen nach bestimmten Gerechtigkeitsprinzipien organisiert werden. Wir konnten hier nur einen schmalen Ausschnitt dieses Bereiches beleuchten, der im engeren Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik steht. Aber deutlich geworden sein sollte, dass in der Gesundheitspolitik diese sozialen Rechte nicht in gleichem Maße gewährleistet sind. Bestimmte Gruppen wurden und werden noch immer systematisch diskriminiert und von einer umfassenden Gesundheitsversorgung ausgeschlossen.

In den USA verstärkt das Gesundheitssystem bestehende sozio-ökonomische Ungleichheiten, weil der Zugang zum System, aber auch der allgemeine Gesundheitszustand stark vom ökonomischen Status der Bürger und von der ethnischen Zugehörigkeit abhängig ist. Wir stellen keinesfalls in Frage, dass eklatante Defizite im politischen System der USA existieren. Mit diesem Papier wollten wir die Defekte der Demokratie um eine *Policy*-Perspektive erweitern. Es ist hoffentlich deutlich geworden, inwieweit Gesundheit und Gesundheitspolitik mit der Qualität der Demokratie verbunden sind. Zudem wollten wir zeigen, dass ein verengter Blick auf die Gesundheitspolitik nicht mehr ausreicht, um diese Defizite offenzulegen. Gesundheit hängt von weit mehr Faktoren ab als dem Zugang zur medizinischen Versorgung. Ein solch breiter Ansatz thematisiert in noch drastischerer Weise die bestehenden Ungleichheiten im US-amerikanischen System.

Man könnte nun einwenden, dass die Disparitäten im Gesundheitsbereich in den USA kein neues Phänomen sind und wir würden dieser These zustimmen. Wenn wir im Kontext der Trump-Regierung nach dem Scheitern der Demokratie fragen, dann liegt das in erster Linie daran, dass jetzt auch die überwiegend weiße Mittelklasse vom sozialen und ökonomischen

Abstieg bedroht ist. Sie erleben jetzt, was andere Gruppen in der US-Gesellschaft seit je erfahren haben: eine systematische Diskriminierung und Armutsängste. Das heißt aber zugleich, dass wir unser Instrumentarium zur Beurteilung demokratischer Systeme neu einstellen müssen. Das Konzept der sozialen Rechte bietet hier einen sinnvollen Einstieg. Es geht eben nicht nur um die formalen Rechte zur politischen Teilhabe, sondern auch um die notwenigen sozio-ökonomischen Ressourcen, um eine solche Teilhabe erst zu ermöglichen. Die meisten Demokratie-Rankings müssten überarbeitet werden. Für die USA hätte dies wohl eine weitere Herabstufung zur Folge.

Abstract
Das Gesundheitssystem in den USA produziert große Ungleichheiten, sowohl hinsichtlich der angebotenen Leistungen im Gesundheitssektor als auch mit Blick auf den Zugang diesen. Diese Ungleichheiten beeinflussen maßgeblich die Möglichkeiten gesellschaftlicher und politischer Partizipation. Sie sind deshalb zentral, wenn über den Zustand eines demokratischen Systems gesprochen wird. Es geht um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit sowie Mechanismen der Exklusion und Inklusion.

Literatur

Almgren, Gunnar (2017), *Health Care as a Right of Citizenship: The Continuing Evolution of Reform*, New York.

Arias, Elizabeth/Heron, Melonie/Xu, Jiaquan (2017), »United States Life Tables, 2013«, *National Vital Statistics Report*, Jg. 66, H. 3, S. 1–64.

Béland, Daniel/Hacker, Jacob (2004), »Ideas, Private Institutions and American Welfare State ›Exceptionalism‹«, *International Journal of Social Welfare*, Jg, 13, H. 1, S. 42–54.

Blank, Rebecca M. (2010), »The New American Model for Work-Conditioned Public Support«, in: Jens Alber/Neil Gilbert (Hg.), *United in diversity? Comparing social models in Europe and in America*, Oxford, S. 176–198.

Cohen, Robin A./Martinez, Michael E. (2015), *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey*, January – March 2015, National Center for Health Statistics, August.

Galea, Sandro/Tracy, Melissa/Hoggatt, Kathrine J./DiMaggio, Charles/Karpati, Adam (2011), »Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States«, *American Journal of Public Health*, Jg. 101, H. 8, S. 1456–1465.

Gilens, Martin (2014), *Affluence and Influence. Economic Inequality and Political Power in America*, Princeton.

Gilens, Martin/Page, Benjamin (2014), »Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens«, *Perspectives on Politics*, Jg. 12, H. 3, S. 564–581.

Grell, Britta/Lammert, Christian (2013), *Sozialpolitik in den USA. Eine Einführung*, Wiesbaden.

Hacker, Jacob/Pierson, Paul (2010), *Winner-Take-All Politics: How Washington Made the Rich Richer – And Turned Its Back on the Middle Class*, New York.

Himmelstein, David/Thorne, Deborah/Warren, Elizabeth/Woolhandler, Steffie (2009), »Medical Bankruptcy in the United States, 2007«, *American Journal of Medicine*, Jg. 20, H. 10, S. 1–6.

Jargowsky, Paul A. (2015), *The Architecture of Segregation: Civil Unrest, the Concentration of Poverty, and Public Policy*, New York.

Kaiser Family Foundation (KFF) (2018), *Health Coverage by Race and Ethnicity: Changes Under the ACA*, Menlo Park, Januar.

— (2017a), *Medicaid Pocket Primer*, Menlo Park, Juni.

— (2017b), *Key Facts about the Uninsured Population*, Menlo Park, November.

Lammert, Christian (2017), »Ein historischer Erfolg: Obama und die Reform des Gesundheitssystems«, *Zeitschrift für Außen und Sicherheitspolitik*, Jg. 10, H. 2 Supplement, S. 65–80.

Lammert, Christian/Leimbigler, Betsy (2016), »Why Health Care Now? Strategic Framing and the Passage of Obamacare«, *Social Policy and Administration*, Jg.50, H. 4, S. 467–481.

Marshall, Thomas. H. (1987), *Citizenship and Social Class*, London.

Marmot, Michael u.a. (2008), »Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health«, *The Lancet*, Bd. 372, H. 9650, S. 1661–1669.

Mathews, T.J./Driscoll, Anne (2017), »Trends in Infant Mortality in the United States, 2005–2014«, *National Center for Health Statistics, Data Brief*, Nr. 279, Hyattsville.

National Center for Health Statistics (2015), *Summary Health Statistics: National Health Interview Survey*, Atlanta.

Obama, Barack (2009), *Remarks by the President to a Joint Session of Congress on Health Care*, Washington, 9. September.

Wang, Edward C./Choe, Meeryo C./Meara, John G./Koempel, Jeffery A. (2004), »Inequality of Access to Surgical Specialty Health Care: Why Children with Government-funded Insurance Have Less Access than Those with Private Insurance in Southern California«, *Pediatrics*, Bd. 114, H. 5, S. 584–590.

Wilkinson, Richard/Marmot, Michael (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization.

Wilper, Aandrew P./Woolhandler, Steffie/Lasser, Karren E./McCormick, Danny/Bor, David H./Himmelstein, David U. (2009), »Health Insurances and Mortality in US Adults«, *American Journal of Public Health*, Jg. 99, H. 2, S. 2289–2295.