Postprint von: Lammert, Christian. “Obamas Gesundheitsreform in der Phase der Politikimplementierung: Problematischer Erfolg inmitten einer gespaltenen Öffentlichkeit.” Die USA am Ende der Präsidentschaft Barack Obamas, edited by Winand Gellner and Patrick Horst, Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016, pp. 323–38., doi:10.1007/978-3-658-11064-2_14.

Obamas Gesundheitsreform in der Phase der Politikimplementierung: Problematischer Erfolg inmitten einer gespaltenen Öffentlichkeit

Christian Lammert

1 Einleitung

In einer Bilanz der zwei Amtszeiten Obamas muss die Gesundheitsreform[1] sicherlich als einer der zentralen Meilensteine der Administration genannt werden. Und das gilt in den USA sowohl für die Befürworter der Reform als auch deren Gegner. In einer Gallup-Umfrage vom 23. Dezember 2013 bezeichneten 22 Prozent der Befragten den *Affordable Care Act (ACA)* als die größte Errungenschaft von Obamas Amtszeit. Weit abgeschlagen dahinter rangierte die Beendigung der Kriege im Irak und in Afghanistan sowie die Tötung Osama Bin Ladens bei jeweils sieben Prozent. Die Stabilisierung der Wirtschaft nach der Finanzkrise 2008 nannten sogar nur drei Prozent der Befragten. Allerdings sahen auf der anderen Seite 36 Prozent der Befragten in der Gesundheitsreform zugleich den größten Fehler Obamas in seiner Zeit im Weißen Haus. Lediglich neun Prozent nannten hier beispielsweise die nicht gelungene Überwindung der Polarisierung zwischen den Parteien, eines der zentralen Probleme im politischen System der USA momentan.[2] In diesen gegensätzlichen Einstellungen spiegelt sich nicht nur

1 Vgl. zu den Einzelheiten des Reformgesetzes Lawrence R. Jacobs / Theda Skocpol, Health Care Reform and American Politics. What Everyone Needs to Know, New York: Oxford University Press, 2010.

2 Frank Newport, Health Law Seen as Obama’s Biggest Achievement, Failure, gallup.com, 23. Dezember 2013.

die tiefe politische Polarisierung in den USA wider, sie markieren zugleich das politische Spielfeld der Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform und deren Implementierung: eine tief gespaltene und verunsicherte Öffentlichkeit, die weder von den Befürwortern noch von den Gegnern der Reform zu eigenen politischen Zwecken mobilisiert werden kann. So blieb die Reform vom Wahlkampf Obamas 2008 bis zu den *Midterm Elections* 2014 ein politisch heftig umstrittenes Projekt, das seine Regierung nur mit legislativen Kniffen hat durchsetzen können und für deren Aufhebung die Republikaner im Abgeordnetenhaus bereits über 50-mal erfolgreich abgestimmt haben – eine Initiative, die dann allerdings immer am Senat gescheitert ist.

Über die Malaise des Gesundheitssystems in den USA, die Notwendigkeit einer Reform und die politischen Hürden bei einem solchen Reformprojekt ist bereits viel geschrieben worden.[3] Weniger Beachtung seitens der Politikwissenschaft hat demgegenüber bislang der Prozess der Implementierung des Reformgesetzes gefunden. Dies ist umso erstaunlicher, berücksichtigt man die Konflikte und den politischen Widerstand in dieser Phase, der sich in unterschiedlichen Arenen und auf unterschiedlichen Ebenen zeigte: einer Klage vor dem *Supreme Court*, im Kontext technischer Probleme bei der Installierung der neu geschaffen Versicherungsmärkte oder aber im Widerstand zahlreicher Bundesstaaten bei der Umsetzung zentraler Reforminhalte. Blickt man auf die Debatte zur Umsetzung der Gesundheitsreform, so finden sich immer die gleichen üblichen Verdächtigen, die für den – je nach Position – Erfolg oder Misserfolg der Reform zur Verantwortung zu ziehen sind: *Presidential Leadership, Interest Group Politics*, politische und ideologische Polarisierung oder aber die politische Kultur der USA mit ihrem starken Fokus auf Individualismus und Eigenverantwortung. Diese Faktoren spielen alle eine zentrale Rolle, wenn man die Reform und ihre Umsetzung in den USA analysieren und bewerten will. Hier soll aber ein weiteres Argument stark gemacht werden, das insbesondere die großen Probleme bei der Implementierung der Reform erklären soll: Die spezielle institutionelle Form der Gesundheitsreform selbst mit ihrer stark föderalen Ausrichtung bietet viele Blockadepunkte für die Gegner in der politischen Auseinandersetzung, die eine erfolgreiche Implementierung verhindern wollten und so das Scheitern der Reform insgesamt vor Augen hatten. Bevor dieses Argument genauer ausgeführt wird, müssen allerdings in einem ersten

3 Vgl. hierzu Paul Starr, Remedy and Action. The Peculiar American Struggle over Health Care Reform, New Haven: Yale University Press, 2013; sowie Christian Lammert, Gesundheitspolitik zwischen Staat und Markt, in: Britta Grell / Christian Lammert (Hrsg)., Sozialpolitik in den USA. Eine Einführung, Wiesbaden: VS Springer Verlag, 2013, S. 205-222.

Schritt die zentralen Ausgangsprobleme und die Inhalte der Gesundheitsreform vorgestellt werden. Daran schließt sich die Debatte über die Auswirkungen der föderalen institutionellen Mechanismen des *ACA* an, um dann eine vorläufige Bilanz der Reform und ihrer Implementierung zu ziehen. Abschließend soll noch über die Zukunft der Gesundheitspolitik in den USA spekuliert werden: Welche Probleme stehen an, wie wird sich der gesundheitspolitische Sektor weiterentwickeln und welche Rolle wird die Gesundheitspolitik in den politischen Auseinandersetzungen spielen?

2 Ausgangsprobleme und Reforminhalte

Das Gesundheitssystem ist im Kontext des US-amerikanischen Wohlfahrtsregimes das am stärksten von privaten Strukturen dominierte sozialpolitische Feld. Während im Zuge der *New-Deal*-Gesetzgebung in den 1930er Jahren der Sozialstaat in den Bereichen Altersversorgung, Arbeitslosenunterstützung und Sozialbeihilfe massiv ausgebaut worden ist, blieb der Gesundheitssektor bis in die Gegenwart weitgehend von Marktinteressen und privaten Akteuren dominiert. Ärzteverbände, die Pharmaindustrie und mächtige Versicherungsunternehmen widersetzten sich mit einer erfolgreichen Lobbypolitik einer Ausweitung des öffentlichen Einflusses im Gesundheitssektor. Erst im Zuge des *Great-Society*-Programms unter Präsident Lyndon B. Johnson in den 1960er Jahren erfolgte der Ausbau der Rolle des Staates: Für Rentner ist eine staatliche Krankenversicherung *(Medicare)*, für Haushalte mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze ein Gesundheitsfürsorgeprogramm *(Medicaid)* eingeführt worden. Der Rest der Bevölkerung musste und muss sich bislang weiterhin privat für den Krankheitsfall absichern, was in den USA zumeist über den Arbeitsplatz *(Fringe Benefits)* erfolgt. Eine gesetzliche Versicherungspflicht existierte bis zu Obamas Gesundheitsreform nicht – mit der Folge, dass in den vergangenen Jahren immer mehr US-Bürger nicht gegen das soziale Risiko Krankheit abgesichert waren.

Nach Daten des US-Zensus-Büros waren in den Jahren der Finanz- und Wirtschaftskrise, 2009 und 2010, annähernd 50 Millionen US-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz.[4] Die Mehrzahl dieser Nicht-Versicherten kann sich aus finanziellen Gründen keine Versicherungspolice leisten, aber auch mehr und mehr Arbeitgeber bieten den Arbeitnehmern keine Krankenversicherung mehr an,

4 Carmen DeNavas-Walt / Bernadette D. Proctor / Jessica C. Smith, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010, Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, September 2011.

ebenfalls aus Kostengründen. Da bis zu Obamas Gesundheitsreform keine Versicherungspflicht herrschte, schlossen insbesondere junge, gesunde Menschen nur selten eine Krankenversicherung ab, eben weil sie gesund sind. Dies schwächt den Solidargedanken eines jeden Versicherungssystems und hat zur Folge, dass sich der Kostendruck für die Versicherungsanbieter erhöht.

Neben dem Problem der Nicht-Versicherten muss das Phänomen der Unterversicherung angesprochen werden. Viele US-Bürger blieben unterversichert, weil die privaten Versicherungsgesellschaften sich ihre ‚Kunden' und das ‚Versicherungsangebot' weitgehend ohne staatliche Vorgaben und Regulierungen zusammenstellen konnten. Das hat dazu geführt, dass Menschen mit einer Vorerkrankung, sofern sie überhaupt in eine private Krankenversicherung aufgenommen wurden, für diese Krankheit keinen Versicherungsschutz genossen. Des Weiteren übernahmen die Versicherungen bestimmte notwendige Behandlungskosten gar nicht beziehungsweise nur bis zu einem gewissen Höchstbetrag. Zudem konnten Versicherungsnehmer, die während des laufenden Versicherungsschutzes ernsthaft oder chronisch krank wurden, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

Als unterversichert gilt, wer trotz einer privaten Krankenversicherung zusätzlich mehr als zehn Prozent seines Einkommens jährlich für medizinische Dienstleistungen aufwenden muss.[5] Krankheit ist so zu einem der größten Armutsrisiken in den USA geworden. Wer gar nicht krankenversichert ist, muss die notwendigen medizinischen Behandlungskosten selber tragen, was für viele nur durch die Aufnahme von Krediten zu finanzieren ist. Eine Vielzahl von Insolvenzen privater Haushalte in den USA ist denn auch auf Krankheitsfälle zurückzuführen.

Im internationalen Vergleich verzeichnen die USA, gemessen an ihrer Wirtschaftskraft, pro Kopf weit höhere Gesundheitsausgaben als alle anderen OECD-Staaten. Dabei sind in den letzten Dekaden die Kosten, die US-Bürger für die Gesundheit aufbringen mussten, deutlich stärker gestiegen als die Entwicklung der Einkommen.[6] So mussten die Versicherten einen immer größeren Anteil ihres Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufwenden. Die im internationalen Vergleich überproportional hohen Gesundheitsausgaben spiegeln sich allerdings keinesfalls in der Effizienz des Gesundheitssystems wider. Zwar erhält man in den USA die wohl beste medizinische Versorgung, wenn man die finanziellen Mittel dazu hat, doch die bisherigen Strukturen im Gesundheitssektor lassen die USA bei

5 Cathy Schoen / Michelle M. Doty / Sara R. Collins / Alyssa L. Holmgren, Insured but not Protected: How Many Adults are Underinsured?, in: Health Affairs, 14. Juni 2005.

6 OECD, Health Statistics 2014, http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm (Abruf am 20. März 2015).

zentralen Leistungsindikatoren, wie dem Abdeckungsgrad der Krankenversicherung oder der Kindersterblichkeitsrate, im internationalen Vergleich der OECD-Länder nur im unteren Drittel rangieren.[7] Diese Probleme im Gesundheitssektor, die sich in der Kostenentwicklung und dem Problem der Nicht- und Unterversicherung manifestiert haben, hatte Barack Obama bereits in seinem Wahlkampf aufgegriffen und eine umfassende Reform des Systems in Aussicht gestellt. In einer Ansprache vor beiden Kammern des US-Kongresses im Jahr 2009 betonte Obama dies erneut mit den Worten: „Ich bin nicht der erste Präsident, der sich dieses Problems annimmt, aber ich bin dazu bestimmt, der letzte zu sein."[8] Mit diesem Satz unterstrich Obama einerseits seine Entschlossenheit zu einer grundlegenden Neuausrichtung, zugleich verwies er aber auch auf die Schwierigkeit ihrer Umsetzung. In der Tat haben sich seit den Zeiten der *New-Deal*-Gesetzgebung viele US-Präsidenten an einer Reform des Gesundheitssektors versucht und sind, wie zuletzt die Clinton-Administration 1993, damit gescheitert.

Die Schwierigkeiten, die US-Gesundheitspolitik zu reformieren, sind zum einen auf die spezifischen Strukturen in dem komplexen und fragmentierten Politikfeld zurückzuführen, die im Verein mit den etablierten politischen Entscheidungsprozessen und der komplizierten Machtverteilung zwischen Exekutive und Legislative hohe Reformhürden aufgebaut haben. Verstärkt wird dies durch den aktuellen politischen Kontext in den USA, der gekennzeichnet ist von einer ausgeprägten parteipolitischen Polarisierung im Kongress und einer weitreichenden Fundamentalopposition der Republikaner gegenüber Präsident Obama. In der Gesundheitspolitik haben sich überdies private Interessengruppen erfolgreich etabliert, gegen die Reformen nur schwer durchsetzbar sind. Zu den zentralen Akteuren gehören hier die Pharmaindustrie, die Ärzteverbände, die Versicherungsunternehmen und die Arbeitgeber. Sie alle hatten ein großes Interesse an der Beibehaltung des Status quo in der Gesundheitspolitik. Allerdings erhöhte sich im Zuge der skizzierten Probleme im Gesundheitssektor die Reformbereitschaft dieser Interessengruppen deutlich.

Das politische System bietet Interessengruppen in den USA einen vergleichsweise leichten Zugang zum politischen Entscheidungsprozess. Ansatzpunkte sind hier primär die Kongressabgeordneten, deren Position bei politischen Entscheidungen stark von ihrem Interesse, wiedergewählt zu werden, motiviert ist. Sie schauen mehr auf die Interessen ihres Wahlkreises als Abgeordnete in parlamentarischen Systemen. Eine Fraktionsdisziplin, wie wir sie etwa aus dem parlamentarischen

7 Ebenda.

8 Barack Obama, Remarks by the President to a Joint Session of Congress on Health Care, whitehouse.gov, 9. September 2009, Übersetzung des Verfassers.

System der Bundesrepublik Deutschland kennen, existiert im US-Kongress nicht. Die Parteiführungen müssen so von Abstimmung zu Abstimmung immer wieder ausreichend große Mehrheiten – meist über die Parteigrenzen hinweg – organisieren, um ein Gesetzesvorhaben durchzusetzen. Im Senat, der zweiten Kammer des US-Kongresses, verschärft sich dieses Problem, da hier eine Mehrheit von 60 der 100 Senatorenstimmen nötig ist, um ein Gesetzgebungsverfahren voranzubringen. Nur selten verfügen Demokraten oder Republikaner über eine solche Mehrheit im Senat und selbst wenn, dann bedeutet dies noch keinesfalls, dass sich eine Partei auf diese Mehrheit auch verlassen kann. Interessengruppen können – mittels einer auf einzelne Senatoren zielenden Lobbyarbeit – erfolgreich die Bildung einer Reformkoalition verhindern und dadurch ein Gesetzesvorhaben blockieren *(Filibuster).*

Zudem macht der komplizierte Gesetzgebungsprozess in den USA die Verabschiedung umstrittener Gesetze schwierig. Die meisten Gesetzesvorhaben werden zunächst zur Diskussion und Behandlung in verschiedene Ausschüsse und Unterausschüsse verwiesen. Diese wiederum erarbeiten zum Teil voneinander abweichende Gesetzesvorlagen, die dann im weiteren Gesetzgebungsverfahren in Einklang gebracht werden müssen. Dieser verflochtene und langwierige Prozess bietet zahlreiche Anknüpfungspunkte, um eine breite Reformkoalition zu verhindern und gibt oppositionellen Kräften die Möglichkeit, die Öffentlichkeit gegen ein Gesetzesvorhaben zu mobilisieren. Am Ende des Verfahrens müssen die jeweiligen Gesetzesentwürfe beider Kammern des Kongresses – Repräsentantenhaus und Senat – ‚harmonisiert' werden, bevor der Präsident das Gesetz unterzeichnen oder auch ein Veto einlegen kann. Dem Präsidenten kommt in diesem Gesetzgebungsprozess also eine eher untergeordnete Rolle zu. Er kann selbst keine Gesetzentwürfe in den Kongress einbringen und auch während des Gesetzgebungsverfahrens nur indirekt seinen Einfluss geltend machen – Letzteres entweder durch die Mobilisierung der Öffentlichkeit *(Going Public)* oder durch die Androhung eines Vetos, das in vielen Fällen allerdings ausreicht, um die Debatte im Kongress in eine andere Richtung zu lenken.

3 Reform mit Kompromisscharakter

Die am 23. März 2010 von Präsident Obama unterzeichnete Gesundheitsreform (*ACA*) 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*) und eine Ausweitung bereits bestehender öffentlicher Gesundheitsversorgungs-

programme (*Medicaid*).[9] Mit diesen Maßnahmen sollten die Kostensteigerungen im Gesundheitssektor gebremst und zugleich der Zugang zum privaten Krankenversicherungsmarkt erleichtert werden. Der Gesetzgebungsprozess von 2009 bis 2010 verlief alles andere als reibungslos und auch nach der Unterzeichnung des Gesetzes mobilisierten die Gegner der Reform in ganz unterschiedlichen Arenen des politischen Systems Widerstand, um die Implementierung zu verhindern oder zumindest zu blockieren.

Der Erfolg des politischen Widerstandes gegen die Reform lässt sich zum einen aus dem polarisierten politischen Kontext in den USA heraus erklären, ist aber auch auf das spezifische institutionelle Design des Reformgesetzes zurückzuführen, das Gegnern der Reform zahlreiche Veto-Punkte bietet, um im Implementationsprozess zu intervenieren.[10] Obama propagierte ein moderates Reformkonzept, das eine breite gesellschaftliche und politische Unterstützung finden sollte. Aus diesem Grund fanden radikale Reformalternativen, wie sie zum Teil in den Reihen der Demokratischen Partei diskutiert wurden (*Single-Payer System*), keinerlei Resonanz im Weißen Haus. Auch Vorschläge, die eine Stärkung des Bundes im Gesundheitssektor durch eine öffentliche Krankenversicherung (*Public Option*) oder die Einführung eines neuen Versicherungsmarktes ausschließlich auf der Bundesebene propagierten, fanden keine Unterstützung. Vielmehr wurde mit der Reform eine komplexe *Policy*-Struktur geschaffen, in der Regulierungsbehörden, Gouverneure in den Einzelstaaten und die unterschiedlichen Legislativen zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium (*Department of Health and Human Services*) die Implementation vorantreiben müssen. Der Implementationsprozess ist so stark abhängig von der Generierung einer breiten politischen Unterstützung innerhalb dieser neu geschaffenen *Policy*-Struktur im Gesundheitssektor. Insbesondere den Einzelstaaten kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion zu.

Auch wenn die Republikaner sich generell gegen die Reform der Obama-Administration gestellt haben, ist es ihnen doch gelungen, diesen intergouvernementalen Ansatz in das Reformwerk zu integrieren. Verstärkt wurde diese Tendenz noch durch die Entscheidung des Obersten Verfassungsgerichts in *National Federation of Independent Business v. Sebelius.* Am 28. Juni 2012 urteilte der *Supreme Court* über die Verfassungsmäßigkeit der Gesundheitsreform. Dabei standen

9 Ein Überblick über die zentralen Inhalte der Reform findet sich bei: Kaiser Family Foundation, Summary of the Affordable Care Act, Menlo Park, 25. April 2013, http://kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/ (Abruf am 28. Februar 2015).

10 Vgl. zu diesem Argument Daniel Béland / Philip Rocco / Alex Waddan, Implementing Health Care Reform in the United States: Intergovernmental Politics and the Dilemmas of Institutional Design, in: Health Policy 116 (2014) 1, S. 51-60.

insbesondere zwei Aspekte der Reform im Zentrum: Zwar erklärte das Gericht die neu eingeführte Versicherungspflicht für Bürger (*Individual Mandate*) für verfassungskonform, allerdings erklärte eine Mehrheit der Richter die vorgesehene Ausweitung von *Medicaid* für verfassungswidrig. Begründet wurde dies damit, dass den Staaten nicht ausreichend Zeit geboten wurde, sich den neuen Regeln anzupassen. Auch könnte der Bund alle Bundesmittel kürzen, falls die Staaten nicht kooperieren. Beides stellt nach Meinung der Mehrheit der Richter ein verfassungswidriges Zwangsmittel gegenüber den Einzelstaaten dar. Allerdings entschied eine weitere Mehrheit der Verfassungsrichter, dass man dieses Problem dadurch beheben könne, dass die Verordnungsgewalt des Bundesgesundheitsministeriums beschränkt würde. Im Klartext heißt das: Die Ausweitung von *Medicaid* ist verfassungskonform, sofern die Einzelstaaten die Option haben, nicht an dieser Ausweitung teilzunehmen.

Die komplexe *Policy*-Struktur und der sequentielle Implementationsmodus, die mit der Gesundheitsreform etabliert wurden, hatten zwei Konsequenzen. Erstens boten sie den Gegnern der Reform mehr Zeit, um die Legitimation der Reform in der Frühphase in Frage zu stellen und so die öffentliche Unterstützung zu unterminieren. Zweitens untergrub diese Struktur die Möglichkeit einer zügigen Implementierung. Gerade in den Einzelstaaten, in denen die Opposition gegen diese Reform besonders ausgeprägt war und ist, konnte die Implementierung der Reform erfolgreich verzögert werden, indem die Entscheidungsträger dort die nötigen Ressourcen zur Umsetzung der Reform verweigerten oder aber die notwendigen Informationen nicht an die Bevölkerung weitergaben. Infolge dieser Strategie könnte es dazu kommen, dass sich weniger junge und gesunde Menschen krankenversichern als geplant, was ein zentrales Element in der Strategie zur Kostenreduzierung im Gesundheitssektor ist.

Die Folgen der hier skizzierten Probleme zeigen sich in der öffentlichen Meinung. Umfragen der *Kaiser Family Foundation* haben ergeben, dass die Öffentlichkeit die komplexen Auswirkungen der Gesundheitsreform nur schwer versteht und durchschaut.[11] Das gilt aber nicht nur für die breite Öffentlichkeit und die Konsumenten im Krankenversicherungsbereich. Selbst bei den verantwortlichen Regierungsbehörden zeigten sich temporäre Informationsdefizite, die die Implementation des Reformgesetztes erschwert oder verzögert haben. So brauchten die Bürokraten des *Center for Consumer Information and Insurance Oversight*

11 Kaiser Family Foundation, The Public's Health Care Agenda for the 113th Congress, Menlo Park: Kaiser Family Foundation, Januar 2013, http://kff.org/health-reform/poll-finding/the-publics-policy-agenda-for-the-113th-congress/ (Abruf am 28. Februar 2015).

(CCIO) im Bundesgesundheitsministerium sehr lange, um zu verstehen, welche Art der einheitlichen Regulierung des Bundes vorgesehen ist und welche Handlungsspielräume und Flexibilität die Einzelstaaten bei der Umsetzung haben.[12]

Anhand der zentralen Elemente der Gesundheitsreform werden diese institutionellen Mechanismen deutlich. Das erste neue Element sind die neugeschaffenen Krankenversicherungsmärkte in den Einzelstaaten, auf denen die Bürger eine preisgünstige Versicherungspolice erwerben können. Aufgrund des intergouvernementalen Designs der Reform sollte es den Legislativen in den Einzelstaaten in Kooperation mit dem Bundesgesundheitsministerium obliegen, diese neuen Märkte zu schaffen. Allerdings war dies keine Bedingung, und so weigerte sich annähernd die Hälfte der Einzelstaaten in der Anfangsphase, solche Märkte zu schaffen. Dies galt insbesondere für die Staaten, in denen die Republikanische Partei die Mehrheiten in Exekutive und Legislative stellte. In einem solchen Falle sieht das Gesetz vor, dass der Bund einspringt und die Organisation des Versicherungsmarktes organisiert. Allerdings werden hierfür vom Gesetz her nur geringe Ressourcen zur Verfügung gestellt, was letztendlich die zahlreichen Pannen bei der Implementierung der *Exchanges* im Jahr 2013 erklärt. Hier müssen an erster Stelle die Probleme mit der Homepage genannt werden, auf der die Bürger sich eine Krankenversicherung kaufen sollten.

Die erfolgreiche Schaffung dieser Märkte ist nicht nur ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsreform insgesamt, sie hat auch Einfluss auf die Einstellungen in der Öffentlichkeit. Probleme können von den Gegnern der Reform immer wieder genutzt werden, um ihre Kritik zu artikulieren. Aber nicht nur bei der Etablierung dieser neuen Märkte können die Gegner erfolgreich Sand in das Getriebe streuen, auch bei ihrer weiteren Verwaltung sieht die institutionelle Struktur eine ständige Kooperation zwischen dem zuständigen Bundesministerium und den Exekutiven in den Einzelstaaten vor, etwa bei der Standardsetzung der elementaren Gesundheitsleistungen, die die Versicherungspolicen auf den neuen Märkten abdecken müssen. Konflikte entlang parteipolitischer Orientierung sind auch hier vorprogrammiert.

Bei der Expansion von *Medicaid* lassen sich vergleichbare Strukturprobleme im föderalen Design des Reformgesetzes aufzeigen. Ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsreform ist die Ausweitung von *Medicaid*, so dass jeder Bürger mit einem Einkommen von bis zu 138 Prozent der offiziellen Armutsgrenze sich für das öffentliche Gesundheitsprogramm qualifizieren würde. Die Umsetzung der Reform hätte zu einer Zentralisierung von *Medicaid* geführt, weil sie den Einzelstaaten im Rahmen der anvisierten Expansion wenig Handlungsspielraum gelas-

12 Vgl. D. Béland u.a. (Anm. 10), S. 53.

sen hätte. Bislang konnten die Einzelstaaten im Rahmen von Mindeststandards, die der Bund setzte, mitbestimmen, wer mit welchen Leistungen unter *Medicaid* bedacht wird. Die Zentralisierung sollte aber nicht über obligatorische Regelsetzung geschehen, sondern vielmehr über die Finanzierung. Der Bund würde für alle zusätzlichen Kosten der Expansion von *Medicaid* in den ersten drei Jahren und auch anschließend mindestens 90 Prozent der Kosten übernehmen. Sollte ein Staat nicht kooperieren, würden alle bisherigen Bundeszuschüsse im Rahmen von *Medicaid* gestrichen. Hier machte allerdings der *Supreme Court* der Administration einen Strich durch die Rechnung, als er 2012 entschied, dass der Bund die Zahlungen an die Einzelstaaten zur Finanzierung von *Medicaid* nicht einstellen könne. Diese Entscheidung ermöglicht es den Einzelstaaten, der Ausweitung nicht zuzustimmen, was die institutionelle Ausrichtung der Gesundheitsreform massiv verschiebt und den Einzelstaaten zusätzliche Veto-Optionen gegen die Reform gewährt. Nach der Entscheidung des *Supreme Court* zeigte sich schnell, dass auch die Entscheidung zur Expansion von *Medicaid* in den Einzelstaaten stark korrelierte mit den parteipolitischen Mehrheitsverhältnissen in den jeweiligen Staaten.

Die Gesetzgeber hatten eine solche Entscheidung des Obersten Verfassungsgerichts nicht antizipiert und keinen Plan B vorgelegt, was passieren solle, wenn Staaten sich einer Expansion von *Medicaid* widersetzen. Den Gegnern der Gesundheitsreform gab die Entscheidung zusätzliche Munition, um die Effektivität der Reform insgesamt in Frage zu stellen. Je mehr Staaten sich einer Expansion widersetzen, desto größer ist die Zahl der Nicht-Versicherten. Einige Berichte sprechen von rund 6,5 Millionen Menschen, die keinen Versicherungsschutz haben werden, weil sie in Staaten leben, die nicht bei der Expansion von *Medicaid* mitmachen.[13] Es bleibt abzuwarten, ob sich in diesen Staaten ein politischer Druck entwickelt, der letztendlich dazu führt, dass sie sich der Ausweitung von *Medicaid* doch noch anschließen. Die ideologisch geschlossene Front auf Seiten der Republikaner scheint dies jedoch in Frage zu stellen. Im konservativen Spektrum war *Medicaid* sowieso nicht sehr beliebt, hier dominiert eine Reformvorstellung in Richtung Privatisierung. Einer solchen Bestrebung steht jene Ausweitung, wie sie Obamas Gesundheitsreform vorsieht, konträr entgegen.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich beim Blick auf die neuen Regulierungen, die dem Gesundheitssystem insgesamt und insbesondere den Anbietern von Krankenversicherungen auferlegt wurden. Hier gestaltet sich die Kooperation zwischen dem Bund und den Einzelstaaten weit effektiver. Inzwischen haben fast alle Ein-

13 Vgl. John Holahan / Matthew Buettgens / Stan Dorn, The Costs of Not Expanding Medicaid, Menlo Park: Kaiser Family Foundation, Juli 2013, http://kff.org/medicaid/report/the-cost-of-not-expanding-medicaid/ (Abruf am 28. Februar 2015).

zelstaaten die notwendigen Schritte eingeleitet, um die neuen Regulierungen im Versicherungsbereich umzusetzen.[14] Striktere Transparenzkriterien und strenge Überwachungsprozeduren haben die Kontrolle von Versicherungsraten auf den neuen Märkten bislang zu einer Erfolgsgeschichte der Gesundheitsreform gemacht. Die durchschnittliche Versicherungsrate lag im Jahr 2012 rund 20 Prozent niedriger als noch vor der Reform.[15]

In diesem administrativen Bereich hatten die verschiedenen Regierungsebenen bereits im Vorfeld der Reformimplementation effektive institutionelle Mechanismen etabliert, die einen weitgehend reibungslosen Ablauf der neu etablierten Prozesse erlaubten. Hier existierten bereits Akteure und administrative Strukturen, die eine solche Politik unterstützten und zur Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium bereit waren. Zum anderen waren in diesen etablierten institutionellen Mechanismen lediglich Fachleute aus den jeweiligen Ministerien beteiligt und nicht auch die jeweiligen Legislativen, was eine Politisierung dieses Bereichs verhindert hat.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die föderale Struktur und das spezifische institutionelle Design der Gesundheitsreform die Implementierung im Kontext einer starken parteipolitischen Polarisierung in den USA extrem erschwert hat. Insbesondere die Entscheidung des *Supreme Court* zur Ausweitung von *Medicaid* hat in diesem politischen Kontext die Veto-Positionen der Einzelstaaten massiv verstärkt. Allerdings zeigt der regulatorische Bereich stärker kooperative Beziehungen zwischen den verschiedenen Regierungsebenen im Gesundheitssektor. In diesem Bereich scheint der Einfluss parteipolitischer Polarisierung auf die Implementation von Gesetzen nicht so weit fortgeschritten zu sein. Es stellt sich nun die Frage, ob die Probleme bei der Implementierung der Reform verbunden mit dem politischen Widerstand aus dem konservativen politischen Lager die Legitimation und damit einhergehend die notwendige Unterstützung der Reform innerhalb der Bevölkerung unterminieren, weil zentrale Versprechen der Obama-Administration nicht eingehalten werden konnten.

14 Vgl. Sabrina Corlette / Kevin Lucia / Katie Keith, Monitoring State Implementation of the Affordable Care Act in 10 States: Rate Review. Washington D.C.: Urban Institute, September 2012. http://www.urban.org/UploadedPDF/412649-Monitoring-State-Implementation-of-the-Affordable-Care-Act-in-10-States.pdf (Abruf am 28. Februar 2015).

15 Kaiser Family Foundation, Health Insurance Market Reforms: Rate Review, Menlo Park, December 2012, https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8392.pdf (Abruf am 28. Februar 2015).

4 Zwischenbilanz der Gesundheitsreform 2014

Die bislang vorliegenden Daten und Information lassen auf erste Erfolge der Gesundheitsreform schließen, insbesondere mit Blick auf die zwei zentralen Problemfelder: Zugang zu Gesundheitsversicherungen und Kostenkontrolle. So ist nach Angaben der *New York Times* die Anzahl der US-Amerikaner ohne Krankenversicherungsschutz seit der Reform um rund ein Viertel gesunken, damit haben immerhin zusätzlich acht bis elf Millionen US-Bürger einen Versicherungsschutz im Krankheitsfall. Ungefähr die Hälfte davon sind über das erweiterte *Medicaid*-Programm abgesichert worden.[16] Nach Daten von *Gallup* lag damit die Nicht-Versichertenrate im Mai 2014 bei nur noch 13,4 Prozent, im Jahr 2010 hatten noch annähernd 17 Prozent keinen Versicherungsschutz. Insbesondere in den Bundesstaaten, die eigene Versicherungsmärkte etabliert und der Expansion von *Medicaid* zugestimmt haben, sind die Zahlen der Nicht-Versicherten am stärksten rückläufig. In Arkansas ist der Prozentsatz der Nicht-Versicherten seit der Öffnung der *Exchanges* 2013 von 22,5 auf 12,4 Prozent zurückgegangen, in Kentucky von 20,4 auf 11,9 und in Delaware von 10,5 auf 3,3 Prozent.[17] Allerdings liegt die Erfolgsquote mit diesen Zahlen hinter den ersten Prognosen des *Congressional Budget Office (CBO),* das bis zum Jahr 2017 eine Reduzierung der Nicht-Versicherten um 32 Millionen prognostiziert hatte. Bereits kurz nach der Entscheidung des Obersten Verfassungsgerichts hatte das *CBO* seine Zahlen allerdings schon auf 26 Millionen reduziert.[18] Noch liegen keinen belastbaren Daten darüber vor, wer eine Versicherung abgeschlossen hat. Nach jüngsten Prognosen werden auch weiterhin rund 20 Millionen US-Bürger keine Krankenversicherung haben.[19] Der Großteil hiervon sind illegale Immigranten. Rund vier Millionen US-Bürger mit geringem Einkommen qualifizieren sich nicht für *Medicaid,* weil sie in Bundesstaaten leben, die einer Ausweitung des Programms nicht zugestimmt haben. Damit muss zwar konstatiert werden, dass ein universeller Abdeckungsgrad bei der Krankenversicherung nicht erreicht wird, allerdings schließt sich die Lücke der Nicht-Versicherten zunehmend.

16 Is the Affordable Care Act Working?, nytimes.com, 26. Oktober 2014.

17 Dan Witters, Arkansas, Kentucky Report Sharpest Drops in Uninsured Rate, gallup.com, August 5, 2014.

18 CBO, Updated estimations of the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act, https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/49892-breakout-AppendixB.pdf (Abruf am 20. März 2015).

19 Ebenda.

Von den rund 7,3 Millionen Bürgern, die auf den neu geschaffenen Versicherungsmärkten eine private Krankenversicherung erworben haben, sind rund 85 Prozent berechtigt, Zuschüsse vom Bund zu bekommen, um die Kosten für die Versicherungsprämien zu senken. Auch wenn viele Bürger eine Krankenversicherung abgeschlossen haben, wird sie nur selten genutzt. Die Gründe hierfür liegen in hohen Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen im Krankheitsfall. Nach ersten Prognosen steigen die Versicherungsprämien in den kommenden Jahren nur moderat um rund vier Prozent.[20]

Die Versicherungsbranche profitiert von der Reform, da viele neue Kunden auf den Markt kommen. Mit der Ausweitung des Versicherungsschutzes gehen auch mehr Menschen in Krankenhäuser und kaufen verschreibungspflichtige Medikamente. Ein Indikator, der *S&P 500 Health Care Index*, in dem die Aktienwerte aller Versicherungen, Krankenhäuser und Arzneimittelhersteller zusammengefasst sind, ist seit 2010 um 24 Prozent gestiegen.[21]

Generell ist ein Trend weg von den beschäftigungsbezogenen Versicherungsplänen hin zu den neu geschaffenen Versicherungsmärkten zu beobachten, in denen zahlreiche und umfangreiche staatliche Subventionen zur Verfügung gestellt werden. Allein im Jahr 2014 boten 56 neue Versicherungsanbieter eine Police auf diesen *Exchanges* an. Die marktliberale Vorstellung, dass mehr Wettbewerb zu einer Senkung der Kosten und einer stärkeren Kostenkontrolle führt, scheint sich zu bewahrheiten: Tatsächlich zeigen Studien, dass der Wettbewerb und die Wählmöglichkeiten auf den neu geschaffenen Märkten zunehmen.[22] So ist die Zahl der beteiligten Versicherungsträger bundesweit 2014 um 19 Prozent angestiegen und die Anzahl der dort angebotenen Versicherungsprodukte gar um 27 Prozent. Es bleibt abzuwarten, wie die neuen Versicherungsmärkte sich weiter entwickeln werden und welche Bedeutung dies für den Bereich der beschäftigungsbezogenen Krankenversicherungen hat.

Bei der zweiten zentrale Säule von Obamas Gesundheitsreform – der Ausweitung von *Medicaid* – lässt sich zeigen, dass die Reformen in den Bundesstaaten, die einer solchen Expansion zugestimmt haben, erfolgreicher sind. Seit Oktober 2013 haben rund 8,7 Millionen Bürger von der Ausweitung profitiert und sind bei *Medicaid* eingeschrieben – allein 7,5 Millionen davon in den 27 Staaten, die die

20 Wie Anm. 16.

21 http://us.spindices.com/indices/equity/sp-500-health-care-sector (Abruf am 31. März 2015).

22 McKinsey Center for U.S. Health System Reform, Exchanges Year 2: New Findings and Ongoing Trends, Dezember 2014, http://healthcare.mckinsey.com/exchanges-year-2-new-findings-and-ongoing-trends (Abruf am 28. Februar 2015).

Zugangskriterien erweitert haben. In diesen Staaten ist die Rate der Nicht-Versicherten um rund 40 Prozent gesunken.[23] Nicht alle Einzelstaaten haben einer Ausweitung zugestimmt, weil der *Supreme Court* 2012 entschieden hat, dass diese optional sei. Regierungen in 23 Einzelstaaten, zumeist unter Republikanischer Führung, haben in der ersten Phase der Reformimplementation eine Ausweitung blockiert. Begründet wurde dies seitens der Gouverneure in den Einzelstaaten in erster Linie mit einem Kostenargument. Allerdings garantiert der Bund, alle zusätzlichen Kosten bis 2016 vollständig zu übernehmen. Danach liegt der Finanzierungsanteil des Bundes an den Kosten der Ausweitung bei mindestens 90 Prozent. In einigen Bundesstaaten steigt der politische Druck zumeist von Seiten der Krankenhäuser in Richtung einer Expansion von *Medicaid*. Neun weitere Bundesstaaten haben einer Ausweitung inzwischen zugestimmt, die Republikanischen Gouverneure in Wyoming, Indiana und Utah verhandelten Ende 2014 mit der Bundesregierung über eine solche Ausweitung. Hier zeigt sich in vielen Republikanisch regierten Bundesstaaten, dass sich der Pragmatismus gegenüber der Ideologie langsam durchzusetzen scheint. Erst im Dezember 2014 kündigte der Republikanische Gouverneur Bill Haslam aus Tennessee an, einer Ausweitung von *Medicaid* zuzustimmen. Damit ist Tennessee der zehnte *Red State*, der einen solchen Schritt vollzogen hat.

Nicht nur im Bereich des Zugangs zum Gesundheitssektor weisen die Indikatoren auf erste Erfolge der Reform hin. Gleiches gilt auch bei der Kostenentwicklung im Gesundheitssektor und insgesamt bei den Kosten für die Bürger. Vor der Reform sind die Ausgaben für Gesundheit in den USA deutlicher angestiegen als im Rest der Wirtschaft. In den letzten Jahren ist eine deutliche Verringerung des Kostenanstiegs zu verzeichnen.[24] Das gilt für viele Kategorien wie beispielsweise den Anstieg der medizinischen Behandlungskosten, die Versicherungsprämien und die Pro-Kopf-Ausgaben für *Medicaid*. Allerdings bleibt unklar, welche Rolle Obamas Gesundheitsreform im Einzelnen hier spielt. Dieser Prozess begann schon, bevor das Gesetz implementiert worden ist und ist auch im Zusammenhang mit der ökonomischen Erholung in den USA zu sehen. Hier fehlt es noch an detaillierten und aussagekräftigen Daten, um die genauen Zusammenhänge herauszuarbeiten. Bisherige Studien zeigen aber, dass die Ausgabensteigerungen im Gesundheitssektor seit 2010 deutlich gebremst wurden.[25]

23 Wie Anm. 16.

24 OECD (Anm. 6).

25 Margot Sanger-Katz, Has the Law Contributed to a Slowdown in Health Care Spending?, nytimes.com, 26. Oktober 2014.

5 Fazit: Problematischer Erfolg inmitten einer gespaltenen Öffentlichkeit

In Obamas *Legacy* wird die Gesundheitsreform eine zentrale Position einnehmen. Fast jeder Präsident seit dem *New Deal* hat sich an einer mehr oder weniger großen Reform des Gesundheitssektors versucht und die meisten sind dabei gescheitert. Obama ist es in einem spezifischen gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Kontext gelungen, die zentralen Interessengruppen im Gesundheitssektor in einer Reformkoalition zusammenzuführen. Das Ergebnis ist eine Reform, die zwar keinen grundsätzlichen Strukturwandel im Gesundheitssektor herbeigeführt hat, die aber bislang bei den zwei großen Problembereichen im US-Gesundheitssystem – Zugang und Kosten – erste Erfolge aufweisen kann. Geblieben sind allerdings ein breiter politischer Widerstand seitens der Republikanischen Partei und eine weiterhin gespaltene Öffentlichkeit. Jüngste Umfragen von *Gallup* (März 2014) zeigen, dass die meisten US-Bürger (63 Prozent) noch nicht einschätzen können, was die Reform für sie bringt: 23 Prozent sehen eine Verschlechterung und nur zehn Prozent eine Verbesserung ihrer Lage durch die Reform. Nach Umfragen der *Kaiser Family Foundation* standen im Januar 2015 rund 46 Prozent der Befragten der Reform skeptisch gegenüber, während 41 Prozent sie befürworteten.[26] Einige zentrale Elemente der Reform finden allerdings eine breite Zustimmung. So befürworten zum Beispiel zwei Drittel der Befragten die Einführung der neuen Versicherungsmärkte, die staatlichen Subventionen an die Individuen und auch die Ausweitung von *Medicaid*. Hier hat sich seit dem Inkrafttreten der Reform im Jahr 2010 kaum etwas in der öffentlichen Meinung geändert. Folglich zeigt sich die Öffentlichkeit auch nicht einig über das weitere Vorgehen in der Gesundheitspolitik. Rund 31 Prozent fordern eine Rücknahme des Reformgesetzes von der neuen Republikanischen Führung im Kongress, eine Forderung, die zumindest bis zu den nächsten Präsidentschaftswahlen aussichtslos ist, weil Obama ein solches Gesetz mit einem Veto belegen würde. Rund 21 Prozent zeigen sich zufrieden mit dem Gesetz in der jetzigen Form, während rund ein Viertel der Befragten eine weiter reichende Gesetzgebung einfordert.

Ein klares politisches Mandat lässt sich aus diesen Zahlen für keine der beiden Parteien ablesen. Das spricht in erster Linie dafür, dass die zentralen Säulen von Obamas Gesundheitsreform bestehen bleiben werden. Alle zentralen Akteure

26 Kaiser Family Foundation, Health Tracking Poll: Exploring the Public's Views on the Affordable Care Act (ACA), 28. Januar 2015, http://kff.org/interactive/health-tracking-poll-exploring-the-publics-views-on-the-affordable-care-act-aca/ (Abruf am 28. Februar 2015).

haben sich inzwischen mit den neuen Regulationen, Mechanismen und Strukturen des Reformgesetzes vertraut gemacht und die jeweilige Handlungspraxis im Gesundheitssektor darauf ausgerichtet. Die Beharrungskräfte einmal implementierter Reformprojekte dürften für die Beibehaltung der Reform sprechen. Das heißt auf der anderen Seite aber nicht, dass die politische Auseinandersetzung um die Gesundheitspolitik beendet ist. Diese wird dabei maßgeblich von den weiteren Entwicklungsdynamiken im Gesundheitssektor bestimmt sein. Hierzu gehört an erster Stelle die weitere Kostenentwicklung, die von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Auch wenn die momentanen Zahlen zumindest auf eine Verringerung des Kostenanstiegs hinweisen, zeigen Studien[27], dass der Kostenanstieg mittelfristig wieder größer werden könnte. Dies hängt zum einen vom Erfolg der neuen Versicherungsmärkte und der ökonomischen Entwicklung insgesamt ab, aber auch von den weiteren Entwicklungen in den beiden öffentlichen Programmen *Medicaid* und *Medicare*. Diese Faktoren bestimmen die Haltung der breiten Öffentlichkeit und der zentralen Interessengruppen zum Reformprojekt.

Ergänzend müssen die politischen Auseinandersetzungen und ideologischen Positionierungen im Kontext des kommenden Wahlkampfes und auch danach berücksichtigt werden. Die politischen Auseinandersetzungen scheinen sich in einigen Bereichen von der öffentlichen Meinung partiell entkoppelt zu haben. Das System der Interessengruppen und deren Zugang zum politischen Entscheidungsprozess ist inzwischen so inegalitär strukturiert, dass bestimmte Interessen im politischen Prozess überproportional gehört werden.[28] Die spezifischen Repräsentations- und Responsivitätsdynamiken, die sich daraus ergeben können, sind in ihren Auswirkungen auf die gesundheitspolitische Debatte nur schwer abzuschätzen.

27 Sanger-Katz (Anm. 25).

28 Martin Gilens, Affluence & Influence. Economic Inequality and Political Power in America, New York: Princeton University Press, 2012.