

Ein historischer Erfolg: Obama und die Reform des Gesundheitssystems

Christian Lammert

Zusammenfassung Dieser Artikel skizziert die zentralen Elemente der Gesundheitsreform der Obama-Administration. Dabei wird insbesondere gefragt, inwieweit bei der Reform von einem grundlegenden Wandel in der US-Gesundheitspolitik gesprochen werden kann. Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, wird die Grundstruktur des Gesundheitssystems in den USA vor der Reform skizziert, um dann die zentralen Inhalte der Reform vor dem Hintergrund der Krisensymptome im Gesundheitswesen der USA zu diskutieren. Im Anschluss wird noch ein Blick auf den politischen Widerstand gegen die Reform insbesondere in der Implementierungsphase geworfen.

Schlüsselwörter Obama-Administration · Gesundheitsreform · Politikwandel

Change We Can Believe In: Obama and the Health Care Reform in the United States

Abstract This article outlines central elements of Obamas health care reform. In particular, the article will ask to what extent the reform can be described as fundamental change in US-public health policy. In order to find an answer to this question, the essential structure of the health system in the U.S before the reform will be analyzed, in order to evaluate major parts of the reform against the background of the social and economic crisis symptoms. Additionally, the political opposition against the reform during the policy-implementation process will be examined.

Keywords Obama administration · Health care reform · Policy change

1 Einleitung

Die Gesundheitsreform gehört zu den größten politischen Errungenschaften von Präsident Obama. Nach intensiven politischen Auseinandersetzungen unterzeichnete Obama am 23. März 2010 den *Patient Protection and Affordable Care Act* (Public Law 111–148) und reformierte damit als erster Präsident seit Lyndon B. Johnson umfassend das Gesundheitssystem der USA, ein Unterfangen, an dem noch zahlreiche seiner Amtsvorgänger gescheitert waren (Hacker 2010). Nicht nur Historiker werden die Reform in rund 20 Jahren ganz oben auf ihrer Liste der zentralen Errungenschaften der Obama-Administration haben. Bereits heute zeigt sich, dass sowohl die Befürworter als auch die Gegner die Reform als einen zentralen Meilenstein in Obamas Amtszeit sehen. In einer Gallup-Umfrage vom 23. Dezember 2013 bezeichneten 22 % der Befragten den *Affordable Care Act* als die größte Errungenschaft von Obamas Amtszeit (Gallup 2013). Weit abgeschlagen dahinter rangierte die Beendigung der Kriege im Irak und Afghanistan, die Tötung Osama Bin Ladens bei sieben Prozent. Die Stabilisierung der Wirtschaft nach der Finanzkrise 2008 nannten sogar nur drei Prozent der Befragten. Allerdings sahen auf der anderen Seite 36 % der Befragten in der Gesundheitsreform zugleich auch den größten Fehler Obamas in seiner Zeit im Weißen Haus.

Im Folgenden soll die Gesundheitsreform der Obama-Administration bilanzierend skizziert werden. Dabei soll insbesondere gefragt werden, inwieweit bei der Reform von einem grundlegenden Wandel in der US-Gesundheitspolitik gesprochen werden kann. Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, wird die Grundstruktur des Gesundheitssystems in den USA vor der Reform skizziert, um dann die zentralen Inhalte der Reform vor dem Hintergrund der Krisensymptome im Gesundheitswesen der USA zu diskutieren. Dabei wird argumentiert, dass die Reform zwar keinen unmittelbaren und grundsätzlichen strukturellen Wandel im Gesundheitssystem gebracht hat und die Dominanz der privaten Absicherung im Gesundheitswesen erhalten bleibt. Unter zwei Gesichtspunkten kann die Reform allerdings als valider Wandel beschrieben werden. Zum einen arbeiten sich die Reformen an den zentralen Missständen in der Gesundheitspolitik ab und beendeten damit eine lange Phase des „policy drift“ (Béland und Hacker 2004), einer Phase in der sich der sozio-ökonomische Kontext der Gesundheitspolitik verändert hat, ohne dass die institutionelle Ausrichtung im Gesundheitswesen entsprechend angepasst wurde. Zum anderen hat die Bundesregierung mit der Reform zum ersten Mal in der Geschichte einen Fuß in der Tür zu den privaten Krankenversicherungsmärkten und kann durch Regulierung hier maßgeblichen Einfluss ausüben und dies in Zukunft eventuell noch ausweiten. Abschließend wird dann noch ein Blick auf den politischen Widerstand gegen die Reform insbesondere in der Implementierungsphase geworfen, zum einen, weil der komplexe und langwierige Prozess der Implementierung den Gegnern der Reform die Möglichkeit bot, zentrale Elemente zu blockieren, aber auch um die Perspektiven der Gesundheitsreform im Kontext der Präsidentschaftswahlen 2016 besser einordnen zu können.

2 Obamas Reformvorstellungen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

„I am not the first President to take up this cause, but I am determined to be the last“ (Obama 2009). Mit diesen Worten wendete sich Obama am 9. September 2009 in einer Ansprache an die Mitglieder der beiden Kammern des Kongresses. Bereits im Wahlkampf hatte Obama immer wieder betont, dass eine Reform des Gesundheitssystems ganz oben auf seiner politischen Agenda stehe. Was die konkreten Inhalte seiner Reformvorstellungen anging, da blieb Obama allerdings lange Zeit eher vage. In erster Linie formulierte er das zentrale Ziel, das mit der Reform erreicht werden sollte: Ein drastische Senkung der Kosten im Gesundheitssektor. Ein Instrument, um dies zu erreichen: die Schaffung sogenannter *National Health Insurance Exchanges*, auf denen nach europäischem Vorbild private Krankenversicherungsmodelle mit festgesetzten Preisen und Leistungen konkurrieren sollten. Diese neu geschaffenen Märkte für private Krankenversicherungspolices sollten stärker reguliert werden, als dies in den USA traditionell der Fall war. Zu den zentralen Forderungen Obamas zählte hier insbesondere, dass Versicherungsanbieter kranke Bewerber – also solche mit *Pre-Existing Conditions* – nicht ablehnen dürfen.

Ansonsten betonte Obama immer wieder, dass es dem Kongress obliege ein solches Reformgesetz zu erarbeiten. Er schien also aus den Erfahrungen der Clinton Administration gelernt zu haben. Clinton legte dem Kongress zu Beginn der 1990er-Jahre ein fertiges Reformgesetz zur Verabschiedung vor, was der gesetzgebenden Institution damals gar nicht gefiel und die Diskussion zwischen dem Weißen Haus und dem Kongress massiv erschwerte. Letztendlich kam der Gesetzesentwurf dann gar nicht mehr aus den Ausschüssen heraus, Clintons Reforminitiative war bereits im Ansatz gescheitert (Hacker 1997).

Zudem ist der Bereich der Gesundheitsversorgung in den USA 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 arbeitsplatzgebundenen Krankenversicherungen ein probates Mittel, um gut qualifizierte Arbeitnehmer anzulocken. Aber auch die Gewerkschaften hatten sich spätestens seit den 1950er-Jahren mit dem Versicherungssystem über den Arbeitsplatz arrangiert. Sie sahen im System der betrieblichen Krankenversicherungen und deren Verankerung in den Tarifverhandlungen eine Stärkung ihrer eigenen Machtposition (Quadagno 2005, S. 52–55).

Erschwert wurde eine Konsensfindung über eine Gesundheitsreform zusätzlich durch die parteipolitische Polarisierung im Kongress. Spätestens seit den 1990er-Jahren stehen sich die Parteien in beiden Kammern des Kongresses unvermittelt gegenüber. Mit der Wahl Obamas wurde dann auch schnell deutlich, dass sich die Republikanische Partei an einer politischen Totalblockade versuchen würde, um Obamas Wiederwahlchancen zu minimieren. In einem Interview mit Major Garrett vom *National Journal* sagt der damalige Minderheitsführer der Republikaner im Senat, Mitch McConnell (R-KY) auf die Frage, wie er seinen Job beschreiben wür-

de: „The single most important think we want to achieve is for President Obama to be a one-term president“ (Shakir 2010). Dabei hatten die Republikaner die Gesundheitsreform schnell als effektives Schlachtfeld für dieses Ziel ausgemacht. Der damalige Senator Jim de Mint (R-SC), der heute der *Heritage Foundation* vorsitzt, sagte im Juli 2009:

I can almost guarantee you this thing won't pass before August, and if we can hold it back until we go home for a month's break in August (...) Senators and Congressmen will come back in September afraid to vote against the American people (...) this health care issue is D-Day for freedom in America (...) If we're able to stop Obama on this it will be his Waterloo. It will break him. (Smith 2009)

Als weiterer wichtiger Kontextfaktor für die Reform muss natürlich die Finanz- und Wirtschaftskrise genannt werden, die seit 2007 den politischen Diskurs in den USA maßgeblich bestimmte. Die Schuldenfrage rückte stärker ins öffentliche und politische Interesse und damit auch die Kostenentwicklung im US-Gesundheitswesen verbunden mit der Frage, inwieweit eine Reform hier einen Beitrag zur Reduzierung des Haushaltsdefizits leisten kann.

3 Struktur und Krise des Gesundheitssektors in den USA

Zur besseren Einschätzung von Obamas Gesundheitsreform sollen im nächsten Schritt die Grundstruktur des Gesundheitssystems und dessen Krisensymptome skizziert werden. Der Ausnahmecharakter des US-amerikanischen Wohlfahrtsstaats wird vielfach mit dem Fehlen eines universellen öffentlichen Krankenversicherungssystems begründet, wie wir es aus den meisten entwickelten Industrienationen Europas

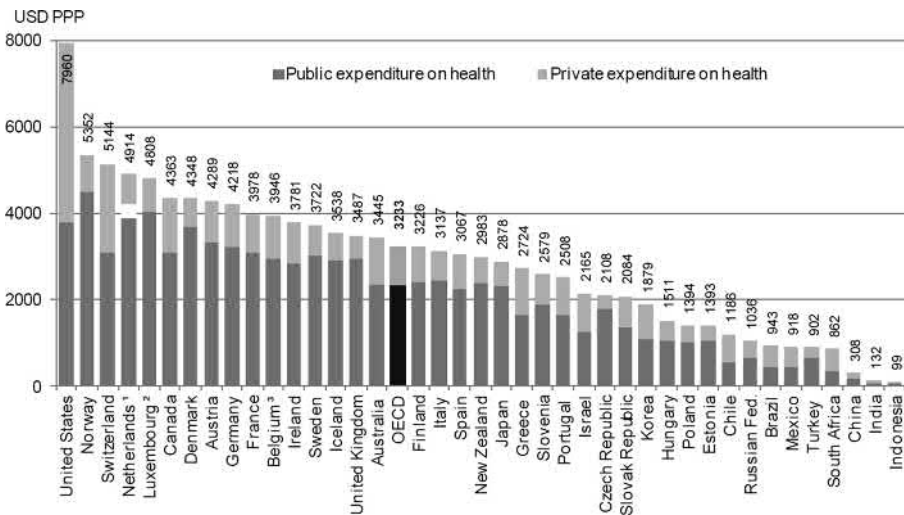
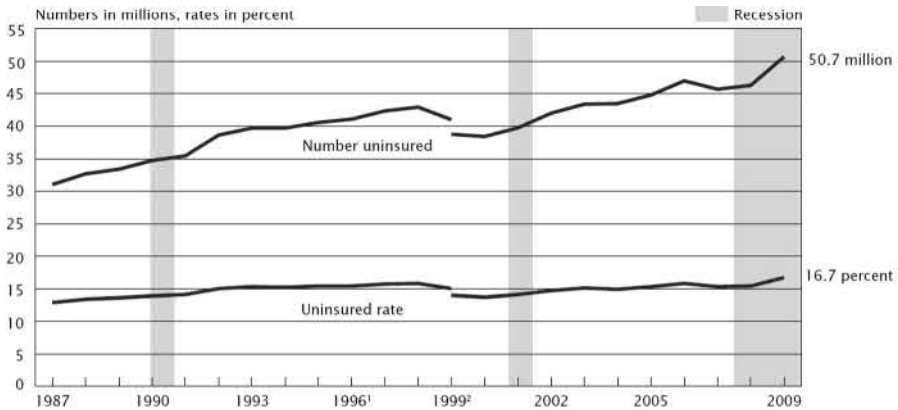


Abb. 1 Private und Öffentliche Gesundheitsausgaben (Pro Kopf), 2009. Quelle: OECD Health Data (2011)



¹ The data for 1996 through 2003 were revised using an approximation method for consistency with the revision to the 2004 and 2005 estimates.

² Implementation of Census 2000-based population controls occurred for the 2000 ASEC, which collected data for 1999. These estimates also reflect the results of follow-up verification questions, which were asked of people who responded "no" to all questions about specific types of health insurance coverage in order to verify whether they were actually uninsured. This change increased the number and percentage of people covered by health insurance, bringing the CPS more in line with estimates from other national surveys.

Notes: Respondents were not asked detailed health insurance questions before the 1988 CPS.

The data points are placed at the midpoints of the respective years. For information on recessions, see Appendix A.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2010 Annual Social and Economic Supplements.

Abb. 2 Anzahl der Nichtversicherten (absolut und prozentual): 1978–2009. *Quelle:* US Census Bureau (2011)

kennen (Béland und Hacker 2004; Quadagno 2005). Bis zur Verabschiedung der Gesundheitsreform im Jahr 2010, gab es nur einen eingeschränkten öffentlichen Versicherungsschutz. Das US-amerikanische 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. Sofern betriebliche Krankenversicherungen nicht Teil von Tarifvereinbarungen sind, basieren sie jedoch auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nach Daten der Zensusbehörde hatten 2010 56,1 % aller US-Bürger eine Krankenversicherung über den Arbeitgeber abgeschlossen, 9,6 % waren individuell krankenversichert, und etwas über 30 % qualifizierten sich für eines der öffentlichen Gesundheitsprogramme (Blank 2010).

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 neuesten medizinischen Technologien und zu hervorragend ausgebildetem medizinischen Fachpersonal. Im Weltmaßstab sind die USA Spitzenreiter in der medizinischen Grundlagenforschung. Von den letzten 24 Medizin-Nobelpreisträgern kamen 14 aus den Vereinigten Staaten. 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 (siehe Abb. 1). Betrug ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) 1980 noch 3,7 %, so waren es 2007 bereits 7,2 % (Grell und Lammert 2013, S. 206).

Es ist das teuerste Gesundheitssystem aller entwickelten OECD-Staaten: Im Jahr 2010 gaben US-Amerikaner pro Kopf 8402 US-\$ für ihre Gesundheit aus, doppelt so viel wie beispielweise in Deutschland. Zu Beginn von Obamas erster Amtszeit machte die Gesundheitsversorgung – rechnet man private und öffentliche Ausgaben zusammen – in den USA fast 20% des BIP aus (Center for Medicare and Medicaid 2010). Schon seit Langem wird das System daher von verschiedenen Seiten als zu kostspielig und ineffizient kritisiert, ohne dass sich daraus aber ein breiter Konsens hinsichtlich der notwendigen Veränderungen ergeben hätte. Kaum ein sozialpolitisches Thema hat die amerikanische Nation in den letzten Jahren so bewegt, aber auch gespalten wie die Reform des Gesundheitswesens. Die beachtliche Ausgabendynamik im Gesundheitssystem der USA hat ganz unterschiedliche Ursachen. Neben den Hightech-Geräten und anderen kostentreibenden Entwicklungen bei den Behandlungsmethoden gehört hierzu der Umstand, dass der Verwaltungsaufwand auf einem Markt mit einer Unzahl von privaten Versicherungsgesellschaften vergleichsweise groß ist und dass private Unternehmen möglichst hohe Profite erwirtschaften wollen. Zudem ist die US-amerikanische Gesellschaft im Vergleich zu den meisten europäischen Staaten überproportional stark von sogenannten Zivilisationskrankheiten betroffen, darunter Bluthochdruck, Schlaganfall und Diabetes, die häufig mit Übergewicht einhergehen. Nach OECD-Daten sind in den USA 30,6% der Bürger übergewichtig. Damit liegen die USA deutlich vor allen anderen OECD-Ländern auf Platz eins. Zum Vergleich: In Kanada sind nur 14,3% der Bevölkerung adipös, in Deutschland 12,9% (Grell und Lammert 2013, S. 206).

Neben der Kostenexplosion zählt das hohe Ausmaß an Nicht- bzw. Unterversicherung zu den zentralen Problemen des US-Gesundheitswesens (siehe Abb. 2). Im Jahr 2010 hatten 16,3%, das sind annähernd 50 Mio. Menschen, in den USA keinerlei Krankenversicherung. Den größten Anteil (30,7%) der Unterversicherten machen Hispanics aus, gefolgt von Afroamerikanern mit 20,8% (Blank 2010). Generell kann also von einer extrem ungleichen Chancenverteilung im Gesundheitssystem der USA gesprochen werden. Fast jeder Zweite nennt die zu hohen Prämien der privaten Krankenkassen als ausschlaggebenden Grund für eine fehlende Versicherung, rund 25% 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. Etwa 10% der Nichtversicherten sind junge Menschen, die aus der Familienversicherung ihrer Eltern herausgefallen sind oder sich in der Übergangsphase von der Schule ins Berufsleben befinden (National Center for Health Statistics 2011).

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 bzw. die dafür anfallenden Behandlungskosten zurück (Himmelstein et al. 2009). Allerdings ist es nicht so, dass Unterversicherte und sogenannte undokumentierte Migranten in den USA – wie häufig kolportiert wird – vollständig von jedweder Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind. Seit dem *Emergency Medical Treatment and Labor Act* von 1986 sind die meisten Krankenhäuser in den

USA gesetzlich verpflichtet, eine Notfallbehandlung vorzunehmen, auch wenn keine Krankenversicherung vorliegt. Untersuchungen zeigen aber, 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 (Wilper et al. 2009, S. 2289).

Die relativ komplexen Strukturen, die heute im Gesundheitswesen der USA vorherrschen, sind Ausdruck der oben beschriebenen Entwicklungsprozesse und spezifischen Macht- und Interessenkonstellationen, welche auch im internationalen Vergleich durch eine besondere Rolle des privaten Versicherungsmarktes gekennzeichnet sind. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab es hier keinerlei nennenswerte öffentliche Vorkehrungen und staatlich finanzierte Programme zur Krankenversorgung der Bevölkerung. Bis vor kurzem verzichtete die Politik in den USA im Gegensatz zu den meisten anderen entwickelten westlichen Nationen auf einen allgemeinen Versicherungsschutz. Die Mehrzahl der US-Bürger ist weiterhin privat über ihren Arbeitgeber versichert. Im Jahr 2009 waren dies 55,8 % der Bevölkerung (Kaiser Family Foundation 2011). Gesetzlich sind die Arbeitgeber weiterhin nicht verpflichtet, ihren Beschäftigten eine Krankenversicherung anzubieten. Anreize setzt der Staat dadurch, dass die Unternehmen die Kosten für die Versicherungen steuerlich absetzen können. Während die meisten Großunternehmen ihre Angestellten gegen Krankheit versichern, verzichten viele der kleinen Unternehmen darauf. Über ein Viertel der US-Bevölkerung qualifiziert sich für eines der öffentlichen Gesundheitsprogramme. 2010 hatten 47,5 Mio. US-Bürger Ansprüche auf Leistungen aus dem *Medicare*-Programm, fast genauso viele erhielten eine Gesundheitsversorgung im Rahmen von *Medicaid*. Im Jahr 2009 waren dies in den gesamten USA rund 46,5 Mio. Personen, das heißt rund 15,6 % der Bevölkerung (National Center for Health Statistics 2011)¹.

Das 1965 eingeführte Programm *Medicaid* sorgt für eine medizinische Grundversorgung für Personen und Kinder in Haushalten, die unter eine bestimmte Einkommensgrenze fallen. Die Leistungen werden weitgehend anteilig aus Steuermitteln des Bundes und der Einzelstaaten finanziert, aber auf der subnationalen Ebene verwaltet. Das heißt, dass es regional unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Zugangsbedingungen und des Leistungsangebots gibt. In den meisten Einzelstaaten darf das Haushaltseinkommen nicht 133 % des Armutslevels 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 60 Mio. US-Bürger mit geringem Einkommen qualifizieren sich derzeit für Leistungen aus dem Programm, annähernd die Hälfte davon ist minderjährig (29 Mio.), rund ein Viertel sind Rentner (6 Mio.) und Menschen mit Behinderungen (8 Mio.), wobei auf die zuletzt genannten Gruppen mit 12.500 US-\$ bzw. 14.500 US-\$ pro Jahr die eindeutig höchsten Ausgaben entfallen. Bei Kindern betragen die durchschnittlichen Aufwendungen 2100 US-\$ (Kaisers Family Foundation 2010).

¹ Statistical Abstract of the United States 2012.

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. Nicht nur die seit 2007 extrem gestiegenen Erwerbslosenzahlen haben daher die Ausgaben für *Medicaid* rapide in die Höhe schießen lassen. Sie betragen 2011 rund 300 US-\$ Milliarden, das macht rund 16 % aller Gesundheitsausgaben in den USA aus (National Center for Health Statistics 2011)².

Die Reformhürden und die Krisendimensionen im Gesundheitssystem zeigen geradezu idealtypisch den von Béland und Hacker (2004) diagnostizierten institutionellen Mechanismus eines *Policy Drifts* (2004): 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 bezahlbaren Versicherungsschutz für breite Teile der Bevölkerung sind die Folgen dieses *Policy Drifts*. Obamas Gesundheitsreform muss sich daran messen, inwieweit sie die institutionellen Mechanismen im Gesundheitssystem anpasst, um den veränderten sozialen Risiken in der Gesellschaft gerecht zu werden.

4 Eine Reform mit Kompromisscharakter

Obamas Gesundheitsreform (*Patient Protection and Affordable Care Act*) zeichnet sich insbesondere durch folgende Strukturmerkmale aus: der Einführung einer Versicherungspflicht für US-Bürger (*Individual Mandate*), einer stärkeren Regulierung des privaten Versicherungsmarktes verbunden mit der Schaffung zusätzlicher Versicherungsmärkte in den Einzelstaaten (*Exchanges*), sowie eine Ausweitung bereits bestehender öffentlicher Gesundheitsversorgungsprogramme (*Medicaid*).³ Mit diesen Maßnahmen sollten die Kostensteigerungen im Gesundheitssektor gebremst und zugleich der Zugang zum privaten Krankenversicherungsmarkt erleichtert werden.

Die Einführung einer Versicherungspflicht ist ein Kernelement der Reform. Wer sich nicht krankenversichert, muss eine Steuerstrafe zahlen die zwischen 695 US-\$ und 2085 US-\$, bzw. 2,5 % des Haushaltseinkommens einer Familie liegt. Aber auch für Arbeitgeber wurde eine Versicherungspflicht eingeführt. Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten müssen ihren Angestellten eine Krankenversicherung anbieten. *Medicaid* stellt nun Leistungen für US-Bürger mit einem Einkommen von bis 133 % der Armutsgrenze zur Verfügung. Um dies zu finanzieren, übernimmt der Bund zunächst 100 % der zusätzlichen Kosten, die diese Ausweitung in den Einzelstaaten verursacht. Bis 2020 sinkt dieser Bundes-Zuschuss dann auf 90 % der Kosten. Auf den neu geschaffenen Versicherungsmärkten (*American Health Benefit Exchanges*) in den Einzelstaaten können Individuen mit einem Einkommen von bis zu 400 % der Armutsgrenzen und Unternehmen mit weniger als 100 Angestellten zu jeweils

² Abstract of the United States 2012.

³ Ein Überblick über die zentralen Inhalte der Reform findet sich bei: Kaiser Family Foundation (2015).

Abb. 3 Kernelemente von Obamas Gesundheitsreform. *Quelle:* Kaiser Family Foundation (2015b)



festgelegten Konditionen eine Krankenversicherung abschließen. In Obamas ersten Reformvorschlägen sollte auf diesen *Exchanges* noch eine öffentliche Krankenversicherung (*Public Option*) in Konkurrenz zu den privaten Versicherungsprogrammen angeboten werden. Dieses Element hat es allerdings nicht in das finale Reformgesetz geschafft, der Widerstand der Versicherungsträger war hier zu groß. Akzeptieren mussten die Versicherer allerdings eine stärkere Regulierung der privaten Krankenversicherungsmärkte. So dürfen nach der Reform 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-Administration und den Versicherungsunternehmen.

Mit Blick auf die zentralen Elemente von Obamas Gesundheitsreform kann durchaus argumentiert werden, dass mit der Reform die zentralen Folgen des oben diagnostizierten *Policy Drifts* angegangen und auch umgekehrt werden können. Allerdings muss der langfristige Implementierungsprozess erst noch zeigen, ob die Reformen die gewünschten Wirkungen haben und ob es den politischen Gegnern gelingt, die Phase der Implementierung dazu zu nutzen, diese Erfolge zu behindern. 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, um die Implementierung zu verhindern oder zumindest zu blockieren.

5 Politischer Widerstand gegen die Reformen

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 in den Implementierungsprozess zu intervenieren (Béland et al. 2014; 2016). Obama propagierte ein moderates Re-

formkonzept, 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 Implementierung vorantreiben müssen. Dieser Prozess ist 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*, 567 U.S. ___. Am 28. Juni 2012 urteilte der *Supreme Court* über die Verfassungsmäßigkeit der Gesundheitsreform. Dabei standen 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 Implementierungsmodus, die mit der Gesundheitsreform etabliert wurden, haben zwei Konsequenzen. Erstens bieten 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 hat diese Struktur die Möglichkeit einer zügigen Implementierung untergraben. 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 (Kaiser Family Foundation 2013). Das gilt aber nicht nur für die breite Öffentlichkeit bzw. die Konsumenten im Krankenversicherungsbereich. Selbst bei den verantwortlichen Regierungsbehörden zeigten sich temporäre Informationsdefizite, die die Implementierung des Reformgesetzes erschwerten oder verzögert haben. So brauchten die Bürokraten des *Center for Consumer Information and Insurance Oversight* (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 (Béland et al. 2014, S. 53).

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 natürlich 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 zur Mobilisierung genutzt werden. 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 Versicherungspolice auf den neuen Märkten abdecken müssen. Konflikte entlang parteipolitischer Orientierung sind auch hier vorprogrammiert.

Auch 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 % 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 gelassen 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 % 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 der parteipolitischen Zusammensetzung von Exekutive und Legislative in den jeweiligen Staaten.

Die Gesetzgeber hatten eine solche Entscheidung des Obersten Verfassungsgerichts nicht antizipiert und keinen Plan B vorgelegt, was passieren sollte, 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 die Zahl der Nicht-Versicherten. Einige Berichte sprechen von rund 6,5 Mio. Menschen, die keinen Versicherungsschutz haben werden, weil sie in Staaten leben, die nicht bei der Expansion von *Medicaid* mitmachen (Holahan et al. 2013). 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 Einzelstaaten die notwendigen Schritte eingeleitet, um die neuen Regulierungen im Versicherungsbereich umzusetzen (Corlette et al. 2012). 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 % niedriger als noch vor der Reform (Kaiser Family Foundation 2012).

In diesem administrativen Bereich hatten die verschiedenen Regierungsebenen bereits im Vorfeld der Reformimplementierung effektive institutionelle Mechanismen etabliert, die einen weitgehend reibungslosen Ablauf der neu etablierten Prozesse erlaubte. 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 Implementierung 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. Daran wird auch deutlich, dass die mit der Reform intendierten Maßnahmen zur Umkehrung der Folgen des *Policy Drifts* im Gesundheitssektor noch immer am Widerstand der politischen Gegner im Kontext der föderalen Struktur und der institutionellen Komplexität scheitern können, bzw. deren Widerstand die Legitimität der Reform so beschädigen können, dass die weiterreichenden Erfolge in Frage zu stellen wären.

6 Fazit

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“ (Krugman 2015) und fasst damit den aktuellen Stand der Debatte um die Wirkungen der Gesundheitsreform zusammen. Zu den großen Erfolgsgeschichten bislang zählt sicherlich die sinkende Zahl an Nicht-Versicherten (Martinez und Cohen 2015). Deren Zahl ist in den ersten sechs Monaten des Jahres 2015 auf 9 % gesunken (28,5 Mio. Bürger). Das sind rund 7,5 Mio. weniger als noch 2014 und 16,2 Mio. weniger gegenüber 2013. Nimmt man das Jahr 2009 zum Vergleich, als über 16 % der US-Bürger über keine Krankenversicherung verfügte, so kann von einem Rückgang von rund 7 % gesprochen werden. Dies hängt natürlich auch eng zusammen mit 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 vor kurzem gezeigt, dass rund 57 % derjenigen, die auf den neuen *Exchanges* eine Krankenversicherung gekauft haben, zuvor nicht versichert waren (Altman 2014). Zusätzlich haben fast 10 Mio. US Bürger durch die Ausweitung von *Medicaid* nun einen Schutz im Krankheitsfall. Und auch in der Öffentlichkeit wird die Reform inzwischen positiver gesehen. Zwar sagen noch immer rund 43 % der Befragten, dass sie die Reform insgesamt eher negativ beurteilen, die zentralen Reformkomponenten kommen demgegenüber sehr gut an. Über Zweidrittel der Befragten sehen die neuen Versicherungsmärkte (*Exchanges*), die

Ausweitung von *Medicaid* und die Steuersubventionen des Bundes positiv. Lediglich die Versicherungspflicht wird von nur 35 % der Befragten gut bewertet (Kaiser Family Foundation 2015a). Auch die Kosten von Obamacare fallen wohl geringer aus als angenommen. Darauf verwiesen zumindest die letzten Haushaltsprognosen des Congressional Budget Office (CBO 2015). Das liegt zum einen daran, dass das CBO von einer höheren Zahl von Versicherten ausging, aber auch daran, dass die Versicherungsprämien bislang niedriger ausfallen als prognostiziert wurde. Dadurch kostet die Reform in den kommenden 10 Jahren rund 200 Mrd. US-\$ weniger als die Schätzungen. Der Erfolg spiegelt sich auch in einem geringen Zuwachs bei den Gesundheitsausgaben insgesamt wider. Lagen die jährlichen Steigerungsraten hier noch bei 8,6 % im Jahr 2003, so sind sie bis ins Jahr 2013 auf 3,6 % gesunken. (Cliff und Klein 2015). Dabei ist nicht immer klar, ob diese Veränderungen in einem kausalen Zusammenhang zur Gesundheitsreform liegen. Sicherlich muss die allgemeine ökonomische Entwicklung hier immer mitberücksichtigt werden. Diese vorläufigen Daten weisen darauf hin, dass die Reform erfolgreich einige der zentralen Missstände im Gesundheitssystem angeht und damit die Konsequenzen des *Policy Drifts* erfolgreich bearbeiten kann. Zum anderen hat die Bundesregierung nun auch zum ersten Mal in der Geschichte der Gesundheitspolitik der USA Zugriff, sowie auch die Möglichkeit, aktiv regulierend in den privaten Versicherungsmarkt einzugreifen, sowohl auf den neu geschaffenen Versicherungsmärkten, als auch im traditionellen Bereich der arbeitsplatzgebundenen Versicherungen. Konnte der Staat bislang nur durch positive Anreize (in erster Linie durch Steuersubventionen) hier eingreifen, hat er nun einen ganzen Katalog von Maßnahmen zur Regulierung privater Krankenversicherungsprogramme durchgesetzt. Dies ist ein wichtiger Schritt, um in Zukunft die Gesundheits- und Versicherungsmärkte stärker zu regulieren und bietet nach den Vorstellungen gerade des progressiven Flügels der Demokraten die Möglichkeit in den Einstieg für einen grundlegenden strukturellen Wandel der Gesundheitspolitik in den USA, wie ihn beispielsweise Bernie Sanders bereits in den Vorwahlen zu den Präsidentschaftswahlen 2016 propagiert hat.

Welche Prognosen lassen sich aus diesen Zahlen für die Zukunft von Obamacare ableiten? Sicherlich wird es den Republikanern nicht gelingen, das gesamte Reformgesetz zurückzunehmen, was sie zumindest immer wieder ankündigen. Die Öffentlichkeit und auch die zentralen Akteure in der Gesundheitspolitik haben sich inzwischen mit der Reform arrangiert und die präsentierten Zahlen zu den Nicht-Versicherten und den Ausgaben werden dies nur noch verstärken. Die wachsende Akzeptanz der Reform liegt aber auch daran, dass mit der Reform die Struktur des Gesundheitssystems in den USA nicht wirklich grundlegend reformiert worden ist. Die Zweiteilung in privat und öffentlich ist ebenso beibehalten worden, wie die Dominanz der privaten Versicherungslogik insbesondere in der Altersgruppe bis 65 Jahren. Trotzdem darf die Bedeutung und Relevanz der Gesundheitsreform nicht unterschätzt werden. Für viele Bürger hat sie essentielle Konsequenzen für ihr Leben. Und auch mit Blick auf die schwierigen politischen Bedingungen in den USA, muss die Reform als ein politischer Erfolg der Obama-Administration gesehen werden.

Literatur

- Altman, D. (2014). Does the Affordable Care Act Cover the Uninsured? <http://blogs.wsj.com/washwire/2014/06/19/does-the-affordable-care-act-cover-the-uninsured/>. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Blank, R.M. (2010). The new american model for work-conditioned public support. In J. Alber & N. Gilbert (Hrsg.), *United in diversity? comparing social models in Europe and in America* (S. 176–198). Oxford: Oxford University Press.
- Béland, D., & Hacker, J. (2004). Ideas, private institutions and American welfare state 'Exceptionalism'. *International Journal of Social Welfare*, 13(1), 42–54.
- Béland, D., Rocco, P., & Waddan, A. (2014). Implementing health care reform in the united states: Inter-governmental politics and the dilemmas of institutional design. *Health Policy*, 116, 51–60.
- Béland, D., Rocco, P., & Waddan, A. (2016). Reassessing policy drift: Social policy change in the United States. *Social Policy and Administration*, 50(2), 201–218.
- Census Bureau, U.S. (2011). Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States, 2010. <http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>. Zugegriffen: 01.Okt. 2015.
- Center for Medicare and Medicaid Services (2010). National health expenditures accounts. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Cliff, S., & Klein, S. (2015). CBO: Obamacare subsidies will cost 20 percent less than expected. <http://www.vox.com/2015/3/9/8175277/obamacare-cost-subsidies-budget>. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Congressional Budget Office, C. B. O. (2015). Updated Budget Projections: 2015 to 2025. http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/49973-Updated_Budget_Projections.pdf. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Corlette, S., Lucia, K., & Keith, K. (2012). Monitoring state implementation of the affordable care act in 10 states: Rate review. <http://www.urban.org/UploadedPDF/412649-Monitoring-State-Implementation-of-the-Affordable-Care-Act-in-10-States.pdf>. Zugegriffen: 28. Feb. 2015.
- Gallup (2013). Health law seen as Obama's biggest achievement, failure. <http://www.gallup.com/poll/166580/health-law-seen-obama-biggest-achievement-failure.aspx>. Zugegriffen: 27. Jul. 2016.
- Grell, B., & Lammert, C. (2013). *Sozialpolitik in den USA. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hacker, J. (1997). *The road to nowhere. The genesis of president Clinton's plan for health security*. Princeton: Princeton University Press.
- Hacker, J. (2010). The road to somewhere: Why health reform happened. *Perspectives on Politics*, 8(3), 861–876.
- Himmelstein, D., Thorne, D., Warren, E., & Woolhandler, S. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007. *The American Journal of Medicine*, 20(10), 1–6.
- Holahan, J., Buettgens, M., & Dorn, S. (2013). The costs of not expanding medicaid. <http://kff.org/medicaid/report/the-cost-of-not-expanding-medicaid/>. Zugegriffen: 28. Feb. 2015.
- Kaiser Family Foundation (2010). *Kaisers Commission on Medicaid Fact*. Menlo Park: Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Family Foundation (2011). *Employer Health Benefits*. Annual Report. Menlo Park: Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Family Foundation (2012). Health insurance market reforms: Rate review. <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8392.pdf> (Erstellt: December.). Zugegriffen: 28. Feb. 2015.
- Kaiser Family Foundation (2013). The Public's Health Care Agenda for the 113th Congress. <http://kff.org/health-reform/poll-finding/the-publics-policy-agenda-for-the-113th-congress/>. Zugegriffen: 28. Feb. 2015.
- Kaiser Family Foundation (2015a). Kaiser health tracking poll. <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-march-2015/>. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Kaiser Family Foundation (2015b). Summary of the affordable care act. <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/>. Zugegriffen: 28. Feb. 2015.
- Krugman, P. (2015). Health Reform Lives? http://www.nytimes.com/2015/11/23/opinion/health-reform-lives.html?_r=0 (Erstellt: 23. November).. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- Martinez, M.E., & Cohen, R.A. (2015). Health insurance coverage: Early release of estimates from the national health interview survey, US department of health and human services. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201508.pdf>. Zugegriffen: 8. Mär. 2016.
- National Center for Health Statistics (2011). *Health: United States 2012*. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services.

- Obama, B. (2009). Remarks by the president to a joint session of congress on health care. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/1026857>. Zugegriffen: 26. Jan. 2017.
- OECD Health data (2011). Health: Spending continues to outpace economic growth in most economic countries. <http://www.oecd.org/newsroom/healthspendingcontinuestooutpaceeconomicgrowthinmostoecdcountries.htm>. Zugegriffen: 30. Sept. 2015.
- Quadagno, J. (2005). *One nations uninsured. Why the US has no national health insurance*. Oxford: Oxford University Press.
- Shakir, F. (2010). Mitch McConnell: I want to be Senate leader in order to make Obama a One-Term president. <http://thinkprogress.org/politics/2010/10/25/126242/mcconnell-obama-one-term/>. Zugegriffen: 01.Okt.2015.
- Smith, B. (2009). Health reform foes plan Obama's Waterloo. <http://www.politico.com/blogs/ben-smith/2009/07/health-reform-foes-plan-obamas-waterloo-019961>. Zugegriffen: 01.Okt.2015.
- Wilper, A. P., Woolhandler, S., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H., & Himmelstein, D. U. (2009). Health insurances and mortality in US adults. *American Journal of Public Health*, 99(2), 2289–2295.