

### III. *Triumph of Universal Health Care?* Die Reform des amerikanischen Gesundheitssystems

Christian Lammert

»I am not the first president to take up this cause, but I am determined to be the last.« (Barack Obama)

»This is a big fucking deal.« (Joe Biden)<sup>1</sup>

Am 23. März 2010 unterzeichnete Präsident Obama im Weißen Haus den *Patient Protection and Affordable Care Act*. Kurz vor der Unterzeichnung sagte Obama: »(T)he bill I'm signing will set in motion reforms that generations of Americans have fought for and marched for and hungered to see (...) the core principle that everybody have some basic security when it comes to their health care« (Obama 2010). Die Reform des US-amerikanischen Gesundheitswesens gehörte zu den Top-Prioritäten auf Obamas Wahlkampfagenda im Jahr 2008 und entwickelte sich zügig zur zentralen Gesetzgebung in den ersten beiden Jahren seiner Amtszeit. Bereits kurz nach seiner Amtsübernahme begann Obama mit dem anvisierten Reformprojekt in Zusammenarbeit mit den Demokratischen Fraktionen im Kongress, die bei der Wahl klare Mehrheiten in beiden Kammern gewonnen hatten. Die Zustimmung des Kongresses zur Gesundheitsreform markiert den größten Fortschritt im Gesundheitsbereich seit der *Great Society*-Gesetzgebung unter Präsident Lyndon B. Johnson in den 1960er Jahren. Der Gesetzgebungsprozess, der sich über fast anderthalb Jahre hinzog, wurde begleitet durch einen Reformdiskurs, der stark polarisiert und aufgeheizt war. Die Öffentlichkeit zeigte sich gespalten sowohl in der Einschätzung der Notwendigkeit einer Reform als auch hinsichtlich des Reformweges, den die Obama-Administration und die Fraktionen der Demokraten im Kongress vorgeschlagen und verfolgt haben. Der Verabschiedung des Reformgesetzes im Kongress ging eine der

---

1 Zitat von Barack Obama während einer *Joint Session* des Kongresses im September 2009 (Obama 2009); Zitat von Vizepräsident Biden bei der Unterzeichnung des Reformgesetzes im März 2010 (zit. n. Huffington Post 2010).

hitzigsten und polarisiertesten parteipolitischen Debatten voraus, die die USA seit der Verabschiedung der Bürgerrechtsgesetze in den 1960er Jahren gesehen haben. Und auch nach der Verabschiedung der Reform bleibt die politische und gesellschaftliche Debatte gespalten. Die Republikanische Partei im Kongress hat nach ihrem Wahlsieg bei den Zwischenwahlen 2010 angekündigt alles zu tun, um die Reform rückgängig zu machen und als eine erste legislative Aktion 2011 im Repräsentantenhaus mit einer deutlichen Mehrheit für eine Rücknahme der Reform gestimmt (Herszenhorn/Pear 2011). Aus dem rechten politischen Lager wird die Kritik formuliert, mit der Reform würde der Staat unzulässig in die Belange der Bürger und auch der Bundestaaten eingreifen. Erste Bundesrichter haben Teile der Reform bereits für verfassungswidrig erklärt (Sack 2011). Dem linken politischen Lager geht die Reform demgegenüber nicht weit genug, der erhoffte Strukturwandel im Gesundheitssektor sei nicht zustande gekommen und Obama sei zu früh und zu stark auf die Republikaner und mächtigen Interessengruppen zugegangen, um eine Kompromisslösung zu finden.

Um das Ergebnis der Reform und auch die hitzige Reformdebatte zu verstehen, sollen im Folgenden zuerst die Strukturen und Defizite des Gesundheitssystems in den USA skizziert werden, aus denen die Notwendigkeit der Reformen deutlich wird. Daran anschließend soll der Inhalt des Reformgesetzes kritisch hinterfragt und geklärt werden, inwieweit die diagnostizierten Mängel des Systems mit der Reform behoben werden können. In einem weiteren Schritt soll dann der politische Kontext des Reformprozesses diskutiert werden. Hierzu gehören die in der Literatur als einschlägig genannten Erklärungsfaktoren, die den Reform- und Handlungsspielraum von Präsidenten im politischen Entscheidungsprozess maßgeblich beeinflussen: die Beziehung des Präsidenten zur Legislative, die Machtverhältnisse und die parteipolitische Polarisierung im Kongress und die Einstellung der Öffentlichkeit zum Reformgesetz, die den Einfluss des Präsidenten in der Auseinandersetzung mit der Legislative maßgeblich bestimmt. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse soll dann abschließend diskutiert werden, inwieweit die erfolgreiche Reform den Handlungsspielraum des Präsidenten beeinflusst, welchen Einfluss die Reform auf den Ausgang der Zwischenwahlen hatte und wie fest verankert die Reform ist, bzw. wie die Aussichten der Republikaner, die angekündigt haben die Reform rückgängig zu machen, einzuschätzen sind.

## 1. *A Broken Health Care System: Strukturen und Probleme im US-Gesundheitssystem*

Die Notwendigkeit einer Reform des US-Gesundheitssystems wurde in der Öffentlichkeit und in der Politik kaum mehr bestritten, zu groß waren die diagnostizierten Mängel und Defizite in der Gesundheitsversorgung. Im Gegensatz zu vielen anderen entwickelten Industrienationen haben die USA bislang kein universelles öffentliches Krankenversicherungssystem etabliert. Es mangelte in der Geschichte des US-amerikanischen Wohlfahrtsstaates dabei nicht an Versuchen, dieses zu ändern, wohl aber an den notwendigen politischen und gesellschaftlichen Mehrheiten, um eine solche Reform durchzusetzen. Die zahlreichen erfolglosen Reformversuche inspirierten Sozialwissenschaftler zu zahlreichen Büchern mit Titeln wie »The Road to Nowhere«, »One Nation uninsured«, »Chronic Politics« oder »Dead on Arrival« (Hacker 1997; Quadagno 2005; Funigiello 2005; Gordon 2003). Die Möglichkeit einer grundlegenden Reform schien im komplexen politischen Entscheidungssystem bis dato aussichtslos.

Das existierende Gesundheitssystem basiert in Teilen auf öffentlichen Programmen und auf einer Vielzahl von privaten marktbasierenden Arrangements, um die Bürger vor dem Risiko Krankheit zu schützen. Durch diese komplexe und fragmentierte Struktur der Gesundheitsversorgung in den USA wird eine Vielzahl von Bürgern krankenversichert, ein immer größer werdender Anteil der Bevölkerung verfügt allerdings über keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall. Die Mehrzahl der arbeitenden Bevölkerung ist privat über den Arbeitsplatz krankenversichert. Seit der Einführung von *Medicare* und *Medicaid* in den 1960er Jahren sind zwei Personengruppen durch öffentlich finanzierte Programme gegen das soziale Risiko der Krankheit abgesichert: *Medicare* ist eine Krankenversicherung für Rentner und Menschen mit einer Behinderung, *Medicaid* ein bedarfsgeprüftes und aus Steuermitteln finanziertes Gesundheitsprogramm für Menschen, die unter der Armutsgrenze leben. Da die Bürger in den USA nicht verpflichtet waren eine Krankenversicherung abzuschließen (*Individual Mandate*), blieben viele US-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz, weil sie nicht die Kriterien für die öffentlichen Programme erfüllten oder sie bzw. der Arbeitgeber aufgrund der hohen Versicherungsprämien nicht in der Lage waren sich privat abzusichern.

Die Krise des Gesundheitssystems manifestiert sich aber nicht nur in der hohen Zahl von Nichtversicherten, auch die Kostenentwicklung spiegelt die Krisensituation deutlich wider. Die Ausgaben für Gesundheit

sind seit den 1970er Jahren konstant angestiegen und die USA geben im internationalen Vergleich deutlich mehr im Gesundheitssektor aus als alle anderen entwickelten Wohlfahrtsregime, sowohl in Relation zur Wirtschaftskraft als auch pro Kopf. Im Jahr 2007 lagen die Kosten für den Gesundheitssektor bei 17 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.<sup>2</sup> Im langfristigen Trend wachsen die Ausgaben im Gesundheitsbereich stärker und schneller als in allen anderen Sektoren der US-Wirtschaft, und der Kostenanstieg übersteigt in den letzten Dekaden auch die ökonomischen Wachstumsraten deutlich. Rückblickend über die letzten 40 Jahre ist das durchschnittliche Wachstum bei den Gesundheitsausgaben um 1,3 bis 3,0 Prozentpunkte höher als das Wirtschaftswachstum. Seit den 1970er Jahren sind die Gesundheitskosten im Schnitt pro Jahr um 9,6 Prozent gewachsen, die Kosten stiegen damit im Durchschnitt um 2,4 Prozentpunkte stärker als das nominale Bruttoinlandsprodukt. Im OECD-Vergleich geben die USA deutlich mehr im Gesundheitssektor aus als die anderen OECD-Staaten.

Die hohen Kosten und der im internationalen Vergleich exorbitante Kostenanstieg spiegeln sich aber nur bedingt in der Qualität der Gesundheitsversorgung der USA wider. Zwar kann man in den USA die wohl weltweit beste medizinische Versorgung bekommen, allerdings beschränkt die Struktur den Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung dermaßen, dass sich die USA bei zentralen Indikatoren (Lebenserwartung und Kindersterblichkeit), die etwas über die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung aussagen, im internationalen Vergleich der OECD-Staaten lediglich im letzten Drittel wiederfinden (Medearis 2010).

Ohne eine Reform im Gesundheitssektor wären die Kosten in den kommenden Jahren weiter drastisch angestiegen und der fiskale Druck nicht nur auf den Gesundheitsbereich, aber auch auf den US-Haushalt insgesamt wäre noch weiter gestiegen. Nach Angaben des *Congressional Budget Office* (CBO) würden die Kosten im Gesundheitsbereich ohne eine Reform bis zum Jahr 2025 auf 25 Prozent des Bruttoinlandsproduktes ansteigen, im Jahr 2082 würde annähernd die Hälfte des Bruttoinlandsproduktes im Gesundheitssektor anfallen (CBO 2007). Allein die Ausgaben für *Medicare* würden im genannten Zeitraum von vier Prozent auf 19 Prozent ansteigen. Nimmt man die Kostenentwicklung und Effizienz des Gesundheitssektors zusammen, so kann eindeutig von einem Markt-

---

2 Vgl. zu diesen und den folgenden Daten zur Kostenentwicklung im Gesundheitssektor die Daten der Kaiser Family Foundation (2009b).

versagen gesprochen werden. Verschiedene Faktoren können zur Erklärung des dramatischen Kostenanstiegs im Gesundheitssektor im internationalen Vergleich herangezogen werden (vgl. hierzu ausführlicher Medearis 2010): der hohe Kostenanteil der ambulanten und stationären Krankenhausbehandlungen wie auch der Verwaltung an den medizinischen Gesamtausgaben; die technologische Entwicklung, die die medizinische Versorgung verbessert, aber auch verteuert; die hohen Kosten durch die Ausbreitung von Zivilprozessen im Medizinsektor; sowie die relativ hohen Einkommen von Ärzten und die hohen Preise für Arzneimittel.

Neben der Kostenentwicklung wurde bereits auf das Problem der großen Anzahl von US-Bürgern ohne eine Krankenversicherung verwiesen. Verstärkt durch die Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Zahl der Nichtversicherten im Jahr 2009 auf über 50 Millionen angestiegen, der höchste Wert, den das Zensus-Büro je ermittelt hat (DeNavas-Walt et al. 2010). Damit waren 2009 16,7 Prozent der US-Bürger ohne Krankenversicherung. Zum Vergleich: Nur ein Jahr zuvor lag der Wert noch bei 15,4 Prozent, ein Anstieg, den das Zensus-Büro seit der Erfassung der Daten im Jahr 1987 nicht gemessen hat. Der Anstieg lässt sich in erster Linie damit erklären, dass viele US-Bürger in der Wirtschaftskrise ihren Job und damit auch den Versicherungsschutz im Krankheitsfall verloren haben. Darüber hinaus bieten auch immer weniger Arbeitgeber eine Krankenversicherung für ihre Angestellten an, weil die Kosten für die Versicherungsprämien drastisch gestiegen sind. Im Jahr 2009 ist auch erstmals die Gesamtzahl der Bürger mit einer Krankenversicherung seit 23 Jahren zurückgegangen. Nach den Daten des Zensus-Berichtes verfügten 2009 rund 253,6 Millionen Bürger über einen Versicherungsschutz, rund 1,5 Millionen weniger als noch im Jahr 2008. Der enge Zusammenhang von Preisentwicklung und Versicherungsschutz wird bei den Versicherungsprämien deutlich, die in den letzten Jahren stärker angestiegen sind als die Löhne und die Inflation. Sind die Versicherungsprämien seit 2000 im Schnitt um fünf bis 14 Prozent pro Jahr angestiegen, hatten die Arbeitnehmer durch Lohnerhöhungen und Inflation lediglich im Schnitt zwei bis vier Prozent mehr Gehalt in der Lohntüte. Dies führt dazu, dass Individuen und Familien einen immer größeren Anteil ihres Einkommens für die medizinische Absicherung und Versorgung ausgeben müssen. Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Jahresprämie für einen Krankenversicherungsschutz über den Arbeitsplatz bei 5.094 US-Dollar für eine Einzel- und bei 13.770 US-Dollar für eine Familienversicherung. Seit dem Jahr 2000 sind die Prämien damit um 114 Prozent angestiegen (Kaiser Family Foundation 2010a).

Individuen, die unterhalb der Armutsrate liegen, tragen das höchste Risiko einer Nichtversicherung im Krankheitsfall. Diese Gruppe macht rund 40 Prozent der Nichtversicherten aus. Neun von zehn Nichtversicherten finden sich in den mittleren und unteren Einkommensgruppen (bis zu 400 Prozent der offiziellen Armutsgrenze). Annähernd Zweidrittel der Nichtversicherten aus dem Jahr 2005 hatten keinen Zugang zu einer Krankenversicherung ihres Arbeitgebers. Dieser Trend ist durch die letzte Finanz- und Wirtschaftskrise noch verstärkt worden, weil selbst eine kurzfristige Arbeitslosigkeit zum dauerhaften Verlust der Krankenversicherung führen kann, die man nicht automatisch mit dem Wechsel des Arbeitsplatzes mitnimmt. 2009 ist die Zahl der *Medicaid*-Berechtigten angestiegen. Damit wurde der Rückgang bei den Arbeitgebersicherungen zumindest zum Teil aufgefangen. Allerdings beschränkt die Programmstruktur von *Medicaid* die Möglichkeit jeden Bürger mit niedrigem Einkommen zu versichern, da noch andere Berechtigungskriterien erfüllt sein müssen. Abgesehen von diesen Begrenzungen hat *Medicaid* aber dazu beigetragen, den Versicherungsschutz der Bürger in Teilen zu stabilisieren, auch und gerade weil die Bundesregierung zusätzliche Mittel für die Bundesstaaten in der Wirtschaftskrise zur Verfügung gestellt hat (Kaiser Family Foundation 2010b).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in der Debatte aber meistens nicht ausreichend berücksichtigt wird, betrifft das Problem der Unterversicherung. Nach der Definition des *Commonwealth Funds* gelten Bürger als unterversichert, wenn sie mehr als zehn Prozent ihres jährlichen Einkommens für medizinische Dienstleistungen und Medikamente ausgeben müssen, die nicht durch ihre Krankenversicherung abgedeckt sind. Die Zahl der Unterversicherten ist in den letzten Jahren ebenfalls drastisch angestiegen. Höhere Versicherungsprämien zwingen Individuen und Familien oftmals den Abdeckungsgrad ihres Versicherungsprogramms zu reduzieren, um überhaupt noch die Versicherungsprämien zahlen zu können. Zahlreiche Medikamente und Behandlungsmethoden werden von Versicherungsgesellschaften erst gar nicht übernommen, auch diese muss der Versicherte aus eigener Tasche bezahlen. Nach den Daten des *Commonwealth Funds* ist die Zahl der Unterversicherten seit 2003 um 60 Prozent auf 25 Millionen angestiegen (vgl. Schoen et al. 2008). Besonders betroffen von der Verschärfung des Problems der Unterversicherung sind die mittleren und höheren Einkommensgruppen. Der Anteil der Unterversicherten bei den Jahreseinkommen von über 40.000 US-Dollar hat sich im Jahr 2007 auf sieben Prozent verdreifacht. Insgesamt sind aber insbesondere Familien und Individuen, die unter der Armutsgrenze leben, am stärksten vom Problem der Unterversicherung betroffen. In

diesen Einkommensgruppen liegt der Anteil bei 31 Prozent. Das Ausmaß der Unterversicherung wird im *Commonwealth Survey* deutlich, wonach 45 Prozent der Befragten berichten, dass sie Schwierigkeiten gehabt hätten, ihre medizinischen Rechnungen zu bezahlen, auch diejenigen, die über einen Versicherungsschutz verfügten. In den USA ist jede zweite private Insolvenz auf hohe medizinische Behandlungskosten zurückzuführen (Schoen et al. 2008). Krankheit gehört in den USA zu den zentralen Faktoren, warum Menschen unter die Armutsgrenze fallen.

Das hier deutlich gewordene Marktversagen im Gesundheitssektor, das sich in den Kosten, aber auch in der Qualität und dem Zugang zur medizinischen Versorgung widerspiegelt, ist die zentrale Kontextveränderung der Debatte um eine Reform des Gesundheitssektors, die die Obama-Administration aufgegriffen hat und die zentral für den Ausgang des Reformprozesses war. Erst die Kombination aus Nicht- und Unterversicherung einerseits und der Kostenentwicklung auf der anderen Seite hat den notwendigen Reformprozess in Gang gesetzt. Im Kontext der Debatte um das wachsende Haushaltsdefizit in den USA ist es aber primär das Kostenargument, das den Reformprozess zu Ende geführt hat. Obamas Amtsvorgänger George W. Bush hatte in seinen beiden Amtsperioden in der Gesundheitspolitik lediglich bei *Medicare* eine Reform durchgesetzt, die aber an den Strukturmerkmalen des Gesundheitssystems nichts verändert hatte. Insgesamt vertraute die Bush-Administration in der Gesundheitspolitik auf die etablierten Marktmechanismen, auch wenn die Krisensituation sich schon damals deutlich abzeichnete (vgl. Lammert 2010).

## 2. *Towards a Universal Health Care System?* Obamas Gesundheitsreform

Die Öffentlichkeit reagierte auf die Unterzeichnung des Gesundheitsreformgesetzes durch Obama mit anhaltender Ambivalenz in der Frage, ob diese Reform die Missstände im Gesundheitssystem beseitigen könne. Die Ambivalenz resultierte zum einen aus der stark polarisierten und überhitzten politischen Debatte im Reformprozess, lässt sich zum anderen aber auch mit der komplexen Materie des Gesetzestextes erklären. Erfolg oder Misserfolg der Reform misst sich einerseits daran, inwieweit mit der Reform die diagnostizierten Mängel des etablierten Systems beseitigt werden können, hier also die Probleme der Nicht- und Unterversicherung sowie die Kostenentwicklung insgesamt. Inwieweit die Reform andererseits auch einen politischen Erfolg für die Obama-Administration

darstellt, ist daran zu bewerten, wie viele von Obamas Vorstellungen sich im Reformgesetz wiederfinden und welche Kompromisse er eingehen musste. Die letzte Frage wird später erneut aufgegriffen, hier soll zunächst diskutiert werden, welche Folgen und Auswirkungen die Reform auf den Gesundheitssektor der USA hat.

Eine der zentralen Fragen ist, wer von der Gesundheitsreform am meisten profitiert. Lawrence Jacobs und Theda Skocpol sehen in ihrer jüngsten Studie die große Mehrheit der US-Bürger als Profiteure der Reform (Jacobs/Skocpol 2010: 122). Mit der schrittweisen Implementierung bis 2019 würden Senioren, Kranke und viele Familien in den mittleren und oberen Einkommensschichten einen leichteren Zugang zu Versicherungen bekommen und die Macht der Versicherungsgesellschaften würde zugunsten der Verbraucher deutlich eingeschränkt werden. Nach Berechnungen des CBO wird durch die Reformen die Zahl der Nichtversicherten um 32 Millionen reduziert und der Abdeckungsgrad im Gesundheitssektor steigt auf rund 94 Prozent (CBO 2010). Der Großteil der verbleibenden Nichtversicherten wird dann die Gruppe der illegalen Immigranten sein, die auch unter den neuen Regelungen keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung haben werden. US-Bürger, die bereits über eine Krankenversicherung durch ihren Arbeitsplatz verfügen, können mit niedrigeren Versicherungsprämien und einem besseren Schutz gegenüber den Versicherungsgesellschaften rechnen. Ansonsten ändert sich nichts an ihrem Versicherungsstatus oder ihrem Zugang zu medizinischer Versorgung. Auch nach der Reform ist der Versicherungsmarkt in erster Linie privat organisiert, ebenso wie der Bereich der medizinischen Versorgung. Die insbesondere vom progressiven Flügel der Demokratischen Partei erhoffte Stärkung des öffentlichen Bereichs im Gesundheitssektor ist ausgeblieben. Die anfangs diskutierte Einführung einer *Public Option*, einer öffentlichen Krankenversicherung, die in Konkurrenz zu den privaten Versicherungen auf dem Markt platziert werden sollte, musste aufgrund des Drucks seitens der Republikanischen, Teilen der Demokratischen Partei und den privaten Versicherungsgesellschaften wieder zurückgenommen werden. Obama erklärte dann auch folgerichtig, dass die Reform nicht radikal sei, »but it is a major reform« (Los Angeles Times 2010).

Insbesondere für die Empfänger von *Medicare*-Leistungen bringt die Gesundheitsreform einige Verbesserungen (vgl. Skocpol/Jacobs 2010: 124f.). So werden die Kosten für Medikamente bzw. die Zuzahlungen der Versicherten deutlich sinken und die primäre Gesundheitsversorgung deutlich ausgeweitet. Insbesondere die Präventionselemente im Versorgungssystem sollen hierbei ausgebaut werden. Zusätzlich sollen der Pfl-

gebereich und die Unterstützung für behinderte Personen erweitert werden. Daneben wird die Aufsicht über Pflegedienste ausgeweitet, um eine adäquate Pflege für ältere und behinderte Menschen zu garantieren. Aber auch junge Erwachsene profitieren von den neuen Regelungen des Reformgesetzes. So können Kinder von nun an bis zum 26. Lebensjahr über die Eltern krankenversichert bleiben, unabhängig davon, ob sie eine Universität besuchen oder nicht. Zusätzlich können sich junge Erwachsene durch die Reform erstmals für *Medicaid* qualifizieren, wenn ihr Einkommen sehr gering ist. Das ist insbesondere für Berufsanfänger wichtig, die bei einem geringen Einkommen einsteigen und sich bislang keine eigene Krankenversicherung leisten konnten.

Aber auch die breite Mittelklasse hat Vorteile durch die Reform. Annähernd die Hälfte der zusätzlichen 965 Milliarden US-Dollar an Gesundheitsausgaben wird nach Berechnungen des CBO dafür verwendet, dass Individuen oder kleine Unternehmen eine Gesundheitsversicherung abschließen bzw. für die Angestellten bereitstellen können. Familien mit einem Einkommen bis 88.200 US-Dollar im Jahr bekommen staatliche Zuschüsse zur Finanzierung der Versicherungsprämien und auch kleine Unternehmen mit weniger als 25 Angestellten und einem Durchschnittslohn von unter 50.000 US-Dollar bekommen einen Steuerkredit, der ab dem Jahr 2014 die Hälfte ihrer Beiträge zu den Versicherungsprämien ihrer Angestellten abdeckt. Zum ersten Mal können auch *Non-Profit*-Organisationen diesen Steuerkredit in Anspruch nehmen. Insgesamt soll so der Anteil der Gesundheitskosten am Einkommen der Bürger verringert werden. Als Zielvorgabe wird hier genannt, dass Familien mit niedrigem Einkommen nicht mehr als zwei Prozent ihres Einkommens für die Gesundheitsabsicherung ausgeben sollen. Dieser Anteil steigt bei höherem Einkommen auf 9,5 Prozent (Einkommen bis zu 400 Prozent der Armutsgrenze). Nach den Prognosen des CBO werden durch die Reformen die Versicherungsprämien für Individuen und Familien um bis zu 60 Prozent und die für kleinere Gruppen, wie z.B. Angestellte eines kleinen Unternehmens, um rund zehn Prozent sinken (CBO 2009a).

Auch die Bürger, die bislang nicht über den Arbeitgeber krankenversichert waren und sich ihre Versicherung in den meistens sehr teuren *Individual and Small Groups*-Märkten kaufen mussten, profitieren durch die Schaffung neuer Versicherungsmärkte, den so genannten *Exchanges*, von der Reform. Auf diesen neu geschaffenen Märkten werden verschiedene private Versicherungsprogramme angeboten und der Bürger kann so einen passenden Versicherungsschutz zu einem erschwinglichen Preis erwerben. Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Programmen soll dabei in erster Linie zur Kostenkontrolle beitragen. Zur Sicherung

des Wettbewerbs werden zusätzliche Regeln auf diesen neuen Märkten implementiert. Dazu gehören Vorgaben für eine Mindestabsicherung der Versicherungspolice, eine Begrenzung der Zuzahlungen, die die Versicherten aus eigener Tasche leisten müssen, und die Einbeziehung von einigen präventiv-medizinischen Untersuchungen, die die Versicherungen bezahlen müssen.

Ab 2014 müssen die Personen, die keine Krankenversicherung abschließen, eine Strafe von bis zu 2.085 US-Dollar für eine Familie (695 US-Dollar für Einzelpersonen) zahlen. Von dieser Strafe ausgenommen sind religiös begründete Nichtversicherungen und wenn der Abschluss einer Krankenversicherung finanziell nicht geleistet werden kann, d.h. wenn die Versicherungsprämien mehr als acht Prozent des jährlichen Einkommens übersteigen. Die Versicherungspflicht ist ein zentrales Element, um die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Bevor die zentralen Reformelemente im Jahr 2014 implementiert werden, greifen schon einige Übergangsregelungen, um die größten Missstände im System zu beseitigen. So dürfen Versicherungen mit sofortiger Wirkung Kinder nicht mehr aufgrund von Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Bis zum Jahr 2014 werden aus einem *High Risk Pool* Kosten für die medizinische Versorgung von Personen finanziert, die sich auf dem momentanen Markt keine Versicherung leisten können. Auch die Behandlungskosten für psychische Erkrankungen müssen nun von den Versicherungsgesellschaften übernommen werden. Zudem wird das Leistungsangebot unter *Medicaid* durch die Reform ausgeweitet. Rund 16 Millionen zusätzliche US-Bürger werden sich nach der Reform für Leistungen aus dem staatlichen Programm qualifizieren. Zu den neuen Regelungen gehört unter anderem, dass erstmals auch Personen ohne Kinder Zugang zum Programm haben und das Berechtigungseinkommen für *Medicaid* von 100 Prozent auf 133 Prozent der Armutsgrenze angehoben wird. Eine Familie mit einem Jahreseinkommen von bis zu 29.327 US-Dollar im Jahr 2009 kann demnach Leistungen aus *Medicaid* in Anspruch nehmen. Der Anteil der Kosten durch die Ausweitungen von *Medicaid* an den Gesamtkosten der Reform liegt bei etwa 45 Prozent (Skcopol/Jacobs 2010: 132).

Die Finanzierung der Reform war einer der am heftigsten umstrittenen Punkte während des Reformprozesses, insbesondere die Frage, wie sich die Reform auf den Bundeshaushalt und die wirtschaftliche Situation auswirken würde. Die Gesundheitsreform finanziert sich aus unterschiedlichen Quellen. Erwähnt wurden bereits die Strafzahlungen, sollten Bürger keine Krankenversicherung abschließen. Zudem werden verheiratete Paare mit einem Jahreseinkommen über 250.000 US-Dollar (200.000

US-Dollar für Singles) zur Finanzierung herangezogen. Bei diesem Personenkreis erhöhen sich die Abgaben für *Medicare* von derzeit 1,45 Prozent auf 2,35 Prozent ihres Einkommens. Zusätzlich müssen die Großverdiener von nun an noch eine 3,8 prozentige Abgabe auf Investitionseinkommen für *Medicare* abführen. Die restlichen Kosten der rund eine Billion US-Dollar teuren Reform werden von der Wirtschaft und den Anbietern medizinischer Produkte und Dienstleistungen erbracht. Das Reformgesetz führt eine Verbrauchssteuer für Krankenversicherungen über den Arbeitsplatz ein, deren Versicherungsprämien jährlich für eine Familie mehr als 27.500 US-Dollar kosten. Mit dieser *Cadillac Tax* sollen zusätzliche Einnahmen zur Finanzierung der Reform generiert werden. Einige Ökonomen gehen davon aus, dass die neue Steuer auch das Konsumentenverhalten auf dem Gesundheitsmarkt sensibilisiert und so die Nachfrage nach teuren und unnötigen Versicherungen abnehmen wird (Tumulty et al. 2009).

Von der oben skizzierten Kostenentwicklung im Gesundheitssektor sind insbesondere die Ausgaben für *Medicare* betroffen. Allein im Jahr 2009 wurden 504 Milliarden US-Dollar für dieses Programm ausgegeben, 29 Prozent dieser Ausgaben gingen an Krankenhäuser und 18 Prozent an Ärzte. *Medicare* spielt darüber hinaus eine solch zentrale Rolle für den gesamten Gesundheitssektor, weil die Regeln der Kostenerstattung unter *Medicare* auch den privaten Versicherungsmarkt beeinflussen. So sieht das Reformgesetz die Schaffung einer 15-köpfigen Kommission vor, die die Kosten für unterschiedliche Behandlungsmethoden bewerten soll, um so die Ausgaben im Gesundheitssektor zu begrenzen (Skocpol/Jacobs 2010: 141).

Nach Berechnungen des CBO liegen die Einnahmen aus erhöhten Steuern und Abgaben und Kosteneinsparungen über den veranschlagten Mehrausgaben für die Reform. Nach den Daten des CBO würde die Reform demnach zu einer Reduzierung des Budgetdefizits der Bundesregierung um rund 140 Milliarden US-Dollar in den kommenden zehn Jahren führen (CBO 2009b). Insbesondere der Aspekt der Kostenreduzierung im Gesundheitssektor ist in der Reformdiskussion nur am Rande thematisiert worden. In erster Linie durch die neue Wettbewerbssituation auf den neu zu schaffenden *Exchanges* sollen Anreize zur Kostensenkung geschaffen werden. Dadurch sollen die Kosten für die Versicherungsprämien und die Verwaltung reduziert werden und die Versicherungsgesellschaften sollen bessere Verträge mit den Ärzten und Krankenhäusern abschließen. Um dies zu erreichen, greifen auf den *Exchanges* einige Regulierungen, die erfüllt sein müssen, um ein Versicherungsprogramm auf diesem Markt anzubieten. So müssen die Versicherungsgesellschaften

ihre Wirtschaftspraktiken so ändern, dass 80 bis 85 Prozent der Versicherungsprämien für medizinische Kosten ausgegeben werden und nicht für Verwaltung und Gewinne. Zudem ist es Versicherungsgesellschaften auf den neuen Märkten untersagt, Teile der Kosten durch bislang gängige Praktiken auf den Versicherten abzuschieben. Versicherungen dürfen Bürger aufgrund von Vorerkrankungen nicht mehr vom Versicherungsschutz ausschließen. Zudem dürfen sie den Versicherungsschutz nicht einfach aufheben, wenn der Versicherte schwer krank wird und auch die Deckelung der jährlichen Behandlungskosten ist nicht mehr zulässig.

Die Gesundheitsreform der Obama-Administration ist die größte Sozialreform seit der *Great Society* und der Einführung von *Medicare* und *Medicaid*. Zwar wurde kein grundlegender Strukturwandel vollzogen und der Gesundheitssektor bleibt überwiegend privat organisiert, aber in diesem Rahmen wurden die Rechte der Verbraucher gegenüber den Versicherungsgesellschaften ausgebaut. Zum anderen wird der Abdeckungsgrad im System drastisch erhöht. Bis zu 40 Millionen zusätzliche Versicherte kommen in das System. Mit einem Abdeckungsgrad von fast 94 Prozent wären europäische Werte erreicht. Und zumindest wenn man den Prognosen des CBO Glauben schenkt, kann man zugleich die Kostentwicklung im System in den Griff bekommen.

### **3. *A Difficult Debate*: Politischer und ökonomischer Kontext der Reformdebatte**

Die Verabschiedung der Gesundheitsreform kann als ein fundamentaler Wandel in der Gesundheitspolitik der USA charakterisiert werden, insbesondere wenn man den schwierigen politischen und ökonomischen Kontext der Debatte mitberücksichtigt. Die USA litten unter der größten ökonomischen und finanziellen Krise seit der Großen Depression in den 1930er Jahren. Die Arbeitslosenzahlen, und gerade die Zahl der Langzeitarbeitslosen, stiegen auf ein Niveau an, das der US-amerikanische Arbeitsmarkt nur selten erreicht. Zugleich ist der politische Entscheidungsprozess überlagert durch eine überaus starke parteipolitische Polarisierung, die in Teilen zu einer politischen Blockadesituation im Kongress führt. Doch trotz dieses schwierigen ökonomischen und politischen Reformkontextes, der auch Auswirkungen auf die öffentliche Meinung insgesamt (Vertrauensverlust in die politischen Institutionen) und auf die Einstellungen der Bevölkerung zur konkreten Gesundheitsreform hatte, konnte die Obama-Administration massive neue Regulierungen des privaten Gesundheitssektors durch den Kongress bringen und zu-

gleich die beiden öffentlichen Gesundheitsprogramme *Medicaid* und *Medicare* so umstrukturieren, dass mit der Reform eine fast universelle Gesundheitssicherung in den USA angeboten wird und zudem die Kostensteigerung im System selbst massiv gebremst wird. In der langen Geschichte gescheiterter Gesundheitsreformen in den USA von Präsident Roosevelt bis zur Clinton-Administration repräsentiert der *Affordable Care Act* »a decisive departure from the past politics and policy of American healthcare« (Hacker 2010: 863). Allerdings wurde insbesondere auch vom progressiven Flügel der Demokratischen Partei die Reform als nicht weitreichend genug kritisiert. Der erhoffte Strukturwandel und die Stärkung öffentlicher Institutionen im Gesundheitssektor seien ausgeblieben.

Wenn aus einer *Policy*-Perspektive doch einschneidende Veränderungen durch die Reform zu diagnostizieren sind, stellt sich hier die Frage nach der *Politics*-Dimension und dem Wirken der zentralen Akteure und Institutionen im politischen Entscheidungsprozess der USA. Obama hatte eine grundlegende Reform als das Wahlkampfthema ausgegeben und das Ergebnis der Reform muss sich auch an diesem Versprechen messen lassen. War Obama erfolgreich oder sind die politischen *Constraints* in den USA inzwischen so hoch, dass ein Präsident gerade im innenpolitischen Bereich weitgehend machtlos ist? Hier muss natürlich auch nach den spezifischen Bedingungen der Gesundheitspolitik gefragt werden, die wiederum eigene *Constraints* hat, die maßgeblich die Erfolgchancen einer Reform beeinflussen. An erster Stelle stehen das stark fragmentierte politische Entscheidungssystem in den USA und die spezifischen Reformdynamiken und Entwicklungswege im Gesundheitssektor, die maßgeblich den aktuellen politischen Handlungsspielraum und die jeweiligen Reformoptionen beeinflussen (Hacker 2010: 867; Mettler 2010). Das schon frühzeitig implementierte private Versicherungssystem schuf ein komplexes System unterschiedlicher Akteure und Interessen, die in den Reformprozess eingebunden werden mussten. Durch das stark fragmentierte politische System in den USA haben solche mächtigen Interessengruppen viele Anknüpfungspunkte im politischen Entscheidungsprozess, die die Reform stoppen, bzw. maßgeblich beeinflussen können. Gegen die Interessengruppen ist in den USA nur schwer Politik zu machen. Die oben angesprochenen Defizite im Gesundheitssystem haben aber die Kooperationsbereitschaft wichtiger Interessengruppen der Pharmaindustrie und der medizinischen Lobby erhöht. Allerdings versuchten diese Gruppierungen während des gesamten Reformprozesses Einfluss auf die Ausgestaltung der Reform zu nehmen. Zentrale Elemente wie die *Public Option* wurden von Beginn an heftig bekämpft, weil sie die Wettbewerbsposition privater Versicherungsanbieter einge-

schränkt hätten. Und so verwundert es nicht, dass in der letztendlichen Reform die öffentliche Krankenversicherung nicht mehr enthalten war, dafür aber die Versicherungspflicht, die im Interesse wichtiger Akteure im Gesundheitssektor ist. Was lässt sich nun zu den zentralen Akteuren auf dem gesundheitspolitischen Reformspielfeld sagen?

Auch wenn Obama die Gesundheitsreform im Wahlkampf als zentrales politisches Ziel definierte, muss seine Strategie im ersten Jahr der Amtszeit als eher defensiv charakterisiert werden. Lediglich bei zwei Auftritten stand die Gesundheitsreform im Zentrum: bei seiner ersten Rede vor den beiden Kammern des Kongresses Ende Februar, und Anfang März 2009 beim Gesundheitsforum im Weißen Haus. Hier definierte Obama die allgemeinen Ziele, die mit der Reform erreicht werden sollten: den Zugang zum Versicherungsschutz ausweiten und die Kostenentwicklung unter Kontrolle bringen. Zugleich rief er die wichtigen Interessengruppen des Politikfeldes zu Verhandlungen mit seiner Administration und dem Kongress auf. Anschließend überließ er die Initiative im Reformprozess dem Kongress und seine Berater begannen hinter den Kulissen Verhandlungen mit wichtigen Interessengruppen und den zentralen legislativen Akteuren im Kongress aufzunehmen. Obama baute darauf, dass die hohen Zustimmungsraten zu seiner Politik ihm ausreichend Legitimation verschaffen würden, um zusammen mit den Demokraten im Kongress die Reform schnell zu Ende bringen zu können. Seine eher defensive Haltung ist auch als Lehre aus der gescheiterten Gesundheitsreform unter Präsident Clinton zu verstehen, der sich zu lange mit der Erarbeitung eines eigenen Reformgesetzes beschäftigt hatte und in dieser Zeit viel an Legitimation und Zustimmung in der Bevölkerung für sein Reformprojekt verloren hatte (Skocpol 1997: 48-73).

Erst in der Sommerpause des Kongresses im August 2009 musste Obama wieder stärker in die Debatte eingreifen, als die *Tea Party*-Bewegung erfolgreich gegen die Gesundheitsreform zu mobilisieren begann. Unterstützt wurde der Protest der *Tea Party* durch eine Anzeigenkampagne der US-Handelskammer, die gegen die Reform agitierte. Diese Opposition zeigte schnell Erfolge in der öffentlichen Meinung, die Skepsis über den Einfluss der Reform auf die individuelle Versicherungssituation vergrößerte sich enorm. Auch wenn das ein bekanntes Muster in der Perzeption umfangreicher Reformgesetze ist, zeigten sich selbst Mitglieder aus Obamas Administration skeptisch, ob der Präsident sein politisches Kapital hier weiter einsetzen sollte (Alter 2010). Nach einigem Zögern, das von vielen Seiten stark kritisiert worden ist (Nagourney et al. 2009; Milbank 2009), ging Obama wieder in die politische Offensive. In einer öffentlichen Rede vor beiden Kammern des Kongresses machte

Obama erneut deutlich, wie wichtig eine Reform im Gesundheitssektor sei. Dort sagte er: »Our collective failure to meet this challenge (...) has led to a breaking point (...) The time for bickering is over (...) Now is the time to deliver on health care« (zit. n. Skocpol/Jacobs 2010: 54). Obamas Rede war wichtig, nicht nur weil die Zustimmungsraten in den Umfragen wieder leicht nach oben gingen, auch der Kongress begann wieder intensiver mit der Arbeit am Reformgesetz, das zu dieser Zeit in den zuständigen Ausschüssen festsaß. Nur einen Monat nach Obamas Rede legte der Finanzausschuss im Senat einen Gesetzesentwurf vor und wenige Wochen später verabschiedete das Repräsentantenhaus am 7. November 2009 ein Reformgesetz. Die Hoffnung stieg, dass der Senat noch bis Weihnachten 2009 ein eigenes Reformgesetz verabschieden würde.

Der Kongress ist die Institution im politischen System, die den Handlungsspielraum des Präsidenten am stärksten einschränken kann, sofern hierfür ein breiter politischer Wille besteht. Im Repräsentantenhaus konnte sich die Obama-Administration auf eine breite Mehrheit der Demokraten verlassen, die unter *Speaker* Nancy Pelosi (California) ausreichend geschlossen agierte. Zur Zeit der Debatte um die Gesundheitsreform umfasste die Demokratische Fraktion 255 Abgeordnete und Nancy Pelosi zeigte sich als äußerst effektiv auch gegen große Widerstände die notwendigen Mehrheiten in der Demokratischen Fraktion zu mobilisieren. Allerdings sind die politischen Entscheidungsmechanismen im Repräsentantenhaus für die Mehrheitsfraktion auch wesentlich leichter als im Senat. Genügt im Repräsentantenhaus eine einfache Mehrheit, müssen im Senat inzwischen 60 der 100 Senatoren für eine Gesetzesinitiative stimmen, um den so genannten *Filibuster* zu umgehen. Letzterer ist ein Verfahren, das in der Vergangenheit nur in Ausnahmefällen genutzt worden war, inzwischen aber zum Standardprozedere im Senat gehört. Es erlaubt der Minderheitsfraktion die Blockade einer Gesetzesinitiative durch ein unbegrenztes Rederecht. Erst eine Mehrheit von 60 Senatoren kann eine Debatte beenden (*Cloture Vote*) und die Vorlage zur Abstimmung bringen, bei der dann eine einfache Mehrheit zur Verabschiedung ausreicht. Die Wahlen 2008 brachten die Demokraten ganz nahe an eine solche *Filibuster*-Mehrheit: 58 Demokratische Senatoren und zwei unabhängige Abgeordnete – Bernie Sanders aus Vermont und Joe Lieberman aus Connecticut – standen 40 Republikanischen Senatoren gegenüber. Der Mehrheitsführer der Demokraten im Senat – Harry Reid (Nevada) – musste also die gesamte Fraktion der Demokraten einen und die Unterstützung der beiden unabhängigen Senatoren sichern, um politisch handlungsfähig zu sein. Dies ist kein leichtes Unterfangen, weil die

Senatoren als Einzelpersonen weit unabhängiger gegenüber ihrer Fraktion agieren, als dies die Abgeordneten im Repräsentantenhaus tun. Die Republikaner hatten demgegenüber schon frühzeitig eine Politik der Blockade gegenüber Obamas Gesundheitsreform angekündigt.

Die Mehrheitsverhältnisse im Kongress sprachen also auf den ersten Blick für die Obama-Administration: eine klare Mehrheit im Repräsentantenhaus, und im Senat sah es so aus, als ob die so wichtige *Filibuster*-Mehrheit organisiert werden könne. Dies änderte sich allerdings mit dem Tod von Senator Ted Kennedy aus Massachusetts. Kennedy war ein starker Verfechter einer umfassenden Gesundheitsreform. Die darauffolgenden Nachwahlen gewann überraschend der Republikaner Scott Brown (Massachusetts), wodurch die Demokraten ihre *Filibuster*-Mehrheit verloren. Ohne die Kooperation der beiden unabhängigen Senatoren und zumindest einem Republikanischen Senator ging jetzt gar nichts mehr. Die rigorose Blockadepolitik der Republikaner schien Erfolge zu zeigen, im Zentrum der Debatte stand nicht nur die sachliche Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform, sondern die Kritik an der Politik des Präsidenten insgesamt. Der Republikanische Senator Jim DeMint aus South Carolina sagte während der Reformdiskussion: »If we are able to stop Obama on this it will be his Waterloo. It will break him« (Wilson 2009). Und das sagte DeMint nicht nur mit Blick auf die Zwischenwahlen 2010, sondern auch zu Obamas Chancen einer zweiten Amtszeit. Ein Scheitern der Gesundheitsreform hätte hier erhebliche Folgen für die Demokraten und Obama bei den nächsten Wahlen nach sich gezogen. Letztendlich konnten die Demokraten die Gesundheitsreform unter Zuhilfenahme einiger legislativer Verfahrenstricks am Weihnachtsabend 2009 im Senat verabschieden. Um die restlichen Differenzen zwischen den beiden Gesetzesversionen des Abgeordnetenhauses und des Senats zu vereinheitlichen, hat die erste Kammer ein Vermittlungsgesetz verabschiedet, das in der zweiten Kammer im *Reconciliation*-Verfahren verhandelt worden ist, das nur eine einfache Mehrheit erfordert. Das Verfahren wurde implementiert, um die Zustimmung des Senats für einnahme- und ausgabensensible Maßnahmen zu erhalten, ohne dass eine Minderheit dies mit einem *Filibuster* blockieren kann.

Allerdings müssen neben dem Präsidenten und den Kongressabgeordneten noch weitere Interessen im politischen System berücksichtigt werden, ohne die eine erfolgreiche Reform nicht möglich ist: die mächtigen Lobbyorganisationen der Pharmaindustrie, der Versicherungsgesellschaften und der Ärztevereinigung. Und gerade diese Interessengruppen haben in der Vergangenheit immer wieder erfolgreich eine Reform des Gesundheitssektors verhindert. Die mächtigsten Interessenvertretungen

hier sind die *American Medical Association* (AMA) und die *Health Insurance Association of America*, aber auch große Unternehmen und die mächtige Pharmalobby in den USA. Die AMA beispielsweise widersetzte sich erfolgreich der Einführung einer nationalen Krankenversicherung im Rahmen der *New Deal*-Gesetzgebung in den 1930er Jahren (Hacker 2002: 188, 207). Der Krankenversicherungsbereich blieb privat strukturiert und die Krankenversicherungsgesellschaften erhielten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zahlreiche steuerliche Sonderbehandlungen und Subventionen, die sie durch wirksame Lobbypolitik seitdem erfolgreich konsolidieren und ausbauen konnten (Mettler 2010: 816). Auch die Gewerkschaften sprachen sich lange Zeit gegen die Einführung einer öffentlichen Krankenversicherung aus, bzw. unterstützten solche Initiativen nur begrenzt, weil sie einen größeren Vorteil für ihre eigene Machtposition darin sahen, in den Verhandlungen mit den Arbeitgebern gute private Krankenversicherungsprogramme für ihr Klientel aushandeln zu können. Dieser Vorteil würde durch die Einführung einer öffentlichen universellen Krankenversicherung verloren gehen (Gottschalk 2000). Allerdings haben sich der Kontext und auch die Interessen im Gesundheitssektor durch das skizzierte Marktversagen radikal verändert. Die Obama-Administration und die Demokraten im Kongress konnten die wichtigsten Interessengruppen erfolgreich in einen Verhandlungsprozess einbinden und so eine breite Unterstützung seitens der wichtigen Interessengruppen für eine grundsätzliche Reform finden (Skocpol/Jacobs 2010: 70f.). Den Anbietern medizinischer Dienstleistungen wurde versprochen, dass die Reform lukrativ für sie sein würde und erhebliche Ausgaben umfasse, darunter 171 Milliarden US-Dollar für Krankenhäuser und 228 Milliarden US-Dollar für Ärzte. Im Gegenzug akzeptierte die *American Hospital Association* eine Kürzung im Bereich der *Medicare*-Zahlungen von rund 155 Milliarden US-Dollar über die nächsten zehn Jahre. Auch die AMA, die über die vergangenen Jahrzehnte der stärkste Widersacher einer Reform war, konnte in den Reformprozess eingebunden werden und unterstützte sogar die Reformversion, die das Demokratisch kontrollierte Repräsentantenhaus verabschiedete, in der die von Obama anfangs stark gemachte *Public Option* enthalten war (Hulse/Herszenhorn 2009). Und auch die Gewerkschaften spielten eine weit aktivere Rolle in der Reformdebatte als in den vergangenen Jahrzehnten und sprachen sich ebenfalls für die Einführung einer öffentlichen Krankenversicherung aus (Mettler 2010: 816).

Die intensivsten Verhandlungen führten die Obama-Administration und der Kongress mit den privaten Versicherungsgesellschaften, die am ehesten vom *Status quo* profitierten. Schon frühzeitig wurden die Vertre-

ter der Versicherungsbranche in den Verhandlungsprozess eingebunden, wie beispielsweise die Lobbygruppierung *America's Health Insurance Plan*, die bereits bei den ersten Verhandlungen im März 2009 am Tisch im Weißen Haus saß (Abelson 2010). Auch wenn die Versicherungslobby einiges Entgegenkommen zeigte, so wurde zugleich deutlich gemacht, wo die Grenzen der Verhandlungsbereitschaft liegen. Bereits sehr früh in den Verhandlungen im Kongress lehnte der Finanzausschuss die Einführung einer *Public Option* ab und entsprach damit den Forderungen der privaten Versicherungsanbieter. Mit der Versicherungspflicht hat die *Health Insurance Industry* schon frühzeitig eine weitere Forderungen durchgesetzt, die in der Bevölkerung sehr unpopulär ist und auch in den Überlegungen Obamas lange Zeit keine Rolle gespielt hat. Aber schon im September 2009 wurde deutlich, dass die Demokraten »already agreed to grant one of the (insurance) industry's dearest wishes: a requirement that everyone have coverage« (Abelson 2009). Die Demokraten haben schon frühzeitig akzeptiert, dass die privaten Anbieter auch nach der Reform noch die wichtigsten Akteure im Gesundheitssektor sein würden. Als Gegenleistungen akzeptierten die Versicherungsunternehmen einige staatliche Interventionen in den privaten Versicherungsmarkt. Wie wichtig den Versicherungen die Versicherungspflicht ist, zeigt auch die Reaktion auf die Debatte über die Strafgebühren, die ab 2014 gezahlt werden müssen, wenn jemand keine Versicherung abgeschlossen hat. Versicherungen zeigten sich »worried that the penalties are too low or will not be enforced«, was eventuell dazu führen würde, dass der angestrebte Abdeckungsgrad der Krankenversicherungen von 94 Prozent nicht zu erreichen wäre (Abelson 2010).

Verstärkt wurde die Kooperationsbereitschaft der zentralen privaten Akteure im Gesundheitsbereich noch durch die massive Expansion der staatlichen Programme *Medicare* und *Medicaid*. Die privaten Akteure sind hierdurch stärker abhängig vom Staat. Hierdurch entstehen starke Kooperationsanreize für private Versicherungsanbieter, die die Obama-Administration zu nutzen wusste. Der Kompromiss zwischen Regierung und Versicherungsunternehmen war ein einfaches *Quid Pro Quo*: die Akzeptanz einer stärkeren Regulierung des Versicherungsmarktes im Gegenzug zu einer Versicherungspflicht, die den Versicherungsunternehmen über 30 Millionen neue »Kunden« verschaffte.

In der frühzeitigen und erfolgreichen Einbindung dieser unterschiedlichen Interessengruppen liegt ein Grund für den Erfolg und auch für die inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsreform. Hinter verschlossenen Türen wurden zeitnahe Absprachen mit den privaten Versicherungsgesellschaften und der Pharmaindustrie getroffen, die in der öffentlichen

Debatte nicht bekannt waren. Aber während diese *Deals* hinter verschlossenen Türen getroffen worden sind, hat sich auch in der Öffentlichkeit massiver Widerstand gegen die Gesundheitsreform insgesamt und gegen spezifische Elemente derselben formiert, zum Teil auch generiert durch die Medien, die in ihrem 24/7 *News*-Geschäft immer auf der Suche nach einer interessanten Story sind. Auf der politischen Rechten formierten sich die *Tea Party* und andere Graswurzel-Bewegungen, die die gesamte Reform Obamas scheitern sehen wollten und die Progressiven in der politischen Linken operierten in erster Linie durch die Gewerkschaften, um die *Public Option* in das Reformgesetz zu bekommen. Aus der Sicht der politischen Rechten war die Gesundheitsreform der nächste Schritt in Richtung eines massiven Ausbaus des Staates. Konservative Radiomoderatoren wie Sean Hannity, Glenn Beck und Rush Limbaugh forcierten diese Angst noch erfolgreich durch ständige Attacken auf Obamas Reformkonzept, wie ein Umfrage der *New York Times* zeigt: 90 Prozent der *Tea Party*-Anhänger lehnten die Gesundheitsreform von Beginn an ab und sahen die USA unter Präsident Obama auf dem Weg in den Sozialismus (Zernike/Thee-Brenan 2010). Die politische Linke war demgegenüber weit erfolgloser bei den Versuchen, ihre Forderungen in der Öffentlichkeit zu platzieren, was zum Teil auch mit der Medienlandschaft in den USA erklärt werden kann (Skocpol/Jacobs 2010: 78). Zu den Forderungen der *Progressives* gehörte ein Strukturwandel im Gesundheitssektor, der durch die Einführung einer staatlichen Krankenversicherung eingeleitet werden sollte. Während die *Tea Party*-Bewegung ihren Protest in erster Linie in der Öffentlichkeit artikulierte, versuchten die *Progressives* durch verschiedene *Advocacy Groups* direkt auf den Entscheidungsprozess im Kongress Einfluss zu nehmen. Zu den wichtigsten Akteuren gehörten hier *MoveOn.org* und die Sammelbewegung *Health Care for America Now* (HCAN), unter deren Schirmherrschaft sich mehrere Tausend kleinere Organisationen zusammengefunden hatten. In ihrem Kampf für eine staatliche Krankenversicherung hatten die linken Gruppierungen die öffentliche Meinung auf ihrer Seite. In mehreren Umfragen zeigten sich immer wieder deutliche Mehrheiten von 60 Prozent, die sich für eine *Public Option* aussprachen. Zugleich sprach sich aber auch eine deutliche Mehrheit gegen das Reformwerk insgesamt aus (Sack/ Conelly 2009; Thee-Brenan 2010; Seelye 2009). Die Debatte um die *Public Option* ist in erster Linie ideologisch motiviert, das zeigen Daten über die Wirkungen einer staatlichen Krankenversicherung, so wie sie im Reformgesetz des Repräsentantenhauses geplant war. Nach Berechnungen des CBO hätte die *Public Option* lediglich zwei Prozent der Versicher-

ten erreicht, das sind ungefähr drei bis vier Millionen Bürger (Montgomery 2009).

Die Öffentlichkeit zeigte sich über den gesamten Zeitraum der politischen Debatte hinweg uneinig und wechselhaft, was es für die Obama-Administration schwierig machte, die Öffentlichkeit als Ressource in der Auseinandersetzung mit dem Kongress und den Interessengruppen zu mobilisieren. Zwar hat die Wirtschaftskrise dazu beigetragen, dass eine breite Mehrheit der Bevölkerung eine Reform für dringend erforderlich hielt, zugleich verunsicherte die instabile wirtschaftliche Lage aber auch, und eine Mehrzahl der Bürger versuchte den *Status quo* zu erhalten. Umfragen zeigen dann auch deutlich, dass eine Mehrheit der Befragten »angry« oder »disappointed« sein würde, sollte die Obama-Administration in der Gesundheitspolitik nicht aktiv werden und fast Zweidrittel der Befragten stimmten der Aussage zu, dass die Wirtschaftskrise den Reformbedarf noch erhöht habe (Hacker 2010: 864). Im Zentrum der Kritik steht dabei die Nicht- bzw. Unterversicherung zahlreicher US-Bürger und um dies zu beheben, zeigten sich deutliche Mehrheiten für die Einführung einer *Public Option* (Kaiser Family Foundation 2009a). Andererseits generierte die Wirtschaftskrise auch ein Gefühl von Unsicherheit unter den Befragten. Grundlegenden Strukturreformen standen die Bürger mit Skepsis gegenüber. Immer wieder zeigte sich, dass zentrale Elemente der Reform eher populär sind, ausgenommen sind hier die Versicherungspflicht, eine Versicherungssteuer und der langsame Reformprozess insgesamt. So belegen Umfragen der Kaiser Family Foundation (2009a) in der Zeit der Reformdebatte, dass 75 Prozent der Befragten befürworten würden, sollte es Versicherungsgesellschaften gesetzlich untersagt werden, Patienten aufgrund von Vorerkrankungen nicht zu versichern. Auch die in der Reform vorgesehene Einführung neuer Versicherungsmärkte (*Health Exchanges*) wurde von 70 Prozent der Befragten begrüßt (Shapiro/Jacobs 2010). So kann einerseits davon gesprochen werden, dass generell die Öffentlichkeit für eine Reform des Gesundheitssektors war, noch weiter angetrieben durch die Wirtschafts- und Finanzkrise, letztere hat aber andererseits auch zu einer großen Verunsicherung innerhalb der Bevölkerung geführt, was den erwünschten Inhalt und die Stoßrichtung einer solchen Reform angeht. Die Unsicherheit wurde erfolgreich von der konservativen Opposition gegen die Reform mobilisiert. Die gesplante öffentliche Meinung lässt sich aus der aktuellen tiefen parteipolitischen Spaltung nicht nur in der Gesundheitspolitik, der komplexen Materie und einem großen Ausmaß an Falschinformationen, die in der Öffentlichkeit kursierten, erklären (Nyhan 2010). Die Desinformationen wurden dabei bewusst von einigen politischen

Akteuren in der Öffentlichkeit platziert, um Stimmung gegen die Gesundheitsreform zu machen. Prominentestes Beispiel ist hier der so genannten *Death Panel*-Mythos. Die Debatte wurde von Betsy McCaughey gestartet, die bei *Bloomberg News* im Februar 2009 behauptete, das Konjunkturprogramm beinhalte Vorkehrungen, um die medizinische Versorgung unter staatliche Kontrolle zu bringen (McCaughey 2009). Später im Sommer 2009 erfand sie dann die Legende, dass das Gesundheitsreformgesetz, das im Kongress verhandelt wurde, Maßnahmen enthielt, mit dem Rentner dazu gebracht werden sollten »to end their life sooner« (Harrop 2009). Ihre Äußerungen bezogen sich dabei auf eine Passage im Gesetzestext, in dem Gelder für ärztliche Beratungskriterien unter dem *Medicare*-Programm zur Verfügung gestellt werden sollten. Auch wenn verschiedenen Medien zeigen konnten, dass McCaugheys Aussagen falsch waren, wiederholte sie die Behauptung in weiteren Kommentaren, und andere Experten und insbesondere Republikanische Kongressabgeordnete verwiesen immer häufiger auf dieses Argument. So behauptete beispielsweise die Republikanische Abgeordnete Virginia Foxx (North Carolina) während einer Rede im Parlament, dass der Reformplan der Demokraten »put seniors in a position of being put to death by their government« (Nyhan 2010). Die Debatte erreichte einen weiteren Höhepunkt, als die vormalige Gouverneurin von Alaska und Vizepräsidentschaftskandidatin der Republikaner bei den Präsidentschaftswahlen 2008, Sarah Palin, auf ihrer Facebook-Seite schrieb:

»The America I know and love is no tone in which my parents or my baby with Down Syndrom will have to stand in front of Obama's death panel so his bureaucrats can decide based on subjective judgment of their level of productivity in society, whether they are worthy of health care. Such a system is downright evil« (Nyhan 2010).

Um zu erklären, warum solche Mythen und Verschwörungstheorien so erfolgreich in der US-amerikanischen Öffentlichkeit platziert werden können, skizziert Jacob Hacker (2010: 870) einen Aufsatz aus dem *Harper Magazin*:

»American Politics has often been an arena for angry minds at work mainly among extreme right-wingers, who have demonstrated (...) how much political leverage can go out of the animosities and passions of a small minority (...). I call it the paranoid style simply because no other word adequately evokes the sense of heated exaggerations, suspiciousness, and conspiratorial fantasy that I have in mind« (Hofstadter 1964).

Der Artikel wurde von Richard Hofstadter Mitte der 1960er Jahre geschrieben und hat bis heute nur wenig an Erklärungskraft eingebüßt!

Trotz schwieriger Kontextbedingungen hat die Obama-Administration eine umfangreiche Gesundheitsreform durch den politischen Entscheidungsprozess gebracht. Zentral für den Erfolg war dabei die erfolgreiche Einbindung zentraler Interessengruppen, was dann auch Einfluss auf die Ausgestaltung der Reform hatte. Von vielen Seiten wird Obama kritisiert, dass er nicht stärker für eine weitreichendere Reform gekämpft habe. Zu schnell habe er sich den Interessen der privaten Versicherungsanbieter gebeugt und auch in der Auseinandersetzung mit den Republikanern habe er sich zu defensiv und kooperationsbereit gezeigt. Dies lässt allerdings die Frage offen, ob eine weitreichendere Reform überhaupt durchsetzbar gewesen wäre. Gerade im Kontext der Wirtschaftskrise hätte eine verstärkte und polarisierte Debatte, die auch gegen wichtige Interessengruppen hätte geführt werden müssen, die Zustimmung der Bevölkerung zu einer solchen umfassenden Reform eher verringert.

#### 4. *To Repeal or Not to Repeal*: Folgen und Wirkungen der Gesundheitsreform

Bereits kurz nach der Unterzeichnung der Gesundheitsreform haben die Republikaner im Kongress angekündigt alles zu tun, um die Reform wieder rückgängig zu machen. Inzwischen haben sie in einer eher symbolischen Abstimmung im Repräsentantenhaus dies mit ihrer neuen Mehrheit, die sie in den Zwischenwahlen bekommen haben, auch erfolgreich getan. Im Senat wird diese Gesetzesinitiative allerdings keinen Erfolg haben und selbst dann könnte Obama mit einem Veto auch noch eine Rücknahme der Reform verhindern. Die Republikaner wären mit Blick auf die öffentliche Meinung auch gut beraten, diese Debatte nicht weiter zu führen. In Umfragen zeigt sich, dass die Gesundheitsreform Stück für Stück populärer wird, auch wenn einige Elemente wie die Versicherungspflicht weiterhin sehr unbeliebt sind. Zugleich ist das Thema Gesundheit nicht mehr auf der Liste wichtiger politischer Probleme, was sich auf die Handlungsmotivation der Kongressabgeordneten auswirken wird. Mit der stückweisen Implementierung der Reformelemente werden auch die anderen Aspekte der Reform sichtbarer und damit populärer. Aus den anderen großen sozialpolitischen Reformen während des *New Deal* und der *Great Society* kann man lernen, dass selbst anfangs stark kritisierte Reformen eine breite Unterstützung in der Bevölkerung finden, wenn die Reformen und die implementierten Programme erst einmal wirken. Unklar scheint noch, ob und wie der *Supreme Court* zur Verfassungsmäßigkeit der Versicherungspflicht entscheiden wird. Zwei Bun-

desrichter haben inzwischen eine solche Klage in Einzelstaaten abgewiesen, zwei andere – konservative Richter – haben die Klage angenommen und die Versicherungspflicht als verfassungswidrig bezeichnet. Diese Entscheidung wird wohl vor dem *Supreme Court* landen. Und sollte das Gericht die Versicherungspflicht für verfassungswidrig erklären, wäre die gesamte Reform in Gefahr, weil das *Individual Mandate* das zentrale Element in der Reform ist, mit dem die Versicherungsgesellschaften eingebunden werden konnten. Fällt dieses, ist der Gesamtkompromiss obsolet und steht wieder zur Debatte.

Es bleibt die Frage zu beantworten, ob die Reform den Demokraten und Obama genützt oder geschadet hat. Nach momentanem Stand müsste man sagen: weder noch. Bei den Zwischenwahlen 2010, bei denen die Demokraten herbe Verluste hinnehmen mussten, hat die Gesundheitsreform keine Rolle gespielt und auch auf die Zustimmungsraten zu Obamas Amtsführung hatte das Reformgesetz kaum Einfluss, weder positiv noch negativ. Dabei muss allerdings festgehalten werden, dass eine gescheiterte Reform wohl katastrophale Folgen für die Demokraten und insbesondere Obama gehabt hätte. Die Chancen Obamas für eine zweite Amtszeit hängen weniger vom Erfolg in der Gesundheitspolitik ab, als vielmehr von der ökonomischen Entwicklung und der Zahl der Arbeitslosen. Aber eine Vielzahl von US-Bürgern hat durch die Reform nun Anspruch auf einen ausreichenden Versicherungsschutz, und das macht einen großen Unterschied.

## Literatur

- Abelson, Reed (2009): President's Speech Allays Some Fears in the Health Insurance Industry, in: *New York Times*, 10.9.2009, <http://www.nytimes.com/2009/09/11/health/policy/11insure.html> (aufgerufen am 24.1.2011).
- Abelson, Reed (2010): In Health Care Reform, Boons for Hospitals and Drug Makers, in: *New York Times*, 22.3.2010, <http://www.nytimes.com/2010/03/22/business/22bizhealth.html?adxnnl=1&pagewanted=all&adxnnlx=1296573799-Y+UaHfZdt97qiAWZallFBg> (aufgerufen am 24.1.2011).
- Alter, Jonathan (2010): *The Promise: President Obama, Year One*, New York.
- CBO (Congressional Budget Office) (2007): *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, 11.2007, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf> (aufgerufen am 24.1.2011).
- CBO (2009a): *An Analysis of Health Insurance Premiums under the Patient Protection and Affordable Care Act*, 30.11.2009, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/107xx/doc10781/11-30-Premiums.pdf> (aufgerufen am 24.1.2011).
- CBO (2009b): *H.R. 3962. Affordable Healthcare for America Act. Cost Estimates*, Washington, D.C.

- CBO (2010): H.R. 4872. Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation) (20.3.2010), <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=11379> (aufgerufen am 24.1.2011).
- DeNavas-Walt, Carmen/Proctor, Bernadette D./Smith, Jessica C. (2010): Current Population Reports P60-238: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, US Census Bureau, Washington, D.C.
- Funigiello, Phillip (2005): Chronic Politics: Health Care Security from FDR to George W. Bush, Lawrence (KS).
- Gordon, Colin (2003): Dead on Arrival: The Politics of Health Care in Twentieth Century America. Princeton (NJ).
- Gottschalk, Marie (2000): The Shadow Welfare States: Labor, Business, and the Politics of Health Care in the United State, Ithaca (NY).
- Hacker, Jacob (1997): The Road to Nowhere: The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security. Princeton (NJ).
- Hacker, Jacob (2002): The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States, New York.
- Hacker, Jacob (2010): The Road to Somewhere: Why Health Care Reform Happened, in: Perspectives on Politics 8:3, S. 861-876.
- Harrop, Froma (2009): Republicans Looking Crazy on Health Care, 30.7.2009, [http://www.realclearpolitics.com/articles/2009/07/30/republicans\\_looking\\_crazy\\_on\\_health\\_care\\_97694.html](http://www.realclearpolitics.com/articles/2009/07/30/republicans_looking_crazy_on_health_care_97694.html) (aufgerufen am 20.12.2010).
- Herszenhorn, David/Pear, Robert (2011): House Votes for Repeal of Health Law in Symbolic Act, in: New York Times, 19.1.2011, <http://www.nytimes.com/2011/01/20/health/policy/20cong.html> (aufgerufen am 24.1.2011).
- Hofstadter, Richard (1964): The Paranoid Style in American Politics, in: Harpers Magazine, November, <http://www.harpers.org/archive/1964/11/0014706> (aufgerufen am 20.12.2010).
- Huffington Post 2010: »A Big F---ing Deal«: Biden's Health Care Reform F-Bomb On Live TV, 23.3.2010, [http://www.huffingtonpost.com/2010/03/23/a-big-fucking-deal-bidens\\_n\\_509927.html](http://www.huffingtonpost.com/2010/03/23/a-big-fucking-deal-bidens_n_509927.html) (aufgerufen am 20.12.2010).
- Hulse, Carl/Herszenhorn, David M. (2009): House Democrats Seek Allies for Health Care Vote, in: New York Times, 5.11.2009, <http://www.nytimes.com/2009/11/06/health/policy/06health.html?ref=americanmedicalassociation> (aufgerufen am 24.1.2011).
- Jacobs, Lawrence R./Skocpol, Theda (2010): Health Care Reform and American Politics. What Everyone Need to Know, Oxford/New York.
- Kaiser Family Foundation (2009a): Kaiser Health Tracking Poll, 6.2009, <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7943.pdf> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Kaiser Family Foundation (2009b): Health Care Costs: A Primer, 3.2009, [http://www.kff.org/insurance/upload/7670\\_02.pdf](http://www.kff.org/insurance/upload/7670_02.pdf) (aufgerufen am 19.9.2010).
- Kaiser Family Foundation (2010a): Employer Health Benefits. Annual Survey 2010, <http://ehbs.kff.org/pdf/2010/8085.pdf> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Kaiser Family Foundation (2010b): Medicaid and the Uninsured, 9.2010, <http://www.kff.org/uninsured/upload/7806-03.pdf> (aufgerufen am 1.10.2010).

- Lammert, Christian (2010): Fighting Poverty: eine sozialpolitische Bilanz der George W. Bush-Administration, in: Söhnke Schreyer/Jürgen Wilzewski (Hrsg.), *Weltmacht in der Krise: Die USA am Ende der Ära Bush*, Trier, S. 75-108.
- Los Angeles Times (2010): What each said about the health care vote: Obama, John Boehner, Tim Kaine, Michael Steele, 22.3.2010, <http://latimesblogs.latimes.com/washington/2010/03/obama-boehner-steele-kaine-healthcare-text.html> (aufgerufen am 19.9.2010).
- McCaughey, Betsy (2009): Ruin Your Health With the Obama Stimulus Plan, Bloomberg News, 9.2.2009, <http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=newsarchive&sid=aLzfDxfbwhzs> (aufgerufen am 19.4.2011).
- Medearis, Amy (2010): Coverage vs. Cost: The US Health Care Reform in Perspective, Deutsche Bank Research. Current Topics, 20.5.2010, [http://www.dbresearch.com/PROD/DBR\\_INTERNET\\_EN-PROD/PROD000000000257645.pdf](http://www.dbresearch.com/PROD/DBR_INTERNET_EN-PROD/PROD000000000257645.pdf) (aufgerufen am 19.9.2010).
- Mettler, Suzanne (2010): Reconstituting the Submerged State: The Challenges of Social Policy Reform in the Obama Era, in: *Perspectives on Politics* 8:3, S. 803-824.
- Milbank, Dana (2009): Obama vs. the liberals: Pass the tea to the left, in: *Washington Post*, 17.12.2009, S. A02.
- Montgomery, Lori (2009): In Health Care Reform No Deficit Curve, in: *New York Times*, 30.11.2009.
- Nagourney, Adam/Zeleny, Jeff/Zernike, Kate/Cooper, Michael (2010): GOP Used Energy and Stealth to Win Seats, in: *New York Times*, 20.1.2009, [http://www.nytimes.com/2010/01/21/us/politics/21reconstruct.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2010/01/21/us/politics/21reconstruct.html?_r=1) (aufgerufen am 19. September 2010).
- Nyhan, Brendan (2010): Why the »Death Panel« Myth Wouldn't Die: The Misinformation in the Health Care Debate, in: *The Forum*, 8:1, Article 5, <http://bepress.com/forum/vol8/iss1/art5> (aufgerufen am 19. September 2010).
- Obama, Barack (2009): Remarks by the President to a joint session of Congress on Health Care, 9.9.2009, [http://www.whitehouse.gov/the\\_press\\_office/remarks-by-the-president-to-a-joint-session-of-congress-on-health-care/](http://www.whitehouse.gov/the_press_office/remarks-by-the-president-to-a-joint-session-of-congress-on-health-care/) (aufgerufen am 20.12.2010).
- Obama, Barack (2010): Remarks by the President and Vice President at Signing of the Health Insurance Reform Bill, 23.3.2010, <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/remarks-president-and-vice-president-signing-health-insurance-reform-bill> (aufgerufen am 16.8.2011).
- Quadagno, Jill (2005): *One Nation Uninsured: Why the U.S. Has No National Health Insurance*. New York.
- Sack, Kevin (2011): Federal Judge Rules that Health Care Law Violates the Constitution, in: *New York Times*, 31.1.2011, <http://www.nytimes.com/2011/02/01/us/01ruling.html> (aufgerufen am 31.1.2011).
- Sack, Kevin/Conelly, Majorie (2009): In Poll, Wide Support for Government-Run Health, in: *New York Times*, 20.6.2009, <http://www.nytimes.com/2009/06/21/health/policy/21poll.html> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Schoen, Cathy/Collins, Sara R./Kriss, Jennifer L./Doty, Michelle M. (2008): How many are Underinsured? Trends among U.S. Adults, 2003 and 2007, in: *Health Affairs* 27:4, S. 298-309.

- Seelye, Katharina Q. (2009): The Public's Opposition, in: *New York Times*, 20.12.2009, <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9D00E0D7163DF930A15751C1A96F9C8B63> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Shapiro, Robert Y./Jacobs, Lawrence (2010): Simulating Representation: Elite Mobilization and Political Power in Health Care Reform, in: *The Forum* 8:1, Article 4, <http://bepress.com/forum/vol8/iss1/art4> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Skocpol, Theda (1997): *Boomerang: Health Reform and the Turn against Government*, New York.
- Thee-Brenan, Megan (2010): Health Care Views Steady, in: *New York Times*, 22.1.2010, <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9B00E5D9173FF931A15752C0A9669D8B63> (aufgerufen am 19.9.2010).
- Tumulty, Karen/Pickert, Kate/Part, Alice (2009): What will it cost?, in: *New York Times*, 25.3.2009, <http://swampland.blogs.time.com/2009/11/30/health-bill-what-would-it-cost-me/> (aufgerufen am 24.1.2011).
- Wilson, Reid (2009): Lowden: Health Care Is Reid's Waterloo, in: *The National Journal*, 9.12.2009.
- Zernike, Kate/Thee-Brenan, Megan (2010): Poll Finds Tea Party Backers Wealthier and More Educated, in: *New York Times*, 14.4.2010, <http://www.nytimes.com/2010/04/15/us/politics/15poll.html> (aufgerufen am 19.9.2010).