

What Presidents Can Do - Der politische Einfluss von Präsidenten in der Sozial- und Gesundheitspolitik

Christian Lammert

Am 23. März 2010 unterzeichnete Barack Obama den *Patient Protection and Affordable Care Act* und hat damit eines der zentralen Wahlversprechen aus dem Jahre 2008 eingelöst: eine umfassende Reform des Gesundheitssektors in den USA. »I am not the first president to take up this cause, but I am determined to be the last.« Mit dieser mutigen Aussage hatte Obama noch am 10. September 2009 in einer Rede vor beiden Kammern des Kongresses für seine Reform geworben. Die Debatte um die Reform war gekennzeichnet von harten politischen Auseinandersetzungen um die gesamte Ausrichtung der Reform, aber auch über spezifische Einzelaspekte. Auch nach der Unterzeichnung des Reformgesetzes ist die Einschätzung des Reformwerkes keinesfalls einheitlich. Einige loben die Gesundheitsreform als größte Sozialgesetzgebung in den USA seit der *Great Society* unter der Johnson-Administration, insbesondere die politische Rechte um die *Tea Party-Bewegung* jedoch sieht die USA auf einem direkten Weg in den Sozialismus, während progressiven Demokraten die Reform nicht weit genug geht. Der erhoffte Strukturwandel - so die progressive Kritik - sei nicht vollzogen worden und die Dominanz der privaten Versicherungsanbieter erhalten geblieben. Die erhoffte Stärkung des Öffentlichen zumindest in Form einer *public option* - einer öffentlichen, bzw. staatlichen Krankenversicherung als Konkurrent auf dem Markt privater Anbieter oder gar eine Reform in Richtung eines *single payer Systems* - musste Obama im Verlauf der Reformdebatte aufgeben. Aus dieser Perspektive wird insbesondere Obamas Reformansatz als nicht weit- reichend genug und zu kompromissbereit kritisiert.

Hier stellt sich nun die Frage nach dem politischen Einfluss von Präsidenten in der Gesundheitsreformgesetzgebung im Speziellen und der Sozial- und Gesundheitspolitik im Generellen. Erst wenn diese Frage diskutiert worden ist, kann eine fundierte Einschätzung über die Rolle Obamas in der Gesundheitsreformdebatte erfolgen. Denn über die legislativen Kompetenzen des Präsidenten wird in der Forschung lebhaft diskutiert und die Debatte zeigt deutlich, welch umstrittenes Feld hier betreten wird. Dabei bietet es sich an, die Analyseperspektive auch auf andere Präsidenten auszuweiten, um die strukturellen Komponenten dieser Frage in einer solchen vergleichenden Perspektive besser erörtern zu können. So können ganz spezifische Aspekte wie beispielsweise der jeweilige

Politikstil und die Führungsqualitäten in deren Einfluss auf die politikgestaltende Rolle des Präsidenten berücksichtigt werden.

In einem ersten Schritt soll mit einem Blick in die politikwissenschaftliche Debatte die Rolle, Funktion sowie die Kompetenzen des Präsidenten in der legislativen Arena der USA untersucht werden, um hieraus die zentralen institutionellen Aspekte für die Untersuchung herauszudestillieren. Darüber hinaus muss natürlich auch etwas zu den sozial- und gesundheitspolitischen Leitbildern gesagt werden, die hinter der Politik der jeweiligen Administration stecken. Die Reformgesetzgebung kann nur vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Programmatik des jeweiligen Präsidenten analysiert werden, die die Kriterien bereit- stellt, um zu bewerten, ob der Präsident erfolgreich war, d. h. ob er mit der Re- form zentrale Elemente seiner sozial- und gesundheitspolitischen Vorstellungen hat durchsetzen können. Natürlich müssen auch die politikfeldspezifischen Kontextbedingungen und deren Einfluss auf den Handlungs- und Gestaltungsspiel- raum des Präsidenten in der Analyse thematisiert werden. Am Ende sollten dann die relevanten Kriterien erarbeitet sein, um zu bewerten, ob ein Präsident erfolg- reich, bzw. erfolglos in der Sozial- und Gesundheitspolitik agiert.

1. *Presidents in the Legislative Arena: Möglichkeiten und Grenzen präsi- dentieller Macht*

Die Verfassung der USA weist dem Präsidenten nur begrenzte legislative Kompetenzen zu. Das etablierte Prinzip der *checks and balances* schuf »a government of seperated institutions sharing power« (Neustadt 1960: 33), in dem der Kongress die alleinige Gesetzgebungsfunktion innehat und der Präsident lediglich über sein Vetorecht und die *State of the Union Adress* konstitutionell festgeschrieben in den Gesetzgebungsprozess eingreifen kann. Hieraus ergibt sich ein gewisser Zwang zur Kooperation zwischen Exekutive (Präsident) und Legislative (Kongress) um eine Gesetzesinitiative zu verabschieden. Präsidenten können erfolgreich sein, wenn ihre Interessen mit denen des Kongresses übereinstimmen (gleiche Politikpräferenzen). Die Chancen, dass der Präsident dann seine politischen Vorstellungen durchbringen kann, ist in einem solchen Fall unabhängig davon, ob der Präsident stark oder schwach ist. Interessant wird es erst, wenn es darum geht zu zeigen, dass der Präsident seine Überzeugungen und Vorschläge auch bei bestehenden Interessenunterschieden zwischen den beiden Gewalten durchsetzen kann, bzw. er in der Lage ist, eines ausreichend große politische Koalition im Kongress für seine Politik zu gewinnen. Der Präsident ist aber in der Wahrnehmung der Bürger die zentrale politische Instanz, von der erwartet wird, dass sie Politik gestaltet und auch für die Politik verantwortlich gemacht wird. Somit stehen sich hier zwei politische Institutionen gegenüber, die durch die

Verfassung zur Kooperation gezwungen sind und beide responsiv auf die Forderungen und Erwartungen der Bürger reagieren müssen, um ihre Wiederwahlinteressen zu verfolgen. Die Öffentlichkeit erwartet vom Präsidenten Führung, er soll anstehende Probleme lösen. Dazu braucht er die Unterstützung bestimmter Mehrheiten der Kongressabgeordneten, abhängig von den institutionellen Logiken und Mehrheitsregeln in den beiden Kammern.

Anhand der Debatte um die Gesundheitsreform wurden diese Mechanismen deutlich. Obama machte diese Reform bereits im Wahlkampf zu einem zentralen Thema und hat dann auch in der Folgezeit immer wieder versucht in der Öffentlichkeit Unterstützung für das Reformwerk zu erhalten. Hier stellt sich die zentrale Frage, unter welchen Bedingungen und mit welchen Strategien es dem Präsidenten gelingen kann, die beiden Kammern des Kongresses für seine Politik zu gewinnen, bzw. zumindest eine ausreichend starke Unterstützungskoalition zu bilden, um seine Reformvorstellungen auch in Gesetzestexte umzuwandeln. Als möglicher Indikator zur Messung des Erfolges der jeweiligen Präsidenten in dieser Hinsicht haben sich die *presidential success rates* etabliert, die zu erfassen versuchen, welche Gesetzesinitiativen den Kongress passiert haben, bei denen der Präsident im Vorfeld eindeutige Präferenzen formuliert hat und diese Präferenzen sich auch im Gesetz wieder finden. Eine solche rein quantitative Perspektive ist aber nur begrenzt in der Lage, Aussagen über die Durchsetzungsfähigkeit des Präsidenten zu treffen, weil aus den Daten nicht deutlich wird, welche Relevanz die jeweiligen Gesetze haben und wie sich der Kongress und die Parteien zu den Interessen und Vorstellungen des Präsidenten verhalten haben. Deshalb müssen in erster Linie Gesetze untersucht werden, bei denen der Präsident klare Interessen und Prioritäten formuliert hat und die er auch an einen Erfolg seiner Präsidentschaft geknüpft hat, bzw. die zentralen Themen in seinem Wahlkampf waren (siehe auch Covington 1987).

Insbesondere Neustadt (1960) verweist in dieser Frage auf die besondere Rolle der Öffentlichkeit, die dem Präsidenten die notwendige Unterstützung bringen kann, um ausreichend Kongressabgeordnete von seinen Politikpräferenzen zu überzeugen. Neustadt bettet dies in das breitere Konzept einer *power to persuade* ein (Neustadt 1960: 10). Der Erfolg des Präsidenten ist in dieser Perspektive in erster Linie abhängig von den Kompetenzen des Präsidenten andere zu überzeugen. Die Anderen sind dabei auf der einen Seite die Öffentlichkeit, auf der anderen Seite aber die Kongressabgeordneten. So erhalten eher informelle Einflussmechanismen einen größeren Stellenwert für einen erfolgreichen Präsidenten als die in der Verfassung genannten Instrumente. Präsidentschaftlicher Einfluss kann demnach in direkten und indirekten Druck unterteilt werden, wobei der indirekte Druck des Präsidenten auf den Kongress auf dem Umweg über die Öffentlichkeit ausgeübt wird (Pika/Maltese 2010: 222). Allerdings muss hier gleich wieder relativierend gesagt werden, dass der indirekte Druck über die Öffentlichkeit doch

sehr begrenzt ist und nur greift, wenn breite Mehrheiten sich für die Politik des Präsidenten aussprechen und eine Mehrheit des Kongresses zugleich eine andere Politik favorisiert. Zumeist ist auch die Öffentlichkeit in solchen umstrittenen Fällen gespalten und kann somit nur bedingt zur Durchsetzung oder Blockade bestimmter Politiken instrumentalisiert werden. Dies ist auch in der Debatte um die Gesundheitsreform 2010 deutlich geworden: die in weiten Teilen gesplattene und verunsicherte öffentliche Meinung ließ sich sowohl für als auch gegen eine Reform mobilisieren und interpretieren und hat damit als Machtressource des Präsidenten an Gewicht eingebüßt (Kaiser Family Foundation 2010). Anders stellte sich die Situation unter der Bush-Administration dar, als das in der Öffentlichkeit sehr populäre Rentenversicherungsprogramm *Social Security* nach den Vorschlägen der Bush-Administration teilprivatisiert werden sollte. In weiten Teilen geschlossen sprach sich die Bevölkerung gegen eine solche Reform aus, was es dem Präsidenten so nahezu unmöglich machte, seine Reformvorstellungen im Kongress durchzubringen (Lammert 2009).

Die Macht bzw. der legislative Erfolg eines Präsidenten lässt sich demnach nicht allein aus seinen konstitutionellen Kompetenzen ableiten und auch die *going public*-Mechanismen nutzen ihm nur unter bestimmten Kontextbedingungen. Zentral sind die jeweiligen politischen Strategien, mit denen die Administration versucht eine ausreichende Mehrheit im Kongress zu formieren. Eine solche zielgerichtete Beteiligung des Präsidenten an der Gesetzgebung erfordert ein hohes Maß an Wissen über die Funktionsmechanismen des politischen Prozesses in Washington, gute Kontakte in den Kongress und seine Fähigkeit durch den eigenen Politikstil Unterstützung in der Öffentlichkeit und in der Politik zu erhalten. Summieren kann man diese Fähigkeiten als Führungsqualitäten (*leadership*) des Präsidenten oder aber auch seiner Administration. Gerade in Kooperation mit dem Kongress müssen Präsidenten sensibel mit den Vorrechten des Präsidenten aber auch mit den individuellen Bedürfnissen der Kongressabgeordneten umgehen, um so ein konstruktives Diskussions- und Entscheidungsklima zu schaffen. Darüber hinaus müssen aber auch die spezifischen Akteure, Strukturen und Handlungsmechanismen des jeweiligen Politikfeldes erkannt und in die eigene Handlungsstrategie eingebaut werden. Politikfelder sind durch ganz spezifische Programmstrukturen und Interessenskonstellationen strukturiert, die maßgeblich die jeweiligen Handlungskorridore und Reformoptionen beeinflussen. Hier muss der Präsident Handlungsbarrieren frühzeitig erkennen können und zugleich die zentralen Akteure und Interessen in die Reformdebatte integrieren.

Dabei kann der Präsident natürlich auf ganz unterschiedliche Verhaltensmuster zurückgreifen, um die nötige Unterstützung für seine Position zu erhalten. Der jeweilige Erfolg ist dabei abhängig von kontextuellen Faktoren und der Fähigkeit des Präsidenten bzw. seines Beraterstabes im jeweiligen Kontext die richtige Strategie einzusetzen. Die Verhaltensmuster können dabei eher konfrontativ

oder auf Kooperation ausgerichtet sein, um insbesondere die Unterstützung individueller Abgeordneter zu gewinnen, die für die jeweilige Gesetzgebung relevant sind. Hier muss nun nach den Ressourcen gefragt werden, die Präsidenten in solchen Verhandlungen einsetzen können. Aus der Forschung zur legislativen Rolle des Präsidenten lassen sich mehre Faktoren herausdestillieren, die hier relevant sind. Natürlich spielt die parteipolitische und ideologische Ausrichtung, Größe und Geschlossenheit der Kongressparteien eine Rolle für die Erfolgchancen des Präsidenten. Auch wenn die Parteibindungen in den USA weit schwächer als im europäischen Kontext ausgeprägt sind und die Abgeordneten in nur geringer Weise an irgendwelche Formen einer Fraktionsdisziplin bei ihren Entscheidungen gebunden sind, konnte Edwards doch zeigen, dass Präsidenten generell stärker von Abgeordneten der eigenen Partei unterstützt werden (Edwards 1989).

Allerdings dürfen hier ein paar Faktoren nicht außer Acht gelassen werden, die dem Präsidenten eine quasi automatische Unterstützung von Abgeordneten der eigenen Partei nicht zusichert: die Wiederwahlinteressen des Kandidaten und die damit eng verbundene Verpflichtung der Abgeordneten gegenüber ihrem Wahlkreis, die die Parteiloyalität im Zweifelsfalls zweitrangig werden lässt. Zudem sind die Fraktionen in den USA in vielen Fällen ideologisch sehr heterogen ausgerichtet. In der Demokratischen Fraktion reicht das Spektrum vom progressiven Flügel bis zu den *blue dog democrats*, dem fiskalkonservativen Flügel der Partei. Ähnlich ideologisch heterogen ist auch die Fraktion der Republikaner. Die ideologische Zusammensetzung, Ausrichtung und Geschlossenheit der Fraktionen wechselt von Wahl zu Wahl und ist maßgeblich für die Erfolgsaussichten des Präsidenten in der legislativen Arena. Deutlich wurde dies in der jüngsten Gesundheitsreform, als der fiskalkonservative Flügel der Demokraten sich reserviert gegenüber den Plänen des Präsidenten zeigte, solange die Reform nicht eindeutig zu einer Reduzierung der Haushaltsausgaben führen würde. Der progressive Flügel demgegenüber plädierte für eine weiterreichende Strukturreform im Gesundheitswesen und die Einführung eine *public option*. Obama musste hier eine Kompromisslösung präsentieren, die beide Flügel nicht so weit entfremdete, dass eine Mehrheit nicht mehr möglich wurde. Hier wird deutlich, dass die Unterstützung von Gesetzesinitiativen auch abhängig ist von den jeweiligen Themen. Bond und Fleisher argumentieren, dass die Kongressfraktionen den Präsidenten eher in Fragen der Außenpolitik unterstützen und nicht in innenpolitischen Reformvorhaben (Bond/Fleisher 1990: 171 ff). Zudem sehen Bond und Fleisher die Demokraten als kompromissfreudiger in der Rolle der Oppositionspartei, während die Republikaner eher eine Blockadepolitik betreiben. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass der Präsident in den meisten Fällen aufgrund der parteipolitischen Zusammensetzung der beiden Kammern des Kongresses und der fehlenden Fraktionsdisziplin im Kongress auf eine überparteiliche Reformkoalition angewiesen ist. Bond und Fleisher sehen dann den Erfolg

des Präsidenten in erster Linie als »a function of the partisan and ideological make up of Congress« (Bond/Fleisher 1990: 221).

Desweiteren hat auch die Unterstützung der Politik des Präsidenten in der Öffentlichkeit und der Zuspruch zur Amtsführung des Präsidenten Einfluss auf seine Verhandlungsposition, auch wenn Studien keinen direkten Zusammenhang zwischen der Popularität des Präsidenten und dem Abstimmungsverhalten der Kongressabgeordneten haben aufzeigen können (Edwards 1989: 124; Bond/Fleisher 1990: 182). Trotzdem erhöht die Popularität die Verhandlungskapazitäten des Präsidenten, hier kommt es dann auf das Timing der Gesetzesinitiativen an. In den ersten beiden Amtsjahren hat der Präsident noch einen Vertrauensvorschluss durch die gewonnenen Wahlen, den er in die Verhandlungen mit dem Kongress einbringen kann. Populäre Präsidenten sind auch eher in der Lage den Kongressabgeordneten im Gegenzug zur Unterstützung einer Gesetzesinitiative Wahlkampfhilfe in Aussicht zu stellen. Ein weiterer wichtiger Faktor, der auch in erster Linie zum informellen Bereich zu zählen ist, betrifft den Handlungsstil des Präsidenten gegenüber dem Kongress, also die Formen der Interaktion zwischen den beiden Gewalten. Wie weit beteiligt sich der Präsident an der Gesetzgebung, die laut Verfassung allein dem Kongress obliegt (Wayne 1978: 166)? In den Medien werden auch immer die persönlichen Beziehungen zwischen dem Präsidenten und einflussreichen Politikern im Kongress thematisiert. Allerdings sagt die Forschung wenig über die Relevanz solcher persönlicher Beziehungen, auch wenn Präsidenten hier ganz unterschiedlichen Strategien folgten: Bush delegierte den Kontakt des Weißen Hauses mit dem Kongress weitgehend an seine Mitarbeiter, während Obama insbesondere zu Beginn seiner Amtszeit mehrfach die Spitzenpolitiker beider Parteien im Kongress zu persönlichen Gesprächen ins Weißes Haus eingeladen hat.

Aus dieser kursorischen Übersicht wird bereits deutlich, dass der situative Kontext des Gesetzgebungsprozesses ganz zentral ist. Der Präsident muss diesen jeweiligen Kontext erkennen, analysieren und daraus eine Strategie für seine legislative Rolle ableiten können. Dabei spielen die etablierten Institutionen und Prozesse eine zentrale Rolle. Daneben muss aber auch die öffentliche Meinung berücksichtigt werden, ebenso wie soziale und ökonomische Kontextfaktoren. Dies ist insbesondere in der Gesundheits- und Sozialpolitik wichtig. In der Forschung stehen sich noch immer zwei Positionen gegenüber: Auf der einen Seite werden die eben genannten Faktoren stark gemacht, der jeweilige Kontext ist demnach entscheidender für die legislative Kompetenz des Präsidenten als persönliche Qualifikationen (Edwards 1989). Bond und Fleisher demgegenüber sehen die Konstellationen im Kongress als entscheidend an: insbesondere die ideologische und parteipolitische Zusammensetzung der beiden Kammern (Bond/Fleisher 1990). Eine eher vermittelnde Position findet sich bei Peterson (Peterson 1990), der vier wichtige Kontexte nennt, die über die legislative Kapa-

zität des Präsidenten mitbestimmen. Der institutionelle Kontext, auf den der Präsident relativ wenig Einfluss hat. Hierzu gehören die institutionellen Eigenschaften, also das etablierte System der *checks and balances*, ebenso wie Parteien und Interessengruppen. Zum eher dehnbaren Kontext zählen bei Peterson die dynamischen politischen Bedingungen wie Wahlen und die jeweilige Wirtschaftssituation, die der Präsident zwar beeinflussen aber keinesfalls kontrollieren kann. Letztendlich dann noch der *policy*-Kontext. Hier kann der Präsident durch *agenda-setting* strategisch wichtige Entscheidungen treffen. Ganz wichtig in diesem Kontext ist es, ob die Gesetzesinitiative eher konsensuale oder konfliktive Themen umfasst. Entscheidend ist dann aber der individuelle Kontext des Präsidenten, der stark durch die Person, die Amtsführung und das Beraterfeld bestimmt wird. Hier müssen die Möglichkeiten der genannten Kontextebenen eruiert, erkannt und mit der passenden Handlungsstrategie verbunden werden.

2. *Begrenzungen im Bereich der Sozialpolitik*

Es wurde bereits darauf hin argumentiert, dass der Einfluss des Präsidenten im legislativen Prozess auch von spezifischen Bedingungen des jeweiligen Politikfeldes abhängt. Die Sozial- und Gesundheitspolitik gehört nach Theodore Lowis Typologie von *policy*-Arenen zur redistributiven Politik (Lowi 1964). Solche Politikfelder sind gekennzeichnet von langfristigen Entwicklungs- und Verteilungsmustern, sie beinhalten ideologische Konflikte um die Verteilung und um die Rolle des Staates und sind bestimmt von starken Gruppeninteressen. Diese Faktoren haben eine stark polarisierende Wirkung im politischen Konflikt, was die Koalitionsbildung extrem erschwert, insbesondere wenn überparteiliche Koalitionen notwendig sind. Die konfliktiven Spannungsmuster resultieren in erster Linie daraus, dass redistributive Politiken einen starken Einfluss auf die Gesellschaft ausüben. Sie beinhalten den Transfer von Ressourcen (Wohlstand und Einkommen) von einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe zu einer anderen. Sie erfordern Zwang, sind öffentlich sichtbar und zumeist verbunden mit sozialen oder klassenbasierten Konflikten (Pika/Maltese 2010: 336).

Mit der Herausbildung des Wohlfahrtsstaates in den USA seit der *New Deal*-Gesetzgebung in den 1930er Jahren hat sich dieses Politikfeld stark zentralisiert. Große Programme wie die Rentenversicherung sind bundesweit implementiert und werden auch von der Bundesregierung finanziert und verwaltet. Eine solche Zentralisierung stärkt dann auch die Rolle des Präsidenten gegenüber dem Kongress in dem Politikfeld. Allerdings ist die Sozial- und Gesundheitspolitik auch dominiert von starken Interessengruppen, die sich auf der einen Seite um die klassische *cleavage*-Struktur Kapital und Arbeit gruppieren und bei denen Umverteilungsaspekte zentral sind. Auf der anderen Seite formieren sich um etab-

lierte Sozial- und Gesundheitsprogramme auch starke und zum Teil sehr einflussreiche Verteidigungscoalitionen um die Leistungsempfänger herum. *Social Security*, die Rentenversicherung in den USA ist hier wohl das prominenteste Beispiel. Die *American Association of Retired Persons (AARP)* als Interessengruppe der Rentner ist inzwischen zu einem der mächtigsten Interessengruppen in den USA aufgestiegen und vertritt die Interessen einer großen Anzahl von Wählern, auf die der Präsident und auch die Kongressabgeordneten Rücksicht nehmen müssen (Campbell 2003). Zusätzlich sind zentrale Bereiche der amerikanischen Sozialpolitik stark dominiert von privaten wirtschaftlichen Interessen. Die öffentliche Versorgungslücke, die die *New Deal*-Gesetzgebung im Gesundheitsbereich hinterließ, wurde schnell von privaten Akteuren aufgefüllt, die auch die Reformmöglichkeiten in diesem Politikfeld maßgeblich mitbestimmen. Hierzu gehören insbesondere Unternehmen, die für ihre Angestellten Krankenversicherungen zur Verfügung stellen, aber auch die mächtige Pharmaindustrie und natürlich die privaten Versicherungsgesellschaften. Zusammen mit der *American Medical Association* ist es diesen privaten Akteuren immer gelungen, einen öffentlichen Ausbau der Gesundheitsversorgung zu verhindern (Quadagno 2005). Auch die Einführung von *Medicare* und *Medicaid* passt in dieses Entwicklungsmuster, weil mit diesen beiden staatlichen Gesundheitsprogrammen in erster Linie Bevölkerungsgruppen (Arme und Rentner) krankenversichert werden, die auf dem privaten Markt wenig lukrativ sind. Insbesondere die Sozial- und Gesundheitspolitik ist also dominiert von starken Interessengruppen und -gegensätzen, die eine konsensuale Politikformulierung erschweren. Und auch die parteipolitischen Differenzen sind in diesem redistributiven Politikfeld stark ausgeprägt und erschweren die Koalitionsbildung über die Parteigrenzen hinweg. Als *agenda-setter* muss der Präsident also nicht nur starke und einflussreiche Interessengruppen in eine Reformkoalition einbinden, er hat es zugleich immer mit einer starken Opposition zu tun. Zudem muss er die Öffentlichkeit von seiner Reforminitiative überzeugen. Dabei hilft der soziale und ökonomische Kontext, der die Notwendigkeit der Reformen untermauert, aber auch die Glaubwürdigkeit der präsidentiellen Initiative, also die Einbettung der Reform in einen übergeordneten Reformansatz im jeweiligen Politikfeld. Und hier haben sich die letzten drei Präsidenten in den USA in ihrer Konzeptionalisierung und Einbettung in einen breiteren ideologischen Rahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik doch deutlich voneinander unterschieden.

3. *Präsident Obamas Ansatz in der Sozialpolitik*

Obama kam 2008 in das Weiße Haus mit einer sozialpolitischen Agenda, die darauf abzielt, die etablierten Muster des *submerged state* (Mettler 2010: 803) in

der Sozial- und Gesundheitspolitik neu zu justieren. Mettler versteht dabei unter dem *submerged state* die Vielzahl von staatlichen Anreizen und Subventionen an die Bürger, um sich privat gegen soziale Risiken abzusichern. Christoph Howard hat diesen sozialpolitischen Bereich auch als »hidden welfare state«, bzw. »the welfare state that nobody knows« (Howard 1999; 2007) beschrieben. Die öffentlichen sozialpolitischen Leistungen des Staates, die über das Steuersystem generiert werden, ließen sich nur schwer nachvollziehen und insbesondere keinen direkten Bezug des Bürgers zum Wohlfahrtsstaat herstellen, um so dessen Legitimität zu erhöhen. Obamas sozial- und gesundheitspolitische Agenda zielte darauf, das Politikfeld wieder inklusiver und responsiver mit Blick auf die Bedürfnisse der Bürger auszurichten (Mettler 2010: 818). Damit sollten zugleich die Umverteilungsmechanismen der Systeme verändert werden, die in der etablierten Variante zu einem Großteil in Richtung höherer Einkommen umverteilt. Ein solcher Ansatz erfordert die Neukonstituierung etablierter Beziehungen zwischen dem Staat und bestimmter ökonomischer Gruppierungen und es zeigte sich schnell, dass die Profiteure des etablierten Systems kein Interesse daran hatten, die bestehenden Strukturen zu ändern. Zugleich fehlte eine öffentliche Unterstützung für Obamas Reformansatz, eben gerade weil die etablierten Muster nicht leicht sichtbar und für jeden nachvollziehbar sind. Sozial- und Gesundheitsleistungen, die steuerlich subventioniert und über private Märkte generiert werden, wie dies in der Gesundheitspolitik der Fall ist, werden vom Bürger ausschließlich dem Markt zugeschrieben. Insgesamt zeigt sich aber, dass die sozial- und gesundheitspolitischen Reformen der Obama-Administration den *submerged state* eher erweitern als begrenzen. Zwar wurden Subventionen für Banken gestrichen, wenn diese Studienkredite verteilen und auch einige Subventionen im Gesundheitssektor wurden eingeschränkt (*cadillac plans* ab 2018) und zugleich die staatliche Regulierung des privaten Gesundheitsmarktes ausgeweitet. Aber in vielen Bereichen wird der *submerged state* noch ausgeweitet: So bei den neu implementierten *Making Work Pay Tax Credit* und dem *American Opportunity Education Tax Credit*. Zugleich werden bestehende Steuersubventionen ausgebaut, auch und insbesondere im Gesundheitssektor, wo viele Bürger durch die Reform noch verstärkt Steuersubventionen in Anspruch nehmen können (Mettler 2010: 819). Obamas ambitionierter Reformansatz in der Gesundheits- und Sozialpolitik erscheint so eher als ein pragmatischer Ansatz, um wenigstens die größten Missstände im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich anzugehen, auch zu dem Preis, dass dadurch die etablierten Muster des *submerged state* in Teilen noch ausgebaut werden.

Obamas Amtsvorgänger George W. Bush und auch Bill Clinton bettetten ihre sozial- und gesundheitspolitische Reformagenda in einen anderen ideologischen Rahmen. Bill Clinton hatte seinen Wahlkampf 1992 in erster Linie auf wirtschaftspolitische Themen und Fragen ausgerichtet und sah dabei in der Wirt-

schaftspolitik das geeignete Instrument, um auch den Lebensstandard der Bürger zu erhöhen (Schreyer 2000). Programmatisch orientierte sich Clinton dabei an den Ideen, die in Europa bereits von Tony Blair vorgedacht wurden und unter der Überschrift des Dritten Weges diskutiert wurden. Auch hier sollte ein neuer Sozialvertrag zwischen den Bürgern und dem Staat geschaffen werden, in dessen Zentrum die Verbindung von Rechten (*rights*) und Pflichten (*responsibilities*) stand. Staatliche Leistungen sollten dabei stärker auf die Interessen der Allgemeinheit zugeschnitten werden und zu einer effektiveren Verteilung staatlicher Leistungen führen (Schreyer 2000). Starke wirtschaftspolitische Motive und Elemente finden sich dann sowohl in der Sozialhilfereform von 1996 als auch in der versuchten Gesundheitsreform zu Beginn der ersten Amtszeit der Clinton-Administration.

George W. Bush demgegenüber hat seine sozial- und gesundheitspolitische Reformagenda ideologisch in die Konzepte der *ownership-society* und des *compassionate conservatism* gestellt. Im Kern ging es der Bush-Administration um einen Rückzug staatlicher Verantwortung im Sozial- und Gesundheitsbereich bei gleichzeitiger Stärkung gesellschaftlicher und privater Elemente in der Sozialpolitik. Dem Staat kommt weniger die Funktion zu, den auf dem Markt erzielten Wohlstand nach bestimmten Prinzipien umzuverteilen. Der Staat solle vielmehr dem Bürger dabei helfen, dass er sich selber in die Lage versetzen kann, um ausreichend Wohlstand auf dem freien Markt zu erzielen (Lammert 2010: 84). Sozialpolitik hatte dabei eine stark dezentrale Ausrichtung, weil nur so bürgernah auf der kommunalen Ebene die Probleme der Bürger bearbeitet werden können. Mit dem Konzept der *ownership-society* verbindet sich darüber hinaus der Ansatz, dass Privatbesitz in Form von Hausbesitz und privaten Ansparkonten für die Altersabsicherung ein besseres Instrument gegen soziale Risiken darstelle als staatliche Hilfsprogramme.

An den unterschiedlichen sozialpolitischen Leitbildern, die hinter den drei hier genannten Präsidenten stehen, wird schon deutlich, dass es einen Unterschied macht, wer nun im Weißen Haus sitzt. Daran schließen sich aber die Fragen an, ob die spezifischen Reformen im sozialpolitischen Bereich auch diesen Leitbildern entsprechen und inwiefern der jeweilige Präsident auch in der Lage ist, diese Vorstellungen im politischen Prozess durchzubringen.

4. Vergleich zwischen Obama, Bush und Clinton

In dem hier abgesteckten Rahmen können keinesfalls alle sozial- und gesundheitspolitischen Reformen der letzten drei Administrationen analysiert werden. Exemplarisch sollen einige große Reformen in den Vergleich einbezogen werden, die auch in den jeweiligen Wahlkämpfen eine bedeutende Rolle gespielt ha-

ben und mit denen die Präsidenten auch den Erfolg oder Misserfolg ihrer Präsidentschaft verbunden haben. Zu diesen Reformen gehören in der Clinton-Administration die gescheiterte Gesundheitsreform (Hacker 1997) sowie die Reform der Sozialhilfegesetzgebung 1996, in der Bush-Administration der gescheiterte Versuch der Teilprivatisierung von *Social Security* (Diamond/Orszag 2005) und natürlich die jüngste Gesundheitsreform der Obama-Administration (Skocpol/Jacobs 2010). Dabei muss zu Beginn wenigstens erwähnt werden, dass all diese Reformen im Kontext von Kürzungen und Umbauprozessen der entwickelten Wohlfahrtssysteme im OECD-Bereich seit den 1980er Jahre stattfinden, die in ihrer Dynamik auf den Verlauf und den Ausgang der Reformen mitberücksichtigt werden müssen.

Alle drei hier analysierten Präsidenten haben sozialpolitische Themen bereits in ihren Wahlkämpfen ganz oben auf der politischen Prioritätenliste angesiedelt. Clinton ging mit dem Slogan: »Ending Welfare as We Know it« in den Wahlkampf und kündigte zugleich eine Reform des Gesundheitssektor an. George W Bush hatte auch schon im Wahlkampf zu seiner ersten Amtszeit die Reform von *Social Security* als eines der zentralen Aspekte seiner Präsidentschaft eingeführt, die Anschläge vom 11 September 2001 haben dieses Reformvorhaben dann aber in seine zweite Amtszeit geschoben. Aber auch im Wahlkampf zu seiner zweiten Amtszeit machte Bush erneut deutlich, wie wichtig ihm diese Reform für den Erfolg seiner Präsidentschaft sei. Unter den vier wichtigen Reformen, die hier im Blick liegen, sind zwei gescheitert und zwei haben erfolgreich den Kongress passiert. Zu den Erfolgen zählt die Sozialhilfereform unter der Clinton-Administration und die Gesundheitsreform der Obama-Administration, als gescheitert gelten Clintons Gesundheitsreform und Bushs' Versuch einer Privatisierung von *Social Security*. Die Frage die sich nun stellt, ist was die Erfolge und Misserfolge generell über die Möglichkeit sozialpolitischer Neuerungen in den USA und insbesondere über den Einfluss der Präsidenten auf den Erfolg/Misserfolg der Reformen aussagen und welche Faktoren das präsidentielle Handeln beeinflussen.

Parteilpolitische Mehrheiten im Kongress scheinen nur eine begrenzte Erklärungskraft für den Erfolg oder den Misserfolge einer präsidentiellen Initiative zu haben. Clintons Gesundheitsreform und Bushs' Rentenreform scheiterten unter den Bedingungen eines *unfied governemnts*, bei dem die Partei des Präsidenten auch eine Mehrheit im Kongress hat. Obama demgegenüber hat seine Reform unter ebensolchen Bedingungen durchsetzen können. Clintons Reform der Sozialhilfe ist unter den Bedingungen von *divided government* zustande gekommen, beinhaltet aber auch zentrale Forderungen und Vorstellungen der Republikanischen Partei und kann somit eher als ein Kompromiss zwischen den Vorstellungen des Präsidenten und der Führung der Republikanischen Partei im Kongress beschrieben werden. Die gescheiterte Reform von *Social Security* trotz einer

stabilen Republikanischen Mehrheit im Kongress lässt sich mit den spezifischen Konstellationen im Rentenversicherungsbereich erklären. Das populäre und auch effektive Rentenversicherungsprogramm, das bereits mit der *New Deal*-Gesetzgebung in den 1930er Jahren implementiert worden ist, hat über die Zeit eine breite Unterstützerkoalition hervorgerufen, die inzwischen auch mit der *AARP* (vormals *American Association of Retired People*) über eine sehr einflussreiche Lobbygruppe verfügt, die erfolgreich gegen die Reformpläne der Bush-Administration mobilisiert hat. Die Bevölkerung teilte zwar die krisenhafte Einschätzung der Finanzierungssituation im Rentenversicherungsbereich, die die Bush-Administration zur Illustration der Notwendigkeit ein Reform zu nutzen versuchte, aber Bush konnte die Bevölkerung nicht für eine Teilprivatisierung überzeugen (Lammert 2009). Im Gegensatz zu den beiden Gesundheitsreformen fehlte der Reformagenda so die notwendige Dramatik, die erst durch die Bush-Administration geschaffen werden musste, mit wenig Erfolg, wie sich aus der öffentlichen Meinung ablesen lässt.

Erfolgreicher war die Clinton-Administration bei der Verabschiedung der Sozialhilfereform Mitte der 1990er Jahre, obwohl die Kontextbedingungen nach der gescheiterten Gesundheitsreform und einer starken Opposition in der eigenen Partei gegen eine Reform des Wohlfahrtsektors als eher schlecht gelten mussten. Clinton Reformvorschlag sah eine Kombination von Verschärfungen für den Bezug von Sozialhilfeleistungen mit dem Ausbau der Hilfeleistungen vor (Schreyer 2000). Clintons eher konservativer Reformvorschlag bot den Republikanern die Möglichkeit, ihre Reformvorstellungen stärker einzubringen, ohne als allzu konservativ und radikal zu erscheinen. Clinton belegte zwar einen ersten Vorschlag der Republikaner mit einem Veto, es gelang aber dem Weißen Haus in der Auseinandersetzung mit den Republikanern eine Kompromisslösung zu erzielen und so kündigte Clinton an, er würde den *Personal Responsibility and Work Opportunity Act* unterzeichnen. Im Bereich der Sozialhilfe spielen Interessengruppen eine weit weniger gewichtige Rolle als in der Gesundheits- und Rentenpolitik. Die Empfänger solcher Leistungen sind politisch kaum organisiert und haben keine starke Lobbygruppe in Washington. Zudem war es den Republikanern mit Unterstützung mehrere konservativer *think tanks* und auch den Medien gelungen, die Legitimation des Sozialhilfebereichs dermaßen zu unterminieren, dass sich auch die breite Öffentlichkeit deutlich für eine grundlegende Reform aussprach. So konnte sich außerhalb der Parteienkonkurrenz keine ernsthafte Anti-Reform Koalition bilden, die die Reform hätte verhindern können.

Interessant scheint bei der hier zugrundeliegenden Fragestellung der Vergleich der beiden Gesundheitsreformen unter Clinton und Obama. Zwei Demokratische Präsidenten, mit vergleichbaren prekären Mehrheiten im Kongress und ähnlichen sozialen und ökonomischen Kontextfaktoren. Beide Präsidenten operierten mit ihren Reformplänen in einem stark fragmentierten Politikfeld mit einflussreichen

und mächtigen Interessengruppen in Form von privaten Versicherungsgesellschaften und der Pharmaindustrie, die sich traditionell gegen eine weitreichende und strukturelle Reform des privaten Versicherungsmarktes aussprachen (Skocpol 1997). Trotz dieser gemeinsamen Kontextbedingungen scheiterte Clinton mit seinem Reformversuch, was in der Forschung zumeist damit erklärt wird, dass Clintons Reformvorstellungen zu weitreichend waren und er zu wenig Kompromissbereitschaft zeigte, um eine breiter Reformkoalition zu bilden. Noch zu Beginn seiner ersten Amtszeit schien eine Reform möglich (Peterson 1998: 221, Hacker 2001: 63), zu hoch war der Problemdruck im Gesundheitssektor, der sich durch steigende Zahlen von Nicht-Versicherten und einer Kostenexplosion im Gesundheitssektor sowohl bei den Gesamtausgaben als auch bei den Versicherungsprämien zeigte. Dieser Problemdruck hat sich dann bis zur Gesundheitsreform Obamas noch drastisch verschärft, was sicherlich mit dafür verantwortlich gemacht werden kann, warum Obama mit seiner Reform erfolgreich war. Sowohl bei Clinton als auch bei Obama öffnete sich demnach das *window of opportunity* für eine grundlegende Gesundheitsreform als Folge veränderter Verteilungswirkungen im Gesundheitssektor, in deren Folge sich die Präferenzen und Einstellungen einiger der zentralen Akteure und Interessengruppen im System verändert haben und die Akzeptanz einer Sicherung des Status Quo zurück gegangen war. Dies eröffnete einen politischen Reformspielraum. Auch wenn die öffentlichen Einstellungsmuster in beiden Fällen erstaunliche Gemeinsamkeiten aufweisen, war die Reformbereitschaft der einflussreichen Interessengruppen im Gesundheitssektor unter der Obama-Administration größer. Dieser Kontextvorteil wurde noch verstärkt durch Obamas inklusive Reformstrategie und das strikte Timing des Reformprozesses. In einem Punkt hatte Obama es schwieriger als Clinton: in der Möglichkeit eine ausreichend große Reformkoalition im Kongress zu bilden. Die inhaltliche und ideologische Kohärenz der beiden Fraktionen im Kongress erschwerte die überparteiliche Koalitionsbildung in den beiden Kammern des Kongresses, demgegenüber konnte sich Obama aber in weit stärkerem Maße auf die Unterstützung der Fraktionen der Demokraten im Kongress verlassen.

Als *agenda-setter* haben Clinton und Obama die *opportunity structures* zu einer Reform unterschiedlich genutzt. Clintons Reformpläne hätten nicht nur den Status Quo im Gesundheitssektor verändert, zugleich wären einige Grundprinzipien des US-amerikanischen Wohlfahrtsmodells in Frage gestellt worden. Der stark regulierende und präzise Plan der Clinton-Administration, in Verbindung mit einem sehr exklusiven Reformansatz, der die wichtigen Interessengruppen von den Reformverhandlungen weitgehend ausgeschlossen hat, führte in Kombination mit verzögerten Zeitplänen zur Formierung einer starken und einflussreichen Koalition von Reformgegnern, die dann im Endeffekt die Reform blockiert und verhindert haben. Obama und auch die Demokratische Fraktion haben

aus diesen Fehlern gelernt und daraus eine sehr pragmatische Reformstrategie abgeleitet, in der das relative kurze Reformfenster effektiv genutzt wurde, um eine stabile Reformkoalition unter den wichtigen Interessen im Gesundheitssektor zu bilden. Im Endeffekt hat die flexible Reformstrategie der Obama-Administration zwar die Reichweite der Reformagenda begrenzt, so aber zugleich die Reform ermöglicht.

5. Fazit

Insgesamt zeigt der Vergleich der Reformen in der Sozial- und Gesundheitspolitik der letzten drei Präsidenten in den USA, dass Präsidenten einen erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung dieses Politikfeldes ausüben. Zum einen als *agenda-setter* mit ganz unterschiedlichen sozial- und gesundheitspolitischen Zielvorstellungen. Jeder der drei Präsidenten hat dabei die Reform zentraler sozial- und gesundheitspolitischer Bereiche und Programme zu zentralen Elementen seiner Präsidentschaft gemacht und diese spielten auch bereits in den Wahlkämpfen eine ganz dominante Rolle, so dass sich die Präsidentschaften dann auch an den Erfolgen, bzw. Misserfolgen bei diesen Reformen messen lassen mussten. Dabei liegen den Reformen ganz unterschiedliche sozialpolitische Vorstellungen zugrunde, die dann auch in den Reformen mehr oder weniger deutlich durchgesetzt werden können. Inwieweit sich Präsidenten dann im politischen Prozess durchsetzen können, liegt zum ersten an den spezifischen Konstellationen des Reformfeldes, den vorliegenden Programmstrukturen und Interessenkonstellationen, die den Reformspielraum maßgeblich mitbestimmen. Darüber hinaus sind die Erfolgsaussichten eines Präsidenten aber abhängig von dessen Fähigkeiten, mit einer erfolgreichen Strategie auf diese unterschiedlichen Kontextbedingungen im Politikfeld zu reagieren. Dazu gehören eine passende *framing* der Reformdebatte, um auch die Öffentlichkeit von der Notwendigkeit einer Reform zu überzeugen, aber auch ein gutes *timing* des Reformprozesses, um die oftmals zeitlich begrenzten Reformfenster zu nutzen und so die Formierung einer breiten Koalition von Reformgegnern zu verhindern. Letztendlich muss der Präsident darüber hinaus auch in der Lage sein, eine breite Reformkoalition zu etablieren, die nicht nur die notwendige Mehrheit im Kongress garantiert, sondern auch die zentralen Interessengruppen einbindet, die ansonsten als Vetopunkte im politisch fragmentierten System der USA effektiv weitreichende Reformen verhindern können.

Obama hat dies bereits frühzeitig erkannt und in seinen Reformansatz integriert. Schon zu Beginn der Reformverhandlungen ist er den mächtigen Interessen der Pharma- und Versicherungsindustrie entgegengekommen und hat mit ihnen einen Kompromiss ausgehandelt, der im Gegenzug für eine stärkere staatli-

che Regulierung der privaten Versicherungsmärkte eine Versicherungspflicht einführt, die den Versicherungsgesellschaften über 30 Millionen neue Kunden sichern wird. Dass ein überparteilicher Kompromiss mit Teilen der Republikaner im Kontext der parteipolitischen Polarisierung im Kongress kaum zu erwarten war, hat Obama frühzeitig erkannt, auch wenn er auf einer symbolischen Ebene immer wieder zur Zusammenarbeit aufgerufen hat. Mit dieser Strategie konnte die Obama-Administration im Gegensatz zu den beiden vorherigen Administrationen eine Reform im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich durchsetzen, die in weiten Teilen mit der sozial- und gesundheitspolitischen Grundüberzeugungen übereinstimmen, auch wenn Obama natürlich einige seiner Reformvorstellungen, wie beispielsweise die Einführung einer *public option* nicht hat durchsetzen können.

Literaturverzeichnis

- BETTELHEIM, ADRIEL, 2005: Bush's Rough Choice on Social Security: Backtrack or Take Flag?, CQ Weekly, 07.03.2005.
- BOND, JON R./FLEISHER, RICHARD, 1990: The President in the Legislative Arena, Chicago.
- CAMPBELL, ANDREA LOUISE, 2003: How Policies Make Citizens. Senior Political Activism and the American Welfare State, Princeton.
- COVINGTON, Gary R., 1987: 'Staying Private': Gaining Congressional Support for Unpublicized Presidential Preferences in Roll Call Votes, in: Journal of Politics, Vol. 49, No. 3, 737-755.
- DIAMOND PETER A./PETER R. ORSZAG, 2005: Saving Social Security: A Balanced Approach, Washington, D.C.
- EDWARDS III, GEORGE C., 1989: At the Margins: Presidential Leadership of Congress, New Haven.
- ESBAUGH-SOHA, Mathew /Peake, Jeffrey S., 2006: The Contemporary Presidency: 'Going Local' to Reform on Social Security, in: Presidential Studies Quarterly, Vol. 36, 689-705.
- HACKER, Jacob, 1997: The Road to Nowhere: The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security, Princeton.
- HOWARD, CHRISTOPHER, 1999: The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States, Princeton.
- HOWARD, CHRISTOPHER, 2007: The Welfare State Nobody Knows. Debunking Myths about U.S. Social Policy, Princeton.
- KAISER FAMILY FOUNDATION, 2010: Kaiser Health Tracking Poll (7.-12. Januar 2010), <<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8042-C.pdf>> (01.10.2011).
- LAMMERT, CHRISTIAN, 2009: Social Security under Pressure. Privatisierung und Alterssicherung unter George W, Bush, ZENAF Forschungs- und Arbeitspapiere (ZAF) 02/09, Frankfurt am Main.
- LAMMERT, CHRISTIAN, 2010: Fighting Poverty? Die Sozialpolitik, in: SCHREYER, SÖHNKE/WILZEWSKI, JÜRGEN (Hrsg): Weltmacht in der Krise. Die USA am Ende der Ära Bush, Trier, 75-108.

- LOWI, THEODORE J., 1964: American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory, in: World Politics, Vol. 16, No. 4, 677-715.
- METTLER, SUZANNE, 2010: Reconstituting the Submerged State: The Challenges of Social Policy Reform in the Obama Era, in: Perspectives on Politics, Vol. 8, No. 3, 803-824.
- NEUSTADT, RICHARD E., 1960: Presidential Power. The Politics of Leadership, New York u. a. O.
- PETERSON, MARK, 1990: Legislating Together. The White House and Capitol Hill from Eisenhower to Reagan, Cambridge.
- PIKA, JOSEPH A./MALTESE, John A., 2010: The Politics of the Presidency, 7. Aufl., Washington, D.C.
- QUADAGNO, Jill, 2005: One Nation Uninsured. Why the U.S. Has No National Health Insurance, New York.
- SCHREYER, SOHNKE, 2000: Die Sozial- und Gesundheitspolitik der Clinton-Administration, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B44/2000, <http://www.bpb.de/publikationen/Q6T6YI,0,Die_Sozial_und_Gesundheitspolitik_der_Clin tonAdministration.html> (01.10.2011).
- SKOCPOL, THEDA/JACOBS, LAWRENCE R., 2011: Health Care Reform and American Politics: What Everyone Needs to Know, New York.
- SPITZER, ROBERT J., 1983: The Presidency and Public Policy, Tuscaloosa.
- THURBER, JAMES, 1991: Divided Democracy. Cooperation and Conflict Between the President and the Congress, Washington, D.C.
- WAYNE, STEPHEN, 1978: The Legislative Presidency, New York.