

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Institut für Politikwissenschaft

**Masterarbeit**

**Gesundheitsreform in den USA: Eine Analyse von Clintons  
Scheitern und Obamas Erfolg auf der Grundlage der  
Vetospieler-Theorie**

Julia Ploch

Matrikelnummer:

Studiengang: Master of Education

1. Fachwissenschaft: Chemie (10. Fachsemester)
2. Fachwissenschaft: Sozialkunde (10. Fachsemester)
3. Fachwissenschaft: Bildungswissenschaften (10. Fachsemester)

Erstkorrektorin:

Zweitkorrektorin:

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung .....	1
2. Theoretischer Hintergrund: Der Ansatz der Vetospieler-Theorie .....	3
3. Der US-amerikanische Gesetzgebungsprozess und das amerikanische Gesundheitssystem .....	8
3.1 Der Weg der US-amerikanischen Gesetzgebung .....	8
3.2 Das Gesundheitssystem der USA .....	11
3.2.1 Der Reformvorschlag unter Präsident Clinton 1993/94 .....	14
3.2.2 Der Reformvorschlag unter Präsident Obama 2009/10 .....	18
4. Empirische Analyse .....	24
4.1 Identifikation der Vetospieler im amerikanischen Präsidentialismus .....	25
4.2 Kohäsion der Vetospieler .....	29
4.2.1 Kohäsion der Vetospieler unter Clinton 1993/94 .....	29
4.2.2 Kohäsion der Vetospieler unter Obama 2009/10 .....	34
4.3 Kongruenz der Vetospieler .....	38
4.3.1 Kongruenz der Vetospieler unter Clinton 1993/94 .....	38
4.3.2 Kongruenz der Vetospieler unter Obama 2009/10 .....	43
4.4 Erklärungskraft und Grenzen der Vetospieler-Theorie .....	49
4.4.1 Erklärungskraft der Vetospieler-Theorie .....	49
4.4.2 Einflussnahme durch Interessengruppen und der Bevölkerungsmeinung .....	53
4.4.2.1 Identifikation und Einflussnahme der Interessengruppen .....	53
4.4.2.2 Einflussnahme der Bevölkerung .....	61
4.4.3 Grenzen der Vetospieler-Theorie .....	67

5. Fazit.....	70
Literaturverzeichnis.....	72
Anhang .....	78

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Kohäsion unter Clinton 1993/94, eigene Abbildung .....	34
Abbildung 2: Interne Kohäsion unter Obama 2009/10; eigene Abbildung .....	37
Abbildung 3: Kongruenz unter Clinton 1993/94; eigene Abbildung .....	43
Abbildung 4: Kongruenz unter Obama 2009/10; eigene Abbildung .....	47
Abbildung 5: Indifferenzkurve individueller Vetospieler, Quelle: Tsebelis 2002: 20 .....	78
Abbildung 6: Winset und Core eines Systems mit drei Vetospielern, Quelle: Tsebelis 2002: 22.....	78
Abbildung 7: Gang der amerikanischen Gesetzgebung im Kongress, Quelle: Hartmann 2011: 107.....	79

## 1. Einleitung

„After a century of striving, after a year of debate, after a historic vote, health care reform is no longer an unmet promise. It is the law of the land” (Obama 2010). Dieses Zitat Obamas, das bei der Verabschiedung der Gesundheitsreform in den USA im Jahr 2010 entstand, ist bezeichnend für die Bedeutung und die Prägnanz der Reform. Nach einem vorrausgehenden Jahrhundert voller Reformversuche und dem misslichen Scheitern einer Reform unter Präsident Clinton in den Jahren 1993/94 gelang es der Obama-Administration 2010 letztlich nach einer sehr heftigen Debatte, sowohl in der Politik als auch innerhalb der Bürgerschaft, das US-amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren. Obwohl unter Clinton und Obama die Sitze im Kongress zwischen den Parteien sehr ähnlich verteilt waren, gelang es Clinton nicht den Status Quo zu verändern. Diese Arbeit dient daher als Analyseversuch, Gründe für das Scheitern von Clintons Reformversuche und Ursachen für den Erfolg Obamas aufzuzeigen. Sowohl mit dem Scheitern Clintons als auch mit dem Erfolg Obamas beschäftigten sich zuvor bereits einige Autoren. Steinmo und Watts (1995) untersuchten Clintons Scheitern aus einer institutionellen Sicht, Skocpol (1996) führt das Misslingen auf zu große Bemühungen Clintons zur Durchsetzung des NAFTA-Abkommens zurück, was zu Verstimmungen bei Liberalen und Gewerkschaften führte. Hacker (1997) argumentiert, dass die Aufmachung der Reform von vornherein zum Scheitern verurteilt war, da sie als Mittelweg zwischen liberal und konservativ keine der beteiligten Parteien überzeugen konnte und Laham (1996) zieht zusätzlich die oppositionelle Haltung mächtiger Interessengruppen als Faktor des Scheiterns heran. Obamas Erfolg wurde vor allem vor dem Hintergrund institutioneller Gegebenheiten analysiert (Beaussier 2012; Hacker 2010; Jacobs/Skocpol 2010).

Da die Gesundheitsreform als eine der wichtigsten sozialpolitischen Reformen in den USA gilt (siehe Lemke 2011) und die dadurch wirksam gewordenen Gesetzesänderungen teilweise erst 2018 in Kraft treten werden, ist das Thema hochaktuell. Dazu trägt auch die Tatsache bei, dass alle amerikanischen Bürger direkt mit den Konsequenzen der Reform in Berührung kommen. Weiterhin wird immer noch sehr stark über den Weitergang der Reform diskutiert und es bleibt abzuwarten, wie die Republikaner bei einem möglichen Machtwechsel mit der Reform verfahren. Außerdem kann in Anlehnung an Immergut (1992), die die

Gesundheitssysteme in Frankreich, der Schweiz und Schweden mit Vetopunkten verglichen, eine Forschungslücke, die durch aktuelle Geschehnisse entstand, geschlossen werden. Im Gegensatz zu Immergut, die ihre Analyse auf Vetopunkten basierte, wird diese Arbeit die Vetospieler-Theorie von George Tsebelis (1995; 2002) zugrunde legen. Da Tsebelis (2002: 7) die Fähigkeit des Politikwechsels in einem politischen System und „it’s capacity to solve problems when they arise“ in den Vordergrund seiner Vetospieler-Theorie rückt, also der Policy-Ausgang von besonderer Bedeutung ist, eignet sich die Vetospieler-Theorie hervorragend, um eine Analyse zu Clintons Scheitern und Obamas Erfolg hinsichtlich einer Reform des amerikanischen Gesundheitssystems durchzuführen. Die Vetospieler-Theorie stellt also eine Möglichkeit dar, um das Innere der von David Easton publizierten Black Box eines politischen Systems beim Politikwechsel zu analysieren. Sie verbindet die Vielzahl der einzelnen Faktoren, die in vorherigen Analysen als Gründe des Scheiterns bzw. Erfolges bereits erläutert wurden.

Daraus leiten sich folgende Fragen ab, die im Laufe der Arbeit beantwortet werden sollen: Inwiefern kann die Vetospieler-Theorie das Scheitern Clintons und den Erfolg Obamas bei der Durchsetzung der Gesundheitsreform erklären? Wo liegen die Grenzen der Vetospieler-Theorie?

Um die Fragestellung hinreichend beantworten zu können, wird folgendermaßen vorgegangen: Kapitel 2 stellt den theoretischen Rahmen der Analyse dar. Hier wird der Ansatz der Vetospieler-Theorie nach Tsebelis vorgestellt. Anschließend werden in Kapitel 3 die zum Verständnis benötigten Hintergrundinformationen geliefert. Dabei wird der US-amerikanische Gesetzgebungsprozess beschrieben (Kap. 3.1) und das Gesundheitssystem der USA sowie die Reformvorschläge der Präsidenten Clinton und Obama erläutert (Kap. 3.2). Im analytischen Teil der Arbeit werden anschließend zunächst die Vetospieler auf allgemeiner Ebene für das präsidentielle, amerikanische System identifiziert (Kap. 4.1.1), bevor genauer auf die Vetospieler auf dem Feld der Gesundheitspolitik eingegangen wird (Kap. 4.1.2). Danach erfolgt die Analyse der internen Kohäsion (Kap. 4.2) und der Kongruenz (Kap. 4.3) der an den Reformversuchen beteiligten Vetospieler. Kapitel 4.4 geht daraufhin näher auf die Erklärungskraft und die Grenzen der Vetospieler-Theorie auf Grundlage dieses Reformbeispiels ein. Abschließend wird ein Fazit gezogen (Kap. 5).

## **2. Theoretischer Hintergrund: Der Ansatz der Vetospieler-Theorie**

Zu den ältesten Aufgaben der vergleichenden Politikwissenschaft zählt die Klassifikation politischer Systeme. Fokussiert man sich auf Demokratien, so werden diese klassischerweise anhand einzelner dichotomer Merkmale charakterisiert und analysiert. Diese Merkmale können beispielsweise die Ausprägungsform des politischen Regimes, der Legislative oder des Parteiensystems betreffen (siehe Lijphart 2012). Als problematisch hat sich allerdings die Beschreibung der Beziehungen zwischen diesen Merkmalen erwiesen. Tsebelis erkannte in den frühen 1990er Jahren diese Forschungslücke und entwickelte eine Theorie mit dem Ziel die Rahmenbedingungen politischer Entscheidungsfindungen in verschiedenen Regierungssystemen zu identifizieren und damit erklären zu können wie sich diese Dimensionen auf die Entscheidungsprozesse in heterogenen politischen Systemen auswirken (Tsebelis 2002: 1f.). Der Denkansatz, anfänglich nur in einem Aufsatz im Jahre 1995 publiziert, wurde nachfolgend von Tsebelis stetig weiter entwickelt und mündete letztlich in dem mittlerweile sehr populären Werk „Veto Players: How Political Institutions Work“ (Tsebelis 2002). Die darin erläuterte Vetospieler-Theorie stellt folglich eine Möglichkeit dar, um politische Systeme unabhängig von der institutionellen Ausprägung vergleichbar zu machen. Dabei rückt vor allem „die Fähigkeit politischer Systeme zu Reformveränderungen auf bestimmten Politikfeldern“ (Merkel 2003: 225) in den Vordergrund. Das Handeln einzelner Akteure erhält einen größeren Stellenwert als der Einfluss der Institutionen. Die beteiligten Akteure verfügen hierbei über präzise Idealvorstellungen und handeln zur eigenen Nutzenmaximierung. Die Vetospieler-Theorie nach Georg Tsebelis ist daher im Bereich der Rational Choice-Theorien zu verordnen (Abromeit/Stoiber 2006: 64). Tsebelis kann überdies der Strömung des (Neo-)Institutionalismus zugeordnet werden (Grumer 2011: 49). Dies ist vor allem damit zu begründen, dass Tsebelis nicht nur einzelne Merkmale eines Systems betrachtet, sondern die Gesamtheit des institutionellen Geflechts, um daraus auf die Machtverteilung zwischen verschiedenen Akteuren schließen zu können.

Wie bereits erwähnt, ist Tsebelis (2002: 2-6) der Annahme, dass Akteure in einem politischen System maßgeblich für die Entwicklung politischer Entscheidungen verantwortlich sind. Diese Akteure nennt er Vetospieler; sie stellen die unabhängige Variable der Theorie dar. Vetospieler sind „individuelle oder kollektive Akteure,

deren Zustimmung notwendig ist, um den Status quo zu verändern“ (ebd<sup>1</sup>: 12). Individuelle Vetospieler, beispielsweise monolithische Parteien oder Präsidenten, sind gekennzeichnet durch leicht zu identifizierende, klar formulierte Präferenzen, während kollektive Vetospieler, die aus mehreren Akteuren bestehen, z.B. ein Parlament, über interne Entscheidungsfindungsregeln zu einer kollektiven Übereinstimmung kommen müssen (ebd: 18). Tsebelis (ebd.: 19) unterscheidet weiterhin zwischen institutionellen und parteilichen Vetospielern. Institutionelle Vetospieler werden durch die Verfassung definiert. Die Anzahl bleibt demnach, unter der Voraussetzung einer unveränderten Verfassung, über die Zeit konstant. Parteiliche Vetospieler werden dagegen endogen durch den politischen Prozess geformt. Dies betrifft zum Beispiel Koalitionsparteien. Daher kann die Zahl der parteilichen Vetospieler in unterschiedlichen Regierungskoalitionen differieren. Weiterhin können in Abhängigkeit des betreffenden Politikfeldes weitere, so genannte „andere“, Vetospieler auftreten, die ebenfalls Einfluss auf den Entscheidungsfindungsprozess nehmen können. Beispiele hierfür sind neben Gerichten und Zentralbanken auch das Militär oder Interessengruppen (Tsebelis 1995: 306). Da aber lediglich Akteure mit formaler Vetomacht als Vetospieler gezählt werden, können Interessengruppen bei genauerer Betrachtung nicht als Vetospieler bezeichnet werden. Daher wird der Einfluss der Interessengruppen im Verlauf der Arbeit in Kapitel 4.4 erläutert.

Um einen Politikwechsel, als „policy change“ bezeichnet, zu erreichen müssen, laut Tsebelis (2002: 17), alle Vetospieler der eingebrachten Initiative zustimmen. An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass vor allem die Variable der Machtverteilung einen großen Einfluss auf die Politikstabilität hat. Parteiliche und institutionelle Vetospieler haben Tsebelis zufolge gleichermaßen Einfluss auf die Entwicklung und Durchsetzung einer Initiative. Die abhängige Variable der Theorie stellt folglich die Fähigkeit zum Wechsel des Status Quo bzw. die Politikinstabilität dar. Die unabhängige Variable der Vetospieler nimmt über drei relevante Parameter Einfluss auf die abhängige Variable des Politikwechsels.

Der erste Parameter betrifft die Anzahl der Vetospieler. Die von Tsebelis (ebd.: 42) entwickelte Hypothese hierzu lautet, dass mit steigender Anzahl der Vetospieler eine Änderung des Status Quo unwahrscheinlicher wird. Dies lässt sich mit Hilfe der

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird bei Literaturangaben, die mit der vorherigen identisch sind, die Abkürzung ebd. an Stelle des Wortes „ebenda“ verwendet.



Präferenzen zu Politikalternativen bei bestimmten Sachfragen der Vetospieler erläutern. Bei individuellen Vetospielern gleichen die Präferenzen einer kreisförmigen Indifferenzkurve (siehe Abbildung 5 im Anhang). Alle Punkte innerhalb des Kreises (Abb.5: P, X und Y) sind als Alternativen zum Status Quo zu verstehen, die der Vetospieler akzeptieren würde. Der Mittelpunkt des Kreises (Abb.2: 1) bildet die Idealvorstellung ab. Sind mehrere Vetospieler vorhanden, so bildet die Schnittmenge aller Indifferenzkurven der Vetospieler das gemeinsame Winset ab. Unter einem Winset versteht Tsebelis (ebd: 21-24) jene Politikalternativen zum aktuellen Status Quo, denen alle Vetospieler zustimmen würden. Folglich erscheint es nur logisch, dass sich bei steigender Zahl der Vetospieler deren Politikpräferenzen weiter voneinander separieren, die Schnittmenge der Indifferenzkurven also kleiner und das gemeinsame Winset ebenfalls kleiner wird.

Neben dem Winset bildet der Core das zweite wichtige Konzept. Der Core bildet die Gesamtheit aller Punkte ab, die, falls sie einmal als Status Quo gewählt wurden, nicht mehr ersetzt werden können (siehe Abb. 6 im Anhang). Würde eine Änderung des Status Quo stattfinden, so würde die Position eines Vetospielers sich verschlechtern, da der neue Status Quo von dessen erster Präferenz weiter abweichen würde. Als Beispiel soll an dieser Stelle ein System mit drei individuellen Vetospielern dienen. Um den Core zu identifizieren werden zunächst die Indifferenzkurven der Vetospieler eingezeichnet. Hierbei wird bereits das gemeinsame Winset sehr gut sichtbar. Anschließend wird ein Dreieck eingezeichnet, indem die Idealpunkte der drei Vetospieler verbunden werden. Dieses Dreieck symbolisiert den Core (ebd: 21). Liegt der Status Quo innerhalb des Dreiecks (Abb. 6: SQ2), so würde eine Verschiebung des Punktes die Position eines Vetospielers verschlechtern (Abb. 6: z.B. Verschiebung von SQ2 in Richtung Vetospieler B würde dessen Präferenzen besser entsprechen, allerdings wäre der neue Status Quo dann weiter entfernt von den Idealvorstellungen der Vetospieler A und C). Daher ist es kaum vorstellbar, dass Vetospieler, die durch einen Politikwechsel schlechter gestellt werden würden, dem Vorschlag zustimmen würden. Stattdessen würde ein Verbleib beim Status Quo bevorzugt werden, um eine Verschlechterung der eigenen Position zu verhindern. Auf Grund der räumlichen Vorstellungen Tsebelis über die Streuung der Präferenzen der Vetospieler nennt man dieses Konstrukt euklidisches Raummodell (Abromeit/Stoiber 2006: 64).

Die zweite Hypothese bezieht sich auf den Parameter der ideologischen Kongruenz zwischen den Vetospielern. Kongruenz beschreibt die inhaltliche Übereinstimmung zwischen Vetospielern bei bestimmten Sachfragen. Hier gilt die Annahme, dass mit größerer ideologischer Distanz, also geringerer Kongruenz, zwischen den Vetospielern die Möglichkeit des Politikwechsels niedriger wird, da die Übereinstimmung der Positionen der Vetospieler in geringerem Maße gegeben ist und das Winset folglich kleiner wird (Tsebelis 2002: 30).

Zuletzt muss nun noch näher auf kollektive Vetospieler eingegangen werden. Mögliche, akzeptable Politikalternativen eines kollektiven Vetospielers sind schwieriger zu erörtern als die eines individuellen Vetospielers, da innerhalb der kollektiven Vetospieler unterschiedliche Meinungen zu den Alternativmöglichkeiten vorherrschen können. Dies hat zur Folge, dass kollektive Vetospieler mittels einfacher oder qualifizierter Mehrheit ihre Präferenzen festlegen. Dementsprechend stellt die bildliche Darstellung der Präferenzen kollektiver Vetospieler nicht mehr unbedingt eine kreisförmige Indifferenzkurve dar. Daher kann die bevorzugte Politikalternative eines kollektiven Vetospielers im Gegensatz zum individuellen Vetospieler auch nicht als spezifischer Punkt innerhalb eines Meinungsspektrums dargestellt werden, sondern muss zu einem kreisförmigen Bereich, dem sogenannten *Yolk*, erweitert werden. Tsebelis (ebd: 48) kommt so zu der Annahme, dass mit geringeren Meinungsunterschieden, also einer hohen internen Kohäsion und einem dementsprechend kleinen *Yolk* innerhalb eines kollektiven Vetospielers die Wahrscheinlichkeit eines Politikwechsels geringer wird. Da bei geringer Fraktionsbildung innerhalb des kollektiven Vetospielers auch das Spektrum akzeptierter Politikalternativen schrumpft, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die akzeptierten Alternativen des Status Quo mit dem Winset der anderen Vetospieler übereinstimmen geringer. Wären alle Individuen innerhalb eines kollektiven Vetospielers der gleichen Meinung und nur eine Politikalternative wäre akzeptabel, so könnte der kollektiven Vetospieler auch als individueller Vetospieler betrachtet werden.

Weiterhin ist allerdings zu beachten, dass Tsebelis (ebd: 48) auch davon ausgeht, dass mit steigender Zahl der individuellen Meinungen innerhalb eines kollektiven Vetospielers konträr zur eben genannten Hypothese die Politikstabilität steigt. Dies ist als Folge der Entscheidungsfindung innerhalb der kollektiven Vetospieler zu verstehen. Steigt die Anzahl der Individuen und somit folglich die Varianz der

Meinungen dieser, so wird es schwieriger den *Yolk* zu definieren. Dies trifft gleichermaßen auf Entscheidungsfindungen mittels einfacher und qualifizierter Mehrheit zu, denn je mehr Individuen innerhalb des kollektiven Vetospielers zu finden sind, desto schwieriger wird es die benötigte Anzahl an Stimmen zur Entscheidungsfindung zu erlangen. Tsebelis hält weiterhin fest, dass in Systemen mit vielen kollektiven Vetospielern eine schrittweise Änderung des Status Quo möglich ist, allerdings keine Garantie dafür besteht. Ein rudimentäres Eingreifen in den Status Quo wird quasi ausgeschlossen. Dennoch erhöhen kollektive Vetospieler im Gegensatz zu individuellen Vetospielern die Wahrscheinlichkeit eines Politikwechsels, weil die Positionen kollektiver Vetospieler meist einen größeren Radius aufweisen als die Indifferenzkurven individueller Vetospieler (ebd.: 48-50).

Tsebelis erhebt den Anspruch mit seiner Theorie sowohl Ex-post-Analysen als auch Vorhersagen durchführen zu können. Es genügt demnach nicht nur die bloße Anzahl der Vetospieler zu identifizieren, stattdessen müssen auch die eben genannten Hypothesen beachtet werden. Weiterhin gilt die Absorptionsregel (ebd.: 26-30.). Diese besagt, dass Vetospieler, die die gleichen politischen Präferenzen aufweisen wie die bereits im *Winset* der vorherrschenden Vetospieler verankerten Vorstellungen, keinen Einfluss mehr auf die Möglichkeit des Politikwechsels nehmen. Sie werden daher nicht als separater Vetospieler angeführt.

Desweiteren wird die Rolle des Agenda-Setters eingeführt (ebd.: 50f.). Als Agenda-Setter wird derjenige Vetospieler bezeichnet, der den weiteren Vetospielern „take it or leave it“ Vorschläge präsentiert. Er hat die Kontrolle über die Policies. In parlamentarischen Systemen betrifft dies die Regierung, im präsidentiellen System übernimmt die Legislativkammer die Rolle des Agenda-Setters. Der Agenda-Setter wird immer jenen Vorschlag anbieten, den er selbst am meisten präferiert. Allerdings gilt auch hier, dass mit kleinerem *Winset* die Chance auf einen Politikwechsel sinkt. Der Agenda-Setter hat demnach eine größere Rolle, wenn die Kongruenz der Vetospieler geringer ist und folglich eine unbedeutendere Rolle, wenn die Möglichkeit der Änderung des Status quo gering ist.

In die Kritik geraten ist die Vetospielertheorie vor allem durch die Annahme, dass alle beteiligten Akteure nach der besten politischen Lösung suchen. Das Ausbleiben einer „funktionalen Unterscheidung zwischen parteilichen und institutionellen Vetospielern“ (Merkel 2003: 269) erscheint unter Anbetracht, „dass neben der optimalen Lösung auch Aspekte wie Machterlangung und Machterhalt eine Rolle

spielen“ (Grumer 2011: 52) etwas zu einfach gedacht. Weiterhin lassen sich bei vorhersagenden Analysen keine Wahrscheinlichkeiten des Politikwechsels errechnen, was Tsebelis als methodische Schwäche ausgelegt wird (ebd.: 52). Tsebelis (2002: 17) selbst begründet diese Schwachstelle damit, dass die Änderung des legislativen Status Quo in bestimmten Situationen auch durch spezifische, nicht kalkulierbare Entscheidungen der Vetospieler beeinflusst wird und man somit keine genaue Vorhersage treffen kann. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit allerdings um eine rückblickende Analyse handelt, relativiert sich dieser Kritikpunkt. Merkel (2003: 270) kritisiert des Weiteren, dass unklar bleibt auf welche Weise die Kongruenz zwischen den Vetospielern gemessen wird. Meiner Meinung nach kann die Kongruenz allerdings nicht über beispielsweise Links-Rechts-Messungen pauschalisiert werden, sondern sollte fallabhängig die Positionen der Vetospieler über entsprechende (Proxy-)Variablen erarbeitet werden, wodurch eine genaue Analyse ermöglicht wird.

Die Veränderung des Status Quo kann mit Hilfe der Vetospielertheorie dennoch viel präziser analysiert werden als mit den bisher üblichen, kategorialen Vergleichsmethoden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Innere der Black Box nach Eastons Politikmodell zur Entscheidungsfindungsprozesses sehr präzise und ausführlich analysiert werden kann. Daher ist es sinnvoll Kenntnisse über die genannten, negativen Kritikpunkte zu verfügen, allerdings sind die Stärken der Vetospielertheorie dennoch vorhanden und erweisen sich für die vorliegende Analyse als überzeugend.

### **3. Der US-amerikanische Gesetzgebungsprozess und das amerikanische Gesundheitssystem**

#### **3.1 Der Weg der US-amerikanischen Gesetzgebung**

Kenntnisse über den Weg der amerikanischen Gesetzgebung sind notwendig, um die Geschehnisse während Clintons und Obamas Reformversuchen in den politischen Prozess einordnen zu können. Daher dient dieses Unterkapitel zur Erleichterung des Verständnisses aller nachfolgenden Kapitel.

Das US-amerikanische, präsidentielle Regierungssystem, basierend auf der Verfassung aus dem Jahre 1788, ist geprägt von den Prinzipien der Gewaltenteilung nach Montesquieu, wodurch der Grundsatz des Limited Governments verwirklicht,

sowie das Prinzip der Checks and Balances eingeführt und föderalistischen Regierungsstrukturen realisiert. Die Macht des Staates wird zwischen Legislative, Exekutive und Judikative in horizontaler Gewaltenteilung aufgespaltet. Die Legislative steht im Verfassungstext hierbei an erster Stelle, da sie als die bedeutendste der drei Gewalten gekennzeichnet werden soll (Gellner/Kleiber 2012: 34). Weiterhin ist die Legislative in ein Zwei-Kammern-System aufgesplittet, bestehend aus Repräsentantenhaus und Senat. Zusammen bilden sie den Kongress. Dieser gilt als „das vergleichsweise mächtigste Parlament der westlichen Demokratien“ (Hübner/Münch 2013: 117).

Beide Kammern der Legislative, Repräsentantenhaus und Senat, werden direkt vom Volk gewählt. Die genaue Bestimmung des Wahlrechts obliegt den Einzelstaaten, allerdings hat sich das relative Mehrheitswahlsystem, mit Ausnahme des absoluten Mehrheitswahlsystems in Georgia, mittlerweile etabliert (ebd.: 87). Die Wahl des Repräsentantenhauses erfolgt alle zwei Jahre in Wahlkreisen. Je nach Bevölkerungszahl entsenden die Einzelstaaten (Stand auf Basis der Volkszählung von 2010) zwischen 53 und einem Abgeordneten, sodass insgesamt 435 Repräsentanten ernannt werden (Gellner/Kleiber 2012: 37). Im Gegensatz dazu werden im Senat, der ein Mittel zur Verwirklichung des Checks and Balances-Prinzip darstellt, die Sitze nicht proportional zur Bevölkerungszahl verteilt, sondern jeder Staat entsendet zwei Senatoren. Dies hat zur Folge, dass bevölkerungsarme Staaten über- und Staaten mit hoher Bevölkerungszahl unterrepräsentiert werden. Die Senatoren werden für eine Amtszeit von sechs Jahren gewählt, wobei alle zwei Jahre, im Zusammenhang mit den Neuwahlen des Repräsentantenhauses, ein Drittel der Sitze neu vergeben wird (ebd.: 39).

Da hier ein besonderes Augenmerk auf den Gang der Gesetzgebung gelegt werden soll, werden weiterführende Bemerkungen zum Wahlrecht und dessen Konsequenzen sowie andere Aufgaben des Kongresses an dieser Stelle nicht besprochen<sup>2</sup>.

Der Gesetzgebungsprozess im US-amerikanischen Regierungssystem ist im Vergleich mit dem Gang der deutschen Gesetzgebung viel verflochtener und geprägt von Blockademöglichkeiten. Abbildung 7 (Anhang) verdeutlicht den

---

<sup>2</sup> Interessierte Leser finden sehr gute Informationen hierzu beispielsweise bei Münch/Hübner 2013 oder in anderen Einführungsbüchern zum amerikanischen Regierungssystem.

Gesetzgebungsprozess nochmals in bildlicher Form. Gesetzesinitiativen<sup>3</sup> können formal nur von Abgeordneten des Kongresses, Finanzgesetze nur im Repräsentantenhaus, eingebracht werden. Dem Kongress obliegt das alleinige Initiativrecht. Dennoch stammt mittlerweile ein relativ großer Teil der Gesetzesentwürfe aus der Mitte der Exekutive, also vom Präsidenten. Diese werden dann von einem Kongressabgeordneten seiner Partei eingebracht. Weiterhin können Lobbygruppen hinter Gesetzesentwürfen stehen, die über Kontakt zu Abgeordneten in so genannten Issue Networks, ähnlich dem Präsidenten, die Vorschläge indirekt einbringen können (Gellner/Kleiber 2012: 50).

Eingebrachte Gesetzesentwürfe gelangen über den Sprecher der jeweiligen Kammer in Ausschüsse. Hier beginnt der eigentliche Gesetzgebungsprozess. Innerhalb des Ausschusses, 19 ständige im Repräsentantenhaus und 16 ständige im Senat sowie 141 Unterausschüsse und 4 gemeinsame Ausschüsse (Oldopp 2013: 34), werden zunächst Meinungen der Exekutive eingeholt, sodass der Präsident bereits an dieser Stelle schon Einfluss auf die Vorlage nehmen kann. Weiterhin werden Expertenmeinungen angehört, bevor innerhalb der Kammer entschieden wird, ob weitere Beratungen über die Initiative stattfinden oder ob die Vorlage für gescheitert erklärt wird. Übersteht der Entwurf diese Stufe, so gelangt er in Unterausschüsse, die meist aus ca. 12 Abgeordneten bestehen. Dort werden weitere Anhörungen durchgeführt und über eventuelle Modifikationen am Entwurf diskutiert. Jeder (Unter-)Ausschussmitarbeiter muss letztlich einen überzeugenden Bericht verfassen, der für oder gegen den Entwurf spricht und jenen dem Ausschuss vorlegen. Somit verfasst jeder beteiligte Ausschuss einen eigenen Entwurf zu bestimmten Sachfragen. Auch auf der Stufe der Ausschüsse wird über Änderungswünsche debattiert und schließlich gelangt der jeweilige Gesetzesentwurf, im Repräsentantenhaus über einen Umweg durch das sogenannte Rules Committee, das über den Verhandlungszeitpunkt und dessen Regeln entscheidet, zurück ins Plenum der jeweiligen Kammer. Im Repräsentantenhaus verhandelt nun das Committee of the Whole, bestehend aus der Gesamtheit aller Abgeordneter, über die Initiative und überreicht sie nach Beendigung der Debatte und Änderungen an das Repräsentantenhaus, das durch eine einfache Mehrheit der Abgeordneten, von denen mindestens die Hälfte anwesend sein

---

<sup>3</sup> Da es sich im vorliegenden Fall der Gesundheitsreform um eine sogenannte Bill handelt, werden *Joint Resolution*, *Konkurrent Resolution* und *simple Resolution* nicht weiter beachtet. Mehr dazu findet sich bei Gellner/Kleiber 2012: 50.

muss, über Annahme oder Ablehnung der Initiative abstimmt. Die Idee des Committee of the Whole besteht darin, dass unterschiedliche Regeln für verschiedene Gesetzesvorschläge aufgestellt werden können. Passiert der Entwurf die Kammer, so wird dieser zur Debatte in die andere Kammer übergeben, wo die gleiche Prozedur nochmals durchlaufen wird. Wird der Entwurf dort ebenfalls gebilligt, so gelangt der nun erlangte Act an den Präsidenten, der diesem innerhalb zehn Tagen durch ein förmliches Veto in den Kongress zurückgeben kann oder aber er unterzeichnet den Entwurf und das Gesetz wird rechtskräftig. Ein vom Präsidenten eingelegtes Veto kann mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit des Kongresses überstimmt werden. Erfährt der Entwurf in der jeweils anderen Kongresskammer allerdings Änderungen, so wird ein Vermittlungsausschuss einberufen, der eine Kompromisslösung finden muss, der beide Kammern zustimmen müssen, bevor der Entwurf an den Präsidenten weitergereicht wird (Gellner/Kleiber 2012: 50-56; Hübner/Münch 2013: 122-125).

Gefürchtet ist vor allem die Möglichkeit des „filibustering“. Dies ist darauf zurückzuführen, dass jedem Senator die von ihm erwünschte Redezeit genehmigt wird. Dadurch können Abstimmungen über Entwürfe immer weiter nach hinten verschoben werden, bis die Entscheidung letztlich von der Tagesagenda verschwindet. Filibuster können mit einer Drei-Fünftel-Mehrheit von 60 Senatorenstimmen verhindert werden (Oldopp 2013: 48).

### **3.2 Das Gesundheitssystem der USA**

Das US-amerikanische Gesundheitssystem ist in seiner Erscheinungsform einzigartig auf der Welt. Es ist nicht mit Gesundheitssystem europäischer Staaten oder dem Nachbarstaat Kanada zu vergleichen und muss somit zum besser Verständnis der Reformvorschläge erläutert werden. Daher wird im Folgenden ein kurzer Überblick über den Status Quo des amerikanischen Gesundheitssystems bis zur Reformierung durch Präsident Obama gegeben, bevor in Kapitel 3.3.1 und 3.3.2 die Reformvorschläge unter der Präsidentschaft Clintons und Obamas vorgestellt werden. Da unter Präsident Bush lediglich eine geringe Veränderungen am Gesundheitssystem in Form der Möglichkeit eine Medikamenten-Zusatzversicherung abzuschließen vollzogen wurden, ist ein kategorischer Vergleich der beiden Reformvorschläge von Clinton und Obama möglich. Dies ist auf die Tatsache

zurückzuführen, dass beide den jeweiligen Reformversuch unter gleichen legislativen Rahmenbedingungen begonnen haben und der Status Quo zu Beginn der Amtszeit Clintons mit jenem zum Zeitpunkt von Obamas Amtseinführung mit Ausnahme der eben erwähnten Reform übereinstimmt.

Als Ausgangssituation wird an dieser Stelle das Ende des zweiten Weltkrieges gewählt, da dieses als Auslöser vieler Staaten zur Umgestaltung des Gesundheitswesens diente. Während viele Industrienationen universellen Zugang zum Gesundheitssystem offerierten, wurde dies in den USA versäumt (Jacobs/Skocpol 2010: 24-27.; Lemke 2011: 72-74.). Auf einen staatlichen Versicherungsschutz konnten US-Amerikaner nicht zurückgreifen. Stattdessen konnten lediglich betriebliche Versicherungen, die durch den Arbeitgeber mitfinanziert wurden, abgeschlossen werden. Es wurde dennoch der Eindruck erweckt, als ob ein effektives System gefunden worden sei, denn die Zahl der Amerikaner, die der Mittelschicht angehörten und Zugang zum Gesundheitssystem erlangten, stieg kontinuierlich. Arbeitgeber wurden zusätzlich durch Steuersubventionen motiviert eine Versicherung für die Angestellten abzuschließen. Dieses Versicherungsmodell wird als Gruppenversicherung bezeichnet. Außerdem bestand als Alternative zur betrieblichen Versicherung die Möglichkeit eine private Versicherung in Anspruch zu nehmen. Durch das Zusammenspiel privater und betrieblicher Versicherungsoptionen konnten sowohl Lohnarbeiter als auch höhere Angestellte und Führungskräfte erreicht und versichert werden.

1965 wurden schließlich im Rahmen des Social Security Acts unter Präsident Lyndon B. Johnson die Programme Medicare und Medicaid eingeführt. Beide Programme bestehen bis heute. Medicare richtet sich an Senioren ab dem 65. Lebensjahr sowie Behinderte und Personen mit akutem Nierenversagen und Medicaid versorgt jene mit einem sehr geringen Einkommen, die nicht durch den Arbeitgeber versichert werden und sich private Versicherungen nicht leisten können. Durch die Reformen sollten also auch jene Personen, die durch private oder betriebliche Versicherungen nicht gedeckt wurden, erreicht werden. Beide Programme werden durch staatliche Mittel finanziert und stellen eine „sozialhilfeartige Basisversorgung“ (Lemke 2011: 73) dar.

In großen Unternehmen war es zu diesem Zeitpunkt üblich, dass Versicherungsleistungen durch einen innerbetrieblichen Fond, Eigenversicherung genannt, komplett übernommen wurden. Es wurden keine Verträge mit



Versicherungen abgeschlossen, sondern Gelder für Gesundheitsleistungen aus dem angesparten Fond entnommen. Das Kostenrisiko konnte bei Betrieben mit vielen Mitarbeitern rechnerisch kalkuliert werden, sodass sogar Sparpotential für die Unternehmen vorhanden war. Der Social Security Act änderte nichts an den Möglichkeiten des Versicherungsabschlusses. Allerdings waren die Versicherungen zu dieser Zeit keinerlei staatlicher Kontrolle unterworfen.

Bis zum plötzlichen, vermehrten Einsatz neuartiger Technologien Mitte/Ende der 1970er Jahre funktionierte dieses System auch einwandfrei. Danach stiegen die Kosten für Behandlungen allerdings sehr stark an und das staatliche Budget konnte die finanzielle Mehrbelastung nicht mehr decken. Dies lag neben dem Einsatz von Technologien auch an hohen Verwaltungskosten, die der Markt, auf dem zu viele private Krankenkassen vertreten waren, produzierte und zudem an der Profitgier der privaten Anbieter (Grell/Lammert 2013: 206). Folge dessen konnten kleine Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer nicht mehr versichern und größere Unternehmen schraubten die Deckungssummen und Versicherungsleistungen stark zurück, während die Kosten für die Police weiter anstiegen. Arbeitnehmer waren demnach weniger gut geschützt oder mussten ihre Versicherungen komplett aus privaten Mitteln finanzieren. Weiterhin mussten Arbeitnehmer beim Wechsel der Arbeitsstelle eine neue Krankenversicherung abschließen. Seither steigt die Zahl jener, die nicht mehr ausreichend versichert oder nun sogar unversichert sind jährlich ca. um eine Million (Jacobs/Skocpol 2010: 27). Behandlungen mussten seitdem zu immer größeren Teilen privat bezahlt werden, während die Versicherungen der Arbeitgeber immer weniger abdeckten. Außerdem konnten Versicherungen Antragssteller ablehnen, wenn diese bereits vorerkrankt waren.

Dennoch hatte das US-amerikanische Versicherungssystem auch vor der Reform im Jahre 2010 auch einige Vorteile, die schnell in Vergessenheit geraten. Kaum eine andere Nation bietet ihren Bürgern soweit ausgereifte Technologien zur Krankheitsbekämpfung, wie es in den USA möglich ist. Außerdem erfährt das medizinische Personal weltweit eine der besten Ausbildungen, wovon die Patienten wiederum profitieren. Darüber hinaus belegen US-amerikanische Forscher aus der Gesundheitsbranche internationale Spitzenplätze (Grell/Lammert 2013: 206).

Dennoch waren die Nachteile und Gefahren des US-amerikanischen Gesundheitssystems nicht zu übersehen. Daher lag es nahe, dass eine Reform angestrebt wurde. Die Verpflichtung zum Versicherungsabschluss erscheint sowohl

aus moralischen als auch finanziellen und somit letztlich wirtschaftlichen Gründen sinnvoll. Durch eine Pflichtversicherung wird verhindert, dass die Kosten im Krankheitsfall für Einzelpersonen nicht sehr schnell ins Unermessliche steigen, wodurch eine Behandlung eventuell nicht finanziert werden könnte und die betroffene Person somit erhebliche Folgen erleiden könnte, die bis zum Tod reichen. Weiterhin werden die Kosten für das Gesundheitssystem gleichmäßig und daher gerecht unter allen Bürgern aufgeteilt. Weiterhin werden durch eine Versicherungspflicht neue Märkte erschlossen, da mehr Personen versichert werden müssen und neue Versicherungsanbieter den Wettbewerb beeinflussen.

Im Folgenden werden deshalb die Reformvorschläge der Präsidenten Clinton und Obama erläutert.

### **3.2.1 Der Reformvorschlag unter Präsident Clinton 1993/94**

Bill Clinton, der 42. Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika, war nach langer Zeit der erste Präsident, der in den Jahren 1993/94 den Versuch einer Reform des amerikanischen Gesundheitssystems unternahm. Die Reform Health Security Act, ausgearbeitet von seiner Frau und der First Lady der vereinten Staaten von Amerika, Hillary Clinton, hatte als Ziel das labile, kostspielige US-amerikanische Gesundheitssystem für alle Menschen zugänglich zu machen und gleichzeitig kosteneffizienter zu wirtschaften.

Clinton startete seine Kampagne vor dem Hintergrund von 37 Millionen nicht-krankenversicherten US-Bürgern (McKay/Clark 2009: 808). 14,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (im Folgenden: BIP) wurden 1993 für Leistungen oder Produkte des Gesundheitssektors verwendet. Die Pro-Kopf-Ausgaben für diesen Bereich lagen 1990 bei 2604 US-Dollar pro Jahr, während die Belastung 1970 noch 1136 US-Dollar pro Bürger betrug (Laham 1996: 25). Das entspricht einer Zunahme der Pro-Kopf-Belastung um 129 Prozent. Im Jahr 1989 waren die Pro-Kopf-Ausgaben um 28,5 Prozent höher als die kanadische Pro-Kopf-Belastung, die die zweithöchste der Welt ist. Auch die staatliche Belastung durch Medicare und Medicaid stieg als Folge der stark zunehmenden Preisentwicklung im Bereich der Gesundheitsversorgung enorm an. 1970, also kurz nach Einführung von Medicare, beliefen sich die staatlichen Ausgaben hierfür auf ca. sieben Milliarden US-Dollar, dies waren 3,5 Prozent des BIP. Bis 1990 stiegen die Kosten auf 8,5 Prozent des

Bruttoinlandsprodukts an, was einer Summe von 110 Milliarden US-Dollar entsprach (Potetz/Cubanski/Neumann 2011: 1).

All diese Faktoren boten genug Anlass für Bill Clintons Versuch einer Gesundheitsreform, die neben Wirtschaftswachstum eines der Hauptanliegen seiner Amtszeit war. Lediglich fünf Tage nach seiner Amtseinführung am 20. Januar 1993 hatte er bereits eine zwölköpfige Arbeitsgruppe, bestehend aus seinen engsten Vertrauten, zusammengestellt, die sich mit der Erarbeitung eines Reformentwurfes innerhalb der ersten 100 Tage seiner Amtszeit beschäftigen sollten. Die Ernennung seiner Frau Hillary Clinton zur Vorsitzenden der Arbeitsgruppe war vermutlich dem Zweck geschuldet die Priorität der Gesundheitsreform zu demonstrieren. Ira Magaziner nahm die Rolle des Leiters von Arbeitsgruppen ein, die mehr als 500 Experten und Kongressangehörige zum Thema anhörten (Hacker 1997: 122). Clinton stellte den entwickelten Reformentwurf in Grundzügen letztlich mit einiger Verzögerung, die teilweise auf taktische Gründe auf Grund der Verhandlungen über das NAFTA-Abkommen im Sommer 1993 zurückzuführen sind, am 22. September 1993 in einer Joint Session, einer gemeinsamen Sitzung der beiden Legislativkammern, im Kongress unter TV-Ausstrahlung vor. Daraufhin legte die Arbeitsgruppe eine 1342-seitige Ausarbeitung des Reformvorschlages Health Security Act vor, die am 27. Oktober von Clinton persönlich den Vorsitzenden des Kongresses präsentiert wurde (Laham 1996: 29). Zu diesem Zeitpunkt herrscht sowohl in der Bevölkerung als auch im Kongress und Interessenverbänden der Ärzte noch große Zustimmung darüber, dass eine Gesundheitsreform, wenn auch in modifizierter Form, verabschiedet werden würde. Dies ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass zum ersten Mal seit der Präsidentschaft Jimmy Carters 1977-1981 die Mehrheit des Kongresses und der Präsident der gleichen Partei, den Demokraten angehörten (Hacker 1997: 117). Clinton selbst versprach sich von der Situation des Unified Governments einen enormen Vorteil bei der Durchsetzung des Entwurfes (Skocpol 1996: 5f). Außerdem hatten viele Gesellschaftsgruppen die missliche Lage registriert, woraus eine breite Zustimmung der Bevölkerung zur Reformierung des Gesundheitssystems resultierte (siehe Kap. 4.4). Am 20. November 1993 wurde der Reformvorschlag schließlich durch den demokratischen Mehrheitsführer Richard Gephardt im Repräsentantenhaus eingebracht<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Der Entwurf in seiner vollen Länge ist online abrufbar: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-103hr3600ih/pdf/BILLS-103hr3600ih.pdf> (05.07.2015)

Die Initiative baute auf dem bereits bestehenden Gesundheitssystem auf: Grundlage war eine Pflichtversicherung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber sowie eine private Pflichtversicherung für individuelle Versicherungsnehmer. Krankenversicherungen hätten demnach künftig sowohl ein Bürgerrecht als auch eine -pflicht dargestellt (Castro 1994: 86). Arbeitgeber sollten 80 % der Versicherungssumme der Gruppenversicherung für den Arbeitnehmer übernehmen, der Rest wäre durch die Arbeitnehmer beigesteuert worden. Keine andere Alternative zum so genannten Employer Mandate hätte ohne Steuererhöhungen oder die Einführungen eines neuen staatlichen Programmes das Ziel der universellen Versicherungsabdeckung erreichen können (Skocpol 1996: 64). Zur Verwirklichung der Reformvorstellungen hätten alle Bundesstaaten regionale Versicherungsbörsen (Health Alliances) einrichten müssen, welche die verschiedenen Versicherungsmodelle angeboten hätten. Diese Health Alliances hätten Tarife mit den Versicherungen ausgehandelt und gleichzeitig als Mittelsmann zwischen Versicherungen und Unternehmen bzw. Privatpersonen fungiert (Castro 1994: 89). Dadurch hätte eine vertraglich geregelte Steuerung von Angebots- und Nachfragemechanismen zur Qualitätsverbesserung der Krankenbehandlungen und Kostensenkungen erreicht werden können (Davidson 2010: 73). Ein solches System wird als „Managed Care“ bezeichnet.

Die Versicherungsnehmer hätten zwischen drei Versicherungsmodellen wählen können. Die Versicherungsvarianten wären wie folgt geplant gewesen: Low-cost Versicherungen hätten die Funktion einer Basisversicherung ohne freie Arztwahl eingenommen. Selbstbeteiligungen wären hierbei nicht vorgesehen gewesen. Personen, die Wahlfreiheit bezüglich der Ärzte gewünscht hätten, hätten auf eine high-cost Versicherung mit Selbstbeteiligung zurückgreifen können. Weiterhin wäre eine Kombination aus beiden Optionen eingeführt worden. Bei der letzten Option wäre der Versicherungsnehmer Mitglied einer Preferred-Provider Organization (PPO). Solange die Versicherten im Falle einer Krankheit Ärzte oder Krankenhäuser der PPO besucht hätten, wären sie nach dem low-cost Modell behandelt worden, alle weiteren Leistungen hätten einem high-cost Modell entsprochen. Health Alliances hätten staatlicher Kontrolle unterlegen. Eine neu eingeführte Bundesaufsichtsbehörde, National Health Board, hätte die Health Alliances jährlich über Budgetrahmen informiert und die Einhaltung der Geldauflagen überwacht (Castro 1994: 92f).

Unternehmen ab 5000 Angestellten wäre es freigestellt gewesen, ob sie Mitglied einer Health Alliance geworden wären oder einen eigenen Versicherungsfond angeboten hätten. Alle anderen Unternehmen wären gesetzlich verpflichtet gewesen Verträge mit regionalen Health Alliances auszuhandeln. Föderale Hilfsgelder hätten Unternehmen bei der Finanzierung der Gruppenmitgliedschaften unterstützt. Dadurch hätten vor allem kleine Unternehmen, die ihren Angestellten bisher keine Gruppenversicherung zur Verfügung stellen konnte, die Chance erhalten sollen dies zukünftig zu tun. Außerdem hätten Familien mit einem Einkommen von bis zu 150% der Armutsgrenze ebenfalls staatliche Unterstützung bei der Finanzierung der Versicherungsprämien bekommen.

Staatliche Kontrollmechanismen hätten Kostenexplosionen verhindert und Maximaltarife für Versicherungsprämien privater Krankenversicherungen festgesetzt sowie kontrolliert (Laham 1996: 29-39). Dennoch hätte die Reform langfristig betrachtet zu einer Abnahme staatlicher Eingriffe geführt. Dies ist als Folge der geplanten Einführung des Managed Care-Prinzips zu verstehen.

Besonders Kinder bis 21 Jahre hätten durch die Reform profitiert, denn sie hätten einen sehr umfassenden Versicherungsschutz erhalten. Beispielsweise wären im Gegensatz zu Erwachsenen alle zahnärztlichen Kosten durch Versicherungsleistungen abgedeckt worden. Des Weiteren sollte ein so genanntes „Community Rating“-System eingeführt werden. Community Rating bedeutet, dass alle Versicherungsnehmer, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, dem Alter und des Geschlechtes den gleichen Versicherungsbeitrag bezahlen. Im Mittel gleichen sich somit Kosten für ältere oder kranke Personen, die häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, durch jüngere oder gesunde Personen, welche nur selten Kosten verursachen, wieder aus. Als Folge dessen wird auch ein Anstieg der Versicherungsprämie durch einen neu eingetretenen schweren Krankheitsfall verhindert (Castro 1994: 87-92).

Das Congressional Budget Office veröffentlichte im Februar 1994 einen Report über die errechneten Kosten und prognostizierten Folgen des Vorschlags von Clinton. Unter anderem war darin zu vernehmen, dass die Ausgaben für das Gesundheitssystem nach einer möglichen Reform bis 1999 ansteigen würden und erst danach allmählich absinken würden. Bis 2004 wären auf den Staat zusätzlich Kosten von ca. 126 Milliarden US-Kosten zukommen. Ab dann wären Einsparungen

um sieben Prozent im Vergleich zu den damaligen Ausgaben ermöglicht worden (Rushefsky/Patel 1998: 101).

Anders als angenommen stieß die Initiative rasch auf Widerstand. Sowohl Republikaner als auch Demokraten kritisierten das komplexe System und forderten eine Vielzahl an Veränderungen (siehe Kap. 4.2.1 und 4.3.1). Unter anderem wurde verlautet, dass die eingereichte Initiative die am weitesten ausgearbeitete Fassung sei, die jemals dem Kongress vorgelegt wurde und die staatliche Kontrolle sowie die Kosten zu hoch wären (Hacker 1997: 149). Eine mehrheitlich akzeptable Lösung konnte trotz etlicher Modifikationen nicht gefunden werden und der Reformvorschlag scheiterte im Endeffekt ohne Abstimmung im Plenum. George Mitchell, der spätere Mehrheitsführer der Republikaner im Senat, verkündete das Scheitern der Reform am 26. September 1994 (Skocpol 1996: 6).

### **3.2.2 Der Reformvorschlag unter Präsident Obama 2009/10**

Der 44. Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika, Barack Obama, unterzeichnete am 23. März 2010 im Weißen Haus eine der umstrittensten Reformen im amerikanischen Gesundheitssystem und gleichzeitig „das bedeutendste Sozialgesetz seit der Einführung der allgemeinen Sozialversicherung im Jahr 1936“ (Lemke 2011: 73). Der so genannte Patient Protection and Affordable Care Act ist das Endergebnis langwieriger öffentlicher und politischer Diskussionen, welcher mehrmals durch Einsprüche des Repräsentantenhauses und des Senats modifiziert wurde. Unter den amerikanischen Bürgern wird die Gesundheitsreform gerne in der Kurzform als ObamaCare bezeichnet. Dieser Begriff ist allerdings etwas missverständlich, da Obama keine konkreten Reformvorschläge ausarbeitete, sondern die Reform lediglich durch richtungsweisende Anmerkungen formte.

Nachdem die Clinton-Administration an ihrem Reformvorhaben scheiterte, wurden die Probleme im Bereich der Gesundheitspolitik nicht weniger. Unter Präsident Bush, der das amerikanische Gesundheitssystem als das Beste weltweit deklarierte, blieb der Status Quo dementsprechend annähernd unverändert (Becker 2008).

Als Folge des Nicht-Eingreifens der Bush-Regierung stieg bis zum Jahre 2009 die Zahl der Nichtversicherten, nicht zuletzt der Finanzkrise und dem darauf folgenden Zuwachs der Arbeitslosen geschuldet, weiter an (Davidson 2010: 71). Rund 47 Millionen, dies entspricht 15% der Gesamtbevölkerung, US-Amerikaner waren zu

dieser Zeit nicht krankenversichert, davon befanden sich ca. 38 Millionen Personen im arbeitsfähigen Alter. Anzumerken ist weiterhin, dass sich rund drei Viertel dieser Personen in einem Arbeitsverhältnis befanden und mehr als die Hälfte sogar Vollzeit angestellt war. Demnach werden besonders Geringverdiener, die in kleinen Unternehmen mit einer geringen Mitarbeiterzahl beschäftigt waren, von den Versicherungen nicht gedeckt, da die Unternehmen die Versicherungsprämien nicht aufwenden konnten (Jacobs/Skocpol 2010: 19f.; Lemke 2011: 75). Weiterhin waren rund 16 Millionen US-Amerikaner (rund 5% der Gesamtbevölkerung) zwar durch betriebliche Versicherungen gedeckt, allerdings waren die Versicherungsfälle und Deckungssumme viel zu gering, um von einem vollständigen Versicherungsschutz sprechen zu können. Man spricht hierbei von Unterversicherten; dazu zählen amerikanische Bürger, die im Krankheitsfall trotz betrieblicher Versicherung zehn oder mehr Prozent des monatlichen Einkommens für die Behandlungskosten aufwenden müssen (Lammert 2010: 34).

Überdies entwickelte sich beispielsweise das Medicare-Programm unter anderem durch den demografischen Wandel und somit einer alternden Gesellschaft sowie steigender Behandlungskosten zu einer enormen Kostenfalle. Einem Regierungsbericht zufolge stiegen die Kosten für Medicare allein im Jahr 2005 um 17%, für 2006 wurde ein Kostenzuwachs von 12% prognostiziert (Rosenbaum 2005). Weiterhin wurden die Kosten für Behandlungen konstant höher. Im Jahr 2009 zahlten die US-Amerikaner rund 2,1 Billionen Dollar aus privaten Mitteln für Produkte oder Leistungen aus dem Gesundheitssektor, dies entspricht ca. 16% des Bruttoinlandsprodukts (Lemke 2011: 75). Weiterhin stiegen die Kosten schneller an als die Inflationsrate (Davidson 2010: 72). Das amerikanische Gesundheitssystem zählt deshalb nicht ohne Grund zu den teuersten der Welt. Zum Vergleich: Im Jahr 2006 entfielen in den USA 15,3 % des BIPs auf den Gesundheitssektor, während in Deutschland lediglich 10,6 % des BIPs für Ausgaben im medizinischen Bereich aufgewendet wurden (Jacobs/Skocpol 2010: 21).

Dementsprechend stand, als Folge der Kostenexplosion und drastisch erhöhten Zahlen an Nichtversicherten, die Gesundheitspolitik im Mittelpunkt des Wahlkampfes von Präsident Obama. Dies wurde bereits 2007 ersichtlich, als Obama gerade die Kandidatur für die Präsidentschaft angenommen hatte und auf einem Gesundheitskongress in Las Vegas vorsprach, auf dem er betonte, dass er seine erste Amtszeit dazu nutzen wolle, um zu überprüfen, ob das amerikanische

Gesundheitssystem jenes sei, welches am meisten für die Bürger leisten könne. Während des Wahlkampfes wurde klar, dass Obama, ähnlich wie bereits Clinton, eine eher staatlich regulierte Lösung für das fragile Gesundheitssystem präferierte, während sein republikanischer Konkurrent John McCain ein durch den Markt reguliertes Gesundheitssystem favorisierte (Carpenter 2008: 2). In seinem Wahlkampfprogramm *Blueprint for Change* (Obama 2008: 23-27) benannte er die zwei obersten Ziele seines Reformvorschlages: Zugangsmöglichkeiten für alle Bürger zu Krankenversicherungen durch die Ausweitung staatlichen Versicherungsschutzes sowie Kostenreduktionen.

Unmittelbar nach der Ernennung zum Präsidenten kamen die ersten Probleme auf dem langen Weg zum reformierten Gesundheitswesen auf, da sich die Suche nach einer geeigneten Besetzung des Gesundheitsministeriums schwieriger gestaltete als zuerst angenommen. Auf die im Gesundheitswesen erfahrene Hillary Clinton wollte Obama auf Grund der gescheiterten Reformverhandlungen aus den Jahren 1993/94 und einem nun deutlich sichtbaren Neuanfang nicht zurückkommen und der von ihm vorgeschlagene Kandidat Tom Daschel nahm den Posten als Folge von Steuerunregelmäßigkeiten nicht an. Letztlich ernannte Obama am 28. April 2009 Kathleen Sebelius, die bereits vielfältige politische Erfahrungen als Gouverneurin von Kansas vorweisen konnte, zur Gesundheitsministerin (Lemke 2011: 79).

Bereits während des Wahlkampfes präsentierte Obama seine Vorstellungen über eine mögliche Reform in Grundzügen. Dabei lehnte er im Gegensatz zur Clinton-Administration eine gesetzliche Pflicht zur Abschließung einer Krankenversicherung für jeden US-Bürger ab. Dies gilt für alle Bürger, ausgenommen Kinder, welche verpflichtend durch die Eltern krankenversichert werden sollen, da die Prämien für Kinder im Vergleich zu deren Erwachsener relativ erschwinglich seien. Ein solches Gesetz wurde bereits am 3. Februar 2009 von Obama unterzeichnet. Das *State Children's Health Insurance Program* unterstützt mit einem Budget von 32,8 Milliarden US-Dollar bedürftige Eltern bei der Versicherung ihrer Kinder (ebd.: 79). Weiterhin setzte sich Obama für ein staatliches Versicherungsprogramm ein, das sich in Anlehnung an Medicare an diejenigen richtet, die die finanziellen Mittel zur Bezahlung der Versicherungsprämie nicht aufbringen können. Außerdem sollte die Transparenz des Marktes gestärkt werden sowie die Anbieter und der Versicherungsschutz ausgeweitet werden. Kleinere Unternehmen hätten laut Obamas Vorstellungen durch Steuervergünstigungen die Versicherungsprämien für ihre



Arbeitnehmer besser aufwenden können und größer Unternehmen, die keine betriebliche Vorsorge anbieten, sollten zu Lohnsummensteuern gezwungen werden, welche zur Finanzierung des staatlichen Versicherungsmodelles genutzt werde. Als dritten Punkt auf Obamas Reformplan steht letztlich noch das Verbot der Krankenkassen Versicherungsnehmer aufgrund chronischer Erkrankungen oder Vorerkrankungen nicht anzunehmen (Lammert 2010: 35f.). In diesem Punkt stimmen Clinton und Obama also überein. Anders als zuvor Clinton ließ Obama allerdings den Gesetzesentwurf direkt im Kongress und nicht in einer extra eingerichteten Arbeitsgruppe ausarbeiten, um eine möglichst große Zustimmung zum Gesetzesentwurf durch Einflussnahme von Republikanern und großen Interessengruppen zu erlangen (McKay/Clark 2009: 809). Am 7. November 2009 wurde schließlich über den, unter der Leitung von John Dingell eingebrachten, America's Affordable Health Care Act im Repräsentantenhaus abgestimmt. Mit einer knappen Mehrheit von 220 zu 215 Stimmen passierte das Reformpaket, das nach den knapp formulierten Vorstellungen Obamas, also indirekt aus der Exekutive, eingebracht wurde, die Hürde (Jacobs/Skocpol 2010: 50f). Am Weihnachtsabend 2009, dem 24. Dezember, verabschiedete dann schließlich auch der Senat die von Harry Reid eingebrachte Gesetzesvorlage Patient Protection and Affordable Care Act mit einer Mehrheit von 60 zu 39 Stimmen. Ein Senator enthielt sich seiner Stimme. Dieser Entwurf beinhaltete einige Kompromisse, die den noch skeptischen, eher konservativen Demokraten im Senat zugesprochen wurden. Dazu gehörten unter anderem der Ausschluss von Schwangerschaftsabbrüchen aus Versicherungsleistungen und zudem den Zugang zu Versicherungen für nur 30 Millionen amerikanische Bürger an Stelle der bis dato nicht-versicherten 47 Millionen US-Amerikanern. In einem nächsten Schritt mussten sich schließlich Repräsentantenhaus und Senat auf einen gemeinsamen Gesetzesentwurf einigen. Durch den Tod des demokratischen Senators Edward Kennedy kam es zu Nachwahlen im Staat Massachusetts und der Republikaner Scott Brown übernahm den Senatorenposten. Dadurch ging die nötige drei-Fünftel-Mehrheit der Demokraten im Senat verloren und die Republikaner erlangten somit die Möglichkeit eines Filibusters. Um die Durchsetzung der Reform zu gewährleisten, wählten die Demokraten den für sie eher ungewöhnlichen Weg des Reconciliation-Verfahrens: Dies besagt, dass eine einfache Mehrheit im Senat ausreicht, um ein Gesetz

verabschieden zu können. Dies ist bei Gesetzen möglich, die das Haushaltsdefizit des Staates nicht verschlechtern.

Am 21. März 2010 stimmte das Repräsentantenhaus zunächst dem Gesetzesentwurf des Senats mit einer einfachen Mehrheit von 219 zu 212 Stimmen zu (Lemke 2011: 82-84). Gleichzeitig wurde mit einer einfachen Mehrheit von 220 zu 211 Stimmen dem Health Care and Education Reconciliation Act zugestimmt, der einige Änderungen des Senatentwurfs beinhaltet. Im Senat wurde dieser am 25. März 2010 im eben genannten Reconciliation-Verfahren mit 56 zu 43 Stimmen gebilligt. Daraufhin unterzeichnete, wie bereits oben erwähnt, Präsident Obama den Gesetzesentwurf des Patient Protection and Affordable Care Act am 23. März 2010 und den Health Care and Education Reconciliation Act am 30. März 2010. In Kraft getreten sind die Gesetze zum 1. Mai 2010 (Cacace 2010: 10).

Das vielseitig diskutierte und durch zahlreiche Kompromisse entstandene Gesetz beschließt, dass 95% der Bevölkerung zumindest durch eine Basisversicherung versichert werden sollen. Eine Versicherungspflicht, wie unter Clinton vorgesehen, wird nicht eingeführt. Steuerliche Anreize sollen Arbeitgeber zum Abschluss einer Gruppenversicherung bewegen (Grell/Lammert 2013: 214). Unternehmen mit mehr als 50 Angestellten sind gesetzlich zum Abschluss einer Gruppenversicherung verpflichtet, andernfalls droht eine Strafe in Höhe von 2000 US-Dollar pro Mitarbeiter, jedoch werden die ersten 30 Mitarbeiter hierbei nicht mitgezählt. Überdies drohen Privatpersonen seit dem Jahr 2014 Steuersanktionen in Höhe von 95 US-Dollar im Jahr 2014 bis hin zu 695 US-Dollar im Jahr 2016 bei ausbleibendem Abschluss von mindestens einer Basisversicherung (Cacace 2010: 10). Davon ausgenommen sind sehr arme und religiös motivierte Personen. Weiterhin erhalten Familien mit einem Jahreseinkommen von bis zu 88000 US-Dollar finanzielle Unterstützung beim Erwerb einer Krankenversicherung. Gleichzeitig wird die gesetzliche Versicherung Medicaid ausgeweitet. Bürger mit einem Einkommen von bis zu 400 Prozent der Armutsgrenze werden in Zukunft durch Medicaid unterstützt. Unter Clinton hätte die Grenze für staatliche Zuschüsse bei 150 Prozent der Armutsgrenze gelegen. Das Congressional Budget Office (CBO) berechnete hierfür Kosten in Höhe von 871 Milliarden US-Dollar bis zum Jahr 2020 (Lammert 2010: 38). Um die finanziellen Mehrkosten des Staates zu decken müssen Alleinverdiener mit einem Einkommen ab 200.000 US-Dollar pro Jahr und Ehepaare ab einem Einkommen von 250.000 US-Dollar jährlich ab 2018 höhere Steuerabgaben leisten.

Diese Zusatzsteuer wurde unter Cadillac-Steuer bekannt. Die Zahlungen des Medicare Programmes werden seither von einer unabhängigen Kommission überwacht (Hacker 2010: 863). Kinder bis 26 Jahre können nun bei den Eltern mitversichert werden. Allerdings werden die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche von gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr übernommen.

Seit dem Jahr 2014 sind so genannte Gesundheitsbörsen tätig, um einen Vergleich der Versicherungspolicen und -prämien für kleine Unternehmen und Privatpersonen zu erleichtern. Krankenkassen ist es nun untersagt auf Grund von Geschlecht, Vorerkrankungen oder vergangenen Krankheiten Versicherungsverträge abzulehnen oder zu teureren Konditionen zu verkaufen. Außerdem werden Präventionsmaßnahmen künftig besser finanziert und gefördert und darüber hinaus Zuzahlungen der Versicherten zu Vorsorgeuntersuchungen gesetzlich untersagt (Lemke 2011: 85f).<sup>5</sup>

Obamas Reform unterscheidet sich außerdem vom Vorschlag der Clinton-Administration in dem Punkt der verschiedenen Versicherungsmodelle. Während Clinton ein komplexes Hybridsystem aus verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten durch Health Alliances favorisiert, wurde unter Obama eine staatliche Regulierung privater Krankenversicherungen durchgesetzt. Auch hier können Versicherungsnehmer aus verschiedenen Versicherungsmodellen auswählen, um auf individuelle Bedürfnisse besser eingehen zu können. Beide Reformvorschläge sind also Varianten des Managed Care-Prinzips, das heißt ein Modell staatlicher Kontrolle der Krankenkassen zum Vorteil der Versicherten. Die Einführung eines neuen staatlichen Programmes, wie es Obama zu Beginn der Reformierung gefordert hatte, wurde als Folge des Health Care and Education Reconciliation Act nicht eingeführt. Insgesamt lässt sich also festhalten, dass der Reformvorschlag Clintons weitreichender war als die Änderungen, die Obama durchsetzen konnte. Dennoch sind einige Gemeinsamkeiten festzustellen, beispielsweise die Kontrolle der Krankenkassen durch den Staat und auch staatlich finanzierte Zuschüsse bzw. Programme wie Medicare und Medicaid sind in beiden Reformpaketen beinhaltet. Außerdem sind beide Reformvorschläge eher moderater Natur, ein regulierter Wettbewerb sollte mit Hilfe beider Entwürfe geschaffen werden. Eine weitere Gemeinsamkeit ist das besondere Augenmerk auf die Versicherungsmöglichkeiten

---

<sup>5</sup> Der Gesetzestext in seiner vollen Länge ist online unter folgendem Link einsehbar: <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>

der Kinder. Diese werden in beiden Vorschlägen gesondert behandelt und erhalten einen umfassenderen Schutz als Erwachsene.

Der größte Unterschied zwischen den beiden Reformvorschlägen liegt in der Art der Umsetzung. Clinton setzte auf ein Employer Mandate, einer Ausweitung des Versicherungsschutzes durch den Arbeitgeber, wohingegen Obama ein Individual Mandate bevorzugte, das den Fokus gezielt auf Einzelpersonen und weniger auf Versicherungsmöglichkeiten durch den Arbeitgeber legt. Das Employer Mandate wird unter Obama nur als eine von mehreren Möglichkeiten zum Versicherungsabschluss in Betracht gezogen. Außerdem ist unter Obama ein Versicherungsabschluss nicht verpflichtend, wird allerdings durch die Einführung der Strafen bei Nichtabschluss im Jahr 2014 dennoch in gewisser Weise erzwungen. Daher ist Obamas Reformentwurf etwas wirtschaftsliberaler als die Initiative unter Clintons Administration. Letztere hätte mehr staatliche Marktkontrolle und -eingriffe zugelassen als es nun durch den Patient Protection and Affordable Care Act der Fall ist.

#### **4. Empirische Analyse**

Nachdem nun die zugrunde liegende Theorie und das zum Verständnis benötigte Hintergrundwissen erarbeitet wurden, wird im Folgenden die empirische Analyse folgen. Diese dient der Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit. Die zu Grunde liegenden Fragen werden nun wiederholend genannt, um sie dem Leser aktiv ins Gedächtnis zu rufen: Inwiefern kann die Vetospieler-Theorie das Scheitern Clintons und den Erfolg Obamas bei der Durchsetzung der Gesundheitsreform erklären? Wo liegen die Grenzen der Vetospieler-Theorie? Zur Beantwortung der Fragen wird näher auf die von Tsebelis erarbeiteten Hypothesen zum Einfluss der Vetospieler auf die Politikstabilität eingegangen. Zunächst werden die beteiligten Vetospieler und deren Position analysiert, bevor im nächsten Schritt die Analyse der internen Kohäsion der kollektiven Vetospieler erfolgt. Anschließend wird ein genauerer Blick auf die Kongruenz geworfen und zum Abschluss der Analyse werden die Erklärungskraft und Grenzen der Vetospieler aufgezeigt. Dieses letzte Unterkapitel dient der Beantwortung der zweiten Leitfrage dieser Arbeit.

#### **4.1 Identifikation der Vetospieler im amerikanischen Präsidentialismus**

Das US-amerikanische, präsidentielle Regierungssystem bringt im Allgemeinen drei institutionelle, also durch die Verfassung definierte, Vetospieler hervor, die bereits durch Tsebelis (2002: 19) identifiziert wurden. Hierbei handelt es sich um den Präsidenten als individuellen Vetospieler sowie die beiden Kammern der Legislative, Repräsentantenhaus und Senat, jeweils als kollektive Vetospieler. Agenda-Setter im präsidentiellen System ist der Kongress (ebd.: 82).

Um die Anzahl der Vetospieler korrekt zu identifizieren, müssen außerdem weitere Aspekte beachtet werden. Angenommen Repräsentantenhaus, Senat und Präsident haben genaue Vorstellungen über Änderungen des Status Quo und diese Vorstellungen liegen auf einer geraden Linie. Da zwei Vetospieler jeweils das Ende der imaginären Linie markieren, bedeutet dies, dass der dritte Vetospieler einen bestimmten Punkt auf der Linie zwischen den beiden anderen Vetospielern markiert. In diesem Falle verändert also der dritte, auf der Linie befindliche Vetospieler nichts mehr am Winset und würde somit absorbiert werden. In diesem Falle gäbe es faktisch nur zwei Vetospieler im amerikanischen System. Außerdem kann eine Situation des Unified Governments eintreten, in der demnach alle drei Vetospieler von der gleichen Partei bestimmt werden. Falls dann zusätzlich die Parteiendisziplin noch sehr hoch ist, bedeutet das, dass alle Vetospieler auf der imaginären Linie den gleichen Punkt markieren, da alle homogen eine Alternative präferieren. Es werden in dieser Spezialsituation folglich zwei Vetospieler absorbiert und ein einziger Vetospieler entscheidet über die Politikstabilität (ebd.: 78).

In den vorherigen Annahmen wurde den beiden Legislativkammern implizit der Status einer individuellen Vetospielers unterstellt. Diese Gegebenheit stellt allerdings die Ausnahme dar, weshalb genauere Untersuchungen der Vetospieler innerhalb der Legislativkammern notwendig sind. Neben den die kollektiven Vetospieler betreffenden Ausführungen in Kapitel 2 sind weitere Aspekte zu beachten. Das amerikanische System ist maßgeblich von machstreuenden Strukturen geprägt. Durch die Splittung der Legislative in ein Zwei-Kammern-System wird automatisch ein neuer Vetospieler generiert (ebd.: 136). Dies wurde bereits in den obigen Ausführungen berücksichtigt. Unbeachtet blieb allerdings die Tatsache, dass innerhalb jeder Kammer Regeln zur Entscheidungsfindung angewendet werden. Im Repräsentantenhaus wird eine einfache Mehrheit benötigt, im Senat sogar eine

qualifizierte Mehrheit, um eine Initiative zu billigen. In der Konsequenz werden also einige Alternativen zum Status Quo durch die Entscheidungsfindung innerhalb des kollektiven Vetospielers, der jeweiligen Kammer, nicht mehr berücksichtigt. Das Winset schrumpft also und die Wahrscheinlichkeit eines Politikwechsels wird verringert (ebd.: 141). Tsebelis (ebd.: 144) bezeichnet weiterhin den Senat als supermajoritären Vetospieler. Dies begründet er mit der benötigten drei-Fünftel-Mehrheit, die zum Beenden eines Filibusters notwendig ist. Meist reichen die Sitze der Mehrheitspartei nicht aus, um die benötigten 60 Stimmen zu erreichen. In einer solchen Situation werden also Senatoren der Minderheitspartei zur Verabschiedung einer Initiative benötigt. Folge daraus ist, dass die Mehrheitspartei nach dem Checks and Balances-Prinzip Entscheidungsprozesse nicht alleine vollziehen kann, sondern meist ein gewisser Prozentsatz der Minderheitspartei der Entscheidung zustimmen muss.

Die Absorption von parteilichen Vetospielern ist im amerikanischen Präsidialismus als Folge geringer Fraktionsdisziplin kaum möglich.

„For example, it may be that inside the House of Representatives, different majorities are possible, meaning that the House cannot be reduced any further as a veto player. Alternatively, it may be that the House is controlled by a single cohesive party, and the only successful pieces of legislation are those supported by this party. In this case, while the House is the institutional veto player, the majority party is the real (partisan) veto player” (Tsebelis 2002: 19).

Vor dem Hintergrund dieses Wissen werden im Folgenden nun die Vetospieler zu Amtszeiten Clintons und Obamas identifiziert.

Bill Clinton war 1993/94, während der Zeit des Reformversuches des Gesundheitssystems, der Präsident des 103ten Kongresses. Die Zusammensetzung des Kongresses geht auf die Wahl vom 03. November 1992 zurück. Clinton, selbst Demokrat, konnte auf Rückhalt durch den Kongress hoffen, denn beide Kammern wurden von der demokratischen Partei dominiert. 435 Abgeordnete erhielten einen Sitz im Repräsentantenhaus, davon waren 258 Mitglied der Demokraten. Außerdem wurden 176 Republikaner ins Repräsentantenhaus gewählt, sowie ein unabhängiger Abgeordneter. Insgesamt wurden also 59% der Sitze im Repräsentantenhaus an Demokraten eingenommen. Im Senat sah die Situation ähnlich aus. 57 der insgesamt 100 Sitze wurden durch Demokraten besetzt, die Republikaner entsandten 43 Senatoren (Anderson 1995: 15). Clinton hatte also während des 103ten Kongresses die Möglichkeit unter Unified Government zu regieren. Ein möglicher Filibuster

durch Republikaner im Senat konnte dennoch nicht alleine von den Demokraten beendet werden, da dazu drei zusätzliche Stimmen aus den Reihen der Republikaner notwendig gewesen wären, um die nötige Mehrheit von 60 Stimmen zu erreichen. Vetospieler im 103ten Kongress waren also der Präsident, Bill Clinton, sowie die beiden Legislativkammern. Diese müssen als kollektive Vetospieler betrachtet werden, da wohl nur in sehr seltenen Ausnahmesituationen alle Abgeordneten bzw. Senatoren die gleichen Policy- Präferenzen besitzen.

Präsident Obama startete seinen Reformversuch unter ähnlichen Bedingungen wie bereits zuvor Bill Clinton. Der 111te Kongress mit dem demokratischen Präsidenten Barack Obama an der Spitze war ebenfalls von Unified Government geprägt. Sowohl das Repräsentantenhaus als auch der Senat wurden von einer demokratischen Mehrheit dominiert. Das Repräsentantenhaus setzte sich aus 434 Abgeordneten zusammen, ein Platz blieb unbesetzt. Von den 434 Abgeordneten wurden 256 Repräsentanten von den Demokraten entsandt. Die restlichen 178 Plätze wurden von Republikanern besetzt. 59 Prozent, also die Mehrheit der Plätze, wurden von Demokraten eingenommen. Der Senat setzte sich zum Zeitpunkt der Abstimmung, nachdem ein Gericht die zuvor angefochtene Senatorenwahl in Minnesota für gültig erklärt hatte, über die Reform aus 58 Demokraten, 40 Republikanern und zwei unabhängigen Senatoren zusammen. Die beiden unabhängigen Senatoren fühlten sich allerdings mit den Ideologien der Demokraten besser verbunden und stimmten meist auch in den Interessen der Demokraten ab. Also konnte zum Zeitpunkt der Abstimmung über die Gesundheitsreform im Dezember 2009 ein Filibuster verhindert werden, da genau die Mindestanzahl der benötigten 60 Stimmen zum Stoppen des Filibusters mit den Stimmen der Demokraten und den beiden Senatoren anderer Parteien erreicht werden konnte (Jacobs/Skocpol 2010: 60f.; Lammert 2010: 37).

Die Amtszeit Obamas während des 111ten Kongresses brachte also ebenfalls drei Vetospieler hervor: Erstens die beiden Legislativkammern, die wie bereits zu Clintons Reformversuch als kollektiver Vetospieler betrachtet werden müssen und zweitens den Präsidenten selbst, der über die beiden Kammern hinaus eine Vetofunktion innehat. Obwohl das Repräsentantenhaus als parteilicher Vetospieler gezählt werden kann, da, wie später genauer erläutert, eine sehr hohe Fraktionsdisziplin herrschte und die Demokraten eine solide Mehrheit hatten, kann das Repräsentantenhaus nicht von Obama absorbiert werden. Dies ist darauf

zurückzuführen, dass Obama nur richtungsweisende Forderungen an die Reform formulierte, die genaue Ausarbeitung des Entwurfs allerdings den beiden Legislativkammern überließ.

Im Vergleich beider Präsidentschaftszeiten wird deutlich, dass beide Amtsinhaber unter sehr ähnlichen Bedingungen agierten. Das Privileg des Unified Governments genossen beide Exekutivführer, ebenso ähnelten sich die prozentualen Sitzverteilungen der Kammern enorm. Auf Grundlage der Sitzverteilungen zu den jeweiligen Abstimmungszeitpunkten hatte Clinton den enormen Nachteil, dass er die Gefahr eines Filibusters in Kauf nehmen musste. Obama hingegen konnte auf die Zustimmung der beiden unabhängigen Senatoren hoffen, um einen Filibuster verhindern zu können.

Eine weitere Gemeinsamkeit beider Amtszeiten ist die gleiche Anzahl der beteiligten Vetospieler. Sowohl für den 103ten als auch für den 111ten Kongress können drei Vetospieler identifiziert werden, deren Zustimmung für die Durchsetzung der Reform unabdingbar war. Mit Hinblick auf die erste Hypothese Tsebelis', die einen Anstieg der Politikstabilität eines Staates mit wachsender Zahl der Vetospieler prognostizierte, bedeutet dies, dass den analysierten Ergebnissen entsprechend die Anzahl der Vetospieler nicht als entscheidender Faktor zum Ausbleiben der Reform unter Clinton beziehungsweise zur Durchsetzung unter Obama gewertet werden kann.

Nichtsdestotrotz scheiterte Clinton am Versuch das Gesundheitssystem zu reformieren, während Obama die Reform letztlich unterzeichnen konnte. Dementsprechend wird an dieser Stelle sehr gut deutlich, dass die Aussage Tsebelis', die reine Identifikation der Vetospieler sei nicht ausreichend, um auf den Ausgang einer spezifischen Situation schließen zu können, zutreffend ist. Um eine Erklärung für Clintons Scheitern und Obamas Erfolg finden zu können, muss daher noch genauer auf die Kongruenz und Kohäsion der Vetospieler eingegangen werden. Zur Verständniserleichterung wird nun zuerst die interne Kohäsion der kollektiven Vetospieler betrachtet, bevor danach die Kongruenz analysiert wird.



## **4.2 Kohäsion der Vetospieler**

### **4.2.1 Kohäsion der Vetospieler unter Clinton 1993/94**

Da die interne Kohäsion, also die interne Übereinstimmung von Interessenslagen, von Vetospielern nur für kollektive Vetospieler sinnig ist, werden in diesem Kapitel lediglich die Positionen der beiden Legislativkammern analysiert. Der Präsident als individueller Vetospieler bildet seine Policy-Präferenzen über kreisförmige Indifferenzkurven ab und muss logischerweise nicht über Entscheidungsfindungsregeln zu einem Konsens finden.

Als Folge der geringen Parteiendisziplin in den USA kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich lediglich zwei Gruppen, Demokraten und Republikaner, mit heterogenen Interessen gegenüber stehen und zwischen diesen eine Einigung gefunden werden muss. Stattdessen muss ein genauerer Blick auf kleinere Gruppen innerhalb der Parteien gelegt werden. Da die Meinungspluralität in den beiden Kammern der Legislative in etwa gleiche Strukturen aufweist, kann an dieser Stelle auf eine Unterteilung der internen Kohäsion zwischen Repräsentantenhaus und Senat verzichtet werden. An Stelle dessen sind die im Folgenden zu findenden, analysierten Effekte für beide Häuser gültig.

Die Republikaner bildeten in den Jahren 1993/94 zumeist eine geschlossene Einheit, die Interessen aller Abgeordneten stimmten überein. Diese Homogenität resultierte nach anfänglicher Euphorie zur Durchsetzung einer Gesundheitsreform letztlich in einer geschlossenen Ablehnung des Reformierungsgedankens. Dies ist vor allem auf die Übernahme der Parteispitze durch Newton Gingrich zu erklären, der den Health Security Act vehement ablehnte. Dadurch erreichte er innerhalb der republikanischen Partei einen Kurswechsel, weg von einer möglichen Kompromissbereitschaft hin zur strikten Oppositionshaltung. Unterstützung fand die Partei in den Interessengruppen, welche ebenfalls ablehnende Haltungen gegenüber des Reformentwurfs einnahmen (siehe Kapitel 4.4). Zudem war eine flächendeckende Versicherungspflicht aller Bürger kein Hauptinteresse der Republikaner, denn diese vertreten die Interessen der gehobenen Mittel- und Oberschicht. Die Bürger in diesen Schichten sind meist im Besitz der finanziellen Mittel, um ohne staatliche Zuschüsse eine Krankenversicherung abschließen zu können. Als Anführer der oppositionellen Haltung der Republikaner entpuppte sich neben Gingrich vor allem Bob Dole, Senator aus Kansas. Dessen Absichten waren vermutlich eher auf Selbstinteresse als

auf Fraktionsdisziplin zurückzuführen. Dole galt als der finanziell am meisten von den Interessengruppen der Gesundheitsindustrie unterstützte Senator. Die Gefahr, welche die Gesundheitsreform für die Gesundheitsindustrie repräsentierte, wollte Dole dementsprechend rasch beseitigen (Laham 1996: 83). Dole war überdies Mitglied des Senate Finance Committee, welches im weiteren Verlauf dieses Kapitels nochmals genauer thematisiert wird. Die Oppositionshaltung der republikanischen Partei gegenüber des Health Security Acts begründete Dole mit enormen finanziellen Risiken für alle Unternehmen, die bis zum Bankrott und als Folge dessen zu einer steigenden Arbeitslosenzahl führen würden (ebd.: 85). Dementsprechend wurde insbesondere das Employer Mandate von republikanischer Seite kritisiert. Weiterhin empfanden die Republikaner die geplante Reform als zu sehr staatlich kontrolliert und geleitet. Kritisiert wurden daher auch die gesetzliche Festlegung prozentualer Festsätze, die Arbeitgeber mindestens zu den Versicherungsprämien der Arbeitnehmer beizusteuern verpflichtet gewesen wären sowie geplante Steuersubventionen für kleinere Unternehmen zum Ausgleich der erhöhten finanziellen Aufwendungen dieser, welche für die Bereitstellung einer Krankenversicherung ihrer Angestellten unabdingbar. Folglich entwickelten die Republikaner einen eigenen Reformentwurf, der in Kapitel 4.3.1 vorgestellt wird. Dieser wurde allerdings nach kurzer Zeit wieder verworfen, um eine Reform zu verhindern. Der Höhepunkt der Differenzen zwischen Republikanern und Demokraten gipfelte in einem TV-Duell zwischen Clinton und Dole am 25. Januar 1994. Während Clinton den Health Security Act und dessen Prägnanz verteidigte, stritt Dole ab, dass die USA überhaupt eine Reform des Gesundheitswesens nötig hätte, denn eine Krise des Gesundheitssystems sei nicht zu verzeichnen (ebd.: 91).

Im Gegensatz zu den Republikanern, die sowohl im Senat als auch im Repräsentantenhaus als geschlossene Einheit ihre Interessen vertraten, waren die Demokraten innerhalb ihrer Partei zerstritten. Dadurch „unterstützen [sie] die Zersplitterung und Konfusion, anstatt sich in Richtung einer modifizierten Version des Clinton Plans [...] zu bewegen“ (Skocpol 1996: 99). Diese Uneinigkeiten der Interessenlagen sind auf eine große Varianz der Positionierung innerhalb der demokratischen Partei zurückzuführen. 1993/94 reichte das Spektrum der Demokraten von sehr liberalen, links-orientierten Demokraten über moderaten, wirtschaftsfreundlicheren Mitgliedern der Partei um Clinton bis zu hin konservativen Demokraten (ebd.: 100). Dementsprechend variierten auch die

Einstellungen der Parteimitglieder zur Gestaltung einer Gesundheitsreform, jedoch weniger über die Notwendigkeit einer Reform (Laham 1996: 12).

Einigkeit in den Reihen der Demokraten herrschte meist nur über die Verpflichtung zum Versicherungsabschluss (Skocpol 1996: 105). Allerdings führte selbst die Frage nach der Erlangung einer solchen Pflicht zu Unstimmigkeiten. Liberale Abgeordnete plädierten für ein Single-Payer-System, welches den Staat als einzigen Versicherungsgeber und Finanzier der entstehenden Kosten betrachtet, in Anlehnung an das Gesundheitssystem des kanadischen Nachbarn. Wieder andere, beispielsweise Pete Stark, Vorsitzender des Ways and Means Health Subcommittees, forderten die Ausweitung des Medicare-Programmes für alle bisher nicht-versicherten Bürger und als letzte Alternative plädierten einige Demokraten, z.B. der Mehrheitsführer der Demokraten im Senat, George Mitchell, für die Ausweitung staatlicher Subventionierungen der Arbeitgeber oder Privatpersonen bei Abschluss einer Krankenversicherung (ebd.: 105). Alternative Reformvorschläge wurden ausgearbeitet, um eine nötige Mehrheit zu erreichen. Der Reformentwurf des demokratischen Repräsentanten Jim Cooper aus Tennessee, auch als Cooper-Plan und Clinton lite bekannt, stimmte zu großen Teilen mit der Version Clintons überein. Cooper verzichtete allerdings auf ein Employer Mandate, um die Arbeitgebergewerkschaften von der Reform zu überzeugen. Eine allumfassende Versicherungsabdeckung hätte mit dem Cooper-Plan erreicht werden können, allerdings wäre auf eine Versicherungspflicht verzichtet worden. Ebenso umfasste der Plan keine Preiskontrollmechanismen, jedoch aber Steuersubventionen für Firmen, die Gruppenversicherungen anbieten. Insgesamt enthielt diese Alternative außerdem erheblich geringere Eingriffsmöglichkeiten durch den Staat (Castro 1994: 101). Die meiste Zustimmung erhielt dieser Vorschlag aus den Reihen der zwischen konservativen und moderaten anzusiedelnden Demokraten, jedoch konnte auch der Cooper-Plan keine demokratische Mehrheit erzielen (Skocpol 1996: 60f).

Prinzipiell kann festgestellt werden, dass weder liberale noch konservative Demokraten mit dem Reformentwurf Clintons einverstanden waren. Die liberale Strömung der Partei empfand die Initiative als zu konservativ und sah gleichzeitig eine zu große Annäherung an die Ideen der ebenfalls konservativen Jackson Hole Group, einer 1971 gegründeten Gruppe mehrerer Politiker und Berater. Die Jackson Hole Group arbeitete bereits einige Zeit vor den Reformierungsplänen des Gesundheitssystems durch Clinton die Idee des Managed Cares aus (Hacker 1997:

134). Stattdessen forderten die liberalen Demokraten die Einführung eines Single-Payer-Systems mit der föderalen Regierung als alleinigem Versicherungsanbieter. Clinton und die moderaten Demokraten lehnten ein Single-Payer-System mit der Begründung, dass dem Staat dadurch mehr Macht verliehen würde als die Bevölkerung es erwünsche, allerdings ab. Dennoch lockerte Clinton im Laufe der Reformverhandlungen seine Position und gestand den Einzelstaaten die Möglichkeit zu eine gesetzliche Krankenversicherung in Form eines Single-Payers einführen zu können (Laham 1996: 163). Anders als die liberalen Demokraten plädierten die moderaten Demokraten um Clinton wie bereits erläutert für ein Employer Mandate. Diese Version fand keine Unterstützung durch die liberalen Demokraten, da der Umbruch des Gesundheitssystems in den Augen der links-orientieren Demokraten damit nicht weit genug gegangen wäre (ebd.: 143). Sehr konservative Demokraten kritisierten an Clintons Ausarbeitung außerdem, dass der vorgeschlagene Entwurf zu viele staatliche Regulierungen zulassen würde. Daher favorisierte die Mehrheit der konservativen Demokraten den Cooper-Plan, der geringere staatliche Regulierungen vorsah

Weiterhin traten selbst innerhalb der Gruppe der liberalen Demokraten Unstimmigkeiten auf. Zwei Gruppierungen sind zu identifizieren, die sich voneinander abgrenzten. Einerseits eine Gruppe um den Repräsentanten Henry Waxman aus Kalifornien und andererseits eine von Jim McDermott, Senator aus Illinois, angeführte Gruppierung. Waxman und seine Gefolgschaft forderten die liberalen Demokraten auf Kompromissbereitschaft gegenüber Clintons Reformvorschlag zu zeigen, da nur auf diesem Wege eine weitgreifende Reform politisch durchsetzbare sei. Die Gruppe um McDermott hingegen plädierte zur Ablehnung der eingereichten Initiative mit der Begründung, dass nur ein Single-Payer-System die Lösung zum flächendeckenden Versicherungsschutz sei (ebd.: 150f.).

Die demokratischen Führer der Mehrheitspartei in den beiden Häusern, George Mitchell im Senat, Thomas Foley als Sprecher der Demokraten und Richard Gephardt im Repräsentantenhaus, standen hingegen relativ geschlossen hinter Clintons Reformentwurf. Daher versuchten sie spezielle Treffen aller am Legislativprozess beteiligten Ausschüsse zu organisieren, um Homogenität innerhalb dieser zu erreichen und somit den Gesetzgebungsprozess zu beschleunigen. Die beteiligten Ausschüsse waren im Senat das Labor and Human Resources Committee

sowie das Finance Committee und im Repräsentantenhaus das Energy and Commerce Committee, Education and Labor Committee und das Ways and Means Committee. Allerdings waren die Vorsitzenden der Ausschüsse und Unterausschüsse nicht sonderlich euphorisch, sodass ein solches Treffen nie stattfand. Dies betrifft insbesondere einen der am stärksten oppositionellen Demokraten, Pete Stark. Jener sorgte durch ausbleibende Kooperation für eine Verlangsamung des Gesetzgebungsprozesses. Der Grund des fehlenden Engagements seinerseits lag in der kategorischen Ablehnung Starks der Einführung eines Managed Competition-Systems (Hacker 1997: 131). Weiterhin saß im Senat Patrick Moynihan, demokratischer Senator des Staats New York, der ebenfalls zu den am wenigsten disziplinierten Demokraten zählte. Moynihan hatte zudem den Vorsitz des Senate Finance Committee inne. Wenn eine Reformvorlage in Kraft tritt, muss das Senate Finance Committee diese ebenfalls unterzeichnen, um Gültigkeit zu erreichen. Da Moynihan der Gesundheitsreform sehr kritisch gegenüber stand, konnte kein Abgeordneter je sicher sein, ob das Senate Finance Committee überhaupt handeln würde. Auch diese Gegebenheit erschwerte den Reformprozess erheblich (Skocpol 1996: 102f).

Im Endeffekt führte die Zerstrittenheit der Demokraten zum Fehlen einer Koalition für die Reform und damit als Folge auch zum Ausbleiben einer Abstimmung über eine, wenn auch modifizierte Version, des Reformvorschlages auf allen legislativen Ebenen. Keiner der alternativen Reformvorschläge brachte eine demokratische Mehrheit in einem der Häuser hervor (Rushefsky/Patel 1998: 109).

Zusammenfassend kann die interne Kohäsion unter Clinton in den Jahren 1993/94 also als sehr gering beschrieben werden. Die Republikaner bildeten zwar eine gemeinsame Einheit, allerdings war die demokratische Partei intern sehr zerstritten. Daher gab es sowohl im Senat als auch im Repräsentantenhaus also fünf Gruppen, die vollständig konträre Vorstellungen über die Ausarbeitung der Gesundheitsreform hatten. Diese Gruppen sind die Republikaner, konservative Demokraten, die den Cooper-Plan favorisieren, moderate Demokraten um Clinton sowie liberale Demokraten, die den Health Security Act mit Kompromissen akzeptieren würden und liberale Demokraten, die die von der Arbeitsgruppe ausgearbeitete Version auf Grund des Fehlens einer Single-Payer-Option ablehnten.

Abbildung 1 zeigt die Kohäsion der Vetospieler unter Clinton in bildlicher Form.

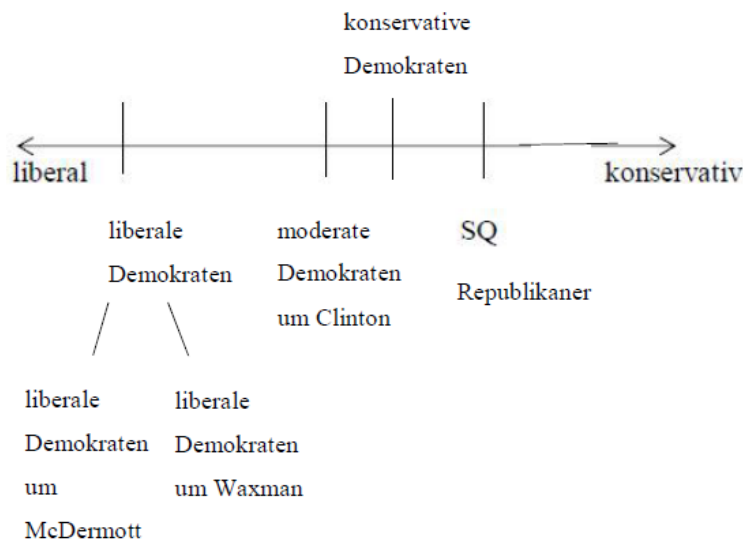


Abbildung 1: Kohäsion unter Clinton 1993/94, eigene Abbildung

SQ: Status Quo

Diese Abbildung gilt für die Konstellationen sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat. Der Status Quo ist dabei als eher konservativ einzuordnen, denn geringe Eingriffsmöglichkeiten durch den Staat und eine hohe Marktmacht waren der Standard. Lediglich die sozialstaatlichen Programme Medicare und Medicaid fließen als liberale Nuancen in die Bewertung mit ein. Da sich der Status Quo bis nach der Reformierung durch Obama nicht veränderte, bleibt die Position dessen auf den nachfolgenden Abbildungen unverändert.

Aus der Abbildung wird überdies deutlich ersichtlich, dass innerhalb der Häuser jeweils fünf Fraktionen vorhanden waren, die unterschiedliche Anforderungen an den Reformentwurf stellten. Es ist also eine sehr breite Streuung der Präferenzen der Vetospieler und somit eine geringe Kohäsion festzustellen. Durch einfache Mehrheiten hätten bei einer stattfindenden Abstimmung die Individuen innerhalb der kollektiven Vetospieler zu einem Kompromiss finden sollen. Tsebelis (2002: 48f). Annahme, dass zu viele individuelle Akteure innerhalb eines kollektiven Vetospieler zu einer hohen Politikstabilität führen, bestätigt sich also in dieser Stelle. Durch das Ausbleiben eines Konsens konnte keine Abstimmung stattfinden. Folglich fand keine Änderung des Status Quo statt.

#### 4.2.2 Kohäsion der Vetospieler unter Obama 2009/10

Dieses Kapitel hat aus Gründen der Vergleichbarkeit gleichermaßen den gleichen Aufbau wie Kapitel 4.2.1. Deshalb gilt auch hier, dass bedacht werden muss, dass

sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat Mitglieder beider Parteien vertreten waren und somit die in diesem Kapitel getroffenen Aussagen für beide Kammern gültig sind. Außerdem gilt es zu bedenken, dass traditionell das Repräsentantenhaus eher liberalere Vorstellungen vertritt als der Senat, in dem hauptsächlich moderatere Demokraten zu finden sind. Dennoch sind alle Gruppen, Republikaner, liberale, moderate und konservative Demokraten in beiden Häusern vertreten und müssen zur Analyse der Kohäsion herangezogen werden.

Die republikanische Partei verhielt sich ähnlich wie bereits bei Clintons Reformversuch. Trotz anfänglicher Euphorie zur Durchsetzung einer Gesundheitsreform positionieren sich später sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat alle republikanischen Abgeordneten einstimmig gegen die eingebrachten Entwürfe. Im Repräsentantenhaus führte Minderheitsführer John Boehner die republikanische Oppositionsfront an. Boehner hatte allerdings weniger Einflussmöglichkeiten auf den Reformprozess als sein Pendant im Senat Mitch McConnell, der durch zeitliche Verzögerungen die Gesundheitsreform scheitern lassen wollte (Jacobs/Skocpol 2010: 63). Kritisiert wurde von Seiten der Republikaner vor allem die Einführung eines Mandats zur Abschließung einer Versicherung, obwohl diese Idee ursprünglich von Romney stammte. Staatliche Fördergelder zur Finanzierung der Versicherungsprämie sind nach den Vorstellungen der Republikaner nur für Familien aus der Unterschicht zulässig. Weiterhin stimmten die Republikaner gegen die Ausweitung des Medicare-Programmes. Dies sei mit zu hohen Kosten verbunden, da einige Staaten bis dato lediglich Familien mit einem Einkommen von bis zu 11 Prozent der Armutsgrenze unterstützten. Außerdem dürften keine Steuererhöhungen zu Lasten der Bürger stattfinden, um die Ausweitung von staatlichen Unterstützungsprogrammen zu finanzieren. Auf Grundlage der genannten Einwände seitens der republikanischen Partei, ließ diese verlauten, dass eine Gesundheitsreform nach den Ideen des 111ten Kongresses nicht unterstützt werden könne (ebd.: 91-94).

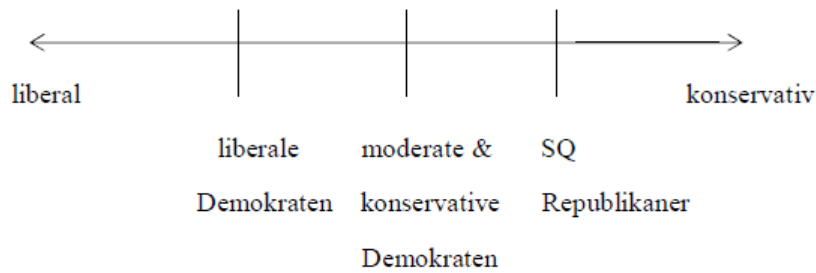
Die Demokraten zeigten sich im Gegensatz zum 103ten Kongress sehr kohäsiv. Durch eine für das US-amerikanische System sehr hoch ausgeprägte Fraktionsdisziplin in den Jahren 2009/10 innerhalb der demokratischen Partei, gelang es den Demokraten letztlich einen eher konservativen Reformentwurf zu billigen (Beaussier 2012: 746). Dennoch wurden im Verlauf der Reformverhandlungen Forderungen einiger demokratischer Gruppierungen eingebracht. Liberale

Demokraten forderten die Ausweitung staatlicher Möglichkeiten zum Eingriff und zur Regulierung des Gesundheitssystems. Hierzu gehört auch die Forderung liberaler Demokraten die Versicherungsprämien für alle Versicherungsgruppen gleichzusetzen (Jacobs/Skocpol 2010: 94). Die von liberalen Demokraten präferierte Versicherungsform hätte auf einer Public Option basiert, was einer gesetzlichen Krankenversicherung als Alternative zu privaten Versicherungsanbietern entspricht. Diese Forderung ist auf nicht letztlich auf die Wählerschaft der liberalen Demokraten zurückzuführen, die zu großen Teilen den Wunsch nach einer starken Veränderung des Versicherungssystems äußerten (ebd.: 63). Eine Gruppe 60 moderater Demokraten, die Blue Dog Democrats, widersetzte sich der Public Option und forderte die Auslöschung dieser aus dem Reformentwurf (Beaussier 2012: 757). Weiterhin präferierten moderate und konservative Demokraten die Anpassung von Versicherungsprämien verschiedener Versicherungsgruppen, eine Gleichsetzung wurde allerdings abgelehnt (Jacobs/Skocpol 2010: 94).

Einen Disput gab es auch über den Zugang zu föderalen Hilfsmitteln zur Finanzierung der Versicherungsprämie. Während liberale Demokraten neben Familien aus der Unterschicht auch Familien aus der unteren Mittelschicht fördern wollten, forderten moderate und konservative Demokraten die staatlichen Zuzahlungen nur für Familien mit sehr geringem Einkommen durchzusetzen (ebd.: 91). Überdies entstanden Uneinigheiten über die von Arbeitgebern angebotenen high-cost Versicherungspläne. Diese Art von Versicherungsplan geriet aufgrund von Steuerfreibeträgen, die für viele Amerikaner nicht zu erreichen waren, und dem Ausnutzen der meisten Ärzte dieser Pläne zum Gebrauch teurer Untersuchungsmethoden überparteilich in die Kritik. Innerhalb der demokratischen Partei wurde deshalb darüber nachgedacht Arbeitgebern, die ihren Angestellten high-cost Pläne anbieten, eine neue Steuer aufzuerlegen, um die dadurch entstehenden Steuerfreibeträge der Arbeitnehmer finanzieren zu können. Die Idee der neuartigen Steuer wurde unter dem Name Cadillac Steuer bekannt. Während vor allem konservative Demokraten sowie Obama die Cadillac Steuer präferierten und darin eine sehr gute Chance zur Kostenkontrolle sahen, empfanden liberale und den Arbeitgebergewerkschaften verbundene Abgeordnete die Idee als nicht umsetzbar und warnten gleichzeitig vor einer dadurch möglicherweise entstehenden Gewerkschaftsopposition (ebd.: 95).

Bildlich verdeutlicht zeichnet sich folgende Abbildung der internen Kohäsion ab:





**Abbildung 2: Interne Kohäsion unter Obama 2009/10; eigene Abbildung**

SQ: Status Quo

Abbildung 2 verdeutlicht nochmals die interne Kohäsion der kollektiven Vetospieler unter Obamas Reformbemühungen. Die Abbildung gilt gleichermaßen für den Senat als auch das Repräsentantenhaus. Die Republikaner traten in den Jahren 2009/10 erneut als geschlossene Einheit auf, während die Demokraten mit internen Disputen zu kämpfen hatten.

Insgesamt können drei Gruppierungen innerhalb der Häuser identifiziert werden, die gemeinsam einen Konsens finden mussten und dadurch ihre Indifferenzkurve formten. Die interne Kohäsion unter Obama ist also als eher gering einzuschätzen, denn die Positionen der Individuen innerhalb des kollektiven Vetospielers waren breit gestreut.

An dieser Stelle erfolgt nun ein Vergleich der internen Kohäsion der Vetospieler bei den Reformversuchen Clintons und Obamas.

Die dritte Hypothese Tsebelis zur Auswirkung der Vetospieler auf die Politikstabilität lautet, dass mit steigender internen Kohäsion eine Änderung des Status Quo unwahrscheinlicher wird. Unter Anbetracht der erarbeiteten Ergebnisse würde dies für einen Vorsprung des Reformversuchs unter Clinton sprechen, da hier eine wesentlich geringere interne Kohäsion festgestellt werden kann. Während unter Clinton innerhalb der Häuser jeweils circa fünf Gruppierungen vorzufinden waren, die andere Präferenzen zur Ausgestaltung der Reform aufwiesen, reduziert sich die Zahl bei Obamas Reformversuch auf lediglich drei Gruppierungen. Die Indifferenzkurve der kollektiven Vetospieler unter Clinton hätte demnach deutlich breiter sein müssen als das Spektrum der Präferenzen der kollektiven Vetospieler in den Jahren 2009/10. Jedoch wurde auch in Kapitel 4.3.1 erläutert, dass durch die zu hohe Streuung der Präferenzen zu Clintons Amtszeit eine Konsensbildung nicht möglich war und somit die Kammern keine klare mehrheitliche Position einnehmen

konnten. Dadurch wurde der Gesetzgebungsprozess gestoppt, denn eine Abstimmung über die verschiedenen eingebrachten Entwürfe konnte ohne Konsens nicht stattfinden. Das Vorhandensein einer Entscheidungsfindungsregel, im Falle des Repräsentantenhauses durch einfache Mehrheit, stoppte das Gesetzgebungsverfahren, weil das Bilden einer Mehrheit durch die zu hohe Diskrepanz der Individuen innerhalb der kollektiven Vetospieler nicht möglich war. Somit ist bei Betrachtung der interne Kohäsion ein klarer Vorteil auf Seiten der Obama-Administration zu finden, denn 2009/10 ermöglichten die Entscheidungsfindungsregeln innerhalb der Legislativkammern das Finden einer gemeinsamen Position, wodurch der Gesetzgebungsprozess weiterlaufen konnte. Das Spektrum der Präferenzen lag 2009/10 zwar enger beieinander, was aber in diesem Falle als Vorteil gewertet werden kann.

Im nachfolgenden Kapitel wird nun noch die Kongruenz der Vetospieler zu den beiden Amtszeiten analysiert, um eine Betrachtung aller von Tsebelis als relevant bezeichneten Faktoren des vorliegenden Fallbeispiels zu erreichen.

### **4.3 Kongruenz der Vetospieler**

#### **4.3.1 Kongruenz der Vetospieler unter Clinton 1993/94**

Wie bereits in Kapitel 4.1 festgestellt, können für den Versuch das amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren unter der Präsidentschaft Bill Clintons drei Vetospieler identifiziert werden. Dies sind der Präsident sowie die beiden Kammern der Legislative. Um sich ein Urteil über die Kongruenz der Vetospieler bilden zu können, müssen die Positionen der beteiligten Vetospieler analysiert und verglichen werden. Als entscheidendes Kriterium zur Analyse der Kongruenz dient die Idealvorstellung zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Für die beiden Legislativkammern bedeutet dies, dass die mehrheitliche Präferenz ermittelt werden muss und diese als Idealvorstellung angenommen wird.

Da die Legislativkammern kollektive Vetospieler sind, wird die mehrheitliche Präferenz in Anlehnung an Laham (1996) über die Anzahl der Miteinreicher („Co-Sponsors“) der differierenden Gesetzesentwürfe innerhalb der Häuser sowie die Anzahl der Republikaner, die eine ablehnende Haltung gegen jeden Gesetzesentwurf einnahmen, ermittelt. Miteinreicher, sind Abgeordnete, die einen eingereichten Gesetzesentwurf durch ihre Unterschrift bestärken. Die Anzahl der Miteinreicher

eines Entwurfes dient somit als Proxy-Variable zur Identifizierung der Unterstützung für verschiedene Gesetzesentwürfe. Die Auswahl dieser Proxy-Variable ist durchaus kritisch zu hinterfragen, denn Abgeordnete können mitunter mehrere oder auch bei Missfallen keinen der eingereichten Gesetzesentwürfe unterzeichnen. Weiterhin ist nicht ausgeschlossen, dass auch republikanische Abgeordnete, die zu frühen Zeitpunkten noch ihre Unterstützung für eine Reform signalisierten, einen der eingereichten Entwürfe unterzeichneten. Ein Wechsel der Policy-Präferenz durch zeitliche Geschehen kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, weshalb nur Aussagen über die Zahl der Unterstützer zum Zeitpunkt des Einreichens der entsprechenden Entwürfe getroffen werden können. Dennoch bietet die Anzahl der Miteinreicher einen guten Anhaltspunkt, um die Anzahl der Unterstützer auszumachen, denn die Abgeordneten unterzeichnen die Entwürfe auf freiwilliger Basis. Dadurch wird jegliche Beeinflussung, beispielsweise durch Parteiendisziplin ausgeschlossen, sodass auf die klare, unbeeinflusste Policy-Präferenz der Abgeordneten geschlossen werden kann. Die Anzahl der Unterzeichner eines Gesetzentwurfs dient daher als Anhaltspunkt, kann allerdings nicht als absolute Wahrheit zu allen Zeitpunkten betrachtet werden.

Die Idee der Reformierung des Gesundheitssystems stammte von Clinton selbst. Daher erscheint es logisch mit dessen Positionierung vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform zu beginnen. Clinton galt zur damaligen Zeit als Vertreter der so genannten New Democrats. Diese setzen sich vom Leitbild des alten, sozialdemokratischen Prinzips der Partei ab und bevorzugen stattdessen moderate, eher republikanisch geprägte Vorstellungen des Markt begriffes. Staatliche Eingriffe in den Markt sollen aus Sicht der New Democrats stark begrenzt werden (Hacker 1997: 112). Da Clinton während seiner Planungen einer Gesundheitsreform um die Risiken des Filibusters und der dringend benötigten Geschlossenheit der demokratischen Partei zur Bildung einer gemeinsamen Koalition im Kongress wusste, wählte er von Beginn an einen Mittelweg zwischen Liberalismus und Konservatismus, um allen Parteimitgliedern gerecht zu werden. Er erhoffte sich aus diesem Mittelweg zusätzlich, in der Literatur meist als „liberal synthesis“ bezeichnet, eine Reform entwickelt zu haben, der beide Parteien zustimmen. Die Einführung einer Versicherungspflicht als liberales Element und die gleichzeitige Durchsetzung eines organisierten Wettbewerbs innerhalb eines bestimmten Budgetrahmens („managed competition within a budget“) als Zugeständnis an die

konservative, republikanische Partei war in den Augen Clintons die geschickteste Umsetzung. Als Resultat daraus stünden „regulative und wettbewerbsfördernde Maßnahmen zur Kostenbeschränkung“ (ebd.: 105). Dieser Zwischenweg dürfte ihm überdies recht willkommen gewesen sein, um seine Überzeugungen als New Democrat zu repräsentieren. Weiterhin präferierte Clinton das System des Employer Mandate, also die Pflicht aller Arbeitgeber ihre Angestellten zu versichern, um eine flächendeckende Versicherungsrate ohne enorme finanzielle, staatliche Risiken eingehen zu müssen. Alternativ hätten Steuererhöhungen oder die Einführung eines neuen staatlichen Programmes gewählt werden können, was allerdings nicht mit den Vorstellungen des Kongresses vereinbar gewesen wäre, da bereits leichte Steuererhöhungen mit Clintons erstem Budgethaushalt einhergingen (Skocpol 1996: 64). Wettbewerbsfördernd sollte die Einführung regionaler Versicherungsunternehmen wirken, die über Managed Care-Organizations (MCO's) ihre Versicherungspläne potentiellen Versicherungsnehmern hätten anpreisen können. Eine Aufsichtsbehörde, das National Health Board, hätte die Einhaltung der staatlichen Bestimmungen durch die MCO's überwacht. Der Staat hätte hier dementsprechend als übergeordnete Instanz Regulierungsmöglichkeiten erhalten. Auch das Employer Mandate nach Clintons Vorstellungen war verbunden mit staatlicher Regulierung. Sowohl der von den Arbeitgebern zur Versicherungsprämie beizusteuernde Prozentsatz als auch Steuervergünstigungen für kleine Unternehmen hätten staatlichen Regelungen und Kontrollen unterlegen. Die Einführung eines von liberalen Demokraten favorisierten Single-Payer-Systems stand für Clinton nicht zur Debatte, da er einerseits auf die Unterstützung der privaten Versicherungsanbieter hoffte und jene strikt gegen ein solches System plädierten und andererseits Clinton als moderater Demokrat marktorientiertere Formen den von linksliberalen Demokraten erwünschten starken staatlichen Kontrollen vorzieht (Laham 1996: 146f). Clinton präferierte damit im Gegensatz zum damals aktuellen Status Quo eine links-orientiertere Lösung für das marode amerikanische Gesundheitssystem.

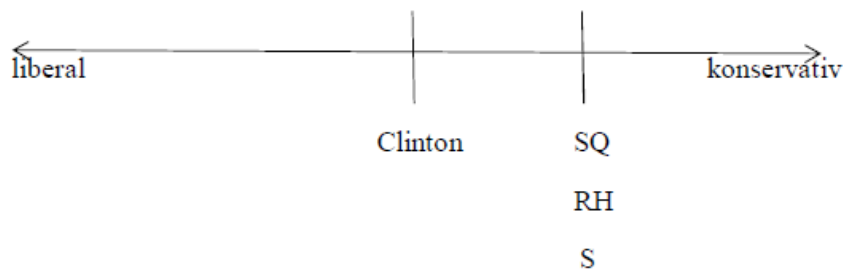
Im Senat war eine knappe demokratische Mehrheit vorzufinden. Die republikanische Partei nutzte nach anfänglicher Euphorie für eine Reform allerdings die innerliche Zerstrittenheit der Demokraten (siehe Kapitel 4.3.1) aus, um ihre Taktik zu ändern und eine strikte Oppositionshaltung einzunehmen. Während die Demokraten verschiedene, modifizierte Gesetzesentwürfe ausarbeiteten, formierten sich die Republikaner zu einer geschlossenen, oppositionellen Einheit. Der erfolgreichste

Gesetzesentwurf im Senat stammte von George Mitchell, der den Health Security Act im Senate Finance Committee vorstellte. Der Entwurf wurde von 29 weiteren Senatoren unterstützt (Library of Congress o.J. a). Die Senatsfassung des Clinton-Plans kann als abgeschwächte Version Clintons Health Security Acts verstanden werden. Eine Pflichtversicherung beinhaltet der Health America Act nicht, allerdings sollten durch föderale Subventionen 95% aller Bürger eine Versicherung abschließen können. „Play-or-Pay“ bezeichnet das von den Republikanern ausgearbeitete System: Für die Arbeitgeber hätte dies bedeutet entweder mitzuspielen und den Arbeitnehmern eine Gruppenversicherung anzubieten oder aber Lohnsteuerbeiträge an den Staat zu zahlen, um ein föderales Programm für nicht-versicherte Personen zu finanzieren (Laham 1996: 92). Weiterhin wäre eine Einführung des Employer Mandates erst ab dem Jahr 2002 vorgesehen gewesen und der Beitrag der Arbeitgeber zur Versicherungsprämie auf 50% im Vergleich zu Clintons 80% gesetzt worden (Rushefsky/Patel 1998: 107). Dieser Vorschlag überzeugte allerdings nicht Dole, der, wie in Kapitel 4.3.1 zu lesen, eine Reform des Gesundheitssystems nicht für nötig empfand. Das Play-or-Pay-System würde ebenfalls zu hohe finanzielle Risiken für Unternehmen aufwerfen. Außerdem sei der Entwurf mit zu vielen staatlichen Kontrollen verbunden. Durch geschickte Argumentationstaktiken gelang es Dole schließlich alle Republikaner, sowohl im Senat als auch im Repräsentantenhaus, davon zu überzeugen, dass eine strikte Oppositionshaltung gegen eine, wenn auch modifizierte, Reform der beste Weg sei (ebd.: 92f). Besonders das Erwähnen der bevorstehenden Midterm-Wahlen im Herbst 1994 waren ein starkes Argument für die einzelnen, republikanischen Abgeordneten gegen die Reform zu stimmen. Wie sich später zeigte, ging diese Taktik auf und die Republikaner übernahmen im Herbst 1994 sowohl die Mehrheit im Repräsentantenhaus als auch im Senat. Daher ist es wenig verwunderlich, dass der ausgearbeitete Alternativvorschlag kurze Zeit nach Veröffentlichung wieder verworfen wurde. Allerdings positionierten sich neben den Republikanern auch 26 demokratische Senatoren gegen den Reformentwurf des Health Security Act. Letztlich sind also nur 29 Senatoren als Unterstützer des Health Security Acts auszumachen, davon 28 aus den demokratischen Reihen. Von den 43 republikanischen Senatoren positionierten sich 42 prinzipiell gegen die Reformierung des Gesundheitssystems, nur Senator Jeffords wirkte unterstützend auf den Health Security Act (ebd.: 158). Die verbleibenden Stimmen der Senatoren

verteilen sich auf einen sehr kleinen Anteil von fünf liberalen Senatoren, die den Gesetzesentwurf von Wellstone, der als Analogie zu McDermotts liberalem Entwurf im Repräsentantenhaus verstanden werden kann, präferierten und einigen konservativen Demokraten, die, ähnlich wie die Republikaner, einer Reformierung des Gesundheitssystems kritisch gegenüber standen (Laham 1996: 159; Rushefsky/Patel 1998: 109). Mitchell verkündigte daher im Endeffekt im September 1994 das Scheitern der Reform, da keine Mehrheit für einen der eingebrachten Reformentwürfe gefunden werden konnte. Stattdessen lag die Mehrheit der Stimmen von lediglich 42 Senatoren bei den Republikanern. Somit ist die Präferenz des Senats bei dem Verbleib des Status Quo zu finden.

Die Situation im Repräsentantenhaus gestaltete sich ähnlich wie im Senat. Alle 176 republikanischen Abgeordneten nahmen eine Oppositionshaltung ein, um eine Reformierung des Gesundheitssystems in jeglicher Art und Weise zu verhindern. Wie im vorherigen Kapitel bereits ausführlich zu lesen, konnten die Demokraten keine Mehrheit für einen der vielen vorgeschlagenen Reformentwürfe finden. Die für den 15. August 1994 geplante Abstimmung über den Health Security Act wurde kurzfristig abgesagt, da kein Konsens gefunden werden konnte. Stattdessen gab es viele kleine Zersplitterungen innerhalb der demokratischen Partei, die letztlich dazu führten, dass lediglich 103 Abgeordnete im Repräsentantenhaus, allesamt demokratische Parteimitglieder, den Health Security Act unterstützen, während weitere 157 demokratische Repräsentanten den Health Security Act in der Ausarbeitung der Arbeitsgruppe um Hillary Clinton ablehnten (Library of Congress o.J. b). Dennoch waren nicht alle der 333 Repräsentanten (176 Republikaner und 157 Demokraten), die den Health Security Act ablehnten, prinzipiell gegen die Reformierung des Gesundheitssystems. Die strikt ablehnende Haltung war nur bei den Republikanern zu finden. Die demokratischen Abgeordneten hingegen, die gegen den Health Security Act stimmten, forderten eine andere Art der Ausarbeitung dessen. 92 demokratische Senatoren um den Abgeordneten McDermott forderten eine liberalere Version der Gesundheitsreform (Laham 1996: 158). Eine Gruppe von ca. 50 konservativen Demokraten favorisierte den Cooper-Plan, welcher in Kapitel 4.2.1 genauer erläutert wurde (Toner 1993). Nichtsdestotrotz bildeten somit auch im Repräsentantenhaus die Republikaner die größte Gruppierung und formierten sich dadurch zur Mehrheit.

Abbildung 3 stellt graphisch die Situation der Kongruenz zur Amtszeit Clintons 1993/94 beim Versuch einer Gesundheitsreform dar.



**Abbildung 3: Kongruenz unter Clinton 1993/94; eigene Abbildung**

SQ: Status Quo, RH: Repräsentantenhaus, S: Senat

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der beteiligten Vetospieler den Status Quo der Reformierung des Gesundheitssystems durch den Health Security Act vorzogen. Beide Legislativkammern präferierten mehrheitlich den Status Quo, lediglich Clinton als individueller Vetospieler bevorzugte den liberaleren Health Security Act. Aus dieser Abbildung wird allerdings nicht ersichtlich, dass die Mehrheit der Demokraten eine Reform des Gesundheitssystems anstrebten, aber lediglich die ausgearbeitete Fassung vehement ablehnten. Die ideologische Kongruenz der Vetospieler ist demnach relativ hoch, denn die beiden Häuser nehmen mehrheitlich die gleiche Position ein.

Die Positionen der kollektiven Vetospieler liegen somit innerhalb des Cores. Lediglich Clintons Indifferenzkurve liegt außerhalb des Cores. Wie bereits in Kapitel 2 erläutert, führen innerhalb des Cores befindliche Positionen von Vetospielern nicht zu einem Politikwechsel, sondern der aktuelle Status Quo bleibt erhalten, weil eine Änderung des Status Quo zur Verschlechterung der Position eines Vetospielers beitragen würde.

#### **4.3.2 Kongruenz der Vetospieler unter Obama 2009/10**

Um Vergleichbarkeit in Hinblick auf die Kongruenz der Vetospieler zu schaffen, wird im Folgenden zuerst die Position Obamas analysiert. Die Mehrheitspräferenzen der beiden Legislativkammern werden in umgekehrter Abfolge analysiert, weil die Verhandlungen und der verabschiedete Entwurf im Repräsentantenhaus den Debatten des Senats als Grundlage dienten. Daher baut die Analyse der Senatsposition auf der des Repräsentantenhauses auf. Da das Repräsentantenhaus

den Patient Protection and Affordable Care Act des Senats nur billigte, um vor dem Hintergrund eines möglichen Filibusters das Erreichen einer Reform zu garantieren, wird zur Analyse der Kongruenz die vom Repräsentantenhaus zuerst verabschiedete Fassung des Affordable Health Care for America herangezogen.

Das Miteinreichen eines Entwurfes auf dem Feld der Gesundheitspolitik war im 111ten Kongress unüblich. Somit kann die Anzahl der Miteinreicher in diesem Kapitel nicht als Proxy-Variable genutzt werden. Dies hat zur Folge, dass keine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Kapitel 4.3.1 und diesem Kapitel erreicht wird. Auf Grund des Fehlens einer passenden Proxy-Variable muss in diesem Unterkapitel auf das Abstimmungsergebnis der Entwürfe in den Kammern zurückgegriffen werden. Dabei ist zu bemerken, dass es sich hierbei um ein abhängiges Maß handelt, da die Abgeordneten beider Häuser nie vollkommen frei von jeglicher Beeinflussung ihre Wahlentscheidung treffen können.

Obamas Position kann im Vergleich zu Clintons Präferenzen nur auf einer allgemeineren Ebene erläutert werden, da Obama dem Kongress die detaillierte Ausarbeitung des Reformentwurfes überließ. Grundsätzlich stellte Obama folgende Forderungen an die Gesundheitsreform: Erstens müsse der Zugang zu Versicherungen und medizinischer Versorgung ausgeweitet werden. Zweitens seien Regulierungs- und Kontrollmaßnahmen notwendig, um die Kosten der Versicherungsprämien einzudämmen und gleichzeitig den Anstieg der Inflationsrate auf dem Gesundheitssektor zu verlangsamen. Drittens sollten durch staatliche Unterstützungen in Form von Ausweitungen der bestehenden Programme oder Neuschaffung ähnlicher Dienstleistungen Familien oder Einzelpersonen mit geringem Einkommen bei der Erlangung einer Krankenversicherung unterstützt werden. Ein Single-Payer-System nach kanadischem Vorbild schloss Obama aus, um private Versicherungsunternehmen am Leben zu erhalten (Jacobs/Skocpol: 88-90). Obama präferierte somit, wenn auch nicht explizit betont, die Einführung einer Public Option. Insgesamt sind die Vorstellungen Obamas im Vergleich zum Status Quo durch die Eingriffsmöglichkeiten des Staates und der Public Option liberaler einzuordnen.

Im Repräsentantenhaus wurde der Weg der Gesetzgebung durch die ideologische Zusammensetzung der Demokraten geprägt. Die Mehrzahl der demokratischen Abgeordneten waren den liberalen Demokraten zuzuordnen. Auch Nancy Pelosi, die Sprecherin der Demokraten im Repräsentantenhaus, gehörte der Strömung der



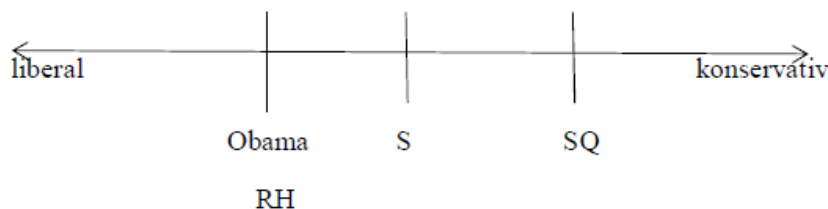
liberalen Demokraten an (Beaussier 2012: 752). Es ist ebenfalls Pelosi zu verdanken, dass die am Gesetzgebungsprozess beteiligten Committees, das Energy and Commerce Committee, das Ways and Means Committee und das Education and Labor Committee, des Repräsentantenhauses gemeinsam an einem Gesetzesentwurf arbeiteten, um den Prozess zu beschleunigen. Über den gemeinsame Entwurf der drei beteiligten Committees, America's Affordable Health Choices Act, wurde am 14.7.2009 abgestimmt (Jacobs/Skocpol 2010: 13). Dieser Entwurf wurde ursprünglich von John Dingell eingebracht und entsprach in weiten Teilen den Vorstellungen Obamas über die Ausgestaltung der Reform (Library of Congress o.J. c). Als Folge starker Kritik wurden einige Modifikationen an dieser Version vorgenommen. Der Nachfolgeentwurf wurde ebenfalls von John Dingell eingereicht. Dieser zweiten Version, dem Health Care for America Act, stimmten am 7. November 2009 220 Repräsentanten zu, 215 Abgeordnete stimmten dagegen. Ein einziger republikanischer Abgeordneter stimmte der Version des Repräsentantenhauses zu, alle anderen zustimmenden Repräsentanten gehörten der demokratischen Partei an. Jene Demokraten, die gegen den Entwurf stimmten, gehörten fast ausnahmslos zur fiskal-konservativen Gruppe der Blue Dog Democrats (Lammert 2010: 37). Im Endeffekt enthielt die Fassung des Repräsentantenhaus folgende Elemente: Als Alternative zu privaten Versicherungsanbietern sollte eine Public Option, also eine gesetzliche Versicherung, nach dem Medicare-Modell eingeführt werden. Weiterhin wurde die Einführung einer föderalen Vergleichsbörse beschlossen, auf der neben den privaten Anbietern auch das gesetzliche Versicherungsmodell zum Kauf angeboten werden würde. Das dritte große Element des vom Repräsentantenhaus gebilligten Entwurfs war ein Play-or-Pay-System, nach dem alle Arbeitgeber, sehr kleine Firmen ausgeschlossen, entweder nach den Regeln spielen und eine Versicherung für ihre Angestellten anbieten oder eine Strafe zahlen müssen (Hacker 2010: 868). Des Weiteren enthielt der Entwurf des Repräsentantenhauses eine Zusatzsteuer für wohlhabende Bürger ab einem Einkommen von einer Million US-Dollar pro Jahr, um damit schlechter gestellten Mitbürgern die Finanzierung der Versicherungsprämie durch Steuervergünstigungen zu ermöglichen (Jacobs/Skocpol: 96). Der im Repräsentantenhaus verabschiedete Entwurf Affordable Health Care for America Act enthält also insgesamt relativ liberale Ideen zur Reformierung des Gesundheitssystems der Vereinigten Staaten.

Dennoch gab es einige Zugeständnisse an die fiskal-konservativen Blue Dogs, um auch deren Stimmen zu gewinnen.

Etwas anders verhielt sich die Situation im Senat. Wie gewöhnlich gehörte der Großteil der demokratischen Senatoren während des 111ten Kongresses der Strömung der moderaten Demokraten an. Die demokratischen Senatoren um Mehrheitsführer Harry Reid wussten um ihre seltene und dennoch sehr wichtige Vormachtstellung von 58 Demokraten und den beiden unabhängigen Senatoren, die zur Durchsetzung des Patient Protection and Affordable Care Act genügte. Trotz einiger Einwände und Verbesserungsvorschläge, sowohl von liberalen als auch moderaten und konservativen Demokraten, war das höchste Ziel aller demokratischer Gruppierungen beider Kammern die Durchsetzung eines flächendeckenden Krankenversicherungsschutzes. Weiterhin wollte keiner der demokratischen Senatoren als derjenige Abgeordnete gelten, dessen fehlende Zustimmung zum Ausbleiben der Reform führte (Jacobs/Skocpol 2010: 62). Im Senat war den demokratischen Abgeordneten überdies bewusst, dass die liberalen Demokraten für die Durchsetzung der Reform deren Wunsch nach einer Public Option aufgeben würden. Somit sahen viele demokratische Senatoren die Chance einen etwas moderateren Reformentwurf durchsetzen zu können. Das Health, Education, Labor and Pension Committee verabschiedete seine Version der Gesundheitsreform bereits am 15. Juli 2009, einen Tag nachdem der gemeinsame America's Affordable Health Choices Act im Repräsentantenhaus verabschiedet wurde. Der Entwurf entsprach größtenteils der Version des Repräsentantenhauses und nannte sich daher passenderweise Affordable Health Choices Act (ebd.: 13). Besonders heikel wurde die Situation allerdings im Senate Finance Committee. Der Vorsitzende Max Baucus pochte auf eine Einigung mit der beide Parteien zufrieden seien. Um diese Ziel zu erreichen, gründete er die „Gang of Six“, eine Gruppierung aus drei Demokraten und drei Republikanern, deren gemeinsames Ziel die Erreichung einer überparteilichen Lösung sein sollte. Allerdings verging mehr als ein halbes Jahr ohne das Erreichen einer Einigung, weshalb Baucus letztendlich innerhalb des Ausschusses einen Gesetzesentwurf auf Grundlage der Meinung moderater Demokraten formulierte und den Wunsch nach einer überparteilichen Lösung aufgab (ebd.: 83-85). Ohne einen Gesetzesentwurf von Seiten des Senate Finance Committees wäre der Gesetzgebungsprozess an dieser Stelle gescheitert. Letztlich verabschiedete das Finance Committee ihre Version der Gesundheitsreform, den America's Health

Future Act, ohne bilaterale Einigung am 13. Oktober 2009 (ebd.: 13). Diese Version enthielt keine Public Option. Der am Weihnachtsabend 2009 zur Abstimmung vorgelegte, mit einigen Änderungen versehene Entwurf auf Grundlage des Reformvorschlages des Finance Committees um Max Baucus enthielt zwar eine Public Option, allerdings, um den Ansprüchen der moderaten Demokraten gerecht zu werden, mit Ausstiegsoptionen für die einzelnen Staaten (Harrington 2010: 15). Eine föderale Versicherungsbörse war im Patient Protection and Affordable Care Act des Senats nicht vorgesehen, stattdessen präferierte der Senat eine solche Plattform auf nationaler Ebene. Die Idee der Austauschbörse stammte ursprünglich vom Republikaner Mitt Romney. Im Gegensatz zur Fassung des Repräsentantenhauses waren im Entwurf des Senats geringere Zuschüsse zur Versicherungsprämie durch den Arbeitgeber vorgesehen, ein Play-or-Pay-System kann in der Fassung des Senats nicht gefunden werden. Auch eine höhere Besteuerung wohlhabender Bürger konnte keinen Einzug in die Fassung des Senatsentwurfs erhalten (ebd.: 90-96). Die Kostenkontrolle erhielt im Patient Protection and Affordable Care Act einen größeren Stellenwert als im Affordable Health Care for America Act. Die Einführung einer unabhängigen Kommission zur Überwachung der Zahlungen aus dem Medicare-Programm wurde genauso beschlossen, wie eine Steuer für Arbeitgeber, die ihren Arbeitnehmern high-cost Versicherungspläne anbieten (ebd.: 99). Der Senat stimmte dem Patient Protection and Affordable Care Act am 24. Dezember 2009 mit 60 zu 39 Stimmen zu. Ein Senator enthielt sich seiner Stimme (Library of Congress o.J. d). Der Reformentwurf des Senats ist insgesamt also moderater als die Fassung des Repräsentantenhauses. Der Schwerpunkt liegt hier mehr auf der Kostenkontrolle statt des sozialen Ausgleichs.

Bildlich dargestellt ergibt sich somit folgende Abbildung:



**Abbildung 4: Kongruenz unter Obama 2009/10; eigene Abbildung**

RH: Repräsentantenhaus, S: Senat, SQ: Status Quo

Abbildung 4 verdeutlicht sehr gut, dass unter der Präsidentschaft Obamas alle Positionen der Vetospieler im Vergleich zum Status Quo liberaler einzuordnen sind. Allerdings ist die Kongruenz der Vetospieler als relativ hoch einzuordnen, denn die Positionen liegen im Verhältnis der möglichen Bandbreite eher eng beieinander. Das Repräsentantenhaus und Obama zeigen mehrheitlich die gleichen Präferenzen. Nur die Position des Senats weicht von der Vorstellung der anderen Vetospieler ab.

Die Präferenzen der Vetospieler bilden ein gemeinsames Winset, innerhalb dessen der Status Quo nicht eingeschlossen ist. Dies bedeutet, dass ein Politikwechsel in diesem Falle ermöglicht wurde.

Dennoch muss auch an dieser Stelle, ähnlich wie bereits bei der Analyse der Kongruenz zu Clintons Präsidentschaftszeit, darauf hingewiesen werden, dass diese Abbildung missverstanden werden kann, denn diese zeigt nur die Mehrheitspositionen der Vetospieler. Die kollektiven Akteure mussten, wie bereits in Kapitel 4.2 erläutert, allerdings über Entscheidungsfindungsregeln einen Konsens finden und darüber abstimmen.

Beim Vergleich der Ergebnisse zur Kongruenz der Vetospieler wird deutlich, dass die Kongruenz der Vetospieler unter Clintons Präsidentschaft ungefähr der inhaltlichen Nähe der Vetospieler unter Obamas Administration entsprach. Ohne weitere Kenntnisse würde man daraus ableiten, dass die Änderung des Status Quo in den Jahren 1993/94 und 2009/10 in etwa gleichem Umfang Schwierigkeiten hätten bereiten müssen. Auch die Breite des Spektrums der Präferenzen unterschied sich bei beiden Reformversuchen nur unmerklich voneinander. Jedoch wird durch eine genauere Analyse der Positionen der beteiligten Vetospieler deutlich, dass unter Clintons Administration zwei der drei Vetospieler, die beiden Kammern der Legislative, den Verbleib beim Status Quo einer Reformierung des Gesundheitssystems bevorzugten. Dadurch ist zwar ein Anstieg der inhaltlichen Präferenzüberschneidungen der Vetospieler zu verzeichnen, allerdings sind die Präferenzen deckungsgleich mit dem Status Quo, was eine Änderung dessen unmöglich macht, da die Position innerhalb des Cores liegt. Da nur Clintons Präferenz außerhalb des Cores lag und der Präsident den Gesetzgebungsprozess innerhalb der Kammern nur gering beeinflussen kann, wurde eine Änderung des Status Quo fast unmöglich. Unter Obamas Präsidentschaft hingegen ist zwar ungefähr das gleiche Maß inhaltlicher Kongruenz der Vetospieler zu finden, da ebenfalls zwei der drei Vetospieler, Präsident und Repräsentantenhaus, die gleiche

Präferenz aufweisen. Dennoch weichen alle Positionen vom Status Quo ab, die Vetospieler weisen demnach kongruente Präferenzen zur Durchsetzung der Reform auf. Im Gegenteil dazu lag die Kongruenz der Vetospieler unter Clinton beim Status Quo. Daher kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Kongruenz der Vetospieler bei beiden Reformversuchen zwar ungefähr gleiche Ausmaße annahm, allerdings 2009/10 die Konstellation der Präferenzverteilung zur Änderung des Status Quo wesentlich günstiger war als zuvor bei Clintons Reformversuch in den Jahren 1993/94. Unter Clinton wurde eine Änderung des Status Quo durch die kongruenten Präferenzen des Senats und Repräsentantenhauses quasi ausgeschlossen, während unter Obama eine reelle Chance zur Änderung des Status Quo vorlag. Die zweite Hypothese Tsebelis‘, die eine höhere Politikstabilität mit wachsendem Maß an Kongruenz zwischen den Vetospielern prognostizierte, ist in der vorliegenden Fallanalyse daher als sehr relevanter Faktor.

#### **4.4 Erklärungskraft und Grenzen der Vetospieler-Theorie**

Nachdem nun die laut Tsebelis ausschlaggebenden Faktoren zur Reformfähigkeit eines Staates für beide Reformversuche analysiert wurden, soll zunächst näher auf die Erklärungskraft der Vetospieler-Theorie eingegangen werden. Danach werden die Grenzen der Vetospieler-Theorie aufgezeigt, wobei näher auf weitere, die Vetospieler beeinflussende Faktoren eingegangen wird.

##### **4.4.1 Erklärungskraft der Vetospieler-Theorie**

Um sich ein Fazit über die Erklärungskraft der Vetospieler-Theorie hinsichtlich der vorliegenden Thematik bilden zu können, werden zunächst die in den vorherigen Kapiteln entwickelten Analyseergebnisse zusammengefasst. Tabelle 1 bietet hierzu eine bildliche Darstellung:

**Tabelle 1: Übersicht der Vetospieler, deren Kongruenz und Kohäsion unter Clinton und Obama**

	Clinton	Obama
Anzahl der VS	drei	drei
Kongruenz der VS	relativ hoch; zwei der drei	relativ hoch; zwei der drei

	Vetospiele r präferierten den Verbleib beim Status Quo	Vetospiele r vertraten die gleiche liberale Position
Kohäsion der VS	sehr gering; fünf heterogene Gruppen unterschiedlicher Meinungen in beiden Häusern	eher gering; in beiden Häusern drei Gruppierungen; Demokraten allerdings mit gemeinsamen oberstem Ziel

Aus Tabelle 1 wird nochmals ersichtlich, dass sowohl unter Clinton als auch Obama drei Vetospiele r am Reformierungsversuch des Gesundheitssystems beteiligt waren. Unterschiede zwischen den Vetospiele rn konnten im Bereich der Kongruenz sowie der Kohäsion festgestellt werden. Repräsentantenhaus und Senat hatten 1993/94 kongruente Sichtweisen über den Verbleib beim Status Quo, während unter Obama 2009/10 alle beteiligten Vetospiele r über die Reformnotwendigkeit des Gesundheitssystems übereinstimmten. Des Weiteren waren unter Clinton die Meinungen der Individuen innerhalb der kollektiven Vetospiele r so breit gestreut, dass eine Konsensfindung nicht mehr möglich war und somit die interne Kohäsion als zu gering betrachtet werden muss. Unter Obama hingegen war die interne Kohäsion daher zwar größer, allerdings dennoch gering genug um eine relativ breite Streuung der Präferenzen der Individuen zu erreichen und somit eine großflächige Indifferenzkurve als Resultat zu erhalten.

Insgesamt ergibt sich daraus folgendes Bild: Unter Clinton waren 1993/94 die Vetospiele r mehrheitlich der Auffassung, dass der Verbleib beim Status Quo der Reformierung des Systems zu bevorzugen sei. Weiterhin wurde die interne Zerstrittenheit der Demokraten zum Verhängnis, da dadurch eine Entscheidungsfindung nicht ermöglicht wurde. Die Reform war somit zum Scheitern verurteilt. 2009/10 hingegen begünstigten mehrheitlich reformoffene Vetospiele r das Fortschreiten des Gesetzgebungsprozesses. Ein gemeinsames Winset aller Vetospiele r wurde gefunden. Die Demokraten waren zwar teilweise stets uneinig über die Ausgestaltung der Reform, allerdings in geringerem Maße als noch einige Jahre früher und verfolgten zudem ein gemeinsames höheres Ziel, die Durchsetzung der Gesundheitsreform. Dies ermöglichte eine Konsensfindung innerhalb der kollektiven Vetospiele r unter Einbezug mehrerer Gruppierungen.

Die Vetospieler-Theorie ermöglicht es also unter Betrachtung dieser drei Faktoren, Anzahl der Vetospieler, deren Kongruenz und Kohäsion, eine Erklärung zu finden, weshalb Clintons Reformversuch scheiterte und Obama die Unterzeichnung des Gesetzes vornehmen konnte. Der Anspruch, den Tsebelis an seine Theorie stellt, wird in dieser Fallanalyse also bestätigt. Der Blick auf die beteiligten Akteure und deren Konstellationen ohne Einbezug der Institutionengefüge genügt, um einen Anhaltspunkt zur Beantwortung der Fragestellung zu erlangen, weshalb Clintons Reformversuch scheiterte, während Obamas Bemühungen zur Reformierung des Gesundheitssystems erfolgreich waren.

Beim Vergleich der Reforminhalte fällt auf, dass es einige Überschneidungen und Ähnlichkeiten gibt, der Entwurf des Health Security Acts unter Clinton allerdings um einiges weitreichender war und den Status Quo auf einer grundlegenden Ebene verändert hätte. Obamas Reform des Patient Protection and Affordable Care Acts hingegen nutzt den Status Quo als Grundlage und verändert davon ausgehend in einem viel engeren Umfang einige inhaltliche Sachfragen. Eine so fundamentale Änderung des Gesundheitssystems wie es unter Clinton der Fall gewesen wäre, ist durch den Patient Protection and Affordable Care Act nicht eingetreten. Tsebelis (2002: 75f.) erläutert selbst, dass eine Änderung des innerhalb des Cores gelegenen Status Quos durch kollektive Vetospieler möglich wird, allerdings unter der Bedingung, dass nur geringe Änderungen vorgenommen werden. Folglich war der Health Security Act, von den Präferenzen der Vetospieler abgesehen, trotz Mitwirken kollektiver Vetospieler am Gesetzgebungsverfahren zu weitreichend, um den Status Quo gefährden zu können. Im Gegensatz dazu wurden durch den Patient Protection and Affordable Care Act geringfügigere Änderungen am Gesundheitssystem vorgenommen, die zudem noch schrittweise über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Der Umfang der Reform ist also nicht nur für die Entscheidungsbildung der Vetospieler verantwortlich, sondern hat auch Konsequenzen für die Politikstabilität.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Vetospieler-Theorie eine hohe Erklärungskraft aufweist, um das Scheitern Clinton und den Erfolg Obamas bei der Durchsetzung der Gesundheitsreform zu erläutern. Durch die Analyse der Faktoren Anzahl, Kongruenz sowie Kohäsion der Vetospieler wird ein umfassender Blick auf die jeweiligen Reformversuche erreicht, wodurch einige Aspekte, die zum Scheitern und Erfolg der Reformen beitragen, erfasst werden. Neben diesen Faktoren bietet die

Vetospieler-Theorie allerdings noch andere Ansatzpunkt an, die zur Analyse herangezogen und angewendet werden können. Dazu gehört beispielsweise der Umfang der Reformen, der überdies auch Aufschluss über Scheitern und Erfolg bietet. Somit ist die Vetospieler-Theorie in Hinblick auf das vorliegende Fallbeispiel ein sehr hilfreiches und erklärungskräftiges Analyseinstrument.

Zum Abschluss dieses Kapitels soll nun noch die Frage beantwortet werden, ob der Patient Protection and Affordable Care Act wie vom 111ten Kongress verabschiedet womöglich auch schon im 103ten Kongress hätte verabschiedet werden können. Meiner Meinung nach ist dies nicht der Fall. Diese Einschätzung erlange ich hauptsächlich aus dem erörterten Wissen zur Kongruenz und Kohäsion der Vetospieler. Die ausschlaggebenden Gründe sind in den Reihen der Demokraten zu finden, denn die Republikaner bildeten wie bereits bekannt bei beiden Reformversuchen eine einheitliche Oppositionsfront. Dahingegen waren die Demokraten im 103ten Kongress viel verstrittener als im 111ten Kongress, wo ein gemeinsames höheres Ziel in der Durchsetzung der Reform gefunden wurde. Weiterhin forderten die Gruppierungen innerhalb der demokratischen Partei unter Clintons Reformversuch extremere Formen der Ausgestaltung der Reform. Die liberalen Demokraten beispielsweise plädierten 1993/94 für ein Single-Payer-System, während 2009/10 aus den Reihen der liberalen Demokraten der Wunsch nach einer Public Option vernommen wurde. Das Single-Payer-System hätte alle am Markt bestehenden privaten Versicherungsunternehmen ausgelöscht, die Public Option hingegen hätte das Weiterbestehen der privaten Versicherer gewährleistet und lediglich eine staatliche Alternative eingeführt. Mit einer Public Option hätten sich meiner Meinung nach die liberalen Demokraten des 103ten Kongresses allerdings nicht zufrieden gegeben. Als Folge wäre es, analog zum realen Geschehen, auch mit dem Vorschlag einer Public Option nicht zur Konsensbildung gekommen. Die Forderungen des 103ten Kongresses lagen also außerhalb der debattierten Änderungen, die unter Obamas Reformversuch die Legislativkammern beschäftigten. Daher komme ich zu dem Urteil, dass auch der Reformvorschlag nach den Ideen des 111ten Kongresses unter Clinton gescheitert wäre.

Dennoch existieren neben den genannten Faktoren weitere Einflussgrößen, die auf die Vetospieler einwirken und somit indirekt den Gesetzgebungsprozess beeinflussen. Tsebelis selbst wies auf Interessengruppen hin, die bei einer



Fallanalyse einbezogen werden müssen. Darüber hinaus wirkt auch die Meinung der Bevölkerung beeinflussend auf die Vetospieler ein.

#### **4.4.2 Einflussnahme durch Interessengruppen und der Bevölkerungsmeinung**

Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, sind neben institutionellen und parteilichen Vetospielern auch politikfeldabhängige Akteure zu Fallanalysen hinzuzuziehen (Tsebelis 1995: 306). Auf dem Feld der Gesundheitspolitik handelt es sich bei diesen weiteren, die Vetospielern beeinflussenden Akteuren um Interessengruppen sowie die öffentliche Meinung der Bürger. Im Folgenden werden deshalb die Interessengruppen, die am Entscheidungsfindungsprozess der Gesundheitsreformen unter den Administrationen von Clinton und Obama beteiligt waren, zuerst identifiziert und anschließend deren Positionen erläutert. Außerdem wird danach näher auf die Meinung der Bevölkerung eingegangen. Diese Einflussfaktoren auf die Vetospieler werden von Tsebelis direkt angesprochen und können daher als Erklärungsfaktor bei Fallanalysen ebenfalls herangezogen werden.

##### **4.4.2.1 Identifikation und Einflussnahme der Interessengruppen**

Das amerikanische Regierungssystem ist sehr pluralistisch ausgelegt. Die Bedeutung von Interessengruppen ist klar gekennzeichnet. Diese wirken in besonders ausgeprägter Art und Weise auf Kongressmitglieder ein, indem sie einerseits durch finanzielle Mittel für den Wahlkampf Einfluss auf die Abgeordneten nehmen und andererseits durch so genanntes „grass roots lobbying“, also der direkten Konfrontation der Abgeordneten mit den Forderungen ihrer stimmberechtigten Wahlkreisbewohnern. Zudem beeinflussen Interessengruppen die Entscheidungsfindung durch Anhörungen in den Ausschüssen während des Gesetzgebungsprozesses (Hübner/Münch 2013: 61f).

Allerdings nehmen die Interessengruppen nicht nur Einfluss auf die Vetospieler, sondern formen in besonderem Maße auch die Bevölkerungsmeinung, welche wiederum die Vetospieler in ihrer Entscheidungsfindung lenkt. Dies gilt insbesondere für Interessengruppen, die sozial hoch angesehene Berufsstände wie Ärzte vertreten (Grell/Lammert 2013: 210). Daraus ergeben sich alles in allem umfassende Einflussmöglichkeiten der Interessengruppen auf die Vetospieler.

Während Clintons Versuch das Gesundheitssystem zu reformieren wirkten vor allem Interessengruppen aus der Gesundheitsindustrie und der Wirtschaft auf den Entscheidungsprozess ein. Das Bestreben der Interessengruppen lag vermehrt in der Oppositionsbildung, das Inkrafttreten der Reform sollte verhindert werden. Einwirkende Interessengruppen aus der Gesundheitsindustrie waren vor allem private Versicherungsgeber, Arbeitgebervereinigungen und Gewerkschaften der Ärzte. Jedoch wurde kein einziger Vorschlag zur Verbesserung der Reform aus der Reihe der Interessengruppen im Kongress zur Debatte aufgenommen (Gray/Lowery/Benz 2013: 5). Im Folgenden werden zuerst Gruppen aus dem ökonomischen Sektor vorgestellt, bevor anschließend auf beteiligte Interessenverbände aus dem Medizinbereich eingegangen wird.

Die Versicherungen wurden repräsentiert durch die Health Insurance Association of America (HIAA), die zu Beginn der 1990er 35% der Versicherungsanbieter vertrat (Laham 1996: 74). Die HIAA stellte die stärkste Oppositionskraft dar, eine Durchsetzung der Reform wäre ein dramatischer Einschnitt gewesen. Der Grund dafür ist leicht zu finden: Die geplante Gesundheitsreform hätte eine sehr große Gefahr für die Existenz der Versicherungsanbieter bedeutet. Clintons Reformvorschlag sah strenge Kostenkontrollen vor, darunter auch starke Limitierungen der Kosten für Versicherungsprämien. Weiterhin hätten Antragssteller auf Grund von Vorerkrankungen oder chronischen Krankheiten von den Versicherungen nicht abgelehnt werden dürfen und die Prämien für erkrankende Personen hätten nicht erhöht werden dürfen. All diese Faktoren hätten extreme finanzielle Belastungen für die Versicherungsanbieter bedeutet, die eventuell letztlich im Bankrott geendet hätten (ebd.: 66). Daher startete die HIAA eine durch TV-Werbung gesteuerte, medienwirksame Oppositionskampagne gegen den Health Security Act um die Bevölkerung zur Opposition zu bewegen und dadurch indirekt Einfluss auf die Entscheidungsfindung zu erhalten (ebd.: 74). Die Fernsehwerbung ging als „Harry and Louise“, benannt nach den Hauptdarstellern des Spots, in die Geschichte ein. Harry und Louise malten sich während des Clips Horrorszenarien aus, die die Gesundheitsreform Clintons zur Folge haben würden (Hacker 2010: 864).

Interessengruppen aus dem Arbeitgeberbereich nahmen einheitlich eine ablehnende Haltung gegenüber der Reform ein. Kleine Firmen, die bis dato keine Gruppenversicherung für ihre Arbeitgeber offerierten, äußerten große existenzielle

Ängste, da die finanzielle Mehrbelastung durch eine neu eingeführte, verpflichtende Gruppenversicherung bis zu 30 Milliarden US-Dollar in 1993 betragen hätte. Auch große Unternehmen, die bereits eine Gruppenversicherung für Arbeitnehmer abgeschlossen hatten, fürchteten finanzielle Mehrkosten, da die vorgesehene Basisversicherung mehr abgedeckt hätte und somit teurer gewesen wäre, als die Versicherungen, die bislang gültig gewesen waren. Andererseits finanzierten große Unternehmen durch ihre Versicherungsbeiträge bisher die Notfallversorgungen unversicherter Personen mit, weshalb einige große Betriebe ihre Unterstützung der Reform bekannt gaben. Diese erhofften sich Sparpotential, da diese Kostenumlagerung nicht mehr gegeben wäre. Clinton war von Beginn seines Reformversuches an bewusst, dass die Unterstützung der Interessengruppen aus dem Wirtschaftssektor dringend benötigt werden würde, um die geforderte Kongressmehrheit zu erreichen. Daher sprach er persönlich vor den Gremien der Interessengruppen vor. Die National Federation of Independent Business (NFIB), die mit 600.000 Mitgliedern die Interessen kleiner Unternehmen repräsentiert, äußerte als erste Gruppe ihre ablehnende Haltung. Die Chamber of Commerce, die sowohl kleine als auch große Unternehmen vertritt, schloss sich der oppositionellen Position rasch an. Daher hoffte Clinton auf die Unterstützung durch die Interessengruppe der großen Unternehmen, Business Roundtable. Allerdings musste er auch hier einen Rückschlag hinnehmen, denn nach anfänglicher Zustimmung zur Reform, aber danach anhaltendem Druck von Seiten der Mitglieder, nahm auch Business Roundtable im Februar 1994 die Rolle der Opposition ein (Laham 1996: 127-136).

Die wichtigste Interessengruppe aus dem Bereich der Gesundheitsindustrie ist die American Medical Association (AMA), die mit 290.000 Mitgliedern im Jahr 1993, 43% aller US-amerikanischen Ärzte, die größte Interessenvertretung dieser Berufsgruppe verkörpert (ebd.: 67). Die Interessen der AMA korrelieren im Allgemeinen besser mit den Interessen der Republikaner, was darauf zurückzuführen ist, dass Ärzte meist der gehobenen Mittel- oder Oberschicht angehören und die Republikaner deren Interessen besser vertreten als die Demokraten (Skocpol 1996: 84). Folglich ist die Einnahme einer oppositionellen Stellung der AMA gegen die Gesundheitsreform leicht zu verstehen. Schwieriger zu erklären ist allerdings, weshalb die AMA nur verhaltenen Widerstand leistete, obwohl sie traditionell eine der stärksten Oppositionsgruppen von Gesundheitsreformen war. 1993 wurde allerdings eine vorher noch nie vorgekommene Entzweiung der Ärztemeinungen

über die Reform festgestellt. Die Ursache des Auseinanderdriftens der Meinungen ist in den Reformplänen zu finden. Spezialisierte Ärzte hatten bis dato in den USA ein um teilweise bis zu 330% höheres Einkommen als Allgemeinmediziner. Dies ist größtenteils auf höhere Gebühren zurückzuführen, die spezialisierte Ärzte für ihre Behandlungen verlangen. Die zusätzlichen Kosten werden außerdem auch durch den Einsatz neuester Technologien begründet. Da der Reformvorschlag mit starken Kosteneinschnitten, besonders durch Obergrenzen für Behandlungsgebühren, verbunden gewesen wäre, wäre dies folglich vor allem für spezialisierte Ärzte spürbar geworden, Allgemeinmediziner hingegen hätten geringere Einschnitte erfahren. Clinton setzte sich als indirektes Ziel der Gesundheitsreform zudem die Senkung der Gruppe spezialisierten Ärzte und eine Zunahme der Gruppe der Allgemeinmediziner, um Kostensenkungen zu erreichen. Daraus resultierte eine noch größere Ablehnung der Gruppe der spezialisierten Ärzte und eine breite Zustimmung zur Reform unter den Allgemeinmedizinern. Um sich als Folge hoher Austrittszahlen nicht selbst zu gefährden, konnte die AMA also nicht über einen gedämpften Widerstand hinaus aktiv an der Schaffung einer breiten Opposition mitwirken (Laham 1996: 67-73). Dennoch sollte man die AMA als einflussreiche Gruppe betrachten, da sie eine sehr große Reichweite hat und dadurch stark an der Urteilsbildung innerhalb der Bevölkerung beteiligt ist. Unterstützung aus der Gesundheitsbranche fand die Initiative also in besonderem Maße bei Ärztevereinigungen, die Ärzte mit geringerem Einkommen vertreten. Hierbei ist an erster Stelle die Gruppe American College of Physicians zu nennen, deren Mitgliedschaften sich 1993 auf 77.000 Internisten belief. Außerdem unterstützen die „American Academy of Pediatrics, die American Society of Internal Medicine und die National Medical Association, eine Organisation, die afro-amerikanische Ärzte vertritt“ (ebd.: 68f), ebenfalls aus den selbigen Gründen wie die Allgemeinmediziner die Reform. Insgesamt belief sich die Zahl der Interessengruppen, welche Ärzte vertraten und die den Health Security Act unterstützten, auf zehn. Mehr als 300.000 Ärzte wurden durch diese Gruppen repräsentiert, dies entspricht in etwa der Mitgliederzahl der AMA. Daran wird erneut die erhebliche Spaltung der Meinungen innerhalb der Ärztegemeinschaft deutlich. Ebenfalls unterstützend wirkte die American Nurses Association (ANA), die größte Interessengruppe der Krankenschwestern (Skocpol 1996: 95). Bereits 1991 hatte die ANA in ihrer Agenda den universellen Zugang zum Krankenversicherungssystem für alle US-Amerikaner

gefordert (Ward 2009: 198). Daher ist die Unterstützung der Reform nicht verwunderlich.

Eine von beiden Sektoren, Gesundheit und Wirtschaft, unabhängige Gruppe, deren Unterstützung sich Clinton erhofft hatte, ist die American Association of Retired Persons. Diese Gruppe war stellvertretend für circa 30 Millionen Einwohner ab dem fünfzigsten Lebensjahr. Clinton sah in seinem Reformentwurf Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie zur Pflege von Langzeitpatienten vor, die vor allem für ältere, kranke Personen, erhebliche finanzielle Entlastungen bedeutet hätten. Dennoch verhielt sich die AARP auf Grund internen Differenzen eher zurückhaltend optimistisch, sodass auch hier die erwünschte Unterstützung ausblieb (Skocpol 1996: 92-95).

Insgesamt können die Interessengruppen aus der dem Arbeitgebersektor also als oppositionelle, einflussreiche Gruppierungen betrachtet werden. Gleiches gilt für die HIAA. Die Interessengruppen des Medizinsektors sind in zwei Gruppen zu unterteilen. Einerseits können unterstützende Stimmen von Ärzten mit geringerem Einkommen vernommen werden, andererseits gibt es auch eine breite Basis ablehnender Haltung gegenüber der Reform von spezialisierten Ärzten. Da beide Gruppen in etwa gleiche Mitgliedszahlen aufweisen und somit ungefähr den gleichen Einfluss nehmen können, sollten beide Fraktionen als einflussreiche Akteure identifiziert werden. Weiterhin als stark beeinflussende Gruppe zu betrachten ist die HIAA, die eine starke Ablehnung der Reform innerhalb der Bürgerschaft initiieren wollte. Die AARP wird nicht als am Politikprozess mitwirkende Gruppe identifiziert, da sie keine eindeutige Position einnahm und nicht aktiv in den Entscheidungsfindungsprozess eingegriffen hat. Somit sind für Clintons Reformversuch insgesamt vier einflussreiche Akteursgruppen zu identifizieren: die Interessengruppen HIAA, AMA, die Wirtschaftsbranche und die Interessengruppen der Allgemeinmediziner und Krankenschwestern (werden auf Grund der gleichen Branchenherkunft als ein Akteur gewertet), die auf Grund ihrer hohen Mitgliederzahlen und den daraus resultierenden Einflussmöglichkeiten ebenfalls als einflussreicher Akteur gezählt werden. Die vier Gruppierungen in Form von Interessengruppen sind nicht als Vetospieler zu verstehen, dennoch spielten sie durch ihre Einflussnahme auf die Politiker und Gesellschaft eine wichtige Rolle beim Versuch Clintons das Gesundheitssystem einer Reform zu unterziehen.

Während Präsident Obamas Versuch das US-amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren mischten sich, ähnlich wie bereits zuvor unter Clintons Reformversuch 1993/94 geschehen, einige Interessengruppen in das aktuelle Reformgeschehen ein. Dazu gehören, analog zu Clintons Reformversuch, Interessengruppen aus dem Gesundheitssektor sowie Gruppen mit wirtschaftlichem Interesse. Allerdings hatten sich die Interessenlagen der beteiligten Gruppen seit dem Reformversuch Clintons 1993/94 geändert. Während einige Interessengruppen nun nur noch gedämpften Widerstand leisteten, gingen andere sogar dazu über ihre Zustimmung zur Reform zu demonstrieren, beispielsweise in Form von Werbeanzeigen (Jacobs/Skocpol 2010: 75).

Obama berücksichtigte seit Beginn der Reformdebatte die Interessen der einflussreichen Gruppen, um die Fehler der Clinton-Administration zu vermeiden (ebd.: 69). Daher stimmte eine Vielzahl von Interessengruppen der Reform unter gewissen Bedingungen zu. Diese werden im Folgenden aufgeführt. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu schaffen, wird die Reihenfolge der zu nennenden Interessengruppen der Reihenfolge der genannten Interessengruppen unter Clintons Präsidentschaft entsprechen.

Beginnend mit der Versicherungsbranche, muss zuerst erläutert werden, dass die HIAA, die unter Clintons Administration die führende Interessengruppe demonstrierte, in ihrer damaligen Form nicht mehr existierte. 2003 schloss sich die HIAA mit der American Association of Health Plans zusammen und es wurde eine neue, große Interessengruppe, die America's Health Insurance Plans (AHIP), gegründet. Zu Beginn der Reformdebatte im Jahr 2009 äußerte die AHIP bereits ihre Forderungen an die Reform: Die Public Option, also eine öffentliche Krankenversicherung als Wettbewerbsförderung neben privaten Krankenversicherern, würde nicht akzeptiert werden können. Stattdessen solle ein Individual Mandate eingeführt werden, das alle Bürger zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichten würde. Unter dieser Bedingung hätte die AHIP die Reform unterstützt, selbst wenn diese als Konsequenz strengere Auflagen für die Versicherungsunternehmen bedeuten würden (Quadagno 2011: 449f). Folge des Individual Mandates wären sehr viele potentielle Neukunden gewesen, weshalb die AHIP Einschnitte in den Freiheiten der Versicherungen akzeptieren konnte. In den offenen Widerstand ging die AHIP dennoch letztlich im Oktober 2009, da das Senate Finance Committee auf Druck aus der republikanischen Riege hin beschloss, dass die

Strafen bei ausbleibendem Abschluss einer Versicherung zu hoch angesetzt waren und daher das Straflimit senkten. Die AHIP, die bislang immer vor zu viel staatlichem Eingriff gewarnt hatte, reagierte auf die Entscheidung des Senate Finance Committee mit Ablehnung. Plötzlich wurden zu geringe staatliche Eingriffe deklariert. Die ablehnende Haltung der AHIP kam aus der Angst, dass bei geringeren Strafen besonders jüngere Bürger keine Versicherung abschließen würden und die Kosten, die die Versicherungen durch ältere, kranke Patienten tragen müssen, nicht relativiert werden. Die AHIP untermauerte ihre öffentliche Opposition anschließend noch mit einer Studie von Price Waterhouse Cooper, die belegte, dass die Gesundheitsreform mit massiven Kostensenkungen der Versicherungsprämien einhergehen würden. Diese Studie war selbstverständlich nicht mit den Interessen der Versicherungen zu vereinbaren (Jacobs/Skocpol 2010: 73). Die Interessengruppe der Versicherer leistete also sowohl unter Clintons als auch Obamas Administration aktiven, oppositionellen Widerstand gegen die Durchsetzung der Gesundheitsreform. Unternehmervverbände hatten auch unter Obamas Administration großen Einfluss auf den Reformentwurf. Die American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO), der größte Gewerkschaftsdachverband, sowie die Service Employees International Union (SEIU), welche zur Hälfte aus Arbeitnehmern im Gesundheitsbereich besteht, unterstützten beide die Idee der Reformierung des Gesundheitssystems. Im Gegensatz zu Clintons Reformversuch waren unter Obama also keine Arbeitgebergewerkschaften, sondern Arbeitnehmerverbände am Reformprozess beteiligt. Die AFL-CIO zeigte sich bereit zur Unterstützung, wenn die Public Option durchgesetzt werde, wohingegen die SEIU auch bei ausbleibender Durchsetzung der Public Option weiterhin unterstützend wirken würde. Des Weiteren wollte die AFL-CIO die Einführung einer Steuer auf high-cost Pläne verhindern (Quadagno 2011: 451). Die Unterstützung der Arbeitnehmerverbände resultierte aus den finanziellen Einsparungen, die Arbeitnehmer nach Inkraft-Treten des Gesetzes erfahren konnten. Die durch den Patient Protection and Affordable Care Act gesetzten Höchstgrenzen für Versicherungsprämien sowie Kostenkontrollmechanismen kommen in besonderem Maße den Arbeitnehmern zu Gute.

Die größte Interessenvertretung der Pharmaindustrie, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), zeigte sich ebenfalls offen für Reformveränderungen im Gesundheitswesen. Steuerbelastungen in Höhe von über

80 Millionen US-Dollar über die nächsten zehn Jahre wurden akzeptiert, nachdem bekannt wurde, dass verschreibungspflichtige Medikamente im Medicare Programm künftig aus staatlichen Mitteln finanziert werden würden. Die Pharmaindustrie rechnete sich daraus einen finanziellen Vorteil aus. Weiterhin kam Obama der PhRMA entgegen, indem er versprach, dass durch Verbote von Generika keine zusätzliche Konkurrenz den Wettbewerb verstärken würde (Gray/Lowery/ Benz 2013: 13; Jacobos/Skocpol 2010: 71). Die Pharmalobbyisten unterstützten den Reformprozess in besonderer Weise durch die Wiederbelebung von „Harry and Louise“. Der im Jahre 2009 ausgestrahlte Fernsehspot zeigte allerdings keine misstrauenden, zukunftsängstlichen Personen, sondern ein fröhliches, die Reform in großer Erwartung ersehndes Ehepaar (Hacker 2010: 864). Diese Werbeaktion diente dem Zweck der Beeinflussung der öffentlichen Meinung.

Die Interessengruppe der Ärzte, AMA, die unter Präsident Clinton gedämpften Widerstand gegen die damals geplante Reform leistete, hatte nun ihre Haltung drastisch geändert. Durch den Einbezug in den Entscheidungsfindungsprozess konnten die Ärzte direkt ihre Forderungen preisgeben. Daher unterstützte die AMA 2009 erstmalig seit ihrer Gründung einen Reformvorschlag, solange dieser die Einführung eines Systems mit privaten und öffentlichen Versicherungen bedeuten würde. Die AMA stellte sofort klar, dass bei der Planung ohne Public Option die Unterstützung in eine oppositionelle Haltung übergehen würde (Laugesen 2011: 508f). Der Schlüssel zur Unterstützung der Gesundheitsreform durch die AMA lag in dem Versprechen des Kongresses die sogenannte Doughnut Lücke im Medicare Programm zu füllen, wodurch Empfänger des Medicare-Programmes zukünftig verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr privat finanzieren müssten, sondern der Staat die Kosten dafür trägt. Trotz der Warnung des Congressional Budget Office, dass diese Änderung enorme fiskale Zuwüchse für den Staat bedeuten würden, setzte sich diese Forderung der AMA im Endeffekt durch. Außerdem versprach der Kongress der AMA, dass die Gebührensatzung für Medicare-Patienten neu berechnet werden würde. Dies wurde seit einigen Jahrzehnten bereits von Ärzten gefordert, die sich dadurch mehr Einnahmen erhofften. Deshalb war die AMA schlussendlich eine der Interessengruppen, die die Reform am stärksten unterstützte (Jacobos/Skocpol 2010: 74; Laurensen 2011: 509). Die Ärztegemeinschaft stand 2009 also annähernd geschlossen hinter den Reformplanungen. Dies ist bis dato einmalig in der Geschichte der Gesundheitsreformen und Obama konnte an dieser Stelle einen



gewaltigen Vorteil gegenüber Clintons Reformversuch genießen. Allerdings hatte die AMA während der Verhandlungen über eine mögliche Gesundheitsreform im Jahr 2009 deutlich weniger Einfluss als es noch 1993/94 der Fall war, denn in der Zwischenzeit entstanden viele weitere Interessengruppen, die spezifische Ärztegruppen vertreten (Quadagno 2011: 452).

Die AARP, die 2009 etwa 40 Millionen Mitglieder vertrat, wurde ebenfalls eine der größten Sympathisantengruppen der Reform. Ältere Personen, die vom Medicare Programm finanziert werden, profitieren direkt von der Ausweitung der staatlichen Mittel zur Übernahme der Kosten verschreibungspflichtiger Medikamente. Weiterhin gründete sich eine Gruppe, Americans for Stable Quality Care, die ein Zusammenschluss mehrerer Interessengruppen war. Diese Gruppe unterstützte die Reform, indem Werbeanzeigen im Umfang von mehreren Millionen US-Dollar geschaltet wurden.

Insgesamt kann also festgehalten werden, dass der Reformversuch Obamas ebenfalls von einigen Interessengruppen beeinflusst wurde. Diese Gruppen sind vor allem in der Gesundheits- und Versicherungsbranche einzuordnen, Interessenvertretungen der Arbeitgeber nahmen nicht an Verhandlungen um die Reform teil. Die Zahl der mächtigsten Interessengruppen, die in den Jahren 2009/10 an den Debatten um die Gesundheitsreform beteiligt waren, beläuft sich auf fünf. Dabei traten vier Vertretungen, AMA, PhRMA, Arbeitnehmervereinigungen und AARP, unterstützend auf, lediglich die AHIP bildete eine starke Oppositionsfront. Im Gegensatz zu Clinton, der vier große Oppositionsfronten gegen sich hatte, genoss Obama überwiegend Rückendeckung von den Interessenvertretungen.

Unter Clintons Reformversuch ist also mit vier beteiligten Interessengruppen eine aktiv beteiligte Akteursgruppe weniger zu identifizieren als unter Obamas Reformvorhaben. Außerdem ist anzumerken, dass die Interessengruppen sich unter Clinton mehrheitlich gegen eine Reform positionierten, während unter Obama die konträre Situation vorzufinden war.

#### **4.4.2.2 Einflussnahme der Bevölkerung**

Die Meinung der Bevölkerung wirkt ähnlich den Interessengruppen beeinflussend auf die Individuen innerhalb der kollektiven Vetospieler und den Präsidenten ein und ist somit indirekt am Gesetzgebungsverfahren beteiligt. Die Abgeordneten der beiden

Legislativkammern werden direkt vom Volk gewählt<sup>6</sup> und müssen daher um die Gunst der Wählerstimmen kämpfen. Vor dem Hintergrund einer erwünschten Wiederwahl werden die Abgeordneten folglich die Meinung der Wahlkreisbevölkerung bei bestimmten Sachfragen in ihre Entscheidung einbeziehen. Daher ist die öffentliche Meinung ein wichtiger Faktor, der die Vetospieler wesentlich beeinflussen kann.

Clinton begann den Versuch das US-amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren mit einer breiten öffentlichen Unterstützung. Die im Folgenden zitierten Autoren stützen ihre Analysen hauptsächlich auf Daten des Roper Data Center for Public Opinion Research. Die Datengrundlagen sind größtenteils telefonische Interviews mit jeweils ca. 1000 amerikanischen Wahlberechtigten. Beim Start der Arbeitsgruppe die Gesundheitsreform zu entwickeln, unterstützten 71 Prozent der Amerikaner die Grundgedanken des Entwurfes (Blendon/Brodie/Benson 1995: 8). Im weiteren Verlauf entwickelte sich die Bevölkerungsmeinung allerdings anders als erhofft. Nach Clintons Rede vor dem Kongress im September 1993 belief sich der Prozentsatz der Bürger, welche die Gesundheitsreform befürworteten<sup>7</sup>, nur noch auf 59 Prozent (siehe Tabelle 2 im Anhang). In der zeitlichen Weiterentwicklung der Reform sank die Zustimmung innerhalb der Bevölkerung ab Februar 1994 unter 50 Prozent. Dieser Tiefpunkt wurde im späteren Verlauf nicht mehr überwunden (Jacobs/Shapiro 1995: 418). Auch die öffentliche Meinung über die Ausprägung einer möglichen Reform nahm eine von Clinton unerwünschte Änderung. Im September 1993 stimmten noch 50 Prozent der Bürger für eine fundamentale Überarbeitung des Gesundheitssystems und 20 Prozent für eine vielseitige Reform. Nur 22 Prozent hielten geringe Änderungen für notwendig und 5 Prozent waren mit dem bestehenden Gesundheitssystem zufrieden (Brownstein 1993). Im August 1994 allerdings forderten laut einer Time/CNN-Studie 47 Prozent aller Bürger, dass lediglich kleine Änderungen am Gesundheitssystem vollzogen werden sollten und 28 Prozent präferierten das Verschieben der Entscheidung auf das nächste Jahr (Bowman 1994: 5). Außerdem antworteten 47 Prozent der Befragten zu diesem Zeitpunkt, dass sie erleichtert wären, wenn die Gesundheitsreform auf das kommende Jahr verschoben werden würde. Nur 39 Prozent der Bürger beantworteten

---

<sup>6</sup> Präzisere Informationen zum Wahlsystem der USA finden sich beispielsweise bei Oldopp (2013: 159-194).

<sup>7</sup> Die zugrunde liegende Frage lautete: „From everything you have heard about the plan so far, do you favor or oppose President Clinton’s plan to reform health care?“ (Gallup 1994: 190)

die Frage nach Vertagung der Gesundheitsreform mit Verärgerung (o.V. 1994: 27, nach: Umfrage der Gallup Organization für USA Today/CNN 1994). Weiterhin bescheinigten im September 1993 76 Prozent der befragten Bürger, dass sie mit ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung zufrieden seien (Brownstein 1993). In einer Umfrage der Washington Post im Oktober 1993 gaben daher 39 Prozent der Befragten an, dass die Gesundheitsversorgung für die meisten Menschen nach der Reform besser werden würde. Dass auch die eigene Versorgung durch eine Reform Besserung erfahren würde, empfanden dementsgegen aber nur 19 Prozent der Bürger (o.V. 1994: 24, nach: Umfrage der Washington Post 1993).

Die Vorstellungen der Bürger zur Ausgestaltung der Reform wurden in einer Umfrage von Time/CNN im Juli 1994 erhoben. 61 Prozent der Bürger stimmten für eine Einführung einer Pflichtversicherung, 33 Prozent waren dagegen (ebd.: 25, nach: Umfrage der Gallup Organization für US Today/CNN 1994). Bowman (1994: 21) zeigt anhand einer Tabelle auf Datengrundlage von Umfragen der ABC News/Washington Post die Entwicklung der Meinung zu den Eingriffsmöglichkeiten in das Gesundheitssystem durch den Staat. Im September 1993 waren lediglich 38 Prozent der Bevölkerung der Auffassung, dass der Staat durch die Reform zu viel Einfluss bekäme, 18 Prozent forderten noch mehr Eingriffsmöglichkeiten und für 37 Prozent traf die Reform genau das richtige Maß an staatlichen Regulierungsoptionen. Bis März 1994 änderte sich die Lage allerdings dahingehend, dass 47 Prozent der Bürger zu viele Eingriffsmöglichkeiten durch den Staat sahen und nur noch für 14 Prozent der Bürger zu wenig Regulierungsmöglichkeiten vorgesehen waren. Der Prozentsatz der Befragten, die angaben, dass die aktuelle Fassung genau das richtige Maß an staatlichen Eingriffen vorsah, hatte sich außerdem auf 34 Prozent verringert. Einer Umfrage der CBS News/New York Times zufolge antworteten im September 1993 nach 45 Prozent der Befragten, dass sie einen Kostenanstieg ihrer persönlichen Ausgaben durch die Reform befürchteten. 14 Prozent sahen Möglichkeiten zur Kosteneinsparung durch die Reform und 33 Prozent der Bevölkerung glaubte an gleichbleibende Kosten. Bis März 1994 allerdings stieg der Anteil jener, die einen Kostenzuwachs erwarteten auf 57 Prozent an, während nur noch 11 Prozent an Kosteneinsparungen glaubten. 26 Prozent betrug zu dieser Zeit der Anteil der Bevölkerung, die gleichbleibende Kosten erwartete. Der Anteil derjenigen, die durch die Reform eine schlechtere persönliche Gesundheitsversorgung erwarteten, stieg von 23 Prozent im September 1993 auf 34 Prozent im August 1994. Gleichzeitig

verringerte sich der Prozentsatz der Bevölkerung, der eine Verbesserung der persönlichen Gesundheitsversorgung erwartete im selben Zeitraum von 17 auf 13 Prozent (ebd.: 28). Steuererhöhungen als Mittel zum Ausgleich der finanziellen Mehrkosten des Staates lehnten die Amerikaner ab. Selbst Steuererhöhungen um ca. 30 US-Dollar pro Monat lehnte die Mehrzahl der Amerikaner ab (Blendon et al. 1994: 283). Kriner and Reeves (2014) untersuchten anhand von Umfrageergebnissen aus ca. 130 Umfragen die Zusammenhänge zwischen Einkommen, Alter, Parteizugehörigkeit sowie Hautfarbe und der Unterstützung von Clintons und Obamas Reform auf einem Signifikanzniveau von  $p < 0.05$ . Sie fanden heraus, dass Clintons Reformentwurf vor allem von demokratischen Parteimitgliedern unterstützt wurde. Republikaner hingegen positionierten sich gegen eine Reformierung des Gesundheitssystems. Außerdem wurde ein positiver, signifikanter Zusammenhang zwischen dunkler Hautfarbe der Bürger und der Unterstützung der Reform errechnet. Zwischen Einkommen und Unterstützung der Reform kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Insgesamt ist also festzuhalten, dass Clintons Reformversuch von einer immer schwächer werdenden öffentlichen Unterstützung begleitet wurde. Viele Bürger erwarteten durch eine Reformierung des Gesundheitssystems eine eher schlechtere Qualität der eigenen Versorgung bei gleichzeitig höheren Kosten. Die Einführung einer Pflichtversicherung empfand die Mehrheit der Bürger als notwendig, wohingegen mögliche Steuererhöhungen zum Ausgleich der Mehrkosten des Staates abgelehnt wurden. Im Endeffekt war also die Mehrheit der amerikanischen Bürger gegen die Durchsetzung einer Gesundheitsreform nach Clintons Vorstellungen.

Der Gesetzgebungsprozess zur Reformierung des Gesundheitssystems unter Obama begann im Jahr 2009. Laut einer Umfrage der Kaiser Family Foundation vom Februar 2009 waren 62 Prozent der Bürger der Auffassung, dass es wichtiger sei als je zuvor das Gesundheitssystem zu reformieren. Lediglich 34 Prozent der Befragten antworteten, dass eine Gesundheitsreform momentan nicht zu bewältigen wäre. Im November 2009 beantworteten 58 Prozent der Befragten die gleiche Frage mit der Antwort, dass eine Reform nun wichtiger sei als je zuvor, während 36 Prozent keine Möglichkeit zur Gesundheitsreform sahen. Bei genauerem Nachfragen gaben allerdings lediglich 35 Prozent der Befragten an, dass eine Gesundheitsreform notwendig ist und die aktuellen Vorschläge den Bürgern zusagt. Weitere 33 Prozent hielten eine Gesundheitsreform für unabdingbar, allerdings missfiel diesem

Prozentsatz die damals aktuellen Ausarbeitungen. 26 Prozent der Befragten widersprachen der Notwendigkeit einer Reform (Kaiser Family Foundation 2009: 3). Kurze Zeit vor der Abstimmung im Kongress im März 2010 befragte die Kaiser Family Foundation erneut die Bürger zu ihrer Meinung über die vorgelegten Entwürfe. 46 Prozent der Befragten antworteten, dass sie die Entwürfe entweder sehr stark oder teilweise unterstützen, während 42 Prozent der Bürger den Entwürfen prinzipiell ablehnend gegenüber standen. Blendon/Benson (2012) analysierten die öffentliche Meinung zum Zeitpunkt der Abstimmung im Kongress anhand von 33 Befragungen. "In none of the 10 polls did the majority favor the proposed legislation" (Blendon/Benson 2012: 1). Das Analyseergebnis zeigt also, dass die Mehrheit der Bürger die vorgelegten Entwürfe ablehnte. Dieses Ergebnis hängt wohl auch damit zusammen, dass je nach Befragung zwischen 32 und 47 Prozent der befragten Bürger angaben, dass eine Gesundheitsreform ihre eigene Versorgung verschlechtern würde, während nur 19 bis 35 Prozent der Bürger eine Verbesserung durch die Reform erwarteten. Ein Drittel der Befragten stellte sich auf steigende Kosten für die Versicherungsprämie ein, ein weiteres Drittel erhoffte sich durch eine Reform sinkende Kosten. Die Mehrheit der Bevölkerung war der Auffassung, dass eine Reform vor allem für Senioren ab 65 Jahren und Familien mit geringem Einkommen eine deutliche Verbesserung der Gesundheitsleistungen bedeuten würde. Für das ganze Land sahen allerdings nur 39-45 Prozent Verbesserungschancen, während weiter 34-44 Prozent insgesamt Verschlechterungen durch die Reform vermuteten (ebd.: 5). Neben der öffentlichen Meinung zur Notwendigkeit und den Folgen der Reformierung des Gesundheitssystems wurde auch die Meinung der Bevölkerung zu einzelnen inhaltlichen Faktoren der geplanten Reform erhoben. Innerhalb der Bevölkerung erlangten Steuersubventionen für kleine Betriebe zur Finanzierung der Versicherungsprämie ihrer Angestellten mit 90 Prozent aller Stimmen die höchste Zustimmung (Time/Abt SRBI Poll 2009). In dieser Umfrage im Juli 2009 stimmten zudem 49 Prozent der Befragten für ein Single-Payer-System. Die Zustimmungsergebnisse zur Public Option lagen je nach Befragung zwischen 49 und 51 Prozent (Blendon/ Benson 2012: 3). Außerdem stimmten 81 Prozent der Befragten einer Versicherungsbörse zu (ebd.: 3, nach: Newsweek/Princeton Survey Research Association Poll 2010), gefolgt von 79 Prozent Zustimmung zum Schließen der Doughnut-Lücke (Kaiser Family Foundation/ Harvard School of Public Health 2009: 17).

Weiterhin können unterschiedliche Zustimmungswerte in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit festgestellt werden. Kriner/Reeves (2014: 726) stellen fest, dass ein signifikant positiver Zusammenhang ( $p < 0,05$ ) zwischen der demokratischen Parteiidentifizierung und der Zustimmung zur Reform sowie ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen republikanischer Parteiidentifizierung und der Zustimmung zur Reform bestand. Weiterhin war die Zustimmung unter jungen Bürgern bis 29 Jahren laut Blendon/Benson (2012: 2) signifikant größer als unter den Senioren ab 65 Jahren. Dies deckt sich mit dem Ergebnis Kriner und Reeves (2014: 725). Weiterhin kommen Kriner/Reeves (ebd.: 726) zu dem Ergebnis, dass ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen einem Einkommen ab 50.000 US-Dollar pro Jahr und der Zustimmung zur Reform besteht. Tesler (2012: 701) zeigt auf, dass die Zustimmung der dunkelhäutigen Bevölkerung sowohl bei Clinton als auch Obama höher war als der Prozentsatz der hellhäutigen Bevölkerung, die der Gesundheitsreform zustimmend gegenüber stand. Der Grad der Zustimmung lag bei Clinton allerdings bei der hellhäutigen Bevölkerung mit 40 bis 44 Prozent höher als unter Obama. Hier betrug die Zustimmung der weißen Bevölkerung etwa 33 bis 42 Prozent. Die Meinung der dunkelhäutigen Bevölkerung zeigt gegenläufige Ergebnisse. Während die Zustimmung dieser Gruppe bei Clinton bei 65 bis 74 Prozent lag, stimmten Obamas Reformvorschlag 78 bis 88 Prozent der dunkelhäutigen Bürger zu.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass sowohl Clinton als auch Obama keine Mehrheit von Seiten der Bevölkerung hinter sich hatten. Die Zustimmung zur Gesundheitsreform innerhalb der Bevölkerung lag unter Clintons Präsidentschaft insgesamt etwas höher als bei Obamas Reformierungsversuch. Die öffentliche Meinung zur Gesundheitsreform ist allerdings bei beiden Reformanläufen ungefähr konstant einzuordnen. Dies betrifft beispielsweise die Erwartung einer Verschlechterung der eigenen Gesundheitsversorgung durch eine Reform und auch die Angst vor steigenden Kosten als Folge einer Reform. Unterschiede können im Bereich der Zustimmung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen gefunden werden. Besonders dunkelhäutige Personen zeigten eine deutlich höhere Zustimmung zu Obamas Reform als zu Clintons Reformierungsversuch. Das Einkommen einer Person hatte während der Amtszeit Clintons keinen signifikanten Einfluss auf die Meinung zur Gesundheitsreform. Jedoch konnte unter Obama ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen steigendem Einkommen und Zustimmung zur

Gesundheitsreform festgestellt werden. Dennoch bleibt abschließend festzuhalten, dass bei keinem der beiden Reformierungsprozesse des Gesundheitssystems die Bevölkerung einer Reform insgesamt positiv gegenüber stand. Stattdessen prägten finanzielle und existenzielle Ängste sowie Sorgen das Meinungsbild der Bevölkerung.

#### **4.4.3 Grenzen der Vetospieler-Theorie**

Obwohl die Vetospieler-Theorie einen guten Erklärungsansatz für die vorliegende Fallanalyse bietet, gibt es dennoch Faktoren, die den Gesetzgebungsprozess beeinflussen, aber von der Vetospieler-Theorie nicht berücksichtigt werden. Dies ist dem engen Blick der Vetospieler-Theorie auf die Akteure und Vorgänge im Institutionengefüge geschuldet. Dennoch gibt auch innerhalb des Akteurmodells Einflussfaktoren, die nicht berücksichtigt werden, allerdings bei Entscheidungsfindungsprozessen eine wichtige Rolle spielen. So ist es mit Hilfe der Vetospieler-Theorie nicht möglich zu erklären, weshalb Clinton den Reformentwurf des Health Security Acts so detailliert durch die gebildete Arbeitsgruppe ausformulieren ließ, wohingegen Obama die Ausarbeitung der Reform dem Kongress auftrug. Dieser Faktor mag einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Gang des Reformprozesses gehabt haben, denn durch die bereits so weit ausgearbeitete Fassung des Health Security Acts wurde die Konsensfindung erheblich erschwert. Von Seiten der Gruppierungen konnten lediglich Änderungswünsche eingebracht werden, die grundlegenden Elemente hingegen waren nur noch sehr mühsam zu verändern. Ein weiterer Nachteil, der durch die genaue Ausarbeitung des Entwurfes innerhalb der Arbeitsgruppe entstand, war der Ausschluss der Interessengruppen am Gesetzgebungsprozess. Obamas Idee hingegen war es die Interessengruppen von Beginn an in den Entscheidungsfindungsprozess zu inkludieren, um deren Unterstützung der Reform sicherzustellen. Dass die Unterstützung der Interessengruppen einen erheblichen Vorteil darstellen kann, da diese direkten Einfluss auf die Abgeordneten der Kammern haben, wurde bereits erläutert und soll hier wiederholend erwähnt werden. Überdies mag die Arbeitsgruppe auf die Bevölkerung den Eindruck erweckt haben kein Mitspracherecht zu besitzen. Dies kann zusätzlich erschwerend auf den Reformprozess gewirkt haben.

Weiterhin wird durch die Vetospieler-Theorie die Aufmerksamkeit auf das behandelte Fall-Beispiel gelenkt. Allerdings wird in der politischen Praxis nur sehr selten ein Thema isoliert behandelt. Stattdessen ist es üblich, dass verschiedene Themen gleichzeitig zur Debatte stehen. Dass die Prozesse, die bei Thema A stattfinden, allerdings auch den Prozess des Themas B beeinflussen können, wird durch die Vetospieler-Theorie nicht erfasst. So war es zum Beispiel der Fall, dass unter Clinton während der Reformprozesse der Gesundheitsreform gleichzeitig Gesetzgebungsprozesse des North American Free Trade Agreements (NAFTA) abliefen. Republikaner und moderate Demokraten unterstützen seit Beginn der Debatte das NAFTA-Abkommen, liberale Demokraten und die meisten Gewerkschaften nahmen allerdings eine strikt oppositionelle Haltung ein. Ebenso lehnten die meisten amerikanischen Bürger das Abkommen ab, da sie um ihre Arbeitsstelle fürchteten (Skocpol 1996: 78f.). Letztendlich wurde das Freihandelsabkommen gegen den Willen liberaler Demokraten zum Gesetz. Es ist also sehr gut vorstellbar, dass die Niederlage der liberalen Demokraten im NAFTA-Prozess auch Folgen auf den Gang der Gesetzgebung der Gesundheitsreform hatte. Vor dem Hintergrund des NAFTA-Prozesses erscheint es plausibel, dass die liberale Demokraten ihre Präferenzen stärker verteidigten und weniger von ihrer Position abwichen, somit weniger kompromissbereit waren, als es eventuell der Fall gewesen wäre, wenn das Freihandelsabkommen nicht in Kraft getreten wäre. Diese Art von Einflussfaktor deckt die Vetospieler-Theorie allerdings nicht ab. Es wird lediglich der einzelne Gesetzgebungsprozess betrachtet, da die Vetospieler als rational handelnde Akteure angesehen werden und solche Übersprunghandlungen somit ausgeschlossen werden. Allerdings kann meines Erachtens nicht davon ausgegangen werden, dass die Akteure alle Reformprozesse isoliert voneinander betrachten. Stattdessen muss meiner Ansicht nach mit taktischen Handlungen der Akteure gerechnet werden.

Ein letzter Punkt, der Einfluss auf die Reformprozesse hatte, ist die Hautfarbe der Präsidenten. Dies erscheint im ersten Moment etwas un schlüssig, bei genauerem Hinsehen allerdings werden einige Konsequenzen ersichtlich. Tesler (2012) nimmt einen Zusammenhang zwischen Obamas Hautfarbe und der Zustimmung der weißen Bevölkerung zur Gesundheitsreform an. Mit Hilfe von OLS-Schätzungen auf Basis von Umfrageergebnissen der American National Election Study testet er den Zusammenhang von Hautfarbe und Unterstützung der Reformen von Clinton und



Obama. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Hautfarbe Obamas einen größeren Einfluss auf die Meinung der hellhäutigen Bevölkerung hatte als Faktoren wie Parteizugehörigkeit und Ideologien. Im September 2009 fand Tesler (ebd.: 695f.) unter Konstanthaltung von Parteizugehörigkeit und Ideologien eine um 20 Prozent geringere Unterstützung der weißen Bevölkerung für die Gesundheitsreform bei Abfrage der Rassenzugehörigkeit<sup>8</sup>. Zu früheren Zeitpunkten, als die Gesundheitsreform noch nicht direkt mit Obama verknüpft wurde, konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Hautfarbe und Unterstützung der Gesundheitsreform gefunden werden. Insgesamt kommt Tesler (ebd.: 701f.) zu dem Ergebnis, dass ein Übergriff der Gruppenzugehörigkeit Obamas zur dunkelhäutigen Bevölkerung auf die öffentliche Meinung zur Gesundheitsreform stattgefunden hat. Die weiße Bevölkerung zeigte eine signifikant geringe Zustimmung zur Gesundheitsreform, wenn die Hautfarbe als Indikator abgefragt wurde. Die Vetospieler-Theorie schenkt solchen Details keine Aufmerksamkeit. Die Hautfarbe des Präsidenten mag zwar im ersten Moment als kleines Detail erscheinen, kann allerdings großen Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess erlangen. Der Anteil der weißen Bevölkerung lag laut Daten des Census 2010 (U.S. Census Bureau 2011: 3) bei 72 Prozent. Fast drei Viertel der amerikanischen Bürger waren 2010 also hellhäutig. Dementsprechend groß ist auch der Einfluss dieser Gruppe auf die Repräsentanten. Anders ausgedrückt: Da die Hautfarbe Obamas signifikant niedrigere Zustimmungswerte der hellhäutigen Bevölkerung zur Gesundheitsreform mit sich brachte und die öffentliche Meinung die Abgeordneten erheblich beeinflusst, ist dies als einflussreicher Faktor auf jeden Fall in der Analyse zu beachten. Wäre die Zustimmung der hellhäutigen Bevölkerung als Folge der Hautfarbe Obamas noch niedriger ausgefallen, hätte dies womöglich zum Ausbleiben der Reform führen können, da die Abgeordneten der Wahlbezirke durch die öffentliche Meinung stark beeinflusst werden. Die Vetospieler-Theorie stößt hier aber an ihre Grenzen, da solche kleinen Details keine Beachtung erhalten.

Alles in allem lässt sich also festhalten, dass insbesondere Einflüsse durch andere, gleichzeitig ablaufende Prozesse sowie Details des Ablaufes eines Gesetzgebungsprozesses durch die Vetospieler-Theorie nicht erfasst werden.

---

<sup>8</sup> Die Abfrage der Rassenablehnung erfolgte über drei Kategorien. Diese waren eine neutrale Gruppe „einiger Menschen“, eine Clinton-geleitete Gruppe und eine Obama-geleitete Gruppe (Tesler 2012: 693).

Außerdem fehlen andere Einflüsse wie beispielsweise die Hautfarbe des Präsidenten. Dennoch sollten auch diese Faktoren bei Analysen berücksichtigt werden, weil sie den Gesetzgebungsprozess unter Umständen extrem verändern können. Jedoch bleibt festzuhalten, dass es sich bei den Grenzen der Vetospieler-Theorie nicht um grundlegende Einflussfaktoren des Gesetzgebungsprozesses handelt, sondern lediglich Detailfragen nicht geklärt werden können.

## **5. Fazit**

Im Laufe dieser Arbeit wurden die Fragestellungen untersucht, inwiefern die Vetospieler-Theorie das Scheitern Clintons und den Erfolg Obamas bei der Durchsetzung der Gesundheitsreform erklären kann und wo die Grenzen der Vetospieler-Theorie liegen. Dazu wurde zuerst die Vetospieler-Theorie erläutert und die nötigen Hintergrundinformationen geliefert. Anschließend folgte die empirische Analyse der drei Faktoren Anzahl, interne Kohäsion und Kongruenz der Vetospieler. Dabei wurde festgestellt, dass die Anzahl der Vetospieler sich sowohl bei Clintons als auch Obamas Reformversuch auf drei beteiligte Vetospieler beläuft. Zudem waren die Sitzverteilungen innerhalb der Legislativkammern zu beiden Zeiten vergleichbar. Die interne Kohäsion und die Kongruenz der Vetospieler zeigte Vorteile zu Gunsten Obamas Reformversuch auf, die im Wesentlichen auf die Zerstrittenheit der Demokraten unter Clinton und die Übereinstimmung der beiden Legislativkammern des 103ten Kongresses zum Verbleib beim Status Quo zurückzuführen sind. Die Kongruenz wurde unter Clinton über die Anzahl der Miteinreicher gemessen und unter Obama über das Abstimmungsergebnis in den Kammern. Es wurde sehr gut deutlich, dass die Vetospieler-Theorie sowohl das Scheitern Clintons als auch den Erfolg Obamas erklären kann.

Dennoch wurden weitere Einflussfaktoren wie die Anzahl der Interessengruppen und die öffentliche Meinung analysiert, die die Akteure beeinflussen. Danach wurden die Grenzen der Vetospieler-Theorie aufgezeigt. Diese betreffen alle Detailfragen, die bei der Analyse der Akteurskonstellation nicht beachtet werden. Diese Details zeigen andere Gesichtspunkte auf, die die Gesetzgebungsprozesse stark beeinflussen können. Dennoch gelingt es mit Hilfe der Vetospieler-Theorie eine treffende Aussage zu formulieren, die die Gründe des Scheiterns Clintons und den Erfolg Obamas bei der Durchsetzung der Gesundheitsreform erklärt. Daher bietet sich die

Vetospiele-Theorie für dieses Fallbeispiel als Analyseinstrumentarium sehr gut an. Auf Grundlage von nur drei Faktoren und - daraus folgend - einem einfachen Forschungsdesign kann eine zutreffende Analyse stattfinden.

Daraus schlussfolgernd hat mich die Vetospiele-Theorie dahingehend überzeugt, dass ich bei künftigen Fallanalysen auf den Gebrauch dieser zurückgreifen würde. Tagespolitische Geschehnisse eröffnen weitere Einsatzmöglichkeiten der Vetospiele-Theorie, woraus eine Vielzahl an Fragestellungen und Fallbeispielen abgeleitet werden kann.

Weiterhin wäre es interessant einen Vergleich zwischen Vetospiele-Theorie und Vetopunkten nach Immergut in Hinblick auf das vorliegende Fallbeispiel zu unternehmen und dabei zu untersuchen, ob beide Theorien die gleichen Faktoren als ausschlaggebend für Scheitern und Erfolg identifizieren. Des Weiteren eröffnen sich durch die kommenden Präsidentschafts- und Kongresswahlen bei einer möglichen Übernahme des Kongresses durch die Republikaner weitere Fragestellungen, die den Fortbestand der Gesundheitsreform betreffen.

## Literaturverzeichnis

- Abromeit, Heidrun/ Stoiber, Michael (2006): *Demokratien im Vergleich: Einführung in die vergleichende Analyse politischer Systeme*, 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Anderson, Donald K. (1995): *Official List of Members of the House of Representatives of the United States and their places of residence: final edition*, <http://history.house.gov/Congressional-Overview/Profiles/103rd/> (15.06.2015).
- Beaussier, Anne-Laure (2012): *The Patient Protection and Affordable Care Act: The Victory of Unorthodox Lawmaking*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (5), S. 741-778.
- Becker, Markus (2008): *Umfrage: Republikaner halten US-Gesundheitssystem für Weltspitze*, in: *Spiegel Online*, <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/umfrage-republikaner-halten-us-gesundheitssystem-fuer-weltspitze-a-542741.html> (29.06.2015).
- Blendon, Robert J./ Benson, John M. (2012): *Public Opinion at the Time of the Vote on Health Care Reform*, in: *The New England Journal of Medicine*, 362 (e55), S. 1-6.
- Blendon, Robert J./ Bordie, Mollyann/ Benson, John M. (1995): *What happened to America's support for the Clinton health plan?*, in: *Health Affairs*, 14 (2), S. 7-23.
- Blendon, Robert J./ Marttila, John/ Benson, John M./ Shelter, Matthew C./ Connolly, Francis J./ Kiley, Tom (1994): *The Beliefs And Values Shaping Today's Health Reform Debate*, in: *Health Affairs*, 13 (1), S. 274-284.
- Brownstein, Ronald (1993): *The Times Poll: By 2-1 Margin, Public Backs Health Care Plan*, in: *Los Angeles Times*, [http://articles.latimes.com/1993-09-30/news/mn-40650\\_1\\_health-care-reform](http://articles.latimes.com/1993-09-30/news/mn-40650_1_health-care-reform) (03.08.2015).

- Bowman, Karlyn H. (1994): *The 1993-1994 Debate on Health Care Reform: Did the Polls Mislead the Policy Makers?*, Washington D.C.: The AEI Press.
- Cacace, Mirella (2010): *Small scale-Reform oder Erdbeben? : eine Stellungnahme zu der Gesundheitsreform in den USA*, in: *ZeS Report*, 15 (1), S. 9-12.
- Carpenter, Ursula (2008): *Clinton, Obama, McCain: Wer hat die beste Gesundheitsreform?*, Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Castro, Janice (1994): *The American Way of Health: How Medicine Is Changing and What It Means to You*, Boston [u.a.]: Little, Brown and Company.
- Davidson, Stephen M. (2010): *Still Broken: Understanding the U.S. Health Care System*, Stanford: Stanford Business Books.
- Gallup, George (1994): *The Gallup Poll: Public Opinion 1993*, Wilmington: Scholarly Resources Inc.
- Gellner, Winand/ Kleiber, Martin (2012): *Das Regierungssystem der USA: Eine Einführung*, 2. Aufl., Baden-Baden: Nomos UTB Verlag.
- Gray, Virginia/ Lowery, David/ Benz, Jennifer K. (2013): *Interest Groups and Health Care Reform across the United States*, Georgetown: Georgetown University Press.
- Grell, Britta/ Lammert Christian (2013): *Sozialpolitik in den USA: Eine Einführung*, Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Grumer, Lennart (2011): *Die Vetospielertheorie nach George Tsebelis am Beispiel der deutschen Parteiendemokratie*, in: *Journal für Generationengerechtigkeit*, 11 (2), S. 49-53.
- Hacker, Jacob S. (1997): *The Road to Nowhere: The genesis of president Clinton's plan for health security*, Princeton: Princeton University Press.
- Hacker, Jacob S. (2010): *The Road to Somewhere: Why Health Reform Happened, Or Why Political Scientists Who Write about Public Policy Shouldn't Assume They Know How to Shape It*, in: *Perspectives on Politics*, 8 (3), S. 861-876.

- Harrington, Scott E. (2010): The Health Insurance Reform Debate, in: The Journal of Risk and Insurance, 77 (1), S. 5-38.
- Hartmann, Jürgen (2011): Westliche Regierungssysteme: Parlamentarismus, präsidentielles und semi-präsidentielles Regierungssystem, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Hübner, Emil/ Münch, Ursula (2013): Das politische System der USA: Eine Einführung, 7. Aufl., München: C.H. Beck Verlag.
- Immergut, Ellen (1992): Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jacobs, Lawrence R./ Shapiro, Robert Y. (1995): Don't Blame the Public for Failed Health Care Reform, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 20 (2), S. 411-423.
- Jacobs, Lawrence R./ Skocpol, Theda (2010): Health Care Reform And American Politics: What everybody needs to know. Oxford: Oxford University Press.
- Johnson, Ken (2009): PhRMA Statement on House Tri-Committee Health Reform Bill, <http://www.phrma.org/media/releases/phrma-statement-house-tri-committee-health-reform-bill> (21.08.2015).
- Kaiser Family Foundation (2009): Kaiser Health Tracking Poll: November 2009, <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8018.pdf> (04.08.2015).
- Kaiser Family Foundation/ Harvard School of Public Health (2009): The Public's Health Care Agenda for the New President and Congress, <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7853.pdf> (17.08.2015).
- Kriner, Douglas L./ Reeves, Andrew (2014): Responsive Partisanship: Public Support for the Clinton and Obama Health Care Plans, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 39 (4), S. 717-749.
- Laham, Nicholas (1996): A lost Cause: Bill Clinton's Campaign for National Health Insurance, Westport [u.a.]: Praeger.

- Lammert, Christian (2010): Obamas (versuchte) Gesundheitsreform, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 4, S. 33-38.
- Laugesen, Miriam J. (2011): *Civilized Medicine: Physicians and Health Care Reform*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36 (3), S. 507-512.
- Lemke, Christiane (2011): *Richtungswechsel: Reformpolitik der Obama-Administration*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Library of Congress (o.J.) a: *Senate 1757 – Health Security Act: 103<sup>rd</sup> Congress (1993-1994)*: <https://www.congress.gov/bill/103rd-congress/senate-bill/1757?q=%7B%22search%22%3A%5B%22health+america+act+mitchell%22%5D%7D&resultIndex=3> (18.08.2015).
- Library of Congress (o.J.) b: *House Resolution 3600 – Health Security Act: 103<sup>rd</sup> Congress (1993-1994)*: <https://www.congress.gov/bill/103rd-congress/house-bill/3600> (18.08.2015).
- Library of Congress (o.J.) c: *House Resolution 3200 – America’s Affordable Health Choices Act: 111<sup>th</sup> Congress (2009-2010)*: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3200?q=%7B%22search%22%3A%5B%22%5C%22hr3200%5C%22%22%5D%7D&resultIndex=2> (19.08.2015).
- Library of Congress (o.J.) d: *House Resolution 3590 – Patient Protection and Affordable Care Act: 111<sup>th</sup> Congress (2009-2010)*: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3590?q=%7B%22search%22%3A%5B%22%5C%22hr3590%5C%22%22%5D%7D&resultIndex=3> (18.08.2015).
- Lijphart, Arend (2012): *Patterns of Democracy: Government Forms and Performance in Thirty-Six Countries*, 2. Aufl., New Haven/London: Yale University Press.
- McKay, Amy Melissa/ Clark, Jennifer Hayes (2009): *The Politics of Health Reform: How Political Interests and Preferences Shape Political Strategy*, in: *Political Science and Politics*, 42, S. 808-811.

- Merkel, Wolfgang (2003): Institutionen und Reformpolitik: Drei Fallstudien zur Vetospieler-Theorie, in: Berliner Journal für Soziologie, 13 (2), S. 255-274.
- 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.
- o.V. (1994): The Public Decides on Health Care Reform: A Polling Review of a Great Debate, in: The Public Perspectives, 5 (6), S. 23-28.
- Obama, Barack (2008): The Blueprint for Change: Barack Obamas Plan for America, [http://www.ontheissues.org/Blueprint\\_Obama.htm](http://www.ontheissues.org/Blueprint_Obama.htm) (25.06.2015).
- Obama, Barack (2010): Remarks by the President and Vice President on Health Insurance Reform at the Department of the Interior, Rede zur Verabschiedung der Gesundheitsreform in Washington am 23. März 2010, <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/remarks-president-and-vice-president-health-insurance-reform-bill-department-interi> (27.06.2015).
- Oldopp, Birgit (2013): Das politische System der USA: Eine Einführung, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Potetz, Lisa/ Cubanski, Juliette/ Neumann, Tricia (2011): Medicare Spending and Financing: A Primer, <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7731-03.pdf> (18.08.2015).
- Quadagno, Jill (2011): Interest-Group Influence on the Patient Protection and Affordability Act of 2010: Winners and Losers in the Health Care Reform Debate, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 36 (3), S. 450-453.
- Rosenbaum, David E. (2005): Report Says Medicare Is In Poor Fiscal Shape, in: The New York Times, <http://www.nytimes.com/2005/03/24/politics/24social.html> (25.06.2015).
- Rushefsky, Mark E./ Patel, Kant (1998): Politics, Power & Policy Making: The Case of Health Care Reform in the 1990s., Armonk [u.a.]: Sharpe.



- Skocpol, Theda (1996): *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics*, New York [u.a.] : W.W. Norton & Company.
- Steinmo, Sven/ Watts, Jon (1995): *It's the Institutions, Stupid!: Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), S. 329-372.
- Tauzin, Billy (2009): *PhRMA Statement on Senate Finance Committee Vote*, <http://www.phrma.org/media/releases/phrma-statement-senate-finance-committee-vote> (21.08.2015).
- Tesler, Michael (2012): *The Spillover of Racialization into Health Care: How President Obama Polarized Public Opinion by Racial Attitudes and Race*, in: *American Journal of Political Science*, 56 (3), S. 690-704.
- Time Magazine/ABT SRBI Poll (2009): *Most Americans Eager for Healthcare Reform*, <http://srbi.com/CorporateSite/files/2b/2be5f012-b9ee-4c20-abfd-495413f578bf.pdf> (17.08.2015).
- Toner, Robin (1993): *Washington Memo; Still Waiting for the Real Health Care Shoe to Drop*, in: *The New York Times*, <http://www.nytimes.com/1993/11/11/us/washington-memo-still-waiting-for-the-real-health-care-shoe-to-drop.html> (25.07.2015).
- Tsebelis, George (1995): *Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism*, in: *British Journal of Political Science*, 25 (3), S. 289-325.
- Tsebelis, George (2002): *Veto Players: How Political Institutions Work*. Princeton: Princeton University Press.
- U.S. Census Bureau (2011): *The White Population: 2010: 2010 Census Briefs*, <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-05.pdf> (13.09.2015).
- Ward, Frances (2009): *On Duty: Power, Politics, and the History of Nursing in New Jersey*, New Brunswick: Rutgers University Press.

## Anhang

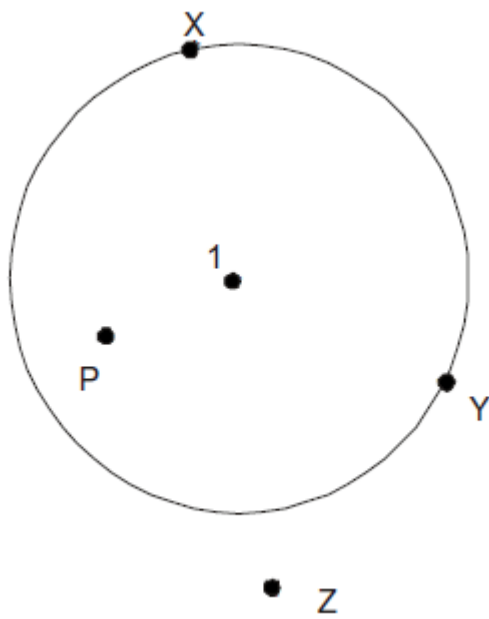


Abbildung 1: Indifferenzkurve individueller Vetospieler, Quelle: Tsebelis 2002: 20

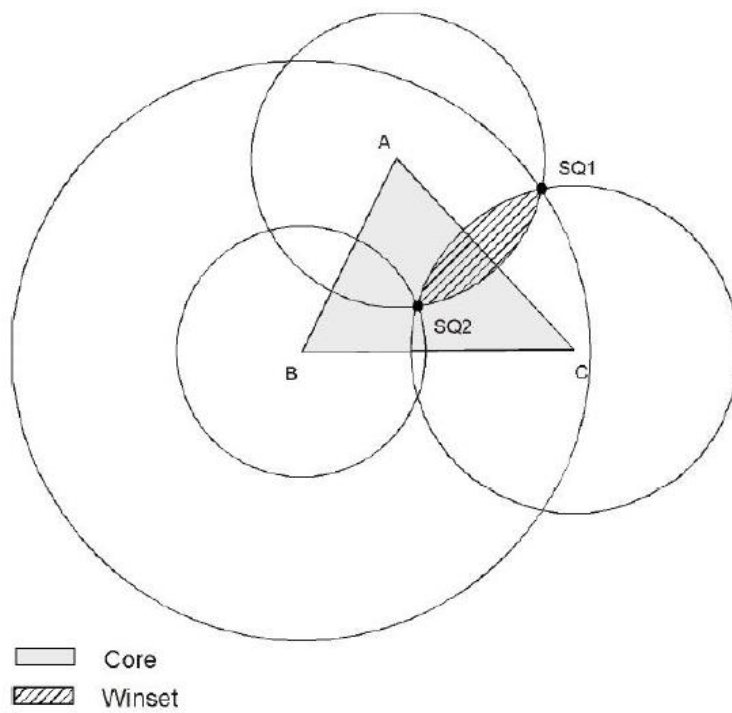
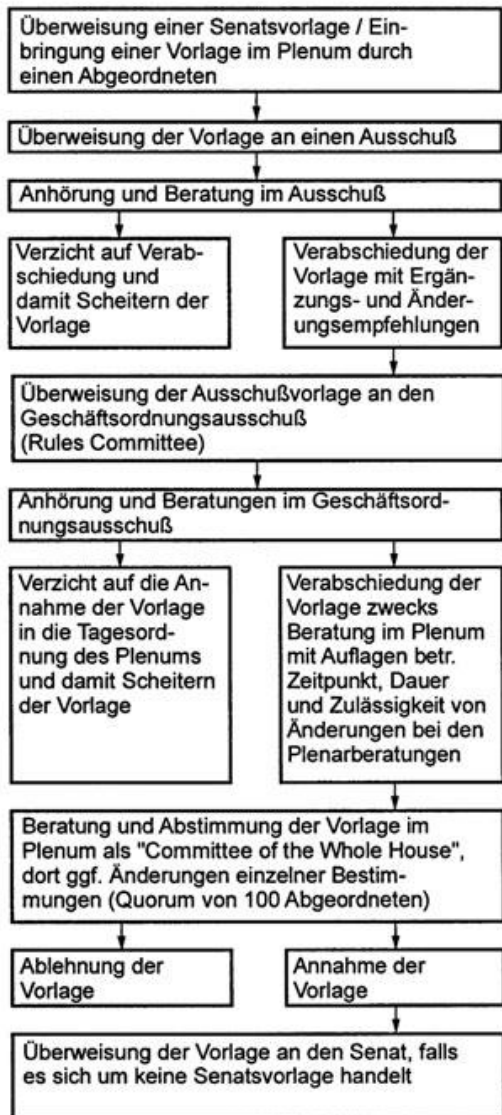


Abbildung 2: Winset und Core eines Systems mit drei Vetospielern, Quelle: Tsebelis 2002: 22

REPRÄSENTANTENHAUS:



SENAT:

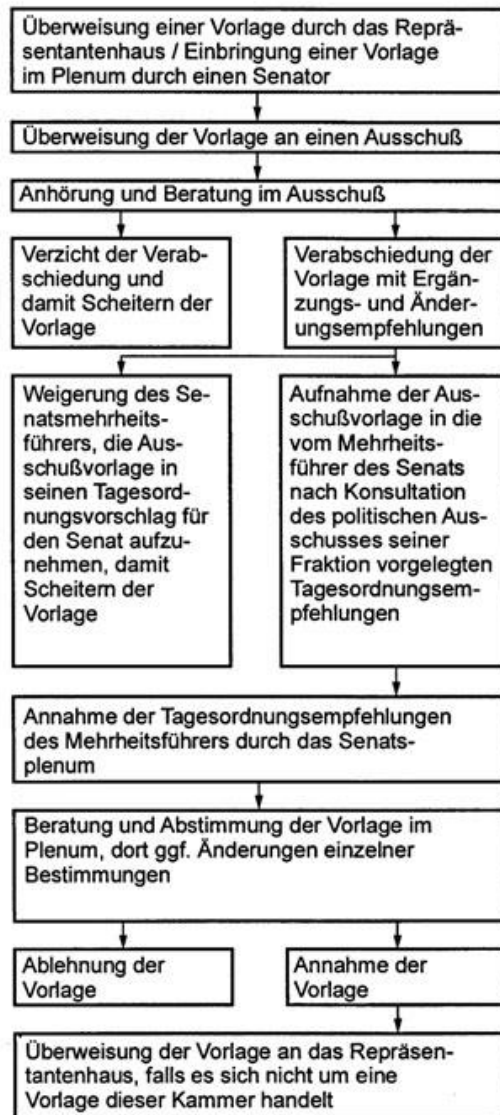


Abbildung 3: Gang der amerikanischen Gesetzgebung im Kongress, Quelle: Hartmann 2011: 107

**Tabelle 2: Evaluation of President Clinton's Plan, Quelle: Jacobs/Shapiro 1995: 418**

<b>Response</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>	<b>Date</b>
	9/24/93	10/28/93	11/15/93	11/19/93
Favor (%)	59	45	52	52
Oppose (%)	33	45	40	41
Don't know/ refused (%)	8	10	8	7
Number	1003	1017	1003	1003
	1/17/94	1/28/94	2/26/94	3/28/94
Favor(%)	56	57	56	44
Oppose (%)	39	38	48	47
Don't know/ refused (%)	6	5	5	9
Have not heard about the plan (%)			1	
Number	1010	1013	1015	1014
	4/20/94	5/20/94	6/11/94	6/25/94
Favor (%)	43	46	42	44
Oppose (%)	47	49	50	49
Don't know/ refused (%)	10	5	8	8
Number	1002	1005	756	1019