



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Public Health Care in den USA: Reformen
vom *New Deal* bis zum *Affordable Care Act*.
Ein politikgeschichtlicher Vergleich.

Verfasser

Mag. Roman Schmideder

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 190 313 333

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Lehramtsstudium / UF Geschichte, Sozialkunde,
Politische Bildung / UF Deutsch

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Hans Safrian

Inhalt

1. Einführung	5
1.1 Methoden und Fragestellungen	9
2. Die Verfassungsbestimmungen des politischen Systems mit einem Fokus auf die föderale Struktur	14
2.1 Die Entstehung der Verfassung und der Bill of Rights	15
2.2. Die Verfassung im Kontext der vertikalen und horizontalen Gewaltentrennung	20
2.3 Das Verhältnis zwischen Einzelstaaten und Bund bis zum Bürgerkrieg	21
2.4 Nachkriegsföderalismus	24
2.5 Cooperative Federalism seit der „Roosevelt-Revolution“	27
3. Gesetzgebung in der Sozialpolitik: Akteure und Institutionen	32
3.1 Legislative	32
3.2 Exekutive	38
3.3 Judikative	42
3.4 Interest Groups	46
3.5 Gesetzgebungsprozess	53
4. Historische Entwicklung der Sozialgesetzgebung in den USA	58
4.1 Die Entwicklung des Gesundheitssystems	62
5. Roosevelts New Deal und das Scheitern einer staatlichen Krankenversicherung	67
5.1 Der Social Security Act von 1935 im Rahmen des Second New Deal	70
5.2 Der Gesetzgebungsprozess – das Scheitern der staatlichen Krankenversicherung	72
5.3 Judicial Review des Obersten Gerichtshofes	80
5.4 Das Ende des New Deal	84
5.5 Zusammenfassung	86
6. Lyndon B. Johnson und das Projekt der Great Society – Auswirkungen auf Public Health Care	89
6.1 Das Projekt der Great Society	91
6.2. Einführung von Medicare und Medicaid – der Gesetzgebungsprozess	93
6.3 Zusammenfassung	106

7. Der <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> als zentrale gesundheitspolitische Reform der Obama-Administration	109
7.1 <i>Der Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) - Akteure</i>	114
7.2 <i>PPACA – Legislative History</i>	117
7.3 <i>Grundpfeiler der Reform</i>	124
7.4 <i>Judicial Review des Obersten Gerichtshofes</i>	126
7.5 <i>Zusammenfassung</i>	132
8. Ergebnisse	136
8.1 <i>Gesetzgebungsprozess – Akteure in Legislative und Exekutive</i>	137
8.2 <i>Die Rolle der Judikative</i>	141
8.3 <i>Scheitern und Erfolg von Krankenversicherungsprogrammen</i>	142
9. Literatur	146
9.1 <i>Primärquellen</i>	146
9.1.1 <i>Allgemeine Gesetzestexte</i>	146
9.1.2 <i>New Deal</i>	146
9.1.3 <i>Great Society</i>	148
9.1.4 <i>PPACA</i>	149
9.2 <i>Sekundärliteratur</i>	152
9.3 <i>Internet-Quellen</i>	160
10. Anhänge	165
<i>Anhang 1</i>	165
<i>Anhang 2</i>	169
<i>Anhang 3</i>	171
<i>Anhang 4</i>	173
<i>Anhang 5</i>	178
<i>Anhang 6</i>	180
Lebenslauf	182
Abstract	183

1. Einführung

„If we're able to stop Obama on this it will be his Waterloo. It will break him,“

Jim DeMint, R-Sen (South Carolina), 17. Juli 2009 ¹

„It was the best bill you could have passed in the Congress.“ ²

Bill Clinton, 2. August 2013

Der 1. Jänner 2014 markierte ein historisches Datum in der Geschichte des US-amerikanischen Sozialsystems. Nach etlichen vergeblichen Bemühungen in den vergangenen Jahrzehnten, ein allumfassendes Krankenversicherungssystem für alle Bürger einzuführen, ist dies mit dem Stichtag weitgehend gelungen. Im Mittelpunkt des *Patient Protection and Affordable Care Act* – in der Öffentlichkeit abgekürzt *Affordable Care Act* oder vereinfacht *Obamacare* genannt – steht der gleiche Zugang zum weiterhin großteils privaten Versicherungssystem für alle US-Amerikaner. Zudem schützt das integrierte Diskriminierungsverbot die Leidtragenden des etablierten Systems, etwa chronisch Kranke, die bisher keine oder lediglich unbezahlbare Versicherungspolice erhielten. Die Gesundheitsadministration stellt sicher, dass es transparente Vergleichsmöglichkeiten von Versicherungspolice gibt. Eine Versicherungspflicht zwar weiterhin nicht, allerdings darf die Bundesregierung Strafen einführen, wenn Personen keine Versicherung abschließen – eine stark umstrittene Regelung, die vom Obersten Gerichtshof als verfassungsmäßig beurteilt wurde.

Das Gesetzeswerk ist die größte Reform des Gesundheitssystems seit der Einführung von *Medicare* und *Medicaid* in den 1960er-Jahren. Die Wirtschaftswissenschaftler Rosemary Gibson und Janardan Prasad Singh beschreiben sie als „the most sweeping overhaul of the US health care system“ und als „[...] profound shift in how Americans will receive and pay for health care.“³ Die Kritik, dass sich wesentliche Forderungen Obamas gerade nicht im Gesetz wiederfinden (so etwa die Möglichkeit für alle Bürger, eine staatliche Krankenversicherung zu wählen), ist berechtigt. Konsens fand nur eine in zentralen Punkten entschärfte Reform, die Rücksicht auf Versicherungen, Ärzte und andere Akteure in der

¹ Zit. nach Smith 2009 auf der Seite von Politico

² zit. nach Nocera 2013 auf der Seite von Politico

³ Gibson/Singh 2012, S. 2

Gesundheitsindustrie nimmt. Dennoch sollten die Auswirkungen der aktuellen Reform mit der Situation in den Jahrzehnten vor dem richtungsweisenden Gesetz, das am 23. März 2010 nach einem äußerst heftigen Ringen verabschiedet wurde, verglichen werden.

Das Gesetz markiert einen Höhepunkt im Streit der politischen Ideen. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Auseinandersetzung zwischen Republikanern und Demokraten im Kongress, die einen vorläufigen Höhepunkt im Streit um das Bundesbudget erreichte. Die republikanische Fraktion im Repräsentantenhaus verweigerte der von Präsident Obama geführten Bundesregierung konsequent eine Erhöhung der Schuldenobergrenze, sollte „Obamacare“ wenn schon nicht abgeschafft, dann zumindest verschoben werden. Der Streit legte als Kollateralschaden die Bundesexekutive im Oktober 2013 knapp drei Wochen lang lahm. Der Konflikt wird aber nicht nur auf Bundesebene zwischen den beiden politischen Parteien ausgetragen, sondern rührt auch an den Grundpfeilern der föderalen Verfassung der Vereinigten Staaten. Seit den ersten Versuchen, das Sozialsystem zu zentralisieren, ist die Debatte auch von einem Konflikt zwischen Bund und Einzelstaaten geprägt. Sozialreformer sahen die Ausweitung der Bundeskompetenzen stets als Mittel zur Durchsetzung ihrer Politik — nur auf Bundesebene ließ sich koordiniert die Situation von Millionen von Bürgern verbessern. Den Einzelstaaten und Kommunen fehlten die Mittel und oft auch der politische Wille, effiziente Maßnahmen gegen soziale Probleme zu setzen. Im Streit geht es um Kompetenz- und Machtverteilungen, die immer wieder Grund für Anrufungen des Obersten Gerichtshof waren und sehr unterschiedliche Ausgänge nahmen. Im Zentrum stand meist die Frage, wie viel an Kompetenzen die Bundesregierung und die ihr untergeordneten Bundesbehörden übernehmen dürfen. Eine starke Zentralisierungstendenz war in den 1930er-Jahren im Zuge der *New Deal*-Gesetzgebung zu beobachten. Aber auch bei der Einführung von *Medicaid* und *Medicare* sowie in der aktuellen Debatte um die Gesundheitsreform ist das Thema gegenwärtig.

Diese politikgeschichtliche Arbeit soll der Frage nachgehen, wie der Gesetzgebungsprozess im Politikfeld *public health care* funktioniert, welche Akteure daran beteiligt sind, und wie der Interessenausgleich zwischen zentralen und einzelstaatlichen Institutionen aussieht. In einem historischen Längsschnitt soll anhand dreier Reformen veranschaulicht werden, welche Grundannahmen von bundesstaatlichen Kompetenzen Republikaner und Demokraten im Bereich des Sozialsystems vertreten. Außerdem soll geklärt werden, welche Rolle das *judicial review*, die Behandlung der Gesetze durch Höchstgerichte, spielt.

Im Zentrum der Untersuchung sollen Reformversuche von Präsident Franklin D. Roosevelt in der *New Deal*-Ära stehen, außerdem die erste große Gesundheitsreform in den 1960er-Jahren (im Zuge Johnsons Projekt der *Great Society*) und die aktuelle Gesundheitsreform, die von Barack Obama initiiert wurde. Ein politikgeschichtlicher Vergleich soll Kontinuitäten und Zäsuren im Gesetzgebungsprozess beleuchten.

Hypothesen:

1. Der Sozialstaat in den USA entwickelte sich vergleichsweise spät und hat bis heute nicht die Ausmaße europäischer Wohlfahrtsstaaten erreicht. Der staatliche Einfluss ist im Gesundheitsbereich noch rudimentärer ausgeprägt als in anderen Politikfeldern.
2. Der Ausbau des bundesstaatlichen Elements im Gesundheitsbereich ist von starken politischen und ideologischen Differenzen begleitet.
3. Dieser Konflikt manifestiert sich auch in einem Ringen um Kompetenzen zwischen Institutionen des Bundesstaates und jenen der Einzelstaaten.
4. Im Bereich Sozialpolitik besteht dieser Konflikt verstärkt seit den Sozialreformen der 1930er-Jahre (*New Deal*). Urteile des Supreme Court wiesen hier eine nicht stringente, aber dennoch entscheidende Richtung.
5. Die Akteure im institutionellen Ringen um Einfluss sind die Exekutive (Präsident und Administration), die bundesstaatliche Legislative (Kongress) und der Oberste Gerichtshof der USA, aus dem Privatbereich Interessensverbände der Gesundheitsindustrie und der medizinischen Berufsgruppen.
6. Der Streit um einen Ausbau der staatlichen Kompetenzen besteht auch in der aktuellen Debatte um den *Patient Protection and Affordable Care Act*, der seit 2010 geltendes Gesetz ist und der seither von unterschiedlichen Akteuren bekämpft wird. Auch dazu gibt es ein richtungsweisendes Supreme-Court-Urteil.

Die Arbeit soll das komplexe Verhältnis zwischen Legislative, Exekutive und Judikative beleuchten. Im Zentrum stehen der Gesetzgebungsprozess und die juristische Auslegung des Supreme Court anhand folgender Beispiele der *public health care*:

- Der *Social Security Act* von 1935: Das Gesetzesvorhaben stellt ein Beispiel für die Macht und das Scheitern nationaler Politik dar: Obwohl Franklin D. Roosevelt selbst einen von oben gelenkten Ausbau des Sozialstaates propagierte, fand eine allgemeine

Krankenversicherung keine Entsprechung im *Social Security Act*, der auf anderen Gebieten der Sozialpolitik richtungsweisend war. Das Reformwerk ist insofern interessant, als es zusammen mit anderen Reformen des *New Deal* den Beginn des US-amerikanischen Sozialsystems einläutete und erstmals eine bundesstaatliche Komponente einführte. Hier gibt es richtungsentscheidende Urteile des Supreme Court zur Kompetenzverteilung zwischen Bund und Staaten. Diese fielen sehr unterschiedlich aus (vgl. etwa das Recht des Bundes, Steuern für Sozialprojekte einheben zu dürfen in den Fällen *United States v. Butler* von 1936 und *Stewart Machine Co. v. Davis* von 1937). Anhand des Beispiels des *Social Security Act* möchte ich zeigen, warum ein staatliches Krankenversicherungssystem trotz der staatsdirigistischen Grundhaltung Roosevelts und trotz der Erfolge in anderen sozialpolitischen Bereichen gescheitert ist. Am Rande werde ich auch auf den *Wagner-Murray-Dingell-Bill* von 1943 eingehen: Mit diesem Entwurf scheiterte ein erneuter Versuch einzelner Akteure im Kongress, eine universale Krankenversicherung einzuführen.

- Die *Social Security Amendments* von 1965, initiiert von Präsident Johnson, welche die gesetzlichen Grundlagen für *Medicare* (Versicherungsgesetz für Über-65-Jährige) und *Medicaid* (Fürsorgeprojekt für Bedürftige) bildeten. Die beiden Programme stellen wichtige zentralstaatliche Kompetenzbereiche dar, wobei sich Bund und Einzelstaaten die Finanzierung von *Medicaid* teilen. Im Zentrum des Interesses steht hier, welche politischen Rahmenbedingungen erforderlich waren, um diese (Jahrhundert-)Reform durchzuführen. Inwieweit es hier zu Kompetenzstreitigkeiten kam, die einer höchstrichterlichen Entscheidung bedurften, ist im Rahmen dieser Arbeit herauszufinden.
- Der *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, die zentrale gesundheitspolitische Maßnahme der Obama-Administration. Das Gesetz wurde 2010 verabschiedet und 2012 im Fall *National Federation of Independent Business v. Sebelius* vom Obersten Gerichtshof verhandelt. Hier ist vor allem das sogenannte *individual mandate* von Interesse, d.h. die Frage, ob eine Bundesbehörde die Bürger dazu zwingen darf, eine Versicherung abzuschließen. Die versicherungstechnischen Neuerungen traten ab 1. Jänner 2014 in Kraft. Das Gesetz bildet die Grundlage für ein umfassendes Gesundheitssystem, in dem möglichst alle Amerikaner integriert werden sollen. Die extreme Auseinandersetzung um das Gesetz zeigt anschaulich, welche

Bruchlinien im politischen System der USA vorherrschen. Ich stelle die Frage, wie das Gesetz trotz massiven Widerstandes zustande gekommen ist, warum einige wesentliche Teile geopfert wurden und wie der *Supreme Court* in der Frage der Versicherungspflicht geurteilt hat.

1.1 Methoden und Fragestellungen

Die Arbeit soll einem politikgeschichtlichen, komparativen Zugang zur Zeitgeschichte folgen. Für den historischen Vergleich von Gesetzgebungsprozessen werden dabei politikwissenschaftliche Parameter zu Hilfe genommen. Es sollen Prozesse des Interessenausgleichs beschrieben und in intertemporale Relation zueinander gesetzt werden. Die Methode ist also eine diachrone Analyse von Objekten zu verschiedenen Zeitpunkten. Die zu analysierenden Zeiträume sind durch ihre thematische Relevanz vordefiniert: Es sind Zeiträume, in denen sozialpolitisch wichtige Entscheidungen getroffen wurden und das Gesundheitssystem nachhaltig geprägt wurden. Der Vergleich beinhaltet die Beschreibung von Kontinuitäten und Zäsuren. Der komparative Zugang weist sowohl Züge der *method of agreement* als auch der *method of difference* auf, wie Mill definiert.⁴ Bei diesem Ansatz sollen nicht nur Gemeinsamkeiten aufgezeigt, sondern auch Widersprüche und Konflikte (*cleavages*) offengelegt werden.

Die Kritik an diachronen Analysen, wonach oft „implizite Entwicklungsmodelle – Fortschritts- oder Dekadenzmodelle“⁵ die Grundlage der Forschung darstellen, wie Lengwiler anführt, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Die Entwicklung des Sozialstaates zu beschreiben ohne einen gewissen Fortschritt darin zu sehen, ist schwierig – vor allem aus einer europäischen, der sozialen Marktwirtschaft nicht abgeneigten Warte. Der Prozess der Etablierung eines Sozialstaates in den USA weist jedoch keinen linearen „Aufstieg“ in Richtung eines wie auch immer gearteten idealen Systems auf. Vielmehr sind Bewegungen im Spiel, die in unterschiedliche Richtungen führen, die sich gegenseitig auch aufheben.

⁴ John Stuart Mill beschreibt die beiden Zugängen zu einer komparativen Methode: Zum einen sollen Vergleiche Übereinstimmungen zeigen und damit zu Verallgemeinerungen führen (*method of agreement*); zum anderen sollen sie Unterschiede aufzeigen (*method of difference*). Siehe Mill, John Stuart: *Philosophy of Science Method*, New York 1881, S. 211ff., zit. nach , Budde 2008, S. 172

⁵ Lengwiler 2011, S. 193

Behält man allerdings *the big picture* im Auge, ist eine tendenzielle Entwicklung in Richtung Wohlfahrtsstaat zu beobachten – was bei aller Diskussion um die bessere Methode den richtigen Weg in eine sicherere, sozialere Zukunft darstellt.

Politikgeschichte soll in dieser Arbeit nicht als bloße Reduzierung auf eine Geschichte „großer Männer“ bzw. einzelner Akteure verstanden, sondern als Prozess gesehen werden: Politik dient dabei als Interessensausgleich zwischen unterschiedlichen Positionen in einem von staatlichen Institutionen umrahmten Feld. Den theoretischen Hintergrund liefert die Schule der *Progressive Historians*, die vor allem seit den 1920er-Jahren in den USA eine führende Rolle einnahmen: „Statt der Geschichte der großen Persönlichkeiten sollten Strukturveränderungen analysiert werden. Dazu bot sich die Analyse der Ursachen von Verfassungskonflikten des 18.-20. Jahrhunderts an, die nicht in einer einzigen Begründung gesucht wurden, sondern im Zusammenspiel von politischen, rechtlichen, wirtschaftlich-sozialen und Aspekten der Intellectual History.“⁶

Seit den 1980er-Jahren breitete sich in der US-amerikanischen Geschichtswissenschaft eine vom Progressivismus angeleitete neue Bewegung aus: Der *New Institutionalism* stellte Ursprünge und Legitimation öffentlicher Politik in den Vordergrund. In diesem theoretischen Umfeld wurde die Analyse des Sozialsystems zu einem wichtigen Thema: „Eine der zentralen Fragen, die sich der politischen Geschichte in der Schnittmenge mit der politischen Theorie in diesem Bereich stellte, ist diejenige nach Ursprung, Begründung und Weiterentwicklung des amerikanischen Wohlfahrtsstaates einerseits, der amerikanischen Regierungsinstitutionen andererseits.“⁷

Diese Arbeit steht auch in der Tradition der politikwissenschaftlichen *Policy*-Analyse. Diese Methode stützt sich vor allem auf die Analyse einzelne Politikfelder auf inhaltlicher Ebene (*policy*). Das politische System, das etwa von Verfassungen umgrenzt ist (*polity*), bildet den Rahmen, in dem diese Analyse eingebettet ist. Die politische Praxis (*politics*) ist ein weiteres Analyse-Objekt. Darunter fallen etwa die Faktoren Abstimmungsverhalten, politische Einflussnahme oder die Macht, Themen zu setzen (*agenda setting*). Der Faktor *policy* wird bei der Politikfeldanalyse durch die Ebenen *polity* und *politics* erklärt und steht damit in einer gewissen Konkurrenz zur traditionellen Politikwissenschaft, die den institutionellen Rahmen und die politische Praxis als die zu erklärende Faktoren bestimmt.

⁶ Schorn-Schütte 2006, S. 48

⁷ ebd., S. 51

Folgende Fragen ergeben sich laut Blum und Schubert im Zuge einer *Policy*-Analyse: „(1) Was politische Akteure tun, (2) warum sie es tun und (3) was sie letztlich damit bewirken.“⁸

Ich beschäftige mich mit dem umgrenzten Politikfeld der Sozialpolitik und stelle Ursachen, Prozesse und Auswirkungen dieser *public policy* ins Zentrum meines Erkenntnisinteresses. Die *Policy*-Analyse ist wissenschaftsgeschichtlich eng mit Harold D. Laswell verbunden, der in den 1930er- und 1940er-Jahren in den USA den Aufstieg der staatlich gelenkten Sozialpolitik erlebte und analysierte.⁹ Auch bei den in den 1960er-Jahren durchgeführten Sozialreformen erwies sich die *Policy*-Analyse als aktive Methode, nicht nur die Politik der Johnson-Administration zu analysieren, sondern ebenso beratend und normativ zu beeinflussen.¹⁰ Dem von etlichen Vertretern geäußerten Einwurf, die *Policy*-Analyse müsse vermehrt den außerstaatlichen Bereich berücksichtigen, um dem *Bottom-Up*-Prinzip von politischem Aktivismus Rechnung zu tragen, soll in dieser Arbeit mit der Analyse von Interessensverbänden entgegengetreten werden. Dabei ist interessant zu analysieren, wie Unternehmen (z.B. private Versicherungen) und Berufsvertreter (z.B. Ärztevereinigungen) mithilfe von Interessensverbänden und Lobbyisten versuchen, den Gesetzgebungsprozess zu beeinflussen.

Sozialpolitik als heiß umfahrende und wirkmächtige *public policy* eignet sich besonders gut als Analyseobjekt: Hier geht es um die Umverteilung von Geld unter gewissen politischen Zielsetzungen – etwa die Armut zu lindern, Kindern eine uneingeschränkte medizinische Versorgung zukommen zu lassen oder gesamtgesellschaftliche Gesundheitskosten zu senken. Sozialpolitik steht nicht im luftleeren Raum, sie ist auch nicht alternativlos oder ein unbedingter Teil des modernen Staates, wie oft in europäischen Ländern angenommen wird. Das Beispiel USA zeigt anschaulich, dass sich ein Sozialstaat sehr viel später und in weitaus geringerem Maße entwickelt, wenn politische Interessen in eine konträre Richtung tendieren. Das Beispiel der US-amerikanischen Sozialgesetzgebung zeigt auch, dass ein großes Maß an politische Überzeugung und viele Versuche nötig sind, um – für (west)europäische Verhältnisse – kleine Schritte in Richtung einer bundesstaatlichen Sozialpolitik zu gehen. Thomas E. Patterson, Politikwissenschaftler an der *John F. Kennedy*

⁸ Blum/Schubert 2011, S. 16

⁹ siehe Hartmann 2003, S. 51ff.

¹⁰ siehe Blum/Schubert 2011, S. 23f., Hartmann 2003, S. 79

School for Government an der *Harvard University*, nennt vier zentrale Punkte, die als Rahmenbedingungen für Sozialpolitik in den USA gelten können:¹¹

- Armut ist ein umfangreiches und andauerndes Problem in den USA, das vor allem die Schwächsten der Gesellschaft wie Kinder, alleinerziehende Mütter oder ethnische Minderheiten betrifft. Bisherige Sozialprogramme haben nach Meinung Pattersons diese Armut verringert.
- Sozialpolitik stellt eine *policy* dar, das sehr eng mit Parteigrenzen verbunden ist („partisan issue“). Die Initiativen für einen Ausbau des Sozialstaates gingen über einen längeren Zeitraum betrachtet in den allermeisten Fällen von der Demokratischen Partei aus, während die Politik der Republikaner meist entgegengesetzt war („acting to slow down or reverse theses initiatives“).
- Sozialgesetze in den USA zielen meist darauf aus, dass die Eigenverantwortung der Begünstigten gesteigert wird („foster self-reliance“). Unterstützung gibt es nur zeitlich begrenzt oder nur für jene, die sie unbedingt brauchen („to provide benefits only to those individuals who are truly in need“). Die Sozialpolitik unterliegt nicht der Prämisse, dass Bürger ein Recht auf materielle Sicherheit haben.
- Programme zur Sozialversicherung werden von den meisten US-Amerikanern eher akzeptiert und unterstützt als Programme, die staatliche Beihilfen („public assistance programs“) vorsehen. Dadurch liegt der Fokus der Sozialpolitik nicht auf den Ärmsten der Gesellschaft („not targeted toward the nation’s neediest citizens“), sondern auf die Mittelschicht und die arbeitende Bevölkerung.

Die gesamte Sozialpolitik der USA ist auch eine Frage der Machtverteilung zwischen Bund und Ländern. Bundesbehörden haben sukzessive Kompetenzen in diesem Bereich übernommen, Bundesexekutive und –legislative bestimmen über ein Milliarden Dollar schweres Budget der Bundeszuschüsse und gießen damit Politik in Zahlen. Neben dem Föderalismus-Aspekt, der auch den dezentralen Charakter der bundesstaatlichen Institution des Kongresses miteinschließt, sind noch andere Machtstrukturen von Interesse: So spielen die politische Agenda des Präsidenten und seiner Administration eine große Rolle. Das Lobbying der Interessensverbände, die meist von Unternehmen unterstützt werden, ist zu

¹¹ Überblick und folgende Zitate siehe Patterson 2007, S. 576

berücksichtigen. Und schließlich Ist die Rolle des *judicial review* zu beleuchten, mit dem der Oberste Gerichtshof die politische Richtung maßgeblich beeinflusst.

Zusammenfassend lassen sich folgende zentrale Fragestellungen für die vorliegende Arbeit stellen:

- Welche wichtigen Phasen in der Entwicklung des US-amerikanischen Sozialsystems lassen sich beschreiben?
- Wie ist das Gesundheitssystem (vor allem das Versicherungs- und Beihilfensystem) historisch und institutionell verankert?
- Welche Akteure auf Ebene des Bundes bzw. der Einzelstaaten sind für den Ausbau des Sozialsystems verantwortlich? Wie sieht der Interessensausgleich zwischen zentralen und dezentralen Institutionen aus? Wie ist das Verhältnis zwischen Exekutive, Legislative und Interessensverbänden zu beschreiben?
- Wie gestaltete sich der Gesetzgebungsprozess bei ausgewählten Gesetzesreformen? Wie ist die Rolle des Obersten Gerichtshofes zu beurteilen?
- Welche Kontinuitäten und Zäsuren sind hierbei zu beobachten?

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Pluralform verwendet, die geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

2. Die Verfassungsbestimmungen des politischen Systems mit einem Fokus auf die föderale Struktur

Der Konflikt um die Machtverteilung zwischen den Akteuren zentraler und dezentraler Institutionen begleitet das US-amerikanische politische System, den „Prototypus eines föderalen Systems“¹², seit Beginn. Die Transformation der britischen Kolonien zu 13 Einzelstaaten und schließlich zu Teilen eines Bundes war Ausgangspunkt für jeweilige Neuinterpretationen von Kompetenzen. Und die Machtverteilung unterliegt bis heute einem Prozess, der die Akteure auf den Plan ruft, wenn neue Gesetze beschlossen werden oder präsidiale Erlässe in Kraft treten sollen. So geschehen etwa in Fragen der Regulierung von Feuerwaffen und der damit einhergehenden Interpretation des politischen Spielraums des Kongresses (1995)¹³ oder beim Streit um den *Affordable Care Act* vorm Obersten Gerichtshof (siehe Kapitel 7).

Der US-amerikanische Föderalismus beschreibt das Verhältnis zwischen den 50 Einzelstaaten und den Institutionen des Bundes, namentlich der Bundeslegislative in Form eines Zweikammern-Parlaments (*Senate* und *House of Representatives*), der Exekutive (Präsident und Administration) und der Judikative mit dem *Supreme Court* und den untergeordneten Bundesgerichten. Das Föderalismus-Konzept bezeichnet aber nicht nur das Verhältnis zwischen bundes- und einzelstaatlichen Kompetenzen, sondern auch die Machtverteilung *innerhalb* der Bundeinstitutionen, vor allem der Legislative. So weist der Politikwissenschaftler Ernst Fraenkel darauf hin, dass das US-amerikanische Parteiensystem viel dezentraler gestaltet ist als etwa jenes in europäischen Ländern. Die Abgeordneten repräsentieren weniger ihre Partei als vielmehr ihren Wahlbezirk oder ihren Staat; die Bundesparteiorganisationen (etwa das *National Democratic Committee*) haben weit weniger Einfluss auf die Kandidaten als europäische Pendants. Da sich die Kandidaten in ihrem Wahlkreis oder im Bundesstaat gegen andere Mitbewerber durchsetzen müssen, selbst die Hauptfinanzierung des Wahlkampfes übernehmen und zudem das Mehrheitswahlrecht nur einen Sieger kennt („the winner takes it all“), liegt der Schwerpunkt des Interesses klar auf Ebene der Kommunen und Einzelstaaten. Fraenkel schrieb 1981: „Die Abhängigkeit der Kongreßmitglieder von ihren regionalen und lokalen Parteiorganisationen bewirkt, daß die zentripetalen Tendenzen der ständig ihre Macht und Einfluß erweiternden Bundesregierung

¹² Pelinka 2005, S. 154

¹³ Siehe Lynch 1999, S. 1

in Schach gehalten werden durch die zentrifugalen Tendenzen, die im Bundesparlament [...] in Erscheinung treten. Der Kongreß ist heute der wahre Hüter der Lebenskraft der Einzelstaaten und Kommunen.“¹⁴ Diese „zentrifugalen“ Tendenzen erklären auch unter anderem, warum Präsident Obama zu Beginn seiner Amtszeit trotz komfortabler demokratischer Mehrheiten in beiden Parlamentskammern große Mühe hatte, seine Gesetzesinitiativen durch den Kongress zu bringen.¹⁵

Das Amt, das am meisten das zentralstaatliche Element des Föderalismus repräsentiert, ist jenes des Präsidenten. Er allein wird durch eine im gesamten Bundesgebiet durchgeführte Wahl bestimmt. Anders als bei Wahlen zum Kongress, bei denen Kandidaten um einen Einzelstaat oder Wahlkreis kämpfen, treten bei der Präsidentschaftswahl Kandidaten bundesweit an.

2.1 Die Entstehung der Verfassung und der *Bill of Rights*

Der Weg zu einer einheitlichen US-amerikanischen Verfassung dauerte etliche Jahre: Bereits kurz nach der Unabhängigkeitserklärung 1776 gaben sich Einzelstaaten eigene Verfassungen. Während und nach dem Unabhängigkeitskrieg, der 1783 endete, wurde an einem gemeinsamen Verfassungsprojekt gearbeitet, was 1787 in der *Constitution* mündete. Diese sah einen Staat mit einer Bundesregierung, einer gemeinsamen Außenpolitik und Wirtschaftsraum inklusive einer einzigen Währung sowie gemeinsame Streitkräfte vor. Die meisten Kompetenzen wurden den Einzelstaaten überantwortet. Vor allem die Regelung, wonach alle Kompetenzen in der Hand der Einzelstaaten verbleiben, solange sie nicht explizit anders geregelt sind, schwächte den Zentralstaat.

Die Verfassung ist das Ergebnis entgegengesetzter politischer Ansichten und konkret das Erbe zweier divergenter Einstellungen zu Republik und Republikanismus. Im Zentrum der Frage stand die individuelle Freiheit und die Limitierung von Macht, wie der Historiker Tony Freyer ausführt: „One strand of republicanism conceived of true liberty in terms of political action, the goal of which was the good of the commonwealth and the cultivation of

¹⁴ Fraenkel 1981, S. 105

¹⁵ Zum Gesetzgebungsprozess des *Patient Protection and Affordable Care Act* siehe Kapitel 7. Der 111. Kongress (6.1.2009 bis 3.1.2011) wies in beiden Kammern Mehrheiten der Demokraten auf – 59 zu 41 Abgeordnete im Senat (kurzfristig 60-40) und 257 zu 178 im Repräsentantenhaus (bei zwei unabhängigen Mandataren).

civic virtue. Another thread of republican values emphasized the need to limit government in the interest of individual liberty.“¹⁶

Während sich die Mitglieder des Verfassungskonvents in der Grundausrichtung einig waren – der neue Staat sollte antimonarchistisch und antiaristokratisch sein, aber nicht basisdemokratisch im Rousseau’schen Sinn –, ergaben sich in der Debatte unterschiedliche Positionen, wenn es um die Frage nach der Machtbeschränkung ging. Die *Federalists* um Hamilton und Madison vertraten ein konservatives Weltbild, das große Zweifel gegen selbstbestimmte Formen von Zusammenleben hegten. Einer befürchteten „Diktatur der Straße“ sollte ein starker Zentralstaat, basierend auf einem repräsentativen Parlamentarismus, gegenüber gestellt werden.¹⁷ Die *Anti-Federalists* andererseits sorgten sich um eine zu große Machtfülle des Bundes und traten für eine Beschneidung vor allem der Rechte der Exekutive, aber auch für eine Besserstellung der Einzelstaaten und die Implementierung von Bürgerrechten ein.

Man sollte bedenken, dass für eine solche Entscheidung historische Vorbilder fehlten und die „Verfassungsväter“ Neuland betraten. Europäische Staaten waren vornehmlich monarchistisch und zentralistisch gestaltet, den republikanischen Gedanken auf ein größeres Gebilde anzuwenden erschien kühn. Die Kritiker waren der Meinung, dass republikanischer Herrschaft enge territoriale Grenzen gesetzt seien. Freyer: „[...] it was assumed that popular rule could exist only within small territory units. In part this assumption arose out of belief that the people’s representatives should keep close to their constituents’ needs and interests; Only in this way could individual liberty and civic virtue be preserved.“¹⁸ Der Grundsatz eines möglichst kleinstrukturierten, dezentralen politischen Systems findet sich im Übrigen auch heute noch in konservativen Ansichten etwa zu Fragen der Sozialpolitik.

Die Herausforderung bei der Gründung der Union bestand darin, ein zukunftsträchtiges Konstrukt zu schaffen, das potentiell auch viele neue Mitglieder aufnehmen konnte. Der gesamte Westen des Kontinents war noch nicht eingegliedert – dies sollte aber nach der selbst auferlegten Bestimmung des jungen Staates (*manifest destiny*) aber in Zukunft geschehen. Fraenkel: „Das wahrhaft erregende Moment der amerikanischen Staatsgründung ist darin zu erblicken, daß erzkonservative, in Präzedenzfällen denkende Staatsmänner vor die Lösung

¹⁶ Freyer 1984, S. 547

¹⁷ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 29f.

¹⁸ Freyer 1984, S. 548

einer Aufgabe gestellt wurden, für die es weder eine Analogie noch einen Präzedenzfall gab: nämlich von einer schmalen Basis der 13 Gründerstaaten aus die Grundlage für die Errichtung eines „Zukunftsstaates“ unbekannte Umfangs zu legen.“¹⁹

Der Konflikt zwischen *Federalists* und *Anti-Federalists* manifestierte sich in zwei unterschiedlichen Anträgen, die in Verfassungsversammlung eingebracht wurden. Der so genannte, von den *Federalists* initiierte *Virginia-Plan* sah eine Stärkung der Zentralmacht bzw. die Machtverteilung aufgrund demografischer Faktoren vor: „U.a. sollte die Bundesebene ein Vetorecht gegen einzelstaatliche Gesetze [...] erhalten [...]. Die Legislative sollte aus zwei Kammern bestehen, von denen eine direkt durch das Volk, das andere durch die Legislativen der Einzelstaaten beschickt werden solle, wobei die Einzelstaaten jeweils die ihrem Bevölkerungsanteil entsprechende Abgeordnetenzahl zukommen sollte.“²⁰ Kleinere Staaten hätten weit weniger Mitbestimmung erhalten als beim oppositionellen *New Jersey-Plan*, der die Einzelstaaten stärken wollte. Im sogenannten *Connecticut-Kompromiss* einigte man sich auf ein Zwei-Kammern-System, in dem der eine Teil auf die Bevölkerungsgröße der Bundesstaaten Rücksicht nahm und der andere jedem Staat eine Stimme gab, egal wie groß er war.²¹ Heute finden sich die entsprechenden Parlamentsflügel als *House of Representatives* und *Senate* (in den jeder Staat unabhängig von der Größe zwei Abgeordnete schickt)²² im politischen System wieder. Mitglieder der *First Nation* wurden übrigens bei der Berechnung der Einwohnerzahl explizit ausgeschlossen, schwarze Sklaven (die kein Wahlrecht hatten) zu drei Fünfteln gezählt: „[...] sie wurden also nicht nur von ihren Eigentümern, sondern auch von den Verfassungsvätern zur ‚Handels‘- und ‚Kompromissware‘ herabgewürdigt.“²³ Die Drei-Fünftel-Klausel wurde erst 1865 nach Bürgerkrieg und Sklavenbefreiung mit den Verfassungszusatzartikeln 13 und 14 (Sec. 2)

¹⁹ Fraenkel 1976, S. 101

²⁰ Hübner 2003, S. 13

²¹ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 26

²² Die Hauptstadt Washington D.C. und US-Territorien wie Puerto Rico sind nicht im Senat vertreten und schicken lediglich Abgesandte ins Repräsentantenhaus, die nicht stimmberechtigt sind. In D.C. hat dies zum populären Slogan „No taxation without representation“ geführt, der auf den Unabhängigkeitskrieg zurückgeht und heute auf den Nummerntafeln des Distrikts vermerkt ist.

²³ Hübner 2003, S. 15; Die Regelung der *Constitution of the USA*, Art. I, Sec. 2 im Wortlaut: „Representatives and direct taxes shall be apportioned among the several states which may be included within this union, according to their respective numbers, which shall be determined by adding the whole number of free persons, (...), and excluding Indians not taxed, three fifths of all other persons.“

aufgehoben. Das aktive und passive Wahlrecht erhielten Schwarze 1865 im Zuge der Ratifizierung des 15. Verfassungszusatzes („The right ... to vote shall not be denied or abridged ... on account of race, color, or previous condition of servitude“²⁴), Frauen überhaupt erst 1920 mit dem 19. Verfassungszusatz („The right ... to vote shall not be denied or abridged... on account of sex“²⁵).

Der Prozess der Verfassungserstellung und -ratifizierung dauerte insgesamt von 1777 bis 1791. Die Wurzeln liegen aber zumindest in den 1774 und 1775 einberufenen Kontinentalkongressen, in denen die Aktionen gegen die britische Herrschaft beschlossen wurden – unter anderem die Finanzierung der eigenen Truppen. Auch die Unabhängigkeitserklärung von 1776 (in weiten Teilen von Thomas Jefferson verfasst) geht auf die Initiative des Kontinentalkongresses zurück. Die 1777 mitten im Unabhängigkeitskrieg verabschiedeten *Articles of Confederation* dienten als Anknüpfungspunkt für die gesamtstaatliche Verfassung. Gleichzeitig verabschiedeten die 13 Kolonien zwischen 1776 und 1780 sukzessive eigene Staatsverfassungen, die sich zum Teil stark unterschieden.

Der Staatenbund („a firm league of friendship ... for their common defense, the security of their liberties, and their mutual and general welfare“²⁶) stellte sich gemäß den *Articles* als Zusammenschluss einzelner souveräner Staaten dar. Die Zeit für einen zentralisierten Bund war noch nicht reif, da die Kolonien erst den Kampf gegen die Hegemonialmacht Großbritanniens aufgenommen hatten: „Die Einzelstaaten wollten nicht einer Zentralregierung Kompetenzen einräumen, die sie dem britischen Parlament verweigert hatten. Vielmehr wurde ausdrücklich festgehalten, dass die Einzelstaaten ihre Souveränität, Freiheit und Unabhängigkeit behalten sollten.“²⁷ Den ideologischen Hintergrund für die kritische Einstellung gegenüber jeglicher Machtkonzentration legte u.a. Montesquieu, der die Freiheitsrechte der Bürger gegenüber dem Staat betonte. Diese Grundeinstellung auf den Verfassungsprozess übertragen bedeutete, nur sehr beschränkte Macht an den Konföderationskongress zu übertragen – er durfte nur Rechte in Anspruch nehmen, die ihm ausdrücklich zugesagt wurden. Dieser Zusammenschluss wies als Vorgänger des späteren US-Senats einen egalitären Grundgedanken auf Staatenebene auf: Jeder der dreizehn Staaten

²⁴ Small/Jayson 1964, S. 1333

²⁵ ebd., S. 1365

²⁶ Articles of Confederation, Art. III, siehe Seite der Library of Congress

²⁷ Filzmaier/Plasser 1997, S. 24

besaß ungeachtet der Einwohnerzahl eine Stimme. Die Kompetenzen des Kongresses waren angesichts des Unabhängigkeitskrieges vor allem in den Bereichen Militär und Außenpolitik angesiedelt: Die Kriegserklärung und die Aufstellung von Truppen fielen ebenso darunter wie Verträge mit ausländischen Staaten (zum Beispiel der Freundschafts- und Handelsvertrag mit Preußen 1785). Zudem wurde dem Kongress die Hoheit über eine gemeinsame Währung gegeben.²⁸ Steuer- und Zollhoheit sowie Gesetzgebungskompetenz fehlten – sie wurden erst im Zuge der Verfassungsdebatte an Bundesinstitutionen vergeben. Als letzte bedeutende Aktion regelte der Kontinentalkongress 1787 in der *Northwest Ordinance* die Expansion Richtung Westen und die Eingliederung neuer Staaten ab einer Einwohnerzahl von 60.000 Menschen und bei Bestehen einer republikanischen Verfassung.²⁹

Die strukturellen Probleme der kleinstaatlichen Lösung traten zunehmend in den Vordergrund. Aufgrund der Schwäche bzw. des Fehlens eines zentralen Staates kam es zu ökonomischen Schwierigkeiten. Großbritannien und andere Handelspartner machten sich die Konkurrenzsituation zwischen den Einzelstaaten zunutze und spielten sie gegeneinander aus. Europäische Kreditgeber zogen wegen der geringen Zahlungsmoral der Einzelstaaten auch Geld ab, das sie zuvor dem Kongress bewilligt hatten. Aufstände aufgrund ökonomischer Probleme beschäftigten mehrere Staaten.³⁰ Die zunehmende Unsicherheit und Kleinstaaterei brachte den Zentralisten Aufwind: Ihre politischen Forderungen führten 1789 zum Verfassungskonvent in Philadelphia. Die darin ausverhandelte *Constitution of the United States of America* wurde jedoch nicht gerade begeistert von den Einzelstaaten ratifiziert – der Prozess sollte noch bis 1790 dauern. Die zögernden Einzelstaaten wurden argumentativ durch die *Federalist Papers* (Hamilton, Madison, Jay) beeinflusst und durch die Zusicherung eines Grundrechtekataloges besänftigt. 1789 wurde die *Bill of Rights* beschlossen, die aus den ersten zehn *Amendments* besteht und die Rechte der Bürger gegen den nun stärker werdenden Zentralstaat regelt. Mit der Ratifizierung der *Constitution* 1790 durch Rhode Island fand der Prozess der Verfassungsgebung in den Gründungsstaaten ein Ende. Die *Amendments* wurden bis 1791 von zehn Staaten ratifiziert und damit Bestandteil der Verfassung.

Die ersten Jahre konnten die *Federalists* unter George Washington und seinem Finanzminister Alexander Hamilton (bis 1793) die Ausformung des Staates maßgeblich beeinflussen. Letzterer zeigte sich entschlossen, ein einheitliches Finanzsystem in den

²⁸ siehe Heideking 2003, S. 50.

²⁹ Heideking 2003, S. 61

³⁰ Ab 1786 fand beispielsweise die sogenannten „Shays’ Rebellion“ in Massachusetts statt, bei der die sozialen Probleme von Bauern und ehemaligen Soldaten zum Vorschein traten.

Vereinigten Staaten einzuführen. Maßnahmen des Bundes bestanden darin, die Schulden der Einzelstaaten zu übernehmen und 1791 die *Bank of the United States* zu gründen.³¹

2.2. Die Verfassung im Kontext der vertikalen und horizontalen Gewaltentrennung

Die Verfassung ist als der höchste verbindliche Rechtstext, den das politische System der USA kennt. Sie steht hierarchisch höher als die Verfassungen der Einzelstaaten, die nicht der Bundesverfassung widersprechen dürfen. Das System befindet sich im Spannungsfeld zwischen einzel- und zentralstaatlichen Institutionen, die Verfassung und die Bundesgerichtsbarkeit nehmen eine ordnende Rolle ein.

Alle Gesetze und formalrechtlichen Bestimmungen zu Exekutive, Legislative und Judikative sind von der Verfassung abgeleitet. Sie enthält sieben Artikel und 27 Verfassungszusätze (*Amendments*).³² Als Verfassungsprinzipien gelten die Gewaltentrennung und ihre gegenseitige Kontrolle, der Föderalismus, die Machtbeschränkung durch einen Grundrechtskatalog und der Rechtsschutz.³³ Die Gewaltenteilung und die *checks and balances* sind in den Artikeln I-III beschrieben. Darunter fällt eine horizontale Gewaltenteilung, die eine im Kongress angesiedelte Legislative, eine Exekutive in Form des Präsidenten und seiner untergeordneten Stellen (z.B. Ministerien oder Ämter wie das für Gesundheitsfragen zuständige *Public Health Service*) sowie eine Judikative aus dem *U.S. Supreme Court* und allen untergeordneten Bundesgerichten umfasst. Die vermeintlich strikt getrennten Gewalten sind aber auch insofern durchlässig, als dass sich die einzelnen Teile gegenseitig kontrollieren. Unter dieses Prinzip der *checks and balances* fällt etwa die Möglichkeit des Präsidenten, gegen Kongressbeschlüsse ein Veto einzulegen, das wiederum durch eine Zweidrittelmehrheit im Kongress aufgehoben werden kann. Der Senat muss nicht nur gewissen Personalentscheidungen der Exekutive zustimmen, sondern stellt auch den zweithöchsten Vertreter der Exekutive an seine Spitze: Der Vizepräsident der USA ist gleichzeitig Senatspräsident in Personalunion – wenn auch normalerweise ohne Stimmrecht, außer im Falle eines Patts. Als drittes Beispiel sei angemerkt, dass der Präsident Richter des *Supreme Court* ernennen darf, allerdings auf eine Zustimmung des Senats angewiesen ist.

³¹ siehe Heideking 2003, S. 77

³² Original-Verfassungstexte in Small/Jayson 1964, S. 839ff.

³³ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 30f.

Der Oberste Gerichtshof wiederum kann Gesetze der Legislative bzw. präsidiale Verordnungen als verfassungswidrig erklären. Dies kommt in der Sozialpolitik vor allem bei Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund und Staaten bzw. bei Fragen der Finanzierung vor. Die einzelnen Beispiele werden in den entsprechenden Kapiteln behandelt.

Das Prinzip des Föderalismus (*federalism*), das in den Artikeln IV bis VII behandelt wird, ist eine weitere Säule der Verfassung. Diese vertikale Gewaltenteilung regelt die Machtverteilung zwischen *federal government* (Zentralgewalt) und *state government* (einzelstaatliche Gewalt). Die Einzelstaaten erhalten laut dem 10. Zusatzartikel all jene Kompetenzen, die nicht explizit dem Bund zugesprochen wurden.

Daneben ist das Prinzip der Machtbeschränkung (*limited government*) in der Verfassung festgeschrieben.³⁴ Jede Institution, vor allem die Regierung, ist demnach mit einem klar abgegrenzten Mandat ausgestattet. Macht wird zugunsten der Rechte von Einzelnen abgegeben – in diesem Grundrechtskatalog (*Bill of Rights*) sind zum Beispiel Religions- und Meinungsfreiheit (*First Amendment*), oder die Rechte des Angeklagten in der Strafverfolgung (*Fifth/Sixth Amendment*) verankert.

Der Rechtsschutz in Form von *judicial reviews* ist ebenfalls integraler Teil der *checks and balances*: Der Supreme Court kann Entscheidungen von Legislative und Exekutive widerrufen und hat dabei die höchste Autorität. Dieses Prinzip wurde 1803 infolge des Prozesses *Marbury v. Madison*³⁵ Teil der Realverfassung, obwohl das Recht nicht formal geregelt ist. Immerhin 1.346 Gesetze (127 Bundesgesetze und 1.219 Gesetz auf niedrigerer Ebene) wurden bis 1994 für verfassungswidrig erklärt.³⁶

2.3 Das Verhältnis zwischen Einzelstaaten und Bund bis zum Bürgerkrieg

Die Machtbalance zwischen Bund und Einzelstaaten war einer stetigen Veränderung unterworfen und tendiert abwechseln zu Separation oder Kooperation. Die USA haben mehrere Phasen durchlaufen und den Streit zwischen den unterschiedlichen Auffassungen oft institutionell ausgetragen. Wenn es um die Frage nach mehr oder weniger Föderalismus geht, lässt sich bei den Parteien keine Kontinuität feststellen. Der Politikwissenschaftler Anton

³⁴ Filzmaier/Plasser 1997, S. 35

³⁵ Urteil auf der Seite der Cornell University

³⁶ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 35

Pelinka analysiert: „[...] So war die Tradition der Federalists und der Lincoln-Republikaner relativ zentralistisch, die der Anti-Federalists und der Demokraten im 19. Jahrhundert antizentralistisch. Da die Republikaner im Bürgerkrieg die Partei des Präsidenten waren, der den Anspruch der Union [...] durchsetzte, verfestigte sich zunächst das Bild. Im 20. Jahrhundert jedoch wurden die Demokraten [...] die Partei des relativen Zentralismus, während sich die Republikaner [...] zunehmend antizentralistisch positionierten.“³⁷

Ein Streitfall, der immer wieder Anlass zur Diskussion wurde, ist die Auslegung der *Necessary and Proper Clause*, die dem Kongress erlaubt, „notwendige und geeignete Maßnahmen“ zu treffen, um die verfassungsmäßigen Funktionen erfüllen zu können. Die *Clause* wird von Anhängern eines starken Zentralstaates als Argument für die Machtausdehnung des Bundes herangezogen. 1819 etwa entschied der Oberste Gerichtshof unter John Marshall in einem wegweisenden Urteil im Fall *McCulloch v. Maryland* (17 U.S. 316)³⁸ zugunsten der Bundeslegislative. Der Gerichtshof determinierte damit die Überlegenheit von Bundesgesetzen über die Gesetze der Einzelstaaten.³⁹ Im Zentrum stand die Frage, ob ein Bundesstaat, in diesem Fall Maryland, eine von der Zentralregierung installierte Bank besteuern darf. Die 1816 gegründete *Second Bank of the United States*, die Vorgängerin der US-Nationalbank *Fed* (*Federal Reserve System*), errichtete eine Filiale in Baltimore. Ein Gesetz des Parlaments von Maryland sah eine separate Besteuerung der Bank vor, da sie nicht von der Bundeslegislative, sondern von der US-Regierung eingerichtet worden war. In einem Appellationsverfahren entschied der Oberste Gerichtshof, dass das Urteil des untergeordneten *Court of Appeals of Maryland* fehlerhaft und ungültig sei. Dieses hatte die Besteuerung noch als rechtmäßig erachtet. Das Urteil stellt einen Meilenstein in der Regelung zwischen Bund und Staaten dar. Explizit verwies der Oberste Gerichtshof, der das Urteil einstimmig (7 zu 0) beschlossen hatte, auf die Bundeskompetenz hin. Die in der Verfassung beschriebene Erlaubnis des Kongresses, „notwendigen und geeigneten“ Gesetze zu beschließen, um alle anderen Kompetenzen erfüllen zu können, sei auf das Bankensystem anzuwenden: „Marshall elaborated on the need for a loose and expansive interpretation of the powers of the federal government. [...] Marshall argued that the Necessary and Proper Clause had been included among the powers of Congress, not among its limitations, and was meant

³⁷ Pelinka 2005, S. 159

³⁸ Urteil zu *McCulloch v. Maryland* 17 U.S. 316 (1819) auf der Seite der Cornell University

³⁹ siehe Ellis 2009 auf der Seite des Oxford Guide to United States Supreme Court Decisions.

to enlarge, not reduce, the ability of Congress to execute its enumerate powers.“⁴⁰ Auch wenn die *Second Bank* in der Öffentlichkeit als korrupt empfunden wurde und die Tatsache, dass sie teilprivatisiert war, Kritiker veranlasste, ihre Rechtmäßigkeit als Bundesinstitution anzuzweifeln, verfehlte das Gesetz seine Wirkung nicht. Über den Anlassfall hinaus erhielten die zentralstaatlichen Institutionen einen deutlichen Kompetenzzuwachs. Weitere Urteile des „Marshall-Court“ zielten ebenfalls auf eine Stärkung des Bundes ab: etwa *Cohens v. Virginia* (19 U.S. 246, 1821), sowie *Gibbons v. Ogden* (22 U.S. 1, 1824) und *Wilson v. Black Bird Creek Marsh Co.* (22 U.S. 245, 1829), in dem der Handel zwischen den Staaten behandelt wurde.⁴¹ Die Ausrichtung des Obersten Gerichtshof änderte sich aber unter Marshalls Nachfolger Roger B. Taney (1836-1864), dessen Entscheidungen eine den Bundesstaaten gegenüber freundlichere Haltung an den Tag legten. Dieser „antebellum dual federalism“⁴², wie Freyer die Aufteilung von Kompetenzen zwischen Bund und Einzelstaaten vor dem Bürgerkrieg nennt, erlebte die größte Belastungsprobe in der Frage der Sklaverei – der „peculiar institution“, wie sie euphemistisch hieß. An der konträren Ansicht von Menschenrechten scheiterte die Union beinahe.

Der Bürgerkrieg, der ab 1861 über 600.000 Menschenleben forderte, spiegelte auch die unterschiedlichen Meinungen zum Föderalismus wieder. Die Frage stand im Raum, wie weit der Zentralstaat einzelstaatliche Interessen beschneiden dürfe. Der Oberste Gerichtshof unter Taney fällte in einem seiner berühmtesten Urteile im Fall *Dred Scott v. Sandford* (60 U.S. 393, 1857) ein folgenschweres Urteil zugunsten einzelstaatlicher Autorität und gegen den Sklaven Scott. Dieser wollte durch seinen zeitweiligen Aufenthalt im sklavenfreien Territorium Minnesota seine Freiheit erlangen, was ihm der Oberste Gerichtshof aber verwehrte, weil er sich als nicht zuständig erklärte. Schwarze, so der „Taney-Court“ seien per se keine Amerikaner und könnten deshalb nicht den Obersten Gerichtshof anrufen. Dieses Urteil wurde heiß diskutiert, war aber nur ein kleiner Stein in der rassistischen Auslegung der Verfassung. Vor allem der Versuch des Nordens, namentlich Präsident Lincoln und der 1854 neu gegründeten Republikanischen Partei, die Sklaverei auch im Süden abzuschaffen, und damit das Selbstbestimmungsrecht des Südens einzuschränken, führte zum Krieg und schließlich zum Sieg der Union. „Der Bund hatte sich gegen die rebellierenden Einzelstaaten durchgesetzt, und die sog. ‚civil war amendments‘, die vor allem die Rechte des schwarzen Bevölkerungsteils durchsetzen sollten, bedeuteten gleichzeitig eine erhebliche Reduzierung

⁴⁰ Ellis 2009 auf der Seite des Oxford Guide to United States Supreme Court Decissions

⁴¹ siehe Freyer 1984, S. 552

⁴² Freyer 1984, S. 550

des Ermessensspielraums der Einzelstaaten.“⁴³ Diese Zusatzartikel zur Verfassung (13. bis 15. *Amendment*) wurden zwischen 1865 und 1870 beschlossen und erklärten die Sklaverei für rechtsungültig.

Das Ende des Bürgerkriegs transferierte das politische System der USA – bis heute gültig - in eine Föderation: „Die von der Verfassung 1787 nicht beantwortete Frage, ob ein Staat der USA die Union auch wieder verlassen kann, ist durch das Ergebnis des Bürgerkriegs beantwortet worden. Dadurch hat sich der föderative Charakter der USA gegenüber dem konföderativen entscheiden durchgesetzt [...].“⁴⁴

2.4 Nachkriegsföderalismus

Der „duale Föderalismus“ erfuhr eine Wandlung in den Jahren nach dem Bürgerkrieg bis zu Roosevelts tiefgreifenden Reformen in den 1930er-Jahren. Um die unterlegenen Südstaaten nicht weiter zu brüskieren, nahm die Bundesregierung in den 1860er-Jahren Abstand, abseits der *Amendments*-Ratifizierung allzu viele Vorschriften zu machen. Das führte unter anderem dazu, dass die Parlamente der Südstaaten Gesetze erließen, welche die Schwarzen weiterhin diskriminierten, obwohl die Sklaverei offiziell abgeschafft war. Der republikanisch dominierte Kongress ging in Folge in die Offensive und errichtete in den Südstaaten fünf Besatzungszonen, um unter anderem die Registrierung von schwarzen Wählern durch Bundestruppen zu gewährleisten. Diese Phase der „radikalen Rekonstruktion“ dauerte bis in die frühen 1870er-Jahre und führte unter anderem dazu, dass es erstmals schwarze Abgeordnete gab.⁴⁵

Dass es bis in die 1930er-Jahre sukzessive zu einer Ausweitung zentralistischer Tendenzen kam, hatte mit der Entstehung von staatenübergreifenden Unternehmen zu tun. Diese Tendenz war nicht linear, sondern hatte auch immer wieder Ausschläge in die andere Richtung, betrachtet man etwa Supreme Court-Urteile, die einer Dezentralisierung das Wort redeten. Ein Beispiel ist das Urteil in *Munn v. Illinois* (94 U.S. 113, 1877)⁴⁶, in dem

⁴³ Hübner 2003, S. 43

⁴⁴ Pelinka 2005, S. 164

⁴⁵ 1870 zog mit Hiram R. Revels (Mississippi) erstmals ein Schwarzer in den US-Senat ein; siehe Heideking 2003, S 179ff.

⁴⁶ Urteil siehe Seite des Open Jurist Project

Regulierungen eines Einzelstaates gegen Privatunternehmen rechtlich gedeckt wurden.⁴⁷ Insgesamt lässt sich aber ein Trend zur Zentralisierung feststellen – allein schon die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (zunehmend *interstate commerce* statt *intrastate commerce*) gaben hier die Richtung vor. Einzelstaatliche Maßnahmen zur Wettbewerbsregulierung stießen an ihre Grenzen. Die Ausdehnung der Bundeskompetenzen nach dem Bürgerkrieg betraf vor allem folgende Bereiche:

- Bürgerrechte: Die Einführung der *Civil War Amendments* zur Gleichstellung von Schwarzen auch in den Sklavenhalterstaaten des Südens war ein wichtiger Schritt zur Vereinheitlichung der Bürgerrechte im gesamten Unionsgebiet.
- Besiedelung des Westens: Mit dem *Homestead Act* (P.L. 37-64) von 1862 wurde ein Bundesgesetz verabschiedet, das weitere Siedlungsaktivitäten regulierte.
- Eisenbahn- und Telegrafenausbau: Durch den massiven Ausbau der Eisenbahn in den neu besiedelten Gebieten seit den 1860er-Jahren wurde eine einheitliche Regulierung notwendig. Zur gleichen Zeit entstand ein den Kontinent übergreifendes Telegrafennetz: Hier war das Urteil des Obersten Gerichtshof im Fall *Pensacola Telegraph Company v. Western Union* (96 U.S. 1, 1877)⁴⁸ ausschlaggebend, das die Kompetenzen beim Telegraphenausbau auf Seiten der Bundesbehörden verortete.
- Wettbewerb: Das Unternehmertum in den USA veränderte sich in den Jahren nach dem Bürgerkrieg grundlegend. Unternehmen wurden fusioniert oder aufgekauft, ein Verdrängungswettbewerb fand statt. Die neuen *trusts* spielten ihre Marktmacht zunehmend aus, was zu Wettbewerbsverzerrungen führte: Monopole und wettbewerbsfeindliche Konglomerate entstanden etwa im Eisenbahnbereich (Vanderbilt), in der Stahlbranche (Carnegies *US Steel Co.*) oder im Erdölsektor (Rockefellers *Standard Oil*). Als Reaktion erließ der Kongress Gesetze gegen die unternehmerische Marktmacht, die jedoch auch gegen gewerkschaftliche Zusammenschlüsse angewandt wurden. Sowohl der *Interstate Commerce Act* (P.L. 49-41, 1887)⁴⁹ als auch der *Sherman Antitrust Act* (26 Stat. 209, 1890)⁵⁰ stellen eine Maßnahme des Bundes zur Regulierung von Wirtschaftsbereichen dar.

⁴⁷ siehe Freyer 1984, S. 554

⁴⁸ siehe Urteil auf der Seite des Open Jurist Project

⁴⁹ Gesetzestext siehe Seite von OurDocuments.gov

⁵⁰ Gesetzestext siehe Seite von OurDocuments.gov

Die Ausweitung der Bundeskompetenzen spiegelte sich auch im Ausbau und der Professionalisierung der Bundesbürokratie wider – es wurden zahlreiche neue Institutionen in unterschiedlichen Politikfeldern geschaffen: „During the Progressive Era, Congress enlarged its control over food, drugs, merchant seaman’s working conditions, labor-management relations in the railroad system, farm credit, and, perhaps most significantly through the new Federal Reserve system, currency and credit.“⁵¹

Während das bundesstaatliche Engagement vor allem die Wirtschaftspolitik betraf, wurde der Bereich Sozialpolitik, aber auch der Schutz von Arbeitnehmerrechten oder der Kampf gegen Kinderarbeit mit wenigen Ausnahmen lange Zeit stiefmütterlich behandelt. Hier gab es bis zur Jahrhundertwende keine nennenswerten Bestrebungen für Bundesprogramme. Ab 1887 etablierte sich erstmals das bis heute existierende System der Bundeszuschüsse (*federal grants*). In Folge des *Agricultural Experiment Station Act (Hatch-Act, 24 Stat. 440)* von 1887, bei dem erstmals *cash grants* gegeben wurden, entwickelte der Bund verschiedene Projekte zur Hilfe für Blinde, Veteranen und Bauern und stärkte damit seine Position: „As the number and scope of intergovernmental programs grew, so did federal influence.“⁵²

Erst 1921 wurde unter diesem System erstmals ein groß angelegtes bundesweites Gesundheitsprogramm etabliert. Im *Sheppard-Towner Maternity Act* von 1921 legte der Kongress fest, innerhalb von fünf Jahren eine Million Dollar an Bundeszuschüssen in staatliche Programme gegen die Kindersterblichkeit fließen zu lassen.⁵³ Das Gesetz war sehr umstritten und brachte Kritiker gegen die vermeintliche Bevormundung durch den (Bundes-) Staat auf die Barrikaden – selbst die *American Medical Association* opponierte gegen das Gesetz, wie der ehemalige Politikwissenschaftler Claudius Johnson (*Washington State University*) ausführt.⁵⁴ Der Oberste Gerichtshof bestätigte im Urteil *Commonwealth of Massachusetts v. Mellon* (262 U.S. 447, 1923) das Gesetz und das damit verbundene Prinzip der Bundeszuschüsse.⁵⁵ Das Gesetz und das Urteil gelten als Meilenstein in der Ausformung der Bundeskompetenz im Sozialbereich.

Auch die Finanzierung dieser *federal grants* erhielt Legitimation durch die Entwicklung bundesstaatlicher Gesetzgebung. 1913 wurde erstmals eine Bundes-einkommenssteuer eingeführt. Möglich wurde dies durch die Verabschiedung des 16.

⁵¹ Freyer 1984, S. 555

⁵² ebd., S. 556

⁵³ siehe Gesetzestext auf der Seite von Facts on File

⁵⁴ siehe Johnson, C. 1964, S. 85

⁵⁵ siehe Urteil auf der Seite des Open Jurist Project

Zusatzartikels zur Verfassung. Darin wird festgelegt, dass der Bund Einkommenssteuer erheben darf, ohne diese an die Einzelstaaten weitergeben zu müssen. Im Text des *Sixteenth Amendment* von 1913 heißt es:

„The Congress shall have power to lay and collect taxes on incomes, from whatever source derived, without apportionment among the several States, and without regard to any census or enumeration.“⁵⁶

Die Einkommenssteuer entwickelte sich zum wichtigsten Einnahmenposten für die Bundesregierung. Heute werden etwa 60 Prozent aller Einnahmen des Bundes durch diese Steuer gedeckt. Rund 20 Prozent des Budgets fließen in die oben genannten Bundeszuschüsse.⁵⁷

2.5 Cooperative Federalism seit der „Roosevelt-Revolution“

Als großen Schritt in Richtung Zentralismus kann die politische Reaktion der Vereinigten Staaten auf die Weltwirtschaftskrise in den 1930er-Jahren angesehen werden. Unter der Führung von Franklin D. Roosevelts, der bei den Präsidentschaftswahlen im November 1932 einen deutlichen Sieg über den republikanischen Amtsinhaber Herbert Hoover errungen hatte, wurden einige richtungsweisende Gesetze im Sozial- und Wirtschaftsbereich verabschiedet. Dies hatte zur Folge, dass mehr Kompetenzen an den Bund fielen. Fraenkel schreibt angesichts der Fülle an Verschiebungen, des Bedeutungsgewinns der zentralstaatlichen Gewalt und der Dominanz des Präsidenten gegenüber den anderen Staatsorganen (vor allem gegenüber dem Obersten Gerichtshof) von einer „Revolution“ im politischen System der USA: „Die ‚Roosevelt-Revolution‘ hat das Verhältnis von Bund und Einzelstaaten entscheidend beeinflusst. Die mit der Ersetzung des *laissez-faire* durch eine aktive Wirtschafts- und Sozialpolitik verbundene Stärkung der öffentlichen Gewalt ist – wenn auch nicht ausschließlich, so doch vornehmlich – dem Bund und nicht den Einzelstaaten zugute gekommen.“⁵⁸ Roosevelt setzte eine Reihe von Bundesgesetzen durch, die bisherige Kompetenzen der Einzelstaaten beschnitten oder überhaupt erst neue

⁵⁶ Small/Jayson 1964, S. 1341

⁵⁷ 2008 wurden rund 1560 Mrd. USD (*individual income tax* und *corporate income tax*) aus der Bundeseinkommenssteuer lukriert (bei Gesamteinnahmen von ca. 2600 Mrd. USD): siehe The Budget for Fiscal Year 2008, S. 169; an Bundeszuschüsse wurden im Jahr 2000 rund 284 Mrd. Dollar ausbezahlt: siehe Hübner 2003, S. 47

⁵⁸ Fraenkel 1981, S. 104

Kompetenzfelder für den Bund schufen. So wurden etwa staatliche Preiskontrollen für agrarische Produkte, Mindestlöhne (*Wagner-Act* von 1935) sowie zahlreiche Sozialprogramme (*Social Security Act* von 1935, siehe Kapitel 5) eingeführt. Diese Programme wurden in einigen Bereichen durch Bundeszuschüssen (*federal grants*) finanziert, die mit Auflagen wie etwa die Durchsetzung von Reformen an die Staaten und Kommunen verbunden waren. Zu den Bereiche, die ab 1933 in das Bundeszuschuss-System fielen, zählen:⁵⁹

- soziale Sicherheit (darunter die Unterstützung für unterhaltsberechtigter Kinder (*dependent children*) und für ältere Bürger
- öffentlicher und sozialer Wohnungsbau
- Naturschutz, Tierartenschutz, Nationalparks
- Straßenbau (*Highways*) und Ausbau der Infrastruktur (z.B. im Rahmen der *Tennessee Valley Authority*, TVA)
- Nahrungsmittelzuweisungen für sozial Benachteiligte

In der politikwissenschaftlichen Literatur wird häufig der Begriff *cooperative federalism* gebraucht, der als Gegensatz zum bisherigen *dual federalism* verstanden wird.⁶⁰ Zum einen weist etwa Freyer auf Zentralisierungstendenzen hin, die auf eine Stärkung der Bundeskompetenzen abzielten. Andererseits gab es seit den 1930er-Jahren auch eine Entwicklung hin zur Zusammenarbeit, die sich im kooperativen Modell des Föderalismus manifestierte, wie Johnson schreibt: „Over the years the nature of nation-state relationship has changed from one that embodied considerable mistrust and suspicion toward one that emphasizes the element of cooperation.“⁶¹ Diese Kooperation zwischen Bund und Einzelstaaten hat sich in vielen Politikfeldern durchgesetzt. Das spiegelt sich auch an den oben genannten *federal grants* wieder. Bei insgesamt stark steigenden Bundeszuschüssen (von 1,1 Mrd. Dollar im Jahr 1929 auf 284,8 Mrd. Dollar im Jahr 2000)⁶² veränderte sich auch die Zusammensetzung dieser *grants*. Die Zuschüsse mit fixen, von den Einzelstaaten zu erfüllenden Auflagen gerieten zunehmend in den Hintergrund. Seit den 1960er-Jahren stiegen vor allem die so genannten *block grants* und die 1972 eingeführten *revenue-sharing grants*. Erstere sind Bundeszuschüsse, die für gewisse Aufgabenbereiche reserviert sind, die jedoch

⁵⁹ siehe Freyer 1984, S. 558

⁶⁰ siehe Johnson, C. 1964, S. 81 ff. bzw. Freyer 1984, S. 557 ff.

⁶¹ Johnson, C. 1964, S. 81

⁶² siehe Hübner 2003, S. 47

den Einzelstaaten einen größeren Spielraum bei der Verwendung erlauben. Das staatliche Gesundheitssystem für bedürftige Menschen (*Medicaid*) wird zum Beispiel über *block grants* finanziert. Der Bund stellt dabei die finanziellen Mittel zur Verfügung, den Einzelstaaten obliegt die konkrete Ausgestaltung, wobei gewisse Standards eingehalten werden müssen.⁶³ *Revenue-sharing grants* sind dem gegenüber mit keinen oder nur sehr geringen Auflagen verbunden und geben den Staaten und Kommunen die größten Gestaltungsmöglichkeiten in die Hand. Der ideologische Hintergrund dieser von Republikanern wie Nixon und Reagan favorisierten Form ist die Annahme, dass kleinere Organisationseinheiten besser wüssten, wo Bedarf an Hilfe besteht. Kritiker weisen jedoch darauf hin, dass diese Hinwendung zu mehr Eigenverantwortung oft auch mit Budgetkürzungen im Sozialbereich korrelierte.⁶⁴

Der kooperative Föderalismus setzte sich sukzessive in vielen Politikfeldern durch. Eine Rückkehr zur stärkeren Autonomie der Einzelstaaten wird angesichts globaler wirtschaftlicher Herausforderungen von einer Mehrheit der US-Amerikaner ebenso abgelehnt wie eine allzu starker Zentralstaat, der sich in alle Belange des Lebens einmischt. Hier sitzt noch immer das Misstrauen gegen eine die Freiheit einschränkende Macht tief. Das führt allerdings auch zu einer zunehmenden Unübersichtlichkeit bei den Zuständigkeiten und dadurch zum immer wiederkehrenden Streit um Macht und Kompetenzen. Der ehemalige Politikwissenschaftler Daniel Elazar (*Temple University*) konstatierte 1984: „From public welfare to public recreation, from national defense to local police protection the system of sharing is so pervasive that it is often difficult [...] to tell just who is doing what under which hat. The highly institutionalized system of federal-state cooperation that has developed has become part of the nation’s constitutional tradition.“⁶⁵

Die Bundesbürokratie erlebte ab den 1930er-Jahren einen enormen Aufstieg. Neue Ministerien und zahlreiche Institutionen wurden errichtet. Die Zahl der Beschäftigten stieg von 51.000 Beamten im Jahr 1871 (die vor allem im Postbereich arbeiteten) auf drei Millionen im Jahr 1968. Filzmaier und Plasser beschreiben drei zentrale Ursachen für diesen Ausbau der Bürokratie: „Eine Erhöhung des Regelungsbedarfes auf Bundesebene durch die industrielle und infrastrukturelle Entwicklung seit dem 19. Jahrhundert. Die Einrichtung eines breiten Spektrums von Sozialeinrichtungen auf Bundesebene ab dem Beginn der Amtszeit

⁶³ siehe Wetzels 2011, S. 388

⁶⁴ siehe Hübner 2003, S. 48

⁶⁵ Elazar 1984, S. 51

Roosevelts und die Etablierung der USA als Hegemonialmacht nach dem Zweiten Weltkrieg.⁶⁶

Die rasante gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung führte in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg auch zu großen, amerikaweit agierenden Unternehmen, Gewerkschaften und Interessensgruppierungen. Bundesinstitutionen versuchten, hier ein Gegengewicht zu etablieren. Auch in den Bereichen *Social Security* und *Civil Rights* wurde der Bund, angeregt durch eine aktive Rechtsprechung des Obersten Gerichtshof unter *Chief Justice* Earl Warren, zum maßgeblichen Akteur. In zahlreichen wegweisenden Urteilen zur Gleichbehandlung und zu bürgerlichen Freiheiten schränkte der Gerichtshof die Macht der Einzelstaaten ein. So wurde etwa im berühmten Fall *Brown v. Education of Topeka* (347 U.S. 483, 1954) das seit 1896 existierende, rassistische *Seperate-but-equal*-Prinzip aufgehoben. Neben Fragen des Sozialstaates standen in den 1950er- und 1960er-Jahren vor allem die Themen Mindestlöhne, Stadtentwicklung, Ausbau des Spitalwesens und der Verkehrswege, oder die Hilfe für die Landwirtschaft auf der Agenda des Bundes, aber auch der Ausbau der Bundespolizei FBI und des auf Bundesebene organisierten Militärwesens.⁶⁷

Dem Ausbau des zentralen Wohlfahrtsstaat während der Präsidentschaft Lyndon B. Johnsons (*Great Society*, siehe Kapitel 6) folgte ab den 1970er-Jahren der republikanische Weg der Haushaltseinsparungen. Programme des Bundes wurden an Staaten und Kommunen ausgelagert – was in vielen Fällen zu einer Verschlechterung der sozialen Lage der Bevölkerung führte und die lokalen Unterschiede weiter vergrößerte. Die Finanzierung des Militärssektors dagegen stieg – auch im Angesicht des eskalierenden Vietnamkrieges – an.

Präsident Nixon lockerte die mit den Bundeszuschüssen verbundenen Vorgaben an die Einzelstaaten auf. Wurden zuvor vor allem *block grants* gegeben, die für gewisse gesellschaftliche Bereiche (z.B. Sozialprogramme) reserviert waren, führte die Nixon-Administration 1972 die so genannten *revenue-sharing grants* ein. Diese Zuschüsse waren mit keinen oder sehr geringen Auflagen verbunden und gaben so den Einzelstaaten Kompetenzen zurück, die sie etwa im Sozialbereich verloren hatten. Diese *revenue-sharing grants* hatten allerdings keine lange Lebensdauer – 1986 wurden sie unter der Reagan-Administration wieder abgeschafft.⁶⁸ Dennoch: Die Tendenz in den republikanisch dominierten zwei Jahrzehnten blieb gleich: Der Zentralisierungstrend sollte einer

⁶⁶ Filzmaier/Plasser 1997, S. 123

⁶⁷ siehe Freyer 1984, S. 560

⁶⁸ siehe Hübner 2003, S. 47f.

Kompetenzerweiterung der Einzelstaaten weichen. In den 1990er-Jahren versuchte der republikanisch dominierte Kongress, die Sozialpolitik Bill Clintons zu torpedieren, indem sie die Kompetenzen der Bundesstaaten im Sozialbereich stärkten.

Die Geschichte des US-amerikanischen Föderalismus lässt sich am besten mit einer Pendelbewegung vergleichen. Den Phasen der Stärkung von Einzelstaaten traten immer wieder ausgleichende Bewegungen entgegen, die zu mehr Zentralismus führten. Der Oberste Gerichtshof nimmt in der Interpretation einen hohen Stellenwert ein. Welz sieht seit den 1990er-Jahren einen erneuten Trend in Richtung Stärkung der Einzelstaaten.⁶⁹ Als Indizien dienen einerseits die Erhöhung von *block grants* und der Verringerung von *categorical grants*, die eine starke Zweckwidmung aufweisen, andererseits einige *Supreme Court*-Urteile, welche die Rechte der Einzelstaaten stärkten. In der jüngsten Diskussion um die Verfassungsmäßigkeit der Bundeskompetenz bei „Obamacare“ entschied der Oberste Gerichtshof im Sinne eines kooperativen Föderalismus unter Führung des Bundes (siehe dazu das Urteil zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, 567 U.S. ___, 2012 im Kapitel 7).

⁶⁹ Welz 2007, S. 77

3. Gesetzgebung in der Sozialpolitik: Akteure und Institutionen

3.1 Legislative

Die legislative Gewalt geht in den USA auf Bundesebene vom Kongress aus, einem Zweikammersystem, dessen Teile unterschiedliche Zusammensetzungen und Aufgaben haben. Der Kongress umfasst den Senat (*Senate*) und das Repräsentantenhaus (*House of Representatives*), die beide mit dem ersten Artikel der Verfassung legitimiert werden.

„All legislative Powers herein [in dieser Verfassung, Anmk. RS] granted shall be vested in a Congress of the United States, which shall consist of a Senate and House of Representatives.“⁷⁰

Der Kongress erhält damit die von der Verfassung gegebene gesetzgeberische Macht; er ist keine autonome Institution außerhalb der Verfassung, sondern der Verfassung unterworfen. Die beiden Häuser erfüllen unterschiedliche Aufgaben, weisen eine jeweils spezifische Zusammensetzung auf, sind aber im Gesetzgebungsprozess gleichberechtigte Akteure. Der erste Verfassungsartikel regelt ebenfalls den Modus für die Wahlen und die Aufnahmebedingungen. Das Repräsentantenhaus besteht heute aus 435 Mitgliedern (plus sechs Abgeordneten ohne Stimmrecht), die in ihren Wahlkreisen per Mehrheitswahlrecht gewählt werden. Zum Repräsentantenhaus finden sich folgende Regelungen in der Verfassung:

- Die Abgeordneten werden alle zwei Jahre gewählt. Altersuntergrenze für das passive Wahlrecht ist 25 Jahre; Anwärter müssen seit mindestens sieben Jahre US-Bürger sein
„The House of Representatives shall be composed of Members chosen every second Year by the People of the several States, and the Electors in each State shall have the Qualifications requisite for Electors of the most numerous Branch of the State Legislature. No Person shall be a Representative who shall not have attained to the Age of twenty five Years, and been seven Years a Citizen of the United States, and who shall not, when elected, be an Inhabitant of that State in which he shall be chosen.“⁷¹
- Regelungen zum Wahlmechanismus: Die Anzahl der Abgeordneten (und zugleich die Höhe der direkten Steuern, die auf die Einzelstaaten aufgeteilt werden) sind nach der Einwohnerzahl zu bemessen; jeder Staat muss zumindest einen Repräsentanten

⁷⁰ Constitution of the USA, Art. I, Sec. 1, siehe Jayson 1973, S. 3

⁷¹ Constitution of the USA, Art. I, Sec. 2, siehe Jayson 1973, S. 3

(aktuell zum Beispiel Alaska, Wyoming oder Vermont) haben; die rassistische Zählweise von „Indians“ (ausgeschlossen) und Sklaven (zu drei Fünftel gezählt - fallen unter „all other persons“) wurde durch Verfassungszusätze für nichtig erklärt (siehe Kapitel 2):

„Representatives and direct Taxes shall be apportioned among the several States which may be included within this Union, according to their respective Numbers, which shall be determined by adding to the whole Number of free Persons, including those bound to Service for a Term of Years, and excluding Indians not taxed, three fifths of all other Persons.[...] The Number of Representatives shall not exceed one for every thirty Thousand, but each State shall have at Least one Representative; [...]“⁷²

Der Senat repräsentiert die Rechte der Einzelstaaten mehr als das Repräsentantenhaus. Ungeachtet der Größe stellt jeder Staat zwei Abgeordnete im Senat. Bis 1913 wurden diese von den Einzelparlamenten gewählt, seit der Ratifizierung des 17. Verfassungszusatzes direkt von der Bevölkerung des Staates. Die wichtigsten verfassungsmäßigen Bestimmungen:

- Zwei Senatoren werden pro Staat gewählt, die Amtszeit beträgt sechs Jahre (alle drei Jahre wird jeweils ein Drittel neu gewählt). Mindestalter für das passive Wahlrecht: 30 Jahre, mindestens neun Jahre Staatsbürgerschaft.

„The Senate of the United States shall be composed of two Senators from each State, chosen by the Legislature thereof, for six Years; and each Senator shall have one Vote. [...] No Person shall be a Senator who shall not have attained to the Age of thirty Years, and been nine Years a Citizen of the United States, and who shall not, when elected, be an Inhabitant of that State for which he shall be chosen.“⁷³

- Der Vizepräsident der USA ist zugleich Senatspräsident. Die Gewaltentrennung ist hier aufgehoben. Der Senatspräsident hat allerdings nur Stimmrecht bei Stimmen-gleichheit.

„The Vice President of the United States shall be President of the Senate, but shall have no Vote, unless they be equally divided.“⁷⁴

Die Frage der Gewaltentrennung kollidiert in der US-Verfassung mit dem Prinzip der gegenseitigen Kontrolle. Einerseits ist die Legislative viel stärker als in parlamentarischen

⁷² Constitution of the USA, Art. I, Sec. 2, siehe Jayson 1973, S. 3f.

⁷³ Constitution of the USA, Art. I, Sec. 3, siehe Jayson 1973, S. 4f.

⁷⁴ Constitution of the USA, Art. I, Sec. 3, siehe Jayson 1973, S. 5

Demokratien von der Exekutive getrennt. Der Präsident hat etwa nicht die Macht, die Legislative aufzulösen. Der Kongress wiederum kann dem Präsidenten nicht das Misstrauen aussprechen, wie es etwa in parlamentarischen Demokratien bei in Ungnade gefallenen Ministerpräsidenten möglich ist. Eine Absetzung des Präsidenten (und anderer Amtsträger) ist nur bei kriminellen Verstößen im Zuge eines *Impeachment*-Verfahrens möglich.⁷⁵ Dazu muss das Repräsentantenhaus mit einfacher Mehrheit das Verfahren eröffnen und der Senat die Verurteilung mit einer Zweidrittelmehrheit bestätigen. Aufgrund dieser Hürden kommt dieses Verfahren äußerst selten zur Anwendung.

Die Kompetenzen des Kongresses umfassen die Bundesgesetzgebung und sind in der Verfassung im Artikel 1, Absatz 8 dargelegt. Wie in Kapitel 2 dieser Arbeit bereits beschrieben, hat sich der Umfang der Bundeskompetenzen stetig verändert. Spätestens seit dem Fall *McCulloch v. Maryland* (17 U.S. 316)⁷⁶ wird die Verfassungsbestimmung, wonach der Kongress alle „notwendigen und geeigneten“ Gesetze beschließen dürfe, um seiner legislativen Funktion nachkommen zu können (*Necessary and Proper Clause*, siehe unten), sehr weit ausgelegt. Neben diesem *power of law* wird dem Kongress in der Verfassung (Absatz 7) auch die sogenannte *power of the purse*, die Hoheit über das Bundesbudget, zugestanden.⁷⁷ Nur der Kongress ist befugt zu bestimmen, wohin und in welchem Umfang Bundesgelder fließen sollen. Davon sind auch der Präsident und die *federal administration*, sowie Einzelstaaten und Kommunen, die auf Bundeszuschüsse angewiesen sind, abhängig.

Zu den in der Verfassung (Art. I, Sect.8): legitimierten Kompetenzen der Bundeslegislative zählen:⁷⁸

- „To lay and collect Taxes, Duties, Impots and Excises, to pay the Debts and provide for the common Defense and general Welfare of the United States“ (Recht, Steuern, Zölle, Abgaben einzuheben, um für Verteidigung und das Allgemeinwohl aufzukommen)
- „To borrow Money on the credit of the United States“ (Kredite)
- „To regulate Commerce with foreign Nations, and among the several States, and with the Indian tribes“ (Regulierung des Außenhandels und des zwischenstaatlichen Handels)

⁷⁵ siehe Haas u.a. 2007, S. 106ff.

⁷⁶ Urteil siehe Seite der Cornell University

⁷⁷ siehe Haas u.a. 2007, S. 108

⁷⁸ Small/Jayson 1964, S. 40

- „To establish an uniform Rule of Naturalization, and uniform Laws on the subject of Bankruptcies“ (Rechtsbereich Einbürgerung und Konkurswesen)
- „To coin Money, regulate the Value thereof, and of foreign Coin, and fix the Standard of Weights and Measures“ (Münzwesen, Standardisierung von Gewichten und Maßen)
- „To provide for the Punishment of counterfeiting the Securities and current Coin of the United States“ (Strafbestimmungen gegen Fälschungen von Zahlungsmitteln)
- „To establish Post Offices and post Roads“ (Postwesen und Poststraßen)
- „To promote the Progress of Science and useful Arts, by securing for limited Times to Authors and Inventors the exclusive Right to their respective Writings and Discoveries“ (Patentwesen)
- „To constitute Tribunals inferior to the Supreme Court“ (Errichtung des Obersten Gerichtshofes und einem untergeordneten Gerichtswesen)
- mehrere Bestimmungen zum Militärwesen, u.a. Völkerrechtsverletzungen, Kriegserklärungen, Unterhalt von Armeen (Bewilligung der Gelder für maximal zwei Jahre) und Marine, Aufbau einer Miliz (zur Durchsetzung von Bundesgesetzen, Unterdrückung von Aufständen, Abwehr von Invasionen)
- „To make all Laws which shall be necessary and proper for carrying into Execution the foregoing Powers and all other Powers vested by this Constitution in the Government of the United States, or in any Department or Officer thereof.“ (der Erlass aller notwendigen und geeigneten Gesetze, die zur Durchführung der oben genannten Punkte)

Wichtig für die konkrete Ausarbeitung von Gesetzestexten ist das Ausschuss-System, das in beiden Häusern eingerichtet ist. Die Ausschüsse sind nach Politikfeldern bzw. administrativen Funktionen geordnet. Zu unterscheiden sind die ständigen Ausschüsse (*standing committees*), die mit Spezialaufträgen ausgestatteten *select committees* bzw. *special committees* und den gemeinsamen Ausschüssen von *House und Senate*, den *joint committees*. *Conference Committees* wiederum werden spontan einberufen, wenn es um die Harmonisierung von Gesetzesentwürfen zwischen den beiden Häusern geht.⁷⁹ Das *Senate*

⁷⁹ im 109. Kongress waren 20 ständige Ausschüsse im Repräsentantenhaus und 16 im Senat angesiedelt. Ein Sonderausschuss existierte im *House*, fünf im *Senate*. Zudem gab es vier *joint committees*. Siehe Gellner/Kleiber 2007, S. 45 bzw. Haas 2007, S. 112. Die Zusammensetzung im 113. Kongress hat sich nur geringfügig verändert.

Committee on Rules and Administration und das *House Committee on Rules* sind für die Lenkung und Koordination der anderen Ausschüsse zuständig und üben damit einen bedeutenden Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess aus. Eine wichtige Unterscheidung betrifft Ermächtigungsausschüsse (*authorizing committees*) und Bewilligungsausschüsse (*appropriating committees*). Erstere arbeiten neue Gesetze aus, letztere kümmern sich um die Geldverteilung innerhalb bereits ratifizierter Gesetze. Die *Committees on Appropriations* in *House* und *Senate* verkörpern das oben beschriebene verfassungsrechtliche Prinzip der *power of the purse* und stellen damit die wohl mächtigsten Institutionen im Ausschuss-System dar – immerhin geht es hier um das zu verwaltende US-Budget. Die Struktur dieser beiden Ausschüsse ist nach Politikfeldern geordnet, Gesundheitsagenden sind im *Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services, Education, and Related Agencies* beheimatet (dieser Unterausschuss besteht sowohl im *House* als auch im *Senate*).

Eine ganze Reihe von Fachausschüssen kümmert sich um einzelne Politikfelder, wie Außenpolitik, Justiz, Landwirtschaft, Militär oder Sozialpolitik. Die Zuständigkeiten werden durch den 1946 verabschiedeten *Legislative Reorganization Act* geregelt.⁸⁰ Demnach müssen alle Gesetzesentwürfe (*bills*), die in den Kongress eingebracht werden, an den zuständigen Ausschuss weitergeleitet werden. Die Mehrheiten in den Ausschüssen (und jene in den Unterausschüssen, die noch konkretere Aufgaben haben) spiegeln die Mehrheitsverhältnisse im Repräsentantenhaus bzw. Senat wieder. Die Mehrheitspartei kann die zahlenmäßige Aufteilung zwar willkürlich entscheiden, tut aber gut daran, dass das Verhältnis gerecht ist – immerhin können sich die Mehrheitsverhältnisse bei der nächsten Wahl wieder ändern.⁸¹

Die *policy* Sozialpolitik wird in mehreren ständigen Ausschüssen behandelt. Sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat gehören sie zu den mitgliederstärkeren und bedeutenderen *committees*. Das *Committee on Ways and Means* (wörtlich „Mittel und Wege“) im Repräsentantenhaus ist einer der ältesten Komitees und besteht bereits seit 1789. In diesem Ausschuss sind viele unterschiedliche Themenbereiche vereint, darunter Steuern, Schulden und Haushaltsagenden, und eben auch das große Feld der *Social Security* auf Bundesebene.⁸² Gesundheitspolitik wird vor allem im *Subcommittee on Health* verhandelt. Im 111. Kongress wurden aufgrund der Bestimmungen in den *Rules of the House of Representatives* dem Unterausschuss alle Agenden zugeteilt, die

⁸⁰ siehe Patterson 2008, S. 385

⁸¹ siehe ebd., S. 384

⁸² für den 111. Kongress siehe Miller 2009, S. 9; für den 89. Kongress siehe Nelson 1993, S. 742, Anhang 1

- Zahlungen fürs Gesundheitswesen und medizinische Forschung beinhalten und
- Programme des *Social Security Act* betreffen.⁸³

Im *Committee on Energy and Commerce* sind ebenfalls Gesundheitsagenden angesiedelt, nämlich jene, die „Health and health facilities (except health care supported by payroll deductions)“⁸⁴ betreffen. Der Ausschuss übt die Kontrollfunktion über das *Department of Health and Human Services* aus. Das *Subcommittee on Health* ist speziell für Gesundheitsfragen zuständig. Als dritter Ausschuss ist noch das *Committee on Education and Labor* (im 113. Kongress aktuell unter dem Namen *Committee on Education and the Workforce* bekannt) zu nennen, das gesundheitsbezogene Agenden, die mit Arbeit zu tun haben, bearbeitet.

Der Senat weist eine ähnliche Struktur auf. Für das Politikfeld Gesundheitswesen sind vor allem zwei Ausschüsse zuständig: zum einen das *Committee on Finance*, zum anderen das *Committee on Health, Education, Labor and Pensions*. Die Geschäftsordnung des 113. Senats teilt die Aufgaben folgendermaßen auf:⁸⁵

- Agenden der Gesundheitswesens, die unter den *Social Security Act* fallen („Health programs under the Social Security Act and health programs financed by a specific tax or trust fund“) fallen in die Kompetenz des Finanzausschusses, dem das *Senate Finance Subcommittee on Health Care* untergeordnet ist. Der Aufgabenbereich umfasst die Agenden „Medicaid and Health Care for Low-Income Families“, „Medicare, Long-Term Care and Health Insurance“ und „Social Security and Family Policy“.⁸⁶
- Alle anderen das Gesundheitswesen betreffenden Agenden („Measures relating to education, labor, health, and public welfare“; „Public health“) sind im *Committee on Health, Education, Labor and Pensions* (vor allem im *Senate Health Subcommittee on Primary Health and Aging*) vereint – darunter etwa die Zuständigkeit für *Community Health Centers*, aber auch medizinische Vorsorge für ältere Menschen. Ebenfalls in dieses Ressort fallen sozialpolitische Themen wie etwa die private Pensionsvorsorge oder Löhne und Arbeitszeiten.

⁸³ siehe Slaughter 2009, S. 314

⁸⁴ Miller 2009, S. 6

⁸⁵ siehe Rules of the Senate: Standing Committees, auf der Seite des Senate Committee on Rules and Administration

⁸⁶ Filzmaier/Plasser 1997, S. 73

Da bei der Bundeslegislative alle gesetzgeberische Macht und die Hoheit über den Bundeshaushalt versammelt sind, ist sie ein gewichtiger Gegenspieler des Präsidenten und der Exekutive. Der Gesetzgebungsprozess gestaltet sich als Zusammenspiel beider Institutionen.

3.2 Exekutive

Die ausführende Gewalt auf Bundesebene liegen beim Präsidenten und der ihm untergeordneten Administration. Der Präsident hat dabei eine große Freiheit in der Ausgestaltung seines Amtes, muss aber im Sinne der *checks and balances* eng mit dem Kongress zusammenarbeiten. Die verfassungsrechtliche Legitimation findet sich in Artikel 2 der Bundesverfassung:

„The executive Power shall be vested in a President of the United States of America. He shall hold his Office during the Term of four Years, and, together with the Vice President, chosen for the same Term, be elected, as follows: [...]“⁸⁷

Die weiteren verfassungsrechtlichen Bestimmungen betreffen die Präsidentschaftswahl, die als eine indirekte Wahl vorgesehen ist. Ein Wahlmännerkollegium bestimmt den Präsidenten – verfassungsrechtlich sind diese Wahlmänner nicht an das Ergebnis der Wahl gebunden, faktisch gab es in der Geschichte nur eine Handvoll „abtrünniger“ Wahlmänner.⁸⁸ Die Bevölkerung eines jeden Staates wählt die ihnen zugewiesene Anzahl von Wahlmännern, die sich aus der Summe von Abgeordneten im Repräsentantenhaus und Senatoren ergibt. Als bevölkerungsreichster Bundesstaat stellt Kalifornien 55 Wahlmänner. Kleinere Staaten sind ein wenig bevorzugt: Oregon hat etwa ein Zehntel der Einwohner Kaliforniens, jedoch mit 7 Wahlmännern einen überproportionalen Anteil.⁸⁹ Die verfassungsmäßigen Bestimmungen

⁸⁷ Constitution of the USA, Art. II, Sec. 1, Clause 1; siehe Jayson 1973, S. 429. Eine vierjährige Amtszeit ist bereits in der Verfassung geregelt, das Verbot von mehr als zwei Kandidaturen findet sich erst im 22. Zusatzartikel (1951); siehe Jayson 1973, S. 1538

⁸⁸ von 1820 bis 2004 gab es lediglich 18 Wahlmänner, die nicht den Willen der Wähler repräsentierten („faithless electors“). Siehe Jäger 2007, S. 136

⁸⁹ die Mindestanzahl von Wahlmännern beträgt drei: zwei für die Anzahl an Senatoren, die der Staat in den Kongress beruft, einen für die Mindestanzahl an Abgeordneten im

zum Wahlmechanismus und den Grundvoraussetzungen für das passive Wahlrecht (u.a. US-Staatsbürgerschaft bei der Geburt und Mindestalter von 35 Jahren) lauten:

„Each State shall appoint, in such Manner as the Legislature thereof may direct, a Number of Electors, equal to the whole Number of Senators and Representatives to which the State may be entitled in the Congress [...]

No Person except a natural born Citizen, or a Citizen of the United States, at the time of the Adoption of this Constitution, shall be eligible to the Office of President; neither shall any Person be eligible to that Office who shall not have attained to the Age of thirty five Years, and been fourteen Years a Resident within the United States.“⁹⁰

Die Präsidentenwahl stellt die einzige Wahl in den USA dar, bei der alle Bürger über die selben, landesweit antretenden Kandidaten abstimmen – damit ist auch die einzigartige Stellung des Amtes im politischen System erklärbar. Die Kompetenzen sind in der Verfassung nur kurz umrissen und stellen nur eine Grundlage für die politische Auslotung von Machtbefugnissen über die Jahrhunderte hinweg dar. Die verfassungsrechtlichen Bestimmungen:⁹¹

- Der Präsident fungiert als Oberbefehlshaber der Streitkräfte („Commander in Chief of the Army and Navy of the United States, and of the Militia of the several States, when called into the actual Service of the United States“).
- Andere Rechte: die Befugnis, Stellungnahmen von den ihm unterstellten *executive departments* anzufordern
- Begnadigungsrecht außer in Fällen der Amtsanklage („he shall have Power to grant Reprieves and Pardons for Offences against the United States, except in Cases of Impeachment“).
- Das Recht, Verträge abzuschließen, wenn der Senat mit einer Zweidrittelmehrheit zustimmt („He shall have Power, by and with the Advice and Consent of the Senate, to make Treaties, provided two thirds of the Senators present concur“)
- Ernennungsrecht mit Zustimmung des Senats: Bunderichter, Minister, Botschafter, Konsuln, Bundesbeamte („he shall nominate, and by and with the Advice and Consent of the Senate, shall appoint Ambassadors, other public Ministers and Consuls, Judges

Repräsentantenhaus. Washington D.C. sendet ebenfalls drei Wahlmänner (bei Kongresswahlen ist die Hauptstadt ausgeschlossen). Siehe Jäger 2007, S. 133

⁹⁰ Constitution of the USA, Art. II, Sec. 1, Clause 2, siehe Jayson 1973, S. 438f.

⁹¹ alle folgenden Zitate siehe Constitution of the USA, Art. II, Sec. 2; siehe Jayson 1973, S. 448ff.

of the supreme Court, and all other Officers of the United States, whose Appointments are not herein otherwise provided for, and which shall be established by Law [...]“)

- Vetorecht gegen im Kongress verabschiedete Gesetze, die nur mit einer Zweidrittelmehrheit in beiden Häusern übergangen werden kann („Every Order, Resolution, or Vote to which the Concurrence of the Senate and House of Representatives may be necessary [...] shall be presented to the President of the United States; and before the Same shall take Effect, shall be approved by him, or being disapproved by him, shall be repassed by two thirds of the Senate and House of Representatives [...]“⁹²)

Andere Befugnisse ergeben sich aus dem Gewohnheitsrecht (*inherent powers*), etwa präsidiale Verordnungen (*executive orders*) oder Exekutivabkommen (*executive agreements*) mit anderen Staaten – darunter fällt etwa das Abrüstungsabkommen SALT II. Auch Notstandsrechte (*emergency powers*) ergeben sich nicht aus der Verfassung, sondern werden durch Gesetze und Erkenntnisse des Obersten Gerichtshofes definiert.⁹³

Der Präsident hat formell keine Möglichkeit, selbst Gesetzesvorlagen in den Kongress einzubringen. Dies widerstrebt zwar dem realpolitischen Paradigma, wonach der Präsident selbst aktiv am legislativen Prozess mitarbeitet und *Agenda setting* betreibt, ist jedoch dem Prinzip der Gewaltentrennung geschuldet. Auch wenn der Präsident formal vom legislativen Prozess getrennt ist, übt er neben seiner Funktion des Staats- und Regierungschefs noch die des *chief legislator* und des Parteichefs aus, wie Filzmaier/Plasser schreiben.⁹⁴ Als Parteichef ist er zwar weniger an seine Partei gebunden als etwa europäische Kollegen. Dennoch wirken Präsident und das *National Committee* der jeweiligen Partei eng in der Umsetzung gemeinsamer Ziele zusammen. In der Funktion als *chief legislator* hat der Präsident realen Einfluss auf die Politik des Kongresses. Verfassungsrechtlich ist dies nur soweit geregelt, dass der Präsident den Kongress „von Zeit zu Zeit“ (in der Praxis mindestens einmal im Jahr im Rahmen der *State of the Union Address* im Jänner) zur Beratung über politische Agenden auffordern soll. In dieser Ansprache legt er grob die politischen Zielsetzungen und ein

⁹² Constitution of the USA, Art. I, Sec. 7, Clause 3 siehe Jayson 1973, S. 125

⁹³ und Gellner/Kleiber 2007, S. 74 und Jäger 2007, S. 130: Letzterer nennt das Beispiel einer Stahlfabrik, die Präsident Truman während des Koreakrieges wegen einer nationalen Notwendigkeit beschlagnahmen ließ; der Oberste Gerichtshof beurteilte das Vorgehen in *Youngstown Sheet & Tube Co. v. Sawyer* (343 U.S. 579, 1952) als verfassungswidrig.

⁹⁴ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 107

mögliches Gesetzgebungsprogramm fest. Die politische Praxis weicht etwas davon ab: In der Öffentlichkeit wird der Präsident als *Leader* im Gesetzgebungsprozess angesehen. Für die Einbringung von Gesetzen in den Kongress ist er formal jedoch auf die Zusammenarbeit mit Abgeordneten und Senatoren angewiesen – nur sie können Gesetze initiieren –, was in der Praxis meist kein Problem darstellt.

Dem Präsident unterstellt sind einerseits die Ministerien, deren Leiter das Kabinett bilden und andererseits ein umfangreicher Mitarbeiterstab, der im *Executive Office of the President (EOP)* zusammengefasst ist.⁹⁵ Das 1939 geschaffene *EOP* vereint zahlreiche Beratergremien, angefangen vom *White House Office*, das den engsten Beraterkreis umfasst, bis hin zum *Office of Management and Budget*, das zu Themen des Bundeshaushalts Stellung nimmt, oder dem *National Security Council*, das in Fragen der nationalen Sicherheit berät. Mit rund 1.900 Mitarbeitern (zuzüglich kurzfristig abgestellter Fachkräfte aus anderen *Departments*) und einem Jahresbudget von über 300 Millionen Dollar erweist sich das *EOP* als mächtige Institution. Sie steht damit in Konkurrenz mit dem Kabinett der Minister und ihrer *Departments*, die traditionelle einen eher geringen Stellenwert in der politischen Entscheidungsfindung tragen. Diese Bundesadministration besteht aus 15 Ministerien, die jeweils ein eigenes Politikfeld repräsentieren. Die Ministerialstruktur wurde seit der Staatsgründung sukzessive ausgebaut. Manche Ministerien wie das Außenministerium (*Department of State*) oder das Finanzministerium (*Treasury Department*) existieren bereits seit 1789, viele wurden erst im 20. Jahrhundert als Reaktion auf die zunehmende Komplexität der administrativen Tätigkeit gegründet. 2002 erfolgte die bislang letzte und in ihrem Umfang eine der größten Reorganisationen, indem das Heimatschutzministerium (*Department of Homeland Security*) geschaffen wurde. Für den Sozialbereich ist besonders das 1953 gegründete und 1979 reorganisierte *Department of Health and Human Services* zu nennen, das mit einem jährlichen Budget von rund 700 Milliarden Dollar im Jahr 2007 das haushaltsmäßig größte Ministerium darstellt.⁹⁶ Sowohl das *Department of Housing and Urban Development* (Gründung 1965) als auch das *Department of Veteran Affairs* (1988) und die ministeriumsunabhängige *Social Security Administration* (u.a. zuständig für Renten) verwalten jeweils einen eigenen Teil des Bundeshaushaltes für soziale Zuwendungen.

⁹⁵ siehe Patterson 2008, S. 428ff, Gellner/Kleiber 2007, S. 74ff., Jäger 2007, S. 140ff.

⁹⁶ jährliches Budget von 698 Mrd. Dollar auf Basis der Zahlen von 2007, darin inkludiert etwa Leistungen für *Medicare* und *Medicaid*, siehe Patterson 2008, S. 454

3.3 Judikative

Das System der Judikative in den USA ist hierarchisch aufgebaut. Dem obersten Organ, dem *Supreme Court of the United States*, ist ein System von Bundesgerichten untergeordnet. Der Oberste Gerichtshof entscheidet über die Verfassungsmäßigkeit von Gesetzen der Legislative und Verordnungen der Exekutive. Zudem dient der *Supreme Court* als oberstes Appellationsgericht. Das neunköpfige Richterkollegium entscheidet mit einfacher Mehrheit,⁹⁷ wobei dem Urteil eine ausführliche schriftliche Begründung hinzugefügt wird. Diese *Opinion* ist für die weitere politische Beschäftigung mit dem Themengebiet essentiell.⁹⁸ Die verfassungsmäßigen Bestimmungen finden sich im Artikel III der *Constitution*. In Abschnitt 1 wird die Errichtung des Obersten Gerichtshof geregelt und die Amtszeit der Richter definiert:

„The judicial Power of the United States, shall be vested in one supreme Court, and in such inferior Courts as the Congress may from time to time ordain and establish. The Judges, both of the supreme and inferior Courts, shall hold their Offices during good Behaviour, and shall, at stated Times, receive for their Services, a Compensation, which shall not be diminished during their Continuance in Office.“⁹⁹

Der Abschnitt 2 regelt den Umfang der richterlichen Kompetenz: Unter anderem ist der Oberste Gerichtshof anzurufen, wenn es sich um Fälle handelt,

- in denen die USA Streitpartei sind,
- in denen zwei oder mehr Einzelstaaten involviert sind
- in denen Bürger unterschiedlicher Einzelstaaten Streitparteien sind:

„The judicial Power shall extend to all Cases, in Law and Equity, arising under this Constitution, the Laws of the United States, and Treaties made, or which shall be made, under their Authority;—to all Cases affecting Ambassadors, other public ministers and Consuls;—to all Cases of admiralty and maritime Jurisdiction;—to Controversies to which the United States shall be a Party;—to Controversies between two or more States;—between a State and Citizens of another State;—between Citizens of different States;—between Citizens of the same State

⁹⁷ Mindestens sechs, bei Fällen zur Verfassungsmäßigkeit sieben Richter müssen anwesend, um das Urteil rechtskräftig werden zu lassen; siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 143ff.

⁹⁸ Auch mehrere Begründungen können dem Urteil angefügt werden. Eine Mehrheitsentscheidung mündet in einer *majority opinion*, die Gruppe um die unterlegene Meinung kann eine *dissenting opinion* beilegen. Auch eine sogenannte *per curiam*, eine *plurality opinion* oder eine *concurring opinion* sind möglich; siehe Patterson 2008, S. 493

⁹⁹ Constitution of the USA, Art. III, Sec. 1, siehe Jayson 1973, S. 583

claiming Lands under Grants of different States, and between a State, or the Citizens thereof, and foreign States, Citizens or Subjects.“ (Clause 1)

In all Cases affecting Ambassadors, other public Ministers and Consuls, and those in which a State shall be Party, the supreme Court shall have original Jurisdiction. In all the other Cases before mentioned, the supreme Court shall have appellate Jurisdiction, both as to Law and Fact, with such Exceptions, and under such Regulations as the Congress shall make.“ (Clause 2)¹⁰⁰

Zu beachten ist, dass der Oberste Gerichtshof nur dann erstinstanzlich tätig wird, wenn eine Streitpartei entweder Botschafter, Konsul, Gesandter oder andererseits ein Bundesstaat ist. Ansonsten fungiert der *Supreme Court* als Appellationsinstanz. Der Gerichtshof kann auch nicht von selbst tätig werden und etwa Fragen der Verfassungsmäßigkeit zu klären. Die abstrakte Normenkontrolle, wie sie andere Verfassungsgerichtshöfe innehaben, fehlt beim Obersten Gerichtshof. Er kann nur auf bestehende Klagen von direkt Betroffenen (auch wenn der Betroffenheitsgrad sehr dehnbar ist) reagieren.¹⁰¹

Die Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit von Gesetzen (Normenkontrolle bzw. *judicial review*) ist in der Verfassung selbst nicht explizit geregelt, obwohl sie von Verfassungsgründern wie Alexander Hamilton impliziert wurden. Der Oberste Gerichtshof schuf 1803 mit dem Urteil *Marbury v. Madison* (5 U.S. 137)¹⁰² Fakten, indem er über die Verfassungsmäßigkeit eines Bundesgesetzes, das die Richterbestellung regelte, urteilte. Dem *Supreme Court* war es bis dahin erlaubt, Richterbestellungen auch durchzusetzen, wenn der Präsident diese ablehnte. Ergebnis aus dem Urteil war, dass der Gerichtshof sich selbst diese Kompetenz absprach, dadurch aber das Prinzip der Normenkontrolle festschrieb. Die Verschiebung des Kompetenzbereichs wurde politisch heftig diskutiert und von Kritikern als demokratiefeindlich dargestellt. Befürworter wiesen dagegen auf die Notwendigkeit einer Instanz hin, die Gesetze nach ihrer Verfassungsmäßigkeit beurteilt und damit das Prinzip der Vorrangigkeit von Bundesgesetzen vor einzelstaatlichen Gesetzen (*national supremacy*) verteidigt. Und diese Kontrolle sollte – nach Hamilton – einer Institution zufallen, die weder *purse* noch *sword* besäße, also weder finanzielle noch militärische Mittel zur Durchsetzung.¹⁰³

¹⁰⁰ Constitution of the USA, Art. III, Sec. 2, siehe Jayson 1973, S. 583 (Clause 1) bzw. S. 747 (Clause 2)

¹⁰¹ siehe Shell 2007, S. 174

¹⁰² siehe Seite der Cornell University (Legal Information Institute)

¹⁰³ siehe Shell 2007, S. 176

Die heutige Bundesgerichtsbarkeit (*Federal Judiciary of the United States*) besteht aus einem dreistufigen System: An unterster Stelle stehen die *U.S. district courts*, die zweite Instanz besteht aus den *U.S. courts of appeals*, die wiederum eine hierarchische Ebene unter dem *Supreme Court of the United States* angesiedelt sind. Die Bundesgerichtsbarkeit übernimmt die weiter oben genannten Fälle (vor allem wenn Bundesstaaten selbst involviert sind oder Bürger aus unterschiedlichen Bundesstaaten kommen). Auf Einzelstaatsebene gibt es eine Parallelstruktur mit *Lower state courts* und *State supreme courts*. Für beide ist der Oberste Gerichtshof die letzte Instanz. Verfahren können im Normalfall nicht zwischen dem Bundesgerichtssystem und dem einzelstaatlichen System hin und her wandern.¹⁰⁴

Der Oberste Gerichtshof ermöglicht den Richtern eine erhebliche Menge an Gestaltungsspielraum. Einmal im Amt sind sie weitgehend frei in ihren Entscheidungen. Urteile können ausschließlich durch nachfolgende Urteile des Obersten Gerichtshofes oder durch die Verabschiedung eines Verfassungszusatzes im Kongress unwirksam gemacht werden.¹⁰⁵ Dass dies nur selten passiert, zeigt die Statistik: Lediglich viermal brachte es der Kongress zustande, ein Urteil des Gerichtshofes durch Verfassungszusätze zu umgehen.¹⁰⁶ Im Fall der Gleichberechtigung von Afroamerikanern brauchte der Kongress 14 Jahre, um das rassistische Urteil aus *Scott v. Sanford* (60 U.S. 393, 1857), das Sklaven die Staatsbürgerschaft absprach, 1868 in Form des *Fourteenth Amendment* aufzuheben. Immerhin lag dazwischen die verlustreichste Auseinandersetzung in der US-Geschichte, der Bürgerkrieg, dessen militärische Entscheidung den Weg zur Verfassungsänderung freimachte. Einer solchen Änderung der Verfassung sind hohe Hürden auferlegt: Um einen Verfassungszusatz zu verabschieden, wird eine Zweidrittelmehrheit sowohl im Senat als auch im Repräsentantenhaus benötigt. Außerdem ist die Zustimmung von drei Vierteln der Bundesstaaten (Parlamente oder Ratifizierungskonvente) notwendig.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Als dritte Säule neben den *federal courts* und den *state courts* gibt es so genannte *Special Federal Courts*, die als darüber geordnete Instanz ebenfalls den Obersten Gerichtshof haben. Darunter fallen etwa der *U.S. Claims Court*, der Schadensersatzansprüche gegen staatliche Einrichtungen behandelt oder der *U.S. Court of Military Appeals* (ein Teil der Militärgerichtsbarkeit). Zum Aufbau des US-Gerichtssystems siehe Patterson 2008, S. 493ff.

¹⁰⁵ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 36

¹⁰⁶ siehe ebd., S. 152

¹⁰⁷ Eine zweite Möglichkeit besteht in der Einberufung der Nationalversammlung auf Antrag von zwei Drittel der Bundesstaaten; nach einer einfachen Mehrheit dieser wird wie im Constitutional Amendment-Prozedere weiter verfahren. Siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 36

Das ausgefeilte System der *checks and balances* beschneidet auch die Macht des Obersten Gerichtshofes. Die Mitglieder des Gerichtshofes sind zwar auf Lebenszeit gewählt und können nur durch ein *Impeachment*-Verfahren abgesetzt werden (was noch nie in der Geschichte des Obersten Gerichtshofes passiert ist). Dennoch ist die Judikative abhängig von Exekutive und Legislative. Der Präsident nominiert neue Richter, der Senat muss dies mit einfacher Mehrheit bestätigen. Die Senatsentscheidung ist kein rein formeller Akt, denn besonders in Phasen politischer Polarisierung wurden immer wieder Kandidaten abgelehnt. Die Notwendigkeit einer Senatsmehrheit hat zur Folge, dass besonders polarisierende Anwärter keine Chance haben und sich dadurch auch die langfristige Spruchpraxis des Gerichtshofes nicht dramatisch verändert. Die oft genannte Befürchtung, Präsidenten könnten den Gerichtshof nach Gutdünken beschicken und damit eine politische Wende herbeiführen, ist übertrieben. So wurden einerseits viele Richter mit sehr großen Mehrheiten im Senat bestätigt – auch vom gegnerischen Lager, wie Stimmenmehrheiten bei Ruth Bader Ginsburg (1993 mit 96-3 Stimmen, nominiert von Bill Clinton), Stephen G. Breyer (1994, 87-9 Stimmen, Clinton) und John G. Roberts (2005, 78-22 Stimmen, George W. Bush) zeigen.¹⁰⁸ Andererseits entpuppte sich eine konservative Lichtgestalt schon mal als Liberaler (oder umgekehrt), sobald sie ein Teil des Richterkollegiums war. Filzmaier/Plasser nehmen an, dass immerhin ein Viertel der Kandidaten im Amt auf eine andere, dem Präsidenten entgegenstehende politische Meinung umschwenkte.¹⁰⁹ Roberts etwa verhalf Obamas Gesundheitsreform zum Erfolg, da er sich auf die Seite des liberalen Flügels stellte (siehe Kapitel 7.4).

¹⁰⁸ siehe Shell 2007, S. 172f.

¹⁰⁹ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 150

3.4 Interest Groups

Lobby-Gruppen, Interessensverbände, *pressure groups* und *Grassroot*-Organisationen sind fixer Bestandteil des politischen Systems der USA.¹¹⁰ Zugute kommt diesem vordergründig pluralistischen, im Hintergrund jedoch meist ungleich verteilten System der relativ offene Charakter der amerikanischen Demokratie. Historisch traten Interessensverbände in den USA erst dann in Erscheinung, als der Staat eine aktivere Rolle in der Umsetzung von *policies* einnahm, etwa in den 1930er-Jahren im Rahmen der *New Deal*-Gesetzgebung oder in der Zeit der *Great Society* in den 1960er-Jahren. Im weniger institutionalisierten Staat des 18. und 19. Jahrhunderts reichten oft informelle Gruppen oder Einzelinterventionen aus, um den politischen Prozess zu beeinflussen.

Basis für die Etablierung von *interest groups* ist der pluralistische Interessenausgleich. Die politischen Systeme in Europa neigen mehr zu Korporatismus, während jenes in den USA den Fokus auf Pluralismus und Individualismus legt. Pluralistische Systeme zeichnen sich laut Filzmaier/Plasser durch eine Vielfalt an Verbänden mit freiwilligen Mitgliedschaften, Hierarchieferne und in der Interessensbekundung durch einen offensiven Lobbying-Stil aus. Im Korporatismus mit seinen institutionalisierten Verbänden (z.B. Arbeiter- und Wirtschaftskammer bei Fragen der Wirtschaftspolitik in Österreich) herrscht dagegen ein staatlich anerkanntes Repräsentationsmodell vor.¹¹¹ Interessensverbände agieren neben sozialen Bewegungen oder Parteien als Systeme intermediärer Vermittlung zwischen privaten Akteuren (Bürgern, Unternehmen,...) und dem Staat. Sie stehen in engem Verhältnis zu Institutionen der Legislative, Exekutive und Judikative. Dies funktioniert nur, wenn das System pluralistisch veranlagt ist und sich laut Schmidt dadurch auszeichnet, dass

- die „politische Macht insgesamt und die der Exekutive im Besonderen vom Recht und von institutionellen Sicherungen und Gegenkräften gezügelt wird (Checks and Balances) [...]“¹¹²
- „die Bürger und die organisierten Interessen hohe Autonomie genießen und in beträchtlichem Umfang Gelegenheit zur politischen Beteiligung haben [...]“
- und das System „offen für Konfliktaustragung und Konsensbildung zwischen unterschiedlichen Interessen und Ideen [...]“ ist.

¹¹⁰ zum Thema Interessensgruppen im religiösen Bereich siehe Schmideder 2005, S. 92ff.

¹¹¹ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 223

¹¹² dieses und folgende Zitate: Schmidt 2004, S. 533

Schon die Theoretiker des neuen Staates betonten die Notwendigkeit von bürgerlicher Beteiligung am politischen Prozess als Gegengewicht zu einer drohenden *majority tyranny*.¹¹³ James Madison etwa setzte sich in den *Federalist Papers* stark für Föderalismus und Pluralismus ein. Die Beeinflussung von Entscheidungsprozessen gehörte für Madison und andere zum grundlegenden Bestandteil des liberalen Prinzips der Meinungsfreiheit.¹¹⁴ Dies kontrastiert mit der Rousseau'sche Vorstellung eines Gemeinwohls (*volonté générale*),¹¹⁵ der sich die Bürger unterordnen sollen. Vielmehr sollte im pluralistischen System eine Vielzahl an Partikularinteressen eine funktionierende Demokratie formen.

Neuere Theoretiker wie Dahl beschreiben die Möglichkeit für Bürger, Parteien, Organisationen oder Interessensgruppen zu gründen, um ihre Zielsetzungen zu artikulieren und zu verwirklichen, als unbedingte Notwendigkeit für eine *large scale democracy*. Wichtige Bestandteile eines umfassenden demokratischen Systems sind laut Dahl: „1. Elected officials, 2. Free, fair and frequent elections, 3. Freedom of Expression, 4. Alternative sources of Information, 5. Associational autonomy, 6. Inclusive citizenship“.¹¹⁶

Die Frage, ob diese Punkte im politischen System der USA gänzlich erfüllt sind, lässt sich eher verneinen: Zwar existiert auch heute noch immer ein hohes Maß an Möglichkeiten zur freien Meinungsäußerung und ein überwiegendermaßen faires Wahlsystem. Dennoch lässt sich besonders die Bandbreite an alternativen Informationsmöglichkeiten und die fehlende Möglichkeit für viele Bürger, sich aktiv in den Entscheidungsprozess einzubringen, kritisieren. Zwar existiert eine Vielzahl an *public interest groups* und „Graswurzelbewegungen“, die allgemeine gesellschaftliche Interessen vertreten. Die Möglichkeiten und die Ausgangslage verschlechtern sich jedoch zunehmend im Vergleich zu finanziell besser ausgestatteten Lobby-Verbänden der Wirtschaft. So ist auch die Gefahr einer *minority tyranny*, wie Dahl die Durchsetzung von Partikularinteressen auf dem Rücken der Mehrheit beschreibt, heute aktueller denn je. So ist es nicht verwunderlich, dass die Pluralismustheorien zahlreicher Kritik von konservativer wie marxistischer Seite ausgesetzt sind. Das Hauptargument ist dabei, dass Einzelinteressen strukturell leichter organisier- und finanzierbar sind und es damit zur Oligopolisierung oder Monopolisierung von Interessen

¹¹³ siehe Dahl 2003, S. 209

¹¹⁴ siehe Wasser 2007, S. 327f.

¹¹⁵ siehe Jean-Jacques Rousseaus „Contract Social“ (1762), ein idealtypisches Demokratiemodell, in dem Einzelinteressen im allgemeinen Volkswillen aufgehen; siehe Neumann 1998, S. 27 bzw. Schmideder 2005, S. 92ff.

¹¹⁶ Dahl 1998, S. 85

komme. Das sogenannte *Olsonian dilemma* weist darauf hin, dass der Antrieb für Menschen geringer sei, sich für allgemeine, öffentliche Interessen einzusetzen als für ihre eigenen. Die Frage ist: „What incentive is there for an individual to join a group which seeks some collective good?“¹¹⁷ Das Problem ist die Differenz zwischen (hohen) Kosten etwa in Form von Geld und Zeit und dem angenommenen (geringen) Nutzen für den einzelnen Bürger. Umgekehrt könnte man fragen, warum sich dennoch so viele Menschen für *public goods* einsetzen, wenn der Nutzen für den Einzelnen relativ gering ist – siehe Umweltschutz-Initiativen, religiöse Abtreibungsgegner oder soziale Gruppen. Offensichtlich gibt es hier noch andere Faktoren als die rein ökonomische Abwägung.¹¹⁸ Dennoch ist sehr wohl ein systemimmanenter Graben zwischen unternehmerischen Einzelinteressen und *public interest* in punkto finanzieller und personeller Möglichkeiten zu finden. Interessensgruppen als stabilisierender Faktor in der pluralistischen Demokratie haben nur Erfolg, wenn der Staat die Vielfalt aktiv unterstützt und für „Waffengleichheit“ sorgt. Ob die gerade im Gesundheitsbereich gegeben ist, werde ich in den folgenden Kapiteln behandeln.

Interessensgruppen sind die organisierte Form pluralistischer Willensäußerung. Sie existieren alleine für das Ziel, ein gemeinsames Interesse zu artikulieren und politisch zu formulieren. Von Bedeutung ist, dass Interessensgruppen bereits existierende Interessen versammeln, und nicht etwa wie *Think Tanks* neue Ideen generieren: „Their task is to represent or fulfill preexisting interests, not to develop new ones [...] or to achieve a freedom beyond interests [...]“¹¹⁹. Individuen schließen sich laut dem Politikwissenschaftler Jeffrey Lustig zusammen, um ihre *chief value goals* durch politischen Einfluss umzusetzen. Idealtypisch sind *interest groups* privatorganisiert, homogen in der Zusammensetzung, autonom, auf Freiwilligkeit basierend und eingeschränkt in der Zielsetzung. Diese Gruppen werden oft von gesellschaftlichen Eliten geleitet, die einen Zugang zur institutionellen Macht haben. Die Strategien sind meist konsistent und kontrolliert. Durch den Einfluss der Gruppen wird der politische Prozess verändert: Informationen und finanzielle Zuwendungen, medialer Druck und Meinungsbildung sorgen dafür, dass politische Institutionen beeinflusst und limitiert werden.¹²⁰ In Abgrenzung zu Parteien sind *interest groups* keine im verfassungsrechtlichen Rahmen verankerten Akteure. Aufgrund des ausschließlichen

¹¹⁷ Hertzke 1988, S. 8; der Autor analysiert die Frage anhand religiöser *interest groups*, sie lässt sich aber auch auf andere Politikfelder umlegen.

¹¹⁸ siehe u.a. Wasser 2007, S. 328

¹¹⁹ Lustig 1984, S. 914

¹²⁰ siehe ebd., S. 913 ff.

legislativen Primats des Kongresses und des relativ starren Mehrheitswahlrechts ist den Interessensgruppen eine eigenständige Beteiligung am Gesetzgebungsprozess verwehrt. Deshalb stehen informelle Strategien im Vordergrund, um Parteien, Abgeordnete oder auch Gerichte wie den *Supreme Court* zu beeinflussen, ohne sich dabei selbst in den institutionellen Rahmen einfügen zu müssen. Interessensgruppen können dadurch viel freier agieren, ohne die rechtlichen Rahmenbedingungen der Legislative oder Exekutive beachten zu müssen. Rechtliche Beschränkungen ergeben sich nur durch das Strafgesetzbuch oder durch spezielle Regeln zur Tätigkeit von Lobbyisten und Interessensverbänden.¹²¹

Unterscheiden lassen sich Interessensverbände in der Frage, wessen Interessen sie vertreten. *Self-orientated interest groups* sind auf die Vorteile ihrer Mitglieder, deren Beiträge die finanzielle Basis für ihre Arbeit sind, fokussiert. Beispiele sind Unternehmensverbände oder Gewerkschaften. Dem entgegen versuchen *public interest groups* öffentliche Interessen umzusetzen. Hier gibt es keine finanzielle Verbindung zwischen Spendern und Begünstigten/Betroffenen. Ein USA-weites Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen würde zum Beispiel alle Bürger betreffen, ungeachtet dessen, ob sie die Interessensgruppierung, die diese Forderung durchgesetzt hat, unterstützt haben.

Eine Einteilung von *interest groups* kann auch nach den Tätigkeitsfeldern getätigt werden. In den USA sind folgende Gruppen tätig:¹²²

- Wirtschaftsverbände (*business groups*): Vertretungen von Industrie-, Handels- oder Dienstleistungsbranchen, branchenübergreifende Gruppen wie Vertretungen von mittelständischen Unternehmen; die meisten *interest groups* fallen in diesen Sektor; In der Dachorganisation *United States Chamber of Commerce* sind rund 2.800 regionale Unternehmensverbände und 300.000 Einzelunternehmen zusammengefasst. Ebenfalls wichtige Akteure sind die Verbände für Klein- und Mittelbetriebe *National Small Business Association* und *National Federation of Independent Business*. Letztere trat 2011 landesweit in Erscheinung, weil sie als Klägerin gegen den PPACA

¹²¹ Bsp.: der *Federal Regulation of Lobbying Act* von 1946, wonach Lobbying-Gruppen verpflichtet sind, sich registrieren zu lassen, vierteljährliche Tätigkeitsberichte zu veröffentlichen und ihr Finanzgebaren offenzulegen (siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 221). Die Tätigkeit von PACs (*political action committees*) sind u.a. im *Federal Election Campaign Act* und im *Electoral Reform Act* (beide 1974) geregelt.

¹²² siehe Wasser 2007, S. 330f., Filzmaier/Plasser 1997, S. 219f. bzw. Schmideder 2005, S. 93f.

(„Obamacare“) im Fall *National Federation of Independent Business v. Sebelius* (567 U.S. ___, 2012)¹²³ vor dem Obersten Gerichtshof auftrat (siehe Kapitel 7).

- Gewerkschaften (*labor unions*): 250 Einzelgewerkschaften, einige davon in Dachorganisationen versammelt (z.B. *American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations – AFL-CIO*); gewerkschaftlich organisiert sind nur etwa 20 Millionen Arbeitnehmer; die gewerkschaftlichen *unions* sind sehr dezentralisiert – bis zu 200.000 verschiedenen Tarifverträgen existieren in den USA. Aufgrund der Zersplitterung ist eine gesamtstaatliche Koordinierung von Kampagnen schwierig.
- Agrarische *interest groups*: Organisationen von Farmern, Lebensmittel produzierenden Betrieben; die größte Vereinigung ist die *American Farm Bureau Federation* mit rund einer Million Mitgliedern.
- Berufsgruppen- und Standesvertretungen; darunter fällt etwa die in Gesundheitsfragen äußerst einflussreiche Ärztevereinigung *American Medical Association (AMA)*, der rund 250.000 Ärzte angehören.
- Verbände von Einzelstaaten, Regionen und Lokalregierungen
- Bürgerrechtsbewegungen; klassische *public interest groups*, die ein gemeinsames Ziel eint: darunter fallen Vereinigungen, die ein umfassendes Programm umsetzen wollen (Beispiele: Frauenorganisationen, Umweltschutzorganisationen wie der *Sierra Club* oder religiöse Gruppen wie die *Christian Coalition*), aber auch *single interest groups*, die auf eine eng umgrenzte Themenwahl setzen (etwa die *National Rifle Association* oder die *Anti-Salon League*, die sich für die Prohibition aussprach). Auch *interest groups* zur Durchsetzung der Interessen von ethnischen Gruppen finden sich darunter, etwa die *National Association for the Advancement of Coloured People (NAACP)*

Die Strategien zur Durchsetzung von politischen Inhalten sind differenziert. Das klassische *inside lobbying*, also die direkte Beeinflussung von Abgeordneten, tritt zunehmend in den Hintergrund – nicht zuletzt aufgrund verschärfter Antikorruptionsgesetze.¹²⁴ Die Methoden wurden in den letzten Jahrzehnten subtiler, auch wenn es immer noch den Versuch gibt, einzelne Abgeordnete oder informelle Kreise im Kongress direkt zu kontaktieren. Hier spielen etwa ehemalige Mandatare eine große Rolle, da sie formalen Zugang zum Kongress besitzen. Wichtig für die Zusammenarbeit sind Netzwerke: So etablieren sich einerseits im

¹²³ Urteil siehe Seite des Supreme Court

¹²⁴ siehe Wasser 2007, S. 335f.

Kongress informelle Gruppen, um Informationsaustausch zu betreiben und politische Aktionen zu koordinieren. Andererseits bilden Vertreter der Bürokratie, der Legislative und Lobbyisten so genannte *Iron Triangles*, relativ starre Zirkel, die gewisse politische Prozesse beeinflussen wollen. Aufgrund der Dominanz von Partikularinteressen stehen solche Verbindungen in der Kritik und werden zunehmend von *Issue Networks* verdrängt. Dabei handelt es sich um losere Netzwerke, die sich um gewisse Sachfragen bilden und Einfallstor für kundige und kenntnisreiche Lobbyisten sind.¹²⁵

Der Trend geht in einer informellere Richtung – indirekte Unterstützung durch Informationen, subtiler Gruppendruck oder finanzielle Hilfe im Wahlkampf (bzw. die Drohung, einen Gegner zu unterstützen) zählen zu den erfolgversprechenden Strategien: „Lobbying once depended significantly on tangible inducements, sometimes including indirect or even outright bribes. This old form of lobbying survives, but modern lobbying generally involves subtler and more sophisticated methods [...]. It focuses on supplying officials with information and indications of group strength that will persuade them to adopt the group’s perspective.“¹²⁶ Auch andere Formen des *outside lobbying* werden eingesetzt: Mithilfe der öffentlichen Meinung etwa wird versucht, eine politische Entscheidung herbeizuführen. Mit so genanntem *grass root lobbying* versuchen Gruppen, Anhänger und Sympathisanten zu mobilisieren, ihrerseits Druck auf Entscheidungsträger auszuüben. Eine der am besten vernetzte Gruppen, der Pensionistenverband *American Association of Retired Persons* (AARP) startet etwa regelmäßig Kampagnen zu den Themen Soziale Sicherheit und *Medicare*.¹²⁷ Auch bei religiösen *interest groups* ist *grass root lobbying* ein beliebtes Mittel, sich Gehör zu verschaffen.

Eine weitere Strategie ist es, an Gerichten, etwa dem Obersten Gerichtshof, zu lobbyieren. Durch so genannte *amicus curiae briefs* haben Bürgerrechtsgruppen wie die *American Civil Liberties Union* die Möglichkeit, als nicht beteiligte Sachverständige eine Partei zu unterstützen. Dieses Recht wird vor allem bei öffentlichkeitswirksamen Prozessen in Anspruch genommen.

Auch die Exekutive ist Ziel von Lobbying. Die zunehmende Kompetenzaneignung der Bundesexekutive steigert auch den Wert für *interest groups*. Die meisten Gesetzesvorhaben werden heute von der Exekutive ausgearbeitet – hier bietet sich frühzeitig eine

¹²⁵ siehe Patterson 2008, S. 312f. und Haas 2008a, S. 113

¹²⁶ Patterson 2008, S. 309

¹²⁷ siehe ebd., S. 315

Möglichkeit, den Gesetzgebungsverlauf zu beeinflussen. Adressaten sind dabei vor allem die Ministerien, die ihrerseits Spezialisten aus anderen Behörden oder externen Organisationen anfordern, wenn es um die Ausarbeitung von Details geht.¹²⁸

Einen erheblichen Einfluss haben so genannte PACs (*political action committees*). Sie unterstützen Kandidaten finanziell, indem sie die kostspielige Öffentlichkeitsarbeit übernehmen. Durch Antikorruptionsgesetze wurde in den 1970er-Jahren der Einfluss einzelner Spender auf Abgeordnete begrenzt. Die wenigsten Spenden kommen heute auf direktem Weg an die Abgeordneten. Die meisten Wahlkampfgelder gelangen indirekt über die PACs in Umlauf. Diese unterstützen dabei oft *negative campaigning* gegen Konkurrenten. Sowohl auf demokratischer als auch auf republikanischer Seite werden bei großen Wahlen mehrere hundert Millionen Dollar über PACs erwirtschaftet und verteilt. PACs sind dabei gesetzlichen Regeln unterworfen, wenn sie direkt Spenden für Kandidaten lukrieren. Allerdings gilt nach mehreren Urteilen seit 2010 dieses Limit nicht für PACs, die keinen Kandidaten direkt unterstützen, sondern generell ihre Meinung äußern.¹²⁹ Dies führte zur Entwicklung von sogenannten *Super PACs*, die mittlerweile einen verhältnismäßig hohen Anteil an der Wahlkampffinanzierung halten. Die verfassungsmäßig garantierte Meinungsfreiheit führt dabei oft zu medialen Feldzügen gegen die Politik des jeweiligen Konkurrenten.

Patterson hat für 2006 errechnet, dass 63 Prozent der PACs aus dem Bereich Unternehmen und Handel kamen (z.B. *Ford Motor Company Civic Action Fund*; *AMPAC* der *American Medical Association*), während nur 29 Prozent aus dem *public interest*-Bereich (z.B. *People for the American Way*) und lediglich sieben Prozent aus dem Einflussbereich der *Labor Unions* kommen.¹³⁰ *Super PACs* gaben laut dem *Center for Responsible Politics* im Wahljahr 2012 zusammen 828 Millionen US-Dollar aus. Die beiden größten *Super PACs*, *American Crossroads* und *Restore Our Future*, unterstützten im Präsidentschaftswahlkampf Kampagnen gegen Barack Obama für insgesamt 173 Millionen Dollar.¹³¹ PACs aus dem Bereich Gesundheitswesen (*health sector*) unterstützten Kandidaten in den Wahljahren 2010 und 2012 mit jeweils rund 55 bis 57 Millionen US-Dollar. Dies ist allerdings nur ein kleiner

¹²⁸ siehe Wasser 2007, S. 336

¹²⁹ Die Urteile in *Citizens United v. Federal Election Commission* (558 U.S. ___, 2010) sowie *SpeechNow.org v. Federal Election Commission* hoben die Begrenzungen mit der Begründung auf, die Kampagnen fielen unter die verfassungsmäßig verankerte Meinungsfreiheit.

¹³⁰ siehe Patterson 2008, S. 317

¹³¹ *Super-PACS*, Auflistung der Wahlkampfbudgets (Election Cycle 2012-2013) auf der Seite des Center for Responsible Politics, Opensecrets.org

Teil: Wenn man alle Lobbying-Aktivitäten zusammenzählt, kommt man auf Zuwendungen von *interest groups* aus dem Gesundheitsbereich von 1,3 Milliarden US-Dollar in den Jahren 1990 bis 2014. Republikaner waren in höherem Maß Empfänger als Demokraten (55 zu 45 Prozent). Ärztevereinigungen und Vertreter von medizinischen Berufen stellen dabei einen großen Teil des Geldes, ebenso Pharma-Unternehmen.¹³²

Eine detaillierte Aufstellung aller Ausgaben von *interest groups* aus dem Bereich *health professionals* (Ärztevertreter, medizinisches Personal...) gibt einen Wert von 718 Millionen US-Dollar für die Jahre 1990 bis 2014 an. Interessant dabei ist, dass 2008 bis 2012 die höchsten Ausgaben zu beobachten sind und es insgesamt eine leichte Bevorzugung von Republikanern gibt (insgesamt 56 zu 44 Prozent).¹³³ Die pharmazeutische Industrie gab von 1990 bis 2014 für Lobbying-Aktivitäten 264 Millionen US-Dollar aus, wobei auch hier republikanische Politiker bevorzugt wurden (61 zu 39 Prozent) und die höchsten Werte 2002, 2008, 2010 und 2012 erreicht wurden.¹³⁴ Auch Versicherungsunternehmen ließen über ihre Verbände Millionenbeträge fließen – was besonders für die Debatte um die Versicherungspflicht im PPACA Bedeutung hat. 1990 bis 2014 lagen die Ausgaben bei 436 Millionen US-Dollar, wobei wiederum die Republikaner in größerem Maß bedacht wurden (63 zu 37 Prozent).¹³⁵

3.5 Gesetzgebungsprozess

Die Bundesgesetzgebung im politischen System der USA ist ein komplexer Prozess mit Beteiligten aus Exekutive, Legislative, Medien und Interessensverbänden. Wenn man die richterliche Überprüfung (*judicial review*) mit einschließt, zählt auch die Judikative zu den Akteuren. Formal ist alleine der Kongress mit seinem Zweikammersystem für den Gesetzgebungsprozess zuständig. Nur ein positives Votum im Repräsentantenhaus und Senat kann einen Gesetzesvorschlag (*bill*) zum rechtskräftigen Gesetz (*act*) werden lassen. Der

¹³² Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Health* auf der Seite des Center for Responsible Politics

¹³³ Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen der *Health Professionals* auf der Seite des Center for Responsible Politics

¹³⁴ Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Pharmaceuticals / Health Products*, siehe Center for Responsible Politics

¹³⁵ Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen des Bereichs *Insurance*; siehe Center for Responsible Politics

Präsident besitzt eine Vetomacht gegen Gesetze, die durch eine Zweidrittelmehrheit in beiden Häusern ausgehebelt werden kann. Die Erfolgsquote von rund 90 Prozent der bisher gegen Gesetze eingelegten Vetos betont die Macht des Präsidenten und die Notwendigkeit zur engen Zusammenarbeit zwischen Exekutive und Legislative.¹³⁶ Zur Begriffsbestimmung sei angemerkt, dass Gesetzesentwürfe unterschiedlich klassifiziert werden können:¹³⁷

- nach der Art und Anzahl der Betroffenen: *public bills* betreffen einen großen Teil oder die Gesamtheit der Bevölkerung, *private bills* betreffen bestimmte Personengruppen oder Sachverhalte.
- nach institutionell-organisatorischen Gesichtspunkten: *engrossed bills* wurden bereits von einer Kammer verabschiedet und warten auf die weitere Bearbeitung der anderen Kammer; *enrolled bills* haben bereits die Hürde in beiden Häusern genommen und werden dem Präsidenten zur Unterzeichnung vorgelegt. *Joint resolutions* wurden ebenfalls bereits in beiden Häusern verabschiedet, haben aber nur eine beschränkte gesetzliche Reichweite (z.B. einzelne Mittelbewilligungen); Ausnahme sind Verfassungszusätze, die als *joint resolutions* eingebracht werden (hier gibt es hohe Hürden zur Umsetzung).

Patterson definiert sechs Phasen im Prozess der Gesetzgebung von *public policy*, also von Politikfeldern, die eine öffentliche Grundrelevanz aufweisen. Die ersten beiden Phasen beschreiben das Auftauchen eines Themas, die anderen vier Phasen die Lösung des Problems. Das Modell lehnt sich an den *policy cycle* (Politikzyklus) des Politikwissenschaftlers Harold Lasswell an:¹³⁸

1. *Problem Recognition*: In dieser Phase wird eine bestimmte gesellschaftliche Gegebenheiten als Problem angesehen. Im Sozialbereich könnte das etwa eine hohe Armutsrate, die Unterversorgung großer Bevölkerungsteile im Gesundheitswesen oder eine fehlende finanzielle Absicherung im Alter sein.
2. *Problem Transformation*: Das Problem wird zu einem politischen Thema gemacht. Hier findet ein Filterungsprozess statt. Einige Probleme werden als politische Themen angenommen, andere nicht. Bis Anfang des 20. Jahrhunderts war das Problem einer

¹³⁶ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 112

¹³⁷ siehe Haas 2007, S. 186

¹³⁸ nach Patterson 2008, S. 529ff.; das *policy cycle*-Modell, das auf den theoretischen Grundlagen von Lasswells aufbaut, sieht fünf Stufen vor: *agenda setting, policy formulation, decision making, implementation, evaluation*

fehlenden Gesundheitsversorgung kein oder ein nahezu marginalisiertes politisches Thema. Erst mit der Zuspitzung des Problems und Auftauchen neuer politischer Interessensgruppierungen entwickelte sich das Problem zu einem politisch ausformulierten Thema.

3. *Policy Formulation*: Politische Forderungen werden entwickelt: Experten im behandelten Politikfeld melden sich zu Wort, Politiker formulieren politisch umsetzbar erscheinende Forderungen. Als Beispiel nimmt Patterson Lyndon B. Johnsons Sozialreformen in den 1960er-Jahren. Experten aus bestimmten politischen Lagern formulierten die politische Forderung, ein umfassendes staatliches Gesundheitssystem nach europäischem Vorbild zu schaffen; Johnson sah dies als nicht durchsetzbar an und legte dem Kongress dagegen einen Entwurf für eine Reform des bestehenden *Social Security Act* vor. Dadurch wurde zumindest die staatliche Versorgung von Pensionisten und sozial Bedürftigen gewährleistet.
4. *Policy Adoption*: Ein sachpolitisches Programm wird erarbeitet und beschlossen; diese Phase ist in engerem Sinn der legislative Akt der Gesetzgebung. Patterson gibt zu bedenken, dass die meisten Gesetzesentwürfe nur moderate Anpassungen beinhalten, weil großen Veränderungen hohe institutionelle Hürden entgegengestellt sind: die Mehrheit in beiden Häusern und zudem die Unterschrift des Präsidenten.
5. *Policy Implementation*: Das Gesetzeswerk wird von der Bürokratie in die Praxis umgesetzt und gegebenenfalls von der Judikative anhand von Einzelfällen überprüft. Dass die Implementierung auf große Schwierigkeiten stoßen kann, zeigt das Beispiel des *Patient Protection and Affordable Care Act*, der 2010 beschlossen wurde und trotz einer mehr als dreijährigen Vorbereitungszeit größere technische Probleme mit sich brachte: das Registrierungssystem für die Anmeldung zur Krankenversicherung funktionierte in der Anfangszeit nicht und brachte das ganze Gesetzeswerk in Verruf.¹³⁹
6. *Policy Evaluation*: Überprüfung, ob ein Gesetz die intendierten Auswirkungen zeigt. Eigene Institutionen der Legislative (*Government Accountability Office* im Kongress) und der Exekutive (*Office of Management and Budget* in der Bundesadministration) sind für die Evaluation von Gesetzen vorgesehen. Zudem ist die öffentliche Meinung (und die veröffentlichte Meinung in den Medien) ein Mittel der Evaluierung und der Korrektur.

¹³⁹ siehe u.a. Shirky auf politico.com vom 24.11.2013 und Millman auf politico.com vom 3.12.2013

Wenn man dieses Modell auf die Bundesgesetzgebung in den USA anwendet, ergibt sich ein mehrstufiger Prozess, wobei für diese Arbeit vor allem die Phasen 3-6 (Problemlösung) von Interesse sind. Der eigentliche Gesetzgebungsprozess kann in eine Vorbereitungs-, Beratungs- / Beschluss-, und eine Abschlussphase eingeteilt werden.¹⁴⁰

Die Vorbereitungsphase stellt den informellsten und am wenigsten regulierten Teil dar. Interessensgruppen, Verbände, Unternehmen, aber auch Organe der Bundesverwaltung oder der Präsident formulieren ihre Interessen und konkretisieren sie in Form von Gesetzesentwürfen. Werden diese von der Bundesverwaltung erarbeitet, wird dazu das *Office of Management and Budget* im Weißen Haus zur Überprüfung, ob sich das Vorhaben mit dem Programm des Präsidenten deckt, zwischengeschaltet.

Die Beratungs- und Beschlussphase stellt den Gesetzgebungsprozess im engeren Sinn dar. Zwei Möglichkeiten ergeben sich: Entweder ein Abgeordneter des Repräsentantenhauses oder ein Senator bringt den Gesetzesvorschlag in die jeweilige Kammer ein. Die formalen Richtlinien sehen vor, dass entweder die beiden Häuser nacheinander oder gleichzeitig den Prozess starten. Der Gesetzesentwurf erhält eine Fallnummer (H.R. xx bzw. S. xx).¹⁴¹ Der Vorgang ist in beiden Häusern derselbe: Die *bill* wird vom jeweiligen *Rules Committee* in den jeweils zuständigen Ausschuss (*Committee*) und von dort in den Unterausschuss (*Subcommittee*) gereicht. Auch eine Behandlung durch mehrere Ausschüsse ist möglich, wenn das Thema sehr komplex ist. Nach Bearbeitung kommt es wieder zurück in den Hauptausschuss und – falls der Entwurf noch steht – ins Plenum (*House floor* bzw. *Senate floor*). In dieser Phase sind bereits rund 80 bis 90 Prozent der Gesetzesentwürfe wieder Geschichte, da sie in den Ausschüssen abgelehnt wurden („*killed in committee*“). Insgesamt werden weniger als fünf Prozent aller Entwürfe zu wirklichen Gesetzen. Im 108. Kongress (2003/04) etwa wurden von über 8.600 *bills* nur 504 zu *acts*. – eine Erfolgsquote von 5,8 Prozent. Eine Legislaturperiode später lag der Wert lediglich bei 2,4 Prozent.¹⁴² Die Zustimmung zum *bill* muss in beiden Häusern die absolute Mehrheit erreichen. Ein Sonderfall im Senat ist die Möglichkeit des *Filibuster*, der schon einige Gesetzesvorlagen scheitern ließ. Da die Redezeit im Senat nicht geregelt ist, können Abstimmungen durch Dauerreden verzögert (oder gar zum Scheitern gebracht) werden. Nur eine Dreifünftel-Mehrheit (60 von 100 Stimmen) kann die Verzögerung beenden, indem sie die Redezeit

¹⁴⁰ siehe Haas 2007, S. 187ff. bzw. Patterson 2008, S. 387ff.

¹⁴¹ z.B.: H.R. 3590 *Service Members Home Ownership Tax Act of 2009*, der H.R. 3590 ENR (enrolled) zum *Patient Protection and Affordable Care Act* wurde; *Bill Text Versions* siehe Seite des Library of Congress

¹⁴² siehe Gellner/Kleiber 2007, S. 47 bzw. Haas 2007, S. 192

begrenzt (*cloture*). Sollten sich die Entwürfe des Repräsentantenhauses und des Senats nach der Abstimmung unterscheiden, wird ein Vermittlungsausschuss (*Conference Committee*) einberufen. Einigt man sich auf einen gemeinsamen Entwurf, muss dieser in beiden Häusern erneut mit absoluter Mehrheit angenommen werden.

Damit beginnt die Abschlussphase, die im Wesentlichen aus der Unterzeichnung des Entwurfs durch den Präsidenten besteht. Nachdem das *Office of Management and Budget* den Entwurf begutachtet hat und Empfehlungen ausspricht, unterzeichnet der Präsident (und das Gesetz wird rechtswirksam) oder legt sein verfassungsmäßig garantiertes Veto dagegen ein. Sollte dies der Fall sein, scheitert der Gesetzesentwurf in den allermeisten Fällen. Nur wenn sich in beiden Kongress-Kammern jeweils eine Zweidrittelmehrheit findet, ist das Veto überstimmt. Wichtig ist, dass das Veto nur gegen den ganzen Text und nicht nur gegen Teilpassagen eingelegt werden kann. Lässt der Präsident zudem eine Zehn-Tages-Frist tatenlos verstreichen, wird der Entwurf auch ohne seine Unterschrift zu bestehendem Gesetz. Den Abschluss macht die Veröffentlichung des Gesetzes in den *United States Statutes at Large* unter einer festgelegten Nummer¹⁴³

¹⁴³ z.B. Der *Patient Protection and Affordable Care Act* hat die Nummer P.L. 111-148: *Public Law* 111. Kongress, 148. Gesetz.

4. Historische Entwicklung der Sozialgesetzgebung in den USA

„One thing can be said with certainty: the history of social welfare in America has shown an expansive tendency, both in terms of programs to meet needs and in levels of governmental responsibility.“¹⁴⁴

Walter I. Trattner, Encyclopedia of American Economic History

Staatliche Sozialpolitik in den USA fand später, in kleinerem Ausmaß und mit geringerer politischer Priorität statt, zieht man industrialisierte Länder in Europa zum Vergleich heran. Deutschland etablierte etwa mit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung bereits Ende des 19. Jahrhunderts eine staatliche Kranken- und Unfallversicherung.¹⁴⁵ Die USA nehmen unter den industrialisierten Staaten einen Sonderplatz ein. Vor der *New Deal*-Gesetzgebung in den 1930er-Jahren war soziale Sicherheit vor allem ein privates Projekt – mit Ausnahme der staatlichen Pension für Bürgerkriegsveteranen.¹⁴⁶ Auch danach bewegte sich vor allem in der Gesundheitspolitik wenig – ein erstes nennenswertes staatliches System wurde erst 1965 mit *Medicare* und *Medicaid* aufgebaut. Ob Trattners Eingangszitat vom zunehmend expansiven Sozialstaat zutrifft, bleibt zu überprüfen. Immerhin wurden einige Sozialprogramme in den 1980er-Jahren unter konservativen Regierungen wieder zurückgefahren – der Befund Trattners ist vielleicht auch dem Diskurs der frühen 1980er-Jahre geschuldet. Dennoch ist über weite historische Strecken eine Zunahme an (bundes-) staatlicher Gestaltung des Sozialstaates zu beobachten. Große ideologische Unterschiede prallen in diesem sensiblen Bereich der Gesellschaft aufeinander: Der Traum einer freien, sich selbst genügenden, sozial homogen existierenden, kleinteiligen *Community*, in der jeder für sich selbst und seine Nächsten Verantwortung trägt, einerseits. Der Wunsch nach einer umfassenden, solidarischen Gesellschaft, in der soziale Unterschiede nivelliert werden können, andererseits.

Eine Ursache für den schleppenden Verlauf dürfte im generellen Misstrauen vieler US-Amerikaner gegen staatliche Interventionen liegen. Der Politikwissenschaftler Herbert Gottweis schreibt, dass sich dies in den Metadiskursen und nationalen Narrativen manifestiert: Die Gesundheitspolitik sei von der Vorstellung geprägt, den Bürgern eine

¹⁴⁴ Trattner 1980, S.1155

¹⁴⁵ 1883 führte das Deutsche Reich unter Reichskanzler Otto von Bismarck etwa erstmals eine verpflichtende Krankenversicherung, 1884 eine Unfallversicherung und 1889 eine Pensionsversicherung ein. Großbritannien zog 1911 bei der staatlichen Krankenversicherung gleich; siehe Bodenheimer/Grumbach 1992, S. 448

¹⁴⁶ siehe Grandner 2009, S. 113

maximale Wahlfreiheit zu überlassen. Die Konkurrenzsituation sichere die Qualität der medizinischen Leistungen und sei einem staatlichen Einheitssystem überlegen. Zudem ist in den Augen der meisten US-Amerikaner das private System billiger, der Staat hingegen ineffizient – ein „strong antitax sentiment“ sei die Folge.¹⁴⁷ Interessensverbände wie die Ärztevereinigung *American Medical Association* (AMA) haben dieses Narrativ lange Zeit für ihre Argumentation gegen eine staatliches Versicherungssystem im Gesundheitsbereich erfolgreich eingesetzt. Das Ergebnis ist ein komplexes System aus schwachen öffentlichen, und starken privaten Elementen. Diese Mischform sorgt auch für eine höhere Komplexität: „[...] it is a conglomeration of private, public, and charitable organizations and institutions, which provide health care through what has been called ‚a confusion maze‘ of hospitals, clinics and individual physicians.“¹⁴⁸

In der Analyse des Gesundheitssystems der Vereinigten Staaten ist zwischen den einzelnen Ebenen zu unterscheiden: Zum einen dreht sich Gesundheitspolitik um den Versicherungsschutz von Bürgern im Krankheitsfall. Hier sind private profitorientierte Versicherungen, non-profit-Unternehmen, Versicherungen der Kommunen und Einzelstaaten sowie bundesstaatliche Programme zu nennen. Zum anderen fallen darunter auch der Aufbau von medizinischer Infrastruktur (Krankenhäuser, Seuchenkontrolle u.a.) und die medizinische Forschung. Auch hier gibt es private, karitative, kommunale und staatliche Akteure.

Die Wurzeln der US-amerikanischen Sozialpolitik finden sich in den britischen Armengesetzen des ausgehenden 16. Jahrhundert. Die so genannten *Elizabethan poor laws* regelten die familiäre Zuständigkeit in Krankheits- und Pflegefall. Auch die Rolle der lokalen Gemeinschaft ist darin definiert: „[...] the laws of 1597-1601 declared that families had the obligation to provide for the needs of all their members: [...] If networks of kin proved unable to provide assistance, then the legal obligation devolved upon units of local government [...]“.¹⁴⁹ Dass Zuständigkeiten im Verwandtenkreis verortet wurden, blieb bis ins späte 19. Jahrhundert eine Maxime des Sozialsystems. Die Rolle der lokalen *Communities* und der Einzelstaaten belief sich lange Zeit lediglich darauf, disziplinierend und bevormundend einzugreifen. So wurden sozial Bedürftige, aber auch (psychisch) Kranke, mittellose Alte oder Behinderte relativ undifferenziert in *poorhouses* oder *workhouses* untergebracht, die sich in einer erzieherischen und disziplinierenden Tradition sahen. Diese Institutionen

¹⁴⁷ Gottweis u.a. 2004, S. 164

¹⁴⁸ Wetzel 2011, S.383

¹⁴⁹ Chambers 1984, S. 1211

entwickelten sich rasch im 19. Jahrhundert und erfuhren im Gegensatz zu finanziellen Beihilfen relativ positiven Zuspruch aus der Allgemeinbevölkerung.¹⁵⁰

Eine Reaktion auf die zunehmenden sozialen Probleme der Industriegesellschaft waren die politischen Bemühungen der „progressiven Bewegung“, die seit den 1900er-Jahren zum einflussreichen politischen Faktor wurde. Die breit aufgestellte, sich aus der Mittelschicht rekrutierende Bewegung vereinte Ideen religiöser Erneuerung mit einem Pragmatismus, der auf Rationalität und Wissenschaft basierte. Theoretische Arbeiten kamen aus progressiven Historikerkreisen, etwa von Charles E. Beard, der einen Fokus auf die mangelnde Chancengleichheit und die Herrschaft der Wohlhabenden legte.¹⁵¹ Die Hauptanliegen der Bewegung waren im Gesundheits- und Sozialbereich angesiedelt – hier gab es aufgrund der explodierenden Urbanisierung die meisten Probleme: vielerorts eine beengte und schlechte Wohnsituation, mangelnde hygienische Standards bezogen auf Wasser- und Abwasserversorgung, Kinderarbeit, fehlende Bildung und Gesundheitsversorgung. Die Reaktion auf die progressiven Forderungen war vorerst auf kommunaler und einzelstaatlicher Ebene zu finden – hier wurden erste Sozialgesetze geschaffen. Unter der Präsidentschaft des bis dahin als Hardliner geltenden Republikaners Theodore Roosevelt wurden auch nationale Gesetze zur besseren sozialen Absicherung, zur Gesundheitsförderung (Hygienestandards) oder zum Schutz von Umwelt und Natur beschlossen: „The enactment of preventive and protective legislation on the local, state and federal levels, including a system of social insurance – the replacement of charity with social justice – was the answer to urban poverty.“¹⁵² Zwischen 1907 und 1919 führte ein Großteil der Einzelstaaten Unfallversicherungen (*workmen's compensation*) ein, wenige Staaten wie Montana, Nevada und Pennsylvania auch Pensionsversicherungssysteme (1923), und Wisconsin 1932 erstmals eine Arbeitslosenversicherung.¹⁵³ Ebenfalls auf Initiative Roosevelts, der 1909 mit der *White House Conference on Dependent Children* für eine sozialpolitische Initialzündung sorgte, entwickelten Einzelstaaten Modelle zur Unterstützung von Müttern mit unterhaltsberechtigten Kindern. 40 von 48 Staaten hatten im Jahr 1920 dementsprechende Programme implementiert.¹⁵⁴

Auf Bundesebene erfolgte nach Jahren der Zurückhaltung unter dem Republikaner William H. Taft (Präsidentschaft 1909 bis 1913) mit dem Machtwechsel nach den Wahlen

¹⁵⁰ siehe Chambers 1984, S. 1213

¹⁵¹ siehe Heideking 2003, S. 244ff.

¹⁵² Trattner 1980, S. 1160

¹⁵³ siehe Trattner 1980, S. 1160 bzw. Edsforth 2000, S. 232 und Patterson 1969, S. 86

¹⁵⁴ siehe Chambers 1984, S. 1217 bzw. Trattner 1979, S. 178

1912 auch wieder ein Umschwung in der Sozialpolitik. Der als Sieger hervorgegangene Demokrat Woodrow Wilson, setzte unter dem Druck der neu gegründeten *Progressive Party* und der sich radikalisierenden Arbeiterschaft mehrere Wirtschafts- und Sozialgesetze durch.¹⁵⁵ Mit dem *Clayton Antitrust Act* 1914 (P.L. 63-212) wurden die Monopolisierung von Unternehmen bekämpft, kleine Unternehmen besser geschützt und die Gewerkschaften von den Antitrust-Regelungen wieder ausgenommen. Auch Krediterleichterungen für Bauern und Arbeitszeitverkürzungen für Eisenbahner waren Ergebnis der progressiven Politik. Der reformerische Eifer der Wilson-Administration ebte allerdings mit Beginn der Ersten Weltkriegs und der damit verbundenen Prioritätenverschiebung erheblich ab. Insgesamt muss man der Sozialwissenschaftlerin Theda Skocpol (*Harvard University*) beipflichten, dass die Erwartungen der *Progressives*, dass in den USA umfassende soziale Sicherungssysteme entstehen könnten, zu hoch gegriffen waren. Die Umsetzung verlief schleppend und wenn, dann auf Ebene der Einzelstaaten: „[M]ost proposals for social insurance reforms in the Progressive Era failed to take hold; only state-level laws requiring worker's compensation were successfull. While social insurance ideas came to America and were given wide exposure during this period, fundamental political constraints restricted their practical political expression to state-level regulatory commissions.“¹⁵⁶

Der wirtschaftliche Aufschwung nach dem Krieg nahm in den 1920er-Jahren vielen progressiven und sozialistischen Ideen den Wind aus den Segeln.¹⁵⁷ Markante sozialpolitische Erneuerungen fanden mit Ausnahmen (z.B. der *Sheppard-Towner Maternity Act* von 1921) erst wieder in den 1930er-Jahren infolge der Großen Depression statt (siehe Kapitel 5). Der *Social Security Act* von 1935 im Rahmen des *Second New Deal* markiert hier sicherlich trotz der fehlenden Einführung einer staatlichen Krankenversicherung einen Meilenstein: Die Maßnahmen umfassten die Finanzierung von Sozialprogramme, die auf Einzelstaats-Ebene eingeführt werden konnten – darunter Unterstützungen für ältere

¹⁵⁵ Die *Progressive Party* wurde 1912 vom vormaligen Präsidenten Theodore Roosevelt gegründet und war eine Abspaltung von der Republikanischen Partei; die Arbeiterbewegung organisierte sich zunehmend in Gewerkschaften, wovon wenige wie die *Industrial Workers of the World* auch vor Sabotage und Streiks als Kampfmaßnahmen nicht zurückschreckten; als politische Organisation etablierten sich seit dem späteren 19. Jahrhundert auch mehrere Sozialistische Parteien – die relativ gemäßigte *Socialist Party of America* erreichte mit ihrem Kandidaten Eugene V. Debbs bei den Präsidentschaftswahlen 1912 immerhin sechs Prozent der Stimmen. Siehe dazu Heideking 2003, S. 251f. und S. 257ff., bzw. Landauer 1981, S. 135ff. und S. 164f.

¹⁵⁶ Skocpol 1995, S. 141

¹⁵⁷ siehe Schild 2003, S. 85

Bedürftige, Arbeitslose, Familien mit Kindern, Blinde sowie generell für *public health services*.¹⁵⁸

4.1 Die Entwicklung des Gesundheitssystems

Der staatliche Gesundheitssektor entwickelte sich erst relativ spät Ende des 19. Jahrhunderts. Vor dem Bürgerkrieg speiste sich das Wissen um die Behandlung von Kranken allzu oft aus unwissenschaftlicher Überlieferung, war nicht-standardisiert und spielte sich meist innerhalb der Familie ab. Dies war auch dem relativ schlechten Zustand der medizinischen Forschung geschuldet: „During much of the nineteenth century it was widely recognized that medical knowledge was inexact at best; [...] Consequently, the treatment chosen was often a reflection of the customs and medical beliefs of particular community or group of practitioners rather than of a standardized professional or scientific consensus.“¹⁵⁹ Eine reglementierte Ausbildung entwickelte sich erst mit dem Einflusse der 1847 gegründeten *American Medical Association (AMA)*. Doch es sollte noch einige Jahrzehnte dauern, bis sich eine standardisierte, wissenschaftliche Medizin durchsetzte. Maßgeblich vorangetrieben wurde dies durch Bestrebungen der *Carnegie Foundation* (1910 mit der Herausgabe des so genannten *Flexner Reports*) und des AMA-nahen *Council on Medical Education*.¹⁶⁰

Das Krankenhaus-System entwickelte sich im Laufe des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Zwar existierten vereinzelte private Krankenhäuser in New York, Boston oder Philadelphia. Der Ausbau des Systems erfolgte in der Zeit nach dem Bürgerkrieg aus staatlichen, kommunalen und privaten Initiativen – letztere meist unter dem Einfluss von Wohlfahrtsverbänden. So stieg die Anzahl der Krankenhäuser von 1873 bis 1923 von 149 auf 6830.¹⁶¹ Auch die Qualität von Krankenhäusern veränderte sich maßgeblich um die Jahrhundertwende. Bestand zuvor das Klientel fast ausschließlich aus armen Kranken (Reiche wurden meist zuhause vom Privatarzt behandelt), und waren Kosten und Aufwand sehr gering, veränderte sich die Kostenstruktur und die Patientenschaft zusehend: Einerseits kamen private Krankenhäuser, die von Wohlfahrtsverbänden oder philanthropischen Reichen

¹⁵⁸ siehe Trattner 1980, S. 1162

¹⁵⁹ Rosner 1993, S. 2399

¹⁶⁰ ebd., S. 2400

¹⁶¹ Kruse 1997, S. 16

gegründet wurden, aufgrund der steigenden Zahl an sozial Bedürftigen unter Druck. Andererseits ließ der medizinische Fortschritt die Komplexität und die Kosten steigen. Deshalb gingen viele Institutionen dazu über, in der bürgerlichen Mittelklasse neue Kundschaft zu lukrieren. Dies veränderte die Krankenhäuser enorm: Um zahlungsfähige und –willige Patienten anzulocken, mussten qualitative Verbesserungen und eine Öffnung für privat ordinierende Ärzte vorgenommen werden. Die Folge war eine Behandlung nach sozialen Kriterien.¹⁶² Erst mit dem *Hospital Survey and Construction Act 1946 (Hill-Burton Act)* erfolgte eine weitreichende Finanzierung von Krankenhäusern aus bundesstaatlichen Mitteln: Die Gesamtausgaben von damals 1,125 Milliarden US-Dollar (davon 375 Millionen US-Dollar aus Bundeszuschüssen) innerhalb von fünf Jahren führten zu einem Anstieg auf durchschnittlich 4,5 Spitalsbetten pro 1000 Einwohner.¹⁶³ Durch den Kompetenzzuwachs vergrößerte sich die Bundesbürokratie. 1953 wurde das *Department of Health, Education and Welfare* gegründet, das die öffentlichen Gesundheitsagenden vereinte.¹⁶⁴

Auch im Bereich der Finanzierung von *public health* gab es strukturelle Veränderungen. Lange Zeit herrschte die direkte Bezahlung von medizinischen Leistungen (*fee for service*) vor, was nicht selten zu existenzbedrohenden Situationen führte. Bevor erste staatliche Versicherungssysteme überhaupt angedacht wurden, entwickelte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts ein privater Krankenversicherungsmarkt. Auf Initiative von Unternehmen wurden Gruppenversicherungen für Arbeiter geschaffen. Zuerst entwickelten sich solche Modelle im Textilbereich, später bei großen Konzernen wie *U.S. Steel* oder *International Harvester*. Kritiker führten die dadurch steigende Abhängigkeit der Arbeiter von ihren Arbeitgebern an: „While the various health and welfare programs were portrayed by management as paternalistic responses to the felt needs of the work force, most union representatives saw them as a means of undermining worker- and union-based initiatives to improve working conditions.“¹⁶⁵

¹⁶² siehe Rosner 1993, S. 2404

¹⁶³ siehe Hoge 1946, S. 15 bzw. Kraut 2010, S. 391. Hoge beschreibt das Programm, das sich aus dem Gesetz ergibt, 1946 euphorisch “the most comprehensive hospital and public health construction program ever undertaken.” (Hoge 1946, S. 15)

¹⁶⁴ 1979 wurde das Ministerium in *Department of Health and Human Services* umbenannt; unter dem Dach sind 42 Abteilungen vereint, darunter z.B. die *Food and Drug Administration* oder das *Center for Disease Control and Prevention*. Siehe Kraut 2010, S. 392

¹⁶⁵ Rosner 1993, S. 2406f.

Erst 1921 erfolgte erstmals ein groß angelegtes staatliches Finanzierungsprogramm für ausgewählte Bevölkerungsgruppen in speziellen Gesundheitsfragen. Im *Sheppard-Towner Maternity Act*¹⁶⁶ wurde festgelegt, innerhalb von fünf Jahren eine Million US-Dollar an Bundeszuschüssen an staatliche Programme gegen die Kindersterblichkeit zu bezahlen. Vorgesehen waren der Ausbau von öffentlichen Gesundheitszentren, Schwangerschaftsberatungsstellen und einzelstaatlich organisierten Abteilungen für Hygiene und Kinderfürsorge. 1929 stoppte eine konservative Mehrheit die staatlichen Beihilfen, erst 1935 wurde das Programm im Zuge der Roosevelt'schen Sozialreformen wieder aufgenommen.¹⁶⁷ Das Gesetz stellt einen Meilenstein in der Entwicklung einer staatlichen Fürsorge im Gesundheitsbereich dar. Trattner: „It brought the federal government into the field of child welfare through the area of health and was another measure that aroused the lay public's interest and activity in a subject long considered the exclusive domain of the medical profession.“¹⁶⁸

Das Projekt einer staatlichen Krankenversicherung blieb auch in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts hinter den Erwartungen zurück. Zwar gab es einzelne Initiativen, etwa von der *American Association for Labor Legislation*, die 1916 versuchte, einen Gesetzgebungsprozess anzustoßen, was schließlich aber misslang.¹⁶⁹ Das fehlende Engagement füllten private Akteure aus, die immer mehr Gruppen- und Individualversicherungen anboten. Neben Versicherungssystemen, die von der Arbeiterschaft und den Gewerkschaften ausgingen,¹⁷⁰ ist seit den 1930er-Jahren vor allem das *Blue Cross/Blue Shield*-System zu nennen, das stationäre bzw. ambulante Behandlungen umfasste – bis in die 1990er-Jahre auf Non-Profit-Basis. *Blue Cross* deckte die Krankenhauskosten ab und unterlag strengeren Regeln als rein privaten, gewinnorientierten Versicherungen: „Sponsored by hospitals, most plans operate under state enabling legislation that declares them not to be ‚insurance‘ companies and places them under strict public regulation.“¹⁷¹

¹⁶⁶ Gesetzestext siehe Seite von Facts on File

¹⁶⁷ siehe Chambers 1984, S. 1218

¹⁶⁸ Trattner 1979, S. 184

¹⁶⁹ siehe Maioni 1995, S. 16

¹⁷⁰ darunter etwa Sozialprogramme der *United Mine Workers of America*, die *International Ladies' Garment Workers' Union* oder die *Male Apparel Industry of Philadelphia* (*Sidney Hillman Medical Center*), siehe Rosner 1993, S. 2407

¹⁷¹ The Encyclopedia Americana 1972, Band 4, S. 106

Der Dachverband vereinte im Jahr 2000 69 unabhängige Versicherungsgesellschaften (die meisten davon profitorientiert) mit insgesamt 67,5 Millionen Kunden.¹⁷² Zum Teil übernehmen *Blue Cross/Blue Shield*-Unternehmen aber auch Medicare-Leistungen für Einzelstaaten.

Non-Profit-Gesellschaften kamen im Laufe der Jahrzehnte gehörig unter Druck, da sie die Versicherungen auf *community rating*-Basis, die den Durchschnitt der Gesamtbevölkerung als Berechnungsgrundlage heranzieht, anboten. Damit hatte sie meist ältere und kränkere Kunden, die sich keine Privatversicherung auf Basis eines *experienced rating* mehr leisten konnten. Die profitorientierten Unternehmen waren dazu übergegangen, die jungen und gesunden Kunden mit günstigen Prämien zu locken.¹⁷³

Die sozialreformatorische *New Deal*-Gesetzgebung unter Franklin D. Roosevelt änderte nichts am Status der staatlichen Krankenversicherung. Obwohl nun sogar Gewerkschaften ihre traditionell regierungskritische Position aufgaben und offen ein staatliches System unterstützten, wurde es von Roosevelt aus unterschiedlichen Gründen im *Social Security Act* von 1935 ausgespart (siehe Kapitel 5): „[...] it neglected entirely the most pressing need in the field of social security (and the oldest form of compulsory social insurance in the world) – health insurance.“¹⁷⁴ Der Siegeszug von privaten Versicherungen hatte einerseits mit dem Fehlen von staatlichen Alternativen zu tun, andererseits mit dem Einfrieren der Löhne während des 2. Weltkrieges. Als *Benefits* für die dringend gesuchten Arbeitnehmer stellten viele Firmen Beiträge zur Krankenversicherung in Aussicht.¹⁷⁵

Erst 1965 wurden mit den *Social Security Amendments* die Programme *Medicare* (*Title XVIII*) und *Medicaid* (*Title XIX*) eingeführt (siehe Kapitel 6). Die beiden Programme wurden die zentralen Säulen des staatlichen Gesundheitssystems und existieren in erweiterter Form auch heute noch (siehe Anhang 2). *Medicare* ist eine staatliche Versicherung für Pensionisten, *Medicaid* ein Beihilfensystem für Bedürftige. Beide garantieren die Verfügbarkeit medizinischer (Grund-)Dienstleistungen in Phasen, in denen Bürger keine eigenen Einnahmen haben und dadurch keinen oder einen verringerten privaten Versicherungsschutz genießen, wenn auch mit einigen Lücken (siehe dazu auch Kapitel 7). *Medicare Part A* betrifft die stationäre Behandlung in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen und finanziert sich durch Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

¹⁷² siehe Marmor 2000, S. 194

¹⁷³ siehe Altman/Shactman 2011, S. 124f.

¹⁷⁴ Trattner 1980, S. 1162

¹⁷⁵ siehe Rosner 1993, S. 2407

Medicare Part B bezieht sich auf ambulante Behandlungen und wird durch die freiwillige Zahlung von Versicherungsprämien (*premiums*) finanziert. Beide Programme werden durch Steuermittel gestützt. *Medicare* wurde mehrfach erweitert, seit 2006 kann mit *Part D* auch eine freiwillige Versicherung, die Medikamente abdeckt, erworben werden.

Veteranen und Staatsbedienstete sind zudem in eigene staatliche Versicherungssysteme integriert.¹⁷⁶

¹⁷⁶ siehe Armstrong 2011, S. 385ff.

5. Roosevelts *New Deal* und das Scheitern einer staatlichen Krankenversicherung

Der 1932 von Präsident Franklin D. Roosevelt initiierte *New Deal* stellt eine neue Dimension im bundesstaatlichen Engagement in der Sozialpolitik dar. Nie zuvor in der Geschichte der Vereinigten Staaten wurden derart umfangreiche Programme, gemessen an der Höhe der Finanzierung und dem Ausmaß an staatlicher Kontrolle, umgesetzt. Der Historiker Alan Brinkley gibt zu bedenken, dass das politische System der USA von der 1929 entstandenen und über eine Dekade dauernden *Great Depression* unvorbereitet erwischt worden war und sich unfähig gezeigt hatte, eine effiziente Lösung für die sozialen Verwerfungen anzubieten. Er führt dies auf die mangelnde Erfahrung mit staatlicher Sozialgesetzgebung zurück: „The United States was one of the slowest of the advanced industrial nations to define an important social and economic role for its national government. [...] it grew slowly, haltingly, incompletely. [...] The Great Depression [...] was doubly intimidating in the United States because Americans has as yet made few decisions about what their government should do and how it should do.“¹⁷⁷

Die Krise traf ein „kapitalistische[s] Weltsystems, dessen Zentrum [...] sich von England in die USA verlagert hatte“¹⁷⁸ und griff nach dem Platzen einer Spekulationsblase im Oktober 1929 rasch auf Volkswirtschaften rund um den Globus über. Die Tragweite der Wirtschaftskrise wurde im Ursprungsland USA weitgehend unterschätzt, die Folgen waren gravierend – auch aufgrund fehlender sozialer Absicherungssysteme. Das Volkseinkommen sank von 1929 bis 1933 auf die Hälfte, die Arbeitslosigkeit stieg auf rund 25 Prozent.¹⁷⁹ Die Administration unter Präsident Herbert Hoover, die nach den Maximen eines wirtschaftlichen *Laissez-faire* arbeitete, versäumte es, durch staatliche Interventionen die Krise zu mildern. Die Priorität lag auf privatwirtschaftlichen Maßnahmen, die jedoch von den Unternehmen zögerlich bis gar nicht umgesetzt wurden. Als 1931 die zweite Phase der Großen Depression begann, wollten etwa die Großbanken Hoovers Rettungsplan nicht unterstützen. Staatliche Hilfen wurden ausschließlich auf Darlehensbasis gegeben, direkte Hilfeleistungen gab es nicht.¹⁸⁰ Die mangelnde und zu späte Intervention Hoovers führte 1932 zum fulminanten

¹⁷⁷ Brinkley 1989, S. 86

¹⁷⁸ Heideking 2003, S. 296

¹⁷⁹ siehe Collins 1984, S. 880

¹⁸⁰ siehe Guggisberg 1993, S. 199; Hilfe für notleidende Menschen wurde auf private *charity* ausgelagert; wohltätige Initiativen erlebten in den Jahren der *Great Depression* eine

Sieg Roosevelts. Bereits im Wahlkampf prägten die Strategen den Begriff „a new deal for the American people“, der eine Neuverteilung der Karten im ökonomischen Spiel symbolisieren sollte. Roosevelt setzte sich auch aufgrund seiner vermittelten Entschlussfreudigkeit gegen Hoover durch, denn das wirtschaftspolitische Programm unterschied sich nicht sehr stark.¹⁸¹

Roosevelt, der bereits seit 1928 dem bevölkerungsreichen Staat New York als Gouverneur vorgestanden hatte, machte sich in den oft zitierten ersten *Hundert Tagen* mit Reformeifer ans Werk. Kritiker bemängelten die Ziellosigkeit und die mangelnde Koordination der Projekte. Dennoch wurde im Rahmen dieses ersten *New Deal* ein Programm an Staatsinterventionen implementiert, das sich eng an Keynes' Theorie des *deficit spending* lehnte. Bei seiner ersten Inaugurationsrede am 4. März 1933 legte Roosevelt die Prioritäten fest – Arbeitsplätze und die Ankurbelung der Wirtschaft durch staatliche Programme: „Our greatest primary task is to put people to work. [...] It can be accomplished in part by direct recruiting by the Government itself [...], but at the same time, through this employment, accomplishing greatly needed projects to stimulate and reorganize the use of our natural resources.“¹⁸² Roosevelt vertrat dabei eine systemerhaltende Politik, was ihm Kritik von linker Seite einbrachte. Der Historiker Robert Collins (*University of Missouri*) analysiert die zwei bestimmenden Faktoren der *New Deal*-Politik:¹⁸³

- *Reform in Grenzen*: Trotz des energischen Aktionismus der Roosevelt-Administration wurden die Grenzen des kapitalistisch-demokratischen Systems nicht überschritten. Obwohl eine staatliche Aufsicht für Unternehmen eingeführt wurde (z.B. Banken), sah man von Verstaatlichungen ab.
- *Minimum an Sicherheit*: Die Programme zielten darauf ab, der Bevölkerung einen Minimalstandard an Sicherheit in einer unstabilen wirtschaftlichen Welt zu gewährleisten. Die Sozialpolitik war eine Reaktion auf den wirtschaftlichen Zusammenbruch der 1930er-Jahre, sie bezog ihren theoretischen Unterbau aber aus den politischen Ideen des 19. Jahrhunderts (etwa in Fragen nach der Regulierung von Wirtschaft).

Hochkonjunktur: der Umfang stieg von 1929 bis 1932 auf das Achtfache; siehe Heideking 2003, S. 299

¹⁸¹ siehe Dippel 2007, S. 88

¹⁸² Roosevelt 1933, in: Polenberg 2000, S. 41

¹⁸³ siehe Collins 1984, S. 881

Die Forderungen nach staatlicher Regulierung der Wirtschaft und nach finanzieller Unterstützung für angeschlagene Unternehmen wurden laut. Die beiden Maßnahmen prägten den *First New Deal*, der ab 1933 den Staat zum maßgeblichen Akteur in der Problemlösung machte. Die politischen Schwerpunkte 1933 umfassten:

- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (Schaffung der *Federal Emergency Relief Administration*, der *Public Works Administration* und des *Civilian Conservation Corps*)
- Unterstützung für die Industrie (*National Industrial Recovery Act*), Aufbau von Infrastruktur, etwa von Energieversorgung (*Tennessee Valley Authority*) oder Straßen.
- Hilfe für Bauern und Subventionen für landwirtschaftliche Produkte (*Farm Credit Act* und *Agricultural Adjustment Act*)
- Maßnahmen zur Regulierung von Banken und des Finanzmarktes (*Glass-Steagall Act*, *Emergency Banking Act*)
- Finanzmarktpolitik (*Economy Act*, *Gold Reserve Act* 1934)

Die gesetzgeberischen und administrativen Aktivitäten erreichten in diesem Stadium des *New Deal* eine unvergleichliche Dimension. Der Historiker Ronald Edsforth (*Dartmouth College*) führt an, dass der gesamtgesellschaftliche Wunsch nach staatlicher Intervention zu einem historisch günstigen Zeitpunkt für Reformen führte: „For just a few short years in the mid-1930s, public faith in private enterprises and individualism was so shaken that liberals who believed government could do good things well had a unique opportunity to put their ideas into practice without significant conservative opposition.“¹⁸⁴ Die politische Konstellation war nach dem Erdrutschsieg Roosevelts und aufgrund der Dominanz der Demokraten im 74. Kongress¹⁸⁵ sehr positiv für die Umsetzung größerer Projekte.

¹⁸⁴ Edsforth 2000, S. 285

¹⁸⁵ im Senat betrug die Aufteilung 69 zu 25 Sitzen für die Demokraten; im Repräsentantenhaus 322 zu 103 für die Demokraten; siehe Mehrheitsverhältnisse im 74. Kongress auf den Seiten des U.S. Senate bzw. des U.S. House of Representatives

5.1 Der Social Security Act von 1935 im Rahmen des Second New Deal

Während in der Frühphase der New Deal-Gesetzgebung die direkten Hilfsleistungen an Bedürftige und die Regulierung des Finanzsektors im Vordergrund standen, sollte mit den Programmen 1935 ein nachhaltiges Sozialsystem geschaffen werden. Der Hintergrund war eine sich erneut verschlechternde Wirtschaftslage, die unter anderem den Agrar- und Industriesektor hart traf. Hier zeigten sich die Grenzen und übersteigerten Hoffnungen des *New Deal*-Aktionismus. Die konservative Opposition konnte sich zudem über die Einschränkung der Programme durch den Obersten Gerichtshof freuen, der 1935 einige richtungsweisende Entscheidungen gegen einzelne *New Deal*-Gesetze traf (siehe weiter unten). Dennoch verabschiedete die Roosevelt-Administration ab Anfang 1935 – auch als Ergebnis der für die Demokraten erfreulichen Kongresswahlen im Herbst 1934 und im Hinblick auf die im Folgejahr stattfindenden Präsidentschaftswahlen – weitere umfassende Gesetze. Die Projekte des *Second New Deal* (wie die Phase später genannt wurde), die in der sehr aktiven ersten *Session* des *74th Congress* beschlossen wurden, umfassten:¹⁸⁶

- den *National Labor Relations Act* („*Wagner-Act*“, P.L. 74-198 vom 5. Juli 1935), mit dem Arbeitnehmerrechte gestärkt und Gewerkschaftsarbeit unterstützt wurde
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Zuge des *Emergency Relief Appropriation Act* (24. Jänner 1935) mit einem Budget von rund 4,9 Mrd. Dollar; darunter die Gründung der mit 1,5 Mrd. Dollar dotierten *Works Progress Administration*, die bis 1943 bestand und Millionen Arbeitssuchenden vorübergehende Stellen anbot
- Entlastung niedriger Einkommen und die Einführung eines progressiven Steuersatzes bei der Einkommenssteuer (*Revenue Act* vom 30. August 1935)
- Wohnbauprogramme
- den *Social Security Act* (P.L. 74-271 vom 14. August 1935), der ein Pensionssystem, eine Arbeitslosenversicherung sowie Programme zur Unterstützung von Blinden, Älteren und unterhaltberechtigten Kindern beinhaltete.

Der *Social Security Act* (SSA) kann als Meilenstein der staatlich gelenkten Sozialpolitik gesehen werden. Bei der Verabschiedung dieses ersten umfassenden bundesstaatlichen Sozialgesetzes ging es darum, die Auswirkungen der wirtschaftlichen Unsicherheiten auch

¹⁸⁶ siehe Collins 1984, S. 886; Conkin 1992, S. 59; Guggisberg 1993, S. 203f.; Edsforth 2000, S. 217ff.

für kommende Generationen abzufedern. Während alle *work relief programs* bis 1943 eingestellt wurden,¹⁸⁷ prägten die sozialen Errungenschaften des *Social Security Act* bis heute die amerikanische Gesellschaft. Das umfangreiche Gesetzeswerk besteht aus elf Titeln, die jeweils einen Teilbereich aus dem Gebiet der sozialen Sicherheit abdecken.¹⁸⁸

- Die ersten beiden Artikel beschäftigen sich mit der Pensionsversicherung (*Title I: Grants to States for Old-Age Assistance; Title II: Federal Old-Age Benefits*). Bis zur Reform des *Social Security Act* 1939 waren die Leistungen nicht sehr umfangreich und schlossen zudem große Teile der Bevölkerung aus. Mit dem Gesetz wurde erstmals ein verpflichtendes, auf Abgabebasis errichtetes Pensionssystem für Arbeitnehmer (finanziert zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern) etabliert.¹⁸⁹
- *Title III* behandelt die Arbeitslosenversicherung, bzw. die Zuweisung von Bundesmitteln an die Einzelstaaten für dementsprechende Programme; finanziert wurde diese Versicherung durch Arbeitgeber-Abgaben.
- Mehrere Titel haben die Unterstützung von Bedürftigen zum Thema; *Title IV: Grants to States for Aid to Dependent Children; Title V: Grants to States for Maternal and Child Welfare; Title X: Grants to States for Aid to the Blind; Title V* stellt dabei die Wiederauflage des *Sheppard-Towner Act* dar, dessen Finanzierung 1929 eingestellt wurde (siehe Kapitel 4).
- Im Artikel VI werden staatliche Beihilfen für „state and local public health services“¹⁹⁰ im Rahmen von acht Millionen Dollar pro Jahr zugesichert. Das Budget wurde vom *Public Health Service* (PHS) verwaltet; einzelstaatliche Programme, die aus diesem Topf gefördert wurden, mussten evaluiert werden. Unter das Programm fiel einerseits medizinische Grundlagenforschung durch das PHS selbst, andererseits der Aufbau von *Health Departments* in den Staaten.¹⁹¹

Die Summen, die vom Staat an Bedürftige ausbezahlt wurden, lagen bis zur Erweiterung des *Social Security Act* im Jahr 1937 auf sehr niedrigem Niveau. Arbeitsministerin Perkins, die am Zustandekommen des SSA maßgeblich beteiligt war, sprach etwa von maximal 15 US-

¹⁸⁷ siehe Edforth 2000, S. 231

¹⁸⁸ siehe Social Security Act 1935, auf der Seite der Social Security Agency

¹⁸⁹ siehe Conkin 1992, S. 62

¹⁹⁰ Social Security Act 1935, auf der Seite der Social Security Agency

¹⁹¹ siehe Hamowy 2007, S. 40ff.

Dollar pro Monat an Bundeszuschüssen als Hilfe für Arbeitslose und Blinde. Die monatliche Pension, die ab 1942 ausbezahlt werden sollte, betrug laut ursprünglichen Plan zwischen 10 und 85 US-Dollar.¹⁹² Der Plan sah allerdings vor, dass Unterstützungen als Zusatzleistungen für einzelstaatliche Sozialprogramme gegeben werden. Anders als bei der Pensionsversicherung, die eine ausschließliche Bundeskompetenz darstellte, wurden Beihilfen im Sinne des kooperativen Föderalismus verteilt. Dies führte zu komplexen Berechnungen, wie der Historiker James Patterson ausführt: Während zum Beispiel bei Infrastrukturprojekten die Bundeszuschüsse aus fixen Beträgen bestanden, wurde bei Sozialprojekten ein prozentueller Zuschuss eingeführt: Blinde und ältere Bürger unterstützte der Bund mit einem Dollar pro zwei einzelstaatlichen Dollars, bei unterhaltsberechtigten Kindern lag die Relation bei eins zu drei. In den Jahren nach 1935 verabschiedeten die meisten Staaten Gesetze zur Kooperation mit den Bundesprogrammen. Bis 1939 etwa hatten alle US-Staaten Programme zur Unterstützung von älteren Bedürftigen eingeführt und die Unterstützung von anderen Bevölkerungsgruppen erhöht.¹⁹³

5.2 Der Gesetzgebungsprozess – das Scheitern der staatlichen Krankenversicherung

Unter dem Eindruck der Verelendung weiter Teile der Bevölkerung wurde die Forderung nach stärkerer Absicherung durch Sozialgesetze lauter. Der politische Druck kam anfangs vor allem von Gruppen außerhalb der Regierung: Zahlreiche Initiativen gründeten sich in den 1930er-Jahren, etwa die *End Poverty in California*-Bewegung des Schriftstellers Upton Sinclair oder Bewegungen, die den Plan des Arztes Francis E. Townsend zur Einführung eines Pensionssystems unterstützten. Auch politisch extremere Akteure bekamen landesweit Beachtung, etwa Louisianas Gouverneur und spätere Senator Huey Long, der Roosevelt die Gefolgschaft aufkündigte, weil er die Sozialreformen nicht als ausreichend ansah.¹⁹⁴

Die politische Initiative auf institutioneller Seite ging sehr stark vom Präsidenten aus. Roosevelt ließ schon 1933 bei Antritt seiner Präsidentschaft keinen Zweifel am Entschluss, rasch und wenn nötig mit Exekutiverlässen zu regieren, falls ihm der Kongress die

¹⁹² siehe Perkins 1935 in Polenberg 2000, S. 73f.

¹⁹³ siehe Patterson 1969, S. 87ff

¹⁹⁴ siehe Conkin 1992, S. 62f.

Zusammenarbeit verweigert. Er droht in seiner Inaugurationsrede im März 1933 unverhohlen mit dem Einsatz von Notstandsgesetzgebung:

„It is to be hoped, that the normal balance of Executive and legislative authority may be wholly adequate to meet the unprecedented task before us. [...] But in the event that the Congress should fail [...], I shall not evade the clear course of duty that will then confront me. I shall ask the Congress for the remaining instrument to meet the crisis – broad Executive power to wage a war against the emergency, as great as the power that would be given me if we were in fact invaded by a foreign foe.“¹⁹⁵

Diese Notstandsgesetzgebung war vor allem zu Beginn des *New Deal* wichtig, als Roosevelt 1933 für einige Tage *bank holidays* ausrufen ließ, um Zeit zu gewinnen, den *Emergency Bank Act* durch den Kongress zu bringen und notleidende Banken zu unterstützen. Die aktive Rolle Roosevelts im Gesetzgebungsprozess zeigt sich also schon von Beginn seiner Amtszeit. Auch im *Second New Deal*, als es 1935 um die Einführung des *Social Security Act* ging, versuchte Roosevelt, den Gesetzgebungsprozess von administrativer Seite aktiv zu lenken. Der Präsident war der Ansicht, dass nur die Bundesregierung imstande sei, die schwierige Aufgabe zu meistern. In seiner *State of the Union Address* am 4. Jänner 1935 erklärte er: „This group [die dreieinhalb Millionen Arbeitssuchende, die arbeitsfähig sind, Anmk. RS] was the victim of a nation-wide depression caused by conditions which were not local but national. The Federal government is the only governmental agency with sufficient power and credit to meet this situation.“¹⁹⁶

Die Ausformung des Gesetzeswerkes lag eindeutig bei der Exekutive, namentlich beim kabinettübergreifenden *Committee on Economic Security* (CES). Mit der *Executive Order 6757 (Initiating Studies on Social and Economic Security)* vom 2. Juni 1934 setzte Roosevelt das CES ein und betraute es offiziell mit der wissenschaftlichen Behandlung von sozialen Fragen („study problems relating to the economic security of individuals“¹⁹⁷) sowie der Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen („proposals which in its judgment will promote greater economic security“). Die Ausarbeitung des Programms, das schließlich als *Social Security Act* Gesetzeskraft erlangte, sollte innerhalb kürzester Zeit realisiert werden – Roosevelt gab dem Komitee, dem die Minister für Arbeit, Finanzen, Landwirtschaft und

¹⁹⁵ Roosevelt 1933 in Polenberg 2000, S. 43

¹⁹⁶ Roosevelt 1935, S. 10f., auf der Seite der Franklin D. Roosevelt Library

¹⁹⁷ dieses und nächstes Zitat: Roosevelt 1934, auf der Seite des American Presidency Project

Justiz sowie der Chef der *Federal Emergency Relief Administration* angehörten, bis zum 1. Dezember 1934 Zeit, Ergebnisse zu liefern.¹⁹⁸ Arbeitsministerin Frances Perkins wurde zur Leiterin des CES ernannt. Sie war zusammen mit Arthur Altmeyer, der die Leitung des CES-*Technical Board* übernahm, und Edwin Witte, einem Wirtschaftsprofessor der *University of Wisconsin*, der zum *Executive Director* bestellt wurde, maßgeblich für die Ausarbeitung des SSA zuständig. Altmeyer und Witte richteten vier thematische Arbeitsgruppen ein: für die Arbeitslosenversicherung, für Arbeitsbeschäftigungsmaßnahmen, für soziale Sicherheit im Alter und für medizinische Versorgung (*medical care*). Das CES beschäftigte sich wissenschaftlich mit europäischen Sozialsystemen und den sozialen Auswirkungen der Großen Depression auf die Bevölkerung.¹⁹⁹ Das Themengebiet *health insurance* leitete Edgar Sydenstricker, langjähriger Chefstatistiker beim *United States Public Health Service* und wissenschaftlicher Direktor der *Milbank Foundation*. Neben zahlreichen Universitätsangehörigen und Ärzten saßen auch zwei Vertreter der *American Medical Association*, R.G. Leyland und A.M. Simons, in der Fachgruppe.²⁰⁰

Edwin Witte, der in zeitgenössischen Darstellungen oft als „Father of Social Security“ genannt wird, dies aber selbst nicht so empfand,²⁰¹ und seinem Team gelang die beachtliche Leistung, innerhalb weniger Monate einen Gesetzesentwurf auszuarbeiten, der als Grundlage des *Social Security Act* galt – „transforming it from a ‚conviction‘ of Franklin D. Roosevelt and his advisers into a ‚concrete program‘ in an extremely short period of time.“²⁰²

Während eine Arbeitslosen- und Pensionsversicherung Teil des CES-Entwurfs wurden, blieb die Krankenversicherung auf der Strecke. Mit Arbeitsbeginn des *Technical Board* am 10. August 1934 war eine Einführung neben anderen Maßnahmen noch ein zentraler Punkt Edwin Wittes. Dies wurde auch dadurch bestärkt, dass sich ein eigener Unterausschuss (*Committee on Medical Care*) des Themas annahm. Josephine A. Roche, *Assistant Secretary of the Treasury* und starke Verfechterin der Krankenversicherung, war darin beratend tätig. Innerhalb des CES gab es aber durchaus konträre Einstellungen zum

¹⁹⁸ siehe Roosevelt 1934, auf der Seite des American Presidency Project

¹⁹⁹ siehe Edsforth 2000, S. 232f. bzw. Geschichte der CES auf der Seite der Social Security Administration

²⁰⁰ siehe Members of the Committee on Economic Security auf der Seite der Social Security Agency

²⁰¹ Wilbur Cohen, Mitarbeiter im *Executive Staff* des CES, beschrieb den Kollegen Witte in seiner Biografie als „Father of Social Security“, siehe Cohen 1960, auf der Seite der Social Security Agency

²⁰² Funigiello 2005, S. 15

Thema. Einige Mitglieder fürchteten das Scheitern des gesamten Reformwerkes, sollte man die umstrittene Krankenversicherung implementieren: „Those members feared that the inclusion of health care coverage would endanger the entire social security package and preferred to postpone it until after the basic social security bill cleared Congress.“²⁰³ Noch bei der am 14. November einberufenen *National Conference on Economic Security*, die im Mayflower Hotel in Washington D.C. und im Weißen Haus stattfand und bei der zahlreiche Vorschläge in einem größerem Kreis diskutiert wurden, stand die Entscheidung nicht fest. Roosevelt selbst gab sich unschlüssig, wie sich CES-Direktor Witte im Nachhinein erinnert. Roosevelt soll demnach gesagt haben: „Whether we come to this form of insurance soon or later on, I am confident that we can devise a system which will enhance and not hinder the remarkable progress [...] in the practice of the professions of medicine and surgery in the United States.“²⁰⁴ Witte selbst gab sich zwar ebenfalls zuversichtlich, dass eine Versicherung „früher oder später“ kommen werde, jedoch war im Dezember 1934 auch von ihm kein dezidiertes Bekenntnis zu vernehmen.²⁰⁵ Das Programm der Konferenz lässt zudem nicht den Schluss zu, dass die Krankenversicherung zum wichtigen Thema erklärt wurde.²⁰⁶

Der Bericht des CES an den Präsidenten vom 15. Jänner 1935, der zur Grundlage für den *Social Security Act* werden sollte, verwies die Krankenversicherung in den Bereich des Möglichen, gab ihr jedoch keine reale Chance auf Realisierung in kurzer Zeit. Unter dem Themenpunkt „Risks arising out of ill health“ heißt es:

"The second major step we believe to be the application of the principles of insurance to this problem. We are not prepared at this time to make recommendations for a system of health insurance. We have enlisted the cooperation of advisory groups representing the medical and dental professions and hospital management in the development of a plan for health insurance which will be beneficial alike to the public and the professions concerned. We have asked these groups to complete their work by March 1, 1935, and expect to make a further report on this subject at that time or shortly thereafter. Elsewhere in our report we state principles on which our study of health insurance is proceeding, which indicate clearly that we contemplate

²⁰³ Funigiello 2005, S. 15

²⁰⁴ Witte 1934 auf der Seite der Social Security Agency

²⁰⁵ siehe Witte 1934 auf der Seite der Social Security Agency

²⁰⁶ Das Programm weist *Round Table*-Gespräche zur Arbeitslosenversicherung und zu *Old Age Security* auf; das Themenfeld Krankenversicherung wurde wahrscheinlich lediglich unter dem größeren Programmpunkt *Medical Care* diskutiert; siehe Programm des National Conference on Economic Security auf der Seite der Social Security Agency.

no action that will not be quite as much in the interests of the members of the professions concerned as of the families with low incomes.“²⁰⁷

Der 1. März wurde als Deadline für die Ausarbeitung für Vorschläge zum Krankenversicherungssystem gesetzt. Dies hatte einen äußerst negativen Effekt auf den Gesetzgebungsprozess, denn dieser war zu diesem Zeitpunkt bereits in ein Stadium getreten, in dem Änderungen nur mehr schwer durchzuführen waren. Die Krankenversicherung war im Kongress zu diesem Zeitpunkt schon kein Thema mehr (siehe unten). In der Beurteilung, warum die Krankenversicherung einen derart niedrigen Stellenwert im Bericht des CES hat, muss die Rolle der *American Medical Association* (AMA) beleuchtet werden. Obwohl die Organisation als ärztliche Berufsvertretung von Anfang an in den Arbeitsprozess eingebunden war (etwa mit mehreren Beratern im CES), wandte sie sich im Laufe des Herbstes 1934 mithilfe von Lobbying-Aktivitäten direkt an den Präsidenten. Als Methode wurde die Mobilisierung der eigenen Mitglieder gewählt – diese überschwemmten die Präsidentschaftskanzlei mit Telegrammen, die sich gegen die geplante Krankenversicherung wandten.²⁰⁸ So gelang es dem Verband, die Aufmerksamkeit der Roosevelt-Administration auf dieses Thema zu lenken. Die AMA kritisierte bereits seit langer Zeit jegliche Form von „staatlicher Medizin“, was wahrscheinlich auf befürchtete Gehaltseinbußen für die Ärzte zurückzuführen ist. Offiziell wurde etwa schon 1922 eine Resolution verabschiedet, dass staatliche Medizin abzulehnen sei – darunter fällt ausdrücklich auch die Finanzierung durch den Staat:

„The American Medical Association hereby declares its opposition to all forms of ‚state medicine‘, because of the ultimate harm that would come thereby to the public health through such form of medical practice. ‚State medicine is hereby defined for the purpose of this resolution to be any form of medical treatment, provided, conducted, controlled or subsidized by the federal or any state government.“²⁰⁹

Auch wenn die AMA nicht als monolithischer Block anzusehen ist – einzelne Vertreter der AMA bei der *National Conference on Economic Security* übten offen Kritik an der Vermeidungsstrategie ihrer Dachorganisation – muss festgestellt werden, dass sich die Verweigerer durchgesetzt haben. Darunter sind auch Mediziner zu finden, die grundsätzlich

²⁰⁷ CES-Report to the President vom 15. Jänner 1935, siehe Seite der Social Security Agency

²⁰⁸ siehe Mayes 2004, S. 20 und Funigiello 2005, S.17

²⁰⁹ Journal of the American Medical Association 78, Chicago, April 1922, S. 1715; zit. nach Mayes 2005, S. 19

positiv gegenüber der Krankenversicherung eingestellt waren, jedoch technische, organisatorische und finanzielle Gründe gegen eine verpflichtende Versicherung anführten. Dagegen wurden – wohl um grundsätzlich Kooperationsbereitschaft zu zeigen, ohne wirkliche Zugeständnisse machen zu müssen – Vorschläge zur probeweisen Einführung von Pilotprogrammen gemacht.²¹⁰ Die von AMA-Vertretern zur Schau getragene Bereitschaft zur Zusammenarbeit ließ aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Proponenten der Organisation, allen voran Präsident Walter L. Bierring, der im *CES-Medical Advisory Committee* saß, grundsätzlich gegen jegliche Form von staatlicher Einmischung waren.

Ein weiterer Grund für das Ignorieren der Krankenversicherung im Gesetzesentwurf ist im strikten Zeitplan des Präsidenten zu finden. Roosevelt schwor den neu konstituierten 74. Kongress Anfang Jänner 1935 auf eine neue Runde in der Sozialgesetzgebung ein. In beiden Häusern mit breiten Mehrheiten der Demokraten ausgestattet wollte der Präsident noch innerhalb des ersten Halbjahres eine Reihe von Gesetzen, darunter den *Social Security Act*, verabschieden lassen. In seiner *State of the Union Address* vor dem versammelten Kongress präsentierte er am 4. Jänner 1935 die drei zentralen Punkte des Sozialprogramms:²¹¹

- die Absicherung des Lebensunterhaltes („security of a livelihood“) etwa durch Arbeitsprogramme
- die Absicherung vor den Risiken des Lebens und „den Launen des Schicksals“ („security of major hazards and vicissitudes of life“) im Rahmen des *Social Security Act*
- die Sicherstellung angemessenen Wohnraums („security of decent homes“)

Roosevelts Fokus lag eindeutig auf dem Thema Arbeitslosigkeit. Ein Großteils seiner Rede beschäftigte sich mit der Notwendigkeit von Arbeitsprogrammen. Die anderen Themenbereiche, darunter die soziale Sicherheit, standen hier im Hintergrund. Doch die Zurückhaltung sollte sich als sehr kurzfristig erweisen. Bereits knapp zwei Wochen nach der Rede initiierte Roosevelt den Gesetzgebungsprozess in Sachen *Social Security Act*. Der Präsident schickte den CES-Entwurf (offiziell *recommendations* des Präsidenten an die Legislative) am 17. Jänner 1935 an den Kongress. Für den Senat brachte der Demokrat

²¹⁰ siehe Funigiello 2005, S. 19

²¹¹ folgende Zitate: Roosevelt 1935, S. 5; auf der Seite der Franklin D. Roosevelt Library

Robert Wagner den Antrag ein, er wurde an das *Senate Finance Committee* zur Bearbeitung weitergeleitet. Im Repräsentantenhaus übernahmen dies die demokratischen Abgeordneten Robert Doughton und David Lewis den Antrag an, in Folge beschäftigte sich das *House Committee on Ways and Means* mit dem Gesetzesentwurf H.R. 4120 (der später zu H.R. 7260 wurde).

Das *House Committee* diskutierte den CES-Entwurf in mehreren *Sessions* bis zum 12. Februar intensiv und kam zum Schluss, dass das staatliche Gesundheitssystem ausgebaut werden müsse. Gleichzeitig distanzierte sich der Ausschuss in seinem Schlussbericht von einer Krankenversicherung. Interessant ist hier auch, dass sich die Legislative dezidiert auf Vertreter von Interessensgruppierungen bezieht, etwa im *House Committee on Ways and Means Report on Legislation* vom 5. April 1935:

„The proposed Federal aid is designed to permit the expansion of the existing work of the Public Health Service, and should not be confused with health insurance. This program of public health service was strongly recommended by persons representing the medical profession including Dr. Walter L. Bierring president American Medical Association [sic!], who testified before the committee.“²¹²

Auch der Senat beschäftigte sich intensiv mit der Gesetzesvorlage (S. 1130). Das *Senate Committee on Finance* unter dem Vorsitz von Pat Harrison befand nach einigen *Hearings*, die bis zum 20. Februar dauerten, dass die Krankenversicherung im Gegensatz zu den anderen Feldern des *Social Security Act* ebenfalls wenig Bedeutung habe.

Das Plenum des Repräsentantenhauses beschäftigte sich Mitte April 1935 acht Tage lang mit dem Gesetzesentwurf und nahm ihn am 19. April mit 371 zu 33 Stimmen an.²¹³ Im Senat gab es einige Diskussion um einen Zusatz von Senator Bennet Champ Clark (D-Missouri, *Committee on Finance*), der fast den Abstimmungsprozess zum Erliegen gebracht hätte.²¹⁴ Der von Versicherungslobbyisten mitentwickelte Plan sah vor, dass Unternehmen, die bereits eine eigene Pensionsversicherung für ihre Beschäftigten anboten, Ausnahmeregelungen erhielten. Sie hätten demnach nicht am staatlichen Pensionssystem, das der *Social Security Act* etablierte, teilnehmen müssen, sondern hätten weiterhin eine private

²¹² Doughton 1935, auf der Seite der Social Security Agency

²¹³ sogar 81 Republikaner stimmten für das Gesetz, nur 15 dagegen; 284 Ja-Stimmen (bei 15 Gegenstimmen) gab es auf demokratischer Seite; siehe 1935 Congressional Debates on Social Security auf der Seite der Social Security Agency.

²¹⁴ siehe Edsforth 2000, S. 232f.

Alternative anbieten können.²¹⁵ Obwohl im Finanzausschuss keine Mehrheit dafür gefunden wurde, gelangte der Gesetzeszusatz am 18. und 19. Juni 1935 ins Senatsplenum, wo er mit 51 zu 35 Stimmen angenommen wurde. Nach etlichen Vermittlungsversuchen des *Conference Committee* den ganzen Juli hindurch einigten sich beide Häuser auf einen Entwurf ohne das *Clark-Amendment*. Am 8. August verabschiedete das *House* das gemeinsame Gesetz, das den Themenbereich staatliche Krankenversicherung gänzlich ausklammerte. Einen Tag später folgte der Senat, und mit der Unterschrift des Präsidenten am 14. August 1935 erlangte der Entwurf Gesetzeskraft.²¹⁶

Die CES-Mitglieder Edgar Sydenstricker und Isidore S. Falk versuchten, nach Ablauf der 1.März-*Deadline*, noch einmal das Thema Krankenversicherung aufs Tapet zu bringen, da im Kongress keine Anzeichen für die Integration des Projekts in den *Social Security Act* zu finden waren: „While the major advocates of social insurance hoped to include health insurance in the 1935 law, President Roosevelt rejected this idea, fearing too much political opposition.“²¹⁷ Sydenstricker und Falk fanden weder Unterstützung beim Präsidenten noch bei CES-Direktor Witte oder bei Arbeitsministerin Perkins. Sie waren der Ansicht, dass ein erneutes Aufschnüren des Pakets zum Scheitern der gesamten Reform führen könnte.²¹⁸ Damit war dem Projekt keine gute Zukunft beschert. Im Nachhinein betrachtet muss man attestieren, dass die Furcht eine historische Chance verstreichen ließ – eine staatliche Krankenversicherung (für einen begrenzten Teilnehmerkreis) konnte erst 30 Jahre nach dem *Social Security Act* eingeführt werden. Perkins war sich der Begrenztheit der Reform bewusst, als sie knapp zwei Monate nach der Verabschiedung des Gesetzes im Radio meinte: „It does not represent a complete solution of the problems of economic security, but it does represent a substantial, necessary beginning.“²¹⁹

²¹⁵ siehe DeWitt 2000 auf der Seite der Social Security Agency

²¹⁶ siehe 1935 Congressional Debates on Social Security auf der Seite der Social Security Agency.

²¹⁷ Bodenheimer/Grumbach 1992, S. 449

²¹⁸ siehe Funigiello 2005, S. 21

²¹⁹ Perkins 1935, in Polenberg 2000, S. 76

5.3 *Judicial Review* des Obersten Gerichtshofes

Den größten Gegenwind bekam Roosevelt von der Judikative. Die Exekutive konnte der Präsident durch entschlossenes Handeln auf Linie bringen, und auch die Legislative war dank satter Mehrheiten der Demokraten grundsätzlich am Erfolg der Sozialreformen interessiert – wenn sie auch, wie oben beschrieben, in Einzelpunkten wie der Krankenversicherung zurückhaltend agierte.

Die Bundesgerichtsbarkeit, allen voran der Oberste Gerichtshof, etablierte sich dem gegenüber für einen historisch kurzen Moment als mächtiger Gegenspieler der Exekutive. Dies manifestierte sich in mehreren Urteilen, die Maßnahmen des Bundes für verfassungswidrig erklärten. Roosevelt wiederum drohte 1937 unverhohlen mit der Umgestaltung des Obersten Gerichtshofes – die berühmte *court packing bill* (offiziell *Judicial Procedures Reform Bill*) sollte zwar im Planungsstadium verbleiben und trotzdem das Ansehen des Präsidenten schwer schädigen. Der Entwurf stellte einen massiven Versuch dar, in die Struktur der Bundesjustiz und des Obersten Gerichtshofes einzugreifen. Roosevelt drohte, den älteren Richtern jeweils einen weiteren Richter zu Seite zu stellen, wenn diese nach dem Erreichen des 70. Geburtstags nicht innerhalb von sechs Monaten zurückträten. Die offizielle Begründung der Arbeitsüberlastung („to make the administration of all Federal justice [...] speedier and therefore, less costly“²²⁰) war vorgeschoben, wie viele Kritiker durchschauten. Der republikanische Ex-Präsident Herbert Hoover meinte etwa, der Plan bestehe einzig zum Zweck „to pack the Court’ with Roosevelt’s yes-men.“²²¹ Hoover prägte damit auch den Begriff des *court packing* für die Reform. Roosevelt selbst erklärte in einer Radioansprache, einem seiner berühmten „*Fireside Chats*“, die Gründe recht eindeutig: „Last Thursday I described the American form of Government as a three horse team [...] The three horses are, of course, the Congress, the Executive and the Courts. Two of the horses, the Congress and the Executive, are pulling in unison today; the third is not.“²²²

Den Unmut des Präsidenten zog der Gerichtshof auf sich, nachdem er eine Serie von Entscheidungen gegen wichtige Gesetze des *New Deal* getroffen hatte. Das oberste Organ der Judikative beschnitt die Rechte der Bundes-Exekutive in ähnlichem Maß, wie sich diese die Kompetenzen zuvor angeeignet hatte. Im Zentrum stand die Frage, wie viel Macht sich der

²²⁰ Roosevelt 1937, in Zinn 2003, S. 370f

²²¹ Edsforth 2000, S. 261

²²² Roosevelt 1937, in Zinn 2003, S. 368

Bund zuungunsten der Einzelstaaten oder gegen Einzelinteressen von Bürgern bzw. Unternehmen aneignen dürfe. Ein wichtiges Urteile des *Supreme Court* den *New Deal* betreffend hatte den *National Industrial Recovery Act* (NIRA, erlangte 1933 Gesetzeskraft) zum Inhalt: Darin fanden sich Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Mindestlöhne, und Arbeitszeitbegrenzungen, aber auch Regulierungen für Unternehmen. Im Fall *Schechter Poultry Corp. v. United States* (295 U.S. 495, 1935)²²³ standen unter anderem Mindestlöhne und Verstöße gegen Handelsrichtlinien auf dem Prüfstand. Mehrere Schlachtbetriebe in Brooklyn wurden auf Grundlage des NIRA verurteilt, weil sie zu geringe Löhne bezahlt hatten und außerdem Vorschriften beim Hühnerverkauf missachtet hatten. So lächerlich gerade zweiter Fall erschienen haben mag (selling an „unfit chicken“), so sehr berührte er die Frage nach rechtlicher Legitimität. Zwei Punkte standen zur Diskussion: Erstens die Aneignung von Kompetenzen durch den Kongress in Belangen der Einzelstaaten (Anwendung der *Interstate Commerce Clause* auf den Hühnerverkauf) und zweitens die Ausdehnung der Macht der Exekutive auf Agenden der Legislative (Mindestlohnverordnung). Der NIRA ermächtigte den Präsidenten, Maßnahmen zu Löhnen und Arbeitszeiten zu treffen – was Roosevelt mittels Verordnung für New York auch machte. Das einstimmige Votum des *Supreme Court* (9-0, unter der Leitung von *Chief Justice* Charles E. Hughes) beurteilte beide Punkte als verfassungswidrig.

Bereits zuvor hatte der Gerichtshof das verpflichtende Pensionssystem für Eisenbahner auf Grundlage des *Railroad Retirement Act* von 1934 behandelt und in *Railroad Retirement Board v. Alton Railroad Co.* (295 U.S. 330, 1935) das Recht des Bundes, auf diesem Gebiet tätig zu werden, beschnitten. Ähnlich gelagerte Fälle in diesem Zusammenhang waren: *Carter v. Carter Coal Co.* (298 U.S. 238, 1936), in dem Mindestlöhne im Bergbau für verfassungswidrig erklärt wurden; *Morehead v. New York* (298 U.S. 587, 1936), in dem der Oberste Gerichtshof Mindestlöhne für Frauen kippte; *United States v. Butler* (297 U.S. 1, 1936), bei dem die Steuereinnahmen, die im Rahmen des *Agricultural Adjustment Act* (1933) für notleidende Bauern requiriert wurden, als verfassungswidrig angesehen wurden. Diese Urteile wurden von *New Deal*-Befürwortern weniger wegen ihrer tatsächlichen Auswirkungen im jeweiligen Fall kritisiert, sondern wegen der möglichen Anwendung der Erkenntnisse auf weitere Bereiche der Sozialgesetzgebung:

²²³ siehe Pritchett 1999, S. 275f.

„[...] Roosevelt announced to his cabinet that he was almost certain that the Court would declare unconstitutional most, if not all, of the New Deal bills.“²²⁴

Vor diesem Hintergrund und angesichts des erdrutschartigen Sieges bei den Präsidentenwahlen 1936 (523 von 531 Wahlmännerstimmen) trat Roosevelt im Streit mit dem *Supreme Court* in eine aktivere Phase. In seiner Antrittsrede kündigte er weitere Reformen im Sozialbereich an. Doch anstatt die großen Mehrheiten im Kongress für diese Vorhaben zu nutzen,²²⁵ entschied sich Roosevelt zum Konfrontationskurs mit der Judikative, was in Folge den politischen Diskurs beherrschen sollte. Am 5. Februar 1937 stellte er den *court packing plan* vor, der im Geheimen mit Justizminister Homer Cummings ausgearbeitet wurde.²²⁶ Die Umformung des *Supreme Court* stellte unabhängig von der Motivation Roosevelts eine verfassungsmäßig legitime Vorgehensweise dar: Der Kongress hat das verbriefte Recht, die Zahl der Richter zu bestimmen. In der Geschichte der Vereinigten Staaten differierte diese zwischen sechs und zehn Richtern.²²⁷ Da zum Zeitpunkt der Debatte bereits sechs der neun Obersten Richter über 70 Jahre alt waren, hätte das Gesetz eine immense Wirkung entfaltet. Doch es sollte anders kommen: Die öffentliche Meinung und eine Reihe von mächtigen Gegnern, etwa der konservative Publizist Frank Gannett, wandten sich gegen Roosevelt: „The President’s surprise message insulted most of the Supreme Court and angered many in Congress. Although FDR received thousands of letters of support at the White House, Congress received tens of thousands of protests during the month of February alone.“²²⁸ Roosevelt brachte dennoch die *Judicial Procedures Reform Bill* im Kongress ein. Dort bröckelten allerdings die soliden Mehrheiten: Die Republikaner stellten sich geschlossen gegen den Gesetzesentwurf, auch jene liberal Gesinnten, die noch Teile des *New Deal* mitgetragen hatten. Was noch schwerer wog, war die Zersplitterung der Demokraten im Kongress. Vor allem konservative Südstaaten-Abgeordnete und Mandatäre aus dem ländlichen Raum (etwa Senator Burton Wheeler aus Montana, der als Wortführer auftrat) verweigerten die Unterstützung. Weil sich auch Roosevelts Position verhärtete und einen Kompromiss unmöglich machte, dominierte der Streit den Kongress die nächsten Monate. Der Plan wurde erst Mitte Juli im Senat verworfen, nachdem sich das *Senate Committee on Judiciary* mit Mehrheit gegen den Entwurf gestellt hatte und der demokratische

²²⁴ Niedziela 1976 in Dubofsky/Burwood 1990, S.159

²²⁵ der 75. Kongress in Zahlen: im Senat standen 76 Demokraten 16 Republikanern gegenüber, im Repräsentantenhaus lag das Verhältnis bei 331 zu 89

²²⁶ siehe Edsforth 2000, S. 257

²²⁷ siehe Niedziela 1976 in Dubofsky/Burwood 1990, S. 158

²²⁸ Edsforth 2000, S. 261

Mehrheitsführer Joseph Robinson, der das Gesetz auf Roosevelts Drängen dennoch im Plenum einbringen hätte sollen, an einem Herzinfarkt gestorben war.²²⁹

Obwohl Roosevelt mit seiner beharrlichen Haltung den Kongress gegen sich aufbrachte und die zuvor in der *New Deal*-Ära herrschende Geschlossenheit der Demokraten aufbrach, hatte sie eine erhebliche Wirkung auf den *Supreme Court*. Dort vollzog sich bereits ab März 1937 ein Paradigmenwechsel, nachdem der Richter Owen J. Roberts, der in früheren Fällen der Anti-*New Deal*-Fraktion jeweils knappe Mehrheiten beschert hatte, nun auf die Unterstützerseite gewechselt war. Zudem trat der konservative Richter Willis Van Devanter am 2. Juni 1937 zurück – die Gelegenheit für Roosevelt, mit Hugo Black einen *New Deal*-Befürworter in den *Supreme Court* zu entsenden.

Bereits am 29. März 1937 hatte der Gerichtshof im Urteil zu *West Coast Hotel v. Parish* (300 U.S. 379, 1937) fundamental seine Spruchpraxis in Bezug auf *New Deal*-Gesetze geändert: Die Mindestlohnregelung, die zuvor für New York noch verfassungswidrig erschien, wurde nun im Falle des Staates Washington als verfassungskonform beurteilt. Auch die zuvor eng definierten Kompetenzen des Kongresses zur Regulierung der Wirtschaft wurden nun ausgedehnt. In *National Labor Relations Board v. Jones and Laughlin Steel Corp.* (301 U.S. 1, 1937) wurde die Bestimmung des *National Labor Relations Act* von 1935 verhandelt, in dem der Kongress Arbeitsbedingungen in Unternehmen reglementierte. Dies wurde dem Kongress mit Bezugnahme auf die *Interstate Commerce Clause* zugestanden.²³⁰

Am 24. Mai 1937 veröffentlichte der Gerichtshof zwei wichtige Entscheidungen zur Verfassungsmäßigkeit des *Social Security Act*:

- Im richtungsweisenden Urteil zu *Stewart Machine Co. v. Davis* (301 U.S. 548, 1937) wurde die Frage geklärt, ob der Bund das Recht habe, Steuern für Wohlfahrtsprogramme einzuhoben.²³¹ Im *Social Security Act*, Title IX wurden Bundessteuern für Arbeitgeber zur Unterstützung der staatlichen Arbeitslosenversicherung eingeführt. Im Gegensatz zum Urteil in *United States v. Butler* (297 U.S. 1, 1936) wurden dem Bund dies im Urteil zu *Stewart* eingeräumt. In der knappen 5-4-Entscheidung überwog die Ansicht, dass diese Kompetenz unter *Article I*, *Section 8* der Verfassung falle, wonach der Kongress das Recht habe, „to lay and collect Taxes, Duties, Imposts and Excises, to pay the Debts and provide for the

²²⁹ siehe Edsforth 2000, S. 263

²³⁰ siehe Lopez 1987, S. 10

²³¹ siehe Urteil auf der Seite von Justia; der Beklagte Davis wird im Titel in seiner Funktion als „Collector“ of the Internal Revenue benannt

common Defence and general Welfare of the United States“.²³² Da die Einzelstaaten zudem die Möglichkeit hätten, die Bundesprogramme abzulehnen und eigene Arbeitslosenversicherungssysteme zu installieren (wenn diese die Mindeststandards des *Social Security Act* nicht unterschreiten), falle auch der zentralistische Zwangscharakter, den die Kritiker anführten, weg: „The Court concluded that the plan was not coercive in nature but rather represented a cooperative venture between States and the Nation to provide for the general welfare.“²³³

- Der ähnlich gelagerte Fall *Helvering v. Davis* (301 U.S. 619, 1937)²³⁴, der am selben Tag wurden die Regelungen zur Besteuerung und zu den Ausgaben im Zuge der Pensionsversicherung behandelt (*Social Security Act, Title II bzw. VII*). Die Mehrheit (7-2) argumentierte ähnlich wie im ersten Fall, dass der Kongress das Recht habe, Steuern für *general welfare* einzuhoben und diese auch nach politischen Willen einzusetzen: „Further, the Court found that the determination of what is in the general welfare is a determination for Congress to make, and not the courts.“²³⁵

5.4 Das Ende des New Deal

Guggisberg sieht drei zentrale Gründe für das Ende der *New Deal*-Gesetzgebung.²³⁶ Zum ersten forderte Roosevelt durch seinen offensichtlichen Versuch, mithilfe der *Court Packing Bill* den Obersten Gerichtshof umzugestalten und damit das Prinzip der *checks and balances* zu durchbrechen, heftige Kritik heraus. Zum zweiten scheiterte der Präsident mit dem Versuch, *New Deal*-kritische Kreise aus seiner eigenen Partei auszuschließen: Die Folge war unter anderem, dass die Kongressfraktion zunehmend den als selbstverständlich angenommenen Führungsanspruchs Roosevelts missachtete. Der schwerwiegendste Punkt aber dürfte die erneute Wirtschaftskrise 1937/38 sein: Die ungeheuren finanziellen Anstrengungen, das Wirtschaftssystem mithilfe von Staatsinterventionen zu stabilisieren, fruchteten nicht oder hatten nur geringe Effekte. Die langandauernde wirtschaftliche

²³² Small/Jayson 1964, S. 40; siehe auch Johnson 1999, S. 294f.

²³³ Lopez 1987, S. 10

²³⁴ Urteil auf der Seite von Justia

²³⁵ Lopez 1987, S. 11

²³⁶ siehe Guggisberg 1993, S. 205ff.

Stagnation wurde erst durch den staatlichen Investitionsboom (Stichwort Kriegsindustrie) in den Folgejahren überwunden.²³⁷

Auch in Fragen eines umfassenden Gesundheitssystems war die Spätphase der Roosevelt'schen Präsidentschaft nicht sehr produktiv. Mit der *Wagner-Murray-Dingell Bill*²³⁸ wurde 1943 noch einmal versucht, eine Krankenversicherung einzuführen; die Zustimmung im Kongress blieb versagt. Der Gesetzesentwurf sah vor, dass ein von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziertes Krankenversicherungssystem als Zusatz zum *Social Security Act* von 1935 eingeführt werden sollte. Sowohl die Kosten für Krankenhausaufenthalte als auch die ambulante Behandlung durch Ärzte sollte dadurch abgedeckt werden.²³⁹ Der Gesetzesentwurf führte zu einer erneuten Kampagne der *American Medical Association*, wie zahlreiche Publikationen der Organisation zeigen. Im Oktober 1943 etwa schrieb das AMA-Magazin *American Journal of Public Health*, dass das Gesetz zu einer verstaatlichten („socialized“) Medizin führe und zitierte AMA-eigene Kritiker, die den *Surgeon General of Public Health*, der mit neuen Kompetenzen ausgestattet werden sollte, mit einem Gauleiter verglichen: „This bill makes physicians conscious that the heretofore vague shadow of socialized medicine is becoming foreshortened and of some substance. [...] it would place under government auspices medical and hospital care for the great majority of the population of the United States. The Journal of the American Medical Association [...] uses the word "gauleiter" as descriptive of the position of authority proposed for the Surgeon General of the Public Health Service.“²⁴⁰ Die *Wagner-Murray-Dingell Bill* scheiterte unter anderem aufgrund der fehlenden Unterstützung Roosevelts bereits im Ausschuss („*killed in committee*“). Einzelne Programme wurden allerdings auch in den Kriegsjahren umgesetzt, wenn auch vorwiegend für Soldaten und ihre Angehörigen. 1942 etwa verabschiedete der Kongress ein Gesetz zur Unterstützung von Kindern und Ehefrauen: Sie sollten im Zuge der neu geschaffenen *Emergency Maternity and Infancy Care* kostenlose medizinische

²³⁷ durch die Aufrüstung und anderer kriegsbedingter Investitionen stiegen staatliche Ausgaben und auch die Staatsschulden exorbitant: Das Bundesbudget verzehnfachte sich von 9,4 Mrd. USD (1939) auf 95,2 Mrd. USD (1945), das Bruttosozialprodukt stieg von 90,5 Mrd. USD auf 211,9 Mrd. USD, die Staatsschulden versechsfachten sich auf 258,6 Mrd. USD; siehe Cohen 1993, S. 198

²³⁸ der Gesetzesentwurf wurde mehrmals im Kongress eingebracht – am 3. Juni 1943 (78. Kongress): Senatsentwurf von den Senatoren Robert F. Wagner und James Murray (S. 1167) bzw. vom Abgeordneten John Dingell im Repräsentantenhauses (H.R.2861); am 24. Mai 1945 erfolgte ein weiterer Versuch, der ebenfalls scheiterte (79. Kongress, S.1050 bzw. H.R. 3293)

²³⁹ siehe Bodenheimer/Grumbach 1992, S. 449

²⁴⁰ *American Journal of Public Health* 1943

Behandlung erhalten.²⁴¹ Die Realisierung einer staatlichen Krankenversicherung sollte noch 30 Jahre dauern, sie blieb für die Reformer innerhalb der Bundebürokratie jedoch weiterhin das „most important ,unfinished business’ of the New Deal“²⁴².

5.5 Zusammenfassung

Bei aller Kritik und dem Eingeständnis der Grenzen von Sozialpolitik hat der *New Deal* vor allem in der Sozialgesetzgebung eine Auswirkung bis auf die Gegenwart. Er kann als Abkehr vom Glauben an den selbstregulierenden Markt in der damals größten Volkswirtschaft der Welt gesehen werden. Wenn auch nur in Ansätzen entwickelt, präsentierte sich seit den 1930er-Jahren der Bund als Akteur in Sozialfragen und übernahm damit Aufgaben, die lange Zeit vom *Goodwill* privater Wohlfahrt abhängig waren. Der *New Deal* kann deshalb als Geburtsstunde des US-amerikanischen Sozialstaates angesehen werden. Nicht nur das finanzielle Ausmaß, sondern auch der Umfang an unterschiedlichen Leistungen erreichte bisher ungeahnte Dimensionen. Der *Social Security Act* von 1935 ist eine der dauerhaftesten und einflussreichsten Gesetzeswerke in der Geschichte der USA. Es führte nicht nur ein staatliches Pensionssystem, eine Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe für Bedürftige ein, sondern legte auch den Grundstein für ein staatliches Gesundheitswesen – auch wenn maßgebliche Teile wie ein Krankenversicherungssystem 1935 scheiterten.

Eine Reform dieses Ausmaßes verlangte nach einem soliden politischen Umfeld, einem entschlossenen Initiator und eines Auslösers von nationaler Tragweite. Die Große Depression brachte soziale Verwerfungen ans Tageslicht, welche die Menschen am *Laissez faire*-Kapitalismus zweifeln ließen. Wie selten zuvor in der Geschichte der Vereinigten Staaten wurde dadurch staatlicher Interventionismus begrüßt und von breiten Schichten der Bevölkerung mitgetragen.

Die Initiative lag bei einem starken Präsidenten, der bei den Wahlen 1932 und 1936 eindeutig als Sieger hervorging: Roosevelt gewann jeweils über 88 Prozent der Wahlmännerstimmen und 42 bzw. 46 Staaten. Dieser ließ schon in seiner Funktion als Gouverneur von New York erkennen, dass sein Fokus in der Sozialpolitik lagen, aber erst im

²⁴¹ siehe The Evolution of Medicare. Chapter 3: The Third Round 1943-1950, auf der Seite der Social Security Agency

²⁴² Maioni 1995, S. 16

Angesicht der wirtschaftlichen Katastrophe der 1930er-Jahre konnte er bundesweite Akzente setzen. Die zahlreichen Programme waren Ergebnis einer aktiven Arbeit der Bundesadministration. Zu nennen ist hier vor allem das *Committee on Economic Security* (CES), das in kürzester Zeit eine Grundlage für ein Gesetz schuf. Auffallend ist die Einbindung von wissenschaftlichen Experten in diesen Prozess.

Auf legislativer Ebene ist überraschend, dass die Zustimmung zum *Social Security Act* nicht, wie später bei vielen Sozialgesetzen üblich, an die Parteizugehörigkeit gekoppelt war. Der hier untersuchte Gesetzgebungsprozess wies keine – wie in der Einleitung angenommen – Züge eines *partisan issue* auf. Eine große Mehrheit von Demokraten und Republikanern konnte sich auf das Gesetz einigen. Diese *New Deal Coalition* bot eine historisch seltene Chance auf weitreichende Veränderungen. Bereits zwei Jahre nach Verabschiedung des SSA zerschellte diese Koalition an der Überheblichkeit des Präsidenten (*court packing plan* und der Versuch, unliebsame Kritiker zu entfernen) sowie an der anhaltenden Wirtschaftskrise, die den Staat insgesamt ein Jahrzehnt lang in Atem hielt. Die Kongresswahlen 1938 gaben den Republikanern Aufwind: Sie eroberten sieben Senatssitze und 75 Sitze im Repräsentantenhaus zurück.²⁴³

Die breite Unterstützung zum SSA wurde unter anderem durch die Aufweichung der Reform erreicht. Kontroverse Themen wie die Krankenversicherung scheiterten am mangelnden politischen Willen. Warum genau Roosevelt von seinem Vorhaben abließ, lässt sich hier nicht in allen Details klären. Einfluss hatte sicherlich der Umfang der anderen Reformen – man hatte sich ein drittes staatliches Programm neben der Arbeitslosen- und der Pensionsversicherung möglicherweise nicht zugetraut. Faktum ist, dass die Krankenversicherung bereits im Prozess der Ausarbeitung durch das CES ins Hintertreffen gelangte, obwohl sie einige bedeutende Fürsprecher im System hatte. So kam es, dass die im Kongress diskutierte Vorlage keinen konkreten Plan zur Einführung einer Krankenversicherung beinhaltete. Lediglich eine Absichtserklärung und die vage Hoffnung, die Versicherung im Zuge des Gesetzgebungsprozess noch integrieren zu können, blieben bestehen. Dies war offenbar zu wenig, denn bald mussten andere Probleme gelöst werden, etwa die Koordinierung der unterschiedlichen Entwürfe von Repräsentantenhaus und Senat. Eine maßgebliche Rolle spielte hier vor allem in der Gestaltungsphase auch *interest groups* wie die *American Medical Association*, die massiven Druck gegen die Implementierung einer Krankenversicherung aufbaute.

²⁴³ siehe Edsforth 2000, S. 281

Die Rolle des Obersten Gerichtshof bestand bis 1937 in der Gegnerschaft zu einer sehr aktiven Verbindung aus Exekutive und Legislative. Die Entscheidungen begünstigten bis dahin eher Einzelstaaten, Individuen und Unternehmen und wandten sich gegen eine zu große Machfülle des Bundes. Erst nach recht unverhohlenen Drohungen Roosevelts gegen die Richter änderte sich der Kurs in Richtung kooperativer Haltung. Zu diesem Zeitpunkt 1937 war die Hochphase des politischen Aktionismus jedoch schon wieder vorbei. Weitere Sozialprogramme konnten quantitativ und qualitativ nicht mehr an den *New Deal* anschließen. Andere Politikfelder stiegen mit Beginn des Zweiten Weltkriegs in der Prioritätenliste nach oben. Neue ernsthafte Versuche, das Sozialsystem umzubauen, sollte es erst wieder in der Nachkriegszeit geben.

6. Lyndon B. Johnson und das Projekt der *Great Society* – Auswirkungen auf *Public Health Care*

Die Sozialpolitik der ersten Nachkriegsjahre war geprägt von einzelnen Versuchen der Truman-Administration, im Rahmen des *Fair Deal* neue Gesetze zu initiieren. Gleichzeitig kam es zu einem Erstarken der Konservativen im Kongress und damit zu einem schwierigeren Umfeld für den Ausbau des Sozialsystems. Auch als sich 1949 die Mehrheiten wieder änderten, verweigerte der Kongress die Zustimmung zu zentralen Punkten wie der Krankenversicherung.²⁴⁴ Anders als Roosevelt ließ Truman die Vorschläge nicht selbst ausarbeiten, sondern delegierte diese Aufgabe an den minder interessierten Kongress. Im *Hill-Burton Act (Hospital Survey and Construction Act, 1946)* wurde immerhin der Ausbau des Spitalsystems aus Bundesmitteln beschlossen, der auch sozial Benachteiligten helfen sollte und immerhin bis 1997 bestand.

Die Innenpolitik hatte sich in diesen Jahren vor allem auf den Kampf gegen vermeintliche innere Feinde gestürzt. Eine Reihe von Maßnahmen zur mutmaßlichen Identifizierung von Kommunisten und anderen unliebsamen Subjekten wurden getroffen – etwa die Gründung des regierungsnahen *Subversive Activities Control Board* in Folge des *McCarran Internal Security Act*, der 1950 trotz eines Präsidentenvetos beschlossen wurde. Auch das im Repräsentantenhaus angesiedelte *Committee on Un-American Activities* oder das *Senate Committee on Government Operations* unter dem Republikaner Joseph McCarthy nahmen ihre Arbeit auf. Kritiker sprachen offen von einer „Hexenjagd“ und von polizeistaatlichen Methoden eines vermeintlich auf liberalen Werten basierenden politischen Systems.²⁴⁵

Unter Trumans republikanischem Nachfolger Dwight D. Eisenhower, der 1952 eine 20-jährige Dominanz der Demokraten im Weißen Haus brach, blieb die Sozialpolitik trotz einer Rezession in den Jahren 1957/58 ebenfalls ein Randthema. Einzelprogramme wie die *Aid to Families with Dependent Children* (AFDC) wurden aber ausgebaut.²⁴⁶ Erst in den 1960er-Jahren änderte sich der Fokus in der Sozialpolitik. John F. Kennedys brachte nach

²⁴⁴ Harry S. Truman wurde 1945 nach dem Tod Roosevelts Präsident, nachdem er zuvor kurz als Vizepräsident tätig war. 1948 wurde er im Amt bestätigt; die Mehrheiten in der Legislative änderten sich im 80. Kongress (1947-49): dominierten zuvor und danach die Demokraten, hatten hier die Republikaner Mehrheiten (51 zu 45 im Senat, 245 zu 188 im Repräsentantenhaus; siehe Sautter 1994, S. 445f.; Sautter 2006, S. 617

²⁴⁵ siehe Sautter 1994, S. 446

²⁴⁶ siehe Grandner 2009, S. 122

seinem Sieg bei den Präsidentschaftswahlen 1960 das Thema wieder auf die politische Tagesordnung. Während er vor allem die Debatten um gerechtere Verteilung von Wohlstand anstieß, lag es bei Kennedys Nachfolger Lyndon B. Johnson, konkrete Programme umzusetzen. Der Demokrat aus dem konservativen Texas wurde nach Kennedys Ermordung am 22. November 1963 als Präsident vereidigt. Obwohl Johnson heute vor allem mit der Eskalation im Vietnamkrieg und zweifelhaften außenpolitischen Entscheidungen in Verbindungen gebracht wird, gibt es auch noch eine zweite Seite, eine progressive, liberale Grundhaltung, die sich in Teilen der Innenpolitik niederschlug: Johnsons Projekt der *Great Society*, das er ab 1964 öffentlich propagierte, sollte sowohl die Bürgerrechte stärken als auch das Sozialsystem grundlegend erweitern. Zu den Meilensteinen im Gesundheitsbereich zählt die erstmalige Einführung einer staatlichen Krankenversicherung. Dies kann als Paradigmenwechsel in der Geschichte der Gesundheitspolitik angesehen werden, obwohl der Kreis der Begünstigten mit Pensionisten und einigen Gruppen von Bedürftigen überschaubar geblieben ist. Die beiden Programme *Medicare* und *Medicaid* existieren immerhin auch knapp 50 Jahre nach ihrer Einführung weiter. Sie bieten einen medizinischen Basisschutz für einen eingeschränkten Personenkreis in Phasen der Erwerbsunfähigkeit.

Der Historiker John Andrew weist auf die sozioökonomischen Trends der 1960er-Jahre als Fundament für ein Umdenken in der Sozialpolitik hin: Der Nachkriegswohlstand kam vielen Menschen zugute. Eine größere Mittelschicht entstand, die sich der Ungleichheiten bewusst wurde: „[...] this affluence had become a permanent feature of the economic landscape [...]. This freed the middle class to focus on the problems of others, supporting initiatives to extend opportunity to the less fortunate without fearing that their own opportunities would diminish.“²⁴⁷ Gleichzeitig stieg das Gefälle zwischen Armen und Reichen weiter an. Minderheiten wie Afroamerikaner oder *Hispanics* waren überproportional von Armut betroffen; ländliche Gebiete stärker als Städte, was eine massive Landflucht mit sich brachte.²⁴⁸ Armut und ethnische Zugehörigkeit waren eng miteinander verbunden, weshalb die Programme der 1960er-Jahre auch auf beide Faktoren abzielten: Bekämpfung der Armut *und* die Stärkung der Bürgerrechte.

²⁴⁷ Andrew 1998, S. 9

²⁴⁸ siehe Trattner 1979, S. 249f.; der Autor schreibt von 20 Millionen Menschen, die zwischen 1940 und 1970 von (meist südlich gelegenen) ruralen Gebieten in die Städte wanderten.

6.1 Das Projekt der *Great Society*

Johnson war nur etwas weniger als ein Jahr als Nachfolger Kennedys im Amt, ehe er sich den Präsidentschaftswahlen 1964 stellen musste. Von Anfang an erwies er sich als sehr aktiver Akteur im Bereich der Sozialpolitik. Die zentralen Punkte seiner Innenpolitik erläuterte er – wohl schon als Auftakt zum Wahlkampf – in der *State of the Union Address* vor dem Kongress am 8. Jänner 1964. In seiner Rede („War on Poverty“) schildert er die Prioritäten: Bürgerrechte, Krieg gegen Armut und Arbeitslosigkeit sowie Steuersenkungen, aber auch die Gesundheitsversorgung für ältere Bürger: „We must provide hospital insurance for our older citizens financed by every worker and his employer under Social Security [...] to protect him [den Arbeitnehmer, Anmk. RS] in his old age in a dignified manner without cost to the Treasury, against the devastating hardship of prolonged or repeated illness.“²⁴⁹ Interessant ist hier die Vorstellung einer sich selbst tragenden Versicherung, die dem Bundesbudget keine Mittel abverlangt. Das später zusammen mit *Medicare* beschlossene Programm zur medizinischen Unterstützung von Bedürftigen *Medicaid* wird von Johnson nicht genannt. Die Hauptforderungen beziehen sich auf Maßnahmen gegen Jugendarbeitslosigkeit, ein ausgeweitetes *food stamp program*, die Ausweitung der Mindestlohnregelung, Unterstützung fürs Schulwesen und *urban renewal programs*.

Bei einer Rede vor der Graduiertenklasse der *University of Michigan* am 22. Mai 1964 stellte Johnson erstmals die *Great Society* vor („the opportunity to move not only towards a rich society and the powerful society, but upward to the Great Society“²⁵⁰). Die Schwerpunkte lagen hier in der Armutsbekämpfung und dem Ende rassistischer Ungerechtigkeiten, der Wiederbelebung amerikanischer Städte, dem Schutz der Umwelt (Wasser, Nahrungsmittel, Luft) und der Förderung von Bildung. Explizit betonte Johnson die Wichtigkeit der Zusammenarbeit des Bund mit den Regionen („creative federalism“²⁵¹).

Die Rolle des Präsidenten als Akteur wird unterschiedlich beurteilt. Manche Politikwissenschaftler betonten den persönlichen Charakter bzw. seine Entschlossenheit („a President rises above mediocrity“²⁵²), die ein so umfangreiches Programm erst ermöglichten. Andere weisen auf die glücklichen historischen Umstände hin, die zum Erfolg führten: Der Kongress war nach der Wahl 1964 mehrheitlich in demokratischer Hand, und – noch

²⁴⁹ Johnson 1964a in Griffith 1992, S. 311

²⁵⁰ Johnson 1964c auf der Seite der University of Michigan

²⁵¹ Johnson 1964c auf der Seite der University of Michigan

²⁵² Patterson 1996, S. 564

entscheidender – die neuen demokratischen Abgeordneten waren größtenteils liberal eingestellt, die alte konservative Südstaaten-Riege zeigte Schwächen: „The loose but normally formidable coalition of conservatives that had dominated Capitol Hill since the late 1930s was so weak in 1965 that any reasonably competent liberal president would have done well“, ²⁵³ konstatiert der Historiker James Patterson.

Das liberale, im europäischen Sinn wohl sozialdemokratische oder sozialistische Paradigma von der staatlichen Gestaltungsmöglichkeit in Sozialfragen beeinflusste auch viele *interest groups*, die gesellschaftspolitische Programme erarbeiteten und in der Bevölkerung kommunizierten. Darunter fielen etwa die erstarkten Gewerkschaftsgruppen oder Arbeitnehmervertreter wie die *National Education Association*. In dieses liberale Umfeld fielen bedeutenden Reformen der ersten *Session* des *89th Congress*:²⁵⁴

- Bildungssystem: Der *Elementary and Secondary Education Act* (P.L. 89-10), der am 11. April 1965 mit der Unterzeichnung Johnsons Gesetz wurde und Bundeszuschüsse für das Schulwesen beinhaltete. Hintergrund war die ungleiche Verteilung von Mitteln im Schulsektor, die durch die staatliche Intervention (eine Milliarde US-Dollar im ersten Jahr) beseitigt oder gemildert werden sollte. Der *Higher Education Act* (P.L. 89-329) vom 8. November 1965 führte ein Beihilfensystem für bedürftige Studenten ein.
- Gesundheitspolitik: Am 30. Juli erfolgte die Unterzeichnung der *Social Security Amendments* (P.L. 89-97), die *Medicare* und *Medicaid* etablierten (siehe unten).
- Bürgerrechte: Der *Voting Rights Act* (P.L. 89-110), der diskriminierende Tests und Hürden zur Wählerregistrierung verbot, trat mit Johnsons Unterschrift am 6. August in Kraft. Besonders in den Südstaaten war bis dahin der Wähleranteil in der schwarzen Bevölkerung sehr niedrig. Das Gesetz erlaubte bundesstaatliche Intervention, wenn sich Einzelstaaten weigerten, die Hürden abzubauen. Bereits ein Jahr zuvor wurde mit dem *Civil Rights Act* (P.L. 88-352) Diskriminierung in Schulen, an Arbeitsplätzen oder auch bei der Wählerregistrierung verboten, was aber rassistische Südstaaten-Politiker nur umso mehr zu kreativen „Lösungen“ anstachelte.

²⁵³ Patterson 1996, S. 564

²⁵⁴ Chronologie siehe Furer 1971, S.40f.; Furer schreibt von 115 Gesetzesvorlagen (*appropriation bills* nicht eingerechnet), die 1965 von der Johnson-Administration initiiert wurden – 90 erlangten Gesetzeskraft.

Die Bürgerrechtsbewegung, die etwa in Selma (Alabama) blutig niedergeschlagen wurde, zeigte der Bundespolitik anschaulich den Handlungsbedarf.²⁵⁵

- Einwanderung: Am 3. Oktober unterzeichnete Johnson den *Immigration and Nationality Act* (P.L. 89-236), der das jahrzehntelange Quotensystem, das die nationale Herkunft in den Vordergrund stellte, ablöste.

6.2. Einführung von *Medicare* und *Medicaid* – der Gesetzgebungsprozess

Das zentrale Thema im Gesundheitsbereich, die Einführung einer staatlichen Krankenversicherung für ältere Bürger, trat in der öffentlichen Wahrnehmung angesichts der Rassenunruhen und der Eskalation des Vietnamkrieges 1965 etwas in den Hintergrund. Die Verabschiedung der *Social Security Amendments* am 30. Juli stellte dennoch eine der wichtigsten Reformen Johnsons dar. Das Gesetz beinhaltete nicht nur die öffentlich relativ stark unterstützte, weil auf dem Versicherungsprinzip basierende Alterskrankenversicherung, sondern auch das heftig umstrittene Programm zur medizinischen Absicherung finanziell Bedürftiger. Die zwei Säulen – *Medicare* und *Medicaid* – stellen bis heute den Hauptteil des staatlichen Gesundheitssystems der Vereinigten Staaten dar.

Die Geschichte der Einführung der beiden Programme ist von einem politischen Strategiewechsel begleitet: Seit den 1950er-Jahren waren die politischen Akteure dazu übergegangen, in kleinen Schritten zu denken und die Gesetzgebung in der Sozialpolitik als Stückwerk zu sehen, das sukzessive ausgebaut werden sollte: „Instead of achieving universal access in a single legislative moment, reformers opted in the early 1950s for an incremental strategy that would take a series of gradual steps over time to extend health insurance to all Americans – a form of salami slicing (as one reformer put it) [...]“²⁵⁶

Diese *incremental strategy* oder „Salami-Taktik“, wie sie der langjährige Sozialpolitiker Wilbur Cohen genannt hatte, führte dazu, dass seit 1952 in jedem Kongress Gesetzgebungsprozesse in Gang gebracht wurden, die eine Krankenversicherung zum Ziel hatten, so Cohen, der schon in Roosevelts CES saß und die Sozialpolitik bis in die 1960er-

²⁵⁵ siehe Patterson 1996, S. 580ff.

²⁵⁶ Jacobs 2007, S. 77

Jahre mitprägte.²⁵⁷ 1957 scheiterte die *Forand Bill*, die eine Alterskrankenversicherung als Teil der schrittweisen Verwirklichung eines Sozialstaates vorsah, am Widerstand von Republikanern und konservativen Demokraten.²⁵⁸ Ab 1958 führte das Thema allerdings zu einer breiteren Diskussion, als das *Committee on Ways and Means* begann, öffentliche Anhörungen zum Thema veranstaltete. Im September 1960 schließlich wurde das „*Kerr-Mills* Programm“ im Rahmen der *Social Security Amendments of 1960* (P.L. 86-778) eingeführt, das Bundesmittel für einzelstaatliche Programme bereitstellte, die eine medizinische Versorgung älterer Bürger zum Ziel hatten. Die neu geschaffene *Medical Assistance for the Aged* (MAA) begünstigte jene Bürger, die nicht im *old age assistance program* erfasst waren, aber dennoch zu wenig finanzielle Eigenmittel zur medizinischen Absicherung hatten. Dieses Programm wurde allerdings von einigen Staaten ignoriert, sodass eine flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet war. Laut Angaben des *Senate Special Committee on Aging* profitierten 18 Monate nach Verabschiedung lediglich 112.000 Menschen von medizinischen Leistungen aus dem *Kerr-Mills* Programm – die Hauptlast (60 Prozent) stammten die drei Staaten New York, Massachusetts und Kalifornien.²⁵⁹

Mit der Wahl Kennedys zum Präsidenten im November 1960 erfuhr das Thema soziale Sicherheit wieder mehr Unterstützung. Unter anderem wurden neue Initiativen zur Einführung der Krankenversicherung gestartet. Darunter fiel die 1961 initiierte *King-Anderson Bill* (S. 909 bzw. H.R. 4222; 87. Kongress), die eine Krankenversicherung für Über-65-Jährige beinhaltete. Dieser und andere Gesetzgebungsprozesse scheiterten jedoch bis 1964 aufgrund der fehlenden Einigung der beiden von den Demokraten dominierten Häuser. Die Gesetzesvorlage H.R. 11865 (*Social Security Amendments of 1964*), die neben einer Krankenversicherung auch weitere Sozialleistungen beinhaltete, wurde zwar im 88. Kongress in beiden Häusern jeweils mit Mehrheit verabschiedet; sie blieb wegen der Unterschiede der beiden Entwürfe im *Conference Committee* liegen. Mit dem Ende der

²⁵⁷ siehe Cohen/Ball 1965, S. 3ff.; Wilbur Cohen fungierte unter anderem als Mitglied des Executive Staff im Committee on Economic Security und ab 1965 als Undersecretary im Gesundheitsministerium bzw. ab 1968 als Gesundheitsminister.

²⁵⁸ siehe Mayes 2005, S. 62

²⁵⁹ siehe Funigiello 2005, S. 114f.; Smitt/Moore (2010, S. 40) schreiben von 264.687 Teilnehmern im Jahr 1965, das sind zwei Prozent der Zielgruppe (Über-65-Jährige) fünf Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes

Legislaturperiode am 3. Oktober 1964 war das Schicksal von H.R. 11865 entschieden – ohne Einigung wurde der Entwurf ad acta gelegt.²⁶⁰

Der erneute, diesmal erfolgreiche Versuch startete mit dem Beginn der Legislaturperiode des *89th Congress*, der am 3. Jänner 1965 zusammentrat. Lyndon B. Johnson hatte einen außerordentlich hohen Sieg bei den Präsidentschaftswahlen davongetragen, und im Kongress hatten die Demokraten ihre Mehrheiten ausgebaut.²⁶¹

Die Initiative zur Einführung der Krankenversicherung ging, wie schon bei Roosevelts *New Deal*-Reformen, vom Präsidenten und der Administration aus, namentlich von Wilbur Cohen, der als *Undersecretary* unter Gesundheitsminister Anthony J. Celebreeze fungierte. Johnson machte bereits 1964 deutlich, dass im Gesundheitsbereich die Priorität auf einer *Hospital Insurance for the Aged* liegt. In seiner *Special Message on Health* im Kongress am 10. Februar 1964 brachte er die Krankenversicherung als erste von mehreren Maßnahmen, die im Rahmen des bereits existierenden *Kerr-Mills* Programms eingeführt werden sollten, aufs Tapet. Der Fokus lag auf den Krankenhauskosten bzw. den Kosten für die Nachversorgung: „First, it [das *hospital insurance program*, Anmk. RS] should protect against the heaviest costs of a serious illness – the costs of hospital and skilled nursing home care, home health services, and outpatient hospital diagnostic services. Second, it should provide a base that related private programs can supplement.“²⁶² Nach Scheitern der Einführung 1964 versuchte Johnson Anfang des nächsten Jahres den neu zusammengetretenen 89. Kongress auf seine Linie einzuschwören. Die *State of the Union Address* vom 4. Jänner war geprägt von den Ideen der *Great Society*. Im Vordergrund standen die Themen ökonomische Chancengleichheit und Bürgerrechte. Das Thema Gesundheit ließ Johnson ebenfalls einfließen, wenn auch noch ohne konkrete Forderungen („To enrich the life of all [...] through better health“²⁶³). Bereits drei Tage später wandte sich der Präsident erneut mit einer *Special Message* an den Kongress („Advancing the Nation’s Health“). Darin konkretisierte er die Pläne: Neben der Förderung der Erforschung schwerer Krankheiten war auch der Zugang aller Menschen zum Gesundheitswesen ein wichtiger Punkt. Er erneuerte

²⁶⁰ siehe Cohen/Ball 1965, S. 4f., Funigiello 2005, S. 136ff. und Social Security History – The Fourth Round 1957 to 1965, auf der Seite der Social Security Administration

²⁶¹ Johnson erzielte gegen den republikanischen Herausforderer Barry Goldwater das höchste *popular vote*-Ergebnis seit Beginn des Zweiparteiensystems 1820 (61,3% zu 38,5%) und den zweithöchsten Vorsprung an Wahlmännern seit Republikgründung (486 zu 52 Stimmen); der 89. Kongress war folgendermaßen zusammengesetzt: Senate D 68 (+1), R 32 (-1); House D 295 (+37), R 140 (-37); siehe Sautter 2006, S. 612ff.

²⁶² Johnson 1964b auf der Seite des American Presidency Project

²⁶³ Johnson 1965a auf der Seite des American Presidency Project

mit „utmost urgency“ seine Forderung nach einem Gesetz für eine *Hospital Insurance for the Aged*, das folgende Merkmale aufweisen sollte.²⁶⁴

- Finanzierung durch Beiträge der Leistungsempfänger („Such a program should [...] Be financed under social security by regular, modest contributions during working years“)
- Abdeckung der Kosten für Krankenhausbehandlungen und Nachbehandlungen („Provide protection against the costs of hospital and post-hospital extended care, home nursing services, and outpatient diagnostic services“)
- Medizinisches Fürsorgeprojekt für all jene, die bisher von keinem staatlichen Wohlfahrtsprogramm profitieren („Provide similar protection to those who are not now covered by social security, with the costs being paid from the administrative budget“)
- Freiheit bei der Ärztewahl („Clearly indicate that the plan in no way interferes with the patient's complete freedom to select his doctor or hospital“)

Wie genau ein solches Gesetz ausschauen könnte, war zu Beginn der Legislaturperiode noch nicht bekannt. Aber anders als zur Zeit des *New Deal* konnten die Akteure viel mehr auf Erfahrungen mit Vorgängergesetzen aus dem Sozialbereich bauen. Die konkrete Ausformung übernahm diesmal nicht eine eigens geschaffene Gruppe der Bundesadministration (wie 1934 das *Committee on Economic Security*), sondern die Legislative in Zusammenarbeit mit etablierten Organen der Administration, etwa dem Gesundheitsministerium (*Departement of Health, Education and Welfare*, DHEW). Auf der Seite der Legislative war vor allem das mächtige *Committee in Ways and Means* im Repräsentantenhaus sowie das *Committee on Finance* im Senat beteiligt. Zum Gelingen des Prozesses trug einer der einflussreichsten und ambivalentesten Akteure im Kongress bei. Wilbur Mills, demokratischer Abgeordneter aus Arkansas und Vorsitzender des *Committee on Ways and Means*, hatte seit 1959 alle Versuche im Ausschuss, eine Krankenversicherung einzuführen, abgeblockt und sich somit als aktiver Gegenspieler der Präsidenten Kennedy und Johnson etabliert. Er wechselte 1965 im Angesicht der überwältigenden Zustimmung Johnsons allerdings die Seiten und machte den Weg zur Verabschiedung der *Social Security Amendments* frei.²⁶⁵

²⁶⁴ folgende Zitate Johnson 1965b auf der Seite des American Presidency Project

²⁶⁵ siehe Smith/Moore 2010, S. 44 bzw. Altman/Shactman 2011, S. 138f.

Der Gesetzgebungsprozess im *House Committee on Ways and Means* verdient eine besondere Beachtung, weil hier die Pläne konkretisiert wurden. Sowohl das Repräsentantenhaus als auch der Senat begannen die Legislaturperioden mit dem Thema Gesundheitsreform, die Nummerierung der Gesetzesvorhaben mit H.R. 1 (eingebracht vom Abgeordneten Cecil R. King) bzw. S. 1 (Senator Clinton P. Anderson) hatte hohen symbolischen Gehalt. Das *House Committee* konnte sich wie das Plenum auf eine komfortable demokratische Mehrheit stützen: 17 Demokraten inklusive dem Vorsitzenden Mills saßen acht Republikanern gegenüber (siehe Anhang 1.5). Damit fiel Mills' Einwand, er wolle eine Krankenversicherung nur mit einer erheblichen Mehrheit im Ausschuss durchsetzen, flach. Noch im 88. Kongress betrug das Verhältnis 14 zu 11, wobei zwei konservative Demokraten als Wackelkandidaten galten und es somit an Mills lag, mit seiner Stimme für die nötige Mehrheit zu sorgen – was dieser verweigerte.

Das *Committee on Ways and Means*, das nicht nur die Gesundheitsagenden vereinte, sondern auch für den Bundeshaushalt zuständig war („Federal Government funds, including all internal revenue measures, taxes on imports, and the size of the public debt“²⁶⁶), war Schauplatz eines taktischen Gerangels um die Ausformung der Gesundheitsreform. Die am 4. Jänner 1965 eingebrachte *King-Anderson Bill* (H.R.1 /S.1) stellte einen ersten Diskussionsansatz dar. Im Entwurf waren eine Krankenversicherung für den Spitalsbereich, eine Aufwertung der *Old-Age, Survivors, and Disability Insurance* (OASDI) sowie ein *public assistance program* vorgesehen, wie die beteiligten Akteure Wilbur Cohen und Bob Ball schreiben.²⁶⁷ Mills veranstaltete daraufhin private *Hearings* mit Vertretern aus der Administration und Interessensverbänden (etwa der AMA); ein öffentliches *Hearing* lehnte Mills dagegen ab. Anschließend startete ein intensiver Diskussionsprozess zwischen Ausschuss und Vertretern des Gesundheitsministeriums, darunter Cohen und Ball.²⁶⁸

Als einer der wichtigsten Ausschüsse des Repräsentantenhauses diente das *Committee on Ways and Means* auch als Anlaufstelle für Lobbyisten. Die *American Medical Association* (AMA) versuchte wie schon in den 1930er-Jahren auch im gegenwärtigen Fall, eine staatliche Versicherungslösung zu verhindern. Während sich im Ausschuss eine Mehrheit für die *King-Anderson Bill* abzeichnete, ging die AMA dazu über, einen Gegenentwurf mithilfe zweier Abgeordneten zu lancieren.²⁶⁹ Die beiden Ausschuss-Mitglieder Albert S. Herlong (D,

²⁶⁶ Fullerton 1996, S. 170

²⁶⁷ siehe Cohen/Ball 1965, S. 5

²⁶⁸ siehe Fullerton 1996, S. 171

²⁶⁹ siehe Altman/Shactman 2011, S. 139

Florida) und Thomas B. Curtis (R, Missouri) brachten zwei Entwürfe zu *Eldercare* am 27. Jänner 1965 in den Ausschuss ein (identische Anträge H.R. 3727 and H.R. 3728),²⁷⁰ die das Ausmaß der *Kerr-Mills*-Leistungen erhöhen, aber jedenfalls auf einer rein freiwilligen Mitgliedschaft basieren sollten. Der Bundesregierung sollte es ermöglicht werden, für ältere Bedürftige Versicherungen am privaten Markt zu erwerben.²⁷¹ Begleitet wurde diese Form des *inside lobbying*, also die direkte Beeinflussung einzelner Abgeordneter, mit Medienkampagnen und *grassroot lobbying* gegen ein staatliches Gesundheitssystem: „The AMA established a Political Action Committee, initiated a national advertising campaign against Medicare, and leveraged its federated structure to lobby politicians and voters through local medical societies.“²⁷² Auch die *interest group* der Versicherungswirtschaft, die *Health Insurance Association of America* (HIAA), schürte die Angst vor einem „government takeover of private insurance“²⁷³ und sprach sich gegen *Medicare* aus, blieb aber anders als die AMA in der Deckung. Hauptgrund dafür, so Christy Ford Chapin von der *University of Virginia*, dürfte die mangelnde Rentabilität von Krankenversicherungen für ältere Menschen gewesen sein. Diese Hochrisiko-Gruppe könne durch staatliches Engagement aus dem Versicherungspool verschwinden, so die Hoffnung der Versicherungsindustrie. Zudem zeichnete sich ab, dass die Unternehmen durch staatlich gestützte private Zusatzversicherungen profitieren könnten.²⁷⁴ Aber auch *interest groups*, die *Medicare* unterstützten, wie das *National Council of Senior Citizens*, das mit Hilfe der größten Gewerkschaft des Landes AFL-CIO gegründet wurde, setzten Aktionen. Die Seniorenvertretung versammelte etwa am ersten Tag der neuen Legislaturperiode 1.400 ältere Bürger vorm Kapitol, um *Medicare* zu unterstützen.²⁷⁵ Zusammenfassend lässt sich laut dem Politikwissenschaftler Theodore Marmor (*Yale University*) folgende Konstellation aus Unterstützern und Gegnern feststellen:

²⁷⁰ siehe Social Security History, Chapter 4: The Fourth Round-1957 to 1965 auf der Seite der Social Security Administration

²⁷¹ siehe Sundquist 1968, S. 31

²⁷² Chapin 2010, S. 165

²⁷³ ebd., S. 156

²⁷⁴ siehe ebd., S. 165f.

²⁷⁵ siehe Sundquist 1968, S. 317

Alignment of Groups for and against Medicare (Auswahl)²⁷⁶

<i>For</i>	<i>Against</i>
AFL-CIO (Gewerkschaftsdachverband)	American Medical Association (Berufsverband)
American Nurses Association (Berufsverband)	American Hospital Association (Krankenhausverband)
National Association of Social Workers (Berufsverband)	Life Insurance Association of America (Versicherungsverband)
National Farmers Union (Berufsverband)	National Association of Manufacturers (Industrieverband)
American Geriatrics Society (Berufsverband)	National Association of Blue Shield Plans (Versicherungsverband)
	The Chamber of Commerce (Handelskammer)

Um die *King-Anderson Bill* und damit eine staatliche Lösung weiter zu torpedieren, stießen auch die Republikaner eigene Gesetzesinitiativen an. Der republikanische Minderheitsführer im *Committee on Ways and Means* John Byrnes (Wisconsin) brachte zwei Gesetzesanträge ein (H.R. 288 bzw. H.R. 4351), die eine Ausweitung der Leistungen von *King-Anderson*, darunter eine vom Bund finanziell unterstützte Krankenversicherung, die jedoch wie *Eldercare* auf eine rein freiwillige Mitgliedschaft bei privaten Versicherungsunternehmen basierte. Offizielle Begründung war die Sorge um einen zu geringen Leistungsumfang des demokratischen Vorschlags, etwa die fehlende Versicherung für ambulante Behandlung: „It was the first time a leading Republican had offered a program that was financed by general revenues. The Byrnes bill echoed the Republican argument that the narrow benefit package offered by King-Anderson was inadequate.“²⁷⁷ Die paradoxe Situation, dass die Sozialleistungen plötzlich von republikanischer Seite als zu gering angesehen wurden, hatte allerdings einen positiven Effekt für die Einführung von *Medicare*. Vorsitzender Mills brachte nach Konsultationen mit dem Vertreter der Johnson-Administration Wilbur Cohen den überraschenden Vorschlag ein, alle Entwürfe zu einem großen Gesundheitspaket zusammenzufassen. Obwohl Cohen die Befürchtung äußerte, Mills könnte durch ein Überladen das ganze Gesetzeswerk zum Scheitern bringen, trat das Gegenteil ein: Der taktische Schachzug gab den Demokraten die Handlungsfähigkeit zurück und überrumpelte die Gegner.

²⁷⁶ Quelle: Marmor 2000, S. 18; Auswahl und deutsche Anmerkungen: R.S.

²⁷⁷ Altman/Shactman 2011, S. 139

Die *Mills Bill* (H.R. 6675) vereinte die ursprüngliche *King-Anderson Bill*, die eine staatliche Versicherung für Ältere bei Krankenhausbehandlungen vorsah und die *Byrnes Bill*, die eine freiwillige Versicherung von ambulanten Behandlungen beinhaltete. Teile von *Eldercare* wurden ebenfalls aufgenommen und als *Medicaid* (medizinische Behandlung für Bedürftige) implementiert. Am 23. März 1965 passierte der Entwurf das *Committee on Ways and Means*, wo die Entscheidung mit 17 zu 8 Stimmen strikt entlang der Parteigrenzen fiel. Es folgten Beratungen im Plenum des Repräsentantenhauses, die am 8. April mit der Abstimmung über den Entwurf endeten – er wurde mit großer Mehrheit (315 zu 115 Stimmen) angenommen. Das *Senate Committee on Finance* beschäftigte sich ab 28. April rund zwei Monate lang intensiv mit der *House*-Vorlage, unter anderem in Form von *Public Hearings*, ehe das Plenum am 9. Juli mit 68 zu 21 Stimmen seine Zustimmung gab. Allerdings mussten auch in diesem Gesetzgebungsprozess Differenzen zwischen den beiden Häusern geklärt werden. Hier wurden vor allem Detailfragen zu Umfang und Dauer der Kostenübernahme im Krankheitsfall diskutiert, wobei die Senatsentwürfe zu *hospital care*, *posthospital extended care*, *posthospital home health-visits* und *psychiatric treatment* tendenziell weitreichender und patientenfreundlicher ausfielen.²⁷⁸ Diesmal schaffte das *Conference Committee* – anders als Ende des Vorjahres – einen Kompromiss, der alle Positionen berücksichtigte und ab 27. Juli wiederum beiden Häusern zur Abstimmung vorgelegt wurde. Die Zustimmung fiel sowohl im Repräsentantenhaus (307 zu 116) als auch im Senat (70 zu 24) eindeutig aus.²⁷⁹

Die sogenannten *Social Security Amendments* (P.L. 89-97)²⁸⁰ erlangten mit der Unterschrift Johnsons am 30. Juli 1965 Gesetzeskraft, der Start des Programm wurde mit 1. Juli 1966 festgesetzt. Dem Pathos nicht abgeneigt spannte Johnson bei der Unterzeichnung in Independence, Missouri, unter Beisein des ehemaligen Präsidenten Harry S. Truman einen historischen Bogen über die letzten 20 Jahre:

²⁷⁸ siehe Marmor 2000, S. 56

²⁷⁹ Gesetzgebungsprozess siehe Cohen/Ball 1965, S. 4ff, Sundquist 1968, S. 319ff., Marmor 2000, S. 50ff., Smith/Moore 2010, S. 44ff., Altman/Shactman 2011, sowie Social Security History, Chapter 4: The Fourth Round-1957 to 1965 auf der Seite der Social Security Administration

²⁸⁰ Der volle Titel von P.L. 89-97 lautet: „An Act To provide a hospital insurance program for the aged under the Social Security Act with a supplementary medical benefits program and an expanded program of medical assistance, to increase benefits under the Old-Age, Survivors, and Disability Insurance System, to improve the Federal-State public assistance programs, and for other purposes“, Originaltext siehe Seite des U.S. Government Printing Service

„...It was a generation ago that Harry Truman said, and I quote him: ‚Millions of our citizens do not have a full measure of opportunity to achieve and to enjoy good health. Millions do not now have protection or security against the economic effects of sickness. And the time has now arrived for action to help them attain that opportunity and to help them get that protection.‘ Well, today, Mr. President, and my fellow Americans, we are taking such action – 20 years later. [...]

No longer will older Americans be denied the healing miracle of modern medicine. No longer will illness crush and destroy savings that they have so carefully put away over a lifetime so that they might enjoy dignity in their later years. No longer will young families see their own incomes, and their own hopes, eaten away simply because they are carrying out their deep moral obligations to their parents, and to their uncles, and their aunts.

And no longer will this Nation refuse to hand out justice to those who have given a lifetime of service and wisdom and labor to the progress of this progressive country.“²⁸¹

Mit *Medicare* und *Medicaid* wurden die größten staatlichen Gesundheitsprogramme in der Geschichte der US-Sozialpolitik auf den Weg gebracht. Das Projekt, eine zentrale Säule Johnsons *War on Poverty*, lieferte das lang ersehnte Vehikel zur Durchsetzung und zum Ausbau des Sozialstaates. So sollten beide Programme noch Jahrzehnte nachwirken und zentrale Bestandteile beständig reformiert werden. Mit dem Gesetzeswerk von 1965 wurden *Medicare* und *Medicaid* rechtlich als Zusätze zum *Social Security Act* von 1935 verankert. Die *Social Security Amendments* beinhalten die neu geschaffenen Artikel XVIII („Health Insurance for the Aged“, *Medicare*)²⁸² und XIX („Grants to States for Medical Assistance Programs, *Medicaid*).“²⁸³

Medicare regelt demnach die Krankenversicherung für Über-65-Jährige (Leistungsübersicht siehe Anhang 3): *Part A* stellt eine *hospital insurance* dar, welche die Kosten von Behandlungen in Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen, für Heimpflege und ambulante Nachbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus abdeckt. Für alle Leistungen gelten Selbstbehalte, die etwa im Falle eines Krankenhausaufenthaltes die Kosten einer Eintagesbehandlung im nationalen Durchschnitt betragen (1965 waren dies 40 USD, 2010 bereits 1024 USD).²⁸⁴ Finanziert wird das Programm durch jeweils gleich hohe Beiträge von

²⁸¹ Johnson 1965c: On Medicare. Rede vom 30. Juli 1965. Zit. nach Furer 1971, S. 103

²⁸² siehe Social Security Amendments 1965, S. 290ff. auf der Seite des U.S. Government Printing Service bzw. Byrd 1965, S. 17ff

²⁸³ siehe Social Security Amendments 1965, S. 343ff. auf der Seite des U.S. Government Printing Service bzw. Byrd 1965, S. 22ff

²⁸⁴ siehe Altman/Shactman 2011, S. 147

Arbeitnehmern und Arbeitgebern. *Medicare A* stellt eine Versicherungsform dar, die ausschließlich über staatliche Institutionen geregelt ist (Vergleich siehe Anhang 2).

Mit *Part B (supplementary medical insurance)* wurde eine freiwillige, staatliche Zusatzversicherung eingeführt, die ambulante Behandlungskosten abdeckt. Der Versicherte bezahlt je nach Haushaltseinkommen eine sozial gestaffelte Prämie (1964: 3 USD, 2010: 96 bis 353 USD) und erhält dafür medizinische Leistungen wie ärztliche Behandlungen oder diagnostische Untersuchungen. Die Kosten werden zu 80 Prozent übernommen, zusätzlich fällt ein Selbstbehalt an (2010: 155 USD). Die Leistungen wurden im Laufe der Zeit erweitert oder verändert: So können im Rahmen des *Medicare Advantage Plans (Part C, Gesetz von 1997)* Leistungen an private Versicherungsunternehmen ausgegliedert werden, die teilweise günstigere Konditionen anbieten. *Medicare Prescription Drug Coverage (Part D, Gesetz 2003 verabschiedet)* wiederum deckt die Kosten von Medikamenten bis zu einer gewissen Grenze in einem privatwirtschaftlichen Versicherungsverhältnis.²⁸⁵

Medicaid dagegen stellt ein Fürsorgeprojekt für bedürftige Menschen dar: Der Bund vergibt Geldmittel an Einzelstaaten, die unter gewissen Vorgaben Programme entwickeln können. So firmieren die Programme in den Einzelstaaten unter verschiedenen Namen, etwa *MediCal* in Kalifornien. Die Programme werden von den *Centers for Medicare and Medicaid Services* überwacht. *Medicaid* schützt einkommensschwache Bürger vor den Kosten medizinischer Behandlung. Begünstigt wurden allerdings nicht alle sozial Bedürftigen sondern spezielle Gruppen, etwa Familien mit unterhaltsberechtigten Kindern, ältere Menschen oder Behinderte.²⁸⁶ In *Section 1901 der Social Security Amendments* heißt es:

"For the purpose of enabling each State, as far as practicable under the conditions in such State, to furnish (1) medical assistance on behalf of families with dependent children and of aged, blind, or permanently and totally disabled individuals, whose income and resources are insufficient to meet the costs of necessary medical services, and (2) rehabilitation and other services to help such families and individuals attain or retain capability for independence or selfcare, there is hereby authorized to be appropriated for each fiscal year a sum sufficient to carry out the purposes of this title. The sums made available under this section shall be used for

²⁸⁵ siehe Armstrong 2011, S. 387f.

²⁸⁶ Mit dem Patient Protection and Affordable Care Act wurde 2010 eine Ausweitung auf alle Bedürftigen unter einem bestimmten Armutslevel beschlossen; dies ist nach dem Supreme Court-Urteil von 2012 (*National Federation of Independent Business v. Sebelius*) allerdings eine freiwillige Option für Einzelstaaten (siehe Kapitel 7)

making payments to States which have submitted, and had approved by the Secretary of Health, Education, and Welfare, State plans for medical assistance.“²⁸⁷

Die Einführung von *Medicaid* oblag den Einzelstaaten und war freiwillig, musste jedoch bei Einführung alle Kategorien von Bedürftigen miteinschließen – etwa Blinde und Behinderte oder bedürftige Familien. Das Bundesgesetz schuf starke Anreize zur Einführung von *Medicaid*: Erstens liefen die Zahlungen im Rahmen des alten *Kerr-Mills*-Programms mit Ende 1969 aus. Und zweitens konnten Einzelstaaten auch andere Sozialprogramme unter den neuen, verbesserten Bedingungen umsetzen. Voraussetzung für die in *Title XI, Sec. 1181* beschriebene Möglichkeit war allerdings die Einführung von *Medicaid*.²⁸⁸ Die Implementierung dauerte sehr unterschiedlich in den Einzelstaaten, weil ein erheblicher Teil der Mittel auf Staatenebene eingebracht werden musste. Auch wenn der Bundesanteil 50 bis 80 Prozent ausmachte,²⁸⁹ konnten sich ärmere Staaten auch den Rest nur bedingt leisten. Einzelne Staaten weigerten sich auch, weil sie aus politischen Gründen keine Kompetenzen an den Bund abgeben wollten. 1982 führte Arizona als letzter Staat ein *Medicaid*-Programm (*Arizona Health Care Cost Containment System*) ein, nachdem alle anderen Staaten den Ratifizierungsprozess bereits zehn Jahre zuvor abgeschlossen hatten.

Die *Social Security Amendments* brachten erhebliche Verbesserungen für Bedürftige, aber auch große Herausforderungen an den Bundeshaushalt. Das erste Krankenversicherungsgesetz hatte einerseits den Effekt, dass einzelstaatliche Unterschiede zurückgingen: „A remarkable feature of the new act was the provisions intended to equalize and standardize eligibility requirements and the services offered.“²⁹⁰ Bis 1976 wurden etwa 20 Prozent der Bevölkerung von einem der beiden Programme erreicht, viele Arme konnten sich zum ersten Mal eine umfangreiche medizinische Behandlung leisten.²⁹¹ Allerdings wurden die Programme immer wieder wegen der hohen Kostensteigerungen kritisiert. James Patterson schreibt, dass aufgrund des Einflusses der AMA die Gesetzgeber nicht gewillt waren, die Programme mit effizienten Kontrollmechanismen auf Kostenseite auszustatten: „The law

²⁸⁷ Social Security Amendments 1965, S. 343ff. auf der Seite des U.S. Government Printing Service

²⁸⁸ siehe Smith/Moore 2010, S. 46 bzw. Title XI, Sec. 1181 der Social Security Amendments 1965, S. 423 auf der Seite des U.S. Government Printing Service

²⁸⁹ Auflistung der Staaten und der prozentuellen Aufteilung der Bundesmittel siehe Byrd 1965, S. 26f.

²⁹⁰ Smith/Moore 2010, S. 46

²⁹¹ siehe Patterson 1996, S. 574

made it clear that hospitals and doctors should expect to be able to set their fees, with some exceptions.²⁹² Zum gleichen Ergebnis kommt Andrew, wenn er beschreibt, dass die fehlende Kostenkontrolle ein Ergebnis der Furcht vor *socialized medicine* war, die AMA und andere Organisationen tatkräftig geschürt hatten. Die paradoxe Auswirkung: Vor allem die Ärzte profitierten vom zuvor abgelehnten Gesetz – die Durchschnittseinkommen von Ärzten stiegen bis 1972 um jährlich elf Prozent.²⁹³

Die exorbitante Steigerungen bestehen zwar auch im Privatversicherungsbereich, aber ein Krankenversicherungssystem, das von staatlichen Zuschüssen abhängig ist, muss sich von Kritikern den Vorwurf gefallen lassen, unangemessen mit Steuergeld umzugehen. Tatsächlich wiesen die Kosten markante Steigerungen auf: In den ersten zehn Jahren nach Einführung von *Medicaid* machten die jährlichen Kostensteigerungen bei Krankenhausbehandlungen 14 Prozent aus, bei ambulanten Behandlungen immerhin noch sieben Prozent.²⁹⁴ Die Bundesausgaben für Gesundheit stiegen von 2,9 Milliarden US-Dollar (1959-1960) auf 20,6 Milliarden US-Dollar (1970-71) innerhalb von zehn Jahren. Der Anteil der öffentlichen Programmen an den Gesamtkosten betrug 1960 noch 25 Prozent, neun Jahre später bereits 40 Prozent.

Insgesamt stiegen die Gesundheitskosten zwischen 1965 und 1986 um 484 Prozent, der Verbraucherpreisindex im selben Zeitraum um vergleichsweise niedrige 350 Prozent.²⁹⁵ Der Trend setzte sich bis ins neue Jahrtausend fort: Die jährlichen Kostensteigerungen von *Medicare* lagen 1980 bei rund 18 Prozent und pendelten sich seit Mitte der 1980er-Jahre bei fünf bis zehn Prozent ein. 2007 betrugen die Gesamtkosten für *Medicare* rund 430 Milliarden US-Dollar (was ein jährliches Plus von 7,2 Prozent ausmacht), jene für *Medicaid* rund 330 Milliarden US-Dollar (plus 6,4 Prozent).²⁹⁶ Der Bundesanteil bei *Medicaid* fiel stets höher aus als der Beitrag der Einzelstaaten und erfuhr nach dem Höchststand 2010 seither erstmals einen Rückgang (von 267,5 Mrd. USD im Jahr 2010 auf 237,9 Mrd. USD im Jahr 2012; siehe folgende Tabelle):

²⁹² Patterson 1996, S.576

²⁹³ siehe Andrew 1998, S. 102f.

²⁹⁴ siehe Patterson 1996, S. 576

²⁹⁵ siehe Andrew 1998, S. 104

²⁹⁶ siehe Armstrong 2011, S. 385

*National Health Expenditures 1970-2012, nach Programmen in Milliarden US-Dollar*²⁹⁷

	1970	1980	1990	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Medicare	7,7	37,4	110,2	224,8	265,4	311,2	403,7	467,9	520,2	572,5
Medicaid (federal)	2,8	14,5	42,6	116,9	145,3	172,4	174,1	203,5	267,5	237,9
Medicaid (state/local)	2,4	11,5	31,1	83,6	102,9	118,5	132,8	141,4	130,7	183,3

Inwieweit der staatliche Sektor diese Entwicklung beschleunigt hat, ist an dieser Stelle nicht ausreichend zu klären, weil auch Faktoren wie eine komplexere (und damit teurere) Medizintechnik oder die höhere Lebenserwartung, die einen Anstieg der Behandlungskosten mit sich bringt, miteinberechnet werden müssen. Insgesamt betrugen die Ausgaben für den Gesundheitsbereich im Jahr 1999 13,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, im Jahr 2007 bereits 16 Prozent (was einen Pro-Kopf-Wert von 7290 USD ausmacht). Aussagekräftig ist hier vor allem ein Vergleich mit anderen industrialisierten Volkswirtschaften wie Deutschland, wo die Ausgaben im selben Zeitraums prozentuell etwa gleich blieben.²⁹⁸

Die Sozialreformen der *Great Society* wurden in den Folgejahren auch Ziel von *judicial reviews* des Obersten Gerichtshofes. Im Zentrum standen Fragen nach der Rechtmäßigkeit von Bundesvorgaben bei Sozialprogrammen. Das Programm *Aid to Families With Dependent Children Program* (AFDC) wurde etwa in *King v. Smith* (392 U.S. 309, 1968) untersucht, als Alabama strikte Vorgaben zur Qualifizierung zum Programm machte. Diese widersprachen den Bundesvorgaben und wurden demnach für nicht zulässig erklärt. In der Begründung hieß es: There is [...] no question that the Federal Government, unless barred by some controlling constitutional prohibition, may impose the terms and conditions upon which its money allotments to the States shall be disbursed, and that any state law or regulation inconsistent with such federal terms and conditions is, to that extent, invalid.²⁹⁹ In *Dandridge v. William* (397 U.S. 471, 1970) wurden allerdings Höchstbeiträge, die der Staat Maryland pro Familie festgesetzt hatte, für rechtmäßig erklärt. Jeder Staat habe das Recht, im Sinne des *cooperative federalism* eigene Standards für die Berechnung von Hilfsleistungen

²⁹⁷ Quelle: National Health Expenditures 1960-2012, Table 3, auf der Seite der Centers for Medicare and Medicaid Services

²⁹⁸ siehe Armstrong 2011, S. 393

²⁹⁹ *King v. Smith*, siehe Urteilsbegründung auf der Seite von Justia

(in diesem Fall beim Programm AFDC bei einer Familie mit 16 Kindern) zu setzen und die Beträge auch zu deckeln (in diesem Fall mit 250 USD pro Familie).

Beim Thema Abtreibung urteilte der Gerichtshof 1977, dass staatliche Einschränkungen für Abtreibungen („non-therapeutic abortions“), die auf Kosten des *Medicaid*-Programms getätigt werden, rechtmäßig seien.³⁰⁰ Im Fall *Beal v. Doe* (432 U.S. 438, 1977) wies das Gericht unter *Chief Justice* Warren E. Burger eine Beschwerde gegen eine derartige Regelung in Pennsylvania ab. Ähnlich gelagerte Fälle in St. Louis (*Poelker v. Doe*, 432 U.S. 519, 1977) und Connecticut (*Maher v. Roe*, 432 U.S. 464, 1977) wurden ebenfalls dahingehend entschieden, dass Staaten bzw. Kommunen Abtreibungen einschränken können, wenn eine staatliche oder kommunale Finanzierung zugrunde liegt.

6.3 Zusammenfassung

Die Schaffung des ersten umfangreichen Krankenversicherungsgesetzes der USA war stark umkämpft und nur in einer historisch selten auftretenden Konstellation möglich. Die Heterogenität der Parteistrukturen verhindert eine geschlossene Haltung zu umstrittenen Fragen, wie das Beispiel der Demokraten im Kongress beweist. Trotz Mehrheiten in beiden Häusern des Kongress seit den frühen 1930er-Jahren (mit zwei kurzen Ausnahmen im 80. und 83. Kongress)³⁰¹ und den Initiativen der Präsidenten Roosevelt, Truman und Kennedy fand ein staatliches Krankenversicherungssystem keine Mehrheiten. Hier kann nicht von einem *partisan issue* gesprochen werden, da konservative Demokraten oft zusammen mit republikanischen Abgeordneten den Gesetzgebungsprozess negativ beeinflussten. Dies machte sich im gegenständlichen Fall durch negative Abstimmungen im Plenum oder durch eine negative Haltung in den wichtigsten Ausschüssen (vor allem im *House Committee on Ways and Means* sowie im *Senate Committee on Finance*) bemerkbar. Gerade der Ausschuss im Repräsentantenhaus erwies sich trotz mehrheitlich demokratischer Besetzung als Hort des Widerstands gegen Initiativen des Präsidenten. Im gegenständlichen Fall wurden zahlreiche Versuche seit den späten 1950er-Jahren, eine Krankenversicherung einzuführen, vom Ausschuss und seinem Vorsitzenden Wilbur Mills vereitelt. Wie in diesem Kapitel gezeigt

³⁰⁰ das grundsätzliche Recht der Frau auf Abtreibung wurde 1973 im richtungsweisenden Urteil im Fall *Roe v. Wade* (410 U.S. 113) gefällt; siehe u.a. Schmideder 2005, S. 79

³⁰¹ Mandatsverteilungen siehe Sautter 2006, S. 617f.

hatten die *Social Security Amendments* von 1965 etliche Gesetzesentwürfe zum Vorbild, die allesamt scheiterten (im Ausschuss des Repräsentantenhaus, im Plenum einer der beiden Kammern oder im Vermittlungsausschuss).

Die Wirkung des Präsidenten Kennedy ist von wenig konkreten Ergebnissen untermauert, sie blieb nach seinem Tod mehr als Idee weiter bestehen. Die konkrete Ausformung der gesellschaftspolitischen Erneuerung oblag Johnson und seiner Administration. Die *Great Society* war das ambitionierte Projekt, soziale Sicherheit, Bürgerrechte und Chancengleichheit in einer Gesellschaft zu fördern, die immer noch von starkem Armutsproblemen und Rassendiskriminierung beherrscht war. Eine bezahlbares Gesundheitswesen für die Bedürftigen (Ältere, Arme, alleinerziehende Elternteile oder Behinderte) zu schaffen war ein längst überfälliger Reformvorstoß.

Eine Krankenversicherung für sozial periphere Gruppen auf staatlicher Basis war ein nicht eingelöstes Versprechen des *Social Security Act* von 1935, im Zuge dessen die Reform zwar angedacht, aber aus pragmatischen Gründen fallen gelassen wurde. Immerhin 30 Jahre brauchte es, um das Vorhaben durchzusetzen. Der Gesetzgebungsprozess 1964/1965 war gekennzeichnet vom eindeutigen Sieg Johnsons bei den Präsidentschaftswahlen und von Zugewinnen der Demokraten bei den Kongresswahlen – beides im November 1964. Durch das starke Votum der Bevölkerung lösten sich lange währende Blockaden im Repräsentantenhaus. Trotz starker Lobbying-Aktivitäten vor allem der AMA kam im ersten Quartal 1965 ein Gesetzesentwurf in Bewegung. Ein taktisches Manöver im *Committee on Ways and Means* vereinte zwei Vorschläge der Republikaner und von AMA-nahen Abgeordneten, die eingebracht wurden, um das Projekt scheitern zu lassen, mit dem ursprünglichen Entwurf der Demokraten. Dieses umfangreiche Gesetz umfasste eine Krankenvorsorge für ältere Bürger auf Versicherungsbasis und ein Fürsorgeprogramm für Bedürftige. Die beiden Säulen *Medicare* und *Medicaid* schützten seitdem Menschen ohne aktuelles Einkommen vor hohen Kosten im Gesundheitsbereich. Wie in der Einführung erwähnt, stoßen Versicherungsprogramme eher auf Akzeptanz in der US-Bevölkerung als reine Fürsorgeprogramme. Damit liegt der Fokus auch eher auf der Mittelschicht als auf den sozial Schwächsten. Mitte der 1960er-Jahre allerdings erwies sich der zwei Jahrzehnte währende Wirtschaftsaufschwung als Fundament für einen Paradigmenwechsel: Wie weiter oben beschrieben konnte auch ein größerer Teil der Mittelschicht Programme unterstützen, die nicht direkt an sie selbst gerichtet waren. *Medicaid* kann als ein Ergebnis dieser Entwicklung gesehen werden.

Vor allem das Programm *Medicaid* erwies sich als Paradebeispiel für kooperativen Föderalismus. Der Bund gab Standards und Zielsetzungen vor, die konkrete Ausarbeitung der Programme oblag den Einzelstaaten. Dies führte einerseits zu einer verbesserten Vereinheitlichung (im Vergleich zum Status quo vor 1965), es blieben andererseits immer noch große Unterschiede zwischen reichen und armen Staaten. Mehrere Streitfälle wurden vorm Obersten Gerichtshof ausgetragen, der die grundsätzliche Dominanz von Bundesrecht herausstrich, bei einzelnen Punkten wie der Finanzierung von Abtreibung durch staatliche und kommunale Programme allerdings einzelstaatlichen Spielraum zuließ.

Die Zukunftsfähigkeit der Sozialprogramme ist unbestritten. Allein die Tatsache, dass die Hauptsäulen der 60er-Jahre-Reformen immer noch existieren, beleuchtet deren Bedeutung. Der Hauptkritikpunkt bleibt weiterhin der große Anstieg der Kosten, der analog zum Privatversicherungsbereich auch für die staatlichen Programme gilt. Hier liegt der Geburtsfehler einer zu laschen Kostenkontrolle im Gesetzestext – ein Zugeständnis an den privat organisierten medizinischen Sektor. Sowohl die Notwendigkeit einer Versicherung für alle als auch das Ringen um eine bezahlbare Medizin bleiben bis heute die dominanten politischen Themen. Während der 50 Jahre nach Abschluss der *Social Security Amendments* sollte sich die Nation intensiv mit diesen beiden Fragen beschäftigen.

7. Der *Patient Protection and Affordable Care Act* als zentrale gesundheitspolitische Reform der Obama-Administration

„Obamacare has become the central battleground in an ongoing war between liberals and conservatives over the size and scope of the U.S. government, a fight whose origins stretch back to the Great Depression and the New Deal.“³⁰²

Lane Kenworthy, Foreign Affairs

Das vorerst letzte Kapitel im politischen Ringen um eine Gesundheitsreform wurde 2008 aufgeschlagen, als der demokratische Kandidat Barack Obama zum Präsidenten gewählt wurde. Die Initiative folgte auf eine langandauernde Phase des Stillstandes. Nach einem konservativen *Backlash* in den 1970er- und 1980er-Jahren versuchte erstmals Bill Clinton 1993 wieder, Gesundheitspolitik mit nationaler Tragweite zu initiieren – er scheiterte unter anderem an seinen eigenen Parteikollegen im Kongress. Der Plan sah vor, eine Pflichtversicherung für alle Bürger einzuführen, entweder über den Arbeitgeber oder auf individueller Basis. Doch während der linke Flügel der Partei ein System nach kanadischem Vorbild mit einer staatlichen Krankenversicherung favorisierte, lehnten konservative Demokraten Clintons Plan als zu weitreichend ab. Die internen Streitigkeiten, die geschlossene Ablehnung der Republikaner, die den Demokraten auf keinen Fall einen Sieg schenken wollten, und starke Lobbying-Aktivitäten (z.B. von AMA und Versicherungsunternehmen) führten zum Scheitern 1994. Auch der allzu zögerlich begonnene Gesetzgebungsprozess trug seinen Teil dazu bei: Clinton initiierte die Reform erst am 23. September 1993 mit einer Rede an die Nation – knapp ein Jahr nach seiner Wahl.³⁰³ Mit den Zwischenwahlen im Herbst 1994 verloren die Demokraten die Mehrheit in beiden Häusern des *Congress* und damit den Gestaltungsspielraum in der Gesundheitspolitik. Dennoch folgten 1997 zwei Wohlfahrtsprogramme, die Kinder aus ärmeren Familien zum Ziel hatten. Das TANF-Programm (*Temporary Assistance for Needy Families*) stellte eine Erweiterung des Beihilfensystems im Rahmen des AFDC dar. Und mit dem *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) wurde ein umfangreiches Programm zur Krankenversicherung von Kindern eingeführt. SCHIP war an Familien gerichtet, die sich nicht für *Medicaid* qualifizierten, die aber aus Armutsgründen keine private Krankenversicherung

³⁰² Kenworthy 2014, S. 86

³⁰³ siehe Krugman 2007, S. 251f.

abschließen konnten.

2006 erfolgte unter Präsident George W. Bush eine Ausweitung von *Medicare*. Mit dem *Plan D* wurden erstmals die Kosten für Medikamente ins Versicherungssystem aufgenommen. Grundlage war der *Medicare Modernization Act* von 2003, der Start des Programms wurde für 1. Jänner 2006 festgelegt.³⁰⁴ *Medicare D* stellt ein freiwilliges Programm dar, das von privaten Versicherungsunternehmen getragen wird.

Alle Programme seit 1965 zielen auf einzelne Bevölkerungsgruppen aus einem eng umfassten Berechtigtenkreis ab. Dieses partielle System ist eine Folge der *incremental strategy*, die seit den 1960er-Jahren eine schrittweise Einführung des Sozialsystems vorsah, weil eine weitreichende Reform politisch unmöglich erschien. Das Ergebnis war, dass sich ein umfassendes Schutzsystem im Sinne eines modernen Wohlfahrtsstaates nie entwickeln konnte. Dies scheint aus der Perspektive einer sozialen Marktwirtschaft europäischen Zuschnitts ein ungeheures Versäumnis zu sein. Politikwissenschaftler untersuchten die Gründe für die Probleme des US-amerikanischen politischen Systems, staatliche Fürsorgeprojekte zu legitimieren und umzusetzen. Dem liegt die Beobachtung zugrunde, dass die Bürger des Landes den Staat nicht als aktiven Akteur in Sozialfragen sehen, selbst dann nicht, wenn sie direkt Leistungen von ihm beziehen. Die Politikwissenschaftlerin Suzanne Mettler (*Cornell University*) prägte den Begriff „*submerged state*“ für das Verschwinden des (Bundes-)Staates aus der Wahrnehmung seiner Bürger. Der Einfluss von Politik auf das tägliche Leben bleibt somit verborgen.³⁰⁵ Mark Schmitt beschreibt den Begriff in der Buchrezension von Mettlers „*The Submerged State*“ in *New Republic* so: „[...] policies invisible to citizens. Countless federal benefits are delivered so unobtrusively, through the tax system or through public-private partnerships, that their beneficiaries hardly know government played any role“³⁰⁶ Der „*submerged state*“ zeichnet sich durch die Verschleierung seiner eigenen Leistungen aus, indem er etwa Beihilfen nicht direkt an die Betroffenen leitet, sondern über Umwege private Akteure einbindet – eine Entwicklung, die in den USA bereits mehrere Jahrzehnte andauert und vor allem von fiskalkonservativen Akteuren propagiert wird. Als Beispiele nennt Mettler Steuererleichterungen für Unternehmen, die ihren Angestellten eine Sozialversicherung anbieten; Banken, die *federal subsidies* erhalten, wenn sie jungen Menschen Studienkredite anbieten; oder staatlich

³⁰⁴ siehe u.a. Patterson 2007, S. 585

³⁰⁵ siehe Mettler 2012, S. 73

³⁰⁶ Schmitt 2011 auf der Seite von New Republic

subventionierte Organisationen, die Teile der Sozialpolitik umsetzen.³⁰⁷ Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Private allein oder zumindest in einem *private-public-partnership*-Modell eingebunden bessere Ergebnisse erzielen als staatliche Akteure.

Auch die Reformen der Obama-Administration sind von diesem Grundgedanken getragen. Im Bereich der Gesundheitsreform, die unten behandelt wird, bedeutet dies eine Abkehr vom *single payer*-Prinzip, das in Europa das gängige Modell darstellt und von Obama noch 2003 propagiert wurde.³⁰⁸ Das Konzept umfasst eine einheitliche, staatliche Krankenversicherung, die verpflichtend für alle Bürger gilt. Private Versicherungen können in diesem System nur als Zusatzoption erworben werden. Aus Gründen, auf die ich unten eingehen werde, entschieden sich Administration und Kongress aber für eine Lösung auf privatwirtschaftlicher Basis. Der Staat verschwindet hier zwar nicht ganz, wird aber auf seine Rolle als Regulator reduziert. „In contrast to presidents such as Franklin D. Roosevelt and Lyndon B. Johnson, Obama did not aim to create major new direct and visible government social programs“³⁰⁹, so Mettler. Diese Analyse mag zwar historisch richtig sein, lässt jedoch ein wenig außer Acht, mit welcher Heftigkeit staatliche Akteure etwa im Kongress um diese Bundesprogramme kämpften. Offenbar waren die Veränderungen so sichtbar, dass sich ab 2010 eine starke und einheitliche Opposition gegen den gar nicht unsichtbaren Staat herausbilden konnte (siehe Kapitel 7.1).

Die zwei zentralen Punkte der 2008 initiierten Gesundheitsreform waren eine universelle Krankenversicherung für alle Bürger sowie die Reduktion der Gesamtkosten im Gesundheitsbereich.³¹⁰ Hintergrund war ein weiterhin galoppierender Anstieg der Kosten, der zunehmend große Teile der Bevölkerung belastete. Zwar konnten die Steigerungen in den 1990er-Jahren durch die Etablierung so genannter *Health Maintenance Organizations* (HMOs), die sich durch geringere Kosten und eine Einschränkung der Arztwahl definierten, etwas gebremst werden.³¹¹ Dieser Effekt war aber zu gering, um dem Trend nachhaltig entgegen wirken zu können.

Das US-Gesundheitssystem besticht durch eine immense Schere zwischen

³⁰⁷ siehe Mettler 2012, S. 73

³⁰⁸ siehe Solty 2013, S. 136

³⁰⁹ Mettler 2012, S. 72

³¹⁰ siehe u.a. Lemke 2011, S. 78

³¹¹ siehe Krugman 2007, S. 254

eingesetzten Mitteln und dem Nutzen: Der Politikwissenschaftler Thomas E. Patterson (*Harvard*) beschreibt es als „the most inefficient welfare system in the western world“,³¹² sein Kollege Jacob Hacker (*Yale University*) schreibt: „[T]otal U.S. public spending on health care per capita [...] ist the actually the highest in the world.“³¹³ Grund für die steigenden Kosten können einerseits die höheren medizinischen Standards sein. Der Ökonom Paul Krugman (*Princeton University*) fragt: „Why is insurance getting more expensive? The answer, perversely, is medical progress. Advances in medical technology mean that doctors can treat many previously untreatable problems, but only at great expense.“³¹⁴ Andererseits spielen Konzentrationsprozesse bei Versicherungskonzernen eine Rolle – in fast allen Bundesstaaten werden mindestens 50 Prozent des Versicherungsmarktes von einem oder zwei Unternehmen kontrolliert.³¹⁵ Auch die Steigerungen von Verwaltungskosten sind ein wichtiger Preistreiber, wie der Politikwissenschaftler Ingar Solty ausführt. So fließt laut *Physicians for a National Health Program* rund ein Drittel aller US-Gesundheitskosten in die Verwaltung der privaten Versicherungsunternehmen, darunter fallen enorme Kosten für Werbung Lobbying und Rechtsstreitigkeiten mit Ärzten und Patienten.³¹⁶ Zuletzt werden auch die hohen Kosten für die Behandlung von Notfällen angeführt. Ärzte und Krankenhäuser dürfen in Notfällen Patienten nicht abweisen, selbst wenn diese unversichert oder mittellos sind. Der *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* von 1986 schrieb dieses Recht für US-Amerikaner und Ausländer mit Wohnsitz in den Vereinigten Staaten fest.³¹⁷ Die negative Entwicklung des an sich fortschrittlichen Gesetzes war, dass viele Unversicherte die Krankenhäuser erst in Notfällen aufsuchten. Dies führte neben den negativen persönlichen Implikationen auch zu Kostensteigerungen für die Allgemeinheit: Viele Krankheiten wären in einem früheren Stadium kostengünstiger behandelbar – die von allen Versicherten finanzierte Notfallmedizin stellt im Gegensatz eine hochtechnisierte, teure Behandlung dar. Die Implementierung von Vorsorgeuntersuchungen sollte folglich ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform 2010 werden.

Das Gesundheitssystem der USA weist auch deshalb so schlechte Performance-Werte auf, da ein markanter Teil der Bevölkerung – mehr als 20 Prozent – keine Versicherung

³¹² Patterson, T.E. 2007, S. 590

³¹³ Hacker 2012, S. 188

³¹⁴ Krugman 2009, S. 225

³¹⁵ siehe Solty 2013, S. 135: der Autor schreibt, dass in 21 US-Bundesstaaten eine einzige Versicherung mehr als die Hälfte des Marktes beherrscht, in 39 Staaten immerhin teilen sich zwei Unternehmen den Großteil des Marktes.

³¹⁶ siehe Solty 2013, S. 135 sowie Krugman 2007, S. 244

³¹⁷ siehe Armstrong 2011, S. 398

besitzt oder unterversichert ist. Trotz der immensen Kosten, die das System verschlingt, waren 2007/2009 rund 46 Millionen US-Amerikaner unter 65 nicht versichert.³¹⁸ Dazu kommen je nach Berechnung 17 bis 31 Millionen Menschen, die unterversichert sind, die also überproportional viel Einkommen für medizinische Leistungen ausgeben müssen, obwohl sie versichert sind (etwa aufgrund hoher Selbstbehalte oder wegen der Deckelung von Leistungen).³¹⁹

Die *policy* Gesundheitspolitik genoss aus den genannten Gründen zwar eine hohe Priorität in der neu eingesetzten Obama-Administration und dem 111. Kongress, der ab Anfang 2009 zusammentrat. Dennoch wurde das Thema im ersten Jahr der Präsidentschaft an den Rand gerückt, da drängendere wirtschaftliche Probleme anstanden. Im September 2008 löste der Zusammenbruch des Bankhauses Lehman Brothers eine Weltwirtschaftskrise aus, der mit aktionistischer Politik begegnet wurde. Die Maßnahmen umfassten vor allem wirtschaftliche Stabilisierungsprogramme, hatten als „Nebeneffekt“ aber auch geringe Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik. Der *American Recovery and Reinvestment Act of 2009* (P.L. 111-5), der am 28. Jänner im *House* strikt entlang der Parteigrenzen verabschiedet und von Obama am 17. Februar unterzeichnet wurde, initiierte Hilfsprogramme in der Höhe von 787 Milliarden US-Dollar. Davon fielen immerhin 147,7 Milliarden US-Dollar in gesundheits-relevante Bereiche, wie der Politikwissenschaftler John E. McDonough (*Harvard School of Public Health*) schreibt – darunter befanden sich folgende Maßnahmen:³²⁰

- Unterstützung an Einzelstaaten für gestiegene *Medicaid*-Kosten (rund 87 Mrd. USD)
- Beihilfen an Arbeitslose zur Zahlung von Krankenversicherungen (rund 25 Mrd. USD)
- Aufbau einer nationalen IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen (rund 19 Mrd. USD)

³¹⁸ Armstrong (2011, S. 395) gibt die Zahl der Unversicherten 2007 mit 45,7 Millionen an (15,3 Prozent der Bevölkerung); Solty (2013, S. 132) schreibt von 46,3 Millionen (15,4 Prozent) im Jahr 2009.

³¹⁹ Die Werte beziehen sich auf Armstrong 2011, S. 399 – die Autorin schreibt von 17,1 Millionen Menschen, Solty (2013, S. 132) von 25 Millionen und Schoen u.a. (2014, S. 2) von 31,7 Millionen im Jahr 2012. Schoen u.a. (2014, S.1) definieren „uninsured people“ als „people with insurance in households that spent 10 percent or more of total income on medical care (not including premiums); or 5 percent or more, if annual income was less than 200 percent of poverty.“

³²⁰ siehe McDonough 2011, S. 71

- Finanzierung von Forschung aus dem Gesundheitsbereich (rund eine Mrd. USD)

Ebenfalls zu Beginn des Jahres 2009 wurde die Reform der Krankenversicherung für Kinder (CHIP) beschlossen. Der *Children's Health Insurance Program Reauthorization Act* (H.R. 2) passierte am 4. Februar mit großer Mehrheit den Kongress und wurde am selben Tag von Obama unterzeichnet. (P.L. 111-3)³²¹ Ähnliche Initiativen waren 2007 und 2008 am Veto von Präsident Bush gescheitert. Die Reform sah unter anderem eine Ausweitung auf Kinder von legal im Land lebenden Ausländern vor.³²² Die große Gesundheitsreform sollte allerdings erst im Jahr darauf beschlossen werden.

7.1 Der Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) - Akteure

Mehrere Kandidaten der Demokraten für die Präsidentschaftswahl 2008 machten das Thema Krankenversicherung zum zentralen Punkt ihres Programms, darunter Barack Obama, Hillary Clinton und John Edwards. Clinton wurde bei diesem Thema die größte Kompetenz zugeschrieben, da sie bereits am Reformversuch 1993/94 maßgeblich beteiligt war.³²³ Clinton sprach sich bei allen Gemeinsamkeiten mit Obama auch dezidiert für ein *individual mandate*, also die Versicherungspflicht für die einzelnen Bürger aus. In diesem Punkt war ihr Herausforderer unentschlossen bis ablehnend. Im März 2007 zeigte er sich bei einer Rede in Iowa zwar als Befürworter einer umfassenden Gesundheitsreform („The time has come for affordable, universal health care in America“³²⁴). Das Versicherungssystem sollte nach Obamas Meinung für den einzelnen Bürger jedoch auf freiwilliger Basis verbleiben. Einigkeit herrschte darüber, dass Arbeitgeber verpflichtet werden sollten, ihre Angestellten zu versichern (oder Ausgleichszahlungen zu tätigen), dass transparente Vergleichsmöglichkeiten für Versicherungspolicen geschaffen werden sollten, und dass Versicherte besser geschützt werden sollten. Außerdem sprachen sich Obama und Clinton für eine verpflichtende Ausweitung des *Medicaid*-Programms in den Staaten aus.³²⁵

³²¹ Gesetzgebungsprozess und Gesetzestext siehe Seite der Library of Congress (siehe Primärquellen)

³²² siehe McDonough 2011, S. 72

³²³ siehe Kirsch 2011, S. 83ff.

³²⁴ Obama 2007 auf der Seite der New York Times

³²⁵ siehe Kirsch 2011, S. 85

Interessant ist die Beobachtung, dass Proponenten der Republikanischen Partei das *individual mandate* ebenfalls forderten, solange es nicht Teil des Präsidentschaftswahlkampfes war. Die konservative *Heritage Foundation* unterstützte die Idee ebenso wie noch 2007 Obamas späterer Herausforderer Mitt Romney, ehe er und seine Parteikollegen dem Druck der *Tea Party* nachgaben.³²⁶ Romney zeichnete 2007 für einen Plan des Staates Massachusetts, in dem er als Gouverneur amtierte, verantwortlich: Seither existiert dort ein umfassendes Gesundheitssystem mit obligatorischer Versicherung (*individual mandate* mit wenigen Ausnahmen), das als Blaupause für Obamas PPACA dienen konnte. Das mit Bundesmitteln unterstützte System sah Strafen für diejenigen vor, die keine Versicherung abschließen wollten.³²⁷

Der Gesetzgebungsprozess zum PPACA war von den Demokraten in der Exekutive und den beiden Kammern des Kongresses geprägt. Die Republikaner spielten aufgrund ihrer sukzessiv verstärkten Oppositionshaltung nur eine periphere Rolle in der Ausgestaltung. Maßgebliche Akteure im Gesetzgebungsprozess befanden sich ab 2009 in den demokratisch dominierten Institutionen der Administration und des Kongresses. Um den Umfang des Reformwerkes zu verdeutlichen, ist ein Blick auf diese Institutionen und Akteure interessant.³²⁸ Auf Ebene der Exekutive waren im Zeitraum des Gesetzgebungsprozesses ab 2009 folgende Akteure involviert:

- der Präsident und das *White House Office of Health Reform* innerhalb des *Executive Office of the President*, das am 8. April 2009 mit einer *Executive Order*³²⁹ Obamas geschaffen wurde (Leitung: Nancy-Ann De Pearle)
- das Gesundheitsministerium (*Department of Health and Human Services*, DHHS) mit Kathleen Sebelius als oberster Repräsentantin.

In der Bundeslegislative (111th Congress) beschäftigten sich fünf Ausschüsse mit der Materie:

- Im Senat das *Committee on Finance*, das die legislative Hoheit über Agenden von *Medicare*, *Medicaid* und anderen steuerbasierten Sozialausgaben hatte („Health

³²⁶ siehe Piper 2012, S. 117

³²⁷ siehe Armstrong 2011, S. 401; auch andere Staaten führten eigene Versicherungssysteme ein, darunter Tennessee (*Cover TN*) und Maine (*Dirigo*).

³²⁸ Überblick siehe u.a. McDonough 2011, S. 70ff.

³²⁹ siehe Obama 2009 auf der Seite des Weißen Hauses

programs under the Social Security Act and health programs financed by a specific tax or trust fund³³⁰), geleitet von Max Baucus (D, MT).

- sowie das *Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions* unter dem Vorsitz von Tom Harkin (D, IA), der dem 2009 schwer erkrankten, langjährigen Vorsitzenden Edward Kennedy nachfolgte.
- im *House* übernahm vor allem das *Committee on Ways and Means* mit dem *Chairman* Charles Rangel (D, NY) die Agenden, darunter die Gesetzgebung für *Medicare*, das Familienfürsorgeprogramm TANF, Arbeitslosenprogramme sowie die Rentenversicherung OASDI („National social security except health care and facilities programs that are supported from general revenues as opposed to payroll deductions and except work incentive programs“³³¹). Im Ausschuss arbeitete das *Subcommittee on Health* an den Gesundheitsagenden (darunter *Medicare und Medicaid*) wie es die Regeln des Repräsentantenhauses vorsehen: „The jurisdiction of the Subcommittee on Health shall include [...] bills and matters that relate to the health care programs of the Social Security Act (including titles V, XI (Part B), XVIII, and XIX thereof) and, concurrent with the full Committee, tax credit and deduction provisions of the Internal Revenue Code dealing with health insurance premiums and health care costs.“³³²
- Andere Akteure im *House* waren das *Committee on Energy and Commerce*, Vorsitz Henry Waxman (D, CA), das ebenfalls Gesundheitsagenden („Health and health facilities except health care supported by payroll deductions“³³³) auf sich vereinte, darunter etwa Krankenhäuser, medizinische IT-Infrastruktur, öffentliche Gesundheit (*food and drug safety*), Seuchenkontrolle (*Centers for Disease Control*) u.a.
- sowie das *Committee on Education and Labor* (heute *Committee on Education and the Workforce*), Vorsitz George Miller (D, CA), das Agenden abdeckt, die Gesundheit und Arbeit verbinden („employment-related health and retirement security including pension, health, and other employee benefits“³³⁴).

³³⁰ siehe Anhang 1.1; zit. nach Jurisdiction auf der Seite des Senate Finance Committee

³³¹ Miller 2009, S. 9; siehe auch Committee Jurisdiction auf der Seite des Committee on Ways and Means

³³² Slaughter 2009, S. 314

³³³ Miller 2009, S. 6

³³⁴ Committee Legislation des Subcommittee on Health, Employment, Labor, & Pensions auf der Seite des Committee on Education and the Workforce

Als externe Akteure sind *interest groups* und Lobbyisten aus den Branchen Versicherung, Pharmazie, Medizintechnik, Krankenhäuser sowie Berufsvertreter (AMA) und *organized labor* (Gewerkschaften, Arbeitnehmervertreter) zu beachten. Innerhalb des mehr als einjährigen Gesetzgebungsprozesses lobbyierten vor allem *interest groups* der Versicherungsbranche gegen die geplante *public option*, die eine staatliche Alternative zum privaten Versicherungsgeschäft beinhaltete. Unternehmen wie *Aetna*, *Cigna*, *Humana*, *United Health Plans* oder *WellPoint* investierten Millionenbeträge für PR und Lobbying gegen eine staatliche Versicherung.³³⁵

Zahlreiche Akteure auf Legislativebene haben in ihrer politischen Karriere Unterstützung von großen *interest groups* erhalten, so auch im Gesundheitsbereich. Ein Beispiel ist der demokratische Senator Max Baucus (MT), der als Vorsitzender des *Senate Finance Committee* den Gesetzgebungsprozess maßgeblich beeinflusst und etwa eine staatliche Krankenversicherung abgelehnt hat (siehe unten). Die Aufstellung aller Zuwendungen macht deutlich, dass Baucus von 1989 bis 2014 sehr hohe Beträge von Unternehmen und *interest groups* aus den Bereichen *Insurance* (rd. 1,6 Millionen USD) sowie *Health Professionals* (rd. 1,3 Millionen USD) empfangen hat.³³⁶ Insgesamt flossen laut *Center for Responsible Politics* aus dem Bereich *Health* in den Jahren 2008 bis 2012 593 Millionen US-Dollar an politische Entscheidungsträger bzw. in Kampagnen von PACs (siehe auch Kapitel 3.5 und Anhang 5).³³⁷

7.2 PPACA – *Legislative History*

Bereits am 16. Juni 2008, also noch vor der Wahl Obamas zum Präsidenten, organisierte das demokratische dominierte *Senate Committee on Finance* ein *Health Care Summit* für 250 Kongressabgeordnete und geladene Gäste – für McDonough der Startschuss für die Gesundheitsreform.³³⁸ Der Mehrheitsführer im Ausschuss Senator Baucus veranstaltete daraufhin zahlreiche *Hearings* und veröffentlichte am 12. November als erstes legislative

³³⁵ siehe Gibson/Singh 2012, S. 11

³³⁶ siehe Zuwendungen an Max Baucus (1989-2014) auf der Seite des Center for Responsible Politics

³³⁷ Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Health* auf der Seite des Center for Responsible Politics

³³⁸ siehe McDonough 2011, S. 63

Arbeitspapier ein *health reform white paper*, in dem er die Grundzüge des Gesetzeswerkes vorwegnahm.

Barack Obama initiierte den Gesetzgebungsprozess kurz nach seiner Inauguration. Als erstes besetzte er Schlüsselpositionen in der Administration neu. Die Wahl auf Tom Daschle als „Superminister“ (er sollte Gesundheitsminister und Leiter des *White House Office of Health Reform* werden) fiel jedoch äußerst unglücklich aus, da Daschle kurz darauf in einen Steuerskandal verwickelt war. Sein Rücktritt am 3. Februar 2009 führte dazu, dass Obama Kathleen Sebelius als Gesundheitsministerin und Nancy-Ann DePearle als Leiterin des *White House Office* einsetzte.

Nachdem bereits am 19. November und am 3. Dezember 2008 Vertreter des Senats zu parteiübergreifenden Treffen zusammengekommen waren, präsentierte Obama am 26. Februar 2009 seinen Budgetplan fürs Haushaltsjahr 2010, der eine *health care reserve* von 630 Milliarden Dollar für die nächsten zehn Jahre beinhaltete. Maßnahmen zur Finanzierung beinhalteten das Ende von Steuererleichterungen für Reiche, die Minderung von Bundeszuschüssen für *Medicare Advantage*-Policen und die höhere Besteuerung von wohlhabenderen *Medicare*-Kunden. Damit zeigte Obama die Bereitschaft, großen Budgetposte umzustrukturieren: „Obama’s larger purpose was to demonstrate a public and tangible commitment to pay for reform and a willingness to take criticism for putting real ideas on the table.“³³⁹

Am 5. März 2009, rund eineinhalb Monate nach Amtseinführung, trafen sich Kongressabgeordnete und Vertreter der Gesundheitsindustrie auf Obamas Einladung zu einem *White House Forum*, in dem die Grundpfeiler der Reform vorgestellt wurden.³⁴⁰ Organisiert vom *United States Domestic Policy Council*, das dem *White House Office* unterstellt ist, wurden neben Senatoren und *House*-Abgeordneten auch Vertreter von Pharmafirmen (z.B. Pfizer), von *interest groups* (z.B. *National Federation of Independent Business*, *Planned Parenthood*, *Federation of American Hospitals*, *American Cancer Society*) und Versicherungsverbänden (z.B. *Blue Cross Blue Shield Association*, *America’s Health Insurance Plan*) eingeladen.³⁴¹

Von Beginn an versuchte die Administration, gemeinsam mit führenden Kongressabgeordneten, die wichtigsten Unternehmensverbände in den legislativen Prozess einzu-

³³⁹ McDonough 2011, S. 75

³⁴⁰ siehe Gibson/Singh 2012, S. 7

³⁴¹ siehe Dokument und Presseaussendung mit Gästeliste zum White House Forum vom 5. März 2009 auf der Seite des Weißen Hauses

gliedern. Der Zugang war sehr pragmatisch und erzürnte Kritiker von links: Im Austausch dafür, dass die Unternehmen stillhielten und kein *negative campaigning* unterstützten, sollten sie finanziell von der Reform profitieren.³⁴² Im Laufe des Jahres 2009 versuchten vor allem Mitglieder des *Senate Finance Committee* und Vertreter der Administration, Deals mit Akteuren aus der Pharmaindustrie, dem Krankenhausbereich, dem Versicherungssektor und Herstellern von Medizintechnik zu schließen. Gefordert wurden Einsparungsmaßnahmen, im Gegenzug wurde versprochen, Wünsche der Unternehmen zu berücksichtigen, wie McDonough detailliert beschreibt.³⁴³ So gelangte man mit der Pharmabranche zu einem Kompromiss, der für die nächsten zehn Jahre Rabatte von 80 Milliarden US-Dollar garantierte. Im Gegenzug würde man von gesetzlichen Maßnahmen wie der Erleichterung des Arzneimittelimports aus günstigeren Ländern Abstand nehmen. Auch der Krankenhausbereich versprach Einsparungen in der Höhe von 155 Milliarden US-Dollar, der Medizintechniksektor 60 Milliarden US-Dollar. Einzig die Versicherungsbranche legte sich quer, Kostensenkungen im Ausmaß von 155 Milliarden US-Dollar zu erfüllen. Große Versicherungsunternehmen finanzierten daraufhin über die *U.S. Chamber of Commerce* Negativkampagnen im Millionenhöhe.³⁴⁴

Obama und seine Administration blieben bei aller Unterstützung mit sachlichen Anweisungen im Hintergrund. Der Präsident wollte nicht denselben Fehler wie sein Vorgänger Bill Clinton machen. Dieser war mit einem bereits vorgefertigten Konzept in die Verhandlungen mit dem Kongress eingestiegen, und scheiterte damit an den Abgeordneten. Obama wollte dies vermeiden, wie Politikwissenschaftler Mark Carl Rom verdeutlicht: „Obama [...] avoided committing himself to *any* legislative specifics and allowed congressional leaders to craft the actual legislation“³⁴⁵ So war die Ausformung des Gesetzes vor allem eine Angelegenheit der *Senate-* und *House-Committees*. Bereits am 26. Jänner 2009 brachte der Abgeordnete John Conyers Jr. (D, MI) erneut einen seit 2003 existierenden Gesetzesentwurf für ein staatliches *single payer*-System ein (*Expanded and Improved Medicare for All Act* bzw. *United States National Health Care Act*, H.R. 676).³⁴⁶ Dieser sah eine einheitliche Krankenversicherung für alle US-Bürger und die volle Kostenübernahme für medizinische Leistungen vor. Dieser Entwurf fand zwar einige Zustimmung im *House*, blieb

³⁴² siehe Rom 2011, S. 158

³⁴³ siehe McDonough 2011, S. 76ff.

³⁴⁴ siehe McDonough 2011, S. 78f.

³⁴⁵ Rom 2011, S. 155

³⁴⁶ siehe Bill Summary auf der Seite der Library of Congress bzw. Solty 2013, S. 136

allerdings in den Ausschüssen hängen und wurde nie zur Abstimmung gebracht. Stattdessen formierten sich die *House-Committees* zu weiteren Treffen und koordinierten ein Gesetz, das keine *single payer*-Variante beinhaltete, jedoch die staatliche Krankenversicherung als *public option* vorsah. Ab Juni kamen die Ausschüsse zu sogenannten *Markups* zusammen, in denen die Abgeordneten Gelegenheit hatten, Änderungsvorschläge einzubringen. Hier konkretisierten sich die unterschiedlichen Entwürfe. Die Ausschüsse berieten vier Monate lang über die Gesundheitsreform, wie eine Aufstellung von McDonough zeigt.³⁴⁷

- 17. Juni – 15. Juli 2009: *Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions (HELP)*
- 15. Juli – 17. Juli: *House Committee on Education and Labor*
- 16. Juli – 17. Juli: *House Committee on Ways and Means*
- 16. Juli – 30. Juli: *House Committee in Energy and Commerce*
- 22. September – 16. Oktober: *Senate Committee on Finance*

Das *HELP-Committee* machte den Anfang, da sich die Kollegen vom *Finance Committee* noch in den Verhandlungen mit der Versicherungsindustrie befanden. Der *HELP*-Entwurf passierte am 15. Juli den Ausschuss mit allen demokratischen Stimmen, ohne jedoch die im *Finance Committee* angesiedelten Agenden zu *Medicare*, *Medicaid* und Steuern zu tangieren. Zu Beginn der Beratungen in den drei *House-Committees*, die im Anschluss an die *HELP*-Beratungen stattfanden, hatten sich deren Vorsitzende bereits auf die Reformgrundsätze geeinigt, die von der Senatsvorlage in zentralen Punkten abwichen: Der *House*-Plan beinhaltete eine *public option* des Bundes (Senatsentwürfe lehnten dies ganz ab oder stellten es Einzelstaaten frei, dies einzuführen), Steuererhöhungen für Reiche zur Finanzierung der Reform und die Verpflichtung für Arbeitgeber, ihre Angestellten zu versichern.³⁴⁸ In den Ausschüssen *Education and Labor* und *Ways and Means* wurden die meisten vorgebrachten *Amendments* verhindert, sodass der Entwurf relativ unverfälscht passieren konnte. Ausnahmen bilden zwei Versuche, das immer noch diskutierte *single payer*-Prinzip ins Gesetzeswerk einfließen zu lassen. Ein *Amendment* im *Education and Labor*-Ausschuss, das von Dennis Kucinich (D, OH) eingebracht wurde, sollte es Staaten erlauben, freiwillig eigene *single payer*-Systeme einzurichten. Dem Zusatz wurde mit 27 zu 19 Ausschuss-Stimmen zugestimmt – warum 13 Republikaner das Vorhaben unterstützten, darüber kann nur

³⁴⁷ siehe McDonough 2011, S. 82ff.

³⁴⁸ siehe McDonough 2011, S. 84f.

spekuliert werden; Kritiker unterstellen den Abgeordneten, dass sie dadurch den Reformprozess zu sabotieren versuchten. Der Abgeordnete Anthony Weiner (D, NY) brachte zudem im *Energy and Commerce Committee* den Vorschlag ein, den im Jänner abgelehnten *Conyers-Act* (H.R. 676) mit dem verpflichtenden *single payer*-System des Bundes ins neue Gesetz einfließen zu lassen. Beide Versuche scheiterten jedoch nach massivem Druck der Parteiführung im Repräsentantenhaus, etwa von der Fraktionsvorsitzenden Nancy Pelosi (D, CA), die den ursprünglichen Plan ohne Abweichung durchsetzen wollte.³⁴⁹ Auch die konservative Seite im *Energy and Commerce Committee* meldete sich zu Wort. Die sogenannten *Blue Dogs*, eine konservative Gruppe innerhalb der Demokraten, stellten im Ausschuss sieben Abgeordnete unter der Führung von Mike Ross (D, AR), die zusammen mit den Republikanern das Gesetz verhindern hätte können. Sie setzten ein *Amendment* durch, das eine zehnprozentige Kostensenkung vor allem durch Beihilfenkürzungen vorsah.³⁵⁰

Als letzter Ausschuss beschäftigte sich das *Senate Committee on Finance* mit der Reform. Maßgebliche Akteure des Ausschusses hatten noch den Sommer über versucht, Unternehmen und Berufsgruppenvertreter zur Zusammenarbeit zu überzeugen und andererseits auch eine parteiübergreifende Lösung mit den Republikanern zu finden. Letzteres wurde zunehmend schwieriger, da vor allem Kritiker aus dem erzkonservativen Flügel der Republikaner mit immer absurderen Anschuldigungen an die Öffentlichkeit gingen. Einen Negativhöhepunkt markierte der Vorwurf von Sarah Palin, die Regierung plane *death panels* zur Aussortierung behandlungsunwürdiger Menschen.³⁵¹

Sowohl der Präsident als auch der Mehrheitsführer im Senat Harry Reid (D, NV) erhöhten ab August den Druck zur schnelleren Bearbeitung des Programms. Obama rief am 9. September beide Häuser zu einer *Joint Session*, in der er die Kosten des Programms mit 900 Milliarden US-Dollar für die kommenden zehn Jahre bezifferte. Dies stellte eine klare Reduktion des Programms gegenüber seinen Aussagen vom Februar dar, die den Umfang mit rund 1,2 Billionen US-Dollar bezifferten. Dies richtete sich auch gegen die Ausschüsse im *House* und gegen des *Senate HELP-Committee*, deren Entwürfe höhere Kosten vorsahen. Damit war klar, dass der Finanzausschuss im Senat weniger Spielraum hatte, wenn er die Position des Präsidenten ernst nehmen wollte.

³⁴⁹ siehe Coates 2009 auf der Seite der Physicians for a National Health Program

³⁵⁰ siehe McDonough 2011, S. 85

³⁵¹ siehe Burgin 2012, S. 274; Palin beschuldigte die Demokraten, im Zuge der Gesundheitsreform Ausschüsse zu etablieren, die darüber entscheiden sollen, ob Patienten behandelt oder quasi zum Tode verurteilt werden; diese Anschuldigung ist zwar völlig aus der Luft gegriffen, wurde aber wochenlang ernsthaft in den Medien diskutiert.

Die intensive Ausschussarbeit, die vom 22. September bis zum 16. Oktober stattfand, beinhaltete die Beschäftigung mit 576 eingebrachten *Amendments*. Das Ergebnis der Beratungen: keine *public option* und auch kein *single payer*-System. Charles Schumer (D, NY) hatte zwar ein *public option*-Modell vorgeschlagen, wurde aber 13 zu zehn überstimmt – auch Vorsitzender Baucus schloss sich den Gegnern an.³⁵² Eine aufgeweichte *public option-Regelung* sollte zwar noch einmal im Entwurf vorkommen, den Reid als gemeinsame *legislation* der beiden Senatsausschüsse am 19. Oktober vorstellte. Darin befand sich eine *Opt-out*-Möglichkeit für die Einzelstaaten. Doch auch diese Version wurde schließlich geopfert, nachdem die demokratischen Senatoren Ben Nelson (NE) und Joe Lieberman (CT) mit Boykott gedroht hatten. Die beiden Stimmen waren insofern von Bedeutung, da sie eine *Filibuster*-sichere Mehrheit beschaffen konnten.

Währenddessen kam am 7. November 2009 Bewegung ins Plenum des Repräsentantenhauses. Auf Basis des Kompromissentwurfs der drei Ausschüsse wurde der *Affordable Care for America Act* (H.R. 3962) zur Abstimmung vorgelegt und mit 220 zu 215 Stimmen angenommen. Der von John Dingell (D, MI) eingebrachte Entwurf erreichte somit eine äußerst knappe Mehrheit, weil 39 Demokraten dagegen stimmten – ein einziger Republikaner, der Abgeordnete Joseph Cao aus Louisiana, unterstützte dagegen die Demokraten.³⁵³ Um die demokratische Mehrheit zu sichern, wurde auf Initiative konservativer Demokraten rund um Bart Stupak (MI) ein *Amendment* hinzugefügt, das Abtreibungen als Versicherungsleistung untersagte.

Der Senat stimmte am 24. Dezember über einen eigenen Gesetzesentwurf ab, den *Patient Protection and Affordable Care* (H.R. 3590; *legislative history* siehe Anhang 6). Da die Bestimmungen des Kongress vorsahen, dass Gesetze, die Steuern betreffen, vom Repräsentantenhaus eingebracht werden müssen,³⁵⁴ hielt sich der Senat an die Vorlage H.R. 3590, die ursprünglich als *Service Members Home Ownership Tax Act of 2009* im House eingebracht worden war.³⁵⁵ Der Entwurf wurde mit den Stimmen aller Demokraten 60 zu 39 verabschiedet, der gefürchtete republikanischen *Filibuster* unwahrscheinlich.

³⁵² siehe McDonough 2011, S. 88

³⁵³ detaillierte Abstimmungsergebnisse siehe Final Vote Results for Roll Call 887 auf der Seite des Office of the Clerk; Legislative History des PPACA auf der Seite der Demokraten im House Committee on Energy and Commerce

³⁵⁴ siehe Filzmaier/Plasser 1997, S. 75

³⁵⁵ siehe Entwurfsversionen von H.R. 3590 auf der Seite der Library of Congress

Da die beiden Häuser über zwei unterschiedliche Entwürfe entschieden hatten, war der Gesetzgebungsprozess noch nicht beendet. Die Entwürfe deckten sich zwar zu einem großen Teil, Unterschiede bestanden allerdings in wichtigen Punkten.³⁵⁶

- Die *public option* kam in der *House*-Version vor, fehlte aber im Senatsentwurf.
- Das *House* wollte ein einziges nationales Vergleichsportal für Versicherungen schaffen, der Senat dies den Einzelstaaten überlassen.
- Einige Unterschiede bestanden in der Höhe von Unterstützungszahlungen, bei den Strafen für nicht abgeschlossene Versicherungen oder den Regelungen zur Abtreibung.

Der Ausgang der beiden Abstimmungen ließ zwei Wege offen: Entweder musste ein Kompromiss gefunden werden, oder eine Kammer stimmte für den Antrag der anderen. Erschwerend kam hinzu, dass die Demokraten am 19. Jänner 2010 die 60-Prozent-Mehrheit (*filibuster proof majority*) im Senat verloren, da in Massachusetts überraschenderweise der Republikaner Scott Brown zum Nachfolger des verstorbenen Edward Kennedy gewählt wurde. Präsident und Senatsvertreter übten daraufhin Druck auf das Repräsentantenhaus aus, dem Senatsentwurf zuzustimmen. Am 21. März nach zwei Monaten harter Verhandlungen mit aktiver Unterstützung der Mehrheitsführer Pelosi und Reid kam schließlich das Repräsentantenhaus dem Wunsch nach: „House Democrats had to move through a painful, courageous process to accept the necessity of voting for the Senate bill, with only limited changes permissible in the reconciliation bill, often referred to as the ‚sidecar‘“³⁵⁷ Die knappe Mehrheit von 219 gegen 212 Stimmen (34 Demokraten und alle 178 Republikaner lehnten das Gesetz ab)³⁵⁸ kam nur zustande, indem ein Zusatzgesetz („sidecar“) in Aussicht gestellt wurde, das die *House*-Wünsche berücksichtigen würde.

Zwei Tage später endete der Gesetzgebungsprozess im engeren Sinn: Obama unterzeichnete den *Patient Protection And Affordable Care Act* – der Gesetzesentwurf H.R. 3590 wurde mit einigen Änderungen zum *Public Law 111-141*.³⁵⁹ Das vom *House* geforderte Zusatzgesetz passierte schließlich am 26. März beide Häuser: Im *Health Care and Education Reconciliation Act* (P.L. 111-152) wurde Zugeständnisse, die einige Senatoren als

³⁵⁶ siehe Burgin 2012, S. 275

³⁵⁷ McDonough 2011, S. 95

³⁵⁸ Detailergebnisse siehe Final Vote Results for Roll Call 165 (Patient Protection and Affordable Care Act) vom 21. März 2010, auf der Seite des Office of the Clerk of the U.S. House of Representatives

³⁵⁹ siehe Miller 2011, Kap. 6-6 (S. 42)

Gegenleistung für die Zustimmung ins Gesetz schreiben ließen, wieder gestrichen. Zudem schloss der *Reconciliation Act* Versorgungslücken bei *Medicare*, erhöhte Beihilfen und senkte die Versicherungsraten für arme Familien. Obama unterzeichnete das Gesetz am 30. März.

7.3 Grundpfeiler der Reform

Der PPACA stellt das umfangreichste Gesetzeswerk zur *health care policy* seit der Verabschiedung der *Social Security Amendments* 1965 dar. Nicht nur der Umfang von über 900 Gesetzeseiten mit hunderten Einzelregelungen sondern vor allem der Einfluss auf das gesamte Gesundheitswesen weist dem *Act* eine bedeutende Rolle in der US-amerikanischen Geschichte der Gesetzgebung ein. Auch wenn Kritiker von links die fehlende staatlichen Krankenversicherung (*single payer* bzw. *public option*) bemängeln, ergeben sich für die Betroffenen dennoch einige positive Veränderungen. Erstmals liegt der Gesundheitsvorsorge ein Solidarmodell zugrunde („the ‚mandate‘ – you must buy insurance even if you’re currently healthy“³⁶⁰), das zwar weitgehend auf privater Ebene organisiert ist, aber durch die Versicherungsverpflichtung den Pool an Teilnehmern um junge und gesunde Menschen erweitert und die Kosten und Risiken breiter streut. Die wichtigsten Säulen, auf denen sich der PPACA stützt, sind die *insurance exchange*, das *individual mandate*, sowie ein verpflichtender Versicherungsschutz durch Arbeitgeber (*employer mandate*), eine Ausweitung von *Medicaid* und die Reform von *Medicare*.³⁶¹

Das Vergleichsportal für Versicherungspolicen (*insurance exchange*) gilt für Individuen und Kleinbetriebe, wenn sie selbst bzw. ihre Angestellten noch keine Versicherung besitzen. Das System startete 2013, wobei es zu massiven organisatorischen und technischen Problemen kam – als Folge trat Gesundheitsministerin Kathleen Sebelius am 10. April 2014 zurück. Versicherungen dürfen künftig keine Risikozuschläge für chronisch Kranke mehr einheben oder Anwärter aus diesem Grund gar abweisen („community rating everywhere - no more exclusion based on pre-existing conditions“)³⁶² Für Kinder traten

³⁶⁰ Krugman 2013 auf der Seite der New York Times

³⁶¹ siehe Hacker 2012, S. 191

³⁶² Krugman 2013 auf der Seite der New York Times

diese Effekte bereits im September 2010 ein, für Erwachsene Anfang 2014. Weder Vorerkrankungen noch das Geschlecht des Antragstellers dürfen seither bei der Berechnung von Versicherungspolicen miteinbezogen werden. Die Faktoren Wohnort, Alter und Tabakkonsum dagegen dürfen die Kosten beeinflussen. Andere *Benefits* der Reform sind die größere Bandbreite an Leistungen, die Versicherungen anbieten müssen (z.B. präventive Vorsorge in Form von Impfungen oder Cholesterin- und Krebsdiagnosen bzw. Untersuchungen in der Schwangerschaft) und Rabatte auf Versicherungen, wenn die Unternehmen weniger als 80 Prozent ihrer Einnahmen für tatsächliche Leistungen ausgeben.³⁶³ Die Einzelstaaten haben die Möglichkeit eigene Portale einzurichten (z.B. *Covered California*), bei einer Weigerung springt allerdings der Bund ein (über die Plattform *healthcare.gov*). Bundesbehörden müssen zudem Verträge mit (Non-Profit-) Versicherern aushandeln und den Bürgern anbieten.

Größere Firmen (50 Beschäftigte oder mehr) sind verpflichtet, ihren Mitarbeitern günstige Versicherungen anzubieten (*employer mandate*). Kommt ein Unternehmen dem nicht nach, muss es Strafe zahlen (ebenso, wenn sie für die Beschäftigten zu teure Policen abschließt): „In essence, the ACA will gradually transform the present voluntary, semi-regulated, subsidized system of workplace insurance into a less voluntary, more regulated, and somewhat less subsidized system.“³⁶⁴

Erstmals werden alle Bedürftigen unter einer gewissen Armutsgrenze (133 Prozent des *federal poverty level*) durch *Medicaid* unterstützt. Dem ist allerdings nach dem *Supreme Court*-Urteil (siehe unten) hinzuzufügen, dass Einzelstaaten nicht zu dieser Ausweitung von *Medicaid* gezwungen werden dürfen.

Im Bereich von *Medicare* hat der PPACA ebenfalls einige Reformvorhaben durchgesetzt. Im Mittelpunkt stehen einerseits die Einsparungen, um die ausufernden Kosten einzudämmen, und andererseits das Schließen von Versorgungslücken.³⁶⁵ So wurde eine Lücke bei *Medicare Part D*, die Pensionisten beim Medikamentenkauf vor hohe finanzielle Hürden gestellt hatte („donut hole“), entschärft. Außerdem werden die Zahlungen für präventive Maßnahmen und für Ärztehonoreare erhöht. Auf der Einsparungsseite sind

³⁶³ siehe Nather 2013, S. 13ff.; Der Regelung liegt die Beobachtung zugrunde, dass Versicherungsunternehmen oft einen erheblichen Teil ihrer Einnahmen für Verwaltung, Werbung und Lobbying ausgeben; die neuen gesetzlichen Förderungen sollen „sparsame“ Unternehmen stärken.

³⁶⁴ Hacker 2012, S. 192

³⁶⁵ siehe Moon 2013, S. 134

Kostensenkungen bei *Medicare Advantage (Part C)* sowie bei Zahlungen für Spitalsaufenthalte vorgesehen.

7.4 Judicial Review des Obersten Gerichtshofes

Die Auseinandersetzung über das zentrale innenpolitische Gesetzeswerk der Obama-Administration endete nicht mit der Verabschiedung des Gesetzes im März 2010. Nicht nur auf politischer Ebene versuchten Kritiker, vor allem der radikalkonservative Flügel der Republikaner, die Reform zu kippen. Mangels nötiger Mehrheiten im Senat (das Repräsentantenhaus eroberten die Republikaner bei den Zwischenwahlen 2010 zurück) konnten die Republikaner keine direkten Aktionen gegen den PPACA ausführen. So versuchten sie bis in den Herbst 2013 hinein, die Regierung dadurch zu erpressen, dass sie im *House* eine Zustimmung zur Erhöhung der Schuldenobergrenze verweigerten. Dies führte mehrmals fast zum Staatsbankrott und im Oktober 2013 zum *Government Shutdown*, nachdem das Repräsentantenhaus in einer Resolution verfügte, der Finanzierung nur dann zuzustimmen, wenn wichtige Teile des *Affordable Care Act* erst ein Jahr später in Kraft treten.³⁶⁶ Die Republikaner mussten allerdings nach öffentlichem Druck die Blockadehaltung am 16. Oktober aufgeben.

Bereits ein Jahr zuvor nahm der PPACA die letzte juristische Hürde, nachdem Gegner das Gesetz vor den Obersten Gerichtshof gebracht hatten. Das Urteil im Fall *National Federation of Independent Business v. Sebelius* (567 U.S.____) vom 28. Juni 2012 stellte eine richtungsweisende Entscheidung zu den Themen Bundeskompetenzen und Föderalismus dar. Zwei zentrale Fragen wurden im Verfahren gestellt: Überschreitet das *individual mandate* die Kompetenzen des Kongress (im Rahmen der *Commerce Clause* bzw. *Necessary and Proper Clause*)? Ist die Verpflichtung von Bundesstaaten, das *Medicare*-Programm bei Strafandrohung auszuweiten verfassungswidrig?

Der Fall gelangte an den Obersten Gerichtshof, nachdem sich bereits der *US Court of Appeals for the Eleventh Circuit* in Atlanta, in dessen Jurisdiktion die Staaten Florida, Alabama und Georgia fallen, mit der Materie befasst hatte. Auch der *Fourth* und *Sixth Circuit*

³⁶⁶ siehe Lewis 2013 auf der Seite des Guardian

Court of Appeal sowie der *District of Columbia Circuit* hatten sich mit der Materie in anderen Fällen beschäftigt.³⁶⁷

Bereits kurz nach der Unterzeichnung des PPACA durch Präsident Obama hatten 13 Staaten unter Federführung Floridas Beschwerde beim Bundesgericht für den *Northern District of Florida* eingelegt – später schlossen sich zahlreiche weitere Staaten, der Unternehmensverband *National Federation of Independent Business* sowie Privatpersonen dem Verfahren an.³⁶⁸ Der zentrale Kritikpunkt war das *individual mandate*, das die Bürger verpflichten sollte, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Zahlungen, die Versicherungsverweigerer leisten müssen, stellten nach Ansicht der Kläger eine Strafe dar. Bestrafungen würden jedoch die Kompetenzen des Bundes überschreiten. Im Zentrum stand nun also die Frage, ob es sich bei den Zahlungen um *penalties* oder *taxes* handelt. Das Bundesgericht in Florida urteilte zugunsten der Kläger, ebenso das vom unterlegenen Gesundheitsministerium (Sebelius) angerufene Appellationsgericht in Atlanta. Anders als das untergeordnete Gericht betrachtete der *Court of Appeals* allerdings nicht das gesamte Gesetzeswerk als verfassungswidrig, sondern ausschließlich das *individual mandate* – die Regelung könne vom Rest des Gesetztes gelöst werden, ohne das ganze Werk zu zerstören: „Having held the individual mandate to be unconstitutional, the majority examined whether that provision could be severed from the remainder of the Act. The majority determined that, contrary to the District Court’s view, it could. The court thus struck down only the individual mandate, leaving the Act’s other provisions intact.“³⁶⁹

Nachdem mehrere dem *Supreme Court* untergeordnete Bundesgerichte unterschiedlich über die Thematik geurteilt hatten, erklärte sich der Oberste Gerichtshof im November 2011 zu einem *judicial review* des Gesetzes bereit. Drei Einzelfälle wurden dabei in einem Fall zusammengefasst und gemeinsam vom 26. bis 28. März 2012 behandelt.³⁷⁰ Am 28. Juni folgte die Entscheidung.

³⁶⁷ siehe Marshaw 2013, S. 256; die Urteile betrafen die Fälle *Liberty University, Inc. v. Geithner* (671 F.3d 391, 4th Cir. 2011), *Thomas More Law Center v. Obama* (651 F.3d 529, 6th Cir. 2011) bzw. *Seven-Sky v. Holder* (661 F.3d 1, D.C. Cir. 2011).

³⁶⁸ siehe Harvard Law Review 2012, S.72

³⁶⁹ siehe Urteil des Supreme Court, zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 15, auf der Seite des Supreme Court

³⁷⁰ neben *National Federation of Independent Business v. Sebelius* kamen noch zwei weitere Urteile des Elften Appellationsgerichtes zur Überprüfung: *Department of Health & Human Services v. Florida* und *Florida v. Department of Health & Human Services*; siehe Harvard Law Review 2012, S. 75

Wohl eine Reaktion auf die parteipolitische Gräben, die sich mittlerweile im politischen System in Washington aufgetan hatten, dürfte die Erklärung sein, die *Chief Justice* John Roberts seiner Begründung vorangestellt hatte. Er erklärte darin, dass der Gerichtshof keine politisches, sondern eine verfassungsrechtliche Aufgabe habe: „We do not consider whether the Act embodies sound policies. That judgment is entrusted to the Nation’s elected leaders. We ask only whether Congress has the power under the Constitution to enact the challenged provisions.“³⁷¹ Die Einleitung dürfte auch dem Vorwurf von Kritikern, der Gerichtshof würde seine Befugnisse überschreiten und politische Entscheidungen herbeiführen, obwohl er diese eigentlich nur beurteilen solle (Vorwurf des *judicial activism*), geschuldet sein.

Als erste zentrale Frage wurde erörtert, ob das *individual mandate* unter die *Commerce Clause* bzw. die *Necessary and Proper Clause* und damit in den Aufgabenbereich des Kongresses fallen. Beides verneinte der Gerichtshof: Zur *Commerce Clause*, also die Kompetenz des Kongresses, den Handel im Bundesgebiet zu regulieren, meinte das Gericht in seiner *Slip Note* lakonisch: „The power to regulate commerce presupposes the existence of commercial activity to be regulated.“³⁷² Da der PPACA jedoch die Bürger erst einmal dazu verpflichtet, überhaupt an einer gewissen Form des Handels teilzunehmen, könne man keine gesetzlichen Maßnahmen zur Regulierung heranziehen. Oder anders gesagt: Die *Commerce Clause* dient zur Legitimation des Staates, den Handel von Bürgern zu regulieren – sie scheidet aber als Rechtfertigung aus, wenn sie das *Nicht-Handeln* von Bürgern (wenn diese sich etwa weigern, eine Versicherung abzuschließen) regulieren will. Roberts in der Urteilsbegründung:

„The individual mandate, however, does not regulate existing commercial activity. It instead compels individuals to become active in commerce by purchasing a product, on the ground that their failure to do so affects interstate commerce. Construing the Commerce Clause to permit Congress to regulate individuals precisely because they are doing nothing would open a new and potentially vast domain to congressional authority.“³⁷³

³⁷¹ Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 2, auf der Seite des Supreme Court

³⁷² siehe Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Slip Note S. 2, auf der Seite des Supreme Court

³⁷³ Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 20, auf der Seite des Supreme Court

Ebenso wenig, argumentierte das Gericht, würde im gegebenen Fall die *Necessary and Proper Clause* greifen, also die Möglichkeit, dass der Senat alle „notwendigen und geeignete“ Maßnahmen beschließen darf, um seiner legislativen Rolle nachkommen zu können (siehe Kapitel 3). Die Streitpartei um Gesundheitsministerin Sebelius hatte argumentiert, dass das *individual mandate* ein unbedingt notwendiger Teil für das Funktionieren der gesamten Reform sei. Dies ließ der Gerichtshof nicht gelten: „Even if the individual mandate is ‚necessary‘ to the Affordable Care Act’s other reforms, such an expansion of federal power is not a ‚proper‘ means for making those reforms effective“³⁷⁴ Der Zwang zum Versicherungskauf sei demnach nicht als geeignete Maßnahme zu sehen, weil sie unverhältnismäßig die Macht des Kongresses erweitern würde: „[S]uch a conception of the Necessary and Proper Clause would work a substantial expansion of federal authority.[...] Congress could reach beyond the natural limit of its authority and draw within its regulatory scope those who otherwise would be outside of it.“³⁷⁵

Das *individual mandate* wurde schließlich aber dennoch bestätigt, indem die Kompetenznorm der *Tax Clause* herangezogen wurde. In einer knappen Entscheidung (5-4) sprach sich die Mehrheit dafür aus, dass die Strafen für Einzelpersonen, die sie für nicht abgeschlossene Krankenversicherungen zahlen müssen, als Steuern zu behandeln sind. Damit liegt die Kompetenz im Bereich des Kongresses, der laut Verfassung das Recht habe, „To lay and collect Taxes, Duties, Impots and Excises, to pay the Debts and provide for the common Defense and general Welfare of the United States“³⁷⁶ (siehe Kapitel 2). Mit einer Ablehnung der Pflichtversicherung als zentrales Element der Reform wäre wohl ein großer Teil des PPACA gestorben. *Chief Justice* Roberts, der mit einem Mandat George W. Bushs 2005 an den Gerichtshof kam, war als *swing vote* ausschlaggebend für den positiven Verlauf der Verhandlung. Mit ihm stimmten die liberalen Richter Ruth Bader Ginsburg (von Clinton nominiert), Stephen Breyer (Clinton), Sonia Sotomayor (Obama) und Elena Kagan (Obama).³⁷⁷ Dagegen sprachen sich Antonin Scalia (Reagan), Anthony Kennedy (Reagan), Clarence Thomas (G. Bush) und Samuel Alito (G.W. Bush) aus. Die Abstimmung fiel somit sehr strikt entlang der Grenzen des liberalen und des konservativen Flügels aus. In der

³⁷⁴ siehe Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Slip Note S. 3, auf der Seite des Supreme Court

³⁷⁵ Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 29f., auf der Seite des Supreme Court

³⁷⁶ Consitution Art. I, Sect. 8; siehe Small/Jayson 1964, S. 40

³⁷⁷ siehe Marshaw 2013, S. 256f.

Mehrheitsbegründung (*majority opinion*) schrieb Roberts, dass aufgrund von Präzedenzfällen eine Strafe sehr wohl als Steuer betrachtet werden kann, auch wenn sie im PPACA nicht so genannt wird: „It is of course true that the Act describes the payment as a “penalty,” not a “tax.” [...] it does not determine whether the payment may be viewed as an exercise of Congress’s taxing power. [...] We have similarly held that exactions not labeled taxes nonetheless were authorized by Congress’s power to tax.“³⁷⁸ Roberts argumentierte mit drei Faktoren, die einen solchen Schluss zuließen,³⁷⁹ und stellte den Fall einem früheren Urteil in *Bailey v. Drexel Furniture* (259 U.S. 20, 1922)³⁸⁰, das eine Steuer als Strafe definierte, gegenüber:

- Erstens weist die geringe Höhe der Zahlungen darauf hin, dass sie keine Bestrafung ist: „[F]or most Americans the amount due will be far less than the price of insurance, and, by statute, it can never be more. It may often be a reasonable financial decision to make the payment rather than purchase insurance, unlike the “prohibitory” financial punishment in *Drexel Furniture*.“³⁸¹
- Zweitens besteht für die Einhebung der Steuer nicht die Notwendigkeit eines vorsätzlichen Handelns („*scienter requirement*“), wie das bei einer Strafe der Fall wäre. Im *Drexel*-Urteil etwa wurden die Maßnahmen des Kongresses gegen Kinderarbeit als Strafe angesehen, weil sie auf Täter abzielten, die bewusst das Gesetz gebrochen hatten. Dies sei im Fall eines Nichtabschlusses einer Versicherung nicht gegeben.
- Drittens werden die Zahlungen wie andere Steuern über die Bundessteuerbehörde (*Internal Revenue Service, IRS*) abgewickelt. Im Präzedenzfall *Drexel* wurde dagegen das Arbeitsministerium betraut, das per se die Aufgabe innehatte, Verfehlungen gegen Arbeitsgesetze zu ahnden.

³⁷⁸ siehe Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 33f., auf der Seite des Supreme Court

³⁷⁹ siehe Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 34ff., auf der Seite des Supreme Court

³⁸⁰ Der Fall handelt von einem Unternehmen, das Strafzahlungen wegen Kinderarbeit zu zahlen hatte. Der *Child Labor Tax Act* hatte diese Form der Zahlung als Steuer titulierte. Der Supreme Court folgte dieser Einschätzung nicht und befand die Steuer als (unrechtmäßige) Strafe; Urteil siehe Seite der Cornell University

³⁸¹ Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Opinion of Roberts, CJ, S. 35., auf der Seite des Supreme Court

Als zweiten großen Punkt hatte das Gericht zu klären, ob eine Ausweitung des *Medicaid*-Programms zulässig ist, und ob die Strafandrohung für Einzelstaaten verfassungsmäßig ist. Eine Regelung des PPACA besagt, dass Einzelstaaten, die eine Ausweitung von *Medicaid* ablehnen, alle Bundeszuschüsse für das Programm verlieren würden – selbst jene, die sie für alle bisherigen *Medicaid*-Programme beziehen. Der Hintergrund ist, dass der Bund zwar die Erweiterung anfangs komplett finanziert, sukzessive den Anteil aber auf 90 Prozent zurückfahren wird. Dieses für Einzelstaaten ohnehin sehr schmackhafte „Zuckerbrot“ wird mit der Androhung, die kompletten Bundesmittel zu streichen etwas unbedenklicher. Kein Staat kann realistischer Weise auf die enormen Summen, die für das Programm aus Washington kommen, verzichten.

Der Gerichtshof war gespalten: Der konservative Flügel rund um Scalia, Kennedy, Thomas und Alito verneinte beide Fragen und nahmen damit den gegenteiligen Standpunkt von Ginsburg und Sotomayor ein. *Chief Justice* Roberts, Breyer und Kagan wiederum fanden, dass eine Ausweitung grundsätzlich verfassungskonform sei, nicht jedoch die Strafandrohung: „When Congress threatens to terminate other grants as a means of pressuring the States to accept a Spending Clause program, the legislation runs counter to this Nation’s system of federalism.“³⁸² Sieben Stimmen sprachen sich schließlich gegen die Zwangsregelung aus, nur Ginsburg und Sotomayor hielten dagegen. Der liberale Teil des Gerichts setzte sich zusammen mit Roberts (5-4) allerdings mit dem Kompromiss durch, dass das Gesetz ohne den Zwangscharakter verfassungskonform sei. Ginsburg und Sotomayor trugen zu diesem Kompromiss bei und retteten damit die Reform: „Although Justices Ginsburg and Sotomayor disagreed with that conclusion, they joined the remedy identified by Chief Justice Roberts: striking the provision authorizing the Secretary of Health and Human Services to withhold existing Medicaid funds, leaving the states free to accept or decline the new conditioned funds and leaving unaffected the remainder of the Act.“³⁸³ Liberale Kritiker attestieren dem Urteil, dass es dem Bund zu viel Spielraum bei der Durchsetzung seiner Programme nimmt. Frühere Urteile hätten Maßnahmen, die eine Durchsetzung gewisser Rechtsstandards mit Strafen verknüpften, sehr wohl als zulässig erachtet. Als Beispiel nennt Rechtswissenschaftler Jerry L. Marshaw (*Yale University*) den Fall *South Dakota v. Dole* (483 U.S. 203, 1987): Darin ging es um eine Regelung des Bundes, Beihilfen für den Autobahnbau

³⁸² siehe Urteil des Supreme Court zu *National Federation of Independent Business v. Sebelius* 2012, Slip Note S. 5, auf der Seite des Supreme Court

³⁸³ Minow, 2012 S. 133

daran zu knüpfen, ob der jeweilige Einzelstaat das Mindestalter für alkoholische Getränke auf 21 Jahre erhöht. Dies wurde im Urteil als verfassungsmäßig erachtet.³⁸⁴

Der gegenwärtige Fall jedoch berührte noch eine andere Ebene: Das *Medicaid*-Programm änderte seinen Charakter mit dem PPACA grundlegend, wie die Politikwissenschaftlerin Sara Rosenbaum (*George Washington University*) ausführt: Bei der Implementierung 1965 war *Medicaid* als Beihilfensystem angelegt, das die Armutskomponente nur als ein Qualifikationsmerkmal von mehreren betrachtete. Daneben musste auch noch eine Bedürftigkeit im Sinne von körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen nachgewiesen werden bzw. man musste in eine allgemein anerkannte schützenswerte Gruppen (z.B. Schwangere oder Kinder) fallen. Unter diesem Paradigma traten die Einzelstaaten dem System bei. Mit der Reform 2010 wurde allerdings die Einkommenssituation (133 Prozent der durchschnittlichen Armutsgrenze) als alleiniges Qualifizierungsmerkmal eingeführt, was konservativen, wirtschaftsliberalen Paradigmen zuwider laufen kann. „For states whose original 1965 agreement to participate reflected their willingness to offer benefits based on traditional welfare principles, this sweeping recasting of Medicaid’s terms was a game changer.“³⁸⁵ Die einseitige Änderung der Bedingungen durch den Bund inklusive Strafandrohung sah eine Mehrheit des Gerichtes als einen Bruch mit dem kooperativen Föderalismus, unter dessen Prämisse die meisten Sozialgesetze der letzten Jahrzehnte gestellt wurden.

Dennoch scheinen die Anreize für *Medicaid* auch ohne Zwang in den meisten Staaten zu wirken. Bis Mai 2014 haben immerhin 27 Staaten, darunter auch republikanisch dominierte wie Arizona, Iowa oder North Dakota, eine Ausweitung beschlossen. Fünf Staaten sind noch unentschlossen und 19 verweigerten bisher die Annahme.³⁸⁶

7.5 Zusammenfassung

Obamas Gesundheitsreform durchlief mehrere Stadien und wurde in zentralen Einzelteilen grundlegend modifiziert, ehe sie als *Patient Protection and Affordable Care Act* am 23. März 2010 gültiges Gesetz wurde. Der Staat tritt nun, anders als von Obama ursprünglich geplant,

³⁸⁴ siehe Marschaw 2013, S. 263

³⁸⁵ Rosenbaum 2013, S. S22

³⁸⁶ siehe Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision 2014 auf der Seite der Kaiser Family Foundation

jedoch als undurchführbar gescheitert, nicht als eigener Akteur im Versicherungsgeschäft auf sondern beschränkt sich auf eine ordnende Rolle. Die geforderte staatliche Versicherung, die im Laufe des Gesetzgebungsprozesses ohnehin nur mehr als Konkurrenz zur privaten Versicherung angedacht wurde (*public option*), fand nicht den Weg durch das Parlament. Ein einheitliches staatliches Krankenversicherungssystem (*single payer*) wurde mit der Initiative Conyers (H.R. 676, 2009) zwar formal im Kongress eingebracht, schaffte aber nicht einmal die Hürde des zuständigen Ausschusses.

Trotzdem ergeben sich durch den regulativen Charakter des Gesetzes Verbesserungen für viele Bürger. Zentraler Bestandteil ist das Verbot, Menschen mit Vorerkrankungen aus den privaten Krankenversicherungen auszuschließen oder finanziell zu diskriminieren. Dies stellt für die Leidtragenden eine starke Verbesserung zum bisherigen Status quo dar. Zudem wurden Vergleichsportale geschaffen, auf denen die Versicherungspolicen verglichen werden können. Diese Internetportale werden entweder von den Einzelstaaten oder, wenn diese sich weigern, von der Bundesregierung betrieben. Eine besonders umstrittene Regelung betrifft das *individual mandate*, wonach sich alle Bürger künftig versichern oder Strafzahlungen in Kauf nehmen müssen. Dies stellt einen qualitativen Systemwechsel hin zu einem Solidarsystem dar. Der Versichertenpool sollte nun sukzessive um junge und gesunde Menschen erweitert werden, die bisher keine oder nur unzureichende Versicherungen abgeschlossen haben. Der Zwangscharakter ist neben dem grundlegenden solidarischen Gedanken auch dahingehend zu rechtfertigen, dass auch bisher die Allgemeinheit für Unversicherte in Notfällen aufgekommen ist. Diese Notfall-Medizin, die enorme Kosten verursacht, ist einer der bestimmenden Faktoren für die Ineffizienz des US-amerikanischen Gesundheitssystems. Ein weiterer Punkt ist die Ausweitung des Fürsorgeprogramms *Medicaid*, das nun allen ärmeren Menschen offen steht, auch wenn sie keine zusätzliche Bedürftigkeit (Behinderung, psychische Krankheiten, Schwangerschaft...) aufweisen. Einschränkend ist zu sagen, dass zwar die Finanzierung (nahezu ausschließlich) durch Bundesmittel erfolgt, die Umsetzung aber bei den Staaten liegt. Aufgrund des föderalen Charakters des Gesundheitssystems dürfen Staaten nicht gezwungen werden, die Programme umzusetzen (siehe *Supreme Court*-Urteil weiter oben).

Die Initiative zu einem Versicherungsgesetz fiel in eine Zeit, als die Zahl der Unversicherten in den USA eine Besorgnis erregende Zahl annahm. Im Jahr 2004 besaßen 45,8 Millionen Bürger keine Gesundheitsversicherung (ein Plus von 2 Millionen gegenüber dem Vorjahr). Zeitweise unversichert galten gar 74,7 Millionen Menschen (Werte für 2001

und 2002 zusammengefasst).³⁸⁷ Die volkswirtschaftlichen Ausgaben für den Gesundheitsbereich stiegen dagegen verglichen mit anderen Industrieländern viel stärker an und belasteten viele Menschen zunehmend. Da sich das Problem in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch vergrößerte, versuchten Akteure in Legislative und Exekutive immer wieder, das System zu reformieren. Erst die historisch seltene Kombination eines starken Votums für den (demokratischen) Präsidenten und große sozialreformatorsche Mehrheiten in Senat und Repräsentantenhaus machten ab 2009 einen Gesetzgebungsprozess möglich. Das kurze Zeitfenster – bei den Zwischenwahlen im Herbst 2010 verloren die Demokraten das Repräsentantenhaus wieder – nutzen ein aktiver Präsident und eine veränderungswillige Bundeslegislative, um die Reform zu starten. Durch den Einfluss externer Kräfte (*interest groups*, Lobbyisten), aufgrund systemimmanenter Faktoren des US-amerikanischen Parlamentssystems (starke Eigenständigkeit der Abgeordneten, Abhängigkeit von externer Wahlkampffinanzierung), sowie der Totalblockade der Republikaner in einem auf Kooperation ausgelegten System (Stichwort *Filibuster*) fiel die Reform deutlich kleiner aus als gedacht. Klüver macht die konservative Grundstruktur in vielen Wahlkreisen, in denen demokratische Kandidaten für die Parlamentswahl antraten, mitverantwortlich für die Zurückhaltung vieler Demokraten: „[L]ängst nicht alle Abgeordneten waren bereit, für die Reform zu stimmen. Die meisten Nein-Sager fürchteten, dass sie bei der im November anstehenden Kongresswahl von den Wählern abgestraft werden, sollten sie für die Reform stimmen.“³⁸⁸ Der PPACA wurde von sehr dünnen Mehrheiten beschlossen und stand mehrmals kurz vor dem Scheitern. Der Erfolg ist auch dem Nachgeben des Repräsentantenhauses zugunsten des Senatsentwurfs zu danken. Dies hatte allerdings zur Folge, dass ein deutlich wirtschaftsfreundlicher Entwurf (z.B. durch das Fehlen der *public option*) zum geltenden Gesetz wurde.

Das *judicial review* durch den Obersten Gerichtshof im Jahr 2012, in dem die Fragen nach dem *individual mandate* und der Ausweitung von *Medicare* behandelt wurden, kann als Meilenstein in der Föderalismus-Rechtsprechung angesehen werden: „The court’s ruling was the most significant federalism decision since the New Deal and the most closely

³⁸⁷ siehe Jacobs 2007, S. 78

³⁸⁸ Klüver 2012, S. 106

watched case since *Bush v. Gore* in 2000.“³⁸⁹ Im Prozess wurde nicht nur das Verhältnis zwischen Staat und Bürger eingehend untersucht, sondern auch die Beziehung zwischen Bund und Einzelstaaten. In der *Medicaid*-Entscheidung gelangte eine Mehrheit der Richter zu einem Kompromiss, der die Kompetenz von Gesundheitsprogrammen zwar in den Bundesinstitutionen verortete, jedoch im Sinne eines kooperativen Föderalismus auch die Rechte der Einzelstaaten herausstrich. Zwangsmaßnahmen als Ausdruck einseitiger Machtausübung des Bundes gegen unwillige Staaten sind nicht mit der Verfassung vereinbar.

³⁸⁹ Liptak 2012 auf der Seite der New York Times; Anmk: in *Bush v. Gore* (531 U.S. 98) behandelte der Oberste Gerichtshof im Jahr 2000 das umstrittene Wahlergebnis, das zum äußerst knappen Sieg Bushs in der Präsidentschaftswahl führte;

8. Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit wurde mit dem Ziel verfasst, die Gesetzgebungsprozesse anhand ausgewählter Beispiele aus der Sozialpolitik zu beleuchten. Die diachrone Analyse fokussiert sich auf das Objekt Krankenversicherung, dessen Scheitern und Entstehung in drei Kapiteln behandelt wird. Die zentrale Fragestellung bezieht sich auf einen politikgeschichtlichen Prozess von Gesetzgebung: Nach den methodischen Konzepten der *Policy-Analyse* soll der Weg von *problem recognition* bis zur *policy implementation* (siehe Pattersons *policy cycle*-Modell in Kap. 3.5) zu verschiedenen Zeitpunkten der Geschichte der USA nachgezeichnet werden. Der Schwerpunkt liegt auf der Frage, wie eine Krankenversicherung in einem unregulierten, privatwirtschaftlich organisierten Umfeld implementiert werden kann. Die Analyse soll das Politikfeld (*policy*) durch die institutionellen Rahmenbedingungen (*polity*) und die politische Praxis (*politics*) erklären.

Das staatliche Gesundheitssystem der USA wurde während des 20. Jahrhunderts nur peripher ausgebaut. Es entwickelte sich erst aufgrund starker politischer Anreize, die entweder durch große Katastrophen ausgelöst wurden (z.B. *Great Depression*) bzw. einem schleichenden, aber bedeutenden gesellschaftlichen Problem begegneten (z.B. die stark steigenden Gesundheitskosten) oder der politischen Gesinnung wichtiger politischer Akteure entsprangen (z.B. dem liberalen Mainstream der 1960er-Jahre). Die *New Deal*-Gesetzgebung in den 1930er-Jahren kann als Startpunkt für ein umfassendes staatliches Engagement im Sozialbereich gesehen werden. Die Phase des *Second New Deal*, in dem erstmals Sozialgesetze in größerem Umfang verabschiedet wurden, stellt den ersten Analysezeitraum dieser Arbeit dar. Der *Social Security Act* (SSA) von 1935 markierte einen Meilenstein in der Gesetzgebung. Hier liegen neben den großen Errungenschaften die Gründe für das Scheitern einer staatlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt meines Interesses. Die Reformen von 1965 (*Social Security Amendments*) im Rahmen der *Great Society* stellen dem gegenüber eine Zäsur dar, weil zum ersten Mal große staatliche Krankenversicherungsprogramme installiert wurden, die weite Bevölkerungsgruppen betrafen. Die Alterskrankenversicherung *Medicare* umfasste erstmals eine Absicherung vor den finanziellen Risiken, die sich im Alter aus medizinischen Behandlungen ergeben. *Medicaid* dagegen wurde als Fürsorgeprogramm für eng umfasste Bevölkerungsgruppen, die ein geringes Einkommen *und* zusätzliche Bedürftigkeit aufwiesen, angelegt. Beide Programme wurden über die Jahrzehnte hinweg weiterentwickelt. Der PPACA von 2010 stellte einen weiteren großen Schritt in der

Gesundheitspolitik dar. Obwohl die Reform hinter den Erwartungen vieler zurückblieb, brachten die Errungenschaften wesentliche Verbesserungen für Betroffene. Die Reform sollte die beiden Probleme des Gesundheitssystems – zu hohe Kosten und eine zu hohe Drop-Out-Rate – lösen. Mit der Pflichtversicherung auf privater Basis (eine staatliche Option wurde verworfen) sollte die Mehrheit der noch Unversicherten sukzessive in den Versichertenpool aufgenommen werden. Der Staat beschränkte sich mit dem Gesetz allerdings auf seine Regulierungskompetenz, etwa beim Diskriminierungsverbot von chronisch Kranken bei Versicherungsabschluss), bzw. erweiterte bestehende Programme wie *Medicaid* für einen größeren Personenkreis.

8.1 Gesetzgebungsprozess – Akteure in Legislative und Exekutive

Als Akteure auf der institutionalisierten Bundesebene lassen sich die Legislative (Kongress), Exekutive und Judikative beschreiben. Daneben existiert ein semi-institutionalisierter Sektor, der aus Lobbyisten, *interest groups* und etwa den Massenmedien besteht. Die Zusammensetzung veränderte sich über die Jahrzehnte stetig. Dennoch sind Kontinuitäten zu beobachten.

Der Erfolg bei der Umsetzung einer *policy* hängt stark mit der jeweiligen Ausgangslage zusammen. Der Politikwissenschaftler Mark Carl Rom beschreibt die Notwendigkeit von starken Koalitionen, wie sie 1935, 1965 und 2010 bestanden haben. Er nennt drei Faktoren für eine starke *electoral and governing coalition*, die eine Umsetzung der präsidentiellen Politikfelder unterstützen, und die zu den untersuchten Zeitpunkten gegeben waren.³⁹⁰

- eine große Mehrheit der *popular votes* bei den Wahlen als Ausdruck einer starken Legitimierung des Präsidenten: Roosevelt konnte 1932 den Amtsinhaber Herbert Hoover mit einem großen Vorsprung bei den *popular votes* (57,4 Prozent gegen 39,7 Prozent) aus dem Amt drängen. Johnson erreichte bei der Wahl 1964 gegen den Mitbewerber Barry Goldwater 61,3 Prozent (gegen 38,5 Prozent). Und Barack Obama vereinte 2008 nicht nur 365 zu 173 Wahlmännerstimmen auf sich, sondern ließ mit 67

³⁹⁰ siehe Rom 2011, S. 151, bzw.

Millionen Wählerstimmen (52,7 Prozent) seinen Mitbewerber John McCain in einem komfortablen Abstand von rund sechs Prozent hinter sich.³⁹¹

- eine solide Mehrheit an Abgeordneten (*partisan majority*) der unterstützenden Partei im Repräsentantenhaus – hier weisen die untersuchten Zeiträume ähnliche Strukturen auf: Im 74. Kongress (1935-37) stellten die Demokraten eine Mehrheit von 319 zu 103 Abgeordneten. Der 89. Kongress (1965-67) wies ein Verhältnis von 295 zu 140 Mandaten aus. Im 111. Kongress (2009-2011) war der Vorsprung nicht mehr so hoch, allerdings mit 253 Demokraten gegen 178 Republikaner zum Zeitpunkt der Verabschiedung des PPACA noch immer eindeutig.³⁹² Ein klarer Vorsprung der Mehrheitspartei ist deshalb so wichtig, weil es aufgrund des offensiv vertretenen freien Mandats und der Abhängigkeit der Abgeordneten von ihren jeweiligen Wahlbezirken immer wieder zu Abweichungen im Stimmverhalten kommt (den PPACA lehnten z.B. 34 Demokraten ab, womit das Gesetz nur eine sehr knappe Mehrheit erhielt).
- eine *filibuster-proof majority* im Senat, also 60 Abgeordnete oder mehr, die einen *Filibuster* (endloses Hinauszögern von Entscheidungen durch Dauerreden) der Opposition verhindern kann. Alle drei beobachteten Gesetzgebungszeiträume wiesen diese Mehrheiten auf: Im 74. Kongress stellten die Demokraten 69 der 100 Senatoren und im 89. Kongress 68 Senatoren. 2010 war die Lage etwas komplizierter: Hier lagen nach den Wahlen die Demokraten mit 57 Mandaten vorn, zwei Unabhängige signalisierten ihre Unterstützung; eine *Filibuster*-sichere Mehrheit ergab sich allerdings erst am 28. April 2009, als Senator Arlen Specter (R, PA) den Republikanern den Rücken kehrte und ins Lager der Demokraten wechselte. Dies ergab ein historisch kurzes Zeitfenster von einem knappen Jahr, ehe nach dem Tod des demokratischen Senators Edward Kennedy am 19. Jänner 2010 in Massachusetts *special elections* abgehalten wurden. Dabei eroberten die Republikaner mit Scott Brown überraschend den Sitz, was der demokratischen 60-Prozent-Mehrheit im Senat ein jähes Ende bereitete und den Gesetzgebungsprozess des PPACA maßgeblich beeinflusste.

³⁹¹ Zahlen siehe Sautter 2006, S. 612 bzw. Elections Results 2008 auf der Seite von CNN

³⁹² Zahlen siehe Sautter 2006, S. 617f. bzw. Final Vote Results for Roll Call 165 (Patient Protection and Affordable Care Act) vom 21. März 2010, auf der Seite des Office of the Clerk of the U.S. House of Representatives

*Wähleranteile bei Präsidentschaftswahlen (popular vote) bzw. Sitze in Senat und Repräsentantenhaus nach Kongresswahlen für die Demokraten, jeweils in Prozent*³⁹³

<i>President</i>	<i>Popular Vote</i>	<i>Senate</i>	<i>House</i>
Roosevelt, 1932	57,3	61	72
Johnson, 1964	61,4	68	59
Obama, 2008	53,4	60	59

Die Initiative lag in den untersuchten Fällen bei einem aktiven Präsidenten, wobei folgende Unterschiede zu beobachten sind:

- *Zeitpunkt der Initiative:* Roosevelt initiierte den *Social Security Act* erst rund zwei Jahre nach Amtseinführung. Vorher lagen die Schwerpunkte auf kurzfristigen Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung, der Unterstützung von industriellen Betrieben und direkten Hilfen für Bauern (*First New Deal* 1933). Erst 1934 begann die Roosevelt-Administration mit Vorbereitungen für ein längerfristiges Sozialprogramm im Rahmen des *Second New Deal*. Johnson, der im November 1963 nach der Ermordung Kennedys unvorbereitet ins Präsidentenamt kam, startete bereits im ersten Jahr Gesetzesinitiativen, scheiterte aber vorerst mit einer Gesundheitsreform. Erst nach seiner ersten regulären Bestätigung bei den Präsidentschaftswahlen 1964 konnte er ein groß angelegtes Programm initiieren. Die Gesundheitsreform war Teil eines größeren Gesetzgebungsprozesses im 89. Kongress, der auch Bürgerrechtsreformen und Bildungspolitik umfasste (*Great Society*). Obama maß der Gesundheitsreform zwar hohen Stellenwert bei und wollte den Fehler Clintons nicht wiederholen, der durch eine zu zaghafte Initiative die Reform 1993/94 mitverursacht hatte. Doch die Prioritäten mussten sich aufgrund der entflammten Weltwirtschaftskrise 2008 verschieben: Vor allem Konjunkturprogramme und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen wurden verabschiedet. Obama wollte die Gesundheitsreform unbedingt noch während der Legislaturperiode des 111. Kongresses initiieren, da hier Mehrheiten in beiden Häusern zu finden waren. Bereits im Herbst 2010 hatte sich dieses *window of opportunity* nach dem Verlust der *House*-Mehrheit bereits wieder geschlossen, der PPACA war dann allerdings bereits geltendes Gesetz.
- *Konkretisierung des jeweiligen Gesetzes:* Lag bei Roosevelt und Johnson der Fokus stark auf der Administration, ließ Obama dem Kongress große Freiheiten bei der Ausarbeitung. Roosevelt installierte 1934 mit dem CES einen eigenen kabinettsübergreifenden

³⁹³ Quelle: Rom 2011, S. 152

Ausschuss zur Ausarbeitung des *Social Security Act*. Die Ministerialstruktur wurde dabei weniger involviert, obwohl es personelle Überschneidungen gab (z.B. wurde Arbeitsministerin Perkins zur Leiterin des CES bestellt). Skocpol vergleicht Roosevelts Strategie mit jener Clintons, als dieser 1992 einen erneuten Versuch wagte, eine Krankenversicherung einzuführen: „After 1932 and 1992 alike, newly elected Democratic presidents assembled task forces of government officials and professional experts to work out blueprints for comprehensive reforms. [...] Both drafting groups, moreover, tried to anticipate the concerns of powerful congressional actors, and sought to build social security systems that rely on powerful private economic interest [...]“³⁹⁴ Diese starke Dominanz der Exekutive unterstrich Roosevelt auch mit Drohungen gegen die Legislative (*Inauguration Speech* 1933) und Judikative (*Court packing plan* 1937). Johnson legte den Fokus ebenfalls auf die Exekutive, band aber das Ministerialsystem mit ein (etwa Gesundheitsminister Anthony Calabrese und *Undersecretary* Wilbur Cohen). Die Legislative, vor allem das *House Committee on Ways and Means* unter dem demokratischen Vorsitzenden Wilbur Mills, bildete einen aktiven Gegenspieler zur Exekutive. Erst nach dem *landslide victory* Johnsons 1964 war der Ausschuss bereit, mit dem Präsidenten und der Administration zusammenzuarbeiten. Im Falle des PPACA wiederum lag zwar die Initiative bei Obama, die Konkretisierung des Gesetzes wurde allerdings an die komplexen Ausschuss-Struktur (drei Ausschüsse im *House*, zwei im *Senate*) überantwortet.

Unterschiede bestanden auch auf Ebene der Bundeslegislative: Der Gesetzgebungsprozess 1935 war eher vom Repräsentantenhaus geprägt, da dieser mit der positiven Abstimmung über den *Social Security Act* am 19. April Fakten schuf. Der Senat war über das *Clark-Amendment* zerstritten – einen Plan, der von der Versicherungsindustrie beeinflusst war und das geplante Pensionssystem desavouieren sollte. Das Repräsentantenhaus setzte sich in diesem Fall nach einigen Monaten Vermittlung durch. Der Senat gab nach und die *House-Version* wurde zum Gesetz. Auch die Reform von 1965 wurde vor allem vom Repräsentantenhaus gestaltet, dem gegenüber setzte sich beim PPACA von 2010 der Senat in der entscheidenden Phase durch: Nachdem *House* und *Senate* am 7. November bzw. am 24. Dezember 2009 jeweils eigene Versionen verabschiedet hatten, lief der Gesetzgebungsprozess auf einen Machtkampf zwischen den beiden Häusern hinaus. Aufgrund der hohen

³⁹⁴ Skocpol 1995, S. 294

Hürden im Senat, einen *Filibuster* der Republikaner zu stoppen und damit vielleicht das ganze Gesetzesvorhaben zu gefährden, war der Druck auf das Repräsentantenhaus sehr groß, die Senatsvorlage zu akzeptieren – was dieses am 21. März 2010 auch machte.

Die Rolle der Parteien im untersuchten Zeitraum ist einem starken Wandel unterzogen. Die Annahme, dass Sozialgesetzgebung von einem Dualismus im Abstimmungsverhalten geprägt ist, der strikt entlang von Parteigrenzen verläuft, gestaltet sich bei der Analyse ambivalent: Die *policy* Gesundheitspolitik wurde erst in der neueren Vergangenheit zum *partisan issue*. Sowohl in den 1930er-Jahren zur Zeit der sogenannten *New Deal*-Koalition als auch 1964/65 erfuhren Gesetze aus dem Politikfeld parteiübergreifende Unterstützung im Kongress: „Roosevelt’s Security program was enacted with substantial support from the minority party in Congress, as 20 percent of the ‘aye’ votes in both House and Senate came from the Republicans. LBJ’s Medicare and Medicaid programs were adopted with compareable minority support [...]“³⁹⁵ Diese Zusammenarbeit ist unter der Präsidentschaft Obamas in vielen Gesetzgebungsprozessen nicht mehr zu beobachten. Die Gesundheitsreform wurde mit einer starren Opposition der Republikaner konfrontiert. Auch wenn anfangs in den Ausschüssen noch vereinzelt Zusammenarbeit signalisiert wurde, verhärtete sich die Gegnerschaft (auch aufgrund des Erstarkens der *Tea Party*-Bewegung). Lediglich Senatorin Olympia Snowe (R, ME) unterstützte die Reform im *Senate Finance Committee*, und nur ein einziger republikanischer Abgeordneter stimmte dem Erstentwurf des Repräsentantenhauses (H.R. 3962 am 9. November 2009) zu. Die Abstimmung zur Endversion (PPACA am 21. März 2010) verlief so wie im Senat wieder entlang der Parteigrenzen.

8.2 Die Rolle der Judikative

Der Oberste Gerichtshof wurde in Folge der Gesetzgebungsprozesse von zahlreichen Akteuren zur Klärung vermeintlicher Verfassungskompatibilitäten beauftragt. Sowohl im Zuge der *New Deal*-Reformen als auch in Folge der Verabschiedung des PPACA wurden Grundsatzentscheidungen zu den Themen Bundeskompetenzen und Föderalismus gefällt. Die *Social Security Amendments* von 1965 erlangten dem gegenüber weniger Beachtung im

³⁹⁵ Rom 2011, S. 154

Prozess des *judicial review*. Roosevelts *New Deal* wurde von einer Reihe negativer Gerichtsentscheide flankiert. 1935 wurden einige Gesetze, die staatliche Regulierungen bei Mindestlöhnen und des staatenübergreifenden Handels bzw. bei Subventionen für Bauern vorsahen, gekippt. Erst nach den unverhohlenen Drohungen Roosevelts gegen den Gerichtshof änderte dieser die Spruchpraxis. Die Mindestlohn-Regelungen wurden nun ebenso für verfassungsmäßig erklärt wie der *Social Security Act*: Mit den Urteilen zu *Stewart Machine Co. v. Davis* (301 U.S. 548) und *Helvering v. Davis* (301 U.S. 619) wurde 1937 dem Bund das Recht zugestanden, Steuern für Wohlfahrtsprogramme einzuheben. Aufgrund dieser Grundsatzentscheidung konnten die *Social Security Amendments* von 1965 relativ unbescholten durch das *judicial review* gelangen. In dieser Phase wurden nur gesetzliche Vorgaben von relativ geringer rechtsgeschichtlicher Tragweite behandelt: In mehreren Urteilen wurden staatliche Vorgaben zur Qualifikation für Wohlfahrtsprogramme überprüft. Zwölf Jahre nach Einführung von *Medicaid* urteilte der Gerichtshof in mehreren Fällen außerdem, dass Leistungen aus dem Programm, die für Abtreibung ausgegeben werden, eingeschränkt werden dürfen. In *National Federation of Independent Business v. Sebelius* schließlich wurde 2010 der PPACA behandelt. Das Ergebnis war eine Bestätigung des kooperativen Föderalismus im Falle der Ausweitung von *Medicaid*. Die Verpflichtung für Bürger, eine Krankenversicherung abzuschließen bzw. bei einer Weigerung Strafzahlungen zu leisten, wurde vom *Supreme Court* dagegen als Bundeskompetenz anerkannt. In einer relativ komplexen Begründung definierten die Richter die Strafe mehrheitlich als Steuer. Im Bezug auf den Föderalismus stellten die *New Deal*-Urteile und die PPACA-Entscheidung die weitreichendsten dar.

8.3 Scheitern und Erfolg von Krankenversicherungsprogrammen

Die staatliche Krankenversicherung stellt auch deshalb ein äußerst interessantes Untersuchungsfeld dar, weil sie während der untersuchten Gesetzgebungsprozesse stets ein besonderer Streitfall war. Scheitern und Erfolg lagen oft nur knapp beieinander. Die Gründe für die versäumte Implementierung im SSA sind unter anderem beim *Committee on Economic Security (CES)*, das maßgeblich vom Präsidenten und der Administrative beeinflusst wurde, zu suchen. Bereits in der Phase der Ausarbeitung wurde der Plan, eine umfassende Krankenversicherung einzuführen, sukzessive zurückgedrängt, obwohl

deklarierte Befürworter im Ausschuss saßen. Wie in Kapitel 5 gezeigt, wurde das Thema spätestens mit dem CES-Bericht vom Jänner 1935 zu einer zwar wünschenswerten, jedoch nicht realisierbaren Maßnahme heruntergestuft.³⁹⁶ Grund dafür ist einerseits das Lobbying der AMA: Mit einer groß angelegten Telegramm-Aktion im Herbst 1934 an Roosevelt wurde die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf eine vermeintliche *socialized medicine* gelenkt. Als zweiter Punkt kann der starre Zeitplan des Präsidenten genannt werden. Die legislative Implementierung dauerte zu lange: Zum Zeitpunkt, als diese abgeschlossen war, befand sich der Gesetzgebungsprozess bereits in einer Phase, da Änderungen nur mehr schwer durchführbar waren. Das Zögern Roosevelts vor einer allzu umfangreichen staatlichen Versicherung und eine alternative Prioritätensetzung (z.B. Arbeitslosen- und Pensionsversicherung) beendeten den Reformprozess. Nach Roosevelts Wiederwahl 1936 mit einem äußerst positiven Ergebnis scheiterte eine Implementierung erneut: Gründe dafür sind einerseits im Ende der *New Deal*-Koalition durch den unglücklichen *Court packing plan* und im nicht geglückten Ausschluss von Kritikern in der eigenen Partei zu suchen, andererseits in der wieder auflodernden Wirtschaftskrise 1937/38, die den staatsinterventionistischen Kurs des Präsidenten untergrub.

Die Krankenversicherung wäre auch 1965 fast gescheitert, so wie alle Vorgängerversuche seit den 1950er-Jahren. Trotz komfortabler Mehrheiten weigerten sich führende Proponenten in den Ausschüssen (vor allem *Ways and Means*-Vorsitzender Wilbur Mills) lange, Gesetzesentwürfe zu diesem Thema zur Abstimmung zu bringen. In der untersuchten Phase der Einführung der *Social Security Amendments* im ersten Halbjahr 1965 versuchten auch Opposition und Lobbyisten, ihre Vorschläge durchzusetzen. Strategie dahinter war, den demokratischen Reformeifer mithilfe unterschiedlicher Gegenentwürfe zu brechen. Durch einen klugen taktischen Zug gelang es Vertretern von Repräsentantenhaus und Administration jedoch, alle Oppositionsvorschläge gemeinsam mit den demokratischen Entwürfen in einem umfangreichen Sozialgesetz zu vereinigen – die größtmögliche Niederlage für alle Kritiker. Ein Ergebnis war die gleichzeitige Einführung von *Medicare* und *Medicaid*.

Im Fall des PPACA scheiterte die staatliche Krankenversicherung ebenfalls bereits in den Ausschüssen (*killed in committee*), namentlich im *Senate Committee on Finance*, dessen Vorsitzender Baucus Wahlkampfspenden aus der Gesundheits- und Versicherungsindustrie in Millionenhöhe lukrierte und sich gleichzeitig als Gegner der *public option* positionierte (siehe

³⁹⁶ siehe Kapitel 5; CES-Report to the President vom 15. Jänner 1935 auf der Seite der Social Security Agency

Kap. 7). Eine *public option* mit einer *Opt-out*-Möglichkeit für Bundesstaaten, die Senats-Mehrheitsführer Harry Reid ins Plenum eingebracht hatte, scheiterte schließlich an zwei Senatoren (Ben Nelson und Joe Lieberman). Insgesamt ist festzustellen, dass Programme mit einer starken Beteiligung von privaten Unternehmen einfacher durchzusetzen waren, und sich im Falle einer staatlichen Lösung externe Akteure stark in den Gesetzgebungsprozess einmischten. Diese von privaten Unternehmen gesteuerten *interest groups* versuchten, durch Finanzierung von PACs, *inside lobbying* und Beeinflussung der öffentlichen Meinung, die Einführung staatlicher Gesundheitsprogramme zu verhindern. Die AMA als Ärzte-Berufsvertretung ist in diesem Zusammenhang als Negativbeispiel zu nennen: Sowohl 1935 als auch 1965 opponierte sie maßgeblich gegen die staatliche Krankenversicherung. Die AMA-Zustimmung zum PPACA wurde durch eine frühe Einbindung des Verbandes, durch die geringe Chance einer *public option* und die in Aussicht gestellten finanziellen *Benefits* erreicht.

Wie wirkten sich die Reformen auf die führenden Akteure politisch aus? Roosevelt konnte nach den Reformen von 1935 seine Mehrheiten ausbauen. Bei den Wahlen 1936 errang nicht nur der Präsident einen erdrutschartigen Sieg (523 zu 8 Wahlmännerstimmen), sondern auch die Demokraten im Kongress gewannen dazu: Im *House* betrug der Zugewinn zwölf Sitze, im *Senate* sieben Sitze.³⁹⁷

Auch Johnson nützten die Reformen der Anfangszeit (etwa der *Civil Rights Act* von 1964). Bei den Wahlen im Herbst 1964 gewannen der demokratische Präsident und die Demokraten in beiden Häusern im Kongress. Nach der Verabschiedung der *Social Security Amendments 1965* zeigten sich die Wähler von den Demokraten allerdings enttäuscht: Bei den *Midterm Elections 1966* behielten diese ihre Mehrheiten zwar, verloren aber Mandate in beiden Kammern.

Dasselbe Schicksal ereilte Obama nach der Gesundheitsreform 2010. Bei den *Midterm Elections* im selben Jahr feierten die Republikaner ein Comeback: Sie errangen im Repräsentantenhaus einen Sieg mit einem Zugewinn von 63 Mandaten und dominierten den 112. Kongress mit 242 *House*-Abgeordneten. Im Senat behielten die Demokraten eine hauchdünne Mehrheit von 51 Abgeordneten (minus fünf Mandate). Die Auswirkungen der Reformen auf Wahlentscheidungen können nicht eindeutig festgelegt werden. Eine Vielzahl an Faktoren ist hier entscheidend, etwa in Johnsons Fall das steigende Problem ethischer

³⁹⁷ siehe Mettler 2012, S. 103f.; Ergebnisse siehe Sautter 2006, S. 612ff. bzw.

Konflikte oder der eskalierende Konflikt in Vietnam. Im Fall der *Midterm Elections* 2010 konstatiert Mettler daneben auch die Unfähigkeit der Administration, ihre Leistungen zu verkaufen (siehe das Problem des *submerged state* in Kapitel 7): „Certainly the devastated economy, sharp partisan plarization, and the contemporary media each played a part in political developments. But the president’s ability to receive credit for what his administration had achieved was undermined greatly by the fact that so many Americans were unaware of the policies that had been restructured or newly created.“³⁹⁸

Die Herausforderungen für zukünftige Gesundheitsreformen werden die Überwindung der sich gegenseitig blockierenden Machtstrukturen der Bundeslegislative und die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen sein. Die Frage ist, ob durch den möglichen Erfolg des privatwirtschaftlich organisierten Versicherungssystems des PPACA (wie es Anfang Juni 2014 aussieht, könnte dieser eintreten³⁹⁹) ein weiterer Ausbau der *public option* in nächster Zukunft auf Eis gelegt ist. Der weitere Reformprozess ist vom Ergebnis der *Midterm-Elections* im Herbst 2014, vom Abschneiden eines demokratischen Präsidentschaftskandidaten 2016, von der zukünftigen politischen Ausrichtung der Republikaner und dem Abstimmungsverhalten des *Supreme Court* abhängig. Dass es den Republikanern bisher nicht gelang, der Gesundheitsreform und damit Obama ein „Waterloo“ zu bescheren, lässt auf einen weiteren Ausbau des Sozialstaates hoffen. Die Prioritäten bleiben weiter bestehen: Den Bürgern eine bezahlbare Vorsorge unabhängig von der Höhe des Einkommens zu ermöglichen und gleichzeitig die volkswirtschaftlichen Kosten des Gesundheitssystem zu senken.

³⁹⁸ Mettler 2012, S. 104

³⁹⁹ der Prozentsatz von Unversicherten hat sich seit dem Start des Programms im Herbst 2013 von etwa 18 Prozent auf 13 Prozent verringert; siehe Schröder 2014 auf der Seite der ZEIT

9. Literatur

9.1 Primärquellen

9.1.1 Allgemeine Gesetzestexte

Articles of Confederation auf der Seite der Library of Congress

<http://memory.loc.gov/cgi-bin/ampage?collId=llsl&fileName=001/llsl001.db&recNum=127>

(10.12.2013)

Bill of Rights/Amendments auf der Seite des National Archive

http://www.archives.gov/national_archives_experience/charters/bill_of_rights_transcript.html

(10.10.2013)

Sheppard-Towner Maternity Act vom 23. November 1921, 67. Congress, auf der Seite von Facts on File:

<http://www.fofweb.com/History/MainPrintPage.asp?iPin=E03320&DataType=AmericanHistory&WinType=Free> (14.1.2014)

The Constitution / Amendments :

- Small, Norman J. / Jayson, Lester S. (Hg.): The Constitution of the United States of America – Analysis and Interpretation; 88. Kongress/Senat, Dokument Nr. 39. Washington 1964
- Jayson, Lester S. (Hg.): The Constitution of the United States of America – Analysis and Interpretation; 92. Kongress/Senat, Dokument Nr. 92-82. Washington 1973
- The Constitution auf der Homepage des US-Senats
http://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm (10.10.2013)

9.1.2 New Deal

American Journal of Public Health: The Wagner-Murray Bill. (Editorial), Vol. 33, No. 10, October 1943. S. 1274-1276

Committee on Economic Security: CES-Report to the President,, Abschlussbericht (Basic Text) vom 15. Jänner 1935; auf der Seite der Social Security Agency:

Zusammenfassung: <http://www.ssa.gov/history/reports/ces.html> (27.3.2014)

Body of the Report: <http://www.ssa.gov/history/reports/ces5.html> (27.5.2014)

Doughton, Robert (Hg.): Report No. 615. The Social Security Bill, vom 5. April 1935. 74th Congress, House of Representatives; auf der Seite der Social Security Agency:
<http://www.ssa.gov/history/reports/35housereport.html> (27.3.2014)

Helvering v. Davis (301 U.S. 619, 1937), auf der Seite von JUSTIA:
<http://supreme.justia.com/cases/federal/us/301/619/> (28.4.2014)

Members of the Committee on Economic Security (CES) als Appendix zum CES-Report an Präsident Roosevelt vom Jänner 1935; auf der Seite der Social Security Agency:
<http://www.ssa.gov/history/reports/ces6.html> (27.3.2014)

Mehrheitsverhältnisse im 74. Kongress (Senat) auf der Seite des U.S. Senate:
http://www.senate.gov/pagelayout/history/one_item_and_teasers/partydiv.htm (20.3.2014)

Mehrheitsverhältnisse im 74. Kongress (Repräsentantenhaus) auf der Seite des U.S. House of Representatives: <http://history.house.gov/Congressional-Overview/Profiles/74th/> (20.3.2014)

Perkins, Frances: The Social Security Act. Radio-Ansprache vom 2. September 1935 (=Vital Speeches of the Day, Pelham 1935, S.792-7949; Transskript in: Polenberg, Richard (Hg.): The Era of Franklin D. Roosevelt 1933-1945. A Brief History with Documents. Boston/New York 2000, S. 72-77

Roosevelt, Franklin D. (1933): First Inaugural Address. 4. März 1933. Transskript in Polenberg, Richard: The Era of Franklin D. Roosevelt 1933-1945. A Brief History with Documents. Boston/New York 2000, S. 39-43

Roosevelt, Franklin D. (1934): Executive Order 6757 Initiating Studies on Social and Economic Security. 29. Juni 1934. Auf der Seite des American Presidency Project der University of Santa Barbara: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=14707> (25.3.2014)

Roosevelt, Franklin D. (1935): State of the Union Address. 4. Jänner 1935. Master Speech File auf der Seite der Franklin D. Roosevelt Library:
<http://www.fdrlibrary.marist.edu/daybyday/resource/january-1935> (18.3.2014)

Roosevelt, Franklin D. (1937): The Court Needs „New and Younger Blood“. Radio-Ansprache vom März 1937 (= The Public Papers and Addresses of Franklin D. Roosevelt, VI, S.122-133); Transskript in Zinn, Howard (Hg.): New Deal Thought. Indianapolis/Cambridge 2003, S. 367-372

Social Security Act 1935 vom 14. August 1935 (Public Law 74-271, H.R. 7260),
auf der Seite von ourdocuments.gov:

<http://www.ourdocuments.gov/doc.php?doc=68&page=transcript> (27.1.2014)

auf der Seite der Social Security Agency:

<http://www.ssa.gov/history/35actinx.html> (21.3.2014)

Stewart Machine Co. v. Davis, Collector of Internal Revenue. 301 U.S. 548 (1937), auf der Seite von
JUSTIA: <http://supreme.justia.com/cases/federal/us/301/548/case.html> (3.4.2014)

9.1.3 Great Society

Byrd, Harry Flood (Hg.): Committee on Finance United States Senate – The Social Security
Amendments of 1965 – P.L. 89-97, 89th Congress. Brief Summary of Major Provisions and Detailed
Comparison with Prior Law. Washington 1965

Johnson, Lyndon B. (1964a): State of the Union Address im Kongress vom 8. Jänner 1964
(„Unconditional War on Poverty“). In: Griffith, Robert (Hg.): Major Problems in American History
Since 1945. Lexington 1992, S. 309-311

Johnson, Lyndon B. (1964b): Special Message to the Congress on the Nation's Health vom 10.
Februar 1964. Rede-Transskript auf der Seite des American Presidency Project der University of
Santa Barbara:

<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=26064> (23.4.2014)

Johnson, Lyndon B. (1964c): The Great Society. Rede vom 22. Mai 1964. Redemanuskript auf der
Seite der University of Michigan

<http://www.umich.edu/~bhlumrec/c/commence/1964-Johnson.pdf> (6.4.2014)

Johnson, Lyndon B. (1965a): Annual Message to the Congress on the State of the Union. 4. Jänner
1965. Rede-Transskript auf der Seite des American Presidency Project der University of Santa
Barbara:

<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=26907> (23.4.2014)

Johnson, Lyndon B. (1965b): Special Message to the Congress: "Advancing the Nation's Health vom
7. Jänner 1965. Rede-Transskript auf der Seite des American Presidency Project der University of
Santa Barbara: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=27240> (23.4.2014)

Johnson, Lyndon B. (1965c): On Medicare. Rede vom 30. Juli 1965 im Zuge der Unterzeichnung der Social Security Amendments. Transskript in: Furer, Howard B.: Lyndon B. Johnson. 1908-. Chronology – Documents – Bibliographical Aids. New York 1971, S. 103

Nelson, Garrison (Hg.): Committees in the U.S. Congress 1947-1992. Vol. 1: Committee Jurisdictions and Member Rosters. Washington DC 1993

Nelson, Garrison (Hg.): Committees in the U.S. Congress 1947-1992. Vol. 2: Committee History and Member Assignments. Washington DC 1994

Roberts, Ralph R. (Hg.): 89th Congress - Calendars of the United States House of Representatives and History of Legislation. Final Edition 1967. Auf der Seite des Office of the Clerk of the House of Representatives

http://library.clerk.house.gov/reference-files/House_Calendar_89th_Congress.pdf (11.2.2014)

Social Security Amendments („An Act to provide a hospital insurance program for the aged under the Social Security Act with a supplementary medical benefits program and an expanded program of medical assistance, to increase benefits under the Old-Age, Survivors, and Disability Insurance System, to improve the Federal-State public assistance programs, and for other purposes“); 89th Congress vom 30. Juli 1965, P.L. 89-97 (Vorlage HR 6675). Seite des U.S. Government Printing Service: <http://www.gpo.gov/fdsys/granule/STATUTE-79/STATUTE-79-Pg286/content-detail.html> (13.3.2014)

9.1.4 PPACA

Affordable Health Care for America Act (111th Congress, HR 3962, 29.10.2009), auf der Seite der Library of Congress: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:H.R.3962:/> (19.11.2013)

Bill Text Versions des Patient Protection and Affordable Care Act, siehe Seite des Library of Congress: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c111:H.R.3590:> (18.2.2014)

Children's Health Insurance Program Reauthorization Act (111th Congress, H.R.2/ P.L. 111-3), Gesetzgebungsprozess und Gesetzestext auf Seite der Library of Congress <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:HR00002:@@L&summ2=m&> (13.5.2014)

Committee Legislation, auf der Seite des House Committee on Ways and Means:

<http://waysandmeans.house.gov/about/jurisdiction.htm> (13.5.2014)

Committee Legislation des Subcommittee on Health, Employment, Labor, & Pensions auf der Seite des Committee on Education and the Workforce:

<http://edworkforce.house.gov/committee/help.htm> (13.5.2014)

Expanded and Improved Medicare for All Act, Bill Summary auf der Seite der Library of Congress:

<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:H.R.676>: (16.5.2014)

Final Vote Results for Roll Call 887 (Affordable Health Care for America Act) vom 7. November 2009, auf der Seite des Office of the Clerk of the U.S. House of Representatives:

<http://clerk.house.gov/evs/2009/roll887.xml> (15.5.2014)

Final Vote Results for Roll Call 165 (Patient Protection and Affordable Care Act) vom 21. März 2010, auf der Seite des Office of the Clerk of the U.S. House of Representatives:

<http://clerk.house.gov/evs/2010/roll165.xml> (15.5.2014)

House Committee on Ways and Means, Members 111th Congress auf der Seite von C-Span: <http://c-spanvideo.org/videoLibrary/organization.php?id=2129&congress=111&type=people> (11.2.2014)

Joint Committee on Printing, United States Congress: Official Congressional Directory 111th Congress. January 6, 2009. Lanham 2009

Miller Lorraine C. (Hg.): Rules of the House of the House of Representatives. 111th Congress. 11.6.2009. auf der Seite des Office of the Clerk of the House of Representatives:

<http://clerk.house.gov/legislative/rules111/111th.pdf> (11.2.2014)

Miller, Lorraine C. (Hg.): 111th Congress - Calendars of the United States House of Representatives and History of Legislation. Final Edition 2011. Auf der Seite des Office of the Clerk of the House of Representatives

http://library.clerk.house.gov/reference-files/House_Calendar_111th_Congress.pdf (11.2.2014)

Urteil des Supreme Court zu National Federation of Independent Business v. Sebelius. 567 U.S. ____ (2012), Slip Note, Opinions, auf der Seite des Supreme Court

<http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf> (10.10.2013)

auf der Seite von Justia.com: <http://supreme.justia.com/cases/federal/us/567/11-393/> (14.2.2014)

Obama, Barack: Rede an der University of Iowa vom 29. Mai 2007, Rede-Transskript auf der Seite der New York Times

<http://www.nytimes.com/2007/05/29/us/politics/28text-obama.html?pagewanted=all&r=0>

(14.5.2014)

Obama, Barack: Executive Order „Establishment of the White House Office of Health Reform“ vom 8. April 2009 auf der Seite des Weißen Hauses

http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Executive-Order-Establishing-The-White-House-Office-Of-Health-Reform (13.5.2014)

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, Public Law 111-148, H.R.3590 vom 23.3.2010)

- Gesetzestext auf der Seite des US Government Printing Office (GPO)
<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf> (10.10.2013)
- Gesetzestext, Bill Summary, Legislative History auf der Seite der Library of Congress:
<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:H.R.3590>: (17.2.2014)
- Entwurfsversionen von H.R. 3590 auf der Seite der Library of Congress:
<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c111:h3590>: (16.5.2014)

Senate Committee on Rules and Administration: Rules of the Senate – Standing Committees. Auf der Seite des Committee on Rules and Administration

<http://www.rules.senate.gov/public/index.cfm?p=RuleXXV> (11.2.2014)

Senate Health, Education, Labor and Pensions Committee, Members 111th Congress auf der Seite von C-Span: [http://c-spanvideo.org/videoLibrary/](http://c-spanvideo.org/videoLibrary/organization.php?sort=az&id=61053&type=people&congress=111)

[organization.php?sort=az&id=61053&type=people&congress=111](http://c-spanvideo.org/videoLibrary/organization.php?sort=az&id=61053&type=people&congress=111) (11.2.2014)

Slaughter, Louise McIntosh (Hg.): Rules Adopted by the Committees of the House of

Representatives. 111th Congress. Washington 2009. Auf der Seite des U.S. Government Printing

Office (GPO): <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CPRT-111HPRT52561/pdf/CPRT-111HPRT52561.pdf>

(11.2.2014)

White House Forum on Health Reform vom 5. März 2009. Dokument auf der Seite des Weißen Hauses:

http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White_House_Forum_on_Health_Reform_Report.pdf

(14.11.2013)

White House Forum on Health, Presseaussendung zur Gästeliste des vom 5. März 2009:
<http://www.whitehouse.gov/the-press-office/white-house-forum-health-reform-attendees-and-breakout-session-participants> (14.11.2013)

9.2 Sekundärliteratur

Adams, Willi Paul: Die USA im 20. Jahrhundert. München 2012

Altman, Stuart / Shactman, David: Power, Politics, and Universal Health Care. A Century-long Battle. Amherst 2011

Andrew, John A.: Lyndon Johnson and the Great Society. Chicago 1998

Blum, Sonja / Schubert, Klaus: Politikfeldanalyse. 2. Auflage, Wiesbaden 2011

Bodenheimer, Thomas / Grumbach, Kevin: Financing Universal Health Insurance: Taxes, Premiums, and the Lessons of Social Insurance. In: Journal of Health Politics, Policy and Law 1992, Volume 17, Number 3, S. 439-462

Brinkley, Alan: The New Deal and the Idea of the State. In: Fraser, Steve / Gerstle, Gary: The Rise and Fall of the New Deal Order, 1930-1980. Princeton 1989, S. 85-121

Brocker, Manfred: Die verfassungsrechtliche Dimension: Religionsfreiheit und das Verhältnis von Kirche und Staat; in: BROCKER Manfred (Hg.): „God bless America“ Politik und Religion in den USA, Darmstadt 2005, S. 50-67

Brodacz André, Schaal Gary S.: Politische Theorien der Gegenwart I, Opladen 2002

Brown, Laurence D.: The Politics of Medicare and Health Reform, Then and Now. In: Health Care Financing Review, Vol. 18. No. 2, Winter 1996

Budde, Gunilla u.a. (Hg.): Geschichte. Studium – Wissenschaft – Beruf. Berlin 2008

Burgin, Eileen: Congress, Health Care Reform and Reconciliation. In: Center for Congressional & Presidential Studies (Hg.): Congress & the Presidency, Vol 39, Iss. 3. 2012, S. 270-296

Chambers, Clark A.: Social Welfare. In: Greene, Jack P. (Hg.): Encyclopedia of American Political History. Studies of the Principal Movements and Ideas. Vol. 3, New York 1984, S. 1211-1222

Cohen, Elizabeth: The Great Depression and World War II. In: Cayton, Mary Kupiec u.a. (Hg.): Encyclopedia of American Social History, Volume I, New York 1993, S. 189-204

Cohen, Wilbur J. / Ball Robert M.: Social Security Amendments of 1965. Summary and Legislative History. In Social Security Bulletin September 1965, S. 3-21

Collins, Robert M.: New Deal. In: Greene, Jack P. (Hg.): Encyclopedia of American Political History. Studies of the Principal Movements and Ideas. Vol. 2, New York 1984, S. 878-889

Conkin, Paul K.: The New Deal. 3. Auflage, Wheeling 1992

Dahl, Robert Allen: On Democracy, New Haven 1998

Dahl, Robert u.a. (Hg.): The Democracy Sourcebook, Cambridge 2003

Edsforth, Ronald: The New Deal. America's Response to the Great Depression. Malden/Oxford 2000

Elazar, Daniel J.: American Federalism. A View from the States. 3. Auflage. New York 1984

Filzmeier, Peter / Plasser, Fritz: Die amerikanische Demokratie. Regierungssystem und politischer Wettbewerb in den USA, Wien 1997

Fraenkel, Ernst: Deutschland und die westlichen Demokratien; 6. Auflage, Stuttgart 1974

Fraenkel Ernst: Das amerikanische Regierungssystem. Eine politologische Analyse; 3. Auflage Opladen 1976; 4. Auflage, Opladen 1981

Freyer, Tony: Federalism. In: Greene, Jack P. (Hg.): Encyclopedia of American Political History. Studies of the Principal Movements and Ideas. Vol. 2, New York 1984, S. 546-564

Fullerton, William D.: Politics of Federal Health Policy, 1960-75: A Perspective. In: Health Care Financing Review, Vol. 18. No. 2, Winter 1996

Funigiello, Philip J.: Chronic Politics. Health Care Security From FDR to George W. Bush. Lawrence 2005

Furer, Howard B.: Lyndon B. Johnson. 1908-. Chronology – Documents – Bibliographical Aids. New York 1971

Gellner, Winand / Kleiber, Martin: Das Regierungssystem der USA. Eine Einführung. Baden-Baden 2007

Gibson, Rosemary / Singh Janardan Prasad: The Battle Over Health Care. What Obama's Reform Means for America's Future. Lanham 2012

Gottweis, Herbert u.a.: Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich. Wien/Köln/Weimar 2004

Grandner, Margarete: Wohlfahrtsstaat zwischen New Deal und Great Society. In: Grandner / Gräser (Hg.): Nordamerikanische Geschichte und Gesellschaft seit dem 18. Jahrhundert. Wien 2009, S. 112-130

Greene, Jack P. (Hg.): Encyclopedia of American Political History. Studies of the Principal Movements and Ideas. 3 Bände, New York 1984

Guggisberg, Hans R.: Geschichte der USA. 3. Auflage Stuttgart/Berlin/Köln 1993; 4. Auflage Stuttgart 2002

Haas, Christoph M. (2007a): Der Kongress. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA. München 1995, 3. Auflage München 2007, S. 99-128

Haas, Christoph M. u.a. (2007b): Der Gesetzgebungsprozess. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA. München 1995, 3. Auflage München 2007, S. 185-204

Hacker, Jacob S. / O'Leary Ann: Shared Responsibility, Shared Risk. Government, Markets, and social policy in the twenty-first century. New York 2012

Hamowy, Ronald: Government and Public Health in America. Cheltenham/Northampton 2007

Harvard Law Review: National Federation of Independent Business v. Sebelius: The Patient Protection and Affordable Care Act. In: Harvard Law Review Vol. 126, No. 1, November 2012, S. 72-82

Hartmann, Jürgen: Geschichte der Politikwissenschaft. Grundzüge der Fachentwicklung in den USA und Europa. Opladen 2003

Heideking, Jürgen / Mauch, Christoph: Geschichte der USA. 6. Auflage, Tübingen 2008

Hertzke, Allen D.: Representing God in Washington. The Role of Religious Lobbies in the American Polity, Knoxville 1988

Hübner, Emil: Das politische System der USA. Eine Einführung. 5. Auflage, München 2003

Jacobs, Lawrence R.: The Implementation and Evolution of Medicare: The Distributional Effects of „Positive“ Policy Feedbacks. In: Soss, Joe u.a. (Hg.): Remaking America. Democracy and Public Policy in an Age of Inequality. New York 2007, S. 77-98

Jäger, Wolfgang: Der Präsident. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA., 3. Auflage München 2007, S. 129-170

Johnson, Claudius O. u.a.: American National Government. New York 1964

Johnson, John W.: Steward Machine Co. v. Davis (301 U.S. 548, 1937). In: Hall, Kermit L. (Hg.): The Oxford Guide to United States Supreme Court Decisions. New York 1999, S. 294-295

Johnson, Thomas H. (Hg.): The Oxford Companion to American History. New York 1966

Kenworthy, Lane: America's Social Democratic Future. The Arc of Policy Is Long But Bends Towards Justice. In: Foreign Affairs Vol. 93, No. 1, January/February 2014, S. 86-100

Kirsch, Richard: Fighting For Our Health. The Epic Battle to Make Health Care a Right in the United States. Albany 2011

Klüver, Reymor: Reformhouse. (Süddeutsche Zeitung vom 23.3.2013). In: Kornelius, Stefan / Klemmberger, Josef (Hg.): Barack Obama. Aufstieg, Krise, zweite Chance. München 2012, S. 102-110

Kraut, Alan M.: Health and Illness. In: Kazin, Michael (Hg.): The Princeton Encyclopedia of American Political History. 2-bändig. Princeton 2010, S. 389-392

Krugman, Paul: Schmalspur-Ökonomie. Die 27 populärsten Irrtümer über Wirtschaft. Frankfurt/New York 1998

Krugman, Paul: Nach Bush. Das Ende der Neokonservativen und die Stunde der Demokraten. Frankfurt/New York 2007

Krugman, Paul: The Conscience of a Liberal. New York 2009

Kruse, Jürgen: Das Krankenversicherungssystem der USA. Ursachen seiner Krise und Reformversuche. Baden-Baden 1997

Landauer, Carl: Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Vereinigten Staaten von Amerika. Stuttgart 1981

Lemke, Christiane: Richtungswechsel. Reformpolitik der Obama-Administration. Wiesbaden 2011

Lengwiler, Martin: Praxisbuch Geschichte. Einführung in die historischen Methoden. Zürich 2011

Levitan, Sar A. / Taggart, Robert: In the Defense of the Great Society. In: Griffith, Robert (Hg.): Major Problems in American History Since 1945. Lexington 1992, S. 317-324

Lopez, Eduard A.: Constitutional Background of the Social Security Act of 1935. In: Social Security Bulletin, Jänner 1987, Vol 50, No.1. S. 5-11

Lustig, Jeffrey R.: Pluralism. In: Greene, Jack P. (Hg.): Encyclopedia of American Political History. Studies of the Principal Movements and Ideas. Vol. 2, New York 1984, S. 910-921

Lynch, Joseph M.: Negotiating The Constitution. The Early Debates over Original Intent. Ithaca/London 1999

- Maioni, Antonia: Nothing Succeeds Like the Right Kind of Failure. Postwar National Health Insurance Initiatives in Canada and the United States. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 20, No. 1, Spring 1995, S. 5-30
- Marshaw, Jerry L.: Legal, Imagined, and Real Worlds: Reflections on National Federation of Independent Business v. Sebelius. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 38, No. 2, April 2013, S. 255-266
- Marmor, Theodore R.: The Politics of Medicare. Hawthorne 2000
- Mayes, Rick: Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance. Ann Arbor 2005
- McDonough, John E.: Inside National Health Reform. Berkeley/Los Angeles 2012
- Mettler, Suzanne: Reconstituting the Submerged State: The Challenge of Social Policy Reform in the Obama Era. In: Jacobs, Laurence R. / King, Desmond (Hg.): Obama at the Crossroads. Politics, Markets, and the Battle for America's Future. New York 2012, S. 71-116
- Minow, Martha: Affordable Convergence. „Reasonable Interpretation“ and the Affordable Care Act. In: Harvard Law Review Vol. 126, No. 1, November 2012, S. 117-149
- Moon, Marilyn: Medicare and the Affordable Care Act. In: Miller, Edward Allen (Hg.): The Affordable Care Act. Advancing Long-Term Care Policy in the United States. London/New York 2013, S. 133-147
- Murray, Charles: The Poverty of the Great Society. In: Griffith, Robert (Hg.): Major Problems in American History Since 1945. Lexington 1992, S. 325-339
- Murray, John E.: Origins of American Health Insurance. A History of Industrial Sickness Funds. New Haven / London 2007
- Neumann, Franz (Hg.): Handbuch Politische Theorien und Ideologien. 2. Auflage, Band 1, Opladen 1998
- Niedziela, Theresa A.: Franklin D. Roosevelt and the Supreme Court. In: Dubofsky, Melvyn / Burwood, Stephen (Hg.): The Great Depression And the New Deal. Vol. 7: The Law and the New Deal. New York / London 1990, S. 157-163 (= Presidential Studies Quarterly 6/Fall 1976, S. 51-57)

- Patterson, James T.: The New Deal and the States. Federalism in Transition. Princeton 1969
- Patterson, James T.: Grand Expectations. The United States 1945-1974. New York 1996
- Patterson, Thomas C.: Change and Development in the Twentieth Century. Oxford 1999
- Patterson, Thomas E.: We the People. A Concise Introduction to American Politics. Boston 2007
- Pelinka, Anton: Vergleich politischer Systeme. Wien/Köln/Weimar 2005
- Piper, Nikolaus: Moralische Verpflichtung. In: Kornelius, Stefan / Klemmberger, Josef (Hg.): Barack Obama. Aufstieg, Krise, zweite Chance. München 2012, S. 116-118
- Porter, Glenn (Hg.): Encyclopedia of American Economic History. Studies of the Principal Movements and Ideas. 3 Bände. New York 198
- Pritchett, C. Herman: Schechter Poultry Corp. V. United States. In Hall, Kermit L. (Hg.): The Oxford Guide to United States Supreme Court Decisions. New York 1999, S. 275-276
- Raffel, Marshall W.: The US Health Care System: Origins and Functions. New York 1980
- Rom, Mark Carl: President Obama's Health Care Reform. The Inevitable Impossible. In: Dowdle, Andrew u.a. (Hg.): The Obama Presidency. Change and Continuity. London 2012, S. 149-161
- Rosenbaum, Sara: National Federation of Independent Business v. Sebelius and the Medicaid Aftermath. In: Public Administration Review, Vol. 73, Iss. S1, 2013, S. S21-S23
- Rosner, David: Health Care. In: Cayton, Mary Kupiec u.a. (Hg.): Encyclopedia of American Social History, Volume III, New York 1993, S. 2399-2411
- Sautter, Udo: Die Vereinigten Staaten - Daten, Fakten, Dokumente, Tübingen/Basel 2000
- Sautter, Udo: Die Geschichte der Vereinigten Staaten. 5. Auflage Stuttgart 1994;
7. Auflage Stuttgart 2006

Schild, Georg: Zwischen Freiheit des Einzelnen und Wohlfahrtsstaat. Amerikanische Sozialpolitik im 20. Jahrhundert. Paderborn 2003

Schoen, Cathy u.a.: America's Underinsured. A State-by-State Look at Health Insurance Affordability Prior to the New Coverage Expansions. Report des Commonwealth Fund. o.O. März 2014

Schorn-Schütte, Luise: Historische Politikforschung. Eine Einführung. München 2006

Schmidseder, Roman: Protestantischer Fundamentalismus in den USA. Der politische Einfluss der Religious Right am Beispiel der „Christian Coalition of America“. Diplomarbeit, Wien 2005

Schmidt, Manfred G.: Demokratietheorien; Opladen 1995

Schmidt, Manfred G: Wörterbuch zur Politik, 2. Auflage, Stuttgart 2004

Shaw, Greg M.: Changes in Public Opinion and the American Welfare State. In: Political Science Quarterly, vol. 124, no. 4, Winter 2009/10, S. 627-653

Shell, Kurt L.: Der Oberste Gerichtshof. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA. 3. Auflage München 2007, S.171-184

Skocpol, Theda: Social Policy in the United States. Future Possibilities in Historical Perspective. Princeton 1995

Smith, David G. / Moore, Judith D.: Medicaid Politics and Policy 1965-2007. New Brunswick 2010

Solty, Ingar: Die Welt unter Obama. Charismatische Herrschaft, soziale Bewegung in der globalen Krise. Hamburg 2013

Sundquist, James L.: Politics and Policy. The Eisenhower, Kennedy and Johnson Years. Washington DC 1968

The Encyclopedia Americana. International Edition. 30-bändig. New York 1972

Trattner, Walter I.: From Poor Law to Welfare State. A History of Social Welfare in America. New York 1979

Trattner, Walter I.: Social Welfare. In: Porter, Glenn (Hg.): Encyclopedia of American Economic History. 3 Bände. New York 1980, S. 1155-1167

Wasser, Hartmut: Die Interessensgruppen. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA. 3. Auflage München 2007, S. 327-346

Welz, Wolfgang: Die bundesstaatliche Struktur. In: Jäger, Wolfgang u.a. (Hg.): Regierungssystem der USA. München 1995, 3. Auflage München 2007, S. 69-98

Wetzel, Miriam S.: The US Health Care System. In: Armstrong, Elisabeth G.: The Health Care dilemma. A Comparison of Health Care Systems in three European Countries and the US. Singapore u.a. 2011, S. 383-407

9.3 Internet-Quellen

Bundesgesetze

- Interstate Commerce Act vom 4. Februar 1887, 49. Congress, Public Law 49-41, auf OurDocuments.gov: <http://www.ourdocuments.gov/doc.php?flash=true&doc=49> (14.1.2014)
- Sherman Antitrust Act vom 2. Juli 1890, 51. Congress, 26 Stat. 209, auf der Seite von OurDocuments.gov: <http://www.ourdocuments.gov/doc.php?doc=51> (14.1.2014)

Center for Responsible Politics, Opensecrets.org:

- PACs: <http://www.opensecrets.org/pacs> (17.2.2014)
- Super-PACS, Auflistung der Wahlkampfbudgets (Election Cycle 2012-2013) <http://www.opensecrets.org/pacs/superpacs.php?cycle=2012> (26.5.2014)
- Zuwendungen an Max Baucus (1989-2014) <http://www.opensecrets.org/politicians/summary.php?cid=N00004643&cycle=Career> (19.5.2014)
- Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Health* <http://www.opensecrets.org/industries/totals.php?cycle=2014&ind=H> (17.2.2014)
- Zuwendungen an politische Bewerber von Interessensgruppen der *Health Professionals*: <http://www.opensecrets.org/industries/totals.php?cycle=2014&ind=H01> (17.2.2014)

- Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Pharmaceuticals / Health Products*
<http://www.opensecrets.org/industries/totals.php?cycle=2014&ind=H04> (17.2.2014)
 - Zuwendungen an politische Akteure von Interessensgruppen aus dem Bereich *Insurance*
<http://www.opensecrets.org/industries/totals.php?cycle=2014&ind=F09> (17.2.2014)
 - Zuwendungen von interest groups aus dem Gesundheitsbereich an Kongress-Abgeordnete 2010-2012, auf der Seite des Center for Responsible Politics
<http://www.opensecrets.org/industries/recips.php?ind=H&cycle=2010&recipdetail=A&mem=Y&sortorder=U> (19.5.2014)
- Zuwendungen von *interest groups* aus dem Bereich Finance/Insurance/Real Estate an Kongress-Abgeordnete 2010-2012
<http://www.opensecrets.org/industries/recips.php?ind=F&cycle=2010&recipdetail=A&mem=Y&sortorder=U> (19.5.2014)

Coates, Andy: Health Care, Essential to Democracy vom 19. November 2009 auf der Seite der Physicians for a National Health Program:

<http://pnhp.org/blog/2009/11/19/health-care-essential-to-democracy/> (18.5.2014)

Elections Results - President Elections 2008 vom 17. November 2008 auf der Seite von CNN:

<http://edition.cnn.com/ELECTION/2008/results/president/> (30.5.2014)

Krugman, Paul: The Obama Care Shock. NY Times Online 26. Mai 2013

http://www.nytimes.com/2013/05/27/opinion/krugman-the-obamacare-shock.html?_r=0 (29.10.2013)

Legislative History des PPACA auf der Seite der Demokraten im House Committee on Energy and Commerce:

<http://democrats.energycommerce.house.gov/index.php?q=bill/hr-3590-the-patient-protection-and-affordable-care-act> (15.5.2014)

Lewis, Paul: US government shutdown: House votes to delay Obamacare law vom 29. September 2013 auf der Seite des Guardian:

<http://www.theguardian.com/world/2013/sep/29/us-government-shutdown-house-delay-obamacare> (20.5.2014)

National Health Expenditures auf der Seite von CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)
<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf> (29.10.2013)

New Republic

- Elhauge, Einer: If Health Insurance Mandates Are Unconstitutional, why Did the Founding Fathers Back Them? New Republic vom 13. April 2012:
<http://www.newrepublic.com/article/politics/102620/individual-mandate-history-affordable-care-act> (15.5.2014)
- Schmitt, Mark: Row! Row! Buchrezension vom 4. Oktober 2011, auf der Seite von New Republic:
<http://www.newrepublic.com/book/review/the-submerged-state-suzanne-mettler> (10.5.2014)

New York Times

- How the Justices Ruled on the Health Care Law vom 28. Juni 2012 auf der Seite der NY Times: http://www.nytimes.com/interactive/2012/06/28/us/how-the-justices-ruled-on-health-care.html?ref=supremecourt&_r=0 (10.10.2013)
- Liptak, Adam: Supreme Court Upholds Health Care Law, 5-4, in Victory for Obama vom 28. Juni 2012 auf der Seite der NY Times:
<http://www.nytimes.com/2012/06/29/us/supreme-court-lets-health-law-largely-stand.html> (10.10.2013)
- Supreme Court Dossier der New York Times
http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/organizations/s/supreme_court/index.html?inline=nyt-org (10.10.2013)

Politico

- Health Care-Dossier auf der Seite von Politico:
<http://www.politico.com/healthcare/> (31.10.2013)
- Millman, Jason: Denis McDonough: HealthCare.gov problems 'on me'. Politico.com vom 3.12.2013 <http://www.politico.com/politico44/2013/12/mcdonough-healthcaregov-problems-on-me-178719.html> (3.2.2014)
- Nather, David: Understanding Obamacare. Politico's Guide to the Affordable Care Act, PDF auf der Seite von Politico vom 27.9.2013:
http://images.politico.com/global/2013/09/27/politico_understanding_obamacare_guide.html (31.10.2013)

- Nocera, Kate: Bill Clinton: Obamacare was ‘best bill you could have passed’. Politico.com vom 2.8.2013
<http://www.politico.com/story/2013/02/bill-clinton-obamacare-was-best-bill-you-could-have-passed-87380.html> - ixzz2YqdEFXQN (13.3.2014)
- Shirky, Clay: How Willful Ignorance Doomed HealthCare.gov. Politico.com vom 24.11.2013
<http://www.politico.com/magazine/story/2013/11/the-willful-ignorance-that-doomed-healthcaregov-100290.html#.Uu-7YHnZVD8> (3.2.2014)
- Smith, Ben: Health reform foes plan Obama's 'Waterloo'. Politico.com vom 17.7.2009
http://www.politico.com/blogs/bensmith/0709/Health_reform_foes_plan_Obamas_Waterloo.html (13.3.2014)

Schröder, Thorsten: Das Comeback von Obamacare. 16. Mai 2014 auf der Seite der ZEIT:
<http://www.zeit.de/wirtschaft/2014-05/obamacare-gesundheitseform-usa> (3.6.2014)

Social Security Administration

- 1935 Congressional Debates on Social Security: <http://www.ssa.gov/history/tally.html> (31.3.2014)
- 30 Jahre Medicare: <http://www.ssa.gov/history/30thMedicare.html> (21.1.2014)
- Cohen, Wilbur J.: Edwin E. Witte (1887-1960): The Father of Social Security. (Original in: Industrial and Labor Relations Review, Vol. 14, No.1, October 1960):
<http://www.ssa.gov/history/cohenwitte.html> (27.3.2014)
- Chronologischer Überblick über die Sozialgesetzgebung
<http://www.ssa.gov/history/chrono.html> (10.10.2013)
- DeWitt, Larry: The Clark Amendments to the 1935 Social Security Act. Research Note #9 by the Historian's Office. August 2000
<http://www.ssa.gov/history/clarkamend.html> (31.3.2014)
- History of the Committee on Economic Security (CES)
<http://www.ssa.gov/history/ces.html> (18.3.2014)
- Hoge, V.M.: The Hospital Survey and Construction Act. Bulletin October 1946:
<http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/ssb/v9n10/v9n10p15.pdf> (6.3.2014)
- Legislative History: <http://www.ssa.gov/history/law.html> (21.1.2014)
- National Conference on Economic Security vom 14. November 1934:
<http://www.ssa.gov/history/mayflower.html> (25.3.2014)
- Social Security History – The Fourth Round 1957 to 1965:
<http://www.ssa.gov/history/corningchap4.html> (16.4.2014)

- The Evolution of Medicare. Chapter 3: The Third Round 1943-1950:
<http://www.ssa.gov/history/corningchap3.html> (1.4.2014)
- Vote Tallies for Passage of Medicare in 1965:
<http://www.ssa.gov/history/tally65.html> (16.4.2014)
- Wagner-Murray-Dingell-Bill 1943: <http://www.ssa.gov/history/corningchap3.html> (20.2.2014)
- Witte, Edwin: The Health Insurance Study of the Committee on Social Security. Memorandum from December 1934:
<http://www.ssa.gov/history/reports/wittemedical.html> (25.3.2014)

Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision 2014 auf der Seite der Kaiser Family Foundation: <http://kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act> (23.5.2014)

Supreme Court-Entscheidungen

- Bailey v. Drexel Furniture Co. (259 U.S. 29, 1919) auf der Seite der Cornell University (Legal Information Institute): <http://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/259/20> (5.5.2014)
- Commonwealth of Massachusetts v. Mellon / Frothingham v. Mellon (262 U.S. 447, 1923): siehe Seite des Open Jurist Project: <http://openjurist.org/262/us/447/> (14.1.2014)
- Ellis, Richard E.: McCulloch v. Maryland. (17 U.S. 316, 1819). In: Hall, Kermit L. (Hg.): The Oxford Guide to United States Supreme Court Decisions. New York 2009:
<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195379396.001.0001/acref-9780195379396-e-343?rskey=mHe6Bj&result=343> (3.4.2014)
- King v. Smith (392 U.S. 309, 1968) auf der Seite von JUSTIA:
<http://supreme.justia.com/cases/federal/us/392/309/case.html - F34> (7.5.2014)
- Marbury v. Madison (5 U.S. 137, 1803) siehe Cornell University (Legal Information Institute): www.law.cornell.edu/supremecourt/text/5/137 (4.2.2014)
- McCulloch v. Maryland 17 U.S. 316 (1819), siehe Cornell University (Legal Information Institute): <http://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/17/316> (16.12.2013)
- Munn v. Illinois (94 U.S. 113, 1877) auf der Seite des Open Jurist Project:
<http://openjurist.org/94/us/113/> (14.1.2014)
- Pensacola Telegraph Company v. Western Union (96 U.S. 1, 1877), siehe Seite des Open Jurist Project: <http://openjurist.org/96/us/1> (14.1.2014)

The Budget for Fiscal Year 2008 auf der Seite der U.S. Government Printing Office
<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2008-BUD/pdf/BUDGET-2008-BUD-30.pdf> (15.1.2014)

10. Anhänge

Anhang 1

- **1.1 Aufgaben des *Senate Committee on Finance***

Quelle: Jurisdiction auf der Seite des United States Senate Committee on Finance,

Excerpt from Rule XXV of the Standing Rules of the Senate:

<http://www.finance.senate.gov/about/jurisdiction> (29.4.2014)

(i) Committee on Finance, to which committee shall be referred all proposed legislation, messages, petitions, memorials, and other matters relating to the following subjects:

1. Bonded debt of the United States, except as provided in the Congressional Budget Act of 1974.
2. Customs, collection districts, and ports of entry and delivery.
3. Deposit of public moneys.
4. General revenue sharing.
5. Health programs under the Social Security Act and health programs financed by a specific tax or trust fund.
6. National social security.
7. Reciprocal trade agreements.
8. Revenue measures generally, except as provided in the Congressional Budget Act of 1974.
9. Revenue measures relating to the insular possessions.
10. Tariffs and import quotas, and matters related thereto.
11. Transportation of dutiable goods.

- **1.2 Aufgaben des *Senate Committee on Labor and Public Welfare***

Quelle: Nelson 1993, S.187

Jurisdiction 1947; Established by the Legislative Reorganization Act of 1946.

Sect. 102.1 (I)

(1) Committee in Labour and Public Welfare, to consist of thirteen Senators, to which committee shall be referred all proposed legislation, messages, petitions, memorials, and other matters relating to the following subjects:

- 1- Measures relating to education, labor, or public welfare generally
- 2- Mediation and arbitration of labor disputes
- 3- Wages and hours of labor
- 4- Convict labor and the entry of goods made by convicts into interstate commerce
- 5- Regulations or prevention of importation of foreign laborers under contract
- 6- Child labor
- 7- Labor statistics
- 8- Labor standards
- 9- School-lunch program
- 10- Vocational rehabilitation
- 11- Railroad labor and railroad retirement and unemployment, except revenue measures relation thereto
- 12- United States Employees' Compensation Commission
- 13- Columbia Institute for the Deaf, Dumb and the Blind; [...]
- 14- Public Health and Quarantine
- 15- Welfare of miners
- 16- Vocational rehabilitation and education of veterans
- 17- Veteran's hospitals, medical care and treatment of veterans
- 18- Soldiers' and sailors' civil relief
- 19- Readjustment of service to civil life

- **1.3 Aufgaben des *House of Representatives* – *Committee on Ways and Means* im 89. Kongress**

Quelle: Nelson 1993, S. 749

Established by the Legislative Reorganization Act of 1946:

Section 121.(1)(s)

Committee on Ways and Means.

1. Revenue measures generally
2. The bounded debt of the United States
3. The deposit of public moneys
4. Customs, collection districts, and ports of entry and delivery
5. Transportation of dutiable goods
6. Revenue measures relating tot he insular possessions
7. National social security

- **1.4 Aufgaben des *House of Representatives* – *Committee on Ways and Means* im 111. Kongress**

Quelle: Miller 2009, S. 9

1. Customs revenue, collection districts, and ports of entry and delivery.
2. Reciprocal trade agreements.
3. Revenue measures generally.
4. Revenue measures relating to insular possessions.
5. Bonded debt of the United States, subject to the last sentence of clause 4(f).
6. Deposit of public monies.
7. Transportation of dutiable goods.
8. Tax exempt foundations and charitable trusts.
9. National social security (except health care and facilities programs that are supported from general revenues as opposed to payroll deductions and except work incen- tive programs).

- **1.5 House of Representatives – Committee on Ways and Means: - Mitglieder im 89. Kongress**

Quelle: Nelson 1993, S. 749

Tätigkeitsdauer: Chairman, Majority Members: 7. Jänner 1965 bis 3. Jänner 1967,
Minority Members: 21. Jänner 1965 bis 3. Jänner 1967

Chairman: Wilbur D. Mills (D, Ark.)

Majority Members (16):

Cecil R. King (D, Cal.), Hale T. Boggs (D, La.), Eugene J. Keogh (D, N.Y.),
Frank M. Karsten (D, Mo.), Albert S. Herlong Jr. (D, Fla.), John C. Watts (D, Ky.),
Albert C. Ullman (D, Ore.), James A. Burker (D, Mass.), Clark W. Thompson (D, Tex.),
Martha W. Griffiths (D, Mich.), William Pat Jennings (D, Va.), George M. Rhodes (D,
Penn.), Daniel D. Rostenkowski (D, Ill.), Philip M. Landrun (D, Ga.), Charles A. Vanik (D,
Ohio), Richard H. Fulton (D, Tenn.)

Minority Members (8):

RM John W. Byrnes (R, Wisc.), Thomas B. Curtis (R, Mo.), James B. Utt (R, Cal.), Jackson
E. Betts (R, Ohio), Herman T. Schneebeli (R, Penn.), Harold R. Collier (R, Ill.), Joel T.
Broyhill (R, Va.), James F. Battin (Rep, Mont.)

(88. Kongress: D: 13 Mitglieder, R: 11 Mitglieder, Chairman Wilbur M. Mills, RM John W.
Byrnes)

Anhang 2

- **Methoden zur Finanzierung der Krankenversicherung in den USA**, existierende und vorgeschlagene Programme.

Quelle: Bodenheimer/Grumbach 1992, S. 444f.

Programm	Verpflichtung?	Leistung proportional zur Zahlung?	Finanziert von...	Empfänger der Beiträge
Medicaid	ja	nein	Steuerzahler	Staat
Medicare A	ja	nein	Arbeitnehmer / Arbeitgeber	Staat
Medicare B ¹	ja nein	ja nein	Individuum Steuerzahler	Staat Staat
private Gruppenversicherung ²	ja nein	ja nein	Arbeitnehmer / Arbeitgeber Steuerzahler	Privatversicherung Privatversicherung (über staatliche Institutionen)
individuelle Privatversicherung	ja	ja	Individuum	Privatversicherung
<i>Employer Mandate</i> ³	ja	ja/nein	Arbeitgeber / Arbeitnehmer / Steuerzahler	Privatversicherung Privatversicherung (über staatliche Institutionen)
<i>Individual Mandate</i>	ja	ja/nein	Individuum Steuerzahler	Privatversicherung Privatversicherung (über staatliche Institutionen)
staatliche Versicherung (<i>single payer</i>)	ja	nein	Arbeitgeber / Arbeitnehmer / Individuum Steuerzahler /	Staat

¹ Medicare B finanziert sich einerseits durch freiwillige individuelle Beiträge, andererseits durch staatliche Zuschüsse

² die private Gruppenversicherung finanziert sich einerseits durch freiwillige Beiträge von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, und andererseits durch Steuern in Form von Steuererleichterungen des Arbeitgebers, wenn dieser einen freiwilligen Beitrag zur Versicherung leistet

³ eine verpflichtende Versicherung, die der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter abschließen muss (z.B. im Rahmen des *PPACA*); staatliche Zuschüsse für Bedürftige möglich

⁴ eine Versicherungspflicht für Individuen bei privaten Versicherungen (z.B. im Rahmen des *PPACA*); staatliche Zuschüsse für Bedürftige möglich

Anhang 3

- **Medicare Benefits Enacted 1965**

Quelle: Altman/Shactman 2011, S. 147

Part A – Krankenhauskosten

Leistung	Selbstbehalt
Kostenabdeckung Tag 1-60	Kosten einer 1-Tages-Behandlung im Krankenhaus im nationalen Durchschnitt (1965: 40 USD, 2010: 1024 USD)
Kostenabdeckung Tag 61-90	1/8 der durchschnittlichen Behandlungs- und Pflegekosten im Krankenhaus (nationaler Durchschnitt): 2010: 256 USD pro Tag
lebenslange Reserve von 60 zusätzlichen Tagen	1/4 der durchschnittlichen Behandlungs- und Pflegekosten im Krankenhaus (nationaler Durchschnitt): 2010: 512 USD pro Tag

Part A – Kosten für Pflegeeinrichtungen

Leistung	Selbstbehalt
nach mindestens 3 Tagen Krankenhausaufenthalt: volle Kostenübernahme für Tag 1-20	keiner
Kostenübernahme Tag 21-100	1/8 der durchschnittlichen Behandlungs- und Pflegekosten im Krankenhaus (nationaler Durchschnitt): 2010: 256 USD pro Tag

Part A – Heimpflege und ambulante Diagnose nach Entlassung aus Krankenhaus

Leistung	Selbstbehalt
Heimpflege: volle Kostenübernahme Tag 1-100	keiner
ambulante Diagnose: bis 30 Tage nach Entlassung: 80% Kostenübernahme	Kosten einer Halbtages-Behandlung im Krankenhaus im nationalen Durchschnitt + 20% der Kosten

Part B – ambulante Behandlung: u.a. alle ärztlichen Behandlungen, 100 Hausbesuche, Röntgen, Diagnose, Ambulanz, limitierte psychiatrische Behandlung, ...

Leistung	Selbstbehalt
nur mit monatlicher Zusatzprämie (1964: 3 USD, 2010: 96-353 USD je nach Haushalteinkommen); 80% Kostenübernahme	Selbstbehalt 1986: 50 USD, 2010: 155 USD + 20% der Kosten

Anhang 4

111th Congress, Committees

- **Mitglieder im *Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions, 111th Congress 2009***

Quelle: Joint Committee on Printing 2009, S. 366

Chairman:

Tom Harkin (D, IA)

Majority Members:

Christopher J. Dodd (D, CT), Barbara A. Mikulski (D, MD), Jeff Bingaman (D, NM),
Patty Murray (D, WA), Jack Reed (D, RI), Sherrod Brown (D, OH),
Robert P. Casey Jr. (D, PA), Kay R. Hagan (D, NC), Jeff Merkley (D, OR),
Al Franken (D, MN), Michael F. Bennet (D, CT),

Minority Members:

Michael B. Enzi (R, WY), Judd Gregg (R, NH), Lamar Alexander (R, TN),
Richard Burr (R, NC), Johnny Isakson (R, GA), John Mc Cain (AZ), Orrin G. Hatch (R, UT),
Lisa Murkowski (R, AK), Tom Coburn (R, OK), Pat Roberts (R, KS)

Independent:

Bernard Sanders (Independent, VT)

Subcommittees:

Children and Families (Chair: Christopher J. Dodd, D)

Employment and Workplace Safety (Chair: Patty Murray, D)

Retirement and Aging (Chair: Barbara A. Mikulski, D)

- **Mitglieder im *Senate Committee on Finance, 111th Congress, 2009***

Quelle: Joint Committee on Printing 2009, S. 361

Chairman:

Max Baucus (D, MT)

Majority Members:

John D. Rockefeller IV (D, WV), Kent Conrad (D, ND), Jeff Bingaman (D, NM),
John F. Kerry (D, MA), Blanche L. Lincoln (D, AR), Ron Wyden (D, OR),
Charles E. Schumer (D, NY), Debbie Stabenow (D, MN), Maria Cantwell (D, WA),
Bill Nelson (D, FL), Robert Menendez (D, NJ), Thomas R. Carper (D, DE)

Minority Members:

Chuck Grassley (R, IA), Orrin G. Hatch (R, UT), Olympia J. Snowe (R, ME),
Jon Kyl (R, AZ), Jim Bunning (R, KY), Mike Grapo (R, ID), Pat Roberts (R, KS),
John Ensign (R, NV), Michael B. Enzi (R, WY), John Cornyn (R, TX)

Subcommittees (u.a.)

Health Care (Chair: John D. Rockefeller IV, D)

Social Security, Pensions, and Family Policy (Chair: Blanche L. Lincoln, D)

Taxation and IRS Oversight and Long Term Growth (Chair: Kent Conrad, D)

- **Mitglieder im *House Committee on Ways and Means, 111th Congress, 2009***

Quelle: Joint Committee on Printing 2009, S. 450

Chairman:

Charles B. Rangel, (D, NY)

Majority Members:

Fortney Pete Stark (D, CA), Sander M. Levin (D, MI), Jim McDermott (D, WA),
John Lewis (D, GA), Richard E. Neal (D, MA), John S. Tanner (D, TN),
Xavier Becerra (D, CA), Lloyd Doggett (D, TX.), Earl Pomeroy (D, ND),
Mike Thompson (D, CA), John B. Larson (D, CT), Earl Blumenauer (D, OR),
Ron Kind (D, WI), Bill Pascrell (D, NJ), Shelly Berkley (D, NV),
Joseph Crowley (D, NY), Chris Van Hollen (D, MD), Kendrik B. Meek (D, FL),
Allyson Y. Schwartz (D, PA), Arthur Davis (D, AL), Danny K. Davis (D, IL),
Bob Ethridge (D, NC), Linda T. Sanchez (D, CA), Brian Higgins (D, NY),
John A. Yarmuth (D, KY)

Minority Members:

Dave Camp (R, MI), Wally Herger (R, CA), Sam Johnson (R, TX), Kevin Brady (R, TX),
Paul Ryan (R, WI), Eric Cantor (R, VA), John Linder (R, GA), Devin Nunes (R, CA), Patrick
J. Tiberi (R, OH), Giny Brown-Waite (R, FL), Geoff Davis (R, KY),
David G. Reichert (R, WA), Charles W. Boustany (R, LA), Dean Heller (R, NV),
Peter J. Roskam (R, IL)

Subcommittee on Health: Chair Fortney Pete Stark (D, CA)

- **Mitglieder im *House Committee on Education and Labor, 111th Congress, 2009***

Quelle: Joint Committee on Printing 2009, S. 406

Chairman

George Miller (D, CA)

Majority Members (D):

Dale E Kildee (MI), Donald M. Payne (NJ), Robert E. Andrews (NJ), Robert C. Scott (VA), Lynn C. Woolsey (CA), Rubén Hinojosa (TX), Carolyn McCarthy (NY), John F. Tierney (MA), Dennis J. Kucinich (OH), David Wu (OR), Rush D. Holt (NJ), Susan A. Davis (CA), Raúl M. Grijalva (AZ), Timothy H. Bishop (NY), Joe Sestak (PA), David Loebsack (IA), Mazie K. Hirono (HI), Jason Altmire (PA), Phil Hare (IL), Yvette D. Clarke (NY), Joe Courtney (CT), Carol Shea-Porter (NH), Marcia L. Fudge (OH), Jared Polis (CO), Paul Tonko (NY), Dina Titus (NV), Judy Chu (CA)

Minority Members (R):

John Kline (MN), Thomas E. Petri (WI), Howard P. McKeon (CA), Peter Hoekstra (MI), Michael N. Castle (DE), Mark E. Souder (IN), Vernon J. Ehlers (MI), Judy Biggert (IL), Todd Russell Platts (PA), Joe Wilson (SC), Cathy McMorris Rodgers (WA), Tom Price (GA), Rob Bishop (UT), Brett Guthrie (KY), Bill Cassidy (LA), Tom McClintock (CA), Duncan Hunter (CA), David P. Roe (TN), Glenn Thompson (PA)

Delegates (nicht stimmberechtigt):

Pedro R. Perliusi (Puerto Rico), Gregorio Kilili Comacho Sablan (Northern Mariana Islands)

Subcommittees (u.a.):

Healthy Families and Communities (Chair: Carolyn McCarthy, D)

Health, Employment, Labor and Pensions (Chair: Robert A. Andrews, D)

- **Mitglieder im *House Committee on Energy and Commerce, 111th Congress, 2009***

Quelle: Joint Committee on Printing 2009, S. 409

Chairman:

Henry Waxman (D, CA)

Majority Members (D):

John D. Dingell (MI), Edward J. Markey (MA), Rick Boucher (VI), Frank Pallone Jr. (NJ),
Bart Gordon (TN), Bobby L. Rush (IL), Anna G. Eshoo (CA), Bart Stupak (MI),
Eliot L. Engel (NY), Gene Green (TX), Diana DeGette (CO), Lois Capps (CA),
Michael F. Doyle (PA), Jane Harman (CA), Janice D. Schakowsky (IL),
Charles A. Gonzales (TX), Jay Inslee (WA), Tammy Baldwin (WI), Mike Ross (AR),
Anthony D. Weiner (NY), Jim Matheson (UT), G.K. Butterfield (NC),
Charlie Melancon (LA), John Barrow (GA), Baron P. Hill (IN), Doris A. Matsui (CA),
Kathy Castor (FL), John P. Sarbanes (MD), Christopher S. Murphy (CT),
Zachary T. Space (OH), Jerry McNerney (CA), Betty Sutton (OH), Bruce L. Braley (IA),
Peter Welch (VT)

Minority Members (R):

Joe Barton (TX), Ralph M. Hall (TX), Fred Upton (MI), Cliff Stearns (FL),
Nathan Deal (GA), Ed Whitfield (KY), John Shimkus (IL), John B. Shadegg (AZ),
Roy Blunt (MO), Steve Buyer (IN), George Radanovich (CA), Joseph R. Pitts (PA),
Mary Bono Mack (CA), Greg Walden (OR), Lee Terry (NE), Mike Rogers (MI),
Sue Wilkins Myrick (NC), John Sullivan (OK), Tim Murphy (PA), Michael C. Burgess (TX),
Marsha Blackburn (TN), Phil Gingrey (GA), Steve Scalise (LA)

Delegate (nicht stimmberechtigt)

Donna M. Christensen (Virgin Islands)

Subcommittee on Health: Chair: Frank Pallone Jr. (NJ)

Anhang 5

- **Zuwendungen von *interest groups* aus dem *Gesundheitsbereich* an Kongress-Abgeordnete 2010-2012**

Quelle: Center for Responsible Politics

<http://www.opensecrets.org/industries/recips.php?ind=H&cycle=2010&recipdetail=A&mem=Y&sortorder=U> (19.5.2014)

1	Reid, Harry (D-NV)	Senate	\$1,432,914
2	Burr, Richard (R-NC)	Senate	\$1,084,371
3	Kirk, Mark (R-IL)	House	\$1,051,973
4	Lincoln, Blanche (D-AR)	Senate	\$1,051,315
5	Schumer, Charles E (D-NY)	Senate	\$1,029,650
6	Blunt, Roy (R-MO)	House	\$920,543
7	Wyden, Ron (D-OR)	Senate	\$893,352
8	Specter, Arlen (D-PA)	Senate	\$859,633
9	Murray, Patty (D-WA)	Senate	\$756,181
10	Pallone, Frank Jr (D-NJ)	House	\$725,076
11	Hoyer, Steny H (D-MD)	House	\$723,660
12	Grassley, Chuck (R-IA)	Senate	\$656,870
13	Brown, Scott (R-MA)	Senate	\$650,700
14	Boxer, Barbara (D-CA)	Senate	\$625,415
15	Camp, Dave (R-MI)	House	\$623,940
16	Cantor, Eric (R-VA)	House	\$599,000

- **Zuwendungen von *interest groups* aus dem *Bereich Finance/Insurance/Real Estate* an Kongress-Abgeordnete 2010-2012**

Quelle: Center for Responsible Politics

<http://www.opensecrets.org/industries/recips.php?ind=F&cycle=2010&recipdetail=A&mem=Y&sortorder=U> (19.5.2014)

1	Schumer, Charles E (D-NY)	Senate	\$5,563,703
2	Kirk, Mark (R-IL)	House	\$3,296,447
3	Gillibrand, Kirsten (D-NY)	Senate	\$3,110,420
4	Reid, Harry (D-NV)	Senate	\$2,645,410
5	Bennet, Michael F (D-CO)	Senate	\$2,413,340
6	Blunt, Roy (R-MO)	House	\$2,136,253
7	Brown, Scott (R-MA)	Senate	\$1,892,299
8	Shelby, Richard C (R-AL)	Senate	\$1,679,038
9	Cantor, Eric (R-VA)	House	\$1,675,167
10	Lincoln, Blanche (D-AR)	Senate	\$1,505,891
11	Giannoulas, Alexander (D-IL)		\$1,425,487
12	Burr, Richard (R-NC)	Senate	\$1,371,177
13	Dodd, Chris (D-CT)	Senate	\$1,363,188
14	Ayotte, Kelly (R-NH)		\$1,316,704
15	Frank, Barney (D-MA)	House	\$1,311,064

Anhang 6

Chronologische Aufstellung der Verabschiedung der Gesetzesentwürfe im Senat (H.R. 3590) und Repräsentantenhaus (H.R. 3962) zur Gesundheitsreform 2010

Quelle: Gesetzestext, Bill Summary, Legislative History auf der Seite der Library of Congress:

<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:H.R.3590:>

<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d111:h.r.03962:>

H.R. 3590 – Patient Protection and Affordable Care Act

MAJOR ACTIONS:

9/17/2009	Introduced in House
10/8/2009	Passed/agreed to in House: On motion to suspend the rules and pass the bill Agreed to by the Yeas and Nays: (2/3 required): 416 - 0 (Roll no. 768).
12/24/2009	Passed/agreed to in Senate: Passed Senate with an amendment and an amendment to the Title by Yea-Nay Vote. 60 - 39. Record Vote Number: 396.
3/21/2010	Resolving differences -- House actions: On motion that the House agree to the Senate amendments Agreed to by recorded vote: 219 - 212 (Roll no. 165).
3/21/2010	Cleared for White House.
3/22/2010	Presented to President.
3/23/2010	Signed by President.
3/23/2010	Became Public Law No: 111-148

H.R. 3962 Affordable Care for America Act

MAJOR ACTIONS:

10/29/2009	Introduced in House
11/7/2009	Passed/agreed to in House: On passage Passed by recorded vote: 220 - 215 (Roll no. 887).
6/18/2010	Passed/agreed to in Senate: Passed Senate with an amendment and an amendment to the Title by Unanimous Consent.
6/24/2010	Resolving differences -- House actions: On motion that the House suspend the rules and concur in the Senate amendments Agreed to by the Yeas and Nays: (2/3 required): 417 - 1 (Roll no. 393).
6/24/2010	Cleared for White House.
6/24/2010	Presented to President.
6/25/2010	Signed by President.
6/25/2010	Became Public Law No: 111-192

Lebenslauf

Schulischer / wissenschaftlicher Werdegang:

1985 bis 1989	Volksschule in Esternberg / OÖ
1989 bis 1997	Gymnasium in Schärding / OÖ
1998 bis 2005	Studium der Politikwissenschaft (mit Zusatzschwerpunkt Publizistik und Volkswirtschaft) an der Universität Wien
2001 bis 2004	Tutorien am Institut für Publizistik / Uni Wien (Kamera, Schnitt, journalistisches Arbeiten)
November 2005	Studienabschluss (Mag. phil.)
seit 2008	Studium Lehramt mit den Unterrichtsfächern Geschichte und Germanistik an der Universität Wien

Berufstätigkeit / praktische Tätigkeiten:

2000	Praktikum bei der Tageszeitung Passauer Neue Presse (PNP)
Seit 2002	Arbeit beim Fernsehsender W24 und dem Internet-Ableger wienweb.at
2006-2007	Lehrtätigkeit (Kamera, Schnitt) beim Community-Fernsehen OKTO
2006-2007	Praktikum bei taz – die Tageszeitung in Berlin (Leonardo-Stipendium)
2009	Workshop-Leitung bei den GermanistInnentagen an der PH Wien
2013-2014	verschiedene medienpädagogische Projekte an Schulen in Wien und Krems

Abstract

Der *Patient Protection and Affordable Care Act* von 2010 („*Obamacare*“) stellt das bislang letzte umfangreiche Gesetzeswerk zur Gesundheitspolitik in den USA dar. Ausgehend von der heiß umkämpften Reform verfolgt diese Arbeit die historischen Wurzeln, Kontinuitäten und Zäsuren in der Sozialpolitik. Der thematische Schwerpunkt liegt in der Entwicklung (bzw. im Scheitern) eines staatlichen Krankenversicherungssystems. In einem politikgeschichtlichen Vergleich sollen Gesetzgebungsprozesse von den 1930er-Jahren bis in die jüngste Vergangenheit analysiert werden. Drei große Reformen werden eingehend behandelt: Der *New Deal*, der in den 1930er-Jahren den Startpunkt eines staatlichen Engagements in Sozialfragen darstellt; das Projekt der *Great Society* aus den 1960er-Jahren, das zum ersten umfangreichen staatlichen Krankenversicherungssystem führte; und die Gesundheitsreform von 2010, die unter anderem eine Pflichtversicherung für alle US-Amerikaner vorsieht. Der Fokus ist auf eine politikwissenschaftliche Analyse von Akteuren und Strategien, die eine Weiterentwicklung des Sozialstaates förderten oder hemmten, gerichtet.