

Was wirklich hinter dem Shutdown in Amerika steckt: Gier und Krankheit

Das umfassendere Projekt „Make America Great Again“ kann nicht gelingen, wenn die Amerikaner krank bleiben, durch Gesundheitskosten überlastet sind oder schlimmer noch, sterben, bevor sie die Chance haben, lange genug zu leben, um dessen Verwirklichung zu erleben.



13. November 2025 | Joaquin Flores

Am Abend des 9. November verkündete US-Präsident Donald Trump, dass er davon ausgeht, dass die Stilllegung der Regierung sehr bald beendet sein könnte. Unabhängig vom endgültigen Ausgang dieses kleinen Kapitels im andauernden Parteienstreit deutet das gesamte Fiasko auf eine umfassendere und endemische Krise hin, die das Land betrifft. Auf den ersten Blick mag der Shutdown der US-Regierung für Außenstehende wie ein weiterer Fall von parteipolitischer Selbstdarstellung und Effekthascherei zwischen „Steuern und Ausgaben“-Liberalen erscheinen, die „Small Government“-Konservative daran hindern, einen Sparhaushalt auszuarbeiten. Dies wird jedoch dem Ausmaß der aktuellen Krise nicht gerecht: Bundesbedienstete erhalten keine Gehaltszahlungen, SNAP-Leistungen werden verzögert, Flüge werden gestrichen und Familien sehen sich mit explodierenden Krankenkassenbeiträgen konfrontiert.

Die längste Schließung der Regierung in der Geschichte der USA dreht sich vor allem um ein Thema: das Gesundheitswesen. Die auslaufenden Subventionen für den Marktplatz des [Affordable Care Act](#) werden nicht mehr finanziert, sodass Millionen von Menschen bis zur Lösung des Problems ohne Versicherungsschutz bleiben, auch wenn der ACA technisch gesehen weiterhin als

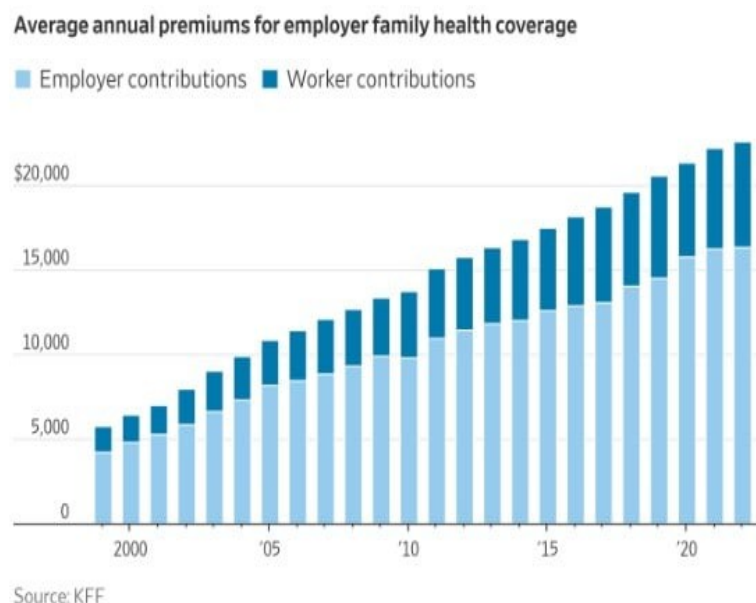
Gesetz in Kraft bleibt. Die Pattsituation zwischen den Demokraten, die auf einer Verlängerung der Subventionen bestehen, und den Republikanern, die Verhandlungen bis zur Wiedereröffnung der Regierung ablehnen, hat eine tiefere Wahrheit schmerzlich deutlich gemacht: Das amerikanische Gesundheitssystem ist eine Maschine, die darauf ausgelegt ist, Wohlstand zu generieren und gleichzeitig die Gesundheitsversorgung zu rationieren.

In einer Zeit, in der die USA versuchen, ihr Image im In- und Ausland zu verbessern, offenbart die Gesundheitskrise hinter der Schließung der Regierung eine zerbrochene interne Dynamik. Sind diese Probleme unlösbar? Die Krise ist eine internationale Blamage: Wie können die USA Regeln für andere Länder aufstellen, wenn ihr eigenes Haus noch lange nicht in Ordnung ist? Das Mantra hat sich durchgesetzt: Amerika mag ein schönes Reiseziel sein, aber man sollte dort besser nicht krank werden oder sich verletzen.

Die ACA richtet sich in erster Linie an Menschen, die keinen Zugang zu einer erschwinglichen, vom Arbeitgeber finanzierten Krankenversicherung haben, darunter Teilzeitbeschäftigte, Selbstständige und Arbeitslose oder Personen aus Haushalten mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Dank ihrer Subventionen wird die Krankenversicherung für diejenigen erschwinglich, die sie sich sonst nicht leisten könnten. Einfach ausgedrückt bedeutet die Struktur des ACA-Marktes, der sogenannten „Obama Care“, für die Steuerzahler eine satte Steigerung von 20 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das ist ein ziemlich hoher Preis, den räuberische private Versicherungsunternehmen wie UnitedHealthcare, Anthem & Blue Cross Blue Shield-Tochtergesellschaften, Cigna, Kaiser Permanente, Molina Healthcare und Centene & Ambetter verlangen.

Von Dollar und (politischem) Verstand

Seit der Einführung des ACA sind die durchschnittlichen Familienprämien für einen mittelständischen Silber-Tarif von etwa 900 bis 1.100 Dollar pro Monat (10.800 bis 13.200 Dollar pro Jahr) im Jahr 2010–2011 auf etwa 2.200 bis 2.600 Dollar pro Monat (26.400 bis 31.200 Dollar pro Jahr) im Jahr 2022–2024 – ein Anstieg von 120 bis 150 Prozent, der sowohl die Löhne als auch die Inflation weit übertroffen hat.



Durchschnittliche jährliche Prämien des Arbeitgebers für die Familienkrankversicherung (hellblau)

Außerhalb der ACA, bei privaten Versicherungen, die direkt an Kunden oder über Arbeitgeber-Co-Finanzierungspläne angeboten werden, wird weiterhin mit einem soliden Anstieg von 9 bis 11 Prozent gerechnet. Für eine Familienversicherung, die derzeit 25.000 bis 27.000 Dollar kostet, würde dieser Anstieg eine Erhöhung von etwa 2.250 bis 2.970 Dollar pro Jahr im Jahr 2026 bedeuten. Das sind fast 30.000 Dollar pro Jahr. Schockierend, aber wahr. Dies veranlasst viele Menschen dazu, den tatsächlichen Wert und die Kosten dieser Gleichung zu überdenken.

Die hässliche Wahrheit

Die Prämien auf dem ACA-Marktplatz steigen fast doppelt so schnell wie vergleichbare private Versicherungen, weil die Versicherungsgesellschaften wissen, dass die Regierung einen Großteil der Kosten übernimmt, sodass sie die Preise ohne unmittelbaren Widerstand des Marktes in die Höhe treiben können. Das macht die aktuelle Debatte so frustrierend. Arbeitgeber können oder wollen viele Arten von Arbeitnehmern nicht versichern, und die ACA sichert den gierigen privaten Versicherungen Gewinnspannen, die weit über das hinausgehen, was eine wettbewerbsorientierte Struktur zulassen würde. Unterm Strich hat Amerika ein Problem mit Gier.

Die Debatte geht über Parteigrenzen hinaus und weist auf eine seit einigen Jahren in der US-Politik zu beobachtende Unterströmung hin, in der die MAGA-Republikaner eine Basis aus der Arbeiterklasse repräsentieren, auch wenn diese eher ländlich geprägt ist, und selbst oft von Subventionen des ACA-Marktplatzes abhängig sind. Die Basis der Demokratischen Partei hingegen hat sich weiter zu denen entwickelt, die sich eine Wohlfühl- und Symbolpolitik leisten können: mit einem gemeinsamen Einkommen von über 300.000 bis 400.000 Dollar, besseren Jobs und Arbeitgebern (oder wenn sie individuell von Familien gekauft werden), die nur mit einer Erhöhung von etwa 10 Prozent rechnen müssen. All dies, während die Demokraten auch ihre traditionellen Wählerschaften unter Rentnern, einkommensschwachen Stadtbewohnern und Beschäftigten im öffentlichen Dienst behalten, die auf eine Kombination aus ACA und nicht subventionierten privaten Versorgungsmodellen angewiesen sind. Daher gilt die alte parteipolitische Matrix nicht mehr so wie in den vergangenen Jahrzehnten.

Die Schließung offenbart auch die politische Abhängigkeit vom Health Industrial Complex (HIC), die Gesundheitsindustrie. Private Versicherer spenden [deutlich mehr](#) an die Demokraten als an die Republikaner, was eine Veränderung gegenüber den vergangenen Jahrzehnten darstellt. Dies erklärt die jahrzehntelangen Versprechen von schrittweisen Reformen und warum strukturelle Innovationen in der Vergangenheit ins Stocken geraten sind. Für die Demokratische Partei wird die rhetorische Opposition gegen die Macht der Gesundheitsfürsorge durch die Realität der Abhängigkeit von Spendern eingeschränkt. Für die Republikaner konkurriert die Rhetorik gegen die ACA mit der politischen Realität: Viele Konservative erkennen inzwischen, dass die Wähler ohne Subventionen mit unerschwinglichen Prämien konfrontiert wären.

Dieser Streit um das Gesundheitswesen spiegelt tiefere Meinungsverschiedenheiten darüber wider, in welcher Art von Gesellschaft die Amerikaner leben möchten. Die meisten Amerikaner betrachten die Krankenversicherung als ein Grundrecht, als eine gemeinsame Verantwortung, die durch kollektive Strukturen gewährleistet werden sollte.

Tatsächlich ergab eine wissenschaftliche [Umfrage der Kaiser Family Foundation](#) aus dem Jahr 2020 mit dem Titel „Demokraten mögen sowohl die öffentliche Option als auch Medicare für alle, aber

insgesamt unterstützen mehr Menschen die öffentliche Option, darunter auch ein erheblicher Anteil der Republikaner“, dass 68 Prozent aller Amerikaner eine öffentliche Option wünschen. Nur wenige betrachten sie als Ware, die über Märkte, persönliche Entscheidungen und individuelles Risiko geregelt werden sollte. Aber genau diese letztere Meinung wird in den traditionellen Medien verbreitet, unabhängig davon, ob sie als „liberal“ oder „konservativ“ gilt. Dies zeigt, dass es sich bei der Spaltung weitgehend um eine Klassenfrage handelt und nicht um eine parteipolitische Frage im traditionellen Sinne. Wie viel mehr als 68 Prozent der Bevölkerung würden eine öffentliche Option unterstützen, wenn sie in den Unternehmensmedien gleichberechtigt behandelt würde? Und warum geht die Regierung nicht schon jetzt in diese Richtung, wenn bereits mehr als zwei Drittel eine öffentliche Option unterstützen? Die steinreiche Versicherungsindustrie hat mächtige Lobbyisten. Was in anderen Ländern als Bestechung und Korruption gilt, ist in Amerika normales Geschäft.

Der Klassenkampf hinter der Debatte

Die seit nunmehr rund vierzig Tagen andauernde Stilllegung der US-Bundesregierung im Jahr 2025 verdeutlicht, wie seltsam miteinander verflochten Regierung und Gesundheitswesen mittlerweile sind, wobei dies nach wie vor im Interesse der wohlhabenden Privatpersonen der amerikanischen Besitzerklasse geschieht.

Das Gesundheitswesen in den USA funktioniert wie der militärisch-industrielle Komplex, sozusagen wie ein „gesundheitsindustrieller Komplex“, in dem Steuergelder für Infrastruktur, medizinische Forschung und pharmazeutische Innovationen aufgewendet werden, während normale Amerikaner Prämien, Selbstbehalte, Zuzahlungen und überraschende Rechnungen bezahlen müssen. Verluste werden sozialisiert, Gewinne privatisiert, was zu einem undurchsichtigen korporatistischen System führt, das das Schlimmste aus beiden Welten vereint. Das föderale Gerüst stützt den Gesundheitsfürsorge- und Versicherungsapparat, und wenn dieses Gerüst ins Wanken gerät, sind die menschlichen Kosten unmittelbar und sichtbar.

Im Kern ist der Kampf um das Gesundheitswesen auch ein Kampf zwischen sozioökonomischen Klassen im Sinne von Weber oder Marx: die „Reichen und immer noch Reicheren“ gegen die „Habenichtse“, auch wenn dies in den Mainstream-Medien nie so dargestellt wird. Die Amerikaner verstehen, dass das System kaputt ist, weil die enorme Rentabilität der Krankenversicherungen darauf beruht, dass berechnete Ansprüche abgelehnt werden. Das System begünstigt unverhältnismäßig stark wohlhabende Führungskräfte, Aktionäre und große institutionelle Versicherer, während mittelständische und Arbeiterfamilien die Kosten tragen. Dies führt zu einer Dynamik, in der genau die Menschen, die das System finanzieren, wenig Kontrolle darüber haben, während diejenigen, die davon profitieren, enormen politischen Einfluss ausüben.

Luigi Mangione und das menschliche Gesicht der Frustration

Im Dezember 2024 erschütterte ein schockierendes Ereignis die Nation: Luigi Mangione, ein Privatmann, der von dem seiner Meinung nach manipulierten Gesundheitssystem frustriert war, ermordete einen Versicherungsmanager in Midtown Manhattan.

Mangiones Geschichte fand bei vielen Amerikanern großen Anklang, da sie ein tiefes, schwelendes Gefühl der Hilflosigkeit zum Ausdruck brachte. Hier war ein Mann, der sich einem System entgegenstellte, leider auf eine Art und Weise, die an Selbstjustiz grenzte. Millionen von Familien sahen sich in seiner Frustration wieder: Arbeitnehmer, die wegen der Sozialleistungen in ihren Jobs gefan-

gen waren, selbstständige Familien, die Schwierigkeiten hatten, ihre Versicherungsbeiträge zu bezahlen, Eltern, die nicht sicherstellen konnten, dass ihre Kinder rechtzeitig medizinisch versorgt wurden, und schlimmer noch: Nachdem sie all das bezahlt hatten, wurden ihre Anträge abgelehnt.



Mangione wurde zum Symbol für die Verzweiflung, die aus einem jahrzehntelang bestehenden System hervorgegangen war, in dem Profit vor Gesundheit stand, auch wenn seine Handlungen eine Grenze überschritten und zu einer Tragödie führten. Eine Umfrage vom Dezember 2024, die nach Mangiones Tat durchgeführt wurde, ergab, dass 70 Prozent der Amerikaner [der Meinung sind](#), dass die Versicherungsgesellschaften selbst eine gewisse Verantwortung für den Mord tragen.

Luigi Mangiones Handlungen wurden zwar in der Presse verurteilt, haben jedoch eine tiefe und weit verbreitete Frustration über das US-amerikanische Krankenversicherungssystem deutlich gemacht. [Meinungsumfragen](#) zeigen immer wieder, dass große Teile der amerikanischen Bevölkerung Unternehmen wie UnitedHealth Group als ausbeuterisch, undurchsichtig und weitgehend unkontrollierbar betrachten. Vor diesem Hintergrund wird Mangiones Mord an Brian Thompson, dem CEO von UnitedHealthcare, von einigen nicht als Befürwortung von Gewalt interpretiert, sondern als symbolischer Ausbruch gegen ein System, das Familien belastet und oft „zum Tode verurteilt“. Für internationale Beobachter offenbart dieser Vorfall mehr über den strukturellen Druck, unter dem normale Amerikaner stehen, als über die Person, die die Tat begangen hat.

Amerikas Gesundheitsindustriekomplex

Der Health Industrial Complex ist auf Größe ausgelegt. Versicherungsgesellschaften agieren quasi als Monopolisten und nutzen algorithmische Preisgestaltung und undurchsichtige Netzwerke, um ihre Einnahmen zu maximieren. Patienten werden doppelt belastet: erstens durch staatliche Unterstützung, die das System finanziert, und zweitens durch Selbstkosten für Leistungen, die ihnen nominell durch die Versicherung „gehören“. Zuzahlungen, Selbstbehalte und hohe Prämien sorgen dafür, dass selbst kleinere Gesundheitsereignisse wie ein Besuch in der Notaufnahme wegen einer Erkältung oder Laboruntersuchungen für routinemäßige Blutuntersuchungen selbst mit Versicherung teuer werden.

Die Parallelen zum militärisch-industriellen Komplex sind verblüffend. Beide Systeme konsolidieren Macht und Profit durch Größe, wobei die Regierung die Investitionsausgaben übernimmt, während die Öffentlichkeit für den Verbrauch aufkommen muss. Im Gesundheitswesen sind die Kosten jedoch persönlicher Natur: Die finanzielle Sicherheit, das Wohlbefinden und die Lebenserwartung von Familien stehen auf dem Spiel.

Was wäre, wenn Familien sich einfach zurückziehen würden? Über einen Zeitraum von zehn Jahren könnten sie fast 280.000 Dollar sparen oder investieren, genug für ein neues Haus, eine Geschäftserweiterung oder wesentliche Verbesserungen ihres Lebensstils. Nur 10 Prozent davon für Gesundheitsausgaben zurückzulegen und bereit zu sein, im Falle einer katastrophalen Gesundheitskrise ins

Ausland zu reisen, wäre eine sofortige und realistische Lösung. Stattdessen fließen diese Gelder im amerikanischen System in Versicherungskosten, Verwaltungsbürokratie und Gewinne für Aktionäre. Aber wo würden sie bleiben, wenn sie einen einfachen Arztbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente benötigen würden? Abgesehen von Katastrophenfällen ist das alles, was die meisten Menschen wirklich brauchen.

Der MAHA-Ansatz von Trump und Kennedy

Trumps Website für verschreibungspflichtige Medikamente, trumpRx.gov, die im Januar 2026 online gehen soll, zielt darauf ab, den Amerikanern direkten Zugang zu kostengünstigeren Medikamenten zu verschaffen, indem traditionelle Apotheken als Zwischenhändler umgangen werden, wodurch die Auslagen aus eigener Tasche effektiv reduziert werden. Seine Verordnung aus dem Jahr 2020 sah die Umsetzung eines umfassenderen Plans für Preistransparenz und internationale Referenzpreise vor, der jedoch von der Biden-Regierung rückgängig gemacht wurde, sodass Patienten weiterhin höhere Kosten über herkömmliche Versicherungskanäle tragen müssen.

Der im Juni 2025 angekündigte Concierge-Plan von Robert F. Kennedy Jr., ein konkreter Teil seiner MAHA-Agenda (Make America Healthy Again), umgeht den HMO-Apparat vollständig (Health Maintenance Organisation, Gesundheitsfürsorge). Das Programm basiert auf direkter Grundversorgung, Telemedizin und Präventivmedizin. Für 75 Dollar im Monat hätten Patienten rund um die Uhr Zugang zu einem Arzt. Gesundheitssparkonten würden Fitnessstudio-Mitgliedschaften und Wellness-Programme abdecken. Betriebskliniken würden vor Ort grundlegende Diagnosedienstleistungen und Vorsorge anbieten. Telekonsultationen ermöglichen die frühzeitige Diagnose häufiger Erkrankungen, von saisonalen Allergien bis hin zur Behandlung chronischer Krankheiten.

Der Concierge-Plan ist nach wie vor eher ein Wunschtraum als Realität und wurde in der jüngsten Bundesgesetzgebung nicht vollständig finanziert. Laut einer detaillierten Analyse von KFF Health News enthält das am 4. Juli dieses Jahres verabschiedete Gesetz OBBA (One Big Beautiful Bill) zwar ein dringend benötigtes „Rural Health Transformation Program“ (Programm zur Umgestaltung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum) in Höhe von 50 Milliarden US-Dollar, das den Zugang zur Gesundheitsversorgung in unterversorgten Gebieten verbessern soll, jedoch keine spezifischen Mittel für das von Kennedy geförderte landesweite Concierge- oder Direct-Primary-Care-Modell. Private Versicherer sind eine mächtige Lobby, und dort stieß das Vorhaben auf Frustration.

Anstatt den universellen Zugang durch den Kongress gesetzlich zu regeln, bietet der Concierge-Plan (etc.) den Amerikanern eine Alternative, die so praktisch, zugänglich und kostengünstig ist, dass die bestehende HMO-Struktur fast überflüssig wird. Der Plan stellt die Arzt-Patienten-Beziehung wieder her, beseitigt Vorabgenehmigungen und hebt Netzwerkbeschränkungen auf. In diesem Rahmen ist die Versicherung optional und nicht obligatorisch.

Kennedy und China: Präventivmedizin und Telemedizin

Kennedys Plan lehnt sich offenbar an Chinas Integration von Präventionsschwerpunkten, modernen Kommunikationstechnologien und KI an, also Instrumenten, die in den Vereinigten Staaten nach wie vor zu wenig genutzt werden, um die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten und gleichzeitig die Kosten zu senken – ein Ansatz, den die alten Debatten um private versus öffentliche Optionen nie zu lösen vermochten.

Eine frühzeitige Diagnose reduziert die Kosten und die Komplexität der Versorgung und verbessert gleichzeitig die Ergebnisse. Dank Telemedizin können Patienten einen Arzt konsultieren, ohne ihr Zuhause verlassen zu müssen, wodurch unnötige Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalte sowie Infrastrukturf Flächen und überfüllte Warteräume, in denen sich bekanntermaßen auch ansteckende Krankheiten verbreiten, vermieden werden. Betriebskliniken und Gesundheitssparkonten schaffen Anreize für mehr Wellness. Im Wesentlichen setzt der Plan von RKK Jr. die Idee um, dass das Gesundheitswesen Krankheiten vorbeugen sollte, anstatt nur für die Behandlung zu bezahlen.

Drei Generationen von Amerikanern wurden darauf konditioniert, hohe Kosten, Komplexität und eine auf Vermittlern basierende Gesundheitsversorgung als unvermeidlich zu akzeptieren. Das Concierge-Konzept zeigt das Gegenteil: einfach, direkt, erschwinglich und präventiv. Bei einer breiten Einführung könnte es die mittlere Ebene der Versicherer und Verwalter überflüssig machen, deren Gebühren die Kosten in die Höhe treiben, ohne die Gesundheit zu verbessern.

Abschließend einige Lehren aus der Geschichte – Bismarck (nicht Kaiser!) und pragmatischer Konservatismus

Otto von Bismarck, Deutschlands „Eiserner Kanzler“, führte 1883 ein universelles Gesundheitssystem mit mehreren Kostenträgern ein, nicht aus ideologischem Eifer, sondern aus konservativem Pragmatismus. Er verstand, dass gesunde Arbeitnehmer produktive und zufriedene Arbeitnehmer sind und dass ein Sozialfonds sozialistische Unruhen neutralisieren kann. In ähnlicher Weise könnte der Concierge-Plan das liefern, was progressive Aktivisten seit langem fordern: universellen Zugang, Vorsorge und Kostenkontrolle, jedoch durch konservative, marktbasierte Mechanismen.

Und hier haben wir Bismarck gegen Kaiser. Diese Vorschläge zeigen, dass sozialer Nutzen und konservative Regierungsführung sich nicht gegenseitig ausschließen. Der Kennedy-Plan spiegelt diese Philosophie wider, indem er Pragmatismus an erste Stelle und Ideologie an zweite Stelle setzt. Er umgeht politische Blockaden, weicht parteipolitischen Widerständen aus und bietet eine funktionale Alternative zu festgefahrenen Monopolen.

Kennedys Concierge-Modell baut darauf auf, indem es Telemedizin, KI-Diagnostik und Präventionsstrategien nutzt, um die Versorgung zu rationalisieren und unnötige Ausgaben zu reduzieren. Zusammen schlagen sie eine moderne öffentliche Option vor, die Qualität und Zugänglichkeit gewährleistet und gleichzeitig Technologien nutzt, um Kosten zu senken und die Versorgung auszuweiten, ohne sich auf den traditionellen Gesundheitsindustriekomplex zu verlassen. Letztendlich gehen diese Innovationen, eine von Bismarck inspirierte öffentlich-private Versorgung und Kennedys Concierge-Ansatz unter Einsatz von Telemedizin und KI-Diagnostik, über den unmittelbaren Streit um die Finanzierung des ACA hinaus.

Doch der rekordverdächtige Regierungsstillstand in Verbindung mit extremen Ausbrüchen von Wut wie dem Mord an Brian Thompson, dem CEO von UnitedHealthcare, durch Luigi Mangione sind symptomatisch für ein tiefer liegendes systemisches Versagen. Solange die Amerikaner mit einem kaputten System konfrontiert sind und das Gefühl haben, dass die Institutionen, die sie schützen sollen, von Unternehmensinteressen vereinnahmt sind, werden sich solche Krisen wiederholen und das Vertrauen in die US-Institutionen im In- und Ausland untergraben, bis eine umfassende Lösung gefunden ist.

Das umfassendere Projekt „Make America Great Again“ kann nicht gelingen, wenn die Amerikaner krank bleiben, durch Gesundheitskosten überlastet sind oder, schlimmer noch, sterben, bevor sie die Chance haben, lange genug zu leben, um dessen Verwirklichung zu erleben.