

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 41 (1949)

Heft: 5

Artikel: Das Problem der Krankenversicherung in USA

Autor: Rimensberger, E.F.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-353390>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Problem der Krankenversicherung in USA

Während die im sozialpolitischen Programm von Präsident Truman vorgesehenen Massnahmen auf dem Gebiete der Arbeitslosen- und Altersversicherung, der Minimallöhne und des Wohnungsbaus eine Verbesserung bzw. Zentralisierung bereits bestehender Einrichtungen betreffen, handelt es sich bei den Vorschlägen über das Gesundheitswesen, das heisst die Krankenversicherung, um Neuland.

Obwohl sich der allgemeine *Gesundheitszustand* des amerikanischen Volkes in den letzten Jahrzehnten in hohem Masse verbessert hat und die weisse männliche Bevölkerung durchschnittlich ein Alter von 65 Jahren sowie die Frauen von 70 Jahren erreichten (die Negerbevölkerung etwa neun Jahre weniger), wird von Befürwortern und Gegnern der Krankenversicherung zugegeben, dass noch viel zu tun übrig bleibt.

« Unser Gesundheitswesen », so führte der demokratische Senator Claude Pepper, ein Befürworter der Krankenversicherung, kürzlich aus, « ist völlig ungenügend. In 40 Prozent der Bezirke unseres Landes gibt es keinen permanenten Angestellten des Gesundheitsdienstes. In einer grossen Zahl von Bezirken unseres Landes, die 15 Millionen unserer 145 Millionen Einwohner umfassen, gibt es kein einziges anerkanntes öffentliches Spital. Der Mangel an Aerzten, Krankenpflegern, Zahnärzten, Psychiatern und anderem geschulten Personal ist so gross, dass eine bedeutende Zahl der Einwohner der USA keine Gelegenheit hat, sich ärztlich behandeln zu lassen. In 553 der etwa 3000 Bezirken unseres Landes gab es im Jahre 1944 weniger als einen aktiven Arzt pro 3000 Einwohner. In vielen Bezirken gibt es überhaupt keine Aerzte. Wenn genügende Dienstzweige für Mütter und Kinder vorhanden wären, könnten mindestens die Hälften der Todesfälle von Müttern, die im Kindbett sterben, verhindert werden sowie ein Drittel von Todesfällen von Säuglingen. »

Den Annahmen der amerikanischen Vereinigung der Aerzte zu folge können sich mindestens zwei von drei Einwohnern der USA, das heisst 97 Millionen Menschen, nicht die nötige Gesundheitspflege leisten (das heisst alle Familien, die 5000 Dollar und weniger im Jahr verdienen). Eine von 20 Personen (etwa 7 Millionen Einwohner) ist durchschnittlich pro Tag wegen Krankheit arbeitsunfähig. Durchschnittlich ist der Einwohner der USA 7—9 Tage pro Jahr krank. Im Jahre 1942 gingen auf Grund von Krankheit oder Unfällen 500 Millionen Arbeitstage verloren, was einen Lohnausfall von 3—4 Milliarden Dollar ausmacht.

Den Ausführungen von Experten zufolge sterben in den USA jedes Jahr insgesamt etwa 300 000 Personen, die gerettet werden könnten, wenn die Möglichkeit bestände, ihnen die nötige Pflege angedeihen zu lassen.

Ueber das Ausmass der zur Zeit vorhandenen *privaten und freiwilligen Krankenversicherung*, die in den letzten Jahren an Bedeutung stark zugenommen hat, gehen die Meinungen in den USA stark auseinander. Viele der 90 in 46 Staaten vorhandenen Krankenkassen überschneiden sich; ferner sind die Leistungen so verschieden, dass eine Bewertung ihrer Bedeutung schwierig ist.

Senator Murray, ein Spezialist in Fragen des Gesundheitswesens, machte kürzlich folgende Argumente gegen die privaten und freiwilligen Krankenversicherungen geltend:

« Die Vergünstigungen sind zu gering. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung, das heisst weniger als 3 Prozent, wird auf diesem Wege so erfasst, dass man von einer vollen Versicherung sprechen kann. Die Beiträge sehen keine gleitende Skala vor. Sie richten sich nicht nach dem Einkommen, sondern es werden meistens beträchtlich hohe fixe Beträge für begrenzte Leistungen verlangt. Es ist anzunehmen, dass, wenn diese Institutionen ihre Leistungen vergrössern würden, viele ihrer Mitglieder die damit verbundenen höheren Kosten nicht mehr tragen könnten. Viele dieser Kassen gewähren nur einen Kostenbeitrag ohne die Garantie ärztlicher Dienste (was angesichts des in den USA vorhandenen grossen Mangels an Aerzten und Spitätern stark ins Gewicht fällt). Die Krankenkassen haben in jenen Kreisen am wenigsten Mitglieder, die auf die Hilfe am meisten angewiesen sind, das heisst in landwirtschaftlichen Gebieten und in den Volksschichten mit niedrigen Einkommen. »

Optimistische Schätzungen besagen, dass etwa 45 Millionen Einwohner solchen Kassen angehören, was, so wird beigefügt, « nicht bedeutet, dass im Falle von 45 Millionen Menschen für umfassende Spitalpflege oder geldliche Entschädigung gesorgt ist. Es heisst lediglich, dass 45 Millionen Einwohner der USA irgend-einer Krankenversicherung angehören. »

Ein Drittel der von solchen privaten Versicherungen erfassten Mitglieder geniesst ärztliche und Spitalbehandlung, was heisst, dass die Rechnungen des Arztes oder des Spitals der Krankenkasse zur Bezahlung eingesandt werden. Ein weiteres Drittel erhält Barzahlungen von der Kasse, und für den Rest gilt eine Kombination der beiden Systeme. Die Beiträge schwanken zwischen 50 Cents pro Monat für einzelne Personen bis zu 10 Dollar für ganze Familien (durchschnittlich 60 Dollar pro Jahr für eine Familie). Den freiwilligen Kassen, die ohne Gewinn arbeiten, wird unter anderem auch vorgeworfen, dass ihre Verwaltungskosten verhältnismässig hoch sind (12 Prozent und mehr der Beiträge).

Das zurzeit im Vordergrund stehende *Gesetz betreffend die allgemeine Krankenversicherung* ist nicht die erste Vorlage, die dem Parlament unterbreitet worden ist. Schon zur Zeit Roosevelts ist vom demokratischen Senator Wagner ein Gesetzesvorschlag ausgearbeitet worden, der Zuwendungen der Bundesverwaltung an die einzelnen Staate zur Förderung der Gesundheitspflege vorsah. Als der Beveridge-Plan die Welt beschäftigte, stand in den USA ein weiterer Gesetzesvorschlag zur Sprache, der alle Gebiete der sozialen Sicherheit erfasste (Arbeitslosigkeit, Alter, Invalidität, Krankheit) und einen Beitrag von 8 Prozent des Lohnes in Aussicht nahm. Es folgten weitere Vorschläge während der Kriegs- und Nachkriegsjahre, die sich schliesslich zu der Zeit in Diskussion stehenden « Bill » verdichteten.

Was die *Organisation der Versicherung* betrifft, so sieht das Gesetz vor, dass innerhalb der Verwaltung der Sozialen Sicherheit ein spezielles Amt für die Durchführung der Krankenversicherung errichtet wird. Es würde sich zusammensetzen aus dem Leiter des Amtes für Soziale Sicherheit, dem Vorsteher des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes der USA und drei andern Mitgliedern, die vom Präsidenten der USA zu ernennen sind. Dieser Instanz würde ein beratendes allgemeines Komitee beigegeben. Die einzelnen Staaten würden ihre eigenen Vorkehrungen treffen, nachdem diese vom Bundesamt gutgeheissen worden sind. In Staaten ohne genehmigten Plan würde das Bundesamt die nötigen Massnahmen selber durchführen. Soweit es in einzelnen Staaten freiwillige Kassen gibt, die den Anforderungen des Bundesamtes entsprechen, könnten diese weiterhin wirksam sein. Lokal würden spezielle Fachkomitees eingesetzt. Verwaltungsbeamte und Fachleute würden bei der Organisation und Durchführung des Planes zugezogen. Die Dienstleistungen von Aerzten, Spitätern usw. würden sich vollziehen auf Grund eines freiwilligen Uebereinkommens mit der zuständigen Zentralverwaltung der einzelnen Staaten. Die Methode der Bezahlung der Dienstleistungen (Bezahlung der einzelnen Konsultationen, Durchschnittsberechnung pro Kopf, Bezahlung eines fixen Gehaltes oder einer Kombination solcher Möglichkeiten) würde von der Mehrheit der Aerzte bestimmt.

Insgesamt gibt es in den USA etwa 160 000 Aerzte.

Die *Bestimmungen des Gesetzes* lassen sich, soweit sie die Stellung des Versicherten und des Arztes betreffen, wie folgt zusammenfassen:

Der Versicherte und seine Familie sowie abhängige Angehörige haben Anrecht auf jegliche Behandlung durch Familienärzte, Spezialisten, Augen- und Zahnärzte, unter Benützung von Spitätern, Laboratorien, Röntgeninstituten usw. Auch die Pflege zu Hause ist bis zu einem gewissen Grade gesichert. Die Wahl des Arztes ist frei, vorausgesetzt, dass der betreffende Arzt bei der Versiche-

rung mitmacht und er nicht mehr Patienten hat als ihm zustehen. Das gleiche gilt für die Spitalbehandlung. Spezielle Behandlungen erfolgen auf Empfehlung des Arztes. Wenn sich Zweifelsfälle ergeben, entscheidet die örtliche Verwaltung. Die berufliche Freiheit des Arztes ist gesichert. Er kann sich dem System der allgemeinen Versicherung anschliessen oder nicht, er kann Patienten annehmen oder ablehnen und seinen Wohnsitz selber bestimmen. Wenn ein Versicherter mit den Dienstleistungen der Versicherung nicht zufrieden ist, steht es ihm frei, sich zusätzlich behandeln zu lassen, wobei er dann allerdings Kosten für die Konsultationen usw. zu zahlen hat. Ueberdies kann er bei der lokalen Verwaltung Klage erheben und seinen Fall bis zum Bundesamt weiterziehen.

Der Beitrag stellt sich auf 3 Prozent des Einkommens bis zu einem Betrag von 3600 Dollar, wobei je $1\frac{1}{2}$ Prozent vom Versicherten und von seinem Arbeitgeber entrichtet werden müssen. Personen, die keine Beiträge zu zahlen vermögen, erhalten die gleiche Behandlung wie die übrigen Mitglieder der Versicherung. Ist der Versicherte Mitglied einer bereits bestehenden Krankenkasse, die den Anforderungen des Gesetzes gerecht wird, so kann er weiterhin ihre Dienste in Anspruch nehmen, wobei der reguläre Betrag vom nationalen Versicherungsfonds bezahlt wird. Die Aerzte werden der Möglichkeit der Berechnung unterschiedlicher Honorare grösstenteils verlustig gehen, « was sich jedoch », so sagt der Vorsteher der Verwaltung der Sozialen Sicherheit, « letzten Endes zu ihren Gunsten auswirken wird: Anstatt je nach der Zahlungsfähigkeit dem einen Patienten 250 Dollar und dem andern 25 Dollar zu berechnen, würde der Arzt eine einheitliche Taxe für bestimmte Dienstleistungen erhalten. Man darf annehmen, dass, wenn dem einzelnen Arzt für gleiche Dienstleistungen gleiche Honorare bezahlt werden, das Gesamteinkommen der Aerzte grösser sein würde. Fälle der Wohltätigkeit, bei denen sich überhaupt keine Einnahmen ergeben, würden so gut wie ausgeschaltet. Jene wenigen Aerzte, deren Einkommen sich durch die Teilnahme an der Versicherung nicht erhöhen würden, hätten die Möglichkeit, sich ausserhalb des Systems zu stellen. Die Kürzung des Einkommens der Aerzteschaft als Ganzes kommt somit nicht in Frage. »

Der Einwand, dass sich bei der Durchführung des Gesetzes *neue Steuerlasten* im Betrage von etwa 4 Milliarden Dollar ergeben würden, wird von den Befürwortern des Gesetzes dahin beantwortet, dass in den USA schon vor dem Kriege etwa 4 Milliarden Dollar pro Jahr für ärztliche Behandlung ausgegeben wurden (etwa 4 Prozent des Einkommens der Bürger der USA). Drei Viertel dieses Betrages wurden von Patienten und ihren Familien verausgabt, ein Fünftel von der Bundesregierung, den einzelnen Staaten und Gemeinden und der Rest von der Industrie, Wohltätigkeitsinstitutionen usw. (in allen Staaten gibt es Gesetze, die die

Unternehmer verpflichten, ihre Arbeiter gegen Betriebsunfälle zu versichern, was gewöhnlich bei privaten Gesellschaften geschieht, wobei Unfälle ausserhalb des Betriebes nicht inbegriffen sind).

Die *Gegner der allgemeinen Krankenversicherung* halten sich besonders darüber auf, dass die Versicherung für alle Einwohner der USA obligatorisch wäre und somit ein neuer Einbruch in die freie Lebensauffassung des amerikanischen Volkes erfolgen würde. « Ich könnte mich », so sagte kürzlich ein Gegner der freiwilligen Versicherung, « mit allen Zielen des Programmes einverstanden erklären, wenn die Versicherung nicht obligatorisch wäre. »

Weitere Einwände gehen dahin, dass die allgemeine Versicherung zwangsläufig die Qualität der Dienstleistungen der Aerzte verschlechtern würde: « Dies wird für unser Volk tausendmal schlimmer sein als eine Verteilung der ärztlichen Fürsorge, die vielleicht allerlei zu wünschen übrig lässt. Es ist viel wichtiger, dass 80 Prozent unseres Volkes die beste ärztliche Behandlung zuteil wird, anstatt dass 100 Prozent eine Behandlung niedrigerer Qualität erfahren. »

Die Anhänger der freiwilligen Krankenkassen werfen ihren Gegnern vor, dass ihr System der « sozialisierten Medizin » gleich kommt, während umgekehrt von den Befürwortern des Gesetzes darauf hingewiesen wird, dass es lediglich um die Einführung der « Nationalen Krankenversicherung » gehe. « Wenn der Ausdruck „sozialisierte Medizin“ am Platze wäre », so wird gesagt, « so müsste man viel eher von „verstaatlichter Medizin“ reden, was bedeuten würde, dass die Patienten von Aerzten behandelt werden, die von der Regierung angestellt sind, während es in Wirklichkeit so ist, dass die Behandlung von privaten Aerzten vorgenommen wird, die für ihre Dienste aus einem speziellen Versicherungsfonds bezahlt werden, wie dies auch bei den freiwilligen Krankenkassen der Fall ist. Bei der „sozialisierten Medizin“ würde es nicht nur darum gehen, die Kosten der ärztlichen Behandlung auf eine möglichst grosse Zahl von Versicherten zu verteilen, sondern es müsste auch ein staatliches System der ärztlichen Behandlung eingeführt werden. Bei der Krankenversicherung, wie sie nun für die USA vorgeschlagen wird, handelt es sich ausschliesslich um die Verteilung der Kosten, während die private Praxis des Arztes nicht abgeschafft wird. Ein nationales System staatlicher Medizin gibt es nur in der USSR, während es in mehr als 30 Ländern nationale Systeme der obligatorischen Krankenversicherung gibt. »

Bei der Kritisierung der Vorlage wird auch oft darauf aufmerksam gemacht, dass die Einführung der allgemeinen Krankenversicherung einen grossen Beamtenapparat nötig machen würde und die Gefahr bestünde, dass sich bei der Durchführung der Versicherung politische Einflüsse geltend machen: « Die Verwaltung würde sich äusserst kompliziert gestalten, wobei besonders auch in Be-

tracht zu ziehen ist, dass die Versicherten die Dienste der Aerzte, deren Zahl schon heute viel zu klein ist, mehr als nötig in Anspruch nehmen würden. Auf diese Weise würden im ganzen Lande nicht weniger als 100 000 Verwaltungsstellen nötig werden, was heisst, dass in fünf Jahren ein Stab von mindestens einer Million Beamter vorhanden wäre... »

« ... Die Regierung wird zu bestimmen haben, wann und wie die Patienten sich ärztlich behandeln lassen können, in welchen Fällen Pflege zu Hause, Spitalpflege oder Pflege in Kliniken in Frage kommen. Auf diesem Gebiet müssen Begrenzungen vorgenommen werden, da die Regierung nicht unbeschränkt Geld ausgeben kann, weil der Patient oder der Arzt, bzw. beide, mehr verlangen, als vernünftigerweise zugestanden werden kann. Es müssen Regeln aufgestellt werden zur Beschränkung des übermässigen Gebrauchs teurer Medikamente, von Röntgenaufnahmen usw. Letzten Endes läuft das Gesetz automatisch doch auf die ‚sozialisierte Medizin‘ sowie darauf hinaus, dass die Leitung des Gesundheitswesens von den einzelnen Staaten und Gemeinden auf ein Amt in Washington übertragen wird, was schon deshalb unerwünschte Folgen haben muss, weil wir es in den einzelnen Staaten und Gemeinden mit völlig verschiedenen Verhältnissen zu tun haben. » ... « Es gibt keine Massnahme, die der Entwicklung zu einem allmächtigen Staat mehr in die Hände arbeitet, als die obligatorische Krankenversicherung. »

Endlich wird darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung bereits heute in verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens vorsorglich tätig ist: « Seit Jahren sorgt die Regierung für die Behandlung der Bedürftigen. Sie trägt nahezu die ganzen Kosten für die Pflege der Geisteskranken und Tuberkulösen, da die Familien für die Kosten solcher chronischer Krankheiten nicht aufkommen können. Die Bundesregierung gibt für das öffentliche Gesundheitswesen, für die Fürsorge für Mütter und Kinder sowie ehemaligen Kriegsteilnehmern jährlich Hunderte von Millionen Dollar aus. »

Was die Freiheit der Wahl des Arztes betrifft, so wird von gewissen Seiten darauf hingewiesen, dass diese Freiheit nur zu Beginn bestehen würde: « Sie kann auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden, wenn das System funktionieren soll. Auch Befürworter der allgemeinen Versicherung geben dies zu. Im besten Falle wird sich die Sache so abspielen, dass bei der Einführung der Versicherung ein gewisses Mass der freien Wahl besteht. Die Patienten können ihren Arzt solange selber wählen, bis seine Quote von Patienten gefüllt ist. Wenn es sich um einen guten Arzt handelt, wird diese Quote in kurzer Zeit erschöpft sein, so dass sich weitere Patienten nach einem anderen Arzt umzusehen haben, dessen Quote nicht voll in Anspruch genommen ist. Wenn der Patient darauf bestehen würde, seinen bevorzugten Arzt zu kon-

sultieren, müsste er dies, soweit die Verwaltung solches überhaupt zulässt, auf eigene Rechnung tun und damit zweimal zahlen, das heisst einmal auf dem Wege der Steuer und ein zweites Mal aus seiner Tasche.

*

In seiner programmatischen Rede bei der Eröffnung des Parlamentes zu Beginn dieses Jahres hat Präsident Truman darauf hingewiesen, dass gewisse Programmpunkte, wie die Abschaffung des Taft-Hartley-Gesetzes, die Erhöhung der Minimallöhne usw., vom Parlament sofort in Angriff genommen werden müssen, während andere Aufgaben längere Zeit erfordern dürften. Zu ihnen zählte er unter anderem auch die Pläne auf dem Gebiete des Gesundheitswesens. Präsident Truman sagte in diesem Zusammenhang wörtlich:

« Wir müssen auch positive Anstrengungen machen im Wohnungs- und Gesundheitswesen sowie auf dem Gebiete der Erziehung und der Förderung der Gewinnung natürlicher Reichtümer. Der Kampf gegen die Inflation verhindert uns jedoch daran, diese Programme auf lange Sicht in jenem Tempo und in jenem Ausmass durchzuführen, die andernfalls wünschenswert wären. Ich habe versucht, in den Empfehlungen in meinem Wirtschaftsbericht und im Budget diese Ziele in einer Weise ins Auge zu fassen, die dem sichersten Mittelweg gleichkommt. »

Zurzeit ist die Lage so, dass durch eine systematische Obstruktionspolitik der republikanischen Opposition, die zum Teil auch von Demokraten mitgemacht wird, die von Präsident Truman genannten und vorerwähnten vordringlichen Massnahmen auf der Strecke geblieben oder stark verwässert worden sind. Die Aussichten für die weniger vordringlichen Massnahmen, zu denen, wie wir gesehen haben, auch die Krankenversicherung gehört, sind deshalb im gegenwärtigen Augenblick nicht sehr günstig. Es steht noch nicht fest, wann die obenerwähnte Vorlage zur endgültigen Behandlung gelangen und inwieweit auch sie eventuell Änderungen erfahren oder durch neue Gesetzesvorschläge ersetzt werden wird.

E. F. Rimensberger, Washington.

AHV-Auskünfte

M. F. in Liestal. Ich bin 68 Jahre alt und noch erwerbstätig. Nach meinen Vermögensverhältnissen werde ich voraussichtlich nie eine AHV-Rente erhalten. Muss ich mir trotzdem den Abzug von AHV-Beiträgen von meinem Gehalt gefallen lassen?

Nach Art. 3, Abs. 2, Lit. e, des AHV-Gesetzes sind u. a. *von der Beitragspflicht befreit*: « Alle Personen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes das 65. Altersjahr zurückgelegt haben oder es innert sechs Monaten nach dem Inkrafttreten zurücklegen werden. » Das