Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 60 (1968)

Heft: 12

Artikel: Zwei Jahre Krankenversicherung im Urteil amerikanischer Ärzte

Autor: Adam, Robert

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-354362

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: 08.12.2025

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

Die Landesstellenausschüsse führen die Geschäfte der Landesstellen. Dabei sind sie an die Weisungen des Vorstandes gebunden, der auch Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben und abändern kann. Den Renten- bzw. Pensionsausschüssen ist die Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung der Leistungen der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung übertragen. Mit Zustimmung des Obmannes des Versicherungsträgers kann der Pensionsausschuß jedoch beschließen, daß bestimmte Gruppen von Entscheidungsfällen vom Büro entschieden werden. Die Gültigkeit der Beschlüsse der Pensionsausschüsse erfordert Einstimmigkeit. Kommt ein einhelliger Beschluß des Pensionsausschusses nicht zustande, so steht die Entscheidung dem Vorstand zu. Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Die Aufsicht über die Träger der Sozialversicherung führt das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

Der Selbstverwaltung in der österreichischen Sozialversicherung kommen große Bedeutung und wichtige Aufgaben zu. Die Qualität der Funktionäre ist letztlich für ihre Wirksamkeit entscheidend.

Edgar Schranz, Wien

Zwei Jahre Krankenversicherung im Urteil amerikanischer Ärzte

Der Kampf um die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung geht in den USA bis in die Zeit der Depression zurück, die 1929 eingesetzt hatte und die größte Wirtschaftskatastrophe war, die die USA im Laufe ihrer Geschichte betroffen hat. Als es im Rahmen des New Deal[1] Präsident *F. D. Roosevelt* mit dem *Social Security Act* des Jahres 1935 gelang, die Alters- und Hinterbliebenenversicherung, in die später auch die Invalidenversicherung eingegliedert wurde, sowie die Arbeitslosenversicherung einzuführen, scheiterte er mit seinem Versuch, wenigstens einen Hinweis auf die Notwendigkeit einer Krankenversicherung in das Gesetz einzufügen. Versuche der Präsidenten *Truman* und *Kennedy* stießen auf den erbittertsten Widerstand der Ärzteschaft, die über eine mächtige Lobby in beiden Häusern des Kongresses verfügt. Die Ärzteschaft konnte sich nicht nur

[1] Der Ausdruck stammt vom Kartenspiel, in dem er die Neuverteilung der Karten bedeutet. In übertragenem Sinn ist die Neubegründung der wirtschaftlichen Chancen gemeint.

auf die Einstellung des Präsidenten *Eisenhower* stützen, der von einer socialized medicine gewarnt hatte, sondern auch darauf hinweisen, daß die amerikanischen Krankenhäuser dem bei Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung zu erwartenden Ansturm ebensowenig gewachsen seien als die Ärzte und das Pflegepersonal, die beide an einem seit Jahren steigenden Mangel an Nachwuchs leiden.

Erst der überwältigende Sieg Präsident *Johnsons* und der demokratischen Partei bei den Wahlen des Novembers 1964 schuf die Grundlage, erneut einen Krankenversicherungsentwurf beim Kongreß einzubringen, aber in eingeschränkter Form, um ein erneutes Scheitern auszuschließen. In gleicher Weise wie bei dem von Präsident *Kennedy* erfolglos eingebrachten Entwurf sollten nur die über 65 Jahre alten Personen vom Versicherungsschutz erfaßt werden, beschränkt auf die Kosten, die durch Krankenhaus- und häusliche Pflege entstehen. Die Kosten der ärztlichen Hilfe sollte der Patient in vollem Umfang selbst zu tragen haben. Unerwarteterweise ging der Kongreß über diesen Vorschlag hinaus und bezog in die *Medicare Bill* auch einen Teil der Arztkosten ein, wenn sich der Versicherte mit monatlich drei Dollars (später auf vier Dollars erhöht) im freiwilligen Programm (voluntary program) an den Kosten beteiligt. Im Grundprogramm (basic program), in dem die Arztkosten nicht gedeckt sind, erwachsen den Versicherten keine Kosten.

Die Leistungen werden ohne Prüfung der Bedürftigkeit gegeben, so daß die Beitragszahler – das sind die arbeitenden Schichten der Bevölkerung, die mit einer Erhöhung der Beiträge zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung um ein Prozent des Lohns oder Einkommens belastet werden – für manche Personen über 65 Jahre, die sehr wohl imstande wären, die Kosten einer Krankheit selber zu tragen, Leistungen erbringen müssen, während sie selbst im Krankheitsfall weder für sich noch für ihre Angehörigen etwas erhalten. Daß hiermit gegen den ersten Versicherungsgrundsatz, daß der Beitragszahler auch Leistungen der Versicherung empfängt, verstoßen ist, erscheint dem westeuropäischen Sozialpolitiker geradezu grotesk. Aber bei dem erbitterten Widerstand nicht nur der Ärzteschaft, sondern vieler konservativer Schichten der Bevölkerung und des rechten Flügels der Demokraten und Republikaner im Kongreß gegen jede Art von Sozialversicherung blieb offenbar kein anderer Weg übrig, als gewissermaßen durch eine Hinterpforte in die zäh verteidigte Festung einzudringen in der Hoffnung, von da aus weiter vordringen zu können. Bei der gegenwärtigen prekären Finanzlage, hervorgerufen durch die Ausweitung des Kriegs, die auf 370 Mia Dollars angestiegene Bundesschuld, das Defizit im Haushalt des Rechnungsjahrs 1968 (Ende am 30. Juni 1968), das mit 25,4 Mia Dollars das höchste seit dem zweiten Weltkrieg ist; die seit vielen Jahren passive Zahlungsbilanz und bei den eminenten Schwierigkeiten, unter diesen Umständen die Stellung des Dollars als Leitwährung der westlichen

Welt zu erhalten, besteht keine Aussicht, daß die Krankenversicherung in nächster Zeit auf weitere Kreise erstreckt wird.

Der *Umfang der Leistungen* ist in den Grundzügen folgender: Im *Grundprogramm* ist der Krankenhausaufenthalt bis zu 60 Tagen gedeckt; die ersten 40 Dollar muß der Patient selbst zahlen. Für die nächsten 30 Tage muß er sich mit täglich 10 Dollar an den Kosten beteiligen. Darüber hinaus hat er die vollen Kosten zu tragen. Nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens drei Tagen stehen dem Patienten 20 kostenlose Tage und weitere 80 Tage bei einer Selbstbeteiligung von täglich 5 Dollar in einem Pflegeheim zu. Nach einem Zwischenraum von 60 Tagen, der neuerdings durch einen Reservefonds überbrückt werden kann, beginnen die Leistungen von neuem. Bei voller Ausnützung ist jetzt das ganze Jahr zu einem großen Teil der Kosten gedeckt, jedoch *ohne die Aufwendungen, die durch ärztliche Hilfe entstehen.*

Im *freiwilligen Programm* hat der Versicherte in einem Kalenderjahr nur die ersten 50 Dollar und 20 Prozent des darüberliegenden Beitrags der Arztkosten selbst zu tragen.

Die Versicherung ist erst am 1. Juli 1966 in Kraft getreten, um mit der ab 1. Januar 1966 eingetretenen Erhöhung der Beiträge zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung einen Fonds zu schaffen und um den Krankenhäusern und Pflegeheimen einen Zwischenzeitraum zur Vorbereitung der Aufnahme des erwarteten Andrangs zu geben. Am 1. Juli 1968 waren mithin zwei Jahre seit Inkrafttreten des Gesetzes vergangen. Aus diesem Anlaß hat die Wochenzeitschrift *US News and World Report*, Dayton, Ohio, eine Umfrage bei siebzehn Ärzten in verschiedenen Teilen des Landes veranstaltet. Das Ergebnis der Umfrage, das in der Ausgabe vom 22. Juli 1968, Seite 34, veröffentlicht ist, mag auch für die entsprechenden Kreise in Europa von Interesse sein.

Der befürchtete *Zudrang zu den Krankenhäusern* ist nicht eingetreten. Bei der eigenartigen Konstruktion der Versicherung, die im Grundprogramm nur die Kosten des Krankenhausaufenthalts umfaßt, war zu erwarten, daß sich über 65 Jahre alte Personen bei Krankheit in erhöhtem Maße um Aufnahme in ein Krankenhaus bemühen würden, da sie nur damit in den Genuß von Versicherungsleistungen kommen. Die Arztkosten müssen sie selbst tragen, sei es innerhalb, sei es außerhalb des Krankenhauses. Inzwischen haben aber viele den großen Vorteil erkannt, mit der verhältnismäßig geringen Leistung von drei (später vier) Dollars auch die Arztkosten zu einem erheblichen Teil ersetzt zu erhalten. Dieser Umstand hat wohl den Zudrang zu den Krankenhäusern etwas abgebremst. Während nach Erhebungen in mehreren Großstädten vor dem Inkrafttreten der Versicherung die über 65 Jahre alten Personen etwa 25 Prozent aller Krankenhausbenützer ausgemacht haben, ist ihr Anteil Mitte des Jahres 1968 auf 28 Prozent gestiegen. Allerdings versuchen ältere

Personen, die bei Krankheit keinen Verdienstausfall zu befürchten haben, den Aufenthalt im Krankenhaus vielfach auszudehnen. Auch die Angehörigen treten oft mit der Bitte heran, den Vater oder die Mutter noch einige Zeit im Krankenhaus oder Pflegeheim zu belassen. Die Medicare Bill sieht in Vorahnung solcher Erscheinungen vor, daß ein utilization-review comittee überwacht, daß die Betten nicht länger als notwendig belegt bleiben. Daß die Aufenthaltsdauer älterer Personen länger ist, ist eine natürliche Folge von Krankheiten (Krebs, Arthritis), die längere Behandlungsdauer erfordern und im Alter häufiger auftreten.

Am meisten klagen fast alle befragten Ärzte über den «red tape», die Schreibarbeit, die der unerwünschte, aber unentbehrliche Begleiter jeder Sozialversicherung ist. Die Amerikaner sind in den Künsten der Bürokratie ihren europäischen Vettern durchaus ebenbürtig, was jedermann bestätigen wird, der mit ihnen in der Besatzungszeit zusammenzuarbeiten Gelegenheit hatte. Die Ausfüllung der Formblätter scheint noch nicht die einfachste Form gefunden zu haben, wenn ein Arzt klagt, daß er bisher für die Verwaltungsarbeit einen Raum, für die ärztliche Behandlung zwei Räume verwendete; seither hat sich das umgedreht. Bei älteren Personen fällt erschwerend ins Gewicht, daß man ihnen bei der Ausfüllung der Formblätter helfen muß.

Mit vollem Recht empört sich ein Arzt darüber, daß sogar Millionäre sich nicht scheuen, von dem Versicherungsschutz Gebrauch zu machen mit dem Hinweis, daß sie ihre Steuern bezahlt haben. Viele Ärzte halten es nicht für richtig, die Leistungen ohne Prüfung der Bedürftigkeit zu gewähren, wenigstens so lange, als die Leistungen der Versicherung den Beitragszahlern nicht zugute kommen.

Das im allgemeinen nicht ungünstige Urteil, das viele Ärzte fällen, ist auf die in der Kampfzeit um die Versicherung vielleicht von ihnen zu wenig gewürdigte Tatsache zurückzuführen, daß sie nunmehr von der Versicherung in vielen Fällen die 80 Prozent der Kosten erhalten, die in einem Kalenderjahr anfallen, nachdem der Patient die ersten 50 Dollar selbst bezahlt hat. Früher hat er diese Patienten oft um Gottes Lohn behandelt, wenn er nicht von der in vielen Teilen des Landes noch recht dürftig ausgestatteten General Welfare (Allgemeine Wohlfahrtspflege) der Gemeinden und counties für seine Leistungen entschädigt wurde. Allerdings wird darüber vielfach geklagt, daß auch hier der «red tape» das Feld beherrscht. Eine Wartezeit von vier bis fünf Monaten ist keine Ausnahme.

Zwei Wege stehen dem Arzt offen: er kann die Rechnung dem Patienten schicken, der sie begleicht und sich mit der Versicherung ins Benehmen setzt, oder er kann für 80 Prozent der Rechnung sich direkt an die Versicherung wenden und die restlichen 20 Prozent vom Patienten einfordern. Hier ergibt sich die Schwierigkeit, daß der Patient in jedem Kalenderjahr die ersten anfallenden 50 Dollar selbst

zu tragen hat. Der Arzt muß mit Hilfe des Patienten nachweisen, daß diese Voraussetzung erfüllt ist. Man kann sich vorstellen, welche technischen Schwierigkeiten aus dieser Bestimmung des Gesetzes entstehen, etwa wenn die alten Personen die Quittungen über bezahlte Rechnungen nicht mehr finden.

Im allgemeinen ist wohl das Urteil berechtigt: so sonderbar der Weg erscheinen mag, auf dem in den USA die ersten schüchternen Schritte zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung getan sind, so sehr mag er sich bei den gegebenen Verhältnissen als der richtige und einzig mögliche erweisen. Das Mißtrauen der Ärzteschaft und weiter Kreise der Öffentlichkeit ist zwar noch nicht ganz beseitigt, aber durch die Entwicklung der ersten beiden Jahre jedenfalls in beachtlichem Ausmaß gemindert worden. Die Erwartung ist berechtigt, daß nach Behebung der gegenwärtigen finanziellen Schwierigkeiten eine allmähliche Ausdehnung der Krankenversicherung auf weitere Kreise erfolgen wird und die USA auch auf sozialpolitischem Gebiet in den ihrer Macht und ihrem Reichtum entsprechenden Rang einrücken werden. *Mr. Robert Adam, z. Z. Washington*

Siehe auch: «Staatliche Krankenversicherung für über 65 Jahre alte Personen in den USA», Gewerkschaftliche Rundschau, Heft 5, Mai 1966; und «Die ersten Erfahrungen mit der Krankenversicherung in den USA», Gewerkschaftliche Rundschau, Heft 2, Februar 1967; beide vom gleichen Verfasser.