

**Zeitschrift:** Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

**Herausgeber:** Schweizerischer Gewerkschaftsbund

**Band:** 63 (1971)

**Heft:** 6

**Artikel:** Die staatliche Gesundheitsfürsorge in den USA vor neuen Entscheidungen

**Autor:** Schweisheimer, W.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-354511>

#### **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:** 04.02.2026

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

**Wir kennen diese Welt, wir leiden an dieser Welt und immer mehr Menschen kommen zur Ueberzeugung, dass diese Welt verändert werden muss. Der Zweifel des Individuums an sich selbst kann nur schwinden, wenn es zu einem integralen Bestandteil einer bedeutungsvollen Welt wird. Wir erkennen heute, dass jene Freiheit des Individuums, wie sie an der Wiege des Kapitalismus ausgerufen wurde, diese bedeutungsvolle Welt nicht zu schaffen vermochte.**

Hier erhebt sich die Frage, was zu tun ist, um dem Individuum seinen Zweifel an sich selbst zu nehmen und ihm eine bedeutungsvollere Welt anheimzustellen. Eines scheint mir gewiss. Wir müssen mit dem *materiellen* Begriff jener Freiheit rigoros brechen, wie ihn der Beginn des Kapitalismus dem erweckten Individuum vorzeigte. Wir müssen dem heutigen Menschen die Kehrseite jener goldenen Medaille präsentieren; die Erkenntnis, dass wirkliche Freiheit für den Menschen nur vom *Geist* her konzipiert werden kann. Und wenn von Geist die Rede ist, da bietet sich jene Lehre an, in der der Satz steht, dass wir nicht töten sollen und unsren Nächsten lieben wie uns selbst. Und es bietet sich ein tiefer verstandener Humanismus eines Karl Marx an.

Wird diese vom Geist her konzipierte Freiheit auf den Schild erhoben, dann wird ein neuer Mensch daran gehen, seine gesellschaftlichen Verhältnisse neu zu ordnen. Er wird den unterentwickelten Ländern sozial und wirtschaftlich beistehen und so unserem Dasein weltweit einen neuen Sinn verleihen. Versperren wir uns dieser Einsicht, so wird das isolierte, unterdrückte, seiner tiefsten Bestimmung entfremdete Individuum seine gebundenen Kräfte in der Aggressivität, der Feindseligkeit und dem Zerstörungswillen ausleben. Die Sturmzeichen sind bereits gesetzt. Die Zerstörung der Welt könnte der verzweifelte Ausbruchsversuch des entwerteten, irregeliteten Individuums sein – des Individuums ohne Freiheit.

René Mahrer, Zürich

Verwendete Literatur: Erich Fromm: «Die Furcht vor der Freiheit».

## **Die staatliche Gesundheitsfürsorge in den USA vor neuen Entscheidungen**

«Wenn wirklich staatliche Preisfestsetzungen für ärztliche Behandlung eingeführt werden, so ist es wohl nur recht und billig, dass sie auch für Installateure, Baumeister usw. kommen sollten.» Diese Aeusserung von Dr. Jack Schreiber in Youngstown, Ohio, einem langjährigen Sachverständigen auf dem Gebiet gesundheitlicher Finanzwirtschaft, ist kennzeichnend für die Entwicklung auf diesem Gebiet, die im amerikanischen Kongress in Vorbereitung ist.

Der Grund für wachsende Besorgnisse auf diesem Feld ist im wesentlichen in einer einzigen Ziffer gelegen. Medicare (staatliche Fürsorge für Personen über 65 Jahren) und Medicaid (dasselbe für unbemittelte Patienten) sind sozialmedizinisch ein grosser Erfolg, aber sie sind weit kostspieliger als ursprünglich angenommen wurde. Die staatlichen Ausgaben für beide Systeme betragen im laufenden Jahr schätzungsweise 10 Mia Dollar. Eine Steigerung auf 20 Mia wird bis zum Jahr 1975 erwartet, wenn nicht durch neue Gesetze eine Minderung dieser Ausgaben eintritt.

### *Was bietet das Medicare-Gesetz heute?*

Das Medicare-Gesetz zerfällt in zwei Teile, Teil A und Teil B. Der Teil A ist vornehmlich eine Versicherung für Krankenhausaufenthalt. Der Teil B beruht auf der freiwilligen Leistung des Patienten; sein Hauptziel ist Begleichung der ärztlichen Kosten.

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus in den grossen amerikanischen Städten kostet heute nahezu 100 Dollar (ungefähr 420 Fr.) pro Tag. Dieser Satz, so wird erwartet, wird sich bis 1975 auf rund 200 Dollar pro Tag verdoppeln. Hier sind die *Hauptleistungen von Medicare, Teil A*:

Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes werden zum überwiegenden Teil von der Social Security Administration (SSA) getragen. Der Patient (65 Jahre und darüber) hat die ersten 44 Dollar selbst zu bezahlen. Alles andere wird für 60 Tage von der SSA übernommen. Vom 61. bis zum 90. Tag des Krankenhausaufenthaltes übernimmt der Patient 11 Dollar pro Tag für Krankenhauskosten. Dazu kommt noch eine «Lebenszeit-Reserve» von 60 zuzüglichen Krankenhaustagen. Man kann sie oder einen Teil davon benutzen, wenn der Patient länger als 90 Tage im Krankenhaus ist. Für diese zusätzlichen Tage hat der Patient pro Tag 22 Dollar zu bezahlen.

Zu den Krankenhauskosten gehören nicht nur Raum und Verpflegung, Schwesternpflege, Medikamente und Behandlung, sondern auch Laboratoriumstests, Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramm usw., die heute bei gewissenhafter Behandlung als unentbehrlich gelten.

### *«Extended Care»*

- Ein Patient, der mindestens drei Tage im Krankenhaus zubrachte, kann dann von dort zur Weiterbehandlung in ein Fürsorgeheim, Altersheim, Sanatorium oder eine ähnliche Anstalt entlassen werden. Die Fürsorge dort kann bis zu 100 Tagen ausgedehnt werden. Medicare übernimmt alle Kosten für die ersten 20 Tage dieser sogenannten «extended care». Für die weiteren 80 Tage hat der Patient selbst einen Tagesbeitrag von 3.30 Dollar zu übernehmen.

- Behandlung bei «extended care» muss von dazu autorisiertem Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Der Patient kann dieser Fürsorge auch teilhaftig werden, wenn er sie im Lauf von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Spital aufsucht.
- Medicare übernimmt weiter die Kosten für 100 Besuche von Schwestern und anderem Krankenpflegepersonal im Heim des Patienten, wenn sie nach dreitägigem Krankenhausaufenthalt im Verlauf desselben Leidens nötig werden. Ein Arzt oder die Gesundheitsbehörde muss diese Notwendigkeit bescheinigen.

**Nicht enthalten** in Medicare A sind: die Arztkosten (sie kommen in Teil B zur Sprache); Kosten für Privatschwestern; Kosten für die ersten drei Halbliter Blut, die im Krankenhaus für Transfusionen gebraucht werden; Kosten für Telephon oder Fernsehapparate, die auf Wunsch des Patienten ihm im Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

### *Teil B von Medicare*

Medicare B beruht auf der freiwilligen Leistung des Patienten. Er entrichtet dafür eine ständige Monatsgebühr von 4 Dollar. Dafür bekommt er 80 Prozent der «angemessenen» (reasonable) Arztrechnungen innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses ersetzt. Die ersten 50 Dollar für ärztliche Dienstleistungen hat der Patient selbst zu tragen. Ferner wird ein Teil der Kosten für Behandlung geisteskranker Patienten von Medicare getragen.

Die Teilnehmer an diesem freiwilligen Ergänzungsprogramm erhalten auch die Schwesternpflege und Krankenhaustechniker-Hilfe im eigenen Heim frei, ohne dass hier die Einschränkung zutrifft, wonach sie vorher mindestens drei Tage im Krankenhaus gewesen sein müssen. Medicare übernimmt bis zu 100 solcher Heimbesuche im Jahr, wenn der behandelnde Arzt sie als nötig bezeichnet. Auch Verbandstoffe, künstliche Glieder, künstliche Augen werden von Medicare B übernommen, das Mieten eines Spitalbettes oder eines Rollstuhls, Röntgentherapie und andere Strahlenbehandlung.

*Nicht übernommen* werden von Medicare B folgende Einzelheiten: ärztliche Untersuchungen nur zu Routinezwecken; Medikamente; das Verschreiben von Brillengläsern; Hörinstrumente; Immunisierungen; Gebisse und zahnärztliche Behandlung (dagegen werden gewisse Operationen von Medicare übernommen, die mit Zahnpflege in Zusammenhang stehen); orthopädische Schuhe; ärztliche Hilfeleistungen, die ausserhalb des Gebietes der USA stattfinden.

### *«Angemessene» Arzthonorare*

Eine Komplikation für die Patienten bedeutet es, dass die Aerzte die Wahl haben, an wen sie ihre Rechnungen für Medicare-Patienten

ten senden wollen. Sie können sie an die SSA-Stellen senden oder direkt an ihre Patienten, die den pflichtigen Teil von den SSA-Stellen oder von einer anderen Versicherungsagentur wie «Blue Shield» rückvergütet bekommen. Letzteres Verfahren wird von der «American Medical Association» und anderen Aerzteorganisationen vorgezogen; hier bezahlt also der Patient direkt den Arzt.

Der Arzt kann mit zahlungsfähigen Patienten höhere Sätze vereinbaren. Aber ersetzt werden von Medicare nur 80 Prozent des «angemessenen Honorars». Angemessen ist, was in einem bestimmten Teil des Landes als übliche Arztgebühr gilt. Diese Sätze sind in Neuyork oder Kalifornien erheblich höher als auf dem Land im mittleren Westen. Ein «angemessenes» Honorar, das von den Gesundheitsbehörden anerkannt wird, kann daher je nach der Gegend verschieden hoch sein.

Ein Beispiel: Wenn die Rechnung des Arztes an den Patienten 20 Dollar beträgt und wenn der Betrag von Medicare als «angemessen» betrachtet wird, so hat der Patient davon nur 4 Dollar selbst zu bezahlen. 16 Dollar bekommt er von Medicare zurückerstattet, wenn er den Arzt selbst bezahlt hat. Wenn jedoch die Arztrechnung 40 Dollar beträgt und Medicare hält nur 20 Dollar für «angemessen», so hat der Patient von dieser Arztrechnung 24 Dollar selbst zu tragen.

### *Vorgesehene Aenderungen*

Von allen beteiligten Stellen wird Medicare als grosser sozialer und sozialmedizinischer Erfolg betrachtet – nicht zuletzt von den über 65jährigen Patienten. Auch die Aerzteschaft hat sich, nach anfänglichem Widerstreben, mit der Handhabung von Medicare im wesentlichen angefreundet.

Die grossen Kosten, die mit Medicare und Medicaid verbunden sind, haben dazu geführt, nach verbilligenden Abänderungen der bisherigen Regelung zu suchen. Regierungen und Kongresse bemühen sich, solche Wege zu finden, und auch die Aerzteschaft macht ihre eigenen Vorschläge auf diesem Gebiet. Es ist zurzeit nicht erkennbar, welche der vorgeschlagenen Wege schliesslich eingeschlagen werden. Aber sicher ist es, dass in naher Zukunft grundsätzliche Aenderungen durchgeführt werden sollen.

### *Aenderungen in Medicaid*

Auf dem Gebiet von Medicaid sind Aenderungen unvermeidlich. Es sei darauf nur kurz hingewiesen. Medicaid ist die sozialmedizinische Fürsorge für unbemittelte Patienten, ohne Rücksicht auf das Alter. Die Bestimmungen und Leistungen sind in den einzelnen Gliedstaaten der USA unterschiedlich; zum Teil haben die Regeln Ähnlichkeit mit Medicare-Regulierungen.

Die American Medical Association (AMA) hat bei dem wichtigen House Ways and Means Committee des Kongresses den Antrag gestellt, die Medicaid-Organisation vollkommen aufzulösen. Sie sollen ersetzt werden durch ein System von individueller, privater Krankenversicherung, das von der Bundesregierung finanziert wird. Es ist das nur der Beginn einer Entwicklung, die von verschiedenen Interessentengruppen in sehr verschiedener Weise angegangen wird.

### *Ziele der Gesundheitsbehörden*

Ein neuerdings betontes Ziel ist es, präventive Medizin in den Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung zu bringen, sowohl zur Verhütung von Krankheiten wie zur frühzeitigen Erfassung beginnender Leiden. Auch das kostet Geld, aber Sachverständige sind sich darüber einig, dass es billiger ist als «Chirurgie und Krankenhaus».

Das Gesundheits-, Erziehungs- und Wohlfahrtsdepartement, dem diese Probleme unterstehen, hat eine Reihe von Leitsätzen herausgegeben, in welcher Richtung vorgesehene Änderungen sich bewegen sollen. Es sind vor allem folgende:

- Es sollen alle Schritte unternommen werden, um schwere Erkrankungen zu verhüten, z. B. regelmässige Gesundheitsuntersuchungen, geeignete Immunisierungen usw.
- Kranke Personen sollen so früh als möglich zur Behandlung kommen, um Verschlimmerungen vorzubeugen.
- Jeder vermeidbare Krankenhausaufenthalt sollte vermieden werden.
- Gesundheitliche Dienstleistungen sollten möglichst von ein- und derselben Organisation in einer gut koordinierten Form durchgeführt werden.

### *Versicherungsboligatorium*

Das Streben nach Krankenversicherung für jedermann durch den Staat geht weiter. Senator Edward Kennedy (Bruder des ermordeten Präsidenten) und 14 andere Senatoren haben einen Gesetzentwurf im Senat eingebracht, der dieses Ziel durch ein «Health Security Program» (Gesundheitsschutzprogramm) zu erreichen sucht. Die Kosten dafür werden auf 40 Mia Dollar pro Jahr geschätzt. Das soll finanziert werden zu 40 Prozent durch Bundessteuern, zu 35 Prozent durch eine 3,5prozentige Lohnsteuer und zu 25 Prozent durch eine 2,1prozentige Steuer auf individuelle Einkommen. Bei diesem Plan würden alle Krankheitsausgaben bezahlt mit Ausnahme von Behandlung von Geisteskranken; Zahnbehandlung, Rekonvaleszenzheime und gewisse Medikamente und medizinische Apparate.

Der Zug zu einer allgemeinen staatlichen Versicherung ist unverkennbar.

Dr. W. Schweisheimer, Neuyork