Die ersten Erfahrungen mit der Krankenversicherung in den USA

Autor(en): **Adam, Robert**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **59 (1967)**

Heft 2

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-354271

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

in den Vordergrund schob) ist zweifellos ein großes Hindernis für jeden ökumenischen Fortschritt. Die Frage ist nicht zuletzt die, ob man die heutige «Bibelkonjunktur» auf dem Büchermarkt auf «billige» Weise oder mit wertvollen Leistungen ausnützt.

Zurzeit sind von der ganzen Welt rund vierzig Unternehmungen bekannt, die auf gemeinsame, überkonfessionelle Bibelausgaben abzielen, von denen freilich bisher noch die wenigsten als von Grund auf gemeinsam erarbeitete Neuübersetzungen angelegt sind. Den vereinigten Bibelgesellschaften wie auch dem Einheitssekretariat in Rom geht es ja vor allem darum, die Bibel an Völker und Bevölkerungsschichten heranzubringen, die die Bibel überhaupt noch nicht kennen, oder die vom Zwist der Konfessionen abgehalten werden, sich mit ihr vertraut zu machen. Notieren wir noch, daß der vom Papst beauftragte amerikanische Jesuitenpater *W. M. Abott* eine Umfrage bei den Bischöfen durchgeführt hat, wie sie sich zu ökumenischen Bibelübersetzungen und -ausgaben einstellen. Gegen 80 Prozent haben sich positiv geäußert. Interessant ist dabei, daß die nichteuropäischen Kirchen in der Praxis rascher vorangehen, während das alte Europa mit seinen hohen Ansprüchen nur langsam vorankommt, oder wie Deutschland bisher offenbar an Ort tritt. *L. Kaufmann*

Die ersten Erfahrungen mit der Krankenversicherung in den USA

Am 30. Juli 1965 hat Präsident *Johnson* die *Medicare Bill* unterzeichnet, die nach einem viele Jahre währenden erbitterten Kampf die erste staatliche Krankenversicherung in den USA gebracht hat[1]. Die große Lücke, die das amerikanische Sozialversicherungssystem bisher aufzuweisen hatte, ist damit nur in sehr beschränktem Umfang geschlossen worden; denn es wurden nur alle über 65 Jahre alten Personen, deren Zahl bei einer Gesamtbevölkerung von etwa 197 Millionen etwa 19 Millionen beträgt, in den Versicherungsschutz einbezogen, ohne Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Lage, des Umstandes, ob sie noch arbeiten oder im Ruhestand leben, ob sie im Bezug der Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenrente stehen.

Wie vorsichtig, um nicht zu sagen ängstlich, man die ersten Schritte getan hat, erhellt sich daraus, daß das *Grundprogramm* (basic program), für das der begünstigte Personenkreis keine Versicherungsbeiträge bezahlen muß, nicht einmal die durch ärztliche Hilfe entstehenden Kosten, gleichviel ob sie in einem Krankenhaus oder außer-

[1] Vgl. «Staatliche Krankenversicherung für über 65 Jahre alte Personen in den USA», «Gewerkschaftliche Rundschau», Heft 5/1966, S. 146.

halb anfallen, einschließt. Vom Versicherungsschutz ist nur der Krankenhausaufenthalt bis zu 60 Tagen erfaßt; auch hier muß der Patient die ersten 40 Dollars selbst bezahlen. Vom 61. bis zum 90. Tag muß er sich mit 10 Dollars täglich an den weiteren Kosten beteiligen, nach dem 90. Tag muß er die vollen Kosten des Krankenhausaufenthalts tragen.

Nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens drei Tagen stehen dem Patienten 20 kostenlose Tage und weitere 80 Tage bei einer Selbstbeteiligung von täglich 5 Dollars in einem Pflegeheim (nursing home) zu. Nach einem Zwischenzeitraum von 60 Tagen, in denen keine Leistungen der Versicherung gewährt werden, kann der Patient wieder in ein Krankenhaus und Pflegeheim mit den gleichen Leistungen aufgenommen werden. Bei voller Ausnützung sind also in Jahresfrist 305 Tage zu einem erheblichen Teil der Kosten gedeckt, jedoch abgesehen von allen durch *ärztliche* Leistungen entstehenden Kosten.

Statt Aufenthalt im Krankenhaus oder Pflegeheim kann häusliche Pflege durch eine Krankenschwester bis zu 100 Tagen beansprucht werden, ohne daß diese ständig im Hause des Patienten verweilt.

Will eine über 65 Jahre alte Person auch einen Teil der durch ärztliche Tätigkeit entstehenden Kosten ersetzt erhalten, so kann sie sich gegen drei Dollars monatlich im *voluntary program* (freiwillige Versicherung) versichern. Dann hat sie in einem Kalenderjahr nur die ersten 50 Dollars und 20 Prozent des darüberliegenden Betrags der Arztkosten selbst zu tragen. Ob sich der Patient zuhause aufhält oder in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, begründet keinen Unterschied. Ärztliche Nebenleistungen wie Röntgenuntersuchungen sind hier eingeschlossen, nicht aber Heilmittel, zahnärztliche Hilfe, Augengläser, Hörapparate und dergleichen. Für Hilfe durch Psychiater besteht eine Begrenzung von 250 Dollars im Jahr. Am voluntary program hat sich weitaus der größte Teil der über 65 Jahre alten Personen beteiligt.

Auch hinsichtlich des *Inkrafttretens* des Gesetzes ist man vorsichtig vorgegangen. Um die nötigen Mittel anzusammeln, die durch Erhöhung der Beiträge zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung ab 1. Januar 1966 von der arbeitenden Bevölkerung aufgebracht werden, hat man die Versicherung hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts erst am 1. Juli 1966 in Kraft treten lassen. Erst am 1. Januar 1967 ist der zweite Teil des Programms, die nachfolgende Pflege in einem nursing home, in Kraft getreten. Für dieses Hinausschieben in zwei Etappen war auch die Erwägung maßgebend, daß man im Hinblick auf den zu erwartenden starken Zudrang älterer Personen zu den Krankenhäusern und Pflegeheimen erst für die Erweiterung und den Neubau dieser Institute Zeit gewinnen wollte.

Es liegen also Erfahrungen erst hinsichtlich des ersten Teils des Programms für die Zeit vom 1. Juli 1966 an vor. Man kann sie nicht als befriedigend bezeichnen und muß daraus die Folge ziehen, daß

auch der zweite Teil des Programms sich eminenten Schwierigkeiten gegenübergestellt sehen wird.

Der Hauptgrund für die sich möglicherweise zu einer Krise der Gesundheitspflege entwickelnden Zustände ist der Mangel an *Personal* aller Art, angefangen bei den Ärzten aller Sparten bis zum Pflegepersonal, und der Mangel an Krankenhäusern und nursing homes. Die letzteren sollen die überfüllten Krankenhäuser entlasten, indem sie als Zwischenstufe insbesondere ältere Personen, die nicht mehr der Krankenhauspflege bedürfen, unter begrenzter ärztlicher Überwachung bis zu ihrer Entlassung nach Hause aufnehmen.

An *Ärztemangel* leiden die USA seit vielen Jahren. Die praktischen Ärzte (family doctors), die man früher ins Haus bat, wenn ein Familienmitglied erkrankt war, stellten im Jahre 1965 nur 27,4 Prozent aller Ärzte dar gegenüber 62 Prozent im Jahre 1940. Diese auch in westeuropäischen Ländern zu beobachtende Entwicklung hat ihren Grund darin, daß die jungen Ärzte zunehmend danach streben, sich zu spezialisieren oder sich der Forschung, Lehre oder Verwaltung zu widmen, wo sie der einzelnen Familie nicht mehr zur Verfügung stehen. Vor 30 Jahren behandelte ein Arzt wöchentlich durchschnittlich 50 Patienten, von denen er etwa die Hälfte zuhause aufsuchte. Heute hat sich die Zahl der Patienten bedeutsam erhöht, aber nur noch ein Patient von zehn wird zuhause aufgesucht. Das Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe ist in den letzten 30 Jahren gewaltig gestiegen; damals wurden die Ärzte im Jahresdurchschnitt von jedem Bewohner der USA zweimal, heute werden sie fünfmal in Anspruch genommen, 5,3mal in den Großstädten, 4,9mal in Kleinstädten und ländlichen Gegenden, 3,8mal von der landwirtschaftlich tätigen Bevölkerung.

Der Dienst in einem Krankenhaus ist für den in den USA ausgebildeten Arzt nicht verlockend. Zwar muß der junge Arzt einige Zeit, die in den einzelstaatlichen Gesetzen verschieden bemessen ist, in einem Krankenhaus praktizieren; aber die Bezahlung ist so gering, daß er wenig Neigung zeigt, länger zu bleiben, als vorgeschrieben ist, und es vorzieht, sich selbständig zu machen, wo ihm ein ansehnliches Einkommen sicher ist.

Ohne die Zuziehung von *ausländischen* Ärzten wären die Krankenhäuser in einer verzweifelten Lage. 1964 stellten die etwa 10 000 auswärtigen Ärzte rund ein Viertel der in den Krankenhäusern der USA tätigen Ärzte dar. Das Zahlenverhältnis der einheimischen Ärzte zu den Ärzten aus fremden Ländern ist sehr ungleichmäßig. So hatten im Jahre 1964 elf öffentliche Krankenhäuser in New York nicht einen einzigen Hilfs- oder Anstaltsarzt mit amerikanischer oder kanadischer Ausbildung. Die auswärtigen Kräfte stammten 1964 aus westeuropäischen Ländern zu 15 Prozent, aus Lateinamerika, dem Fernen und Mittleren Osten zu 85 Prozent. Die zweite Gruppe verteilte sich zu etwa einem Fünftel auf die Länder des Fernen Ostens, zu einem weiteren Fünftel auf die Philippinen; die andern drei Fünftel ent-

fielen auf den Mittleren Osten und die lateinamerikanischen Staaten. Auch außerhalb der Krankenhäuser sind ausländische Ärzte tätig. Von den 289 000 Ärzten im Jahre 1964 waren etwa 30 000 aus einem fremden Land.

Nur die medizinische Ausbildung an den Universitäten des «nördlichen Europas» wird der an den Universitäten der USA gleichgeachtet. In vielen Ländern fehlt es an Laboratorien, wissenschaftlichen Werken, praktischer Ausbildung in Krankenhäusern. Dazu kommen die Schwierigkeiten mit der englischen Sprache. Es muß einen Patienten tief bedrücken, wenn er das Gefühl hat, daß der Arzt ihn nicht verstanden hat. Die geringere Ausbildung und die mangelnde Praxis wären bis zu einem gewissen Grad durch Beaufsichtigung und Belehrung (Weiterbildung) auszugleichen; aber in vielen Krankenhäusern haben die amerikanischen Ärzte, soweit sie überhaupt vorhanden sind, dazu keine Zeit. Die Ärzte in wohl den meisten Krankenhäusern sind überbeansprucht. Die Stellen für Anstaltsärzte (residency positions) sind von 5256 in 1940 auf 39 226 in 1946 gestiegen; aber nur 80 Prozent dieser Stellen sind besetzt, auch mit der starken Hilfe durch die auswärtigen Ärzte. So kann es vielfach nicht verhütet werden, daß selbst schwere Unfälle, die während der Nachtzeit hereingebracht werden, schwierige Geburtsfälle usw. vollständig den Händen von jungen ausländischen Ärzten anvertraut sind.

Die Zulassungsbedingungen wurden trotz des Mangels an Krankenhausärzten 1958 verschärft. Kein Arzt darf Patienten behandeln, bevor er die vorgeschriebene Prüfung, die mit der Zulassungsprüfung für selbständige Praxis nicht zu verwechseln ist, bestanden hat. Nur ein Drittel besteht sie zum erstenmal, aber Wiederholungen ist keine Grenze gesetzt. In der Zwischenzeit werden die jungen Ärzte zu Hilfsdiensten herangezogen; man ist froh, ihre Dienste nicht ganz zu verlieren.

Krisenhafte Erscheinungen bei den Krankenhäusern, die teils auf Raummangel, teils auf ungenügende Betreuung zurückgehen, zeigen sich bei den Abteilungen, die für Minderbemittelte und für Notstände (emergency) eingerichtet sind. Während man früher vom «emergency room» sprach, hat sich jetzt die Bezeichnung «emergency department» herausgebildet, da große Krankenhäuser 20 bis 30 Räume dafür zur Verfügung stellen müssen. Die Zunahme dieser Patienten ist über wiegend auf den Mangel an praktischen Ärzten, insbesondere an Ärzten, die Hausbesuche machen, zurückzuführen. Sie sind an Wochenenden, Feiertagen, in den Ferien nicht zu erreichen; so kommen auch Patienten mit starkem Kopfweh, plötzlichem Fieber oder kleineren Verletzungen ins Ambulatorium des Krankenhauses, wo jederzeit ein Arzt vorhanden ist, wenn er auch nicht gleich zur Verfügung steht. Der Charakter einer Wohlfahrtseinrichtung ist dadurch in den Hintergrund gedrängt worden. Die Überfüllung bei Unfällen größeren Ausmaßes hat im Harlemer Krankenhaus in New York dazu

geführt, daß Patienten auf Tragbahren schlafen mußten, weil keine Betten frei waren, bei einem Bruch acht Stunden auf die Röntgenaufnahme warten mußten, Brüche erst am fünften Tage eingerichtet wurden. In vielen Krankenhäusern müssen Operationen nach einer Dringlichkeitsliste angesetzt werden.

1958 behandelten die Krankenhäuser 15,4 Mio ambulante Patienten, 1965 hingegen 125,8 Mio. Der so notwendig innere Kontakt zwischen Arzt und Patient kann sich bei dieser Überbeanspruchung nicht einstellen.

Seit Jahren bemüht man sich, dem immer drohenderen Mangel an einheimischen Ärzten mit Mitteln zu begegnen, die bisher nur unzulängliche Heilung gebracht haben. Präsident Johnson schwebt als Ziel vor, daß kein Student durch die hohen Ausbildungskosten von der Ergreifung des ärztlichen Berufes abgehalten werden soll. 1965 gehörte über die Hälfte der Medizinstudenten Familien mit einem Jahreseinkommen über 10 000 Dollars an. Für jedes der vier Jahre an der Universität mußte der Unverheiratete schon vor einigen Jahren mit 2386, der Verheiratete mit 3271 Dollars rechnen. Seit 1963 bewilligt der Kongreß Darlehen an Studenten, die dem Medizinstudium mit dem Ziel obliegen, den Grad eines Doktors der Medizin, der Zahnheilkunde oder der Osteopathie zu erwerben. Sogar ausländische Studenten können als Darlehensnehmer zugelassen werden, wenn sie mit einem Einwanderungsvisum nach den USA gekommen sind und Gewähr bieten, daß sie ständige Einwohner, später Bürger der USA werden. Die Höchstsumme ist für ein akademisches Jahr 2500 Dollars, die Gesamthöchstsumme 10 000 Dollars. Die Darlehen sind in einem Zeitraum von zehn Jahren zurückzuzahlen, der drei Jahre nach Vollendung oder Aufgabe des Studiums beginnt.

Aber der Zugang an Studenten kann von den medizinischen Fakultäten nicht aufgenommen werden, weil es an Räumlichkeiten und Lehrern fehlt. 1966 wurde nur etwa die Hälfte der Bewerber zum medizinischen Studium zugelassen. 1115 planmäßige Lehrstellen waren unbesetzt. Die in den USA außerordentlich freizügig gewährte Förderung der Forschung hat zur Folge, daß sich viele Professoren der Medizin diesem verlockenden Gebiet zuwenden und dadurch abgehalten werden, den künftigen Fachgenossen das ABC der medizinischen Wissenschaft beizubringen.

Schon 1963 bewilligte der Kongreß die Mittel für die Errichtung von 20 neuen medizinischen Fakultäten; aber Ende 1966 waren erst sechs davon fertiggestellt. Bis 1970 soll die Zahl der Fakultäten auf 101 gebracht werden; aber wenn dadurch bis 1975 die Zahl der jungen Ärzte, die die Hochschulen verlassen, auf 10 000 pro Jahr gebracht werden kann, wird auch das nicht ausreichen, um den benötigten Nachwuchs mit einheimischen Kräften zu decken.

Kaum weniger kritisch ist die Lage bei den Schwestern in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Das US Department of Labor schätzt die

fehlende Zahl an Schwestern auf 75 000. Bei den Pflegeheimen, die nun ab 1. Januar 1967 in das Medicare Program aufgenommen sind, kommt erschwerend hinzu, daß nur ein kleiner Teil, 2500 Heime mit 150 000 Betten von 23 000 Heimen mit 600 000 Betten, den Anforderungen genügen, die an ein solches Pflegeheim gestellt werden, wenn es in das Programm aufgenommen werden will. Verlangt werden Tag und Nacht durchgehende Betreuung durch gelernte Schwestern, laufende Aufzeichnungen über alle Insaßen, Betreuung wenigstens durch einen Arzt, regelmäßige Prüfung durch mindestens zwei Ärzte daraufhin, ob Patienten über die erforderliche Zeit hinaus im Heim verweilen. Schon jetzt sind die Heime vielfach voll besetzt, es ist nicht abzusehen, wie sie dem kommenden Ansturm gewachsen sein werden. Die im Publikum vielfach gehegte Hoffnung, daß die Pflege im nursing home die Familie von der Last der Unterhaltung älterer Personen befreien werde, wird sich als trügerisch erweisen.

Auch das Bettenproblem in den Krankenhäusern bereitet Sorgen. In den letzten 30 Jahren ist zwar die Zahl der Betten auf je 1000 Personen der Bevölkerung von 3,7 auf 4,6 gestiegen, aber die Aufnahme in den Krankenhäusern ist im gleichen Zeitraum von 56 jährlich auf 132 gewachsen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus hat sich um 47 Prozent vermehrt.

Die Kosten für die Gesundheitspflege waren in den USA immer bedeutend höher als in westeuropäischen Ländern. Sie sind durch das Medicare Program weiter gestiegen. 550 Dollars im Monat für eine Krankenschwester ist kein außergewöhnlicher Gehalt, in San Francisco ist der Höchstgehalt für eine gelernte Schwester 700 Dollars. Küchenhilfen erhalten dort 350 Dollars als Anfangsgehalt. Der Durchschnittstagessatz im Zweibettenzimmer ohne ärztliche Betreuung ist 40 Dollars; aber es gibt schon Sätze bis zu 50 Dollars. Für die Erhöhung ist auch das jedem Versicherungssystem anhaftende Ansteigen der Büroarbeit eine Ursache; etwa 20 Minuten beansprucht schon die Auflklärung des Patienten über die durch die Versicherung gedeckten Kosten.

Das amerikanische Beispiel zeigt die eminenten Schwierigkeiten, die durch das *späte Einsetzen einer staatlichen Krankenversicherung* selbst in so begrenztem Umfang naturgemäß entstehen. Der Hauptmangel des amerikanischen Systems ist wohl der, daß die durch ärztliche Hilfe entstehenden Kosten im basic program überhaupt nicht, im voluntary program nur zu einem Teil erfaßt sind. Infolgedessen ist der Drang zu den Krankenhäusern und Pflegeheimen, in denen die entstehenden Kosten zu einem beträchtlichen Teil gedeckt werden, vermehrt worden. Für den Neuzugang an Patienten aber ist die amerikanische Gesundheitspflege nicht genügend gerüstet. Die Folge wird sein, daß man vor Überwindung dieser Engpässe an einen weiteren Ausbau der Krankenversicherung nicht wird denken können. Präsident Johnson hat zwar in seiner Neujahrsbotschaft an den Kongreß

die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die dauernd Erwerbsunfähigen auch unter dem 65. Lebensjahr vorgeschlagen, von der früher geplanten Ausdehnung auf die Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr hat er abgesehen. Da der linke Flügel der Demokraten bei den Kongreßwahlen im November 1966 im Abgeordnetenhaus 45 Sitze verloren hat, erscheint es fraglich, ob auch nur die Ausdehnung auf die Erwerbsunfähigen vom Kongreß angenommen wird.

Dr. Robert Adam, München

Buchbesprechungen

Hoegger Rudolf Martin: *Charles Naine* (1874–1926). Eine politische Biographie. Juris-Verlag Zürich, 1966, 235 S., Fr. 24.–.

Es ist verdienstlich, daß ein Doktorand der historischen Richtung als Stoff seiner Dissertation die markante Gestalt des heute wenig mehr bekannten Westschweizer Sozialisten Charles Naine gewählt hat. Naine stand in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg als Journalist und Nationalrat bis zu seinem Tode mitten in den politischen Auseinandersetzungen. Seine Auffassung über Weg und Ziel des Sozialismus hatte eine eigene Prägung, die er unerschrocken und konsequent vertrat und auch die harten Auseinandersetzungen in den eigenen Reihen nicht scheute. Obwohl Naines Sozialismus von der damals vorherrschenden marxistischen Schule nicht unbeeinflußt war, brachte er neue Akzente eines gewaltlosen, demokratischen und solidarischen Sozialismus in die Diskussion. Er vertrat eine Auffassung, die in den zwanziger Jahren stark umstritten war, sich aber später als richtig erwies. Mit der Darstellung von Naines Leben erfährt man zugleich ein spannendes Stück Zeitgeschichte. Obwohl Hoeggers Darstellung auf streng wissenschaftlicher Grundlage aufgebaut ist, entbehrt sie nicht der inneren Anteilnahme, eines großen Einfühlungsvermögens und wirkt keineswegs trocken. Es zeugt vom großen Fleiß und Können des Verfassers, daß es ihm im Blick auf die ungünstige Quellenlage dennoch gelungen ist, ein so lebendiges und abgerundetes Bild von Charles Naine zu geben. Die Lektüre dieser Biographie ist sehr gewinnbringend. *W. K.*

S. Friedländer: Auftakt zum Untergang. Verlag Kohlhammer, Stuttgart (1965). 283 Seiten. Fr. 28.90. (S. i.)

Das vorliegende Werk bildet eine wertvolle Ergänzung der kriegswissenschaftlichen und historischen Literatur über den Zweiten Weltkrieg. Es sind ausführlich und offenbar gut fundiert die Beziehungen des Dritten Reiches zu den Vereinigten Staaten zur Darstellung gebracht. Vom europäischen Standpunkte aus wird oft der Blickpunkt allzusehr auf Europa selbst gerichtet. Dies wird durch dieses Buch in glücklichster Weise korrigiert. Wir erfahren, wie zielbewußt Hitler alles tat, um durch Gegenpropaganda in den Vereinigten Staaten und Versuche, die USA nicht zu provozieren, zu verhindern, daß auch die Vereinigten Staaten in den Zweiten Weltkrieg eingreifen würden. Erst der auch für Hitler überraschende Angriff der Japaner auf Pearl Harbour löste den amerikanischen Gegenstoß aus. Wenn man noch bedenkt, daß Hitler praktisch durch die Patente von Joliot Curie aus dem Jahre 1939 über die wissenschaftlichen Grundlagen zur Fabrikation der Atombombe verfügte, deren Bedeutung aber nicht erkannte, so wird einem bewußt, wie 1939 bis 1945 auch das Schicksal der Schweiz einem Ritt des einsamen Reiters über den Bodensee glich. wtr.