Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 68 (1976)

Heft: 11

Artikel: Der neueste Stand von Medicare und Medicaid in den USA

Autor: Schweisheimer, W.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-354825

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: 09.07.2025

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

Der neueste Stand von Medicare und Medicaid in den USA

W. Schweisheimer

Medicare (staatliche Gesundheitsfürsorge für über-65-jährige) und Medicaid (dasselbe für Unbemittelte) sind sozialmedizinisch ein grosser Erfolg. Aber beide sind weit kostspieliger als ursprünglich angenommen wurde. Die staatlichen Ausgaben für beide Systeme überstiegen im vergangenen Jahr 10 Milliarden Dollar. Eine Steigerung auf das Doppelte wird erwartet, wenn nicht neue Gesetze eine Minderung dieser Ausgaben herbeiführen.

Was bietet das Medicare-System?

Teil A des Medicare-Gesetzes ist vornehmlich eine Versicherung für Krankenhausaufenthalt. Teil B beruht auf freiwilliger Leistung des Patienten; sein Hauptziel ist die Begleichung der ärztlichen Kosten.

Folgendes sind die Hauptleistungen von *Medicare A:*

- Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes werden überwiegend von der Social Security Administration (SSA) getragen. Der Patient (ab 65) hat die ersten 84 Dollar hiefür selbst zu bezahlen. Alles andere wird für 60 Tage von der SSA übernommen. Vom 61. bis 90. Tag des Krankenhausaufenthaltes übernimmt der Patient 21 Dollar pro Tag für Krankenhauskosten. Dazu kommt noch eine «Lebenszeit-Reserve» von 60 zuzüglichen Krankenhaustagen für die Zeit, wenn der Patient länger als 90 Tage im Krankenhaus zuzubringen hat. Für diese zusätzlichen Tage hat der Patient pro Tag den Betrag von 42 Dollar selbst zu bezahlen. Zu den Krankenhauskosten gehören nicht nur Raum und Verpflegung, Schwesternpflege und Medikamente, sondern auch Laboratoriumstests, Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme usw.

Weiterbehandlung (*extended care*)

- Ein Patient, der mindestens 3 Tage im Krankenhaus war, kann von dort zur Weiterbehandlung in ein Fürsorgeheim (skilled nursing facility), Altersheim, Sanatorium usw. entlassen werden. Fürsorge dort, kann nötigenfalls bis zu 100 Tagen ausgedehnt werden. Medicare übernimmt alle Kosten für die ersten 20 Tage von «extended care». Für weitere 80 Tage hat der Patient selbst einen Tagesbeitrag zu den Kosten von $ 10.50 zu übernehmen.
- Die Behandlung bei «extended care» muss von autorisiertem Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Der Patient erhält

diese Fürsorge auch, wenn er sie im Lauf von 14 Tagen nach der Spitalentlassung aufsucht.

- Medicare übernimmt weiter die Kosten für 100 Besuche von Schwestern und anderem Krankenpflegepersonal im Heim des Patienten, wenn sie nach 3-tägigem Spitalaufenthalt im Verlauf desselben Leidens nötig werden. Der Arzt oder die Gesundheitsbehörde muss diese Notwendigkeit bescheinigen. *Nicht enthalten in Medicare A* sind Arztkosten (siehe Teil B); Kosten für Privatschwestern; Kosten für die ersten 3 Halbliter Blut, die im Krankenhaus für Transfusionen gebraucht werden; Kosten für Telefon- oder Fernsehapparate, die auf Wunsch des Patienten im Hospital zur Verfügung gestellt werden.

Teil B von Medicare

Medicare B beruht auf freiwilliger Versicherung des Patienten. Für eine ständige Monatsgebühr von zuletzt $ 6.70 (steigend mit Erhöhung der Allgemeingebühren) bekommt er 80 Prozent der «angemessenen» Arztrechnungen im Krankenhaus und ausserhalb ersetzt. Die ersten 60 Dollar für ärztliche Dienstleistungen hat der Patient selbst zu tragen. Auch wird ein Teil der Kosten für die Behandlung Geisteskranker von Medicare getragen.
Die Teilnehmer an diesem freiwilligen Ergänzungsprogramm erhalten auch Schwesternpflege und Krankenhaustechniker-Hilfe im eigenen Heim frei. Medicare übernimmt bis zu 100 solcher Heimbesuche im Jahr, wenn sie ärztlich als nötig bezeichnet werden. Auch Verbandstoffe, künstliche Glieder und künstliche Augen werden von Medicare B übernommen, weiter das Mieten eines Hospitalbettes oder eines Rollstuhls, Röntgentherapie und andere Strahlenbehandlungen.
Nicht übernommen werden von Medicare B: Ärztliche Routineuntersuchungen; Medikamente; Brillengläser; Hörinstrumente; Immunisierungen; Gebisse und zahnärztliche Behandlungen (gewisse Operationen, die mit Zahnpflege in Zusammenhang stehen, werden von Medicare übernommen); orthopädische Schuhe; ärztliche Hilfeleistungen ausserhalb der USA.

«Angemessene» Arzthonorare

Der Arzt hat die Wahl, an wen er seine Rechnung für Medicare-Patienten senden will. Sie kann an die SSA-Stellen gesandt werden oder direkt an die Patienten. Diese bekommen den pflichtigen Teil von den SSA-Stellen oder von einer anderen Versicherungsagentur rückvergütet. Direkte Bezahlung des Patienten an den Arzt wird von den Ärzteorganisationen vorgezogen.
Der Arzt kann mit zahlungsfähigen Patienten höhere Sätze vereinbaren. Aber ersetzt werden von Medicare nur 80 Prozent des «angemessenen» Honorars, wobei «angemessen» die in einem bestimm-

ten Teil des Landes übliche Arztgebühr darstellt. Diese Sätze sind in New York oder Kalifornien erheblich höher als auf dem Land im mittleren Westen. Ein «angemessenes» Honorar, das von den Gesundheitsbehörden anerkannt wird, kann daher verschieden hoch sein, je nach der Gegend.
Hier ist ein *Beispiel:* Die Rechnung des Arztes beträgt 20 Dollar. Medicare betrachtet das als «angemessen». So hat der Patient davon nur 4 Dollar selbst zu bezahlen. 16 Dollar bekommt er von Medicare rückerstattet, 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.
Alle beteiligten Stellen betrachten Medicare als grossen sozialen und sozialmedizinischen Fortschritt – nicht zuletzt die über-65-jährigen. Die Ärzteschaft hat sich, nach anfänglichem Widerstreben, mit der Handhabung von Medicare angefreundet. Die grossen Kosten, die mit Medicare und Medicaid verbunden sind, lassen die Behörden nach verbilligenden Abänderungen suchen. Regierungen und Kongress bemühen sich, solche Wege zu finden. Auch die Ärzteschaft macht hier Vorschläge.

Medicaid

Auf dem Gebiet von Medicaid sind Änderungen unvermeidlich. Es sei nur kurz darauf hingewiesen. Medicaid ist die sozialmedizinische Fürsorge für unbemittelte Patienten aller Altersklassen. Bestimmungen und Leistungen sind verschieden in den verschiedenen Gliedstaaten der USA. Zum Teil haben die Regeln Ähnlichkeit mit Medicare-Regulierungen.

Ziele der Gesundheitsbehörden

Ein neuerdings betontes Ziel ist es, *präventive Medizin* in den Mittelpunkt der Gesundheitsfürsorge zu bringen: Verhütung von Krankheiten wie frühzeitige Behandlung beginnender Leiden. Auch das kostet Geld, aber Sachverständige betonen, dass es billiger ist als «Chirurgie und Krankenhaus».
Die neuen Leitsätze des amerikanischen Gesundheitsministeriums bewegen sich in folgender Richtung:

- Es soll alles getan werden, um schwere Erkrankungen zu verhüten, zum Beispiel regelmässige Gesundheitsuntersuchungen, geeignete Immunisierungen usw.
- Kranke sollen so früh als möglich behandelt werden, um eine Weiterentwicklung zu schweren Zuständen zu vermeiden.
- Jeder vermeidbare Krankenhausaufenthalt soll vermieden werden.
- Die Gesundheitsfürsorge sollte möglichst von ein und derselben Organisation in gut konzentrierter Form durchgeführt werden.

Kommt die «Krankenversicherung für Jedermann»?

Eine allgemeine staatliche Krankenversicherung für Jedermann wird angestrebt. Ein von Senator Edward Kennedy (Bruder des ermordeten Präsidenten) und anderen Senatoren eingebrachter Gesetzentwurf will dieses Ziel durch ein «Health Security Program» erreichen. Die Kosten – 40 Milliarden Dollar im Jahr – sollen zu 40 Prozent durch eine Bundessteuer finanziert werden, zu 35 Prozent durch eine 3,5-prozentige Lohnsteuer, zu 25 Prozent durch eine 2,1-prozentige Steuer auf individuelle Einkommen. Nicht eingeschlossen sind hier: Behandlung von Geisteskranken, Zahnbehandlung, Rekonvaleszentenheime, gewisse Medikamente und Apparate.
Der Zug zu einer staatlichen Allgemeinversicherung ist in den USA unverkennbar.