

## Zum Problem der Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten

Von Professor Dr. *Walter Friedländer*, Universität von Kalifornien, Berkeley, Cal., USA.

Im Hinblick auf das starke Interesse, das die Frage einer Revision der Kranken- und Unfallversicherung sowie der Invalidenversicherung in der Schweiz findet, mag eine Erörterung der amerikanischen Erfahrungen in der Behandlung dieser Probleme von Wert sein. Es ist allgemein bekannt, daß die Vereinigten Staaten in der sozialen Gesetzgebung nach der großen Depression von 1929 bis 1933 eine moderne Altersrentenversicherung und Arbeitslosenversicherung geschaffen haben, während eine Unfallversicherung gegen Betriebsunfälle bereits in den Ländern, doch nicht als Bundesgesetzgebung seit dem zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts bestand. Natürlich war die Notwendigkeit einer allgemeinen Krankenversicherung schon eher erörtert worden, hatte aber einen so leidenschaftlichen Widerstand von seiten der Ärzteschaft und einflußreicher industrieller Kreise gefunden, daß im Jahre 1935 in der Beratung des «Social Security Act» Vorschläge einer Einbeziehung der Krankenversicherung abgelehnt wurden. Auch eine Invalidenversicherung, die in so vielen Ländern mit der Altersversicherung verbunden ist, wurde nicht in die Gesetzgebung aufgenommen. Alle seither unternommenen Versuche, diese beiden wichtigen Teile der Sozialversicherung in das amerikanische System einzugliedern, sind bisher gescheitert. Es mag in diesem Zusammenhang genügen, zu erwähnen, daß die amerikanische Hauptorganisation der Ärzteschaft, die American Medical Association (A. M. A.), zu der etwa 72,5 Prozent aller Ärzte gehören, die folgenden Gründe gegen eine gesetzliche Krankenversicherung anführt: Sie würde das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten zerstören, den jetzigen hohen Standard der ärztlichen Betreuung weit herabsetzen, da die Ärzte die Massen der Patienten nicht mit genügender Sorgfalt behandeln könnten, würde die Ärzte unter eine unnötige, bürokratische Verwaltung von Beamten stellen, die nichts von der notwendigen medizinischen Behandlung verständen, eine Unmasse nutzlose Zeit und Kraft für Ausfüllung von Formularen und Berichten verschwenden und auch das berufliche Einkommen der Ärzte erheblich herabsetzen. Eine Reihe von chemischen und pharmazeutischen Fabriken fürchtet, daß viele ihrer teuren Erzeugnisse von einer Krankenversicherung nicht benutzt würden und ihre Verdienste so geringer würden. Private Versicherungsgesellschaften, die freiwillige Verträge abschließen, fürchten die Konkurrenz einer allgemeinen Krankenversicherung. Schließlich bekämpfen die Vertreter der Christian-Science-Bewegung den Gedanken einer allgemeinen Krankenversicherung, weil ihre Mitglieder keine Ärzte konsultieren und deshalb auch nicht für eine Krankenversicherung Beiträge leisten möchten. Alle diese Gruppen sprechen bei ihrer Bekämpfung des Gedankens der Krankenversicherung gern von

«sozialisierter Medizin», weil dieses Schlagwort die Versicherung als kommunistische Einrichtung brandmarkt.

Wir wollen hier nicht darauf eingehen, ob diese Einwendungen berechtigt sind oder ob eine Krankenversicherung in der Zukunft Aussicht auf gesetzliche Verankerung hat. Vielmehr möchten wir besprechen, was im Hinblick auf das Fehlen der Krankenversicherung an freiwilligen Versicherungsformen sich entwickelt hat und wieweit diese Formen die Bedürfnisse nach guter ärztlicher Betreuung erfüllen.

Ein wichtiger Faktor in der Entwicklung von freiwilligen Krankenversicherungen in den USA ist der Umstand, daß die Kosten ärztlicher Betreuung sowohl hinsichtlich des Honorars der Ärzte, besonders aber durch die größere Inanspruchnahme von Krankenhäusern, kostspieligen Medizinen und Apparaten, Durchleuchtungen und anderen Methoden von Diagnostik und Therapie außerordentlich gewachsen sind. Im Jahre 1929 wurden in Amerika hierfür 3,6 Milliarden Dollar ausgegeben, etwa 30 Dollar für jeden Einwohner der USA, im Jahre 1951 aber 14 Milliarden Dollar oder 90 Dollar für jeden Einwohner<sup>1)</sup>.

Besonders teuer sind die Krankenhäuser, in denen im allgemeinen der Patient zwischen 15 und 25 Dollar täglich zu bezahlen hat, wobei aber die Kosten für ärztliche Behandlung, fachärztliche Beratung und alle Operationen nicht inbegriffen sind, so daß die Kosten des Krankenhausaufenthalts bei weitem höher sind als das Durchschnittseinkommen des Patienten, der dazu noch häufig seit dem Beginn der Krankheit seine Arbeit verloren hat und keinen Lohn bezieht. In den meisten Landkreisen und Städten bestehen zwar öffentliche Krankenhäuser, die von den Patienten keine so hohen Preise verlangen; sie sind aber in der großen Mehrzahl nur für «bedürftige Patienten» zu ermäßigten Sätzen zugänglich und werden oft von der Bevölkerung möglichst gemieden, da sie nicht als zuverlässig und erstklassig gelten, obschon dieses Vorurteil nicht begründet sein mag.

Im Jahre 1946 waren nach Erhebungen des Arbeitsministeriums des Bundes etwa 17 Prozent der städtischen und 3 Prozent der ländlichen Bevölkerung in irgendeiner Form von freiwilliger Krankenversicherung aufgenommen, während im Jahre 1954 diese Zahl auf 70 Prozent der städtischen und auf 45 Prozent der ländlichen Bevölkerung angestiegen war. Statistische Untersuchungen über die Zahl der freiwillig Versicherten hatten schon im Jahre 1932 während der schweren Wirtschaftskrise unter Präsident Hoover begonnen, der damals eine Kommission zum Studium der ärztlichen Versorgung einberief. Aber erst im Jahre 1948 veröffentlichte Professor Dr. Franz Goldmann von der Harvard-Universität die erste umfassende Untersuchung über die

---

<sup>1)</sup> Vgl. Prof. Michael M. Davis, «Needs and Problems of Medical Care», in *New Directions in Social Work* (New York, Harper, 1954), S. 117; Prof. Dr. med. Franz Goldmann, «Comprehensive Medical Care: Basic Issues», *Social Service Review*, Bd. 29, Nr. 3, September 1955, S. 267 ff.

Entwicklung und den Umfang der freiwilligen Krankenversicherung in seinem Werk «*Voluntary Medical Care Insurance in the United States*» (New York, Columbia University Press). Dieses Buch erörterte die Grundsätze und die praktische Bedeutung der freiwilligen Versicherung gegen Krankheit. In der Hauptsache haben sich vier verschiedene Formen der freiwilligen Krankenversicherung entwickelt.

### 1. Versicherungen unter Leitung der ärztlichen Berufsverbände

Diese Versicherungen, von denen die Blue Shield Plans (Blau-Schild-Versicherung) die zahlreichsten sind, haben die Genehmigung entweder der ärztlichen Landesorganisation oder der ärztlichen Kreisgesellschaft und werden zumeist für einen Staat (der dem Schweizer Kanton entspricht), nicht für das ganze Bundesgebiet eingerichtet. Oft wird nur eine Operation im Spital, aber keine weiteren Kosten von der Versicherung bezahlt, zuweilen auch die ärztliche Betreuung im Spital oder im Hause. Häufig müssen Patienten, deren Einkommen einen bestimmten Betrag übersteigt, höhere Honorare an den behandelnden Arzt bezahlen oder werden überhaupt nicht aufgenommen.

In zwei Staaten, Washington und Oregon, hat, im Gegensatz zu den meisten anderen Staaten in den USA, diese «Blau-Schild-Versicherung» eine ziemlich umfassende Art der Versicherung ausgearbeitet, bei der sowohl die Freiheit der Arztwahl gesichert als auch ein ausreichender Schutz des Patienten gegen die Gefahr der Verarmung im Falle ernstlicher Erkrankung gewährt erscheint. Im ganzen sind mehr als 28 Millionen Menschen in diesen Verträgen eingeschlossen.

### 2. Versicherungen unter Beteiligung der Patienten

Dieses ist die älteste Form einer freiwilligen Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten. Anfangs zumeist von der örtlichen Gruppe einer Handwerker-Genossenschaft oder Gewerkschaft begründet, sind im Laufe der letzten zwölf Jahre solche Versicherungen hauptsächlich von Gewerkschaften und Unternehmergruppen teils in gemeinsamen Verträgen, teils allein von den Betrieben oder von den Gewerkschaften für ihre Mitglieder abgeschlossen worden<sup>1)</sup>. Andere freiwillige Versicherungen dieser Art sind von Genossenschaften aller Art, von Universitäten, Schulen, Lehrervereinigungen und freiwilligen Gruppen von Bürgern abgeschlossen worden. Die Versicherungsleistungen werden hier zum Teil von Gruppen des «Blue Cross» (Blaues Kreuz) übernommen, über das noch berichtet wird, oder von anderen Organisationen, wie gemeinnützigen Verbänden, von Gewerkschaften, Beamten oder den erwähnten

---

<sup>1)</sup> Cf. des Verfassers «Gewerkschaftsverträge und soziale Sicherheit». *Gesundheit und Wohlfahrt*, Jahrgang 1950, Heft 7, S. 316 ff.

«Blau-Schild-Gesellschaften» oder gemeinnützigen Stiftungen. Charakteristisch für diese Art der Versicherung ist, daß sie meist nur für eine Stadt oder einen ländlichen Kreis errichtet ist und im allgemeinen umfassende ärztliche Betreuung einschließlich Behandlung durch Fachärzte, Operationen, sorgfältige Diagnose, Krankenhausaufnahme, Medizinen und zuweilen auch zahnärztliche Behandlung sichert. Die Zahl dieser freiwilligen Versicherungen wird auf etwas über 200 Verträge geschätzt, unter denen zwischen drei und vier Millionen Patienten versichert sind. Diese Verträge kommen deshalb in einem Lande mit einer Bevölkerung von 168 Millionen nur einem kleinen Teil zugute. Sie allein erfüllen unter den bisher bestehenden Formen freiwilliger Krankenversicherung, wie wir zeigen wollen, die Anforderung eines umfassenden Gesundheitsschutzes von der vorbeugenden Behandlung in der Zeit anscheinenden Wohlbefindens bis in die Zeit leichter oder schwerer Krankheit mit allen notwendigen Maßnahmen der Behandlung und Heilung. Sie enthalten Betreuung durch Arzt, Facharzt, Spital einschließlich Krankenschwester und moderne Heilbehandlung und erlauben im allgemeinen, daß die Behandlung bis zur Heilung oder Wiederherstellung des Patienten im Rahmen des Möglichen durchgeführt wird.

### 3. Verträge mit kommerziellen Krankenversicherungen

Diese Art von Versicherungen war in den USA bis vor etwa zehn Jahren von geringer Bedeutung, hat seither aber einen gewaltigen Aufschwung genommen, seit diese Form von der leitenden Ärzteorganisation sehr empfohlen wurde. Die Versicherungsleistungen bestehen hier in der Regel nicht in Versorgung mit ärztlicher Betreuung oder in der Bereitstellung eines Spitals, sondern in der Bezahlung eines täglichen Geldbetrags in der Zeit, in der der versicherte Patient durch seine Erkrankung an der Fortführung seiner Arbeit verhindert ist. Oft wird diese Summe nur dann bezahlt, wenn der Patient in ein Spital aufgenommen werden mußte, nicht aber, wenn er nur ärztliche Behandlung aufsuchen mußte. Zuweilen werden diese Verträge nur für Gruppen von Arbeitern oder Angestellten mit einer Mindestzahl von 75 oder 100 abgeschlossen, andere sind für jeden zugänglich, der die erforderlichen Prämien bezahlen will.

Die Versicherungsleistung ist in den meisten Fällen beschränkt auf eine Geldzahlung, die in der Regel etwa die Hälfte der täglichen Kosten der Aufnahme im Spital deckt, zuweilen auch die Kosten von chemischen Untersuchungen und Bestrahlungen, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß der Patient im Spital bleiben muß. Die Kosten von chirurgischen Operationen sind oft auch im Vertrag übernommen, jedoch nur bis zu einem Höchstbetrag, an den der behandelnde Arzt in keiner Weise gebunden ist, so daß der Patient oft einen viel höheren Betrag für eine Operation bezahlen muß, als ihm die freiwillige Versicherung ersetzt. Manche dieser Versicherungen übernehmen auch

mit ähnlichen Begrenzungen die Kosten für den Besuch des behandelnden Arztes im Spital, der nach amerikanischer Gewohnheit nicht in den allgemeinen Spitalkosten eingeschlossen ist, aber nur wenige Versicherungen decken auch die Kosten für Hausbesuche des Arztes oder Konsultationen in der ärztlichen Sprechstunde. Durchweg werden nur eine Höchstsumme für jeden ärztlichen Besuch und außerdem ein Gesamtbetrag ersetzt, der nicht selten nur einen Teil der wirklichen Ausgaben deckt. Unter solche Versicherungen fallen etwa 50 Millionen Personen, von denen 40 Prozent durch Gruppenversicherung und die restlichen 60 Prozent durch Einzelversicherung gedeckt sind. Fast alle sind auch für Operationskosten versichert, aber nur etwa 15 Millionen für die Kosten sonstiger ärztlicher Betreuung.

#### 4. Spitalversicherung

Eine andere weitverbreitete Form der freiwilligen Krankenversicherung, die auf die Initiative von Spitälern und Vereinigungen von Krankenhäusern zurückzuführen ist, versucht an Stelle eines täglichen Krankengeldes die eigentlichen Spitalkosten bis zu gewissen Höchstgrenzen zu übernehmen. Die meisten dieser Versicherungen werden in den USA von den «Blau-Kreuz-Gesellschaften» abgeschlossen, die in der Regel als gemeinnützig anerkannt und von der Amerikanischen Krankenhausvereinigung genehmigt sein müssen. Zumeist sind die Blau-Kreuz-Gesellschaften für Krankenhäuser in einem der 48 Staaten zuständig und werden von einem Vorstand geleitet, der sich aus Ärzten, Spitaldirektoren und einigen Vertrauensleuten der Wirtschaft zusammensetzt. Diese Art Versicherung bezahlt die Kosten der Aufnahme im Spital in der Regel bis zu einer Höchstdauer von 21 bis zu 30 Tagen im Jahr, zuweilen auch einen Teil der Spitalkosten für eine weitere Zeit von einem bis zu drei Monaten. Die Versicherten sind hier nicht auf Personen mit einem bestimmten Einkommen beschränkt, aber manche Gesellschaften nehmen nur Personen bis zu einem gewissen Alter (zum Beispiel 60 Jahre) auf oder schließen chronische Krankheiten, die bereits bestehen, von der Versicherung aus. Neben den Blau-Kreuz-Gesellschaften bestehen auch einige Versicherungen, die nicht die eigentlichen Spitalkosten versichern, sondern einen Tagessatz, der oft nur einen Teil der wirklichen Spitalkosten ausmacht und auch nur auf eine gewisse Höchstdauer gezahlt wird. Im ganzen sind in diesen Formen von Spitalversicherung etwa 45 Millionen Menschen in den USA versichert, bei weitem die größte Zahl in irgendeiner der freiwilligen Krankenversicherungen.

Obschon sich diese vier Formen freiwilliger Krankenversicherung natürlich erheblich überschneiden und zahlreiche Patienten in mehreren Versicherungen sind, überrascht es doch, zu welchem bescheidenem Teil die Ausgaben für ärztliche Betreuung und für Krankenhausbehandlung durch Versicherungen gedeckt sind. Die letzten verlässlichen Erhebungen über die Ausgaben für Kran-

kenbehandlung sind für das Jahr 1953 erhältlich. Sie ergeben, daß von der Gesamtbevölkerung von damals 155 Millionen Einwohnern 87 Millionen in irgendwelcher, oft sehr beschränkter Form versichert waren, 26 ½ Millionen nur für Spalkosten, 35 ½ Millionen für Spital und Operationen, 20 Millionen für Spalkosten, Operationen und einige ärztliche Behandlung, 5 Millionen für Spalkosten und volle ärztliche Therapie im Spital, daß aber 68 Millionen Menschen keiner Krankenversicherung angehörten. Von den wirklichen Kosten für Krankenbehandlung waren aber *nur* 16 ⅔ Prozent durch alle Formen der freiwilligen Krankenversicherung *gedeckt*, und in diesen Leistungen waren zwar etwa 35 Prozent der Spalkosten, aber nur ein Anteil von erheblich weniger als einem Fünftel der Kosten der eigentlichen ärztlichen Behandlung eingeschlossen (siehe Professor Michael Davis, *Medical Care for Tomorrow*, Harper, New York 1955, Seite 243 ff.). Diese Statistik beweist, wie unzulänglich vom Standpunkt des Schutzes der Volksgesundheit bisher die Form der freiwilligen Krankenversicherung sich auswirkt. Die Mehrzahl der Versicherten gehört den wohlhabenden Schichten des Mittelstandes oder der wohlhabenden Gruppe der Bevölkerung an, und die meisten wohnen in Großstädten und in den reicheren Industriestaaten. Nicht versichert oder doch nur in ganz unzureichendem Maße versichert sind Arbeiter und Angestellte der unteren Einkommensgruppen (soweit sie nicht durch Gewerkschaftsverträge geschützt sind), Kleinbauern, landwirtschaftliche Arbeiter, selbständige Gewerbetreibende, Angehörige von Minderheitsgruppen, besonders Neger, Mexikaner und Einwanderer aus Puerto Rico und viele Patienten, die älter als 55, 60 oder 65 Jahre sind oder an chronischen Krankheiten leiden. Gegenüber dieser Analyse besagt die große Zahl von freiwilligen Versicherungspoliceen nicht viel, die Ende 1955 auf 101 493 000 angegeben worden ist und von dem «Health Insurance Council» als Beweis für die Popularität der freiwilligen Krankenversicherung angeführt wird.

#### *Zusammenfassung*

Es haben sich in den USA Formen der freiwilligen Krankenversicherung stark entwickelt und gewähren trotz großen Verschiedenheiten in ihren Leistungen einem Teil der Bevölkerung einen gewissen Schutz gegen die Gefahr unerschwinglicher Kosten für medizinische Behandlung und Spitalaufnahme. Ungeklärt ist bisher, ob darüber hinaus eine allgemeine, gesetzliche Krankenversicherung geschaffen werden soll, um den bisher nicht erfaßten Teilen der Bevölkerung, besonders den Gruppen mit bescheidenem Einkommen, Schutz zu gewähren. Ferner ist zu entscheiden, ob nicht der Gesichtspunkt der geldlichen Belastung zu sehr in den Vordergrund geschoben worden ist und ob nicht statt dessen das Ziel einer guten ärztlichen Betreuung, einschließlich vorbeugender Maßnahmen für die ganze Bevölkerung, verfolgt werden sollte. Dabei könnte dann erwogen werden, wie dieses Ziel am besten erreicht werden kann, ob durch freiwillige oder allgemeine gesetzliche Krankenversicherung oder durch eine Verbindung beider Formen oder schließlich durch ein System unentgeltlicher ärztlicher Versorgung, für das das englische Beispiel maßgebend sein könnte. In jedem Falle würde in den USA notwendig sein, eine angemessene Ent-

geltung der ärztlichen Leistungen sicherzustellen, wobei die lange Zeit des medizinischen Studiums, die erheblichen Kosten der Ausbildung und der hohe Wert der ärztlichen Kunst für das Wohl der ganzen Bevölkerung berücksichtigt werden müssten.

#### *Résumé*

Aux Etats-Unis des formes d'assurance-maladie volontaires se sont fortement développées et assurent, malgré leurs prestations différentes, à une partie de la population une certaine protection contre le danger de frais exorbitants pour traitement médical et séjour à l'hôpital. On n'a jusqu'ici pu déterminer s'il fallait créer en plus une assurance générale pour accorder une protection à la population qui n'en a pas encore pu profiter, notamment aux groupes avec des salaires bas. Puis, il reste encore à décider si l'on n'a pas trop insisté sur la charge pécuniaire aux dépens d'un bon traitement médical, y compris des mesures préventives pour toute la population. C'est à ce moment là que l'on pourrait examiner la meilleure façon d'atteindre ce but; soit par une assurance-maladie volontaire ou obligatoire, soit par la combinaison des deux formes ou enfin par un système de traitement médical gratuit, comme en Angleterre. Dans tous les cas, il conviendrait, aux Etats-Unis, d'assurer une rétribution adéquate au médecin traitant, en tenant compte de la durée des études de médecine, du coût considérable de sa formation professionnelle et de la grande valeur de l'art médical pour le bien de la population.

## **Le risque professionnel chez les héliograpeurs**

Considérations sur l'intoxication chronique aux hydrocarbures aromatiques de la série du benzol

Par le Dr méd. *Marc Lob*, Lausanne

### I<sup>e</sup> partie

Le propos de ce travail a été d'étudier les risques professionnels auxquels sont exposés les héliograpeurs.

Depuis 1951 nous contrôlons périodiquement la santé des héliograpeurs dans une imprimerie du canton, ce qui nous a amené à faire plusieurs constatations intéressantes, surtout d'ordre hématologique. D'autre part, les conditions de travail s'étant modifiées en 1953, nous avons ainsi eu la chance de pouvoir effectuer des observations comparatives dont les résultats ont été fort instructifs.

Après une introduction concernant les benzols en général, nous étudierons plus en détail le toluol et le xylol, ces deux hydrocarbures aromatiques ayant été, tout au moins au début, la source essentielle des troubles morbides. Nous décrirons brièvement les principes de l'héliogravure, les conditions dans lesquelles les ouvriers ont travaillé, puis nous passerons à la casuistique. Nous donnerons enfin un aperçu sur la prévention technique et sur la législation.

## **I. Généralités sur les benzols**

### *Nomenclature*

Dans les pays qui ne sont pas d'expression française, le benzol (C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>) est synonyme de benzène et caractérise un corps chimique bien défini de la série des hydrocarbures aromatiques, distillant à 80 degrés centigrades. Le toluène ou toluol distille à 110 degrés et répond à la formule C<sub>6</sub>H<sub>5</sub>CH<sub>3</sub>; les xylènes ou