

Neue Wege in der amerikanischen Gesundheitsfürsorge

Von Prof. Dr. med. Walter Friedländer, Universität von Kalifornien in Berkeley, USA.

Sozialhygiene und Gesundheitsschutz

Im Zusammenhang mit der kürzlichen neuen Gesetzgebung auf dem Gebiete der Sozialpolitik der USA ist auch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheitsfürsorge eingeleitet worden, die die Leser dieser Zeitschrift interessieren wird. Wie in allen Ländern westlicher Zivilisation hat auch in den Vereinigten Staaten das öffentliche Gesundheitswesen in den Gemeinden zunächst das Augenmerk auf den Schutz der Bevölkerung gegen Epidemien und gefährliche ansteckende Krankheiten gerichtet. Hierfür wurden Quarantäne-Stationen in den Spitälern, Zwangsbehandlung gewisser Krankheiten angeordnet und Vorkehrungen zur Sicherung von gesunder Wasserbeschaffung, Kanalisation und anderer sanitärer Maßnahmen geschaffen. Neuerdings sind auch Einrichtungen der vorbeugenden Fürsorge hinzugetreten, die namentlich in den Städten Eheberatungsstellen, Fürsorgestellen für Schwangere, junge Mütter und Säuglinge, zahnärztliche Kliniken geschaffen haben, an manchen Stellen auch diagnostische Kliniken zur frühen Erkennung und Behandlung von Krebs, Diabetes, nervösen Leiden und Erkrankungen des Herzens. Die Invalidenfürsorge für Kinder ist hier in allen Staaten durchgeführt.

Diese Maßnahmen des Gesundheitsschutzes werden in der Regel von den Gemeinden und Kreisen verwaltet, durchwegs aber von den einzelnen Staaten und von der Bundesregierung mit erheblichen Mitteln finanziell unterstützt. Ein Teil der öffentlichen Gesundheitspflege, der nicht in der Gemeinde geregelt werden kann, wird von den Landesgesundheitsämtern verwaltet. Der Bund selbst übernimmt die gesundheitliche Versorgung der Angehörigen der militärischen Formationen, der Kriegsbeschädigten und der Indianer auf den Reservationen. Die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge haben sich naturgemäß bei dem raschen Anwachsen der Bevölkerung in den letzten 100 Jahren und unter dem Einfluß der Umwälzungen der industriellen Entwicklung des Landes sehr gewandelt. Hierbei haben die neuen Methoden der medizinischen Wissenschaft und der chemisch-pharmazeutischen Produktion sowie die Verlagerung der altersmäßigen Zusammensetzung der Bevölkerung eine bedeutende Rolle gespielt; es leben gegenwärtig etwa 15 Millionen Menschen über 65 Jahre in den USA, und fast 5 Millionen sind über 75 Jahre alt, ein Viertel mehr als im Jahre 1950. Auf der Grundlage dieser erweiterten Altersprobleme hat die Gerontologie große Bedeutung gewonnen. Neue Methoden ärztlicher Betreuung und neue Heilmittel haben die Behandlung in der Praxis des Arztes und im Spital vor veränderte Aufgaben gestellt.

Neben den Trägern des öffentlichen Gesundheitswesens in der Gemeinde, im Kreis, im Staat und in der Bundesregierung sind auch zahlreiche freiwillige

Vereine in der Gesundheitsfürsorge tätig. 30 von ihnen sind im ganzen Bundesgebiet und über 300 Vereine zum mindesten im Bereiche eines ganzen Staates tätig (wobei die Staaten hier etwa dem Kanton in der Schweiz entsprechen). Die Zahl der örtlich wirkenden privaten Organisationen auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge geht in die Zehntausende. Diese privaten Vereinigungen haben bedeutende Pionierarbeit für die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge und für die Aufklärung der Bevölkerung über ihre Notwendigkeit und ihren Wert geleistet. Gegenwärtig ergänzen sie in wertvollen Einrichtungen die Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsdienste, experimentieren mit neuen Methoden und Versuchen, veranstalten Vorträge, Kurse und Demonstrationen auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung der Bevölkerung. Als Beispiele mögen hier die Vereinigungen für Tuberkulose, für Herzerkrankungen, die Vereinigung zur Kontrolle des Krebses, die Vereinigung für spinale Kinderlähmung genannt sein, die ebenso wie viele andere Organisationen die Forschungen zur Ermittlung der Ursachen dieser Krankheiten, die rechtzeitige Erkennung und Behandlung zu fördern suchen.

In der letzten Dekade ist das allgemeine Interesse an Maßnahmen der Rehabilitation in den USA sehr gestiegen, zweifellos ermutigt durch bemerkenswerte Erfolge in der Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Kriegsverletzten, die durch eine enge Zusammenarbeit von Ärzten, Berufsberatern, Industrie, Fürsorgern, Arbeitsvermittlern und Psychologen erreicht wurden. Eine noch von Präsident Truman eingesetzte Sachverständigen-Kommission hat empfohlen, daß in aller ärztlichen Behandlung, in Spitälern und Kliniken, in Fürsorge- und Beratungsstellen das Ziel beruflicher Readaptation zur vollen oder teilweisen Wiederherstellung wirtschaftlicher Selbständigkeit als eine wichtige Aufgabe der ärztlichen Therapie im Auge behalten werden muß. Dasselbe gilt aber auch für alle anderen Berufskräfte, die an der Wiedereingliederung Gebrechlicher und Behinderter arbeiten. Im Laufe der vergangenen Jahre sind die Arbeiten auf allen Gebieten der sozialen Fürsorge in dieser Beziehung wesentlich intensiviert worden, zumal nachdem der Kongreß namhafte finanzielle Zuschüsse hierfür bereitgestellt hat. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf Gebrechliche und Invalide, die früher kaum einer Besserung für fähig gehalten wurden, und auf die Eltern hilfsbedürftiger Kinder; das Ziel wirtschaftlicher Selbständigkeit wird durch finanzielle Beihilfen während beruflicher Schulung oder Umschulung, durch sorgfältige Berufsberatung und fürsorgliche Betreuung der betroffenen Familien, durch Verhandlungen mit industriellen, gewerblichen und kaufmännischen Betrieben und besondere Arbeitsvermittlung der Betreuten verfolgt. Diese Maßnahmen der Rehabilitation sind auch für die Empfänger der Invalidenfürsorge, bei denen eine Aussicht auf wirtschaftliche Erwerbsfähigkeit besteht, und neuerdings seit dem 1. Juli 1957 für Invaliditäts-Versicherungsempfänger Voraussetzung ihrer Leistungen. Vom Standpunkt der Sozialfürsorge ist es aber wichtig, zu erkennen, daß die psycho-

logischen Werte einer Selbsthilfe, das Gefühl der Behinderten und Gebrechlichen durch eigene Anstrengung zu ihrem Unterhalt beizutragen und ihren Teil an der Produktion des Landes zu leisten, nicht weniger wichtig ist als ihre wirtschaftliche Teilnahme an dem Sozialprodukt.

Zur Versorgung der Patienten, die Aufnahme in einem Spital benötigen, ist es von Interesse zu wissen, daß die Zahl der privaten Krankenhäuser in den USA bei weitem die der öffentlichen Spitäler übersteigt. Die erstere Gruppe, die entweder einem einzelnen Arzt oder häufiger einer Gruppe von Ärzten, zuweilen aber auch Privatleuten gehören, oder aber kirchlichen oder humanitären Organisationen, namentlich verschiedenen Orden und Freimaurergruppen, beträgt über 6000 in den Vereinigten Staaten, wobei allerdings ländliche Gegenden und kleine Städte weit weniger vertreten sind als größere Städte und industrielle Bezirke. An öffentlichen Spitälern sind etwa 850 vorhanden, die überwiegend in den Städten liegen, im übrigen werden sie von den Staaten und vom Bund eingerichtet und unterhalten.

Kosten ärztlicher Betreuung

In diesem Zusammenhang wollen wir vor allem die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge erörtern, die sich auf die Verhütung und die Behandlung von Krankheiten des einzelnen Patienten und seiner Familie beziehen. Da in den Vereinigten Staaten keine obligatorische Krankenversicherung besteht¹, während sie in der Schweiz in den meisten Städten und zum mindesten den größeren Gemeinden bereits eingeführt ist, gewinnen Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge eine überragende soziale Bedeutung. In der genannten Untersuchung ist dargelegt worden, daß die verschiedenen Formen freiwilliger Krankenversicherung trotz mancher erfreulicher Erfolge nur einen Teil der Bevölkerung gegen die sozialen Gefahren schützen, die mit schwerer oder langwieriger Erkrankung verbunden sind. Im wesentlichen kommen sie den wohlhabenden Schichten und einem Teil der in starken Gewerkschaften organisierten Industriearbeiterschaft zu gute, während viele Teile der ländlichen Bevölkerung, sowohl Landwirte wie Landarbeiter, Kleingewerbetreibende, kaufmännische Angestellte, Angehörige freier Berufe nicht oder sehr unzureichend gegen die Nachteile von Krankheit versichert sind. So sind gerade die Kreise ohne den erforderlichen Versicherungsschutz, die auf Grund ihres bescheidenen Einkommens und ihrer geringen Ersparnisse oder die wegen früherer Krankheiten oder Unfälle, wegen ihres Alters oder Invalidität am meisten darauf angewiesen sind. Aus diesen Gründen spielen die Kosten für ärztliche Untersuchung und Behandlung, für Heilmittel und Medizinen aller Art, für die Aufnahme in Spitäler, Sanatorien und Asyle eine sehr bedeutende Rolle. Bei den Empfängern öffent-

¹) Vergl. die Abhandlung des Verfassers in dieser Zeitschrift, Vol. 1, Fasc. 6, Juni 1956, S. 249 ff. «Zum Problem der Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten».

licher Fürsorge betragen diese Kosten seit langem einen erheblichen Teil der gesamten Ausgaben der Wohlfahrtsämter. Dies ist auch dadurch bedingt, daß die vorher erwähnten privaten Vereine der Gesundheitsfürsorge in der praktischen ärztlichen Versorgung und Spitalbehandlung nur einen sehr geringen Teil der anfallenden Kosten für Patienten bestreiten können und im allgemeinen die Empfänger öffentlicher Fürsorge an die Amtsstellen verweisen, die ihnen finanzielle Hilfe zuteil werden lassen, während gerade diese Patienten fast niemals in der Lage sind, diese Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Unter diesen Umständen geschieht es nach den Untersuchungen der amerikanischen Ärztevereinigung außerordentlich häufig, daß die behandelnden Ärzte in ihren Sprechstunden und in den Spitälern Patienten aus dem Kreise der Unterstützungsempfänger unentgeltlich behandeln und keine Bezahlung von ihnen verlangen. Freilich werden bei der Bemessung der Fürsorgeleistungen von den Wohlfahrtsämtern, wie noch zu erörtern ist, gewisse Kosten der ärztlichen Betreuung und der Beschaffung von Medizin und Heilmitteln eingerechnet. Seit einer Ergänzung zum Social Security Act aus dem Jahre 1950 haben eine Reihe von Wohlfahrtsämtern es übernommen, diese Kosten unmittelbar an Arzt, Apotheke oder Spital zu begleichen, aber die hierfür vorhandenen Mittel waren im allgemeinen nicht ausreichend. Durch die außerordentlichen Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft haben sich in den USA viele Ärzte, namentlich in größeren Städten mit verschiedenen Fachärzten zur gemeinsamen Ausübung der Praxis verbunden. Das Publikum hat die erheblichen Vorteile erkannt, die hinsichtlich sorgfältiger Diagnose und Therapie unter Hinzuziehung der hierfür besonders qualifizierten Fachärzte bestehen. Den Wohlfahrtsämtern ist es aber in vielen Fällen nicht gelungen, für die Behandlung der Fürsorgeunterstützungsempfänger sehr qualifizierte Ärzte und Fachärzte zu gewinnen, weil diese sehr in Anspruch genommen sind und die von den Ämtern angebotenen Behandlungssätze nicht verlockend fanden. So kommt es, daß im allgemeinen nur diejenigen Patienten in der Lage sind, ihren Hausarzt, ihre Fachärzte und ein Spital frei zu wählen, die auch wirtschaftlich über ausreichende Mittel verfügen, die hohen Kosten hierfür zu bezahlen oder einer freiwilligen Krankenversicherung zugehören, die die Kosten für ärztliche und fachärztliche Behandlung, notwendige Operationen und Spitalaufnahme übernimmt, was nur in einem ganz kleinen Prozentsatz aller Versicherungen gewährleistet wird.

In der Praxis der Armenfürsorge besteht in den USA seit langem die Möglichkeit, die Empfänger öffentlicher Armenpflege und ihre Familienangehörigen in städtischen oder Kreisspitälern unentgeltlich oder zu bescheidenen Sätzen, die sich nach dem Einkommen des Patienten richten, zur Behandlung aufzunehmen. Noch älter ist die Sitte, daß ein Armenarzt für eine Stadt oder einen Bezirk vom Wohlfahrtsamt angestellt ist, der die ihm zugewiesenen Kranken behandelt. In der amerikanischen Bevölkerung hat sich aber ein vielleicht

nicht begründetes Mißtrauen gegen diese ärztliche Betreuung im Rahmen der Armenpflege erhalten, das sich bisher nicht überwinden ließ. Dieses Vorurteil stützt sich wohl darauf, daß der stark beanspruchte Armenarzt oft nicht sehr viel Zeit für den einzelnen Patienten findet und daß in manchen öffentlichen Spitälern die Armenpatienten zuweilen von jungen Ärzten behandelt werden und daß neue Heilmethoden und Medizinen an ihnen erprobt werden, was ja auch in vielen Universitäts-Kliniken geschieht.

Es ist zwar verschiedentlich in den USA behauptet worden, daß die Reichen und die *ganz* Armen ärztlich am besten versorgt sind. Diese Formulierung hält aber doch einer kritischen Nachprüfung nicht stand. Ein Ausschuß der amerikanischen Ärztevereinigung fand im Jahre 1955 bei einer Untersuchung der ärztlichen Betreuung der Empfänger von Fürsorgeleistungen der Wohlfahrtsämter, daß diese amtlichen Stellen nur einen bescheidenen Teil der wirklichen Ausgaben für ärztliche Konsultationen, Operationen und Spitalbehandlung übernahmen oder in ihren Fürsorgebeträgen an die Patienten gewährten. So kommt es, daß auch jetzt noch – wie erwähnt – zahlreiche Fürsorgeempfänger und Familien mit geringem Einkommen darauf angewiesen sind, daß private Ärzte und Spitäler ihnen unentgeltliche oder sehr ermäßigte Behandlung gewähren, was zweifellos für beide Teile unerwünscht ist. In manchen großen Städten bestehen allerdings ausreichende Polikliniken und Spitäler, die von den Behörden und von privaten Organisationen unterhalten werden, die auch den Unbemittelten gute Versorgung ermöglichen. Dies gilt aber nicht für die ländlichen Bezirke des Landes und die zahlreichen kleineren und mittleren Städte, in denen sowohl die Empfänger öffentlicher Fürsorge wie die minderbemittelten Patienten die Kosten guter ärztlicher Betreuung häufig nicht aufbringen können.

In wirtschaftlicher Hinsicht liegt die Ursache dieses Problems im wesentlichen daran, daß neben dem Ansteigen der ärztlichen Honorare die Kosten für Medizinen, Prothesen und andere Heilmittel, vor allem aber die Unterhaltungskosten der Spitäler außerordentlich angewachsen sind. Zum Teil ist dies eine Folge der Inflation, die seit der Wirtschaftsdepression von 1930 den Wert der Währung auf die Hälfte zurückgedrängt hat, zum Teil auch bedingt durch höhere Löhne für das Personal der Spitäler. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch die zahnärztliche Versorgung der minderbemittelten Schichten des Volkes. Nur in 22 unter den 48 Staaten wird für Empfänger von Wohlfahrtsunterstützung überhaupt zahnärztliche Behandlung gewährt, und andere Gruppen erhalten keinerlei Hilfe für diese Betreuung. Selbst in den 22 Staaten entscheidet das örtliche Wohlfahrtsamt in der Regel, ob im einzelnen Falle die Kosten zahnärztlicher Behandlung vom Amte übernommen werden können. So ist gerade auf diesem wichtigen Zweige des Gesundheitswesens die Bevölkerung fast ganz auf die Bestreitung der Kosten aus eigenen Mitteln angewiesen.

Bis zur Depression von 1930 hatten häufig private Wohlfahrtsvereine die Kosten ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung für die Armen und Minderbemittelten übernommen. Als deren Mittel in der Zeit der schweren Arbeitslosigkeit sich erschöpften, übernahmen die öffentlichen Wohlfahrtsämter mit Unterstützung der Staaten und der Bundesregierung auch diese Kosten als einen Teil der öffentlichen Fürsorge. Doch wurde diese Hilfe auf die arbeitslosen Familien und die Empfänger von wirtschaftlicher Fürsorge begrenzt. Daß Krankheit, Unfall und besonders chronische Erkrankungen zu den wichtigsten Ursachen wirtschaftlicher Hilfsbedürftigkeit gehören, ist natürlich in den USA wie in allen europäischen Ländern seit langem bekannt. Es ist aber auch wissenschaftlich in neueren Untersuchungen immer wieder bestätigt worden. Eine Nachforschung des Bundesamtes für soziale Sicherheit über die Gründe finanzieller Hilfsbedürftigkeit in den Jahren 1948 bis 1953 ergab, daß in der Altersfürsorge mehr als ein Drittel aller Antragssteller durch Krankheit und Invalidität hierzu genötigt waren. Unter den Eltern, die Anträge auf Fürsorge für ihre hilfsbedürftigen Kinder stellten, weil sie die Kinder nicht selbst ernähren konnten, waren zwei Fünftel durch Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit in diese Lage gekommen.

Auf Grund des Social Security Act von 1935 übernahm zum ersten Male der Bund einen erheblichen Teil der Kosten für die Fürsorge von drei besonderen Gruppen: Altersfürsorge, Blindenfürsorge und hilfsbedürftige Kinder in ihren eigenen Familien. Im Jahre 1950 trat noch die Invalidenfürsorge als vierte Form einer Sonder-Fürsorge hinzu, für die der Bund einen Teil der Kosten übernahm. Zu den neuen Prinzipien dieser öffentlichen Sonder-Fürsorge gehörte es, daß im Gegensatz zur alten Armenpflege den Betreuten die Hilfe in Geld direkt ausbezahlt wurde, so daß etwaige Kosten für ärztliche Betreuung von den Patienten selbst an den Arzt oder das Spital zu entrichten waren. Da die Fürsorgeleistungen trotz der Bundeszuschüsse in der Regel nur den Mindestbedarf der Unterstützten an Nahrung, Wohnung und Kleidung deckten, blieben entweder keine oder doch nur ganz unzureichende Beträge übrig, aus denen die Patienten den Arzt oder das Spital sowie den Apotheker oder eine Krankenschwester bezahlen konnten. Namentlich für größere Operationen, längeren Aufenthalt im Spital oder Sanatorium waren keine Mittel vorhanden.

Wohlfahrtspflege und Gesundheitsfürsorge

Bei dieser unhaltbaren Lage sah ein Zusatz zum Social Security Act im Jahre 1950 die Möglichkeit vor, daß die Wohlfahrtsämter Vereinbarungen mit Ärzten, Spitalern und freiwilligen Krankenkassen treffen konnten, nach denen sie die Kosten für Betreuung von Unterstützungsempfängern unter vereinbarten Tarifen unmittelbar übernehmen konnten, wobei auch monatliche Vorauszahlung eines Beitrages für jeden versicherten Patienten erlaubt wurde. Von den 48 Staaten der USA machten 33 von dieser Möglichkeit Gebrauch, während

15 Staaten keine Regelung trafen. Der Hauptgrund für die mangelhafte Verwirklichung einer guten ärztlichen Versorgung der Fürsorgeempfänger war, daß die Wohlfahrtsämter gezwungen waren, die Kosten aus dem bescheidenen Budget für die einzelnen Unterstützten zu decken, zu dem die Bundesregierung nur eine Beihilfe bis zum Höchstbetrag von monatlich \$35 für Alte, Blinde und Invalide und einen geringeren Höchstbetrag für hilfsbedürftige Kinder und die sie versorgende Mutter oder Verwandte übernahm.

Um die verwaltungsmäßig komplizierte Verteilung der Ausgaben für ärztliche Behandlung und Spitalaufnahme auf die allgemeinen Kosten der Fürsorge in den Wohlfahrtsämtern zu erleichtern und außerdem etwas zureichende Mittel für schwere Operationen und längere Spitalunterbringung zur Verfügung zu haben, richteten 13 Staaten eine Ausgleichskasse für diese Ausgaben im Wohlfahrtsamt ein, in die laufend monatlich ein gleicher Betrag für jeden Empfänger von Unterstützung der vier Klassen der öffentlichen Sonder-Fürsorge mit dessen Zustimmung einbezahlt wurde, der dem durchschnittlichen Anteil dieser Kosten entsprach. In den industriellen Staaten, die einen höheren Lebensstandard haben, blieb allerdings nur ein sehr geringer Prozentsatz der Gesamtkosten verfügbar, der sich hierfür abzweigen ließ, obschon in den USA die monatliche Ausgabe für ärztliche Betreuung sich auf \$ 22 Millionen belief. In diesem Betrag waren auch die Beträge enthalten, die an Spitäler, Siechen- und Altersheime entrichtet wurden, in denen Fürsorgeunterstützungsempfänger untergebracht waren; diese Überweisung von Wohlfahrtsmitteln war durch die Gesetzesänderung von 1950 gleichfalls ermöglicht worden. Hingegen konnten keine Fürsorgemittel an Heilanstalten für Geisteskranke und Geistesschwache und an Tuberkulose-Anstalten gezahlt werden, die ausdrücklich ausgenommen waren, weil in der Regel die Staaten unbemittelte Patienten unentgeltlich in diese Anstalten aufnehmen.

Eine außerordentlich wichtige Änderung in der Regelung der gesundheitlichen Betreuung der Empfänger öffentlicher Fürsorge wurde durch den Zusatz vom Jahre 1956 herbeigeführt, der erst am 1. Juli 1957 in Kraft getreten ist. Diese Bestimmung sieht zum ersten Male in der amerikanischen Sozialgesetzgebung besondere Zuschüsse des Bundes zu den Ausgaben der Staaten und Gemeinden für die Kosten ärztlicher Behandlung und Spitalunterbringung, von Heilmitteln und therapeutischen Nebenkosten über die Bundeshilfe zur wirtschaftlichen Fürsorge an die Einzelnen hinaus vor. Die Gesundheitsfürsorge der Wohlfahrtsämter kann nun diese Kosten von der übrigen Fürsorge getrennt in Rechnung stellen, und der Bund hat es übernommen, die Hälfte dieser medizinischen Ausgaben zu tragen, soweit der Gesamtbetrag eine Summe nicht übersteigt, die monatlich für alle Erwachsenen in der öffentlichen Sonder-Fürsorge des Staates je \$ 6 und für jedes hilfsbedürftige Kind \$ 3 beträgt. Daneben sind in dem Zusatz auch, mit Wirkung ab 1. Oktober 1956, die Bundeszuschüsse für die gehobene Fürsorge selbst erhöht worden. Von den neuen direkten Bun-

desbeitragen zur gesundheitlichen Fürsorge für Unterstützungsempfänger wird erhofft, daß sie zu einer wesentlichen Verbesserung der vorbeugenden und heilenden ärztlichen Maßnahmen führen werden, die bisher aus finanziellen Gründen unterblieben. Die Staaten und örtlichen Wohlfahrtsämter erhalten nun die Möglichkeit, durch Verträge mit Ärzten, Ärztereinen, Gesundheitsämtern, Spitälern und freiwilligen Krankenkassen eine wirksamere gesundheitliche Betreuung der ihnen anvertrauten Fürsorgeempfänger zu sichern. Hierzu gehören auch die Pflege von Patienten in ihrer eigenen Wohnung durch Krankenschwestern oder Hauspflegerinnen, sofern ärztlich keine Spitalaufnahme für nötig erachtet wird, Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen und Heilmassage und andere Maßnahmen der Rekonvaleszenz. Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge ist allerdings, daß Staaten und Gemeinden die Hälfte der erwachsenden Mehrkosten übernehmen können, da der Bund nie mehr als 50 % auf sich nimmt.

Diese finanziellen Gesichtspunkte bleiben ein ernstes Problem, das nicht unterschätzt werden darf. Bereits während der Beratung des Gesetzes von 1956 war darauf hingewiesen worden, daß die für die Bundeshilfe zur gesundheitlichen Betreuung vorgesehenen Höchstsätze nicht ausreichend seien. So betragen im Staate New York die wirklichen Ausgaben für medizinische Behandlung der Fürsorgeempfänger im Durchschnitt \$ 20 im Monat (anstelle der erlaubten Höchstsumme von \$ 6 und \$ 3) und im Staate Illinois \$ 19,17. Es ist unter diesen Umständen zu erwarten, daß in einiger Zeit an eine Erhöhung der Bundeshilfe für die Gesundheitsfürsorge der im Wohlfahrtsamt betreuten Familien erfolgen muß.

Im Rahmen der erweiterten Gesundheitsfürsorge werden auch die Leistungen der Fürsorgerinnen in den Gesundheitsämtern, in Spitälern, Kliniken und Asylern von großer Bedeutung sein. Im Spital gibt sie dem Patienten die Gewähr, daß seine gefühlsmäßigen und wirtschaftlichen Belange verständnisvoll im Auge behalten werden, die in der Regel von reichlich belasteten Ärzten und Schwestern nicht genügend verfolgt werden. Die Gesundheitsfürsorgerin erklärt dem Patienten und seiner Familie nach der Weisung des Arztes die Natur der Krankheit und die Erfordernisse der Beachtung der ärztlichen Anordnungen und hilft dem Patienten seine Kräfte auf Heilung und Gesundung einzustellen. In der Beratung der Familie hilft die Fürsorgerin die Beteiligung aller Mitglieder zu gewinnen, wodurch der Heilungsprozeß oft wesentlich erleichtert und beschleunigt wird. Zuweilen muß sie auch andere Personen, wie den Hauseigentümer, Logisgeber oder Arbeitgeber zur Mithilfe gewinnen.

Ein wichtiges Problem der Gesundheitsfürsorge besteht für solche Patienten, die nicht vom Wohlfahrtsamt unterstützt werden, also nicht in die Gruppen der Fürsorge fallen, für die eine intensive Gesundheitspflege gesichert werden soll. Es handelt sich hier um Familien, deren Arbeitseinkommen und andere Einkünfte im allgemeinen ihren Unterhalt decken, die aber die Kosten ernster

und langwieriger Erkrankung, Operationen und Spitalbehandlung nicht aufbringen können, die also «gesundheitlich hilfsbedürftig» genannt werden können. Im Gegensatz zur französischen Sozialgesetzgebung werden in den Vereinigten Staaten solche Familien nicht als fürsorgeberechtigt angesehen und die erwachsenden Kosten nicht vom Wohlfahrtsamt übernommen. Private Wohlfahrtsstellen und Gesundheitsorganisationen helfen zuweilen solchen Familien, die Kosten für Behandlung und Heilung aufzubringen oder abzutragen. In einigen Staaten, wie z. B. Oregon, versuchten auch die Wohlfahrtsämter mit Unterstützung zu helfen, doch wurde diese Praxis als zu kostspielig wieder aufgegeben. Aber gerade in diesen Familien mit bescheidenem Einkommen werden bei schwerer Krankheit oder Unfällen die etwa vorhandenen Ersparnisse schnell verbraucht und durch den Fortfall des regelmäßigen Arbeitsverdienstes auch wirtschaftliche Not hervorgerufen.

Eine der Folgen der gesetzlich verlangten Nachprüfung wirtschaftlicher Hilfsbedürftigkeit in den Wohlfahrtsämtern ist die Tatsache, daß viele Patienten in solchen Familien, die an der Grenze der Bedürftigkeit stehen, sich scheuen, zum Wohlfahrtsamt zu gehen, wenn Krankheitserscheinungen auftreten. Hierdurch wird häufig eine rechtzeitige ärztliche Untersuchung und Diagnose verhindert und die Gefahr langdauernder Krankheit und Bedürftigkeit der Familie herbeigeführt. Im Interesse der betroffenen Patienten und ihrer Familien, aber auch der Gesamtheit, wäre hier die Sicherung ärztlicher Beratung und Behandlung dringend erwünscht.

In der Praxis der sozialen Fürsorge wird in den USA seit langem großer Wert darauf gelegt, die Betreuten zu ermutigen, die Initiative zur Selbstversorgung, zur eigenen Haushaltsführung und zur bürgerlichen Unabhängigkeit zu behalten. Auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge würde dieser Grundsatz verlangen, daß eine allgemeine Erziehung zu gesundem Leben, zur Vermeidung schädlicher Gewohnheiten und zu hygienischem Selbstschutz ein Teil der individuellen Fürsorge wird und von den Fürsorgerinnen der Gesundheitsämter, der Wohlfahrtsämter und freiwilligen Verbände wie auch in allgemeiner Gesundheitsbelehrung der Bevölkerung betont wird. Diese Erziehungsmaßnahmen haben bisher aber nicht vermocht, die Massen der amerikanischen Bevölkerung, ja nicht einmal erhebliche Teile des Mittelstandes und selbst der wohlhabenden Kreise, einschließlich mancher Mitglieder der geistigen Berufe davon zu überzeugen, daß angesichts des Fehlens einer allgemeinen Krankenversicherung es unbedingt wichtig ist, ihre Familie durch den Beitritt in eine freiwillige Krankenkasse gegen die Gefahren wirtschaftlichen Zusammenbruchs in Fällen schwerer Krankheit zu schützen und den Mitgliedern der Familie gute ärztliche Versorgung und soweit notwendig Krankenhausbehandlung zu sichern. Während die meisten dieser Familien den Besitz eines Automobils, eines Fernsehapparats und elektrischen Waschmaschine für selbstverständlich ansehen, ist dies keineswegs der Fall für eine umfassende, freiwillige Kranken-

versicherung. Gerade deshalb ist wenigstens für den Kreis der Fürsorgeempfänger die neue Gesundheitsfürsorge von entscheidender Bedeutung.

Zusammenfassung

In den Vereinigten Staaten ist in letzter Zeit das Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge sowohl in vorbeugendem Schutz wie in Heilung und beruflicher Wiedereingliederung von Kranken und Gebrechlichen sehr gestiegen. Nachdem im Jahre 1956 eine Invalidenversicherung als Maßnahme der Sozialversicherung in Verbindung mit der Altersversicherung geschaffen worden ist, tritt nun die Sorge für rechtzeitige, fachgemäße ärztliche Betreuung und Spitalbehandlung in den Vordergrund des öffentlichen Interesses. Da bei dem Fehlen einer allgemeinen, gesetzlichen Krankenversicherung die Kreise der Fürsorgeempfänger fast niemals Mitglieder freiwilliger Krankenkassen sind und deshalb keinen Anspruch auf ärztliche Versorgung haben, hat ein Zusatzgesetz zum Social Security Act von 1956 die Sicherung ärztlicher Betreuung, Spitalbehandlung und Beschaffung von Heilmitteln durch Vermittlung der Wohlfahrtsämter wesentlich erleichtert und erhebliche Bundesmittel für den Ausbau der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zur Verfügung gestellt.

Summary

Popular concern for the provision of public health services and medical care for prevention and treatment of diseases and vocational rehabilitation of the sick and handicapped recently has substantially increased in the United States. After the enactment of a Disability Insurance Program for permanently, totally disabled persons affiliated with old-age insurance in 1956, the problem of early, professional medical care and of hospitalization has come to the fore of public attention. Since, due to the lack of a compulsory health insurance program, most recipients of public assistance are not members of a voluntary prepaid medical care plan and therefore are not entitled to free medical care and hospitalization, an Amendment of the Social Security Act of 1956 greatly facilitates the provision of medical care, medicines and appliances, and hospitalization through arrangements of the public welfare departments and guarantees substantial federal grants-in-aid to the States for the expansion of medical care and health services in public assistance.

Bibliographie

- Becker Harry*: Financing Hospital Care for Nonwage and Low-Income Groups. New York: McGraw Hill, 1955, Band 3 (110 S.).
- Davis Michael M.*: «Needs and Problems of Medical Care», in Cora Casius, *New Directions in Social Work* (New York; Harper, 1954), S. 110–130.
- *Medical Care for Tomorrow*. New York: Harper, 1955 (497 S.).
- Falk I. S.*: «Health Services, Medical Care Insurance, and Social Security», *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Band 273, Januar 1951, S. 114 bis 121.
- «Reduction of Dependency Through Health Programs», *Public Welfare*, Band 7, Mai 1949, S. 102–103, 114.
- Goldmann Franz*: *Public Medical Care: Principles and Problems*. New York: Columbia University Press, 1945. 226 S.
- Greenfeld Margaret*: *Medical Care for Welfare Recipients-Basic Problems*. Berkeley: University of California, 1957 (83 S.).
- Muller Jonas N.* und *Bierman Pearl*: «Cooperation Between Departments of Health and Welfare», *Public Health Reports*, Bd. 71, September 1956, S. 833–848.
- Serbein Jr. Oscar N.*: *Paying for Medical Care in the United States*. New York. Columbia University Press, 1953 (543 S.).
- Stern Bernhard J.*: *American Medical Practice*. New York: The Commonwealth Fund, 1952.