

Zeitschrift: Pro Senectute : schweizerische Zeitschrift für Altersfürsorge, Alterspflege und Altersversicherung

Herausgeber: Schweizerische Stiftung Für das Alter

Band: 48 (1970)

Heft: 3

Rubrik: Alterspflege

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

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

Als erster Beitrag erscheinen die Ausführungen von J.-A. Haldimann, Präsident der Kommission für Gerontologie des Kantons Neuenburg, die er anlässlich der diesjährigen Generalversammlung unseres dortigen Kantonal Komitees vorgetragen hat. Dr. A. L. Vischer setzt sich in seinem Artikel mit der altersgerechten Ernährung auseinander. Dr. W. Schweisheimer schliesslich orientiert über sozialmedizinische Dienste für Alterspatienten in den USA.

La commission cantonale neuchâteloise de gerontologie et des problèmes du troisième âge

On aime beaucoup, aujourd'hui, les euphémismes. L'expression «troisième âge» en est un parmi d'autres. Pourquoi le nier? Une certaine peur des mots agite notre société de consommation. Sans doute a-t-on raison de se vouloir plus humain, d'éviter des termes considérés comme choquants et de les remplacer par un vocabulaire plus nuancé. Mais encore: suffit-il de supprimer sur certaines façades les mots hospice, asile et de les remplacer par pension ou foyer pour modifier un état d'esprit ou un état de fait? On peut se poser la question. Trois constatations en tout cas, au moment où nous abordons l'objet de cette communication, nous incitent à l'humilité.

1. Si l'on peut admettre que le problème des personnes âgées préoccupe aujourd'hui pas mal de gens, la plus élémentaire objectivité nous amène à considérer que l'histoire sociale du canton de Neuchâtel témoigne abondamment de ce qui s'est fait bien avant nous dans ce domaine-là. Nous en voulons pour seule preuve l'inventaire dressé, en 1948, par MM. Paul Humbert et Auguste Romang, dans l'une des publications de la collection publiée à l'occasion du centenaire de la République. Dans l'avant-propos de cette importante plaquette, intitulée «Oeuvres sociales et philanthropiques», M. Jean Liniger, président du Comité des publications, relevait très opportunément: «ce livre éclaire un aspect, généralement méconnu, du caractère neuchâtelois.»

«La philanthropie remonte bien au-delà de la République. Son épanouissement au début du XIXe siècle fut une conséquence de la richesse commerciale et industrielle, autant que du progrès des idées libérales.

L'esprit social apparaît plus tard. Alors que l'œuvre philanthropique est essentiellement personnelle dans son origine et son but, l'œuvre sociale résulte d'intentions collectives et s'adresse à la collectivité. Toutes deux, du reste, procèdent de l'esprit de charité qui s'élève au-dessus des contingences politiques ou même religieuses, bien qu'il ne soit pas sans rapports avec elles.»

2. La loi du nombre. En décembre 1969, sur une population de 166.781 habitants, le canton de Neuchâtel comptait très exactement 20.853 personnes âgées de 65 ans et plus, soit le 12,5 % de la population neuchâteloise, une personne âgée sur huit habitants. 20.853 personnes âgées, autant dire la population d'une ville importante déjà.

3. Qui ne se sentirait pas doté d'un caractère optimiste vis-à-vis des problèmes de la vieillesse aurait de quoi se décourager face à l'ampleur d'une tâche dont l'accomplissement considéré dans les perspectives les plus favorables se situera toujours en deçà, plutôt qu'au-delà du possible.

Si l'on veut tenter une sorte de survol des problèmes du troisième âge, quelques données essentielles s'imposent d'emblée à l'esprit.

— La notion de dignité nous paraît indissolublement liée à toute forme de vieillesse. Une des conditions de cette dignité est évidemment l'indépendance financière, en tout état de cause une certaine forme au moins d'indépendance financière. C'est pourquoi tant de personnes âgées expriment spontanément leur satisfaction d'être mises au bénéfice de l'AVS et des diverses formules de rentes qui complètent, dans un certain nombre de cas, l'AVS.

— Une indépendance personnelle. C'est la raison pour laquelle tant de personnes âgées souhaitent demeurer chez elles, faire ce qu'elles appellent leur petit ménage, aussi longtemps que leur état physique et mental le leur permettra.

— Indépendance financière et goût marqué pour l'individualisme ne signifient pas retranchement de la communauté humaine. Ne nous attardons pas ici aux liens familiaux que peuvent encore conserver, fort heureusement, nombre de vieillards, mais soulignons tout l'intérêt que présentent pour eux les clubs de loisirs où ils trouvent ou retrouvent un besoin de culture, des divertissements bien préparés à leur intention et, dans une certaine mesure, le sens de l'aventure humaine.

L'étude sociologique la plus poussée passera sans doute toujours 104

à côté de certaines données du problème du troisième âge, tant il est vrai que ce problème se trouve être très fortement personnalisé ou individualisé. Il est admis comme une évidence que le troisième âge est prédestiné à être celui de la solitude, voire de plusieurs formes de solitude. Un certain nombre de cris d'angoisse s'élèvent des milieux de personnes âgées, mais à côté des détresses exprimées, combien de bouches muettes, combien d'abandons à une sorte de fatalisme, et à côté de résignations sereines, combien d'amertume, d'aigreurs et parfois de cœurs secs. Même la littérature s'est saisie du problème du troisième âge et parfois de véhémentement ou d'émouvante façon. Dans un ouvrage tout récemment paru, qui a valu à son auteur un légitime succès, Jacques Chessex, auteur d'un «Portrait des Vaudois», ne se borne pas à recueillir et à citer des anecdotes hautes en couleur. Il aborde et creuse un certain nombre de problèmes de fond. Il y a, dans ce livre, une page atroce sur la condition de certains vieux, qui n'en peuvent plus de la vie. C'est, en quelque sorte, une gravure à l'eau-forte, un tableau de ce qu'on ne devrait plus voir.

Romancière et essayiste de grand renom, Mme Simone de Beauvoir paraît hantée par la vieillesse, à laquelle elle vient de consacrer un ouvrage qui a déjà alimenté la critique. Ne l'ayant pas lu, je me garderai d'en faire état, mais je m'autoriserai à constater que dans un roman de très grande valeur, intitulé «L'âge de discrétion», publié il y a un certain temps déjà, la même Simone de Beauvoir posait en termes remarquablement lucides les différents problèmes qui s'attachent à la retraite et à la vieillesse. C'est elle qui, parlant de la ligne de démarcation de la retraite, considère qu'elle a la rigidité d'un rideau de fer. C'est elle encore qui cerne les différentes formes d'angoisse de vieillir et qui en dresse le catalogue tristement péjoratif. C'est elle enfin qui, parlant des yeux levés vers les horizons du troisième âge, pose cette question: «Apprendrai-je à les apercevoir sans épouvante?»

Quittés les écrits se rapportant par un biais ou par un autre au troisième âge, que voyons-nous dans la vie quotidienne? Quels sont les besoins de nos vieillards? Comment peut-on les aider mieux? Sous quelle forme pourrait-on contribuer à modifier leur sort, voire, dans un certain nombre de cas douloureux, celui de leur famille?

C'est pour apporter une réponse partielle à ces diverses questions qu'une commission cantonale de gérontologie a été instituée. Son

premier mandat remonte à un peu plus de deux ans. La commission de gérontologie avait alors mené un certain nombre d'enquêtes, dressé des tableaux, établi des points de comparaisons et tiré des conclusions soumises à l'appréciation du Conseil d'Etat. Nous ne reviendrons pas en détail sur ce rapport. Nous nous bornerons à souligner que deux des vœux émis alors par la commission se trouvent aujourd'hui réalisés, à savoir une participation plus large de l'Etat au budget de services extra-hospitaliers, aides familiales en particulier, dans l'optique actuelle du maintien des personnes âgées à leur domicile le plus longtemps possible, et la création d'un secrétariat responsable de la coordination de tout le travail auprès des personnes âgées. Ce second vœu a trouvé sa matérialisation dans la mise sur pied du secrétariat cantonal de la Fondation pour la vieillesse, et nous nous en réjouissons fort. Il y a quelques mois, le Conseil d'Etat, par l'entremise de M. le Conseiller d'Etat, chef du département de l'Intérieur, a investi la commission cantonale de gérontologie d'un nouveau mandat, à savoir dresser un inventaire de toutes les maisons du canton, foyers, homes, pensions, dans lesquels on accueille des personnes du troisième âge. Une délégation de la commission cantonale s'est mise au travail. Elle a visité systématiquement tous les homes du canton, ainsi que les immeubles spécialement aménagés en logements pour personnes âgées. Un questionnaire très complet a été étudié par la délégation de la commission, puis rempli à la faveur de chacune des visites. Cet important «matériau» de base est maintenant entièrement recueilli. Il sera bientôt dépouillé et servira de base au rapport que la commission adressera au Conseil d'Etat, par l'entremise de M. le Conseiller d'Etat, chef du département de l'Intérieur. Ce travail sera mené à chef dans les plus prochaines semaines. La commission, sur la base des propos recueillis, des expériences rapportées, des constatations faites de visu, tirera des conclusions dont le Conseil d'Etat sera seul juge, mais dont on peut penser qu'il sortira des éléments positifs pour le sort des personnes âgées.

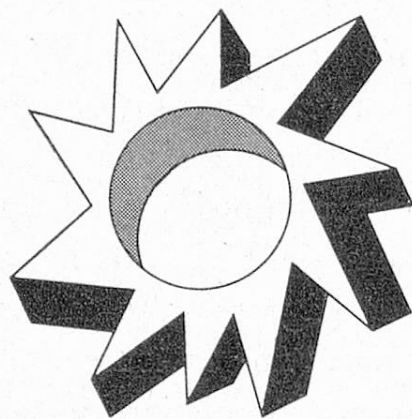
Quelques remarques pour terminer. L'histoire qui se fait à l'échelle mondiale s'accomplit à un rythme extrêmement rapide. Chez nous aussi, les événements économiques ou sociaux vont vite. Des modifications de structure dans notre équipement social se trouvent imposées par les circonstances. Parmi les solutions qui paraissent souhaitables, on peut retenir la médicalisation

partielle de certains homes. Une telle formule éviterait, dans un certain nombre de cas, le transfert à l'hôpital de personnes âgées qui ont pris leurs habitudes dans une nouvelle demeure devenue, pour elles, la maison.

— Il apparaît aussi comme une quasi certitude que l'individualisme de la personne âgée, auquel nous faisons allusion plus haut, trouve à se manifester lors de placements dans des homes, foyers ou pensions où la demande en chambres à un lit est plus forte que la demande en chambres communautaires.

— Il est certain aussi que le logement petit, à la mesure du couple âgé ou de la personne âgée seule, continuera à faire prime sur le marché de l'habitation.

— On retiendra enfin un fait constant: Non seulement la moyenne d'âge des pensionnaires des maisons pour personnes âgées est extrêmement élevée, ce qui pourrait s'expliquer par la longueur des séjours de certains pensionnaires, mais la moyenne d'âge à l'entrée, dans ces mêmes établissements, est de plus en plus élevée pour les diverses raisons évoquées au cours de cette communication.



Vita
Gérine

reconstituant gériatrique de conception nouvelle

- prévient les ennuis du vieillissement précoce
- protège et régénère le foie
- stimule les forces physiques et mentales
- approfondit le sommeil et améliore la mémoire
- combat l'artériosclérose

emballages pour cures dans les pharmacies

Geistlich-Pharma, 6110 Wolhusen

— De l'enregistrement de ce phénomène en découle un autre, que la commission cantonale de gérontologie ne manquera pas d'analyser: la mise à disposition de lits de gériatrie dans les hôpitaux.

Quand la commission cantonale de gérontologie aura disséqué l'abondante information qu'elle a recueillie, un certain nombre de considérations enregistrées et de constatations faites pourront être tenues, en tout cas dans l'immédiat, comme ayant valeur exemplaire puisqu'il s'agira d'une information recueillie de la façon la plus objective, à la source.

Au terme de cette communication, celui qui vous parle éprouve de façon très nette le sentiment qu'il n'a pu vous proposer qu'une esquisse de ce qui est et de ce qui pourrait être. Il n'a rien dit de tous ceux qui consacrent leur temps, leurs forces et leur cœur à l'un ou l'autre des problèmes du troisième âge et, dans la meilleure perspective, à tous les problèmes du troisième âge à la fois. Sans doute existera-t-il toujours, dans les maisons pour personnes âgées, comme dans les familles, des jalousies, des mesquineries, des querelles petites ou grandes, mais fort heureusement, au-delà des servitudes humaines, existe aussi un sens très réel de la vraie solidarité. Cette solidarité humaine, nous l'avons rencontrée à travers notre périple neuchâtelois. Nous avons su et vu que des directrices et des directeurs de maisons font de leur mieux, et c'est peu dire, pour être auprès des aînés qui leur sont confiés non seulement des compagnons de route, mais des compagnons de confiance. C'est ce qui nous permet de dire que si, au cours de ces visites, nous avons vu des personnes diminuées par l'âge ou les infirmités, nous avons rencontré aussi des vieillards heureux, des gens qui dépassent les barrières de l'âge pour se cantonner dans l'espérance et dans le coup de main donné en toute amitié à celles et ceux dont ils partagent le sort. Commission de gérontologie et troisième âge: face au problème des personnes âgées dans ce canton, nous voudrions faire nôtre ce propos de MM. Paul Humbert et Auguste Romang dans l'ouvrage dont il a été question plus haut: «Penser et agir humainement fut, durant toute l'histoire de notre petit pays, la préoccupation des Neuchâtelois».

Ratschläge für die Ernährung im Alter

Eine Sonderkost für Betagte gibt es nicht. Was im Alter zur Gesunderhaltung wichtig ist, bezieht sich nicht bloss auf die Nahrung, sondern ebenso sehr auf den Vorgang des Essens und auf die Essgewohnheiten. Zudem geht es beim Essen um eine sehr individuelle Sache. In der Lebensspanne zwischen Kindheit und Alter hat jeder einzelne seine Eigenart entwickelt. Wenn wir alt geworden sind, so wissen wir aus eigener Erfahrung — oder sollten es wenigstens wissen —, was uns von den Speisen wohlbekommt und gut vertragen wird.

Einer der verdientesten Ernährungsforscher der neuen Zeit, Prof. von Noorden, hat sich eingehend mit der Ernährung im Alter befasst. Seine Ratschläge lauten recht einfach: Er warnt vor einer Aenderung des gewohnten Speisezettels. Er weist auf die Gefahren hin, welche sich bei einem Wechsel zu einer neuen Lebensweise, wie zum Beispiel von einer vorwiegenden Fleischkost zu einer vegetarischen Kost, einstellen können. Ganz allgemein soll der ältere Mensch weniger essen. Andererseits darf er nicht in den entgegengesetzten Fehler verfallen, in der Meinung, mit einer kärglichen Mahlzeit sei der Gesundheit am besten gedient. Die Erkenntnisse der modernen Ernährungswissenschaft in Europa und in den USA haben die Ansichten von Noordens voll- und bestätigt. Der altgewordene Mensch soll nicht zuviel essen, weil dies zu Fettleibigkeit und Uebergewicht führt. Damit wird dem alten Herzen eine zu grosse Last aufgebürdet. Er soll auch nicht zuwenig essen, weil die Speisen in den verschiedenen Organen des Verdauungsapparates nicht mehr so gut verarbeitet werden wie früher. Die Speichelabsonderung kann infolge der Abschwächung des Geschmacks- und Geruchssinns nachlassen. Die Schleimhaut des Magens produziert weniger Magensäure. Oft liegt ein Leberschaden vor, der die Produktion von Galle vermindert. Dass viele ältere Menschen über Verstopfung und Darmträgheit klagen, ist allbekannt. Sie sind auf Abführmittel angewiesen, an denen es ja nicht fehlt.

Wenn es eine allgemeingültige Altersdiät nicht gibt, so wollen wir uns doch klarmachen, was der alte Mensch in seinem Speisezettel unbedingt braucht. Im Vordergrund steht das Eiweiss, das man als das Rückgrat der Ernährung bezeichnen kann. Wir nehmen es ein in Form von Fleisch, Fisch, Milch und Milchproduk-

ten (Joghurt, Käse und Quark), sie gelten mit Recht als die beste Kraftquelle.

Die Kohlehydrate — man versteht darunter die zusammenfassende Verbindung aus Kohlenstoff, Wasserstoff und Sauerstoff —, die aus Pflanzen gebildet werden, geniessen wir in Form von Gemüse, frischen und getrockneten Früchten, ferner aus Gebäck und Brot, am besten Vollkornbrot und Grahambrot zur Anregung der Darmtätigkeit.

Der Fettkonsum soll eingeschränkt werden, nicht mehr als 40 Gramm im Tag.

Die Einnahme von Kochsalz ist möglichst zu vermeiden.

Nicht zu vergessen ist eine angemessene Flüssigkeitszufuhr. Viele Betagte trinken zu wenig. Niere und Blase müssen gut durchgewaschen werden. Auf diese Weise werden die Abbauprodukte und Schlacken aus dem Körper entfernt. Manche nehmen abends ein Glas Bier, das ihren Schlaf verbessert.

Zum Schluss noch einige Worte über die Essgewohnheiten: Das Hauptgewicht sollte auf das Frühstück gelegt werden. Man nehme sich zum Essen genügend Zeit! Sehr viele ältere Menschen haben schlechte Zähne oder ein defektes und fehlendes Gebiss, die Speisen werden nicht genügend zerkaut; denn wie gesagt: Zum Kauen braucht es Zeit, damit verhindert man ein schädliches Verschlingen der Speisen.

Richtige Essgewohnheiten bereiten vielen alleinstehenden Frauen Schwierigkeiten. Oft geben sie sich keine Mühe für die Zubereitung der Mahlzeiten und nehmen es nicht ernst in der Sorge um sich selbst. Sie halten keine Zeiten ein. Es fehlt ihnen eine Disziplin der Lebensführung, so geraten sie leicht in einen Schlendrian.

Es ist ein Vorteil, wenn Alleinstehende wenigstens die Mittagsmahlzeit nicht allein einnehmen. Womöglich mit Gleichaltrigen, die in der gleichen Lage sind. Es muss selbstverständlich ein Lokal sein, wo man auf diese Gäste Rücksicht nimmt und ihnen nicht eine überreichliche Nahrung aufzwingt, sondern ihnen ein bescheidenes Tellerservice vorsetzt. Die Einnahme einer Mahlzeit in einem Restaurant kann sich als nützlich erweisen: Man ist nicht allein und trifft vielleicht mit Leuten mit einem ähnlichen Schicksal zusammen. Schliesslich sollte ein älterer Mensch zu seinem Vergnügen essen. Gerade im Alter, wenn so manches Vergnügen der jüngeren Jahre dahingeschwunden ist, sollte das

Essen ein wirklich freudiges Ereignis sein, ein Genuss, der uns beglückt.

Aus meiner Praxis erinnere ich mich an einen Kreis pensionierter Lehrerinnen, die sich im Turnus zueinander einluden. Ein Beispiel, das zur Nachahmung anregt.

Dr. A. L. V.

Medicare: Sozialmedizinische Fürsorge für Alterspatienten in Amerika

Zwei grosse sozialmedizinische Fürsorgepläne spielen heute auf diesem Gebiet eine grundlegende Rolle.

Der eine Plan ist *Medicare* — die von der amerikanischen Regierung gegen grosse anfängliche Widerstände durchgesetzte sozialmedizinische Fürsorge für Patienten über 65 Jahre. Das Krankenversicherungsgesetz von Medicare steht seit Mitte 1966 in Kraft. Verschiedene Aenderungen wurden seither vorgenommen, und weitere sind zu erwarten.

Der andere Plan ist *Medicaid*, die sozialmedizinische Fürsorge für mittellose Patienten. Weite Teile dieses Planes sind noch in der praktischen Entwicklung begriffen.

Teil A von Medicare

Medicare ist sozialmedizinisch ein grosser Erfolg, aber weit kostspieliger als ursprünglich angenommen und berechnet wurde. Es ist wahrscheinlich, dass die bisherige Form eine Aenderung erfahren wird. Die staatlichen Ausgaben für Medicare und Medicaid betragen im laufenden Jahr schätzungsweise 10 Milliarden Dollar. Eine Steigerung auf 20 Milliarden Dollar wird bis zum Jahr 1975 erwartet, wenn nicht durch neue Gesetze eine Minderung dieser finanziellen Entwicklung eintritt.

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

Eine einzige Zahl lässt erkennen, was Medicare für Patienten über 65 Jahre bedeutet: der Aufenthalt in einem Krankenhaus in den grossen amerikanischen Städten kostet den Patienten heute nahe-

zu 100 Dollar pro Tag. Die Feststellung einer Patientin im Louisville Memorial Hospital kann wohl als typisch gelten: «Ohne Medicare würde ich wahrscheinlich zuhause geblieben sein, um dort zu sterben; Medicare ist der einzige Weg für mich, mir diese Pflege und Fürsorge zu gönnen.»

In den Krankenhauskosten sind nicht nur der Raum (halbprivat), die Mahlzeiten, Behandlung, Schwesternpflege und Medizin enthalten, sondern auch die Laboratoriumsteste, Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme usw., die heute bei gewissenhafter Behandlung als unentbehrlich gelten.

Hier sind die Hauptleistungen von Medicare:

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

Ein Punkt, dessen Kosten anfänglich weit unterschätzt wurden, ist die Fürsorge für «extended care».

Darunter wird verstanden, dass ein Patient, der mindestens drei Tage im Krankenhaus zubrachte, dann vom Krankenhaus zur Weiterbehandlung in ein Fürsorgeheim, Altersheim, Rekonvaleszentenheim oder eine ähnliche Anstalt entlassen werden kann. Die Fürsorge dort kann bis zu 100 Tage ausgedehnt werden. Medicare übernimmt sämtliche Kosten für die ersten 20 Tage von «extended care». Für die weiteren 80 Tage hat der Patient selbst einen Tagesbetrag von 5,50 Dollar zu übernehmen.

Die Behandlung bei «extended care» muss von dazu autorisiertem Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Der Patient kann dieser Fürsorge auch teilhaftig werden, wenn er nicht direkt vom Krankenhaus in das Heim, sondern im Lauf von 14 Tagen nach seiner Entlassung aus dem Spital dahin kommt.

Weiter werden die Kosten für insgesamt 100 Besuche von Schwestern und anderem Krankenpflegepersonal im Heim des Patienten von Medicare übernommen, wenn sie nach 3tägigem

Krankenhausaufenthalt notwendig werden. Ein Arzt oder eine Gesundheitsbehörde muss diese Notwendigkeit bescheinigen.

Nicht enthalten im Teil A von Medicare sind: die Arztkosten (davon wird in Teil B zu sprechen sein), die Kosten für Privatschwester, die Kosten für die ersten drei Halbliter Blut, die zwecks Bluttransfusionen im Krankenhaus nötig werden, die Kosten für Telefon- oder Fernsehapparate, die auf Wunsch des Patienten in seinem Raum zur Verfügung gestellt werden.

Teil B von Medicare

Der zweite Teil von Medicare, Teil B, beruht auf der freiwilligen Leistung des Patienten. Er hat danach ständig im Monat den Betrag von 4 Dollar zu entrichten. 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.

Hier ist ein Beispiel, wie sich das in der Praxis auswirkt. Nehmen wir an, die Rechnungen von Arzt oder Aerzten betragen im Jahr 500 Dollar. Davon hat der Patient die ersten 50 Dollar selbst zu bezahlen, bleiben 450 Dollar. Von den restlichen 450 Dollar zahlt Medicare 80 Prozent, das sind 360 Dollar. Der Patient hat also selbst von der 500-Dollar-Rechnung insgesamt den Betrag von 140 Dollar zu entrichten.

Ferner wird ein Teil der Kosten für Behandlung geisteskranker Patienten von Medicare getragen.

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

Nicht übernommen werden von diesem Teil von Medicare u. a. folgende Einzelheiten: Ärztliche Untersuchungen zu Routinezwecken, Medikamente, das Verschreiben von Brillengläsern, Hörinstrumente, Immunisierungen, Gebisse und die übliche zahnärztliche Behandlung (dagegen werden gewisse Operationen, die

mit Zahnpflege in Zusammenhang stehen, von Medicare übernommen), orthopädische Schuhe, ärztliche Hilfeleistungen, die ausserhalb der USA stattfinden.

«Angemessene» Arzthonorare

Der Arzt kann mit zahlungsfähigen Patienten höhere Sätze vereinbaren, aber ersetzt werden von Medicare nur 80 Prozent des «angemessenen» Honorars. Die Einschränkung «reasonable» bedeutet, was in einem bestimmten Teil des Landes als übliche Gebühr für die Konsultierung des Arztes zu verstehen ist. Diese Sätze sind etwa in New York oder Kalifornien höher als auf dem Land im mittleren Westen. Ein «angemessenes» Honorar, das von den Gesundheitsbehörden als solches anerkannt wird, kann daher verschieden hoch sein, je nach Gegend.

Hier ein Beispiel: Wenn die Rechnung des Arztes an den Patienten 20 Dollar beträgt und der Betrag von Medicare als «angemessen» betrachtet wird, 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 aber 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.

D. W. Schweisheimer