

Denknetz - Réseau de Réflexion

Postfach 9177, 8036 Zürich

www.denknetz-online.ch info@denknetz-online.ch

PC 87-450463-8

Denknetz-Fachgruppe Gesundheitspolitik

Eine Reformagenda für eine soziale Gesundheitspolitik

17.9.2005

Vorbemerkung

Die nachstehende Reformagenda erhebt den Anspruch, einen kohärenten, in sich stimmigem Bezugsrahmen für eine fortschrittliche, soziale und demokratische Gesundheitspolitik zu bieten. Sie ist jedoch mit Sicherheit nicht der Weisheit letzter Schluss; sie will vielmehr zum Weiterdenken anregen.

Die Agenda ist von der Fachgruppe Gesundheitspolitik des Denknetzes verfasst worden. Die Gruppe formierte sich im Herbst 2004 mit dem Ziel, ein Gesamtkonzept für eine sozial fortschrittliche Gesundheitspolitik zu erarbeiten und dabei die Gesichtspunkte von Fachleuten aus verschiedensten Zusammenhängen und Tätigkeitsbereichen zu integrieren. Die Mitglieder der Fachgruppe zeichnen diese Reformagenda ausschliesslich in ihrem persönlichen Namen; ihre allfälligen Herkunftsorganisationen sind dabei in keiner Weise mit gemeint.¹

Die Fachgruppe Gesundheitspolitik befürwortet eine verstärkte gesundheitspolitische Zusammenarbeit unter den sozialpolitisch fortschrittlichen Organisationen und möchte mit der vorliegenden Reformagenda dazu einen Beitrag leisten. Denn die unter bürgerlicher Dominanz vorgeschlagenen KVG-Revisionsvorhaben streben einen Systemwandel an, der zu einer Zweiklassenmedizin und zu einer Stärkung gewinnorientierter Anbieter und Kassen führen soll. Der Schweiz steht also eine grundlegende Auseinandersetzung bevor über den künftigen Charakter des Gesundheitswesens.

Lebensqualität und soziale Gerechtigkeit

Die Lebensumstände und die Alltagsgestaltung haben starken Einfluss auf die Gesundheit der Menschen: Arbeitsbedingungen, Umweltbelastungen, Qualität und Art der Ernährung, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und soziale Einbettung spielen eine wichtige Rolle. Die wirksamste Gesundheitspolitik besteht demnach darin, krankmachende Entwicklungen und Verhaltensweisen zu korrigieren respektive zu vermeiden.

¹ Die Fachgruppe Gesundheitspolitik setzt sich zusammen aus: Rosmarie Glauser, Geschäftsleitende Sekretärin VSAO Bern (Berufsverband der Assistenz- und OberärztInnen); Oliver Peters, Persönlicher Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialdirektors Kanton Waadt; Renate Eichenberger, Präsidentin SBGRL (Berufsverband der Langzeitpflegenden); Beat Ringger, Zentralsekretär vpod (Gewerkschaft des öffentlichen Personals) und Sekretär Denknetz; Ruedi Spöndlin, Redaktor Soziale Medizin; Elisabeth Wandeler, Leiterin Abt. Berufspolitik SBK Schweiz (Berufsverband des Klinik- und Spital-Pflegepersonals); Erika Ziltener, Leiterin Patientenstelle Zürich

Positiv an der heutigen Situation sind das wachsende Engagement und die wachsende Kompetenz der Bevölkerung im Umgang mit der eigenen Gesundheit, ebenso die zunehmende Vielfalt und Qualität des präventiven Gesundheitsangebotes.

Gleichzeitig lassen sich heute fünf gesundheitsrelevante Problembereiche ausmachen:

- Grosser Druck geht von der Arbeitswelt aus. Verdichtung der Arbeit, Zunahme von Stress, Zunahme von Arbeit auf Abruf und andern Formen prekärer Arbeit, Verlust der Arbeitsplatzsicherheit, Druck auf die Löhne – all dies führt auch zu gesundheitlichen Belastungen. Dabei gibt es bedeutende soziale Unterschiede. Beruflich besser gestellte Schichten stehen in der Regel auch gesundheitlich besser da und weisen u.a. eine deutlich höhere Lebenserwartung auf.
- Die Zahl der Personen, die ausgegrenzt werden und die ihre persönlichen und sozialen Perspektiven verlieren, steigt deutlich an, was auch auf die Gesundheit der Betroffenen durchschlägt.
- Fehlentwicklungen in den Ernährungsgewohnheiten und im Suchtmittelkonsum nehmen wieder zu, insbesondere bei der Jugend (z.B. Konsum von Alcapops).
- Neue Epidemien, z.B. AIDS, SARS etc können die Gesundheit der Bevölkerung bedrohen.
- Die Umweltverschmutzung (z.B. Ozon- und Stickoxydwerte in der Luft, Schwächung der Ozonschicht und krebserregende UV-Strahlung) führt nach wie vor zu starken Beeinträchtigungen der Gesundheit.

Die Schweiz hat gegenüber diesen Problembereichen bislang keine kohärente Gesundheitsprävention aufgebaut. Die Prävention bleibt Flickwerk und ist damit dem Spardruck besonders stark ausgeliefert.

Wir setzen uns ein für eine umfassende Gesundheitspolitik, die der Prävention die ihr gebührende Rolle zumisst und auch weitere Politikfelder berücksichtigt. Zu letzteren gehören die Schaffung von genügend fair bezahlten Arbeitsplätzen und die Sicherung gesundheitserhaltender Arbeitsbedingungen, die Verstärkung der Bekämpfung von Suchtmitteln (z.B. durch hohe Preise), eine bedeutend bessere Integration der Ernährungsberatung in die allgemeine medizinische Versorgung und die Sicherung genügender Ressourcen für die Vermeidung von Epidemien.

Wir konzentrieren unsere Überlegungen und Vorschläge im Folgenden auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens im engeren Sinne, d.h. der Institutionen, Regelwerke etc., die der Wiederherstellung der Gesundheit und der Pflege der Kranken dienen. Wir tun dies, weil in diesen Bereichen ein Reformprozess vorgesehen ist, der die Grundausrichtung der Schweizer Gesundheitspolitik berührt.

Unsere Qualitätskriterien und Ansprüche an das Gesundheitswesen

Eine gute Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Menschenrecht². Die Versorgung muss allen Mitgliedern einer Gesellschaft gleichermassen zugute kommen; das ist eines der Fundamente einer demokratischen Gesellschaft, in der alle Menschen als gleichwertig erachtet werden.

Entsprechend muss die Gesundheitsversorgung folgenden Kriterien genügen:
sie orientiert sich an den Bedürfnissen der PatientInnen
sie ist qualitativ hochstehend und strebt die bestmögliche Versorgung für alle an
sie ist nachhaltig und ausreichend finanziert
die Finanzierung erfolgt nach den Kriterien des sozialen Ausgleichs
der Zugang ist für alle in gleicher Weise gewährleistet
sie fördert und stützt das Engagement der in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten
die Versorgung entwickelt sich laufend weiter
die Versorgung wird effizient erbracht

Die Gesundheitsversorgung ist eine öffentliche Aufgabe und wird im Rahmen des Service public erbracht. Der Staat ist Garant dafür, dass alle BürgerInnen die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen können.

² Artikel 25 der allgemeinen Menschenrechtserklärung der UNO vom 10.12.1948 besagt in Abschnitt 1: Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen; sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.

Die Gesundheitsversorgung ist kein geeignetes Feld für Markt- und Profitorientierung. Die Leistungen im Gesundheitswesen sollen in erster Linie an den Bedürfnissen der PatientInnen ausgerichtet werden, und nicht an den Gewinninteressen von Leistungserbringern oder Versicherern.

Bausteine im Schweizer Gesundheitswesen, die wir bewahren wollen

In der Gesundheitsversorgung der Schweiz gibt es eine Reihe wertvoller Bausteine, die wir bewahren wollen:

- Das Versicherungsobligatorium mit einem offenen Leistungskatalog, der alles für die Gesundheitsversorgung Erforderliche abdeckt. Eine Aushöhlung dieses Leistungskatalogs, wie sie mit der Ausgrenzung der Komplementärmedizin durch den Bundesrat (Entscheid vom Juni 2005) eingeleitet wird, muss mit allen Mitteln verhindert werden.
- Die Versicherten haben im ambulanten Bereich Wahlfreiheit, die zur Stärkung des Vertrauens zwischen medizinischen Fachleuten und PatientInnen beiträgt.
- Die Leistungserbringung ist im Grossen und Ganzen von hoher Qualität, das Personal gut ausgebildet und engagiert.
- Der Zugang zur erforderlichen medizinischen und pflegerischen Versorgung ist für alle gewährleistet, und die Gesetzgebung will eine Zweiklassenmedizin verhindern.
- Es ist wichtig, dass die besten Spitäler unter öffentlicher Kontrolle und Lenkung stehen; dies ist in der Schweiz in überwiegendem Mass der Fall.
- Eine ausreichende Finanzierung ist weit gehend gesichert – wenn sie auch zu einem wesentlichen Teil über die höchst unsoziale Kopfprämie bei den Krankenkassenprämien erfolgt.

Zwei Bedrohungen: Privates Kapital und Sparpolitik

Diese Qualitäten stehen unter Druck von zwei Seiten:

- Die forcierte Sparpolitik gefährdet eine ausreichende Finanzierung der Gesundheitsversorgung.
- Die Öffnung des Gesundheitswesens für private, gewinnorientierte Kapitalien und die Stärkung von finanziellen Anreizsystemen gefährden die sachgerechte Gesundheitsversorgung, weil systemfremde Kriterien wichtig(er) werden als die Gesundheit der PatientInnen.

Wir sind dezidierte GegnerInnen der Gewinnorientierung im Gesundheitswesen. Das Beispiel der USA zeigt, dass dies zu wachsenden Fehlversorgungen, zu steigender Ungerechtigkeit und zu wesentlich höheren Kosten führt.

Wir sind ebenso GegnerInnen einer Sparpolitik auf Kosten der PatientInnen und des Personals. Einige politische Kräfte wollen diese Sparpolitik mit den Privatisierungsbemühungen kombinieren. Ihr Ziel ist eine Zweiklassenmedizin nach der Logik „unterfinanzierte und deshalb schlechte öffentliche Spitäler fürs Volk, Star-Kliniken mit Top(über)Angebot für die Reichen“.

Nötige Reformen

In den folgenden zehn Problembereichen sind unseres Erachtens weit reichende Reformen dringlich.

1. Krankenkassenprämien und Krankenversicherungen

Kein anderes OECD-Land kennt eine in vergleichbarem Ausmass unsoziale Finanzierung wie die Schweiz. Das Kopfprämiensystem muss dringend ersetzt werden durch eine Sozialversicherung, die auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abstützt, d.h. alle Einkommensarten, das Vermögen sowie die familiären Verpflichtungen berücksichtigt.

Innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) ist jede Risikoselektion nachhaltig zu unterbinden. Deshalb sind sämtliche obligatorischen Krankenkassenprämien in einen gesamtschweizerischen Finanzierungspool einzuzahlen; aus diesem Pool werden sämtliche Leistungen erbracht. Die Krankenkassen fungieren im obligatorischen Bereich lediglich als Zahl- und Beratungsstellen (dieses Modell lehnt sich an die

Funktionsweise der Arbeitslosenkassen an). Sie können private Zusatzversicherungen anbieten, müssen aber auch in diesem Bereich als Non-Profit-Organisationen arbeiten.

2. Spitalplanung

Die stationäre Akutversorgung wird besser geplant, Gewinnorientierung wird zurückgebunden. Das Angebot wird von der öffentlichen Hand abschliessend gesteuert und koordiniert.

Kostentreibende Geräte und Infrastrukturen sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich einem Bedürfnisnachweis zu unterstellen; diesem Nachweis sollen sich sowohl öffentliche wie auch private Anbieter unterziehen müssen. So kann der Tendenz entgegengetreten werden, ertragreiche Diagnosen und Behandlungen privat anzubieten, aufwändige Heilungen und Rehabilitationen jedoch dem Staat zu überlassen.

Löhne und Arbeitsbedingungen sind für öffentlich subventionierte oder finanzierte Einrichtungen verbindlich zu regeln, faire Löhne und Arbeitsbedingungen sind zu sichern; der Einkauf von Medikamenten, Bedarfsmaterial, Investitionsgütern und Diensten ist über gemeinsame Einkaufs- und Dienstleistungsorganisationen zu bündeln und zu rationalisieren.

Der Bund stellt sicher, dass die Kantone die Spitalgrundversorgung koordiniert planen. Besonders aufwändige und/oder seltene Interventionen bzw. Einrichtungen („Spitzenmedizin“) sind über das interkantonale Konkordat für Spitzenmedizin zu zentralisieren. Der Bund muss über geeignete Mittel verfügen, damit er diese Planung durchzusetzen kann.

Die Schweiz ist in fünf bis sechs Spitalregionen zu unterteilen, innerhalb derer die PatientInnen ihr Spital frei wählen können, soweit es das System des Gatekeepers (siehe Punkt 5.4) zulässt.

3. Ganzheitliche Versorgung

Die Gesundheitsversorgung muss ganzheitlicher werden, allein mit technischen Neuerungen lässt sie sich nicht verbessern. „Weiche Faktoren“ und Menschlichkeit sind genauso wichtig.

Der heutige Medizinbetrieb weist eine Tendenz zur Überspezialisierung und zum Reduktionismus auf. Das ist der Behandlungsqualität für die PatientInnen nicht förderlich und kann unnötige Kosten verursachen. Nötig ist eine Förderung ganzheitlicher, psychosomatischer Ansätze, und die Gesundheitsförderung ist auszubauen. Die Palliativmedizin, also die Behandlung und Begleitung von PatientInnen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung, muss mehr Anerkennung finden.

Das System der Gesundheitsversorgung muss für seriöse Methoden der Komplementärmedizin offen sein.

Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie braucht es eine Vielfalt an Methoden: statistisch basierte und pharmakologische Therapien dürfen nicht dominieren. Eine angemessene Regelung der Zulassung nicht-ärztlicher PsychotherapeutInnen ist dringend geboten.

Der Status der Generalistin bzw. des Generalisten (HausärztIn) und der diagnostischen Tätigkeiten (z.B. bei der PatientInnen-Aufnahme in Spitälern) sind aufzuwerten.

Medizinisches Fachpersonal soll die Möglichkeit haben, sich mittels eines angemessenen Medizinstudiums zur Ärztin bzw. zum Arzt weiterzubilden.

4. Ambulante Versorgung

Eine gute Beziehung zwischen Arzt bzw. Ärztin und PatientIn ist Voraussetzung für eine qualitativ gute und effiziente Behandlung. Deshalb ist die freie Wahl der GrundversorgerInnen (AllgemeinmedizinerInnen, AllgemeininternistInnen, GynäkologInnen, PädiaterInnen und PsychiaterInnen) unabdingbar. Das bedeutet, dass für diese Ärztinnen und Ärzte weiterhin Kontrahierungszwang bestehen muss, sofern sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Facharztstitel, regelmässige Fortbildung (ermöglicht optimale Behandlung und stets aktuelles Wissen in evidenzbasierter Medizin, was kostensparend wirkt)
- Kenntnisse bzw. Weiterbildung in Gesundheitsökonomie, Praxisführung, Informatik (fördert Kostenbewusstsein und effiziente Praxisführung)

- Tätigkeit in einer Gruppenpraxis oder Bereitschaft, in einem strukturierten Netzwerk mitzumachen. Ein strukturiertes Netzwerk ist dann gegeben, wenn ein regelmässiger fachlicher Austausch und eine regelmässige Zusammenarbeit stattfinden.

Der Zugang zu den SpezialfachärztInnen und den Spitälern in der obligatorischen Krankenversicherung soll grundsätzlich nur über den Grundversorger (Gatekeeper) möglich sein. Diese arbeiten in Netzwerken mit SpezialfachärztInnen und Spitälern zusammen. Alle ÄrztInnen, die in einem Netzwerk mitarbeiten, haben Anrecht auf einen Vertrag mit der Krankenkasse, sofern sie die oben genannten Bedingungen erfüllen.

Die Verknüpfung von Managed Care-Versorgungsmodellen mit Budgetverantwortung ist abzulehnen. Sie birgt die Gefahr, dass bei überdurchschnittlich kostenintensiven, aber medizinisch sinnvollen Behandlungen das Netzwerk finanziell unter Druck gerät und eine nicht beabsichtigte, verdeckte Rationierung stattfindet. Dieser systembedingte Zwang zur „Leistungsvermeidung“, der in analogen Versorgungsmodellen in unseren Nachbarländern sowie in den Vereinigten Staaten exemplarisch zu beobachten war und ist, steht dem Anliegen zur Förderung von Managed Care-Versorgungsmodellen klar entgegen, da Netzwerke dadurch unweigerlich in den Ruf geraten, eine qualitativ minderwertige Behandlung anzubieten.

Unser Modell garantiert eine einheitliche Gestaltung der ambulanten Versorgung und erlaubt gleichzeitig eine Vielfalt von methodischen Ausrichtungen seitens der Leistungserbringer. Es stärkt die Stellung der AllgemeinpraktikerInnen und hilft, SpezialärztInnen gezielt einzubeziehen. Unnötige Doppeluntersuchungen werden durch den Gatekeeper erkannt und vermieden. Durch die Netzwerkbildung werden ein regelmässiger Austausch und eine auf den ganzen Menschen ausgerichtete Versorgung gefördert. Die freie ÄrztInnenwahl bleibt erhalten. Wer zu einer bestimmten Spezialistin will, soll dies mit der Hausärztin vereinbaren können.

5. Schaffung und Sicherung einer integrierten Versorgung

Die Behandlungsketten (v.a. bei chronisch und mehrfach kranken Menschen) sind heute oft zuwenig integriert; die gleiche Untersuchung wird manchmal x-fach wiederholt, Informationen werden nicht ausgetauscht und Therapien nicht koordiniert.

Eine Massnahme zur Schaffung und Sicherung einer integrierten Versorgung ist das Prinzip des Gatekeepers (siehe Punkt 5.4).

Darüber hinaus ist es von ebenso grosser Bedeutung, allgemein akzeptierte Schnittstellen zwischen Institutionen zu schaffen, die Behandlungsprozesse laufend zu optimieren und im nötigen Masse zu standardisieren. Dabei müssen die grösseren Anbieter (Spitäler, Reha-Kliniken, Spitex, Pflegeheime) ihre Schnittstellen und Behandlungsprozesse regelmässig aufeinander abstimmen.

6. Qualitätssicherung

Das Qualitätsmanagement muss in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung als permanenter Prozess etabliert werden und muss einhergehen mit einer Stärkung der Rolle der PatientInnen.

Der Staat überprüft – unter anderem mit Hilfe geeigneter Datensammlungen - regelmässig die Qualität der erbrachten Leistungen und der angewandten Methoden. Er kann die Leistungserbringer zur Publikation ausgewählter Indikatoren verpflichten (z.B. ungeplante Re-Operationen und Rehospitalisierungen, Rate der Medikationsfehler etc.). Die Qualitätsmerkmale fliessen ein bei den Entscheiden über die Anforderungen an und die Zulassung von Leistungserbringern.

Zentral sind die PatientInnenrechte, das heisst das Recht auf vollständige Einsicht in die eigenen Akten, das Recht auf vollständige Aufklärung über Diagnosen und vorgeschlagene Behandlungen, die Wahrung der Entscheidungs-Souveränität und der nötige Schutz bei Diagnose- oder Behandlungsfehlern.

Der Bund soll die Patientenorganisationen nach dem niederländischen Modell stärken und ihre Koordination finanzieren.

Zur Qualitätssicherung der stationären und der ambulanten Versorgung werden staatlich getragene Beschwerde- und Anrufungsinstanzen geschaffen, die multipartit besetzt werden (Leistungserbringer, Finanziierer, Personalverbände, PatientInnenorganisationen). Diese Instanzen müssen über geeignete Sanktions- und Ausschlusskompetenzen verfügen.

Besondere Sorgfalt ist im Bereich des Datenschutzes nötig: Der vollständige Schutz von personenbezogenen Gesundheitsdaten ist durchgängig sicherzustellen, um jede Form von Diskriminierung aufgrund des

Gesundheitszustandes auszuschliessen.

7. Finanzielle Vergütungssysteme

Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht. Die Verrechnung nach Aufwand verleitet dazu, unnötige Leistungen zu erbringen, z.B. Menschen länger als erforderlich im Spital zu behalten. Fixe Globalbudgets und Fallkostenpauschalen (d.h. eine fixe Pauschale pro Diagnose, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand) wiederum bringen die Gefahr der Unterversorgung mit sich: Um Kosten zu sparen, werden die PatientInnen möglichst spärlich versorgt und möglichst rasch aus dem Spital entlassen – mitunter zu rasch. Bei Fallkostenpauschalen kann allerdings auch die Versuchung entstehen, mittels „geeigneter“ Diagnosen zu möglichst hohen Einkünften zu kommen.

Umso wichtiger ist es, gewinnorientierte Motive so weit wie möglich einzudämmen und gleichzeitig eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen, weil sonst die negativen Aspekte eines Vergütungssystems verstärkt werden. Insbesondere sind Leistungserbringer (Spitäler, Kliniken, HMOs usw.), die einem an der Börse kotierten Unternehmen gehören, von der Finanzierung durch die Kassen oder durch die öffentliche Hand auszuschliessen. Denn börsenkotierte Unternehmen sind den Zwängen der Finanzmärkte, d.h. der Gewinnmaximierung, uneingeschränkt ausgesetzt.

Die Finanzierung der stationären Versorgung ist so zu gestalten, dass eine Steuerung der Aktivitäten im Sinne der Spitalplanung möglich ist; d.h. die Institutionen werden für Leistungen vergütet, zu denen sie auch beauftragt sind. Der optimale Mitteleinsatz soll mit einem diagnoseorientierten Controlling und Benchmarking (DRG) überwacht werden.

Im ambulanten Bereich ist das Tarmed-System so zu verfeinern, dass auch die von spezialisierten ÄrztInnen verursachten Kosten effektiv kontrolliert werden können.

An den Schnittstellen von unterschiedlich finanzierten und tarifierten Versorgungssystemen (z.B. Spitex, Pflegeheime) können falsche Anreizmechanismen auftreten. Beispiel: Wenn die Krankenkassen bei der Spitex höhere Anteile zahlen als in der Langzeitpflege, haben sie ein finanzielles Interesse an einer möglichst raschen Heimeinweisung der PatientInnen. Solche falschen Anreize sind zu vermeiden respektive zu eliminieren.

8. Finanzierung der Langzeitpflege

Die Langzeitpflege ist eine gesellschaftliche Aufgabe und muss aus Steuermitteln und Versicherungsleistungen finanziert werden – gleich wie alle andern medizinischen Leistungen.

Wir befürworten ein Schweiz weit einheitliches Patientenabrechnungssystem. Dieses System ist so auszugestalten, dass die Betreuung bei psychischen Problemen besser erfasst und angemessen verrechnet werden kann. Damit wird verhindert, dass Pflegebedürftige mit psychischen Problemen voreilig in psychiatrische Kliniken verlegt werden, weil ihre Betreuung im Heim nicht finanziert werden kann. Denn vielfach ist der Heimaufenthalt der Situation des Betroffenen besser angemessen als ein Klinikaufenthalt. Zudem ist ein Heimaufenthalt auch kostengünstiger.

Um die Finanzierung der Langzeitpflege zu stärken, erhebt der Bund eine Erbschaftssteuer, deren Erträge in die Finanzierung der Langzeitpflege fliessen. Eine solche Erbschaftssteuer sorgt dafür, dass kleine und mittlere Erbschaften von pflegebedürftigen Menschen erhalten bleiben, deren Vermögen heute durch die Pflegekosten rasch aufgebraucht wird.

9. Medikamente und Pharmaindustrie

Eine zunehmend mächtige und teilweise parasitäre Pharmaindustrie prägt vielfach die medizinische Versorgung, was sowohl bezüglich der Kosten als auch der Qualität problematisch ist.

Wir verlangen eine systematische Förderung von Generika und die Zulassung von Parallelimporten. Der kostspieligen Markteinführung von so genannten "Me-too-drugs", die gegenüber bereits vorhandenen Produkten keine wirkliche Innovation darstellen, zu Lasten der Krankenversicherung ist mit geeigneten Mitteln entgegenzutreten. Klinische Studien zur Erprobung von Medikamenten sind unter öffentlicher Aufsicht durchzuführen. Der Einfluss der Pharmaindustrie auf die universitäre Forschung und auf die Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft muss offengelegt und begrenzt werden.

Wir fordern eine Politik der offenen Pharma-Patente. Offene Patente orientieren sich am Konzept der Open Source Software in der Informatik. Wer ein Offenes Patent anmeldet, erlaubt allen die uneingeschränkte Nutzung der

patentierten Wirkstoffe, verpflichtet jedoch alle NutzerInnen, sämtliche Erfahrungen und Weiterentwicklungen wiederum als Offene Patente freizugeben.

Wir erinnern daran, dass sich die Schweiz der Patentierung von Chemischen Stoffen lange Zeit widersetzte und den Stoffschutz erst 1976 einführte. Dies deshalb, weil sich die Chemische Industrie der Schweiz so die Möglichkeit sichern konnte, bewährte Stoffe und Verfahren zu kopieren.

Wir streben eine detaillierte Machbarkeits-Studie an, die den Aufbau eines öffentlich-rechtlichen Pharmakonzerns prüft. Ein solcher Konzern soll die Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung von den privaten Pharmamultis mildern. Er soll Wirkstoffe und Medikamente in enger Zusammenarbeit mit Universitäten, Forschungsinstituten und Firmen entwickeln, die sich zu einer Politik der offenen Patente verpflichten (z.B. Firmen in Schwellen-Entwicklungsländern)dabei auch die Bedürfnisse der Bevölkerung in armen Ländern beachten die kombinierte und integrierte Forschung in den Bereichen der Komplementär- und Schulmedizin fördern

- ausgewählte Generika produzieren und vermarkten

10. Taggeldversicherung

Die Schweiz braucht endlich ein Obligatorium in der Taggeldversicherung, mit der die Einkommensausfälle im Krankheitsfall abgedeckt werden. Dies liegt auch im Interesse der Früherkennung drohender Invalidität.

Eine fortschrittliche Reformkoalition

Die bundesrätlichen Vorschläge zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes gehen zum grössten Teil in die entgegengesetzte Richtung dessen, was wir mit unserer Reformagenda anstreben.

Wir laden deshalb die sozialpolitisch fortschrittlichen Kräfte der Schweiz ein, sich in der Gesundheitspolitik zu einer gemeinsamen Reformkoalition zusammenzuschliessen und hartnäckig und effizient für eine soziale Gesundheitsversorgung einzutreten.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Reformagenda dafür als inhaltlicher Bezugsrahmen dienen kann.
