

Veränderungsprozesse anstossen.

Jahresbericht 2013



Impressum

Redaktion: Flavian Kurth. Autoren: Flavian Kurth, Martin Ammann, Dr. med. Michel Romanens.
Bildmaterial: photocase

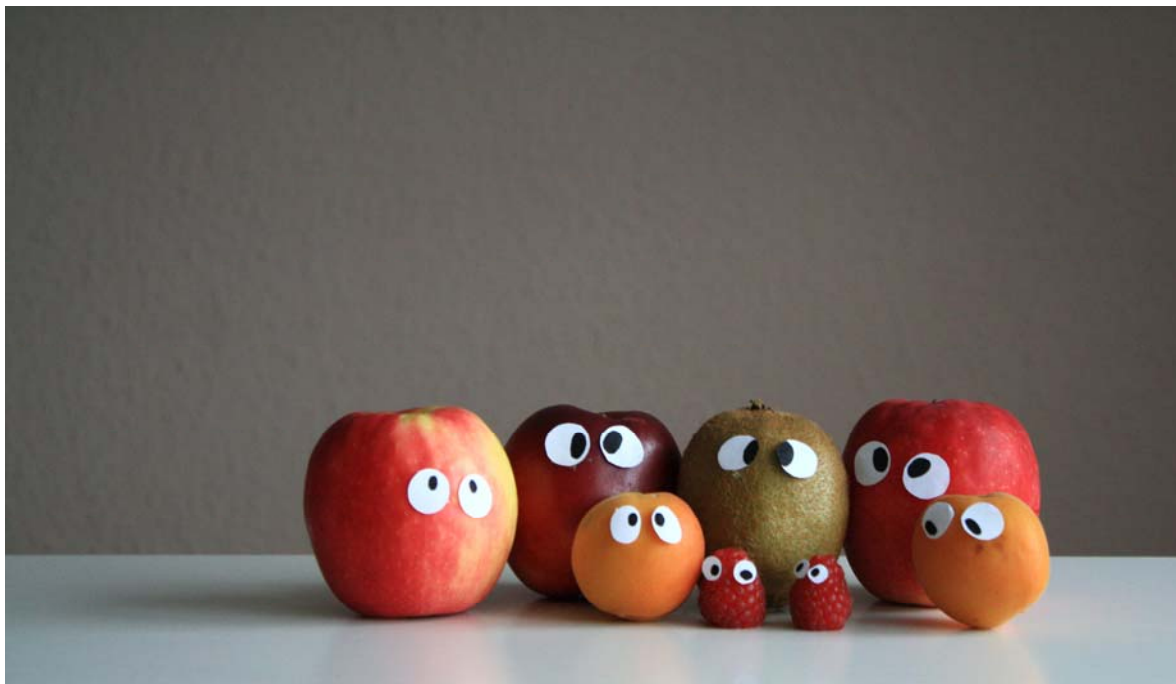
Abdruck auch auszugsweise nur mit schriftlicher Genehmigung der Fairfond Stiftung für Fairness
im Gesundheitswesen, Ziegelfeldstrasse 1, 4600 Olten, www.fairfond.ch

Inhalt.

Vorwort des Stiftungsrats	Seite	3
Vorwort des Präsidenten	Seite	5
Tätigkeitsbericht VEMS	Seite	7
Bericht Projektarbeiten	Seite	10
Revisionsbericht	Seite	11

Äpfel werden mit Birnen verglichen.

Vorwort des Stiftungsrats, *Martin Ammann*



Niemand wird etwas dagegen einzuwenden haben, dass die Leistungen unserer frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte überprüft werden. Grundsätzlich besteht ja ein Anreiz dazu, möglichst viel zu behandeln,

weil der Arzt damit Geld verdient und die Krankenkassen aufgrund des Kontrahierungszwangs die Arztrechnungen bezahlen müssen. Es wäre naiv, einfach davon auszugehen, dass alle korrekt arbeiten. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.

Wie macht man das nun aber? Andere Versicherungen haben Versicherungsinspektoren, die den Fällen nachgehen und dann dort genauer hinschauen, wo ihnen etwas verdächtig scheint. Mit

Stichproben werden so Betrüger entlarvt, die sich Zahlungen der Versicherung auf Kosten der anderen Versicherten erschleichen wollen, welche mit ihren Prämien für die so ergaunerten Beiträge ja solidarisch aufkommen müssen. Was würden wir nun sagen, wenn ein Versicherter einer Hausratsversicherung, dem unglücklicherweise im selben Jahr gleich dreimal sein Velo gestohlen wurde, automatisch in einem Verfahren verurteilt und mit einer Busse belegt würde? Dies mit der Begründung, seine Meldungen seien im Vergleich zu anderen Versicherten zu viele, die dadurch verursachten Kosten überdurchschnittlich hoch. Wir würden dies zweifelsohne als ungerecht empfinden. Der Zweck und die Daseinsberechtigung einer Versicherung ist es ja gerade, dass viele für die Schäden von ein paar wenigen Unglücklichen aufkommen. Ob der Versicherte in unserem Beispiel gebüsst wird, sollte doch einzig davon abhängen, ob diese «Diebstähle» auch tatsächlich verübt wurden.

Allein dass sie es wurden, ist ja noch kein Beweis für «Betrug», sondern allenfalls ein Hinweis, welchem nachzugehen wäre. Es gilt die Unschuldsvermutung.

Nicht so bei der Überprüfung unserer Ärztinnen und Ärzte. Hier werden Vergleichsgruppen mit gleichem Wohnkanton und gleicher oder ähnlicher Facharztgruppe gebildet. Liegen die Kosten eines Arztes 30% über dem Schnitt der Gruppe, gilt dies dem Bundesgericht als Beweis, dass er «überarztet», dass er also unnötige Behandlungen macht. Dafür wird eine Busse verhängt, in manchen Fällen so hoch, dass sie existenziell bedroht. Die Kosten werden dann zwar noch verfeinert betrachtet, es gilt aber nicht die Unschuldsvermutung. Der Arzt gilt im Gegenteil grundsätzlich als schuldig und muss beweisen, dass die Behandlungen rechters waren. Eine aussergerichtliche Einigung und die Zahlung einer Pauschale in einem Vergleich mit dem Dachverband der Schweizer Krankenversicherer santésuisse ist für angeschuldigte Ärzte in der Regel der einzige Weg, den Kopf aus der Schlinge zu bekommen.

Selberschuld, könnte man sagen. Der Arzt hätte ja auch etwas ökonomischer denken und die Praxis nicht gerade in einer Gegend eröffnen können, in der viele teure Patientinnen und Patienten wohnen: ältere Menschen, mehrfach Kranke und Behinderte. Es ist aber klar, dass so die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten nicht mehr gewährleistet wäre. Der Arzt muss sie dennoch ablehnen oder ungenügend behandeln, um im Kostenschnitt zu bleiben und damit eine Busse zu verhindern. Dies dreht den solidarischen Zweck der Krankenversicherung gerade auf den Kopf: Die Ärzte werden dazu missbraucht, die Auslagen der Versicherung so

gering wie möglich zu halten, indem man ihre Kosten nicht aufgrund der Patienten beurteilt, die sie behandeln, sondern aufgrund der Kosten ihrer Kolleginnen und Kollegen. Die Kosten des Arztes werden also durch die Kosten des Arztes begründet, nicht durch die Patienten, die diese Kosten ja verursachen.

Das Nachsehen haben die Patientinnen und Patienten. In ihrem Interesse setzt sich der VEMS für eine wissenschaftliche, rechtlich korrekte und deshalb gerechte Beurteilung der Arztkosten ein. Unter anderem geschah dies im 2013 durch die intensive Mitarbeit in der Arbeitsgruppe WZW des Verbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, aber auch, indem Gutachten, Stellungnahmen und Thesenpapiere erstellt und publik gemacht wurden. Die Forderung des VEMS: Ein Vergleich der Kostenmittelwerte des Arztes soll einen Hinweis geben, genauer hinzuschauen. Diesem Hinweis ist dann aber so nachzugehen, dass von medizinischen Fachpersonen beurteilt wird, ob die Behandlungen medizinisch wirklich nötig, ob sie zweckmässig waren. Dies kann keine Behörde und keine Versicherung beurteilen, sondern nur ein Gremium medizinischer Fachpersonen.



Martin Ammann,
Mitglied des Stiftungsrats

Der VEMS liefert Fakten und Zahlen.

Vorwort des Präsidenten, *Dr. med Michel Romanens*



Um als medizinischer Wissenschaftsverein im Gesundheitswesen Schweiz wahr- und ernstgenommen zu werden, gibt es für den VEMS nur eins: Fakten liefern. Gerade dort, wo die Meinungen gemacht und die Argumente diesen angepasst, wo Zahlen und Fakten verbogen und verdreht werden. Dies haben wir auch im 2013 mit wissenschaftlich fundierten Grundlagen getan, von denen ich an dieser Stelle vier hervorheben möchte.

Aus unserer Mitarbeit in der Arbeitsgruppe WZW der FMH ist ein wissenschaftliches Basispapier entstanden, das auf drei Ebenen grobe Fehler des aktuellen Verfahrens aufzeigt, mit

dem die Leistungen frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte vom Dachverband der Krankenversicherer *santésuisse* überprüft werden. Auf der Ebene der Datenbasis stellen wir fest, dass die verglichenen Variablen gerade einmal 10% der Arztkosten erklären. Variablen, die die beobachteten Unterschiede begründen, fehlen, und die Datenbanken sind durch verschiedene Effekte verzerrt. Auf der Ebene der Methodik ist festzuhalten, dass die Ungenauigkeiten der Datenbanken nicht durch ein entsprechendes Verfahren geschärft, sondern vielmehr dazu verwendet werden, behauptete Überarztung zu «beweisen». Die Analyse zeigt überdies, dass *santésuisse* in einem rechtlichen Graubereich arbeitet: Ärzte, deren Kosten nur bei einigen Versicherern über dem Schnitt liegen, zahlen über die solidarische Busse des Dachverbands auch jenen Versicherungen eine Busse, bei denen dies nicht der Fall ist. Diese haben sich folglich das Bussgeld unrechtmässig angeeignet.

Die enorme wissenschaftliche Ignoranz, mit der bei der Entwicklung und Handhabung der Wirtschaftlichkeitsverfahren gearbeitet wird, weist auf ein prinzipielles Problem hin, welches der VEMS in einer weiteren Grundlagenarbeit aufbereitet hat, dem VEMS-Manifest Zweckmässigkeitsforschung. Dieses wurde im 2012 erstellt und im 2013 aufgrund neuer, in allen VEMS-Dossiers gewonnener Erkenntnisse komplett überarbeitet. Systematisch legen wir darin dar, weshalb viele Grundlagen für Steuerungsent-scheide und -verfahren unseres Gesundheitswesens wissenschaftlich mangelhaft sind und der dringenden Überarbeitung hin zur Zweckmässigkeitsbetrachtung bedürfen.

Was droht, geschieht dies nicht und werden unter dem Nützlichkeitsdiktat weiter in dieser Weise Korrekturen unseres Gesundheitswesens vorgenommen, zeigt unsere Betrachtung «QALY, Rationierung und die mathematische Maschinerie»: Wir haben eine als Rationalisierung getarnte Rationierung der ungerechtesten Form, indem willkürlich derjenige benachteiligt wird, der zur falschen Zeit im falschen Versicherungsmodell, zur falschen Zeit im falschen Spital, beim falschen Arzt war.

Unsere Charta Ethik und Medizin schliesslich fasst den Standpunkt des VEMS auf verschiedenen Ebenen zusammen und formuliert den Vorschlag eines Ethikkonzepts für Ärztinnen und Ärzte. Unser Gesundheitswesen droht unter einer einseitigen, ökonomisch-utilitaristischen Betrachtung von einem solidarischen Gemeingut zu einem Rendite- und Spekulationsobjekt zu werden. Es gilt, zu verhindern, dass falsche Anreize bei Inkaufnahme gerechtigkeithischer Probleme de facto zu einer Verteuerung unseres Gesundheitswesens führen, wie sich dies heute abzeichnet.

Es warten also auch im 2014 wichtige Aufgaben auf uns. Es braucht den VEMS als unabhängige Stimme in einem Klima der Voreingenommenheit und Unwissenschaftlichkeit mehr denn je.

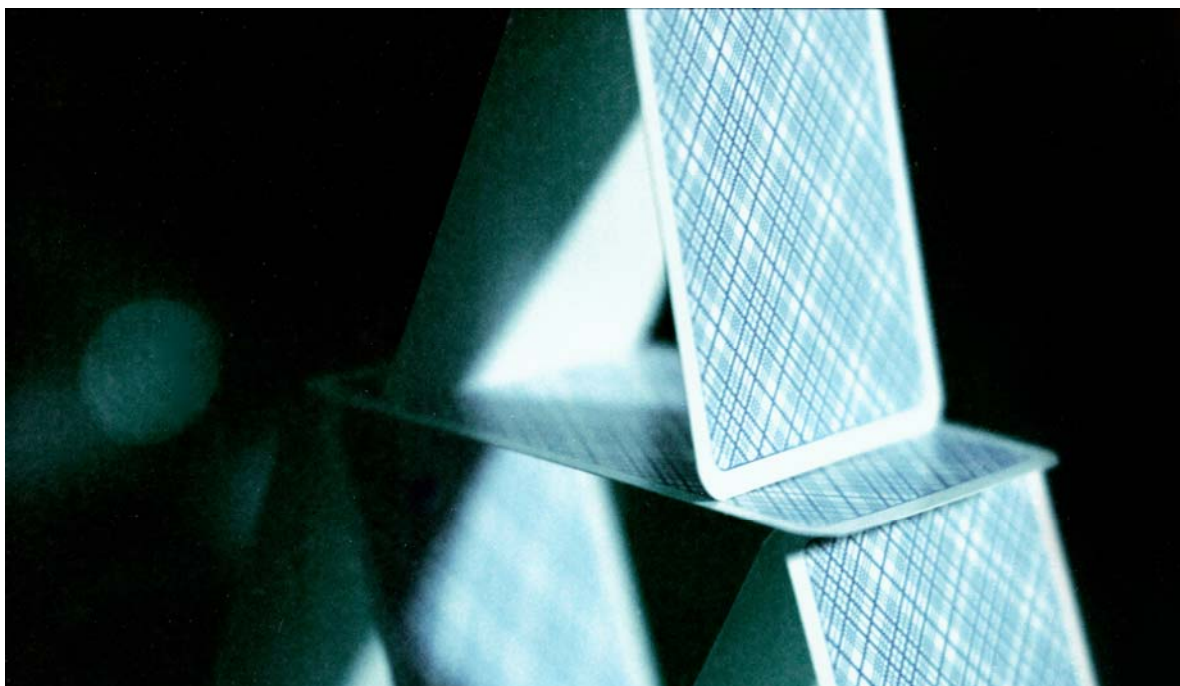


Dr. med Michel Romanens,
Präsident des Stiftungsrates

PS: Alle vier Papiere finden Sie auf der Hauptseite unserer Homepage: www.vems.ch

Ein System auf instabilen Grundlagen.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Weshalb wird das Schweizer Gesundheitswesen bei immer mehr Ökonomie immer ineffizienter, bei immer mehr Ethik immer amoralischer und bei immer mehr Forschung immer unwissenschaftlicher? Der VEMS ist dieser Frage im vergangenen Jahr systematisch nachgegangen. Das Resultat ist eine Reihe von Papieren, von denen die wichtigsten vier im Editorial des Stiftungsratspräsidenten besprochen wurden.

Wir stellen im Kern des Mainstreamdenkens unseres Gesundheitswesens einen gefährlichen Paradigmenwechsel fest: den vom Zweckmässigkeits- zum Nützlichkeitsdiktat. Dies hat mit einer schleichenden Unterwanderung der Me-

dizin durch die Ökonomie, ja mit der Durchdringung der Ökonomie bis in alle Bereiche und Aspekte auf allen Ebenen der Medizin zu tun.

Ökonomisches Denken erstellt Kosten-Nutzen-Analysen, um Entscheidungsgrundlagen zu haben, was sich lohnt und was nicht. Eine medizinische Behandlung hingegen wird daraufhin beurteilt, ob sie medizinisch überhaupt nötig ist, ob sie, vorausgesetzt, sie ist wirksam, auch dem Zweck angemessen, also zweckmässig ist. Denn ob sie nützt, hängt von vielen Faktoren ab, die der Arzt nicht oder nur bedingt beeinflussen kann. Nun könnte man einwenden, bei dieser Entscheidung, ob eine Behandlung zweckmässig ist oder nicht, mache doch auch die Medizin eine Abwägung von Aufwand und Ertrag. Das ist zwar richtig, es ist dies hier aber nicht ein Abwägen von ökonomischem, geldwertem Aufwand mit öko-

nomischem Ertrag. Es ist ein Abwägen von medizinischem Nutzen und medizinischen «Kosten», gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gefahren der Behandlung also. Versteht man Zweckmässigkeit im rein ökonomischen Sinn, so untergräbt man seine medizinische Bedeutung und reduziert den Begriff de facto auf die Wirtschaftlichkeit. Dies ist in unserem Gesundheitswesen mehrheitlich der Fall. Deshalb kämpft der VEMS für die Beurteilung medizinischer Leistungen einzig nach dem Kriterium der medizinischen Zweckmässigkeit. Dies ist vergleichbar dem Verkehrswesen, wo ja auch nicht Nützlichkeitsanalysen von Verkehrskonzepten gemacht werden, sondern Zweckmässigkeitsbeurteilungen.

Betrachten wir das Gesundheitswesen mit der soziologischen Systemtheorie nach Niklas Luhmann als ein System mit Teilsystemen, wie wir dies in unserer Charta Ethik und Medizin tun, so wird klar, weshalb passiert, was wir seit einigen Jahren beobachten: Die Ökonomie zwingt der Medizin, deren Code «gesund oder krank» ist, ihren Code «haben oder nicht haben» auf. Im Unterschied zur Ökonomie definiert sich die Medizin aber über das, was ist, wenn sie nicht ist (Krankheit), also nicht, wie die Ökonomie, über das, was ist, wenn sie ist (Geld). Auf den Übergriff der Ökonomie kann die Medizin nun nur so reagieren, dass sie Krankheiten schafft, um Gewinn anzuhäufen.

Dass ihr die Steuerungswerkzeuge unseres Gesundheitswesens dazu Anreize geben, ist unleugbar. Ihre Grundlagen sind wissenschaftlich eindeutig mangelhaft und müssen deshalb dringend und unvoreingenommen überarbeitet werden. Viele Grundlagen für Steuerungsentscheide unseres Gesundheitswesens sind wissenschaftlich geradezu laienhaft und medizinethisch nicht durchdacht. Im 2013 haben wir mit unserer Trilogie zum Gesundheitswesen die Basis erarbeitet, diese Problematik in den Diskurs des Gesundheitswesens Schweiz einzuführen. Dies zeigt sich in allen Dossiers.

Dossier WZW

Im Rahmen der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe WZW konnte der VEMS starken Einfluss auf die Ausgestaltung des Prozesses der Überarbeitung von Methodik und Verfahren der *santésuisse* nehmen. Der VEMS hat hier die wissenschaftliche Führung übernommen und der FMH ein Eckwertepapier geschrieben, das

VEMS-Werte und VEMS-Standpunkte vertritt und nun auch von der FMH als strategische Grundlage verwendet wird. Damit ist ein Durchbruch gelungen. Im 2014 wird sich der VEMS als wissenschaftliches Backoffice in der Arbeitsgruppe weiter einbringen. Das dabei zutage geförderte prinzipielle Problem aggregierter Daten (Verzerrungen durch Biases wie «confounding», «simpson's paradox», «collinearity» etc.) wird den VEMS noch weiter beschäftigen. Wir haben hierzu ein Wissen angesammelt, das Implikationen auch in anderen Dossiers hat.

Dossier Managed Care

Im Januar 2013 haben wir unser Regelwerk für die Geheimverträge finalisiert und an BAG, EDI und SAMW geschickt, an Letztere mit dem Antrag zur Bildung einer Arbeitsgruppe. Darauf haben wir keine Reaktionen erhalten. Es zeigt sich, dass niemand dieses heisse Eisen anfassen will. Auch der neue FMH-Präsident Jürg Schlup ist zurückhaltend. Wir bringen das Thema weiterhin in den Diskurs ein. Einerseits durch die Medien (Kolumne im SP Aktuell), andererseits mit Thesenpapieren wie der Stellungnahme Einheitskasse. Unsere Haltung: Eine Einheitskasse würde diese Verträge auf den Tisch bringen. Letztlich ist es aber nicht so erheblich, mit wem der Arzt Vereinbarungen eingeht, ob mit Kassen oder Staat, solange diese Vereinbarungen rechtskonform, ethisch vertretbar und transparent sind. In keiner Weise ist es zulässig, dass Managed-Care-Modelle eine als Rationalisierung getarnte verdeckte Rationierung auf dem Buckel der Versicherten betreiben.

Dossier Public Health

Basierend auf dem Manifest Zweckmässigkeitsforschung und der Vorarbeit vom 2012 konnte ein wirkungsvoller Artikel in der *Ärztzeitung* realisiert werden. Die darin erwähnten und gerügten Wissenschaftler (Prof. Busato und Prof. Rosemann) haben dazu in derselben Ausgabe Stellung genommen und mit ihrer Stellungnahme selber die Schwächen aufgezeigt. Mit dem Thesenpapier Gesundheitskosten wurde ein weiteres Grundlagenpapier erarbeitet. Es stellt infrage, dass die Gesundheitskosten effektiv steigen und begründet dies sachlich. Eine Stellungnahme zu einer Arbeit von Prof. Schleiniger und ein Dialog mit dem Autor schliesslich zeigen, dass der VEMS seine Argusaugen offen hat und umgehend rea-

giert. Wir haben den Autor angeschrieben und sind in einen E-Mail-Dialog mit ihm getreten. Ein weiterer Dialog mit dem Journalisten Urs P. Gasche mit relevanten Journalisten im CC ist Teil der laufenden Medienarbeit, die im 2014 weitergeführt wird.

Dossier HTA

Mit einem Paukenschlag hat der VEMS das Thema HTA im 2013 ins Bewusstsein gebracht: Stellungnahmen zu den Grundlagenpapieren der SAMW, der Akademien der Wissenschaften Schweiz und von SwissHTA sowie eine Stellungnahme zu einem mangelhaften Bericht des Swiss Medical Boards SMB. Mit zwei Artikeln in derselben Ausgabe der Ärztezeitung haben wir diesen Bericht und das prinzipielle Vorgehen bei der Einführung von HTA moniert. FMH und Swiss Medical Board haben in derselben Ausgabe Stellung genommen. Wenig überzeugend, wie wir in einer Aufarbeitung der Vorgänge festgehalten haben. Das Konzeptpapier VEMS Ethical Board definiert, wie in diesem Dossier gearbeitet werden soll. Es wurde mit Willi Oggier besprochen, der interessiert ist, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Wir werden im 2014 systematisch SMB-Berichte prüfen, unsere Stellungnahmen dazu verfassen und diese Medien, Politikern und Entscheidern zukommen lassen. Gleichzeitig arbeiten wir daran, die Prozesse anzustossen, um die dringende Überarbeitung von Methodik und Vorgehen des SMB oder vergleichbarer Gremien zu forcieren.

Dossier Level IV

Nachdem wir im 2012 sehr viele Anstrengungen in diesem Dossier unternommen haben und damit auch ein grosses Medienecho generieren konnten, haben wir die Aktivitäten in diesem Jahr gedrosselt. Wir haben die Prozesse angestossen, nun ist der Ball bei den zuständigen Stellen: BFU, NKVF, FMH. Durch eine E-Mail an Amnesty International Schweiz konnten wir Frau Graf zu einem Gespräch nach Olten bewegen. Darin hat sie uns versprochen, uns bei den relevanten Schaltstellen bekannt zu machen, damit wir uns dort einbringen können. Das hat sie dann aber nicht getan. Wir werden uns auch im 2014 weiterhin einbringen, wenn wir Möglichkeiten sehen. Nicht zuletzt ist dieses Dossier für den VEMS auch deshalb wichtig, weil es grundlegende Probleme unseres Verständnisses der Rolle der Medizin aufzeigt.

Was lange währt, wird endlich gut.

Bericht Projektarbeiten, *Flavian Kurth*



Im 2013 haben zwei Projekte weiterentwickelt, sanafair und das VEMS Ethical Board.

Projekt sanafair

Wir haben das Geschäftsmodell überarbeitet und in eine erfolgversprechende Form gebracht. Im Vordergrund soll sanafair als Lobby für Krankenversicherte stehen, im Hintergrund sollen die Dienstleistungen sukzessive und gewachsen am so eruierten Bedarf entwickelt werden. Wir haben alsdann verschiedene Szenarien mit Partnerschaften durchgespielt und verschiedene mögliche Kandidaten für die Geschäftsführung evaluiert, getroffen und gebrieft. Bisher konnte der Posten jedoch noch nicht besetzt werden. Ausserdem ist eine Startfinanzierung nötig, die von Partnern eingebracht oder von Gönnern gespendet werden muss, bevor das Projekt weiterverfolgt werden kann.

Projekt VEMS Ethical Board

Mit dem Ethical Board wollen wir eine Gegenstimme zum Swiss Medical Board SMB schaffen. Wir haben im 2013 zu den Berichten des SMB Stellung genommen und mögliche Partner für eine Weiterentwicklung des VEMS Ethical Board evaluiert, getroffen und gebrieft. Diese Arbeit werden wir im 2014 in diesem Sinn fortsetzen.

Revisionsbericht.



Martin-Disteli-Strasse 9
Postfach 1860
CH-4601 Olten

Tel. 062 287 66 77
Fax 062 287 66 44
www.tro-treuhand.ch

Fairfond
Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen
Olten

Bericht der Revisionsstelle
über die
Prüfung des Rechnungsabschluss
per 31. Dezember 2013

Bericht der Revisionsstelle zur eingeschränkten Revision an den Stiftungsrat des Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Olten

Als Revisionsstelle haben wir die Jahresrechnung (Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang) des Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Olten für das am 31. Dezember 2013 abgeschlossene Geschäftsjahr geprüft.

Für die Jahresrechnung ist der Stiftungsrat verantwortlich, während unsere Aufgabe darin besteht, die Jahresrechnung zu prüfen. Wir bestätigen, dass wir die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Zulassung und Unabhängigkeit erfüllen.

Unsere Revision erfolgte nach dem Schweizer Standard zur Eingeschränkten Revision. Danach ist diese Revision so zu planen und durchzuführen, dass wesentliche Fehlaussagen in der Jahresrechnung erkannt werden. Eine Eingeschränkte Revision umfasst hauptsächlich Befragungen und analytische Prüfungshandlungen sowie den Umständen angemessene Detailprüfungen der beim geprüften Unternehmen vorhandenen Unterlagen. Dagegen sind Prüfungen der betrieblichen Abläufe und des internen Kontrollsystems sowie Befragungen und weitere Prüfungshandlungen zur Aufdeckung deliktischer Handlungen oder anderer Gesetzesverstösse nicht Bestandteil dieser Revision.

Bei unserer Revision sind wir nicht auf Sachverhalte gestossen, aus denen wir schliessen müssten, dass die Jahresrechnung sowie der Antrag über die Verwendung des Bilanzgewinnes nicht Gesetz und Statuten entsprechen.

TRO Treuhand & Revisions AG

Paul Haggmann
RAB-Nr. 100567
Definitiv zugelassener
Revisionsexperte
(Leitender Revisor)

Markus Weibel

Beilagen

Jahresrechnung 2013
Anhang per 31. Dezember 2013

B I L A N Z
per 31. Dezember 2013

A k t i v e n

	31.12.2013	31.12.2012
Umlaufvermögen		
Credit Suisse, Aarau, 1637247-41	21'976.93	37'306.00
Forderungen gegenüber nahestehenden Gesellschaften	2'889.05	2'889.05
	24'865.98	40'195.05
Total Aktiven	24'865.98	40'195.05

P a s s i v e n

Stiftungskapital		
Stiftungskapital	50'000.00	50'000.00
Verlustvortrag	-9'804.95	-23'032.30
Jahresverlust/-gewinn	-15'329.07	13'227.35
	24'865.98	40'195.05
Total Passiven	24'865.98	40'195.05

E R F O L G S R E C H N U N G
für die Zeit vom 1. Januar - 31. Dezember 2013

	2 0 1 3	2 0 1 2
Ertrag Stiftung		
Spenden	50'000.00	32'250.00
Zinsertrag	27.78	6.94
	<u>50'027.78</u>	<u>32'256.94</u>
 Aufwand Stiftung		
Dienstleistungen Dritte	64'710.52	16'256.00
Verwaltungskosten, Marketingkonzept	548.61	2'675.10
Bankspesen	97.72	98.49
	<u>65'356.85</u>	<u>19'029.59</u>
Jahresverlust/-gewinn	<u>-15'329.07</u>	<u>13'227.35</u>
	<u>50'027.78</u>	<u>32'256.94</u>

ANHANG DER JAHRESRECHNUNG
per 31. Dezember 2013

Stiftungszweck

Die Stiftung bezweckt, die Kostennotwendigkeit im Gesundheitswesen zur adäquaten und sicheren medizinischen Versorgung der Schweizerischen Bevölkerung auf eine wissenschaftlich, empirisch und statistisch abgestützte Basis zu stellen und entsprechende Forschung zu finanzieren sowie Resultate der Forschungen der Öffentlichkeit bekannt zu machen bzw. entsprechend notwendige Öffentlichkeitsarbeit mit geeigneten Mitteln finanziell zu unterstützen

VERZEICHNIS DER ORGANE

Stiftungsrat

Dr. med. Michel Romanens, Basel	Kollektivunterschrift
Hafner Eduard, Olten	Kollektivunterschrift
Dr. Franz Ackermann, Olten	Kollektivunterschrift
Ammann Martin, Aarau	Kollektivunterschrift
Dr. Bernhard Hofmeier, Trimbach	Kollektivunterschrift
Dr. Herbert Plotke, Olten	Kollektivunterschrift

Aufsichtsbehörde

Eidgenössische Stiftungsaufsicht
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Revisionsstelle

TRO Treuhand & Revisions AG
Martin-Distell-Strasse 9
4601 Olten

Genehmigungsvermerk

Jahresrechnung 2013 durch den Stiftungsrat am _____ genehmigt.

Der Stiftungsrat: