

Lieb gewordene Wahrheiten hinterfragen und intervenieren.

Jahresbericht 2014



Impressum

Redaktion: Flavian Kurth. Autoren: Flavian Kurth, Dr. med. Bernhard Hofmeier,
Dr. med. Michel Romanens.

Bilder: 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

Die Fragen am Ende eines Menschenlebens.

Vorwort des Stiftungsrats, *Dr. med. Bernhard Hofmeier*



Die Fragen der Entscheidungen am Lebensende waren immer schon Teil ärztlicher Tätigkeit. Dass diese Fragen heute komplexer werden, liegt an verschiedenen Faktoren. Einerseits schaffen die Fortschritte der modernen Medizin Behandlungsmöglichkeiten, die nicht in jedem Fall und von jedem Patienten gewünscht werden. Andererseits spielen in die Entscheidungen am Lebensende immer mehr auch ökonomische Aspekte mit hinein; die letzten Lebensmonate und -wochen sind bekanntlich die teuersten. Drittens schliesslich führt eine stetige Überalterung zu Krankheitsbildern, die viele geriatrische Patienten früher wohl gar nicht erlebt hätten, weil sie vorher verstorben wären. Diese drei neuen Aspekte machen aus einer Problemstellung, die an sich schon komplex ist, eine schwierige, für viele Ärztinnen und Ärzte kaum lösbare Aufgabe. Wie werde ich im Fadenkreuz dieser verschiedenen Aspekte und der dahinter stehenden Interessen meinen Patienten gerecht? Denn

um ihr Wohl und um ihre Interessen geht es letztlich. Diesen zu entsprechen, ist der medizinische Auftrag.

Organisationen wie Exit oder Dignitas bieten seit einiger Zeit eine scheinbar praktische und scheinbar von einer zunehmenden Zahl von Patientinnen und Patienten gewünschte Lösung in dieser Frage an: den assistierten Suizid. Mit dem Wunsch, diesen Weg zu wählen – gefördert von den diesbezüglich liberalen Rahmenbedingungen unseres Landes und von einem grundsätzlich zusprechenden Klima in der Politik, bei den Behörden und in den Medien –, treten vermehrt solche Patienten an den Arzt. Damit bringen sie ihn in ein Dilemma: Im Eid des Hippokrates ist festgehalten: «Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten». Damit ist klar, dass es die ärztliche Ethik verbietet, einen assistierten

Suizid zu leisten, ebenso, wie sie es bereits verbietet, diesen beratend zu begleiten. Die Auflage der Wahrung der Patientenautonomie verpflichtet den Arzt aber, auch einen solchen Wunsch zu respektieren. Wie soll er sich also verhalten?

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ist dieser Frage in einer Studie nachgegangen. Dabei ist herausgekommen, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte den assistierten Suizid zwar begrüssen, damit allerdings nichts zu tun haben wollen. Ohne die Mithilfe einer medizinischen Fachperson ist ein solcher aber gar nicht möglich, denn es ist der Arzt, der das Rezept für das tödliche Gift ausstellen muss, es ist der Arzt, der das Patientendossier an die Sterbehilfeorganisation herausgeben muss, damit diese überhaupt aktiv werden darf. Der Arzt hat also etwas mit dem assistierten Suizid zu tun, ob er es nun will oder nicht, allein dadurch, dass er Arzt ist.

Ausgehend von diesem Dilemma hat der VEMS in den letzten beiden Monaten dieses Jahres ein Positionspapier zum Thema erarbeitet. Der Ausarbeitung dieses Papiers sind intensive Diskussionen im Stiftungsrat vorausgegangen, in welchem einige Ärzte Einsitz haben und ihre praktische Erfahrung einbringen konnten.

Im in diesem Prozess entstandenen Papier haben wir zunächst eine Unterscheidung zwischen ärztlicher Sterbehilfe und assistiertem Suizid vorgenommen. Ersteres ist seit jeher Teil ärztlicher Arbeit im Rahmen der palliativen Betreuung bis ans Lebensende, Letzteres eine aus der ärztlichen Praxis ausgelagerte, ärztlicher Ethik widersprechende Handlung. Die Vermischung dieser Begriffe hat indes zu einer gefährlichen Bagatelisierung des assistierten Suizids geführt. Organisationen wie Exit und Dignitas bieten eben gerade keine Sterbehilfe an und sollten folglich angehalten werden, ihre Dienstleistung auch nicht so zu deklarieren.

Des Weiteren stellen wir fest, dass die Palliativmedizin aufgrund einer Unterfinanzierung durch das Fallpauschalensystem für Spitäler we-

nig attraktiv ist, zumal diese, versterben palliative Patienten in ihrer stationären Abteilung, eine Herabstufung durch die Qualitätsindikatoren des BAG riskieren. Sie verlagern diese Patienten folglich in Heime, wann immer das möglich ist. Dort sinkt die Behandlungsqualität in der Regel rapid. Wir haben also in den letzten Lebensmonaten und -wochen die Situation einer medizinischen Unterversorgung. Entscheiden sich palliative Patienten aufgrund dieser Situation für den assistierten Suizid, so erscheinen sie überdies noch nicht einmal auf der Suizidstatistik, denn das Bundesamt für Statistik nimmt diese Fälle seit 2009 aus seiner Suizidstatistik. Eine gefährliche Verwässerung.

Die Rolle der Medizin kann hier nur die sein, ihrem Patientenauftrag nach bestem Wissen und Gewissen zu entsprechen, indem sie den Suizidenten über die Möglichkeiten einer medizinischen Betreuung bis ans Lebensende umfassend aufklärt. Stellt sie fest, dass dieser Aufklärungsauftrag durch Angehörige gestört wird, muss sie intervenieren und den Suizid mit allen Mitteln verhindern. Wird dieser vom solcherart aufgeklärten Patienten hingegen in voller Autonomie gewünscht, so hat sie diesen Wunsch zu akzeptieren. Assistieren darf sie den Suizid allerdings nicht. Hier endet ihr Auftrag, und hier beginnt die persönliche Willensfreiheit des Patienten.



Dr. med. Bernhard Hofmeier,
Mitglied des Stiftungsrats

Die Frage der richtigen Gesundheitsökonomie.

Vorwort des Präsidenten, *Dr. med. Michel Romanens*



In den letzten Monaten und Wochen dieses Jahres hat der VEMS im Sinne eines unabhängigen, interdisziplinären Think Tanks intensiv an zwei Positionspapieren gearbeitet, die unsere Arbeit im nächs-

ten Jahr wesentlich bestimmen werden. Das erste dieser Papiere, unser Positionspapier zur Rolle des Arztes beim assistierten Suizid, hat Ihnen unser Stiftungsratsmitglied Dr. med. Bernhard Hofmeier eingangs vorgestellt. Auf das zweite möchte ich hier eingehen. Es ist dies ein Positionspapier zu einem Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Unter dem Titel «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» hat die SAMW im Herbst dieses Jahres ein Papier veröffentlicht,

das mit dem Ansinnen einer Versöhnung dieser beiden Disziplinen antritt, in der Ärzteschaft indes ein diffuses Unbehagen ausgelöst hat. Wir haben dieses Papier in den folgenden Monaten und Wochen systematisch untersucht und herausgearbeitet, ob und weshalb dieses Unbehagen ein berechtigtes ist. So viel vorweg: es ist berechtigt.

Die SAMW folgt in ihrem Papier weitgehend dem Diktat einer einseitig utilitaristischen Betrachtungsweise und hat kaum eigene Positionen erarbeitet. Daraus leiten sich im Ergebnis Empfehlungen an die Ärzteschaft ab, die man ohne Polemik zusammenfassen kann im Rat: Lebt halt, so gut es eben geht, mit einer Ökonomie, die der Medizin nicht entspricht und diese fehlerhaft, wir können (oder wollen) nichts dagegen tun. Der VEMS ist der Meinung, daran nicht nur etwas ändern zu können, sondern dies auch zu müssen. Im Interesse der Patientinnen und Pati-

enten, denen eine von der Ökonomie fehlgeleitete Medizin erheblichen Schaden zufügt. Im Interesse der Bürgerinnen und Bürger, die mit ihren Prämiegeldern die Kosten einer solchen Medizin berappen müssen, ohne den erwarteten Nutzen an ihr zu haben.

Wir stellen die grundsätzliche Frage des Auftrags der Ökonomie. Sollte sie nicht haushälterisch mit Ressourcen umgehen, um Werte für uns alle zu schaffen? Und kann sie dies, beschränkt sie sich darauf, die Effizienz zu steigern und die Kosten zu senken? Effizienz ist an sich ja kein Wert; sie ist vielmehr Voraussetzung, um überhaupt Werte zu schaffen. Wesentlich ist also nicht die Effizienz, sondern das, was damit erschaffen wird. Eine Ökonomie jedoch, die die Effizienz zum Wert an sich erklärt, droht mit viel Effizienz Werte nicht nur nicht zu schaffen, sondern diese sogar zu vernichten.

Eben dies scheint uns die Gesundheitsökonomie, wie sie heute betrieben wird, zu tun. Letztlich ist die Gesundheit ja der grundlegende Wert, aus dem sich alle weiteren menschlichen Werte erst ergeben. Eine Ökonomie, die die Medizin systematisch dazu anreizt, Gesunde unnötig zu behandeln und Kranke nicht zu versorgen, vernichtet diesen Wert. Eine Ökonomie, die meint, ein Kosten-Nutzen-Verhältnis nur so verbessern zu können, dass sie die Kosten senkt, anstatt bei gleichbleibenden Kosten den Nutzen zu erhöhen, vernichtet diesen Wert. Dies tut sie, weil sie der Medizin nicht gerecht wird, deren Auftrag es ist, den medizinischen Nutzen zu erhöhen, nicht die Kosten zu senken.

Wir nennen diese Art der Ökonomie eine Zahlenökonomie und fordern an ihrer Stelle eine Werteökonomie für unser Gesundheitswesen. Diese würde ihre Kräfte aus den Indikations- und Behandlungsentscheiden der Medizin abziehen und darauf verwenden, Prozesse, Abläufe und Strukturen zu verbessern. Die Medizin ihrerseits sollte sich auf die Verbesserung der Qualität ihrer Indikations- und Behandlungsentscheide konzentrieren können. Dies leisten interdisziplinäre Expertenaudits. Die Medizin muss endlich bereit sein, ihre Arbeit selber zu kontrollieren. Tut sie dies nicht, wie dies heute der Fall ist, so ist sie der Kontrolle durch fachfremde Gremien, allem voran der Ökonomie, ausgesetzt. Und diese beurteilt die Medizin nicht

nur falsch, sie reizt sie mit dieser falschen Beurteilung überdies zu einem Verhalten an, das nicht nur medizinisch gefährlich ist, sondern im Resultat auch Kosten verursacht, nicht senkt.

Wir beobachten dies bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren, deren Mittelwertvergleiche den Arzt dazu anreizen, seine Durchschnittskosten so zu senken, dass er möglichst viele Patienten mit möglichst geringen Kosten behandelt (weitgehend Gesunde) und jene wenigen, die hohe bis sehr hohe Kosten verursachen (Kranke), möglichst nicht behandelt. Diese müssen dann verspätet und teilweise mit massiven Mehrkosten behandelt werden. Gleiches stellen wir in den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung fest, die in geheimen Verträgen mit den Krankenkassen in einem Bonus-Malus-System Budgets vereinbaren, ohne die konkrete Patientensituation zu kennen. Was Wunder, können sie auf diese dann auch nicht eingehen, was Wunder, verursacht dieses Verhalten am Patienten vorbei Mehrkosten. Und Gleiches stellen wir schliesslich auch im Fallpauschalensystem fest, das in ähnlicher Logik Kostenobergrenzen pro Fall festlegt und die Spitäler so anreizt, nur jene Patienten zu behandeln, bei denen diese Kostenobergrenze nicht überschritten zu werden droht – also weitgehend Gesunde.

Diese destruktive Spirale sieht die SAMW nicht. Ebenso sieht weder die SAMW, noch die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, noch die FMH die Gefahr mangelhaft durchgeführter Health Technology Assessments HTA durch das Swiss Medical Board SMB. Der VEMS schaut genauer hin und kann mit mathematisch-statistischen Gutachten Mängel belegen, die unter Umständen zu Schlussfolgerungen und Empfehlungen mit erheblichen kollateralen Schäden führen. Für die Patientensicherheit und für die Gesundheitskosten.

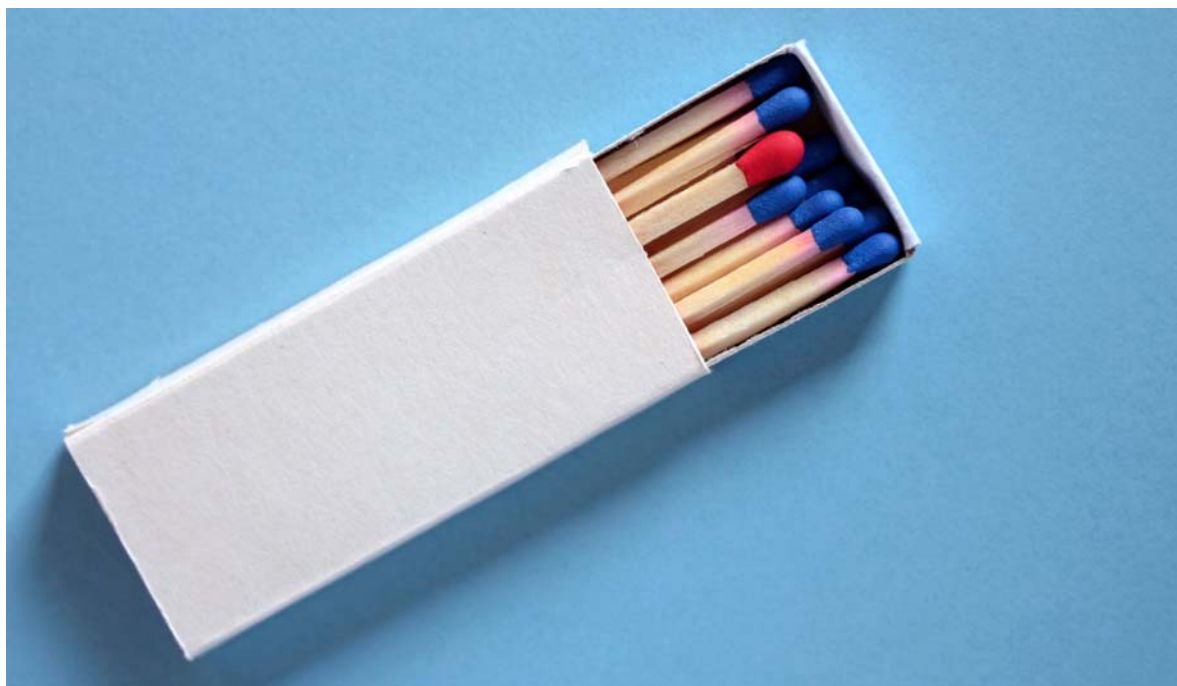


Dr. med. Michel Romanens,
Präsident des Stiftungsrats

PS: Beide Positionspapiere finden Sie auf der Hauptseite unserer Homepage: www.vems.ch

Die Frage der Methodik und der Systematik.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Im Jahr 2013 hat sich der VEMS mit zwei Grundlagenpapieren die Basis erarbeitet, die Probleme unseres Gesundheitswesens im Jahr 2014 vertieft anzugehen. In erster Linie ging es uns darum, Methodik und Systematik zu untersuchen, mit welchen hier gearbeitet wird. Von den wissenschaftlichen Instituten und Gremien, die mit ihren Untersuchungen, Studien und Empfehlungen Grundlagen schaffen, von der Politik und den Behörden, die auf diesen Grundlagen aufbauend Vorschriften erlassen und Prozesse implementieren. Im Ergebnis stellen wir fest, dass eine einseitig utilitaristische Herangehensweise an die Herausforderungen mehr Probleme schafft als löst. Es do-

miniert ein Klima der Panik vor ausufernden Gesundheitskosten, woraus ein Handeln resultiert, das diese absurderweise nicht selten gerade in die Höhe treibt. Einem Taxifahrer gleich, der kein Benzin tankt, um Geld zu sparen, wird gespart, koste es, was es wolle, auch um den Preis, die Medizin damit in einen Zustand zu bringen, in dem sie den dabei beschworenen Mehrwert gar nicht mehr leisten kann, weil sie schlicht nicht mehr funktionsfähig ist. So geschieht das Gegenteil dessen, was die Ökonomie erwirken will: Ressourcen werden verschwendet, nicht ökonomisch eingesetzt, Werte vernichtet, nicht geschaffen.

Welche Phänomene wir dabei konkret beobachten, werde ich im Folgenden bei den Berichten zu den einzelnen Dossiers erörtern. Einleitend einige grundsätzliche Überlegungen: Auch eine pluralistische Gesellschaft, wie wir sie heute haben, kann sich auf Grundwerte

einigen. Die Gesundheit ist ein solcher. Den Wert, den ein Gesundheitswesen schaffen soll, kann man als Gemeinsinn oder sozialen Zusammenhalt formulieren, und hier liegt der solidarische Grundgedanke des Gesundheitswesens: Es muss von allen getragen werden, weil alle davon profitieren, der Kranke durch konkrete Hilfe, der Gesunde durch die Sicherheit, im Krankheitsfall auf diese Hilfe zählen zu können.

Das ist immer weniger der Fall, und hierzu leistet eine einseitige Zahlenökonomie ihren zweifelhaften Beitrag, wohl ohne sich dessen so recht bewusst zu sein. Wenn Ärzte einen umsatzbezogenen Bonus erhalten, dann ist nicht mehr garantiert, dass sie ihre Entscheide allein aus medizinischen Erwägungen fällen. Wenn Ärzte, wie das in Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung geschieht, vermittels eines Bonus-Malus-Systems in ein Budget gezwungen werden, das sie vereinbaren, bevor sie die konkrete Patientensituation überhaupt kennen, dann können sie auf diese konkrete Patientensituation auch nicht eingehen. Wenn Fallpauschalen und die Wirtschaftlichkeitsverfahren der *santésuisse* Anreize setzen, nicht mehr jene Patienten zu behandeln, die der Behandlung bedürfen, sondern jene, die sich als Fälle lohnen, dann sind sie nicht mehr eigentlich Mediziner; sie werden zu medizinischen Kleinkrämern im eigenen Interesse. Eine funktionierende Medizin sieht anders aus.

Zu welchen medizinethischen Problemsituationen dies führen kann, zeigt sich exemplarisch bei der Sterbehilfe, zu welcher wir Ende dieses Jahres ein Positionspapier erarbeitet haben, das Ihnen unser Stiftungsratsmitglied Dr. med. Bernhard Hofmeier in seinem Vorwort vorgestellt hat. Falsche Anreize bewirken hier beim Arzt ein Handeln, dessen Resultat eine Unterversorgung palliativer Patienten ist. Mit der Folge einer Unzufriedenheit, die mit ein Faktor oder sogar der alleinige Faktor dafür sein kann, sich gegen eine palliative Betreuung bis ans Lebensende und für den assistierten Suizid zu entscheiden. Eine Medizin, die mit ihrem Handeln bewirkt, dass man nicht mehr von ihr Gebrauch machen will, ist keine Medizin mehr, und der Suizident, der aus diesen Gründen seinen Entscheid fällt, handelt nicht autonom, sondern aus einem Zwang, den die Medizin nicht fördern, sondern mit allen Mitteln verhindern sollte. Tut sie dies nicht, so arbeitet sie am Tod und nicht am Leben, wie es ihr Auftrag ist.

Dass die Anreize, die solches Handeln rechtfertigen, mit den vernünftig erscheinenden Argumenten einer einseitig auf Zahlen ausgelegten Gesundheitsökonomie gerechtfertigt werden, gibt uns guten Grund, dieser Art, Gesundheitsökonomie zu betreiben, mit einem gesunden Misstrauen entgegenzutreten. Wir haben dies in unserem zweiten Ende dieses Jahres publizierten Positionspapier getan, das Ihnen unser Stiftungsratspräsident Dr. med. Michel Romanens vorgestellt hat. Die Arbeit in unseren Dossiers zeigt, dass dieses Misstrauen dringend nötig ist und es den VEMS als unabhängigen, interdisziplinären Think Tank des Gesundheitswesens braucht. Denn die Regulative durch die FMH, die SAMW, die GDK, das BAG und das EDI funktionieren offensichtlich nur mangelhaft.

Dossier WZW

Im Jahr 2013 hat der VEMS in der FMH-Arbeitsgruppe WZW zur Validierung des bestehenden und zur Konzipierung eines neuen Beurteilungsverfahrens der frei praktizierenden Ärzte die wissenschaftliche Führung übernommen. Diese Führung galt es im Jahr 2014 auszubauen und zu rechtfertigen. Wir haben dies getan, indem wir bei HDoz. Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth von den Gesundheitsforen Leipzig ein mathematisch-statistisches Gutachten eingeholt haben, um die methodische Grundlage des derzeitigen Verfahrens der *santésuisse* zu validieren. Das Gutachten zeigt im Ergebnis: Hohe Kosten entstehen nicht bei Ärzten, die überarzten, sondern bei jenen, die teure Patienten behandeln. Es ist also falsch, Ärzte aufgrund ihrer Kosten zu beurteilen. Die Frage ist nicht, wie hoch diese sind, sondern ob die Behandlungen medizinisch zweckmässig sind. Darüber kann das Verfahren, so wie es ausgestaltet ist, nichts aussagen. Es reizt den Arzt aber an, jene wenigen Patienten, die hohe bis sehr hohe Kosten verursachen, also Kranke, nicht zu behandeln, dafür aber möglichst viele, die kleine Kosten verursachen, also weitgehend Gesunde, unnötig zu behandeln. Unser Präsident Dr. med. Michel Romanens hat alsdann ein umfassendes wissenschaftliches Papier erarbeitet, in welchem a) die massiven Mängel des Verfahrens aufgezeigt werden, b) Vorschläge unterbreitet werden, wie ein faires, wissenschaftlich korrektes Verfahren auszugestalten wäre und c) ein Vorschlag gemacht wird, wie per sofort zu verfahren ist, damit nicht weiterhin Ärzte, die korrekt arbeiten, in teilweise ruinöse Verfahren gezogen werden und andere, die dies nicht tun, damit

durchkommen, weil sie die Mängel des Verfahrens geschickt auszunutzen verstehen. Diese Vorschläge haben dann allerdings in der Praxis der Wirtschaftlichkeitsverfahren nicht einmal ansatzweise zu einer Änderung geführt. Eine weitere Mitarbeit in der Arbeitsgruppe hätte vor diesem Hintergrund keinen Sinn ergeben. Der VEMS hat seine Vorschläge deponiert und einen Think Tank Wirtschaftlichkeitsverfahren angeregt, um die vorgeschlagenen Modelle zu erproben, zu validieren und zu revalidieren. In diesem Sinne werden wir auch im nächsten Jahr den Prozess zur Neukonzipierung des Verfahrens anregen und unseren Beitrag dazu leisten.

Dossier Managed Care

Im Jahr 2013 hat der VEMS in einem interdisziplinären Team mit Prof. Dr. iur. Ueli Kieser (Recht), Prof. Dr. oec. Mathias Binswanger (Ökonomie), Dr. med. Michel Romanens (Medizin) und Prof. Dr. phil. Hans-Peter Schreiber (Ethik) einen Vorschlag erarbeitet, wie die Verträge in Ärztenetzwerken zu regeln wären, damit sie gesundheitsökonomisch zielführend, ethisch vertretbar und juristisch korrekt sind, was derzeit weitgehend nicht der Fall ist. Dieses Regelwerk haben wir der SAMW im Sinne eines Vorschlags zur weiteren Verwendung zugeschiedt, verbunden mit dem Antrag auf Bildung einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Die SAMW ist darauf nicht eingetreten. Das Argument, solche Netzwerken würden helfen, Kosten zu sparen, sticht offensichtlich und macht die SAMW auf einem Auge blind. Im Jahr 2014 hat der VEMS nun daran gearbeitet, zu untersuchen, ob dies auch tatsächlich der Fall ist. Im Ergebnis stellen wir fest, dass innerhalb solcher Netzwerke selbst zwar Kosteneinsparungen realisiert werden können. Vergleicht man aber die gesamten OKP-Kosten verschiedener Kantone, so stellt man fest, dass diese in Kantonen mit überdurchschnittlich vielen Ärztenetzwerken im Schnitt signifikant höher liegen als in anderen Kantonen. Es legt sich also die gegenteilige Vermutung nahe: In den Netzwerken werden nötige Behandlungen nicht erbracht, was zur Folge hat, dass die fraglichen Patienten sich dann ausserhalb des Netzwerks mit unter Umständen erheblichen Mehrkosten behandeln lassen, was die OKP-Kosten insgesamt treibt, nicht senkt. Diese Vermutung gälte es, mit einer Begleitforschung zu überprüfen. Eine solche können indes nur die Netzwerke selbst leisten, denn sie haben die Patientendaten dazu. Die Netzwerke betreiben eine solche Begleitforschung, aber

halbherzig, wohl, weil genaueres Hinschauen nicht den eigenen Interessen zudiente. So bleibt es bei der nie bewiesenen Behauptung, Ärztenetzwerke würden helfen, Kosten zu sparen. Der VEMS wird auch im nächsten Jahr daran arbeiten, unsere Entscheidungsträger in der Politik und bei den Behörden für diese Wissenslücke zu sensibilisieren, um einer wissenschaftlichen Begleitforschung als Grundlage einer professionellen Methodik den Weg zu bereiten. Der Blindflug, der das Experiment mit solchen Netzwerken heute ist, soll einer Systematik weichen, die Kosten effektiv durch Rationalisierung spart, nicht durch verdeckte Rationierung.

Dossier Public Health

Das vergangene Jahr war auch im Dossier Public Health ein Jahr der Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen. Und auch hier ging es darum, die empirisch festgestellten methodischen und systematischen Mängel, die viele Public-Health-Studien der Schweiz aufweisen, mathematisch-statistisch besser zu verstehen. Dass in unseren Public-Health-Studien oftmals mit Datenbasen gearbeitet wird, die zwar leicht verfügbar sind, in welchen aber nicht selten wichtige, die behaupteten Sachverhalte begründende Erklärungsvariablen gar nicht erfasst sind, haben uns die wissenschaftlichen Revalidierungen verschiedener Studien im 2013 gezeigt. Unsere mathematisch-statistischen Untersuchungen im Jahr 2014 zeigten uns nun, dass überdies in den Datenbanken Subgruppen gebildet werden, die mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtbeurteilung fallen, was zu einer komplett falschen Sichtweise auf die Sachverhalte führen kann und unter dem Begriff «Simpson Paradox» im wissenschaftlichen Diskurs als Problem erkannt ist. Basierend auf diesen Datengrundlagen entstehen dann Studien, die die behaupteten Sachverhalte schon aufgrund ihrer Datenbasis gar nicht beweisen können, mit ihren Behauptungen aber geeignet sind, Fehleinschätzungen und -entscheidungen zu induzieren. Dagegen wird der VEMS weiter arbeiten, indem wir Studien kritisch prüfen und unsere Revalidierungen den Autoren, der Politik, den Behörden und den Verbänden und Interessengruppen zugänglich machen.

Dossier HTA

Während im 2013 die Strukturen, die Methodik und die Prozesse des Swiss Medical Boards SMB im Zentrum unserer Arbeit im Dossier HTA standen, haben wir diesen Teil

im Jahr 2014 ins Dossier VEMS Ethical Board ausgelagert und uns im Dossier HTA auf die Revalidierung der HTA-Berichte selbst konzentriert. Unter Beizug von Spezialisten haben wir drei HTA-Berichte des SMB einer solchen Revalidierung unterzogen, einen bereits Ende 2013, zwei weitere im 2014. Im Ergebnis zeigen sich hier folgende wissenschaftlichen Fehler: Im «Bericht Computertomographie-Scanner in der Abklärung der koronaren Herzkrankung» werden, um die in der Kardiologie übliche Abklärung durch CTs infrage zu stellen, die Kosten derselben falsch zu hoch und die Kosten der Radiologie falsch zu gering berechnet, was einer Verzerrung der Tatsachen entspricht und zu Empfehlungen führt, die nicht nur medizinisch unsinnig sind, sondern auch kostentreibend. Im Bericht «Systematisches Mammographie-Screening» werden Performance und Genauigkeit des Screenings falsch eingeschätzt, um daraus den falschen Schluss zu ziehen, seine präventive Wirkung stehe in einem ungünstigen Verhältnis zu seinen Kosten. Der Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» schliesslich weist die gravierendsten Mängel auf. Hauptsächlich liegen diese in einer falschen Risikobeurteilung. Die Frage, ab welchen Werten ein Patient als Risikopatient für Herz-Kreislauf-Krankheiten gilt, ist von verschiedenen nationalen und internationalen Gremien untersucht worden, welche Richtwerte angeben, die leicht variieren. Das SMB hat nun einen Wert angenommen, der erheblich über den Werten aller internationalen Fachgesellschaften liegt, um dann für eine spezielle, in der medizinischen Praxis kaum erhebliche Patientengruppe „nachzuweisen“, dass erst ab diesem Wert eine Behandlung mit Statinen nötig sei. Daraus wurde eine allgemeine Empfehlung für alle Patientengruppen abgeleitet, was eine Verzerrung der Tatsachen darstellt und allen wissenschaftlichen Regeln widerspricht, untermauert von mathematischen Berechnungen, die fehlerhaft sind. Dies hat einer der Autoren dem VEMS gegenüber denn auch indirekt zugegeben, weshalb wir vom SMB gefordert haben, diesen Bericht zurückzuziehen. Eine Forderung, die in der SMB-Sitzung vom März 2015 traktandiert ist. Der VEMS wird auch im kommenden Jahr die Berichte des SMB oder eines allfälligen Nachfolgegremiums systematisch und wissenschaftlich revalidieren und diese Revalidierungen den Autoren,

den Entscheidungsträgern, den Medien und der Öffentlichkeit zugänglich machen.

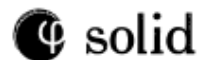
Dossier VEMS Ethical Board

Die Tatsache, dass ein Gremium wie das SMB mit Einsitz der SAMW, der FMH und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK Berichte mit so gravierenden wissenschaftlichen Mängeln produziert, ohne dass die Regulative spielen, hat uns erzwungen, das Projekt VEMS Ethical Board in ein Dossier überzuführen. In diesem Dossier gehen wir inskünftig der grundsätzlichen Frage nach, wie in unserem Gesundheitswesen Boards gebildet werden. Es zeigt sich hier bei praktisch allen Boards ein ähnliches Vorgehen: eine Gruppe von Interessenvertretern reisst den Diskurs an sich und schafft Strukturen, in die sie die anderen Player hineinzwingt. Da solche Strukturen nur mit Geld und Macht zu schaffen sind, wird der Diskurs dann auch in diese Richtung gelenkt, was bei einem Gemeingut wie dem Gesundheitswesen problematisch ist, insbesondere in der Schweiz mit ihrem politischen System, einem teilweisen Milizsystem. Dagegen soll das VEMS Ethical Board eine Gegenstimme sein.

Allgemeine Arbeiten

Der VEMS ist ein interdisziplinärer, wissenschaftlicher Think Tank des Gesundheitswesens Schweiz. Die Beobachtungen, die wir in unserer Arbeit machen, sind aber hauptsächlich für Individuen und Organisationen relevant, welche die Sprache der Wissenschaft nicht unbedingt verstehen, insbesondere dann nicht, wenn sie ein ihnen fremdes Gebiet der Wissenschaft betreffen. Eine wichtige, Ressourcen fordernde Aufgabe des vergangenen Jahrs bestand deshalb in der Schaffung eines Systems, das diese komplexen, fachspezifischen Inhalte einerseits verdichtet und andererseits miteinander verknüpft. Dies leisten unsere neu erstellten Factsheets, die jeweils einer Frage nachgehen und diese auf einen Blick beantworten. Die einzelnen Factsheets sind miteinander und mit den Papieren, auf die sie sich beziehen, verlinkt und auf unserer Homepage unter «Fakten und Standpunkte» aufgeschaltet. Dies erlaubt bei der Auseinandersetzung mit unseren Themen eine individuelle Wahl der Tiefe je nach Wissensstand und Interesse. Eine Arbeit, die wir auch im nächsten Jahr weiterführen werden.

Revisionsbericht.



Solidis Treuhand AG
Martin-Disteli-Strasse 9
Postfach 1860
4601 Olten

CHE-107.909.432 MWST

T 062 287 66 77
F 062 287 66 44
treuhand@solidis.ch
www.solidis.ch

Fairfond
Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen
Olten

Bericht der Revisionsstelle
über die
Prüfung des Rechnungsabschlusses
per 31. Dezember 2014

Mw

17. Juni 2015



Mitglied der TREUHANDKAMMER

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 2014 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.

Solidis Treuhand AG

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

Markus Weibel

Beilagen

Jahresrechnung 2014
Anhang per 31. Dezember 2014

B I L A N Z
per 31. Dezember 2014

Aktiven

	31.12.2014	31.12.2013
Umlaufvermögen		
Credit Suisse, Aarau, 1637247-41	20'311.83	21'976.93
Forderungen gegenüber nahestehenden Gesellschaften	2'889.05	2'889.05
	23'200.88	24'865.98
Total Aktiven	23'200.88	24'865.98

Passiven

Fremdkapital		
Kreditoren	56'906.00	0.00
	56'906.00	0.00
Stiftungskapital		
Stiftungskapital	50'000.00	50'000.00
Verlustvortrag	-25'134.02	-9'804.95
Jahresergebnis	-58'571.10	-15'329.07
	-33'705.12	24'865.98
Total Passiven	23'200.88	24'865.98

E R F O L G S R E C H N U N G

für die Zeit vom 1. Januar - 31. Dezember 2014

	2014	2013
Ertrag Stiftung		
Spenden	16'500.00	50'000.00
Zinsertrag	5.04	27.78
	<u>16'505.04</u>	<u>50'027.78</u>
Aufwand Stiftung		
Dienstleistungen Dr. Romanens	56'906.00	0.00
Dienstleistungen Dritte	17'348.14	64'710.52
Verwaltungskosten, Marketingkonzept	734.00	548.61
Bankspesen	88.00	97.72
	<u>75'076.14</u>	<u>65'356.85</u>
Jahresergebnis	<u>-58'571.10</u>	<u>-15'329.07</u>
	<u>16'505.04</u>	<u>50'027.78</u>

ANHANG DER JAHRESRECHNUNG
per 31. Dezember 2014

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 2014 durch den Stiftungsrat am _____ genehmigt.

Der Stiftungsrat: