

Zurück zu den Fakten der medizinischen Praxis.

Jahresbericht 2015



Impressum

Redaktion: Flavian Kurth. Autoren: Flavian Kurth, lic. jur. Eduard Hafner,
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
Revisionsbericht	Seite	11

Fragen der Beurteilung sind Versorgungsfragen.

Vorwort des Stiftungsrats, *lic. jur. Eduard Hafner*



In Frühling 2015 hat sich ein Arzt aus Zürich an den VEMS gewandt. Er steckte in einem schon Jahre dauernden Wirtschaftlichkeitsverfahren (WZW-Verfahren) und wurde vom Dachverband der Schweizer Krankenkassen *santésuisse* beschuldigt, unnötige Behandlungen gemacht zu haben, um sich persönlich zu bereichern. Der «Beweis» dafür war im Wesentlichen die Tatsache, dass seine Kosten gegenüber seiner Vergleichsgruppe mehr als 30% über dem Schnitt lagen. Mit dieser Vergleichsgruppe schien dem betreffenden Arzt aber etwas nicht zu stimmen, und so bat er uns, die Zahlen seiner Statistik zu prüfen.

Wir stellten fest: Eine einzelne mittels ZSR-Nummer identifizierte Praxis der Vergleichsgruppe wies rund 58'000 Patientinnen aus, bei denen in rund 35'000 Fällen eine Arztkonsultation abgerechnet wurde. Ein klarer Fehler, niemand kann mehr Patienten haben, als er behan-

delt, niemand 35'000 Patienten jährlich behandeln. Dieser Fehler führte nun aber dazu, dass alle Ärzte im Kanton Zürich der betreffenden Facharztgruppe mit dieser Praxis verglichen und deshalb 14% mehr von ihnen im Sinne der RSS-Statistik auffällig wurden. Einer davon war der betreffende Arzt, der sich gewehrt hat. Obige Fakten bewogen die *santésuisse* dann zum Einlenken, die Klage wurde, basierend auf den statistischen Auswertungen des VEMS, nach jahrelangem Seilziehen endlich fallengelassen.

Für den VEMS stellen sich hier einige grundsätzliche Fragen. Wir bemängeln das Verfahren seit gut zehn Jahren und haben, vertreten durch unseren Präsidenten Dr. med. Michel Romanens und im Rahmen der Arbeitsgruppe WZW der FMH, Vorschläge unterbreitet, wie dieses auf eine wissenschaftliche Basis zu bringen ist. Dass die *santésuisse* diese Vorschläge jeweils vereitelte, hat verschiedene Gründe. Einer davon

könnte durchaus der sein, dass dann eine Einnahmequelle zu versiegen drohte. Die Verzerrung der Statistik im Fall der Zürcher Ärzte jedenfalls ermöglichte es santésuisse in den letzten 10 Jahren, eine zusätzliche Regresssumme von rund 5 Mio. Franken zu generieren. Wird diese unter Umständen zu Unrecht erhobene Summe nun gegebenenfalls zurückerstattet? Werden die verurteilten Fälle unter Bereinigung des Fehlers neu beurteilt? Oder ist wenigstens sichergestellt, dass der Fehler nun behoben ist und von santésuisse keine weiteren ungerechtfertigten Klagen auf seiner Basis erhoben werden? Wir haben diese Fragen, die letztlich rechtliche Fragen sind, Frau Verena Nold gestellt, der Direktorin von santésuisse. Sie hat uns bisher nicht geantwortet.

Die rechtliche Fragestellung geht aber noch weiter: Falls Ärzte nicht mit einer korrekten Beurteilung rechnen können, bleibt ihnen nur, ihre Verschreibungspraxis anzupassen. Dies gelingt, wenn sie die Zahl der unerheblichen bis unnötigen Behandlungen erhöhen und jene Patienten meiden, die schwer krank sind und deshalb hohe Kosten verursachen. Ersteres treibt die Kosten, Letzteres kann die Situation einer Unterversorgung schaffen. Auf eine medizinische Grundversorgung haben die Bürgerinnen und Bürger aber ein Anrecht, und es ist Aufgabe von Regierung und Behörden, diese sicherzustellen. Dazu würde auch gehören, ein Verfahren, das Unterversorgung provozieren kann, zu bekämpfen oder doch zumindest im Fall eines so gravierenden Fehlers zu intervenieren.

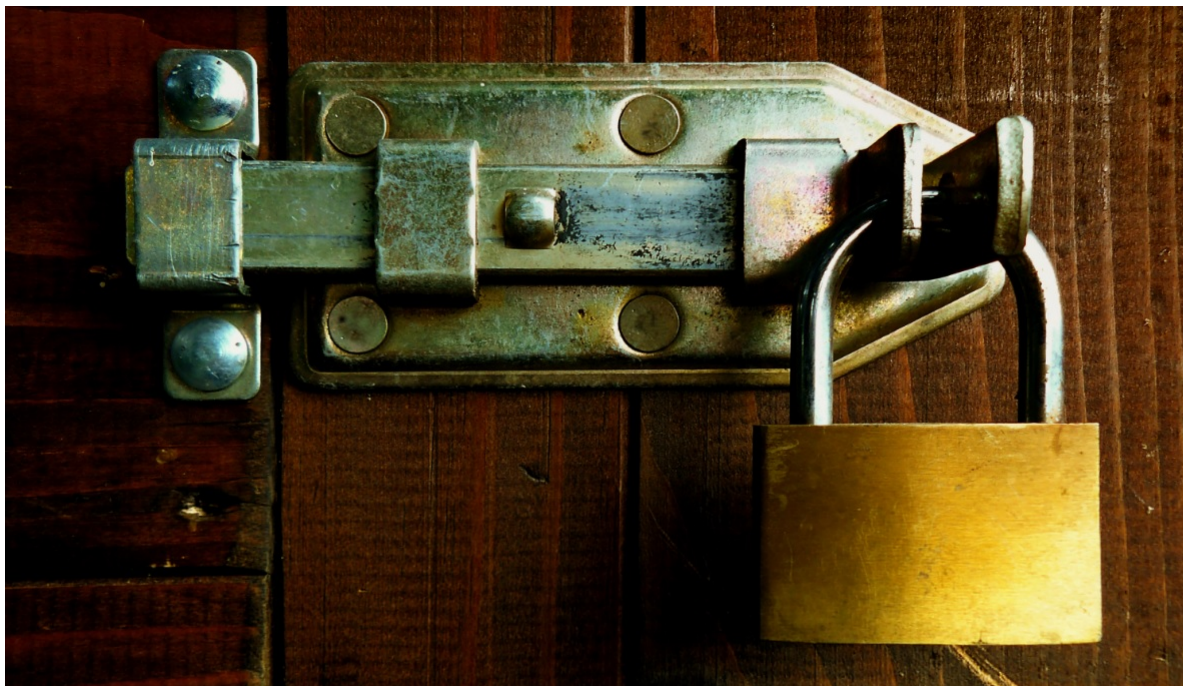
Wir haben der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich den Fall aufbereitet und angefragt, welche Konsequenzen er hat. Das Generalsekretariat hat uns zurückgeschrieben, die Gesundheitsdirektion habe ein grosses Interesse an einer korrekten gesetzeskonformen Abwicklung, sah sich aber für derartige Fälle nicht zuständig. Offensichtlich ist auf behördlicher Ebene der Zusammenhang zwischen falscher Ärztebeurteilung und medizinischer Versorgung nicht erkannt. Eine Konsequenz daraus wäre, den Missstand zu beheben, dass Patientendaten, die mit Prämiegeldern erhoben wurden, beim Dachverband der Versicherer, also bei einem privaten Verein privater Unternehmen gehortet werden, wo sie in deren Interessen verwendet werden. Es ist klar, dass diese Daten öffentlicher Besitz sind, folglich von den Behörden zu verwalten.



lic. jur. Eduard Hafner,
Mitglied des Stiftungsrats

Über Hoheiten und Daten des Gemeinwesens.

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



Unser Stiftungsratsmitglied Eduard Hafner hat es angesprochen: Der VEMS fordert, dass die Patientendaten der Versicherer öffentlich zugänglich sind. Diese Daten wurden mit Prämiegeldern aufgebaut, sie

sind von allgemeinem Interesse, folglich Allgemeinut. Die OKP-Daten gehören nicht in die Hände der Versicherer, sondern in die Hände eines nationalen wissenschaftlichen Instituts, welches von den Versicherern die gelieferten Daten erhält. Selbstzahler-Rechnungen würden dann über die Trustcenters erfasst. Damit erübrigten sich Redundanzen aus dem Datenpool SASIS, dem Datenpool der Versicherer, dem Datenpool der Trust-Centers/Newindex und dem Datenpool MARS des Bundes. Ein öffentlich-rechtliches

nationales OKP-Institut könnte die immanent wichtigen Fragen zur Patientensicherheit, zur Bedarfsforschung und zu wissenschaftlich validierten Methoden zur Erfassung der Wirtschaftlichkeit entwickeln. So wäre gewährleistet, dass die Datenbanken nicht zum Spielball interessengetriebener Körperschaften werden. Eine korrekte, kontrollierbare und damit transparente Ausübung der Datenhoheit muss in einem demokratischen Staat vorausgesetzt werden können.

In den Händen einer privatrechtlichen Organisation aber können Versichertendaten zu deren Interessen eingesetzt werden. Dass sie dies auch werden, zeigen die WZW-Verfahren. Doch auch in anderen Bereichen ist dies der Fall. So warten wir noch immer auf eine Begleitforschung zu Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung. Eine solche Forschung kann in der gegebenen Situation der Datenhoheit durch die Krankenkassen nur durch diese betrieben werden. Dies ist in

einer auf Helsana-Daten beruhenden und im Auftrag der Helsana erstellten Studie des Instituts für Hausarztmedizin unlängst denn auch geschehen. Das Resultat: eine Studie ohne jede Ursachenuntersuchung. Wären die Daten öffentlich verfügbar, könnten unabhängige Stellen frei von Eigeninteressen daraus Informationen gewinnen, die Klarheit schaffen. Es gälte zu untersuchen, bei welchen Patienten Ärztenetze tatsächlich Geld einsparen und bei welchen nur vermeintlich und nur innerhalb des Netzes, nicht aber OKP-Gesamtkosten. Auch unsere Versorgungsforschung bringt immer wieder Studien hervor, deren Mangel ihre Datengrundlage ist: Daten der Versicherer, oftmals so konzipiert, dass die beobachteten Sachverhalte gar nicht untersucht werden können.

Insgesamt stellen wir eine Häufung von Overhead-Kosten fest. Die ökonomische Liberalisierung unseres Gesundheitswesens scheint die Preise eher zu heben als zu senken. Ein Blick auf das liberalste Gesundheitswesen, das der USA, zeigt, dass dort bereits 18% des BIP Gesundheitskosten sind. In der Schweiz sind wir bei 11%. Falls die Liberalisierung weiter vorangetrieben wird, kann es niemanden verwundern, wenn mit weiteren 7% Steigerung zu rechnen ist. Dies entspricht einem zusätzlichen Markt von 35 Milliarden Franken jährlich. Damit befinden wir uns in einem Kampf, doch nicht nur in einem solchen um beschränkte Mittel, wie behauptet, sondern auch in einem Verteilungskampf: Wer soll wie viel von diesen zusätzlichen 35 Milliarden bekommen?

Was uns von den Gesundheitsökonomien der Krankenkassen also als notwendiger haushälterischer Umgang mit beschränkten Ressourcen verkauft wird, ist eine Politik, die eher ihren eigenen Interessen zudient als dem Gemeinwohl. Verkauft wird diese Argumentation oftmals als Utilitarismus. Wenn auch nicht immer explizit auf ihn verwiesen wird, so tragen doch viele Entscheidungen unseres Gesundheitswesens eine

unverkennbar utilitaristische Prägung. Dies hat den Stiftungsrat bewogen, der Frage der Rolle des Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen nachzugehen. Entstanden ist ein Positionspapier, welches Sie auf unserer Homepage finden. Wir stellen dreierlei fest: eine Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus, eine der Medizin zuwiderlaufende Tendenz, für die Individuen blind zu sein, und eine Tendenz, zur Bedienung von Anspruchsrechten Abwehrrechte, also Grundrechte, zu verletzen. Teilweise sind diese Probleme im Utilitarismus selbst angelegt, grösstenteils aber einer einseitig ökonomischen Interpretation des Utilitarismus geschuldet.

Dass die immer häufiger medizinethisch problematischen Steuerungsentscheide die Gesundheitskosten senken oder wenigstens nicht weiter so stark ansteigen lassen, hat sich als leeres Versprechen erwiesen. Vielmehr haben viele Instrumente eine Tendenz, die Gesamtkosten zu heben, während die Durchschnittskosten sinken. Dies ist ganz im Interesse der Krankenkassen. Und es ist auch verständlich, wenn ein Marktteilnehmer seinen Vorteil maximieren will. Die Kräfteverhältnisse müssen aber so ausgestaltet sein, dass nicht ein Player den Markt dominiert. Dies beginnt bei der Hoheit über Daten, die uns allen gehören.



Dr. med. Michel Romanens,
Präsident des Stiftungsrats

Vom zweifelhaften Nutzen des Nutzwertdenkens.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Gleich zu Beginn des vergangenen Jahres haben wir unser Positionspapier zum Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW publiziert. Dies hat unter anderem zu einer Anfrage der Redaktion von synapse geführt, der Publikation der Ärztinnen und Ärzte beider Basel. Unser Präsident konnte in einem Editorial unsere kritische Beurteilung einiger Methoden der Gesundheitsökonomie darlegen und begründen. Wir haben auf beides, den Artikel und das Positionspapier, gute Rückmeldungen aus der Ärzteschaft erhalten, die froh ist, dass jemand die Probleme der Medizin mit der Ökonomie beim Namen

nennt. Das hat uns veranlasst, uns in zwei weiteren Papieren mit der Thematik Medizin-Ökonomie zu befassen. Zum einen haben wir im vergangenen Jahr unser Positionspapier zur verdeckten Rationierung publiziert, zum anderen die Arbeiten an einem Positionspapier zum Utilitarismus im Gesundheitswesen so weit vorangetrieben, dass dieses Papier im Mai 16 publiziert werden kann. Beide Papiere möchte ich kurz vorstellen, bevor ich auf die Arbeit in den einzelnen Dossiers eingehe.

Zum Positionspapier zur verdeckten Rationierung: Der Entscheid des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), für die neue Generation von Arzneimitteln zur Therapie der chronischen Hepatitis C per 1. Februar 2015 eine Limitation zu erlassen, hat in der breiten Bevölkerung das Bewusstsein dafür geweckt, dass auch das Schweizer Gesundheitswesen Rationierung kennt und dass inskünftig wohl vermehrt damit

zu rechnen ist. Auf diese Tendenz wurde aber bereits 2007 eingespurt, als die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in einer Arbeitsgruppe innerhalb des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» in einem Grundlagenpapier zur Rationierung definiert hat: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.» Entsprechend wird Rationalisierung definiert: «Rationalisierung hingegen bezeichnet im Sinne einer Effizienzsteigerung den «Verzicht auf nutzlose Leistungen» und ist immer angezeigt». Nützlich und unnützlich sind allerdings ökonomische Begriffe, keine medizinischen. Auch das BAG hält aber fest: «Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt zusätzlich zur Wirksamkeit deren Eignung unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden, deren Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes voraus». Die Frage ist nun also nicht mehr nur die, ob eine Behandlung medizinisch zweckmässig ist oder nicht, sondern auch die, ob sie nützlich oder unnützlich ist. Paradoxiertweise verliert die Betrachtung gerade durch dieses auf den ersten Blick versachlichende Begriffspaar an Sachlichkeit. Denn was ist nützlich, was unnützlich? Ist eine Hüftoperation ab einem bestimmten Alter noch nützlich oder unnützlich? Fest steht: Wenn sie medizinisch zweckmässig ist, dann sollte sie auch bezahlt werden. Das wird sie aber immer häufiger nur noch dann, wenn sie auch als ökonomisch-nützlich eingestuft wird. Damit ist der Weg frei für eine verdeckte Rationierung, die sich als Rationalisierung verkauft. Das VEMS-Positionspapier beobachtet dies bei einigen Steuerungsinstrumenten und -entscheidungen, analysiert die Strukturen und macht Lösungsvorschläge.

Das VEMS-Positionspapier zum Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen verfolgt diese Tendenzen auf ihren Ursprung hin. Gibt es eine ideologische Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus? Wo ist eine solche Verschränkung spürbar und wie zeigt sie sich? Und ist die Handlungsmaxime des grössten Glücks für die grösste Zahl im Gesundheitswesen überhaupt die richtige? Die Frage, ob utilitaristisches Denken tatsächlich mehr Wohl schafft und wo es vermeidbares Leid verursacht, hängt letztlich ja davon ab, ob es dort zum Tragen kommt, wo die Ansprüche der vielen zu bedienen sind, oder dort, wo es um die Bedürfnisse der wenigen geht. Im ers-

teren Fall ist der Utilitarismus fruchtbar, im letzteren destruktiv. Hier ist ein Widerspruch angelegt: Die Medizin kümmert sich um die Bedürfnisse der wenigen Kranken, die Ökonomie um die finanziellen Ansprüche der vielen Gesunden. Der Versuch, diesen Widerspruch aufzulösen, führt nun aber dazu, dass sich Medizin und Ökonomie zusehends verschränken: Der Mediziner denkt auch ökonomisch, der Gesundheitsökonom auch medizinisch. Dies führt leider oftmals nicht zum grössten Wohl für die grösste Zahl, sondern vielmehr zu Schäden für beide, für die vielen Gesunden und die wenigen Kranken. Diese Tendenz zeigt sich auch in unseren Dossiers.

Dossier WZW

Im 2014 hat der VEMS bei Walter Warmuth von den Gesundheitsforen Leipzig ein mathematisch-statistisches Gutachten eingeholt, um die methodische Grundlage des derzeitigen Verfahrens der *santésuisse* zu validieren, eine Beurteilung, die zum Schluss kommt, dass das Verfahren ungeeignet ist, Überarztung festzustellen. Das Verfahren wurde aber unverändert weitergeführt. Im Frühling 2015 meldete sich dann jener Zürcher Arzt beim VEMS, dessen Fall unser Stiftungsratsmitglied Eduard Hafner in seinem Vorwort geschildert hat. Die Aufarbeitung seiner Statistik hat viele Ressourcen gebunden, dem VEMS aber auch geholfen, die Probleme noch besser zu verstehen. Daraus leiten sich Fragen ab. Zum einen sind dies mathematisch-statistische Fragen, die wir im 2015 in zwei weiteren VEMS-Gutachten aufbereitet haben. Zum anderen stellen sich aber auch rechtliche Fragen: Wie kann ein so mangelhaftes Verfahren immer wieder Gerichtsentscheide für ungerechtfertigte Bussen hervorbringen? Dies hat uns bewogen, beim Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser ein Rechtsgutachten einzuholen. Das Gutachten hält fest: «Die bisher verwendete Methode ANOVA wurde im Parlament als nicht transparent bezeichnet». Auch stellt das Gutachten infrage, ob die Arbeitsgruppe WZW von FMH und *santésuisse* ihrem parlamentarischen Auftrag zur Verbesserung des Verfahrens nachkommt, und ortet rechtlich Grauzonen, in denen sich das Verfahren bewegt. Was die Einhaltung der WZW-Regel betrifft, so stellt das Gutachten eine Priorität der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit gegenüber der Wirtschaftlichkeit fest. Mit anderen Worten: Was wirkt und medizinisch zweckmässig ist, dem darf nicht aus Kostengründen die Zahlung verweigert werden. Ein Wirtschaftlichkeitsver-

fahren mit der Tendenz, dies zu tun, ist folglich nicht geeignet, den gesetzlichen Auftrag zur Wahrung der WZW-Regel zu erfüllen. Die Konsequenz müsste die sein, der Arbeitsgruppe WZW von FMH und santésuisse den Auftrag zur Verbesserung des Verfahrens zu entziehen. Eine staatliche Stelle könnte dies frei von Eigeninteressen tun und sollte folglich mit Entwicklung und Durchführung des Verfahrens betraut werden. Im Sinne der Durchsetzung dieser Forderung wird uns das WZW-Dossier auch 2016 beschäftigen.

Dossier Managed Care

Die Arbeit im Dossier Managed Care war im 2015 im Wesentlichen eine Kommunikationsarbeit. Wir haben verschiedene Gespräche mit Journalisten geführt, per E-Mail und in spannenden Diskussionen. Die Frage der Begleitforschung steht für uns im Vordergrund. Erst eine solche kann helfen, Netzwerke so auszugestalten, dass sie tatsächlich einen Mehrwert für die Gemeinschaft bringen, nicht nur für die Versicherungen und die Betreiber der Netzwerke. Es zeigt sich hier in aller Deutlichkeit, dass eine Forschung auf der Basis allgemeiner zugänglicher Daten der Versicherer unabdingbar ist.

Dossier Peer Review

Wir haben im 2015 ein neues Dossier Peer Review geschaffen. Damit soll ein Instrument zur Validierung von Studien der vergleichenden Wirksamkeitsforschung und der Versorgungsforschung geschaffen werden. Wir prüfen in diesem Dossier Arbeiten mit besonders groben Verstössen gegen die Grundlagen der GEP (good epidemiological practice) bezüglich Planung, Durchführung, Analyse und Beurteilung der Resultate. Unsere Einschätzung fassen wir jeweils auf wenigen Seiten zusammen. Dazu bringen wir uns, falls möglich, in den Post-Publication-Peer-Review-Prozess ein oder leisten aus eigener Initiative einen solchen. Wir kontaktieren die Autorinnen und Autoren und versuchen, in einem zumeist per E-Mail geführten Dialog den kritischen Punkten nachzugehen, um – gegebenenfalls unter Beizug externer Spezialisten – zu einer möglichst objektiven Gesamtbeurteilung der Arbeit zu gelangen. Unsere Reviews zeigen auf, wo welche Verstösse vorliegen und in welche Richtung zu arbeiten wäre, um zu besseren Resultaten zu gelangen. Diese Arbeit selber zu leisten sprengt allerdings die Kapazitäten des VEMS. Hier sind wiederum die betreffenden Institute gefragt. Eine kritische Beurteilung der

zumeist auf Datengrundlagen der Versicherer beruhenden und nicht selten auch in deren Auftrag erstellten Studien tut dringend Not. Werden medizinische Behandlungen falsch beurteilt, so kann dies zur Situation führen, dass Behandlungen, die medizinisch zweckmässig sind, als unnützlich oder als von einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis erscheinen und vom Arzt nicht mehr geleistet werden dürfen. Dies ändert allerdings nichts an ihrer medizinischen Zweckmässigkeit und Notwendigkeit. Die Folge sind verspätete Behandlungen, die teilweise erhebliche Mehrkosten verursachen und menschliches Leid oder sogar vermeidbare Todesfälle bedeuten.

Dossier Public Health

Auch im Dossier Public Health haben wir in erster Linie Kommunikationsarbeit geleistet. Das neue Dossier Peer Review hat zwei Reviews hervorgebracht, welche hierzu eingebracht werden konnten. Zum einen ein Review des SMB-Statinsberichts, auf welchen ich im letzten Jahresbericht bereits eingegangen bin. Zum anderen ein Review einer im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz von der Helsana und das Institut für Hausarztmedizin (IHAM) durchgeführte Studie. Diese untersucht die Häufigkeit von Koronarangiographien ohne vorgängige Abklärung (Ischämietest) und stellt fest, dass in rund einem Drittel der Fälle (37.5 %) die Koronarangiographie ohne vorangehenden Ischämietest erfolgt sei, woraus sie schliesst, diese Untersuchungen seien unzweckmässig gewesen. Daraus folgend fordern die Autoren, eingedenk der höheren Kosten gegenüber dem Elektrokardiogramm und der Schätzung, dass es bei der Koronarangiographie in bis zu 3% der Fälle zu schwerwiegenden Komplikationen kommen könne, sei vorher jeweils immer ein Ischämietest zu erstellen. Die Autoren verfügen allerdings über keine klinischen Daten wie Anamnese, Resultate aus Ruhe-EKG, frühere Belastungs-EKG oder frühere Ischämietests. Auf dieser Grundlage sind zwar Häufigkeiten feststellbar. Daraus kann aber nicht auf die Zweckmässigkeit der Behandlungen geschlossen werden, denn diese hängt wesentlich von der Vortestwahrscheinlichkeit ab, welche in der Datengrundlage der Studie als wichtigste erklärende Variable gar nicht erfasst ist. Die Empfehlungen solcher Studien können einen negativen Einfluss auf die Versorgungssituation haben. Deshalb ist es wichtig, ihre wissenschaftlichen Mängel offenzulegen und den Entscheidern in der Politik und bei den Behör-

den ebenso wie den Medien diese Mängel zu kommunizieren. Das Dossier Public Health gewinnt für den VEMS durch die Dossiers übergreifende Forderung nach Datenoffenlegung im 2016 an Bedeutung.

Dossier HTA

Im Dossier HTA haben wir uns im 2015 vor allem mit dem Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» des Swiss Medical Boards SMB beschäftigt. Im Vorjahr haben wir dargelegt, dass der Bericht wissenschaftlich mangelhaft und gefährlich ist. Das SMB hat ihn aber entgegen unserer per E-Mail und in Artikeln geäusserten Forderung nicht zurückgezogen. Nun galt es zweierlei zu tun: Die Forderung wissenschaftlich noch besser zu begründen und sie der Presse zu kommunizieren. Dies ist auch deshalb wichtig, weil sich im betreffenden Bericht die Probleme von Kosten-Nutzen-Analysen unter Anwendung des QALY-Konzepts exemplarisch zeigen. In einer Studie in Zusammenarbeit mit der Vascular Risk Foundation VARIFO konnten wir die SMB-Empfehlung mit einer klinischen Datenbank von rund 5'000 Patienten mit verschiedenem Risiko validieren. Wären die Ärzte bei diesen Patienten den Empfehlungen des SMB-Berichts gefolgt, so wären sie grösstenteils nicht behandelt worden und heute schwer krank, unter Umständen tot. Die Arbeit einer kritischen Validierung von HTA-Berichten ist folglich von hoher Wichtigkeit. Der Bund ist dabei, sein Qualitätszentrum aufzubauen. Und der VEMS wird schauen, ob es dort wissenschaftlicher zu und her geht.

Sterbehilfe

Unser Ende 2014 publiziertes Positionspapier zur Ärztlichen Sterbehilfe und Assistiertem Suizid hat hohe Wellen geschlagen. Wir wur-

den von Ärzten kontaktiert, aber auch von Journalisten, die über unser Papier berichteten. Dies bewog uns, am 29. Oktober 2015 im Auditorium des Kantonsspitals Olten ein Symposium zum Thema durchzuführen. Als Moderator konnten wir Prof. Christoph Rehmann-Sutter gewinnen, Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften Universität zu Lübeck. Die Panelisten waren Saskia Frei, Präsidentin EXIT, Dr. med. Daniel Büche, Leiter Palliativzentrum Kantonsspital St. Gallen), Prof. Dr. Urs Brügger, Gesundheitsökonom ZHAW und unser Präsident Dr. med. Michel Romanens. Wir haben das Symposium aufgezeichnet und auf YouTube verfügbar gemacht. Für den VEMS stellt sich die Frage der Abklärungen vor dem assistierten Suizid. Die verschiedenen Sterbehilfeorganisationen arbeiten nicht auf derselben Grundlage, und im Prinzip kann jeder eine solche Organisation gründen, eine Situation, die bei anderen medizinischen Entscheidungen undenkbar wäre, so auch beim Schwangerschaftsabbruch. Dies hat uns veranlasst, die VEMS-Arbeitsgruppe Sterbehilfe aufzubauen. Sie soll Grundlagen für ein standardisiertes Vorgehen vor einem assistierten Suizid erarbeiten, vergleichbar mit den Abklärungen zur Feststellung des Hirntods vor der Organentnahme. Die Arbeitsgruppe beginnt ihre Arbeit im Sommer 2016 und soll bis Ende 2016 ihren Vorschlag ausgearbeitet haben.

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 2015

WE

21. Juli 2016



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) der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Olten für das am 31. Dezember 2015 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 zu Eingeschränkter Revision. Danach ist die 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 müssen, dass die Jahresrechnung sowie der Antrag auf die Verwendung des Bilanzgewinnes nicht Gesetz und Statuten entsprechen.

Wir machen darauf aufmerksam, dass das Stiftungskapital der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen im Sinne von Art. 725 Abs. 1 OR nicht mehr zur Hälfte gedeckt ist. Da keine Verpflichtungen gegenüber Dritten bestehen, werden vom Stiftungsrat zur Zeit keine Sanierungsmassnahmen eingeleitet.

Solidis Treuhand AG

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

Markus Weibel

Beilagen

Jahresrechnung 2015
Anhang per 31. Dezember 2015

B I L A N Z
per 31. Dezember 2015

Aktiven

	31.12.2015	31.12.2014
Umlaufvermögen		
Credit Suisse, Aarau, 1637247-41	14'745.60	20'311.83
Forderungen gegenüber nahestehenden Gesellschaften	2'889.05	2'889.05
	17'634.65	23'200.88
Total Aktiven	17'634.65	23'200.88

Passiven

Fremdkapital		
Kreditoren	0.00	56'906.00
	0.00	56'906.00
Stiftungskapital		
Stiftungskapital	50'000.00	50'000.00
Verlustvortrag	-83'705.12	-25'134.02
Jahresergebnis	51'339.77	-58'571.10
	17'634.65	-33'705.12
Total Passiven	17'634.65	23'200.88

E R F O L G S R E C H N U N G
für die Zeit vom 1. Januar - 31. Dezember 2015

	2 0 1 5	2 0 1 4
Ertrag Stiftung		
Spenden	69'406.00	16'500.00
Zinsertrag	0.92	5.04
	<u>69'406.92</u>	<u>16'505.04</u>
 Aufwand Stiftung		
Dienstleistungen Dr. Romanens	0.00	56'906.00
Dienstleistungen Dritte	6'588.55	17'348.14
Verwaltungskosten, Marketingkonzept	11'387.60	734.00
Bankspesen	91.00	88.00
	<u>18'067.15</u>	<u>75'076.14</u>
Jahresergebnis	<u>51'339.77</u>	<u>-58'571.10</u>
	<u>69'406.92</u>	<u>16'505.04</u>

ANHANG DER JAHRESRECHNUNG
per 31. Dezember 2015

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

Solidis Treuhand AG
Martin-Distell-Strasse 9
4601 Olten

Genehmigungsvermerk

Jahresrechnung 2015 durch den Stiftungsrat am _____ genehmigt.

Der Stiftungsrat: