

# Wiederherstellen eines schwierigen Dialogs.

Jahresbericht 2016



## Impressum

Redaktion: Flavian Kurth. Autoren: Flavian Kurth, Martin Ammann, 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](http://www.fairfond.ch)

# Inhalt.

Vorwort des Stiftungsrats	Seite	3
Vorwort des Präsidenten	Seite	5
Tätigkeitsbericht VEMS	Seite	7

# Das Gesundheitswesen und die Logik des Marktes.

Vorwort des Stiftungsrats, *Martin Ammann*



Der soziale Friede und die stabilen gesellschaftlichen Verhältnisse sind wichtige Standortvorteile der Schweizer Volkswirtschaft. Hierzu leistet das Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag. Wenn sich die

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen dafür einsetzt, dass es fair und für alle bezahlbar bleibt, dann mit Blick auf die humanitäre Tradition unseres Landes, aber auch in Hinblick auf den wirtschaftlichen Vorteil, welcher der Schweiz daraus erwächst.

Unsere Pharmazeutische Industrie ist weltweit führend. Zwei der zehn grössten Pharmafirmen der Welt sind Schweizer Firmen (Novartis und Roche), zahlreiche weitere gehören zur Spitze.

Das ist erfreulich. Andererseits geraten mit Blick auf die Kosten unseres Gesundheitswesens die Medikamentenpreise verstärkt in die Kritik. Sie machen zwar nur einen Bruchteil eines Prämienfrankens aus, doch sie erhitzen die Gemüter. Zu Recht?

Der Fall von Sovaldi, einem Medikament gegen Hepatitis C, das diese Krankheit mit nie dagewesenem Erfolg heilt, hat zu heftigen Reaktionen geführt und soll hier deshalb als Beispiel skizziert werden: Die Firma Gilead kaufte, nachdem sie mit ihrer eigenen Forschung gescheitert war, im Jahr 2011 für 11 Mia US\$ eine kleine Biotech-Firma namens Pharmasett. Diese stand kurz vor Markteinführung von Sovaldi und hatte dafür einen Preis von ungefähr 35'000.-US\$ für eine 12-wöchige Therapie geplant, womit die Krankheit geheilt ist. Gilead setzte diesen Preis auf 84'000 US\$ fest und verdiente so im ersten Jahr der Markteinführung über 14 Mia


US\$, womit der Kaufpreis mit Gewinn bereits wieder eingespielt war. Ist das nun, wie allenthalben empört moniert wird, reine Abzocke oder nicht vielmehr einfach ein geschicktes Investment, wie es im Bestreben jedes Investors liegt, der mit seinen Investitionen ja auch ein Risiko eingeht? Wer ja sagt zu pharmazeutischen Unternehmen als freie Akteure eines ökonomisch liberalen Wirtschaftszweigs, der kann nicht nein sagen zu Spekulationsgeschäften, denn diese fördern insgesamt den Wohlstand, wie erwiesen ist. Wer aber gegen privatwirtschaftliche Pharmaunternehmen und für eine staatliche Pharmaindustrie ist, der muss sich auch die Frage stellen: Hat jemals ein Land, in welchem der real existierende Sozialismus herrschte, ein innovatives Pharmaprodukt entwickelt?

Da es letztlich nun aber die Allgemeinheit ist, welche solche Preise begleichen muss, wurden die Gesundheitsbehörden aktiv, bei uns das Bundesamt für Gesundheit BAG. Dieses verhängte eine sogenannte Limitation für Sovaldi und ähnliche Medikamente, was heisst: Sie dürfen erst eingesetzt werden, wenn der Patient schon fortgeschrittene Leberschäden hat. Laut BAG sei sonst mit einem Anstieg der Krankenkassenprämien um 25% zu rechnen, da die Arzneimittelkosten sich pro Jahr verdoppeln würden. Das Problem dieser Rechnung ist, dass sie so nicht stimmt. Der VEMS hat ausgerechnet: Trotz sehr hoher Medikamentenkosten sinkt die Prämienlast im Gegenteil in den nächsten 10 Jahren um 0.31% pro Jahr, wenn die Limitation für an Hepatitis-C-Erkrankte im Stadium F2 aufgehoben wird. Das Vorgehen des BAG ist also kontraproduktiv; es senkt die Kosten nicht, es treibt sie.

Der VEMS als kleine Kraft in einem kleinen Land kann weder die Logik des freien Marktes entkräften, noch ein neues Gesundheitswesen erfinden. Wozu wir aber einen Beitrag leisten können, ist Klärung mit dem Ziel, dass auf Medikamentenpreise, die als zu hoch moniert werden, nicht mit behördlichen Massnahmen reagiert wird, die die Sache nur noch teurer machen. Hierzu braucht es einerseits Kompetenz.

Der VEMS hat sich fundierte mathematisch-statistische Kenntnisse angeeignet und diese im vergangenen Jahr mit ökonomischer Expertise komplettiert. In der Folge konnten einige spekulative Zahlenzaubereien von GesundheitsökonomInnen richtiggestellt werden, indem sie realen Zahlen aus der medizinischen Praxis gegenübergestellt und revalidiert wurden. Dieses Engagement wird inskünftig im Dossier «Pharma Profiling» verfolgt, in welchem, analog zum vom VEMS entwickelten «Physician Profiling» zur korrekten Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte, wissenschaftlich fundierte Methoden zur Beurteilung der pharmazeutischen und medizintechnischen Produkte entwickelt werden. Dieser Beitrag ist wichtig, damit in Zeiten, wo Mittel restriktiver gesprochen werden, auch da gespart wird, wo sich tatsächlich Geld sparen lässt.

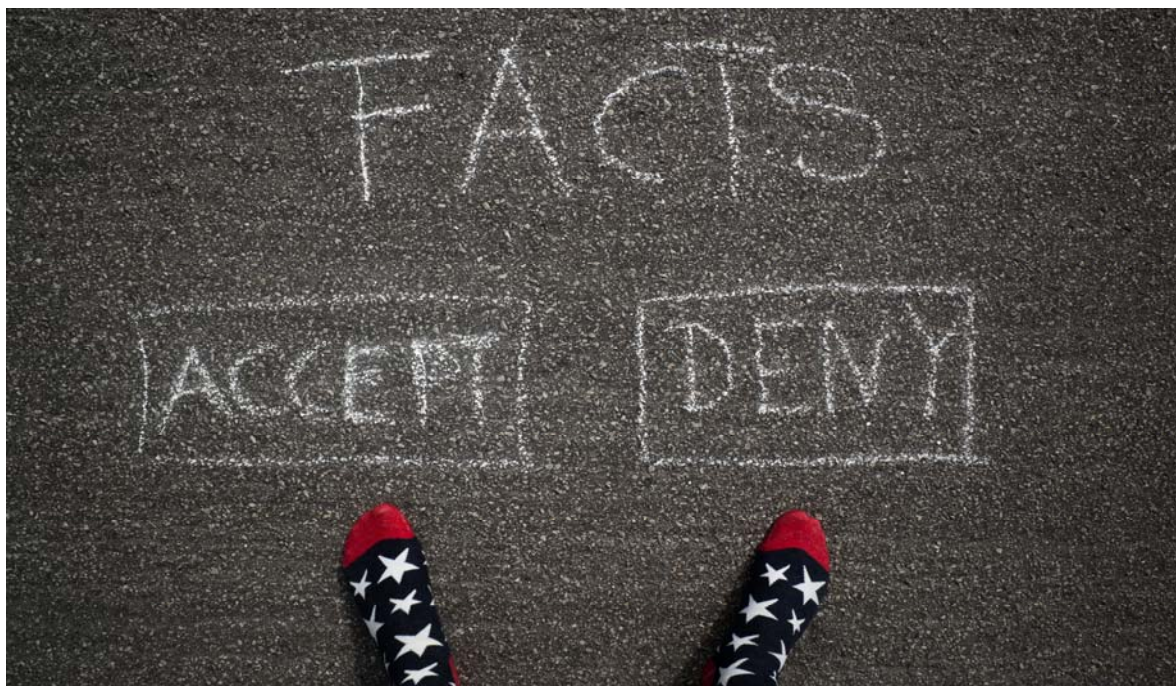
Es ist aber auch klar: Wenn jeder Akteur des Gesundheitswesens möglichst viel für sich herausholen will und jedes Mitglied unserer Gesellschaft seinen Lebensstil möglichst gleich beibehalten, auch wenn dieser nicht gesund ist, und dabei dann auch noch möglichst wenig dafür bezahlen, dann geht die Rechnung nicht auf. Es braucht auch ein Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen. Dazu kann die Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen nur indirekt etwas beitragen: Indem wir mit dem VEMS ein Engagement fördern, das falsche Anreize der Leistungserbringer transparent macht, damit diese ihre Ressourcen wieder dort investieren, wo der Patient den grössten Nutzen davon hat. Dabei sind sie allerdings auf innovative Produkte einer funktionierenden pharmazeutischen Industrie angewiesen.



Martin Ammann,  
Mitglied des Stiftungsrats

# Trennung von Forschung und Kommunikation.

Vorwort des Präsidenten, *Dr. med Michel Romanens*



Ende 2015 hat der VEMS eine Stellungnahme zu Daten, Kontrollinstrumenten und Methoden der Effizienzmessung im Gesundheitswesen herausgebracht. Dieses Papier war eine wichtige Grundlage für unsere Arbeit im 2016. Wenn keine demokratischen Datenverhältnisse herrschen, dann kann sich auch keine Forschung im Interesse des Souveräns etablieren. Diese wird dann vielmehr im Sinne einzelner Akteure betrieben, wobei die grösste Macht bei den Krankenkassen liegt. Ein Blick auf die meisten Arbeiten unseres Gesundheitswesens zeigt denn auch, wohin dies führt: Als handelte es sich um erwiesene Tatsachen, werden Aussagen über Sachverhalte behauptet, zu welchen mit den gegebenen Datenbasen nur

Beobachtungen gemacht und Vermutungen angestellt werden können. Da solche «Studien» aber wirkungsvoll auf dem Markt der Meinungen platziert werden, erhärten sich ihre alternativen Fakten zu gefühlten Wahrheiten. Eine gefährliche Entwicklung, nicht nur im Gesundheitswesen.

Die Medizin hat darauf klare Antworten, denn sie ist, im Gegensatz zur Ökonomie, die eine Geisteswissenschaft ist, faktenbasierte Naturwissenschaft. Die medizinische Praxis zeigt, wie Behandlungen wann bei wem wirken. Aus dem Hochrechnen dieser aus Einzelfällen generierten Daten entwickelt die Medizin ihre Theorien, indem sie statistische Voraussagen über die Wahrscheinlichkeit von Heilungserfolgen machen kann. Daraus leiten die Fachgesellschaften Empfehlungen ab, an denen sich wiederum der behandelnde Arzt auf der Einzelfallebene bei seiner Arbeit orientiert. Wir haben hier also ein

komplexes kybernetisches System, das im Gegensatz zu vielen gesundheitsökonomischen Ansätzen zweierlei bewiesen hat: seine Lernfähigkeit und seine Wirksamkeit.

Wenn sich Studien, welche die Gesundheitsökonomie unter mangelhaftem Beizug der Medizin, teilweise gänzliche unter deren Ausschluss betrieben hat, mit medizinischen Sachverhalten auseinandersetzen, dann kann das durchaus interessant sein. In jeder Branche besteht die Gefahr einer gewissen Betriebsblindheit, so auch in der Medizin. Es gälte alsdann aber, diese mit den Ergebnissen zu konfrontieren, um sie gegebenenfalls zu redigieren, und zwar vor Veröffentlichung. Dieses als Pre-Publication-Peer-Review bekannte Vorgehen ist in der Wissenschaft Standard, weil es verhindert, dass sich Filterblasen bilden, in welchen sich in einer Art Klausur Vermutungen zu Fakten verdichten. Die von der Krankenkassenökonomie dominierte Forschung umgeht diesen Prozess aber in der Regel, meistens so, dass sie Experten zwar beizieht, deren Meinung dann aber nicht oder nicht gebührend berücksichtigt.

Das Ergebnis sind Studien, welche, wie etwa die jüngste Studie der Helsana zur Versorgung von Diabetespatienten in der Schweiz, zu Schlüssen kommen, die aller klinischen Evidenz widersprechen. Nur gerade bei 5% der Diabetiker, so die Studie, seien alle Kontrollen durchgeführt worden. Ein grotesk verzerrtes Bild eingedenk der Tatsache, dass die Schweiz gemäss der OECD, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit, in der Diabetesbehandlung auf dem zweiten von 31 Länder-Rängen liegt. Der Grund hierfür ist klar: Die Daten wurden nicht mit klinischen Daten validiert und plausibilisiert; sie bilden also nicht die Wirklichkeit ab, nur die Sicht der Krankenkassen. Das hinderte allerdings die Helsana nicht daran, die Studie als Argument für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu instrumentalisieren. Deren CEO Daniel Schmutz argumentiert, die Versorgung sei sonst für den Patienten reine Glückssache, weil den Kassen bei mangelhafter Versorgung heute nun einmal die Hände gebunden seien.

Solche Missstände waren der Anlass, unserem Sekretär die Aufgabe zu erteilen, der unheilvollen Verschränkung von Forschung und PR-Kommunikation im Schweizer Gesundheitswesen in einem Papier auf den Grund zu gehen. Als Inhaber eine Agentur für Marketing und Kommunikation im Gesundheitswesen kann er diesbezüglich auf eine gut zwanzigjährige praktische Erfahrung zurückblicken. Seinen Bericht finden Sie auf den folgenden Seiten.

Als praktizierender Kardiologe stört mich diese Scheinwissenschaft besonders. Immer wieder erlebe ich in meiner Praxis, dass Risikopatienten, verunsichert von Berichten in den Medien oder sogar auf den Rat ihres Hausarztes, ihre Cholesterinsenker nicht mehr einnehmen. Das führt bei diesen Patienten dazu, dass sich die Situation ihrer Arterienverkalkung weiter akzentuiert und das Risiko eines Herz- oder Hirnschlags steigt. Ein Bericht des Swiss Medical Boards SMB liefert die Grundlage zu solch verantwortungslosem Handeln und Behandeln.

In der Vascular Risk Foundation Varifo, deren Präsident ich bin, haben wir eine Datenbank von rund 5'000 Patienten mit verschiedenen Risiken, die grösste solche Datensammlung der Schweiz. Damit können wir den Zahlenspielen der Gesundheitsökonomien seriöse Forschung gegenüberstellen, indem wir die Aussagen mit klinischen Daten validieren. Das Problem ist aber auch hier daneben ein solches der Kommunikation: Die Botschaften müssen zu den Ärzten gelangen. Wir haben deshalb beschlossen, auch die Aktivitäten der Varifo inskünftig unter dem Schirm der Fairfond zu betreiben. Es ergeben sich hier sehr gute Synergien. In diesem Sinne freue ich mich auf ein spannendes 2017!



Dr. med Michel Romanens,  
Präsident des Stiftungsrates

# Systematische Förderung des Diskurses.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Dieser Jahresbericht steht unter dem Motto «Wiederherstellen eines schwierigen Dialogs». Gemeint ist der Dialog zwischen Arzt und Patient, wie das Stethoskop mit Lautsprecher im Titel-

bild andeutet: Er war schon einfacher. Liegt die Schwierigkeit darin, dass Ärztinnen und Ärzte schlecht kommunizieren, wie manche monieren? Oder sind die Patienten in Zeiten von Internet und Social Media zu problematischen, weil einseitig informierten Gesprächspartnern geworden, wie andere meinen? Man ahnt es: die Sache ist komplexer.

Wir vom VEMS beobachten die Tendenz einer schwieriger gewordenen Kommunikation von

Arzt und Patient seit einigen Jahren. Nun wollten wir in einem separaten Papier den Gründen dafür nachgehen. Hierzu haben wir die Kommunikation in drei Ebenen aufgeschlüsselt: Auf der Mikroebene findet die eigentliche Kommunikation Arzt-Patient statt, auf der Mesoebene die der Spitäler, der Heime, der Industrie und der Krankenkassen und auf der Makroebene die von Politik, Behörden und Interessenverbänden.

Das Papier zeigt: Es ist heute festzustellen, dass wir vermehrt Kommunikationsaktivitäten auf der Mesoebene haben. Seitens der pharmazeutischen Industrie waren diese immer schon ein Faktor, die Medizin hat aber gelernt, damit umzugehen. Neu ist indes eine forcierte Kommunikation der Versicherungsindustrie, welche sich vermehrt via Publikumsmedien mit medizinischen Botschaften an die Patienten wendet und diese direkt oder indirekt zu

Handlungen animiert, deren Konsequenzen vorgängig mit einer medizinischen Fachperson zu besprechen wären. Gerne stellen sich die Versicherer dabei als Wahrer der Rechte der Versicherten, ja fast schon als Patientenschützer dar. Es ist aber klar, dass es ihnen dabei in erster Linie um ihr eigenes Interesse geht: Kosten sparen, und das möglichst nicht bei sich.

Zu beobachten ist ein Muster der Verschränkung von versicherungseigener Forschung und Kommunikation, wie wir das auch von der pharmazeutischen Industrie kennen: Studien sind die Grundlagen der Kommunikation, werden mitunter zu keinem anderen Zweck gemacht. Weil wir das wissen, haben wir uns ein gesundes Misstrauen gegenüber Pharmastudien angewöhnt. Vergleichbare Vorbehalte sind bezüglich der Studien der Versicherungsindustrie sind aber noch kaum vorhanden. Diese werden vielmehr von den Medien viel zu unkritisch aufgenommen, obwohl ihre Mängel teilweise offensichtlich sind. Man sucht Antworten auf die Frage, wie die Kosten in den Griff zu bekommen sind, und akzeptiert, dass nicht immer korrekt gearbeitet wird, wenn nur der gute Zweck der Kostenbremse die zweifelhaften Mittel heiligt. Nun ist es aber eben gefährlich, wenn Ökonomen mit ihren von der medizinischen Praxis entkoppelten Empfehlungen in diese hineinwirken. Solche Informationen beeinflussen das Verhältnis von Arzt und Patienten auf der Mikroebene und können die dort stattfindende Kommunikation stören. Das schafft Kosten und Leiden, etwa, wenn Patienten entgegen dem Rat des behandelnden Arztes nötige Medikamente nicht mehr einnehmen oder aus Unsicherheit auf Untersuchungen bestehen, die eindeutig nicht nötig sind.

Die meisten Studien der Versicherer arbeiten nicht oder mangelhaft mit der Medizin zusammen. Wenn sie folglich zu Schlüssen kommen, die medizinischer Evidenz widersprechen, dann darf das nicht verwundern. Streuen sie diese dann aber direkt in die Publikumsmedien und deuten sie dabei in ihrem Sinn, so ist das grobfahrlässig. Sie bedienen damit vielleicht ihre eigenen kurzfristigen finanziellen Interessen, leisten dem Gesundheitswesen aber einen Bärendienst, denn sie provozieren so bei beiden, beim Arzt und bei seinem Patienten Fehlverhalten. Dies indirekt durch Reaktanz oder direkt durch Fehlanreize. Unser Positionspapier untersucht diese Zu-

sammenhänge systematisch und geht den zentralen Begriffen der Kommunikation nach. Dabei zeigt sich, dass eine Vereinnahmung zentraler Begriffe wie «gesund» und «krank» oder «Heilung» und «Pflege» durch die Krankenkassenökonomie feststellbar ist. Es werden von dieser überdies aber auch neue, der Medizin fremde Begriffe in den Diskurs eingeführt, womit seine Richtung im Sinne der Kassen vorgegeben wird. Unter diesen Bedingungen kann die Medizin gar nicht anders, als eine Abteilung der Ökonomie zu werden. Nur ein entschiedenes Einstehen für die Begriffe der Medizin und die Werte, die sie abbilden, kann dieser gefährlichen Tendenz Gegensteuer geben.

Das grundsätzliche Misstrauen gegenüber der Medizin, welches hier spürbar ist, leitet auch das Vorgehen bei der Beurteilung der Kosten ärztlicher Tätigkeit, und auch hier zeigt sich, wie schwer sich die Medizin mit der Kommunikation ihrer Anliegen tut. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren des Dachverbands der Krankenkassen *santésuisse* reizen die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zu Handlungen an, die nicht immer im Sinne der Patienten sind. Wer nur diese und nicht auch seinen Index behandelt, der hat bei einem Mittelwertvergleich ohne adäquate klinische Plausibilisierung unter Umständen das Nachsehen und muss mit einer Busse rechnen. Um dem vorzubeugen, bleibt beim derzeitigen Verfahren manchen nur, neben den wenigen schwer- bis schwerstkranken immer auch genügend Patienten mit leichter oder gar ohne wirkliche Erkrankung zu behandeln, um die Durchschnittskosten im Schnitt zu halten. Ein Unsinn. Das Parlament hat der *santésuisse* und der FMH denn auch den Auftrag erteilt, eine zweckdienliche Methode zu entwickeln. Die gemeinsame Arbeitsgruppe hat dies bis heute aber nicht geleistet. Vielmehr hat es sehr lange gedauert, bis nichts passiert ist. Derweil wenden sich zu Unrecht belangte Ärztinnen und Ärzte an den VEMS, damit wir ihnen mit unserer Expertise die mathematisch-statistischen Grundlagen liefern, um ihr Verfahren zu gewinnen, was im Wesentlichen eine Kommunikationsaufgabe ist und uns im 2016 in zwei Fällen auch gelang. Dazu weiter unten mehr.

Insgesamt ist die Medizin in die Defensive und in einen gefährlichen Teufelskreis geraten: Wenn sie in den Begriffen der Gesundheitsökonomie argumentiert, so begibt sie sich in deren Logik, wo sie unterliegen muss. Dies



führt dazu, dass sie in Handlungen gebracht wird, die das Misstrauen, mit welchem ihr die Gesundheitsökonomie begegnet, bestätigen: unzweckmässige Behandlungen aus ökonomischen Motiven, Bonusvereinbarungen, Budgetverträge in Ärztenetzwerken. Damit wird es nun aber noch schwieriger für sie, sich in ihrer Kommunikation als die Anwältin der Patienten zu positionieren, die sie ja ist. Ein Dilemma, dem nur mit proaktiver Kommunikation zu begegnen ist. Dies hat uns bewogen, uns im 2016 vermehrt Gehör zu verschaffen, indem wir neben den Artikeln in den Fachmedien nun auch in Publikumsmedien Beiträge platziert haben. Unsere Arbeit in den einzelnen Dossiers:

#### **Dossiers Public Health und Peer Review**

Durch die Aufteilung unserer Arbeit im Bereich Versorgungsforschung in die beiden Dossiers Public Health und Peer Review ist das Reviewing von der Kommunikation der Resultate getrennt. Damit ist es möglich, für die eigentliche Analyse von Studiendesign, Datengrundlagen und Mängeln Spezialisten beizuziehen, welche mit der Philosophie des VEMS nicht zwingend einig sein müssen. Dies ist nun wichtig, da der VEMS sich vermehrt auch in den Publikumsmedien zu Wort meldet. Wie wir dabei vorgehen, zeigt sich gut an der Helsana-Studie zur Versorgung von Diabetespatienten in der Schweiz, welche unser Präsident in seinem Vorwort erwähnt hat. Wir haben die Studie im Dossier Peer Review analysiert und sind dort per E-Mail mit Fragen auf die Forscher zugegangen. Den für den medizinischen Teil zuständige Mitautor Prof. Michael Brändle haben gefragt, ob es sich bei den Helsana-Daten tatsächlich um randomisierte Daten gehandelt habe, die einfach zufällig so komplett klinischer Evidenz widersprechen, und ob er die Rohdaten gesehen habe. Er befand diese Fragen als berechtigt, hat sie aber nicht beantwortet. Jedenfalls hat das Review gezeigt, dass die Daten nicht plausibilisiert sind, was als Limitation der Studie hätte ausgewiesen werden müssen. Eine solche Studie könnte allenfalls Hinweise liefern, wo näher hinzuschauen wäre, dies müsste dann aber aufgrund klinischer Daten geschehen, mit denen die Versichererdaten bereinigt würden. Das tut die Studie denn auch, doch fährt sie hier eine Sowohl-als-auch-Taktik, indem sie zwei Tabellen zur Verfügung stellt, eine bereinigte (Tabelle 4) und eine nicht bereinigte (Tabelle 3). Nun kann man sich in der Argumentation auf die nicht bereinigte Tabelle drei

beziehen und beim Einwand, die Resultate seien nicht bereinigt, auf Tabelle vier verweisen und argumentieren, die Resultate seien ja doch bereinigt worden, was Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik der Helsana, auf unseren Einwand denn auch tut. Damit wird die Studie zur reinen PR-Plattform, zu einer Hybris, aus der je nach Präferenzen, die es zu bedienen gilt, verschiedene Schlüsse abgeleitet werden können. Daniel Schmutz, der CEO von Helsana, tat dies in einem Gastbeitrag im Tagesanzeiger, um so für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu argumentieren. Darauf haben wir die Medien über die Mängel der Studie und ihre unlautere Instrumentalisierung informiert, mit der Folge, dass Jürg Schlup, Präsident der FMH, im Tagesanzeiger eine Gendarstellung platzieren konnte zur Faktenverdrehung von Daniel Schmutz. Wir vom VEMS haben uns schliesslich in einem Tribünebeitrag in der NZZ zu Wort gemeldet und auf die Situation der Schweizer Versorgungsforschung unter dem gegebenen Datendispositiv einer einseitigen Macht der Krankenkassen hingewiesen.

#### **Symposium Qualitätsmessung**

Ebenfalls in einem Tribünebeitrag in der NZZ und ebenfalls bezüglich Versorgungsforschung haben wir uns zu den Qualitätsindikatoren des BAG geäussert. Der Hintergrund hierzu war ein VEMS-Symposium zum Thema, für welches wir neben Prof. Markus Zuber von der Solothurner Spitäler AG auch Oliver Peters, den Vizedirektor des BAG gewinnen konnten. Das Symposium war eine sehr gute Auslegung des Status Quo und wurde von der Presse thematisiert. Das Problem hier ist: Beurteilt man die Arbeit eines Spitals anhand von Sterberaten und Fallzahlen, so scheint das auf den ersten Blick plausibel. Die Spitäler sind so im eigenen Interesse dazu angeregt, sorgfältig zu arbeiten, um Todesfälle zu vermeiden; wobei neben strukturellen Massnahmen auch die Routine eine wichtige Rolle spielt, welche mit der Fallzahl als Indikator abgebildet wird. In ebendiesem eigenen Interesse könnten die Spitäler nun aber Patienten, deren Behandlung ein hohes Todesrisiko birgt, möglichst nicht behandeln. Behandeln sie stattdessen bevorzugt Patienten, bei denen diese Gefahr gering ist, so sind diese Behandlungen medizinisch vielleicht nicht immer zweckmässig, das Spital erhöht damit aber seine Fallzahl, womit es doppelt gewinnt. Im schlimmsten Fall fördert man so Zentren medizinischer Unzweckmässigkeit. Mit diesen Informationen sind wir an die Pres-

se gelangt, per E-Mail und in persönlichen Briefings, womit wir weitere interessante Platzierungen des Themas realisieren konnten.

### **Dossier Managed Care**

Auch im Dossier Managed Care bestand unsere Hauptarbeit im Reviewen einer Studie. Es ist eine Studie von Lukas Kauer et al. von der CSS Versicherung mit dem Titel «Long-term Effects of Managed Care». Wir haben uns mit Lukas Kauer und mit Prof. Dr. Konstantin Beck, Leiter CSS Institut, per E-Mail über sie ausgetauscht. Herr Beck selbst war es, der uns auf diese Studie aufmerksam gemacht und sie uns per E-Mail geschickt hat. Wir hatten ihn angefragt, ob er uns dabei helfen könne, an die Datengrundlage zu gelangen, um zu untersuchen, welche Versicherten Modelle mit eingeschränkter Arztwahl verliessen, was die Gründe dafür seien und wie sich die Gesundheitskosten dieser Versicherten danach entwickeln würden. Denn es ist klar: Sind die Kosten nach Verlassen auffallend hoch, so wäre dies ein Hinweis auf Unterversorgung im Netz. Herr Beck zeigte sich überzeugt, die Studie untersuche eben dies und komme zum Schluss, es bestehe kein Grund zur Sorge, denn die Kosten seien tief. Allerdings ist zu berichtigen: Die Studie untersucht die Kosten nicht nach Verlassen des Modells, sondern bei Verlassen, und schliesst daraus, dass sie tief sind, die betreffenden Versicherten hätten dann wohl in ein noch günstigeres Modell gewechselt. Wir haben also auch hier eine Forschung, die eigentliches PR-Instrument zum Verkauf solcher Versicherungsmodelle auch an Patienten ist, für welche sie sich unter Umständen nicht eignen. Bei welchen Versicherten diese Gefahr besteht, wäre Aufgabe einer verantwortungsvollen Managed-Care-Begleitforschung. Mit dieser Botschaft sind wir an Medienschaffende gelangt, ein Thema, das uns auch im 2017 beschäftigen wird.

### **Dossier WZW**

Auch im Dossier WZW haben wir uns im 2016 an die Presse gewandt und mit Leserbriefen eingebracht. Die Hauptarbeit waren hier aber zwei Verfahren, mit denen zu Unrecht belangte Ärzte an uns gelangt sind. In beiden Fällen konnten wir die statistisch-mathematischen Grundlagen liefern, die santésuisse zur Aufgabe des Verfahrens zwangen, worüber auch die Presse berichtet hat. Im ersten Fall hatten wir ein klassisches Ausreisserproblem: In der Vergleichsgruppe war eine Praxis mit

rund 50'000 Patienten und rund 30'000 Behandlungen erfasst, was zur Verzerrung führte, dass zusätzliche 14% der Gruppe als auffällig erschienen. Im zweiten Fall haben wir im persönlichen Gespräch mit santésuisse darauf aufmerksam gemacht, dass Zahlen falsch zusammgezählt und grobe Formfehler begangen wurden, womit wir auch hier die Aufgabe des Verfahrens erwirken konnten. Das Problem bleibt aber, dass das Verfahren nicht zufällig, sondern systematisch solche Fehler hervorbringt, weil auf der gegebenen Datengrundlage gar keine adäquate Beurteilung möglich ist. Auch ist es so, dass santésuisse an diesen Fehlern Geld verdient, folglich wenig Interesse hat, sie zu beheben. Um davon abzulenken, hat santésuisse im Sommer 2016 bei der B,B,S. ein Gutachten eingekauft, welches wir sogleich beurteilen liessen. Aus der Expertise von Dr. Warmuth geht hervor, dass die vorgeschlagenen Variablen keine Morbiditätsvariablen sind, sondern vielmehr Variablen, von denen hypothetisch angenommen wird, dass sie helfen, die Kosten zu begründen, wie beispielsweise die Ärztedichte. Wir rechnen damit, dass santésuisse diese Salamitaktik auch im 2017 fortführen wird, und bleiben wachsam und aktiv.

### **Neue Dossiers «Big Data» und «Pharma Profiling», Arbeitsgruppe «Sterbehilfe»**

Den oben geschilderten Problemen ist gemeinsam, dass es Probleme des Datendispositivs sind. Wir haben hierzu ein Gutachten beim Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser eingeholt, welches uns Grundlagen liefert für unsere Forderung, die Daten der Versicherer anonymisiert öffentlich zugänglich zu machen. Nur so ist eine unabhängige Versorgungsforschung und eine Verfolgung der Kosten der Versicherten über einen Versicherungswechsel hinweg möglich. Da diese Forderung eine politische Dimension hat, werden wir die diesbezüglichen Aktivitäten in einem separaten Dossier «Big Data» verfolgen. Ebenfalls neu ist unser Dossier «Pharma Profiling», in welchem wir Methoden für die Beurteilung pharmazeutischer und medizintechnischer Produkte entwickeln und Lösungen für faire Medikamentenpreise suchen. In der Arbeitsgruppe Sterbehilfe schliesslich konnten wir ein Team von ausgewiesenen Spezialisten gewinnen, mit denen zusammen wir nun Grundlagen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Suizidenten erarbeiten. Hier werden wir im Herbst 2017 Resultate kommunizieren können.

# Revisionsbericht.

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
4600 Olten

## Bilanz per 31.12.2016

	31.12.2016 CHF	31.12.2015 CHF
Gegenüber Beteiligten und Organen	20'000.00	0.00
<b>Langfristige verzinsliche Verbindlichkeiten</b>	<b>20'000.00</b>	<b>0.00</b>
Langfristiges Fremdkapital	20'000.00	0.00
<b>Fremdkapital</b>	<b>20'000.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Stiftungskapital</b>	<b>17'634.65</b>	<b>-33'705.12</b>
Jahresergebnis	-13'851.47	51'339.77
<b>Bilanzverlust</b>	<b>-13'851.47</b>	<b>51'339.77</b>
<b>Stiftungskapital</b>	<b>3'783.18</b>	<b>17'634.65</b>
<b>Total Passiven</b>	<b>23'783.18</b>	<b>17'634.65</b>

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen

Olten, 07.12.2017



Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
4600 Olten

Bilanz per 31.12.2016

	31.12.2016 CHF	31.12.2015 CHF
Gegenüber Beteiligten und Organen	20'000.00	0.00
<b>Langfristige verzinsliche Verbindlichkeiten</b>	<b>20'000.00</b>	<b>0.00</b>
Langfristiges Fremdkapital	20'000.00	0.00
<b>Fremdkapital</b>	<b>20'000.00</b>	<b>0.00</b>
Stiftungskapital	17'634.65	-33'705.12
Jahresergebnis	-13'851.47	51'339.77
<b>Bilanzverlust</b>	<b>-13'851.47</b>	<b>51'339.77</b>
Stiftungskapital	3'783.18	17'634.65
<b>Total Passiven</b>	<b>23'783.18</b>	<b>17'634.65</b>

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
Olten, 07.12.2017

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
4600 Olten

Erfolgsrechnung 01.01.2016 - 31.12.2016

Erfolgsrechnung	2016 CHF	2015 CHF
Spenden	15'000.00	69'406.00
<b>Ertrag Stiftung</b>	<b>15'000.00</b>	<b>69'406.00</b>
Verwaltungs- und Informatikaufwand	28'734.47	17'976.15
<b>Übriger betrieblicher Aufwand</b>	<b>28'734.47</b>	<b>17'976.15</b>
<b>Betriebserfolg vor Finanzerfolg und Steuern (EBIT)</b>	<b>-13'734.47</b>	<b>51'429.85</b>
Finanzaufwand	117.00	91.00
Finanzertrag	0.00	0.92
<b>Finanzerfolg</b>	<b>-117.00</b>	<b>-90.08</b>
<b>Jahresergebnis</b>	<b>-13'851.47</b>	<b>51'339.77</b>

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
Olten, 07.12.2017

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
4600 Olten

## Anhang zur Jahresrechnung

31.12.2016  
CHF

31.12.2015  
CHF

### Namen, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Ziegelfeldstrasse 1, 4600 Olten / Schweiz  
UID-Nummer: CHE-287.177.191

Die Gesellschaft wurde als Schweizer Stiftung gegründet und am 30.03.2011 im Handelsregister des Kantons Solothurn eingetragen.

### 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.

### Wesentliche Beteiligungen

	Kapital %	Stimmanteil %	Kapital %	Stimmanteil %
Sanafair GmbH, Olten, 200 Stammanteile à nom. CHF 100, Stammkapital CHF 20'000	100.00	100.00	0.00	0.00

Betrieb einer Konsumentenschutzorganisation für  
Krankenversicherte

### Aufsichtsbehörde

Eidgenössische Stiftungsaufsicht  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

### Revisionsstelle

Solidis Treuhand AG  
Martin-Disteli-Strasse 9  
4601 Olten

### Stiftungsrat

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

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen

Olten, 07.12.2017