

Vertiefung und Strukturierung unserer Engagements.

Jahresbericht 2017



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 und Varifo | Seite | 7 |

Abgeschoben in den sozialen Tod.

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



Im Juni 2017 hat meine Kollegin Doris Brühlmeier Rosenthal in der Schweizerischen Ärztezeitung unter dem Titel «Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten»¹ einen Artikel geschrieben, der mich und viele

Kolleginnen und Kollegen berührt hat. Wir alle stellen eine zunehmend härtere Gangart der Invalidenversicherung fest, und wir alle sehen, welches Elend damit auf der individuellen Ebene geschaffen wird. Doch leider sind wir oftmals machtlos, die IV hat ihre eigenen Gutachter und setzt sich über unsere Expertise als behandelnde Ärzte hinweg. Da muss man sich als behandelnder Arzt anhören, eine eindeutig depressive Pati-

entin sei das nicht, denn sie könne ja hie und da einen Krimi lesen. Oder es wird von einer Patientin mit rheumatologischen Beschwerden, die in der Folge auch eine mittelschwere Depression entwickelt hat, behauptet, sie sei durchaus in der Lage, 70% zu arbeiten, da sie ja auch mit dem Bus nach Bosnien reisen könne. Begründungen, die nicht Urteile sind, sondern Vorurteile, und uns Mediziner ratlos zurücklassen.

Als praktizierende Psychiaterin sieht Dr. Brühlmeier, was ein plötzlicher Rentenentzug bei psychisch-psychosomatisch Kranken und Schmerzpatienten auslöst. Entgegen der Behauptung der IV werden die Patienten nicht etwa gesund, wenn sie halt nur wieder arbeiten, um einen Lebenssinn und eine Struktur zu haben. Das Gegenteil ist richtig: sie werden krank. Während sie mit Rente stabil waren, führt der Rentenentzug zu einem Rückfall. Den die Invalidenversicherung dann allerdings nicht berappen muss,

¹ <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2017.05254/>

weil sie als Gesundheitskosten anfallen. Das ist in mehrerer Hinsicht unfair. Die IV saniert sich so auf Kosten der Kranken und der Allgemeinheit.

Gemäss Website des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV ist das Ziel der 6. IV-Revision vom 9.1.2012: «Wiedereingliederung von Menschen aus der Rente in die Erwerbstätigkeit, Einführung des Assistenzbeitrags zur Förderung einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung von Menschen mit einer Behinderung, Einsparungen als massgeblicher Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der IV». Seit 2006 nahm die Zahl der gewichteten Renten bereits um 38'400 ab, trotz Bevölkerungswachstums von gut einer Million. Die Zahl der zugesprochenen Neurenten halbierte sich von 28'000 (2002) auf jährlich 14'000 seit ca. 6 Jahren. Die IV ist seit spätestens 2012 in der Lage, jedes Jahr ca. 800 Millionen Franken Schulden an die AHV zurückzuzahlen. Anlässlich von Rentenrevisionen wurden 2016 in den Kantonen Aargau und Zürich zusammen weiterhin mehr als 1'000 IV-Renten aufgehoben und mehr als 600 reduziert, was einem Total von ca. 9'000 Rentenrevisionen entspricht.

Das sind die nackten Zahlen, die Fakten, und sie sprechen eine klare Sprache: Was unsere Invalidenversicherung tut, ist nicht zulässig. Sie verursacht Schäden, die unser Gesundheitswesen über Jahre belasten werden und soziales Elend in un-absehbarem Ausmass provozieren. Wie konnte es soweit kommen? Unser Präsident wird weiter unten davon berichten, was ein Narrativ ist und wie sich solche auf unser Handeln auswirken. Auch im Fall der IV ist ein solches Narrativ festzustellen, und sein tragendes Element ist der Begriff «Scheininvaliden». Damit ist eine ganze Argumentations- und Handlungskette gerechtfertigt, und die Einschätzung der behandelnden Mediziner wird zur reinen Meinung degradiert oder gar zur rein interessengetriebenen Agitation. Dagegen gibt es nur eins: Fakten schaffen. Dies tut die VEMS-Arbeitsgruppe IVR, welche wir im 2017 gegründet haben. Wir wollen systematisch untersuchen, wie sich die Gesundheitskosten der aus der IV Verstorbenen danach entwickelt, um mit dieser Beobachtungsstudie die Grundlage zu liefern, von den Behörden zu fordern, eine entsprechende Begleitforschung zu betreiben.

Die Gruppe hat zwei Teile, IV-Rentenlupe und IV-Revision. IV-Rentenlupe erstellt auf der Mikroebene der Praxisarbeit Evidenzgrundlagen

und geht Massnahmen an, um in konzertierten Aktionen wie gegebenenfalls Sammelklagen direkt gegen die derzeitige Rechtspraxis vorzugehen. Die einfache Beteiligung an IV-Rentenlupe durch Erfassen von Fällen ist unkompliziert auf unserer Website möglich². Hier wird eine breite Beteiligung angestrebt, um so eine solide Datengrundlage zu erarbeiten. Für die weiterführende Arbeit von IV-Rentenlupe sollen Persönlichkeiten gewonnen werden, welche mit den zu behandelnden Problemen in ihrer täglichen Arbeit zu tun haben, also Ärzte, Patientenschützer, Sozialarbeiter etc. Hier geht es nicht zuletzt auch darum, eine Einigkeit unter den behandelnden Fachpersonen wiederherzustellen, um sich im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten gemeinsam gegen die Vereinnahmung der Behandlungsentscheide durch fachfremde Gremien und Personen zu wehren. Darauf kann sich der zweite Teil der Gruppe, IV-Revision, dann stützen, wenn es in einem nächsten Schritt darum geht, die Rechtsgrundlagen so zu ändern, dass wir Ärzte wieder diejenigen sind, die beurteilen, ob ein Patient gesund ist, nicht Versicherungsbeamte oder die bei ihnen im Lohn stehenden Gutachter.



Dr. med. Bernhard Hofmeier,
Mitglied des Stiftungsrats

² <http://www.kardiolab.ch/rentenlupe.htm>

Von Narrativen und Gegennarrativen.

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



Was ist ein Narrativ? Der Begriff wird vor allem in den Sozialwissenschaften verwendet. Wikipedia definiert ihn so: Ein Narrativ ist eine sinnstiftende Erzählung, die Einfluss hat auf die Art, wie die Umwelt

wahrgenommen wird. Dies geschieht in den verschiedensten Bereichen unserer Gesellschaft. Niklas Luhmann spricht von Systemen, wobei jedes System zusammengesetzt ist aus Teilsystemen. Das Gesundheitswesen setzt sich, so gedacht, zusammen aus den Teilsystemen Medizin, Wissenschaft, Ökonomie und Politik, ebenso Recht und Psychologie. Jedes dieser Teilsysteme organisiert sich vermittels Kommunikation, und diese lässt sich auf einen binären Code zusammenfassen. Im Fall der Medizin ist dieser binäre

Code gesund/krank, während die Ökonomie mit dem Code haben/nicht-haben arbeitet. Nun strebt jedes Teilsystem des Systems nach der Erweiterung seiner Macht. Und dazu verstört es die anderen Teilsysteme. Dies geschieht, indem es seinen Kommunikationscode stört und ihm den eigenen aufdrücken will.

Wie jede Theorie kann man auch diese kritisieren. Es lohnt sich aber, sich mit ihr auseinanderzusetzen, denn sie hilft uns, eine gewisse Verstörung unseres Gesundheitswesens besser zu verstehen. Der Code der Medizin drückt sich in ihrem Begriff der Zweckmässigkeit aus, der allem medizinischen Arbeiten zugrundeliegt: Medizinisch zweckmässig ist, was die Heilung fördert und die Krankheit bekämpft. Festzustellen ist dies nie mit Sicherheit im Voraus, denn eine Heilung hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt auch von der Mitarbeit des Patienten. Die WZW-Regel des KVG formuliert dem entspre-

chend für Behandlungen die Auflage, sie sollen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Regel). Der Code der Ökonomie haben/nicht-haben hingegen drückt sich in den Kriterien nützlich und unnützlich aus. Damit beurteilt sie die Medizin, und mit dieser Beurteilung verstört sie sie.

Dass dies überhaupt möglich war, ist einer Arbeit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW geschuldet. In einem Grundlagenpapier³ aus dem Jahr 2007 hat die SAMW Rationierung nicht nur gutgeheissen, sondern dabei auch klammheimlich einen Paradigmenwechsel vollzogen: Der mittlere Begriff der WZW-Regel wurde hin zur Nützlichkeit umformuliert. Die SAMW definiert neu: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.» Damit ist die Diskussion um Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen zu einem Wirkungsfeld ökonomischer Nutzwertanalysen geworden. Die Folge ist ein ideologisches Umplügen gewesen, das seither fast jede Diskussion unseres Gesundheitswesens dominiert und auf die ökonomische Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses reduziert.

Daraus ergibt sich ein gefährliches Narrativ, das sich immer mehr breitzumachen beginnt: Die Medizin wird von vornherein als unnützlich beurteilt, es sei denn, sie beweise, dass ihre Behandlungen nützen, und zwar im Voraus und mit Sicherheit. Da diese Auflage nicht erfüllbar ist, steht die Medizin nun grundsätzlich als unnützer Profiteur da, der sich an den Patienten nur bereichern will. Ergo ist alles zu streichen, was nicht unbedingt als notwendig erachtet wird. Die reiche Schweiz hat Angst, sich ihre Kranken nicht mehr leisten zu können, es werden IV-Renten gestrichen, es wird über die Nützlichkeit der Behandlungen am Lebensende gestritten, es wird gefragt, ob Übergewichtige zu behandeln sind, da sie angeblich ja selber schuld seien an ihrer Krankheit. Das alles schafft ein pessimistisches Klima, das unserem reichen Land nicht zusteht. Und es ist auch ein Klima, das der Medizin nicht zusteht: Sie ist grundsätzlich optimistisch, als pessimistische Disziplin kann sie nicht funktionieren.

Wir haben im 2017 viel unternommen, diesem Gegenarrativ Gehör zu verschaffen. Noch nie ist es uns gelungen, so viele Artikel in den Publikumsmedien zu platzieren. Dies werden wir im 2018 vertiefen, indem wir die Forderung nach einer optimistischen Medizin stellen, wie wir dies jüngst in einem Papier der Vaskular Risk Foundation Varifo getan haben. Wir stellen dort das Paradox der Risiko-Kompression fest: Die Kurve der Risiko-Kompression verläuft nicht linear. Deshalb ist der präventive Gewinn umso höher, je kleiner das behandelte Risiko. Das utilitaristische Denken ist also der falsche Ansatz und richtet grossen volkswirtschaftlichen Schaden an. Die Folgen sind die kardiologischen Patienten der nächsten Jahre. Wenn man sie jetzt nicht behandelt, weil man ihre Risiken als zu gering einstuft, um sie dann morgen, wenn sie krank sind, nicht zu behandeln, weil sie angeblich zu teuer sind, dann hat die Ökonomie im Gesundheitswesen komplett versagt.

Was im Narrativ geschehen ist, das die Gesundheitsökonomie unserem Gesundheitswesen aufdrückt, bildet obiges Bild sehr gut ab: Die medizinischen Fakten werden teilweise dargestellt, teilweise ausradiert, und was dann bleibt, sind eben keine Fakten mehr – es ist Fake. Die Medizin hat die besseren Antworten, und daran, diese in die Diskurse einzubringen, werden wir auch im 2018 unermüdlich arbeiten. Per Dezember 2017 werden wir dabei unterstützt von Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth, der neu im Stiftungsrat ist. Das freut uns sehr, wir heissen Dr. Warmuth herzlich willkommen.



Dr. med. Michel Romanens,
Präsident des Stiftungsrats

³ https://www.samw.ch/dam/jcr:69749473-4a59-4e94-8e89-04f085218449/positionspapier_samw_rationierung.pdf

Zwei Stimmen verschaffen sich Gehör.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Nicht ohne Stolz stellen wir mit Blick auf das Jahr 2017 fest: Wir werden immer mehr gehört. Wir, das ist seit Anfang letzten Jahres neben dem Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS die

Vaskular Risk Foundation Varifo, denn beide Engagements laufen neu unter dem Patronat der Fairfond. Als Erstes haben wir beide Websites neu aufgesetzt. Die neue VEMS-Website bietet eine verbesserte Übersicht und die Möglichkeit, bequem durch unseren Fundus an Papieren, Gutachten, Factsheets und Artikeln zu suchen. Die Gliederung entspricht den heutigen Anforderungen an Geschwindigkeit und Übersichtlichkeit. Der Umgestaltung der Varifo-Website ging eine Umgestaltung

des Angebots voraus. Die Varifo gliedert ihr Angebot neu in ein solches für Kunden, für die wir Corporate-Health-Programme anbieten, in eines für Mediziner, die sich bei der Varifo informieren und im Umgang mit den TPA-Geräten schulen können, sowie eines für Wissenschaftler und eines für Medienschaffende, die bei der Varifo Beurteilungen von Studien im Bereich der Statintherapie erhalten. Ein Besuch auf unseren neuen Websites⁴ lohnt sich.

Diese Umstrukturierungs- und Umgestaltungsarbeiten haben im 2017 einige Ressourcen gebunden. Dazu motiviert hat uns nicht zuletzt die Tatsache, dass wir nun vermehrt auch in den Publikumsmedien präsent sind und immer öfter per E-Mail um Vorträge und unsere Expertenmeinung gebeten werden. Dies freut uns, denn es bestätigt unsere Arbeit. Offenbar

⁴ www.vems.ch, www.varifo.ch

sind immer mehr Bürgerinnen und Bürger mit dem Narrativ nicht mehr einverstanden, das lange «Wahrheit» war in unserem Gesundheitswesens (siehe hierzu den Beitrag unseres Präsidenten). Es kann etwas nicht stimmen, wenn jedes Instrument zur Kostenkontrolle die Gesundheitskosten dann doch nicht senkt, sondern im Gegenteil noch weiter wachsen lässt. Neue Erklärungsmodelle sind gefragt.

Als unabhängiger Akteur des Gesundheitswesens müssen wir dabei nicht aus Rücksicht auf einen anderen Akteur Wahrheiten ausblenden: Ein grosses Problem sind die Machtverhältnisse bezüglich Datenhoheit. Dazu haben wir einen Dossier übergreifenden Artikel in der Ärztezeitung geschrieben, den wir mit Gastbeiträgen in der NZZ und im Tagesanzeiger flankiert haben. Die Krankenkassen sind nicht bereit, ihre Daten zusammenzulegen und anonymisiert an eine behördliche Instanz wie das Bundesamt für Statistik zu übergeben. So arbeiten sie mit ihren klinisch nicht bereinigten Daten in ihren hauseigenen Forschungsabteilungen, die ein eigentlicher Arm des Marketings sind. Das Resultat ist eine Versorgungsforschung, die ausser den Kassen niemandem etwas bringt. So stellt etwa die CSS Versicherung fest, dass Versicherte im Hausarztmodell zum Zeitpunkt, da sie das Modell verlassen, auffallend tiefe Gesundheitskosten haben. Sie schliesst daraus aber nicht, die Patienten seien im Modell unterversorgt worden, sondern, dass diese dann wohl in ein noch günstigeres Modell gewählt hätten. Was nicht sein darf, kann nicht sein. Ein Zusammenlegen der Daten, wie es der VEMS im Artikel fordert, würde unter anderem ein Verfolgen der Kosten dieser Versicherten über den Wechsel hinaus erlauben. Damit könnte eruiert werden, für welche Versicherten sich diese Modelle rechnen und für welche sie gefährlich sind. Gleiches gilt für die Probleme, die der VEMS in all seinen Dossiers feststellt, so etwa bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren, die untauglich sind und auf der bestehenden Datenbasis nicht wesentlich zu verbessern, oder bei unserer Versorgungsforschung, die ohne klinische Daten Aussagen über klinische Zusammenhänge macht und deshalb mehr vermuten muss, als sie wissen kann. Dieses Thema wird uns noch länger beschäftigen.

Ein neues Thema ist die Invalidenversicherung. Im 2017 haben wir eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, über die unser Stiftungsratsmitglied Dr. med. Bernhard Hofmeier in

seinem Vorwort berichtet hat. Beim Problem der Fehlentscheide der Invalidenversicherung kommen alle Aspekte unseres Engagements zusammen: Wir haben einen Übergriff der Ökonomie auf den Indikations- und Behandlungsentscheid des Arztes, der persönliches Leid und volkswirtschaftlichen Schaden verursacht, wozu es überdies keine strukturierte Begleitforschung gibt. Die Arbeitsgruppe IVR ist für den VEMS also ein wichtiges Anliegen und soll im nächsten Jahr weiter ausgebaut werden, nicht zuletzt auch, weil wir selber immer häufiger Fälle erleben, bei denen die IV auf der Basis fragwürdiger Gutachten Kürzungen durchboxt.

In unserer Arbeitsgruppe Sterbehilfe haben wir im 2017 dreimal getagt und uns intensiv per E-Mail ausgetauscht. Von der Idee eines Regelwerks als Vorschlag für ein standardisiertes Vorgehen bei assistierten Suiziden sind wir abgekommen. Der Weg dahin hat uns aber einen guten Einblick in die Abläufe beider Seiten, der Palliativmedizin und der Sterbehilfe, gegeben. Nun sind wir daran, einen Katalog mit offenen Fragen zu 10 Problembereichen auszuformulieren. Diesen wollen wir im 2018 in einem Symposium öffentlich diskutieren und die Zusammenfassung dieser Diskussion bei den zuständigen Stellen einbringen, mit der Bitte, diese Problemfelder nun endlich anzugehen. Vor dem Hintergrund einer Gesundheitsökonomie, die immer deutlicher nach Rationierung bei den Behandlungen der letzten Lebensjahre ruft, ist es unverantwortlich, dass die Abläufe der Organisationen, die assistierte Suizide anbieten, kaum reguliert werden, so wenig wie ihre Kommunikation, wozu auch kaum Begleitforschung betrieben wird. Patienten, die diesen Weg wählen wollen, soll er möglich sein, die Gründe des Entscheids sind aber systematischer abzuklären, als dies heute der Fall ist. Es darf nicht sein, dass assistierte Suizide direkt oder indirekt gefördert werden, um ein gesundheitsökonomisches Problem zu lösen.

In der Denknetz-Schweiz-Arbeitsgruppe Big Pharma haben wir Ende 2016 bei der Ausarbeitung des Working-Papers der Gruppe mitgeholfen. Dieses wurde am Kongress Reclaim Democracy vorgestellt, der vom 2. bis 4. Februar an der Universität Basel stattfand, organisiert vom Denknetz Schweiz in Kooperation mit dem Seminar für Soziologie der Universität Basel und über 23 NGOs, Gewerkschaften, Zeitschriften und Thinktanks. Daran nahmen

über 1800 Teilnehmer teil, es wurde darüber auf SRF und in verschiedenen Printmedien berichtet. Eine gute Plattform auch für den VEMS. Darauf hat sich das Bundesamt für Gesundheit bei der Gruppe gemeldet und um ein Gespräch gebeten, in welchem wir gute Einblicke in die Mechanismen der Preisgestaltung erhalten haben und eine bessere Einsicht in die Arbeit unserer Behörden. Ebendort haben wir das Papier, welches wir vonseiten VEMS in der Folge zum Thema erarbeitet haben, eingebracht. Es handelt sich um einen Vorschlag zur Gestaltung der Arzneimittelpreise basierend auf dem individuellen Nutzen. Nicht jeder Patient profitiert gleich stark von einem Medikament. Mit einer gestaffelten Preisgestaltung würden die Medikamente alle Patienten erreichen, die davon profitieren. Limitationen hingegen schränken den Zugang ein und schaffen so die unsinnige Situation, dass Patienten warten müssen, bis ihre Krankheit weit genug fortgeschritten ist, um in den Genuss einer Behandlung zu kommen. Wir haben unseren Vorschlag in den letzten Monaten mit verschiedenen Pharmafirmen besprochen, eine Arbeit, die im 2018 weitergehen wird.

Neben diesen Arbeiten fiel auch das Tagesgeschäft in den Dossiers an. Während wir in den Dossiers Public Health und HTA keine neuen Studien evaluiert haben, haben wir im Dossier WZW Gutachten zu den Lösungsansätzen der Arbeitsgruppe WZW von santésuisse und FMH eingeholt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Gruppe weiterhin mit exogenen Variablen arbeiten will, nun etwa mit der Ärztedichte. Das dies nichts zu einer Verbesserung des Verfahrens beiträgt, dürfte allen Beteiligten klar sein. Die FMH trifft in dieser Arbeitsgruppe aber mit der santésuisse auf jenen Akteur, mit dem sie es sich im Interesse der Tarmed-Verhandlungen nicht verscherzen will. So dreht sich die Gruppe im Kreis. Derweil wenden sich zu Unrecht in ein Verfahren geratene Ärztinnen und Ärzte an den VEMS und bitten uns um Hilfe. Ein besonders krasser Fall war ein Psychiater, den santésuisse mit einem Verfahren belegt hat, obwohl er für alle Behandlungen, die er machte, Kostengutsprachen hatte. Sein Fehler: Viele seiner Patienten haben leichte bis mittelschwere Beschwerden, die er korrekterweise mit Psychotherapie, nicht mit Medikation behandelt. Da dies aber mehr Zeit beansprucht, hat er entsprechend weniger Patienten als die anderen Praxen der Vergleichsgruppe, und somit sind seine Durchschnitts-

kosten entsprechend höher. Es ist aber unsinnig, eine Praxis mit 100 Patienten mit einer mit gegen 1'000 zu vergleichen. Wir haben den fraglichen Arzt mit unserer Expertise unterstützt und einen Vergleich erreicht. Solche Fälle werden auch im 2018 unsere Kräfte fordern. Gleichzeitig planen wir eine Arbeitsgruppe WZW-Methodik ins Leben zu rufen, um in einem Expertengremium eine solide Gegenposition zur Salamtaktik der Arbeitsgruppe WZW von FMH und santésuisse zu erarbeiten.

Im Dossier Managed Care haben wir einen Stimmungswandel erlebt. Waren unsere Einwände gegen diese Versicherungsmodelle im 2016 noch als übersteigerte Reaktion taxiert worden, so regt sich allmählich eine gesunde Skepsis gegen sie, und dies auf breiter Basis. Sie ist auch berechtigt. Das Problem sind nicht die Ärztenetzwerke per se, es ist die Budgetverantwortung: Mit einem fragwürdigen Bonus-Malus-System in der rechtlichen Grauzone werden die Ärzte angehalten, innerhalb eines definierten Budgets zu behandeln. Als solche Mechanismen damals in den USA bekannt wurden, wo die Idee der HNO entstanden ist, haben etliche Netzwerke schliessen müssen, zu stark ist hier der Anreiz zur Unterversorgung teurer Patienten, zu problematisch sind die ethischen Implikationen. Bei uns expandieren Hausarztmodelle, und das Nachsehen haben gerade die Schwächsten unserer Gesellschaft: jene, die sozial so schlecht gestellt sind, dass sie sich kein anderes Modell leisten können, und die dann auch noch das Pech haben, krank zu werden. Geforscht wird dazu nicht ernsthaft, obwohl es deutliche Hinweise auf Unterversorgung bestimmter Patientengruppen in diesen Netzwerken gibt. Dazu haben wir nun in verschiedenen Medien unsere Einwände darlegen können. Die Reaktion war jeweils die, dass sich führende Vertreter dieser Netzwerke bei uns gemeldet und um ein Gespräch gebeten haben. Haben wir sie dann aber vorab per E-Mail mit den Fragen konfrontiert, die dabei zu beantworten wären, so ist der Dialog verstummt. Die Netzwerke wissen also ganz genau, was sie tun und was davon sie nicht tun sollten.

Die Arbeiten der Varifo gliedern sich in einen Forschungs- und einen Kommunikationsteil. Beginnen wir bei Letzterem: Hier galt es, die Angebote in eine Form zu bringen und zu kommunizieren. So haben wir eine Broschüre für Firmenkunden erarbeitet, die ihren Mitar-

beitenden Corporate-Health-Programme anbieten. Die Varifo kann sie dabei unterstützen, indem sie an den Anfang all dieser Programme einen Herz-Kreislauf-Checkup mit Messung der Ablagerungen vermittels Bildgebung (TPA) setzt. Alsdann haben wir mit dem Aus-sand der Broschüre begonnen und bereits positive Rückmeldungen erhalten. Eine schwierigere Arbeit ist die Dekonstruktion eines gefährlichen Narrativs zu Cholesterinsenkern: Durch selektive Aufbereitung der wissenschaftlichen Evidenzgrundlage wird das Bild zu Wirkung und Nebenwirkung dahingehend verzerrt, dass die Wirkungen heruntergespielt werden (es müssen viel zu viele behandelt werden, damit es bei einem wirkt) und die Nebenwirkungen überhöht (Krämpfe, Störungen im Gehirn). Die Folge ist, dass Patientinnen und Patienten, die diese Medikamente brauchen, um gesund zu bleiben, die Einnahme unterlassen und in der Folge wieder kariotische Ablagerungen bilden. Hier gibt es nur eins: Direkte Kontaktaufnahme mit den verantwortlichen Journalisten, Autoren und zitierten Interviewpartnern, um sie mit den Fakten zu konfrontieren. Diese Arbeit hat im 2017 erst begonnen und wird uns im 2018 einige Ressourcen abverlangen. Sie ist aber nicht nur dringend nötig, sondern lebensnotwendig.

Die Forschungsarbeit der Stiftung Varifo ist im Wesentlichen auch eine Kommunikationsarbeit, wenn man so will. Hier gilt es, die Forschungsgemeinde davon zu überzeugen, in Zeiten des Kostensparwahns nicht aus opportunistischen Gründen ihre eigene Gilde zu verraten. So hat unser Präsident etwa am Public Health Meeting 2017 in Basel seine Studie präsentiert: «Low coronary risk calculator based detection rates of old arteries in middle-aged women at recommended decision thresholds». Darin geht es um die systematische Diskriminierung von Frauen durch den AGLA-Rechner. Dieser ist zentral für die Beurteilung und den Entscheid, welche Patientinnen und Patienten von einer Statintherapie profitieren sollen. Er ist also gewissermassen das Nadelöhr der Prävention kardiovaskulärer Krankheiten, und wenn das Nadelöhr zu eng ist, dann werden Patienten krank, deren Krankheit man hätte verhindern können. Die Varifo hat zur Fehlerhaftigkeit des AGLA-Rechners im 2017 verschiedene Arbeiten eingereicht, unter an-

derem zusammen mit Prof. Dr. med. Thomas Szucs, Verwaltungsratspräsident der Helsana-Versicherung. Das wissenschaftliche Umfeld in der Schweiz ist derzeit aber solchen Inputs gegenüber eher ablehnend gesinnt, wiewohl man um ihre Richtigkeit und Wichtigkeit weiss. Da bleibt nur: dran bleiben. Als fortlaufendes Projekt laufen neben diesen Arbeiten die Studien Cordicare I und Cordicare II, mit welchen wir inzwischen die grösste Datenbank der Schweiz mit Patienten verschiedener Risikoprofile für kardiovaskuläre Krankheiten erarbeitet haben. Die Varifo ist also die einzige Instanz der Schweiz, die Empfehlungen zur Prävention dieser Krankheiten auf der klinischen Ebene validieren kann. Darauf fusst unsere weitere Arbeit in Forschung und Kommunikation im 2018.