

# Gegen medizinische Unter- und Fehlversorgung.

Jahresbericht 2019



# Inhalt.

Vorwort des Stiftungsrats	Seite	3
Vorwort des Präsidenten	Seite	5
Tätigkeitsbericht des Sekretärs	Seite	7
Tätigkeitsbericht Fundraising	Seite	11

## Impressum

Redaktion: Flavian Kurth  
Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth, Flavian Kurth

Bilder: photocase.de, User: rclassen, saster, complize, stocksnapper, rclassen

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)

# Im Zentrum ist der Mensch – sollte man meinen.

Vorwort des Stiftungsrats, *Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth*



Mit viel Geld lebt es sich nicht so gut, wie es sich ohne schlecht lebt. Eine Krankheit schränkt ein, es sinkt mit ihr die Lebensqualität oder auch die Lebensdauer. Manche Krankheiten können durch eine entsprechende Lebensweise

vermieden werden. Der Umgang mit Krankheiten kann durch den einzelnen Menschen und durch die Gemeinschaft, durch Behandlung und Betreuung unterstützt werden. Von der Medizin wird von Kranken Göttliches erwartet.

Das medizinische Personal in Ambulanzen, Spitälern, Dienstleistungseinrichtungen, ... tut bei der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von

Kranken sein Möglichstes. Behindert wird es dabei durch die Abrechnungssysteme.

Praktizierende Ärzte, Ärztenetzwerke und Spitäler rechnen ihre Leistungen direkt bei den Krankenversicherern ab. Übersteigen die Abrechnungen von Ärzten den anzahlbezogenen Durchschnitt der Abrechnung der Ärzte ihrer Fachrichtung merklich, dann werden ihre Abrechnungen zu ihren Lasten gekürzt. Die Kürzung kann ein Arzt durch die «Behandlung» von zusätzlich weniger kranken oder gesunden Patienten vermeiden, durch die Überarztung ist sein Durchschnitt nicht mehr fachrichtungsbezogen auffällig.

Spitäler rechnen nicht ihre wirklichen Kosten oder Aufwendungen bei den Krankenversicherern ab, sondern «Fälle» von Krankheiten, die Fallgruppen zugeordnet werden. Dieses Abrechnungsverfahren (nach diagnosebezogenen Fall-

gruppen im SwissDRG) setzt Erstattungspauschalen für Gruppen von Fällen an. Die Pauschalen richten sich nach den mittleren Kosten der gewöhnlich fallgerecht eingesetzten Prozeduren zur Diagnostik, Behandlung oder Betreuung, der erfahrungsgemäßen (mittleren), aber auch individuellen (klassierten mittleren) Krankheitsschwere, der erfahrungsgemäßen (klassierten mittleren) Nebenerkrankungen und der Verweildauer des Patienten für diesen Fall im Spital (klassiert in Kurzlieger, Normallieger, Langlieger). Die «Justierung» und «Weiterentwicklung» des Abrechnungsverfahrens erfolgt durch «Beobachtungen» in Netzwerkspitälern. Die Abrechnungsprüfung erfolgt durch die Versicherer. Bei der Abrechnungsprüfung durch die Versicherer geht es darum zu prüfen, ob die Zuordnungen zu Fallgruppen angemessen ausgefallen sind. Ob medizinische Gründe einen über dem Mittel liegenden umfangreicheren Einsatz von Diagnostik, Behandlung und Betreuung angeraten haben lassen oder es medizinisch und ethisch vom Personal der Spitäler zu verantworten war, auf einige im Mittel übliche Maßnahmen zu verzichten, spielt für die Versicherer keine Rolle.

Das Abrechnungsverfahren hat fatale Konsequenzen: «Betriebswirtschaftlich» wirken Spitäler, wenn sie Maßnahmen zur Reduzierung der Krankheitsschwere vermeiden, wenn sie Diagnostik zu unwahrscheinlichen Komorbiditäten nicht oder ertragsorientiert durchführen, wenn sie die Verweildauer im Spital nahe dem unteren Rand der erreichten Liegedauergruppe halten oder leicht über den oberen Rand in die höhere Liegedauergruppe heben, wenn sie sich um Vorsorge in Bezug auf später noch mögliche Erkrankungen nicht kümmern, wenn sie kosten-

günstigere Generika an Stelle der schon vor der Aufnahme ins Spital ambulant verordneten Medikamente unabhängig von möglichen Nebenwirkungen einsetzen.

Abrechnungssystemgerecht wirken Spitäler, wenn sie die Aufnahme, Abweisung oder Verlegung von Patienten «steuern». Ein Spital, dem beispielsweise zeitnah zum Einlieferungszeitpunkt eines Patienten mit einer vermuteten Krankheit die für die Fall-Abrechnung notwendigen Mittel nicht ausreichend zur Verfügung stehen, wird Patienten mit dem Verdacht auf eine solche Krankheit nicht aufnehmen: die Versicherer würden die Erstattung der Pauschale verweigern, zumindest die Erstattung kürzen.

Tritt nach einer Operation im Spital eine unerwartete Komplikation auf, so kann vom Spital bestenfalls der «ertragsreichere» Teil als Fall bei der Versicherung abgerechnet werden, vorausgesetzt der Patient überlebt. Ist eine Verlegung in ein anderes Spital notwendig oder verstirbt der Patient unerwartet im Spital, dann sinken die Erstattungsmöglichkeiten wegen des geringen Gewichts in der Fallgruppe weiter. Einen Imageschaden erleidet das Spital in der Regel nicht, wenn das Aufnahmeersuchen ignoriert wird, der Patient auf dem Transport oder Weitertransport verstirbt – am besten in einem anderen Kanton.

Im Mittelpunkt steht nicht der Mensch.



Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth,  
Mitglied des Stiftungsrats

# Weniger ist mehr – ist das tatsächlich so?

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



Der Satz «Weniger ist mehr» hat einen gewissen Reiz: Wir lesen ihn aufs Erste als Widerspruch, der er aber gar nicht zu sein vermeint. Sprachwissenschaftler sprechen hier von einem Oxymoron, womit eine rhetori-

sche Figur gemeint ist, bei der eine Formulierung aus zwei gegensätzlichen, einander widersprechenden oder sich gegenseitig ausschließenden Begriffen gebildet wird. Viele solche Begriffspaare kennen wir aus dem Volksmund, so etwa «alter Knabe», «offenes Geheimnis», «vorläufiges Ergebnis». Nicht zuletzt wohl deshalb, weil der Volksmund viele Oxymora kennt, wähnen wir in solchen Sätzen höhere Wahrhei-

ten, die sich uns allein intellektuell nicht erschliessen. Das ist das Gefährliche daran.

Seit einigen Jahren geistert ein solches Oxymoron durch die Medizin: «Weniger ist mehr». Wir haben im 2017 ein Positionspapier zu Smarter Medicine und «Choosing Wisely» herausgebracht, der medizinischen Initiative, die sich dieses Paradigma auf die Fahne geschrieben hat. Was uns beim Ausarbeiten des Papiers vor allem erstaunt hat, war wie bereitwillig die Medizin die Maxime «Klug entscheiden» angenommen und damit eingeräumt hat, bisher nicht klug entschieden zu haben. Umso mehr hat es uns gefreut, dass von dieser Seite schnell, unkompliziert und lösungsorientiert Rückmeldungen auf unser Papier eingegangen sind. Man hat sich per E-Mail ausgetauscht, war sich einig, dass ein offener Diskurs über «Choosing Wisely» nötig ist. Man hat sich getroffen, hat Symposien und Arti-

kel angedacht – und passiert ist dann genau nichts.

Diese eigentümliche plötzliche Stille, aus der ein «Man sollte sich schon wehren, aber es ist jetzt halt Sparen angesagt» herauszuhören war, hat uns nicht etwa entmutigt, sondern im Gegenteil angespornt. Wenn die Medizin Sparmassnahmen gegenüber mutlos ist, von denen sie weiss, dass sie die Patientensicherheit gefährden können und obendrein mittel- und langfristig Mehrkosten verursachen, dann fehlen ihr die Argumente, sich dagegen zu wehren. Diese wollen wir mit unserer Arbeit liefern.

Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS hat sich dabei auf das Sorgenkind der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte konzentriert: die WZW-Verfahren der Versicherer, die Wirtschaftlichkeitsverfahren. Dabei ging es uns darum, einerseits die neue Methode auf ihre Zweckdienlichkeit hin zu überprüfen, andererseits aufzuarbeiten, wie diese Verfahren nun bereits Jahrzehntlang in einem rechtlichen Graubereich operieren, ohne dass irgendwelche Regulative spielen. Wir haben es hier mit einem Justizskandal zu tun, der über die Medizin weit hinausreicht und grundsätzliche Fragen zur Rechtsstaatlichkeit unseres Landes aufwirft. Die Stiftung Fairfond hat beim EDI eine entsprechende Aufsichtsbeschwerde deponiert. Und Geld sparen lässt sich so auch nicht, im Gegenteil, das Verfahren ist ein systematischer Anreiz zur Unter- und Fehlversorgung. Lesen Sie dazu den Tätigkeitsbericht unseres Sekretärs.

Auch die Vascular Risk Foundation Varifo hat sich mit ihrer Arbeit gegen ein Problem der systematischen Unter- und Fehlversorgung engagiert: die Fehllenkung der Behandlungspfade in der Primärprävention von Herzinfarkt, Hirn-schlag und Demenz. Seit fünf Jahren verbreitet eine falsche Hochrechnung des Swiss Medical

Boards SMB die Fehlinformation, Cholesterin-senker (Statine) würden bei Patientinnen und Patienten, die noch kein Ereignis gehabt haben, pro Jahr mit 200'000.- Franken zu Buche schlagen. In Wahrheit kosten sie die Hälfte, oftmals sogar weit weniger, insbesondere deshalb, weil diese Medikamente heute alle als billige Generika auf dem Markt zu haben sind.

Auch hier spielen die Regulative allerdings nicht. Der Autor der falschen Hochrechnung hat seinen Fehler uns gegenüber zugegeben, doch der falsche Bericht wurde vom SMB nicht zurückgezogen. Weder die GDK, noch BAG und EDI sehen sich befugt, das SMB zu veranlassen, den Bericht zurückzuziehen und die Fehlinformation zu berichtigen. Die Varifo tut dies, doch stösst sie in den Fachmedien mit diesem Thema auf grossen Widerstand. Die Statinfrage wird als Politikum verstanden – höchste Zeit, sich zu wehren.

Wenn es zur politischen Frage wird, ob eine Rechnung richtig gerechnet ist oder nicht, dann müssen auch hier Grundfragen der Rechtsstaatlichkeit unseres Landes erlaubt sein. Soviel sollte uns das Sparen dann auch nicht wieder wert sein. Denn die Maxime «Weniger ist mehr» hat leider eine zynische Wahrheit: Weniger präventive Versorgung bedeutet mehr kurative, mehr Krankheiten, mehr Leid, mehr Todesfälle und unnötige Kosten.



Dr. med. Michel Romanens,  
Präsident des Stiftungsrats

Unterstützen Sie unsere Engagements, besuchen Sie unsere Website: [www.fairfond.ch](http://www.fairfond.ch)



# Gegen Schrotflinten und Giesskannen.

Tätigkeitsbericht VEMS und Varifo, *Flavian Kurth*



Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die sich an den VEMS gewandt haben, hat auch im 2019 wiederum zugenommen. Das erstaunt, denn die neu Methode zur Prüfung ärztlicher Wirtschaftlichkeit sollte ja Fairness schaffen. Noch immer fühlen sich aber etliche Praxen fälschlicherweise an den Pranger gestellt, sie würden überarzten, während sie in Wahrheit korrekt arbeiteten, wie sie sich sicher sind.

Die Analyse der jeweiligen Statistiken zeigt denn auch in erschreckend vielen Fällen, dass von santésuisse teilweise völlig zu Unrecht

Verfahren eröffnet und Bussen oder Vergleiche angestrebt werden. Wir sahen grossen Bedarf, hier mit einem Positionspapier Klarheit zu schaffen, und haben in diese Arbeit entsprechende Ressourcen investiert. Das Resultat ist ein Positionspapier, wie es zuvor für die Schweiz nicht existiert hat. Es wurde von den Trustcentern, die sich mit der Thematik am besten auskennen, als solide Problemanalyse gelobt.

Um zu verstehen, wie wichtig dieses Papier ist, müssen wir uns vor Augen führen: In den ambulanten Praxen kommen die Bürgerinnen und Bürger am häufigsten in Kontakt mit der Medizin, und diese Kontakte beeinflussen auch ihr eigenes gesundheitsrelevantes Verhalten am stärksten. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren haben einen grossen Einfluss auf das dort praktizierte Behandlungs- und Beratungsverhalten. Je präziser die Methode dieser Ver-

fahren jene Praxen identifiziert, die systematisch unwirksam, unzweckmässig und unwirtschaftlich behandeln, desto besser ist damit eine Behandlungskultur zu gestalten, die von medizinischer Professionalität und ärztlicher Redlichkeit geprägt ist.

Die Fakten: Die juristische Praxis zeigt, dass rund ein Arzt, eine Ärztin von 200 das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt. Die von der Methode von *santésuisse* produzierten fehlbaren Ärztinnen und Ärzte (eine/einer von fünf) sind folglich weitgehend Fehlbeurteilungen durch die Statistik. Mit anderen Worten: Wir haben am Entscheidungspunkt aller weiteren medizinischen Behandlungen ein hochgradig ineffizientes Beurteilungsverfahren im Einsatz. Und dann wundern wir uns, dass unser Gesundheitswesen trotz allem Bemühen nicht effizienter werden will?

Die Mittel des VEMS als wissenschaftlichem Verein sind die der Analyse: Wir haben die neue Methode einer Prüfung mit Modellrechnung unterzogen, worin wir verschiedene Konstellationen und die Reaktion auf ein überarztendes Behandlungsverhalten untersucht haben. Das Resultat ist ernüchternd: Gerade systematische, also tatsächlich kriminelle Überbehandlung zum Zweck der eigenen Bereicherung erkennt die Methode am schlechtesten, während Praxen, die nun mal teure, weil kranke Patientinnen und Patienten haben, systematisch dafür gebüsst werden, diese zu behandeln. Wir müssen leider davon ausgehen, dass sich daran in nächster Zeit nichts ändern wird, und haben die Ärzteschaft darüber informiert, wie sie überhaupt einschätzen können, ob sie falsch beurteilt werden. Wir haben hierzu den Morbiditätsbereinigten Index MBI entwickelt und in einem Artikel in der *Ärztzeitung* den Medizinerinnen und Medizinern vorgestellt.

Wer könnte an der verfahren Situation etwas ändern? Unsere Versicherungsgerichte könnten es, doch sie stützen sich blind auf die Beurteilung von *santésuisse*, ohne eine eigene statistische Prüfung vorzunehmen. Damit werden die Korrektive unseres Rechtsstaats ausgehebelt, indem von juristischen Instanzen Fehlurteile gefällt und ungerechtfertigte Bussen erhoben werden, die in die Kassen der Versicherer fliessen. Diese reagieren seit einigen Wochen nicht mehr auf unsere Anfragen bezüglich Verfahren, in denen ihre involvierten Inspektoren sogar selber zugeben, die Beurtei-

lung sei falsch, unter Androhung von Bussen aber rücksichtslos Vergleiche durchdrücken, die teilweise im fünfstelligen, manchmal sogar im sechsstelligen Bereich liegen. Wir haben Ende Jahr beim EDI eine entsprechende Aufsichtsbeschwerde deponiert und warten nun auf Antwort.

Die FMH andererseits will es sich wohl nicht verscherzen mit ihren beiden Tarifpartnern *santésuisse* und *curafutura*. Das ernüchternde Fazit: Tarif-Verbindlichkeiten zwischen Versicherern und Ärztesgesellschaft machen Ärztinnen und Ärzte zum Spielball von Tarifinteressen. Die FMH sollte den WZW-Vertrag kündigen, um ihre Glaubwürdigkeit zu wahren und wieder im Interesse ihrer Mitglieder agieren zu können. Denn nur so können dies im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten agieren. Sie finden unser Positionspapier «Beurteilungsqualität und Behandlungskultur – eine Aufarbeitung der Schweizer Wirtschaftlichkeitsverfahren» auf unserer Website.

Der VEMS hat seit einiger Zeit kein Symposium mehr durchgeführt. Dies hat damit zu tun, dass wir eine kleine Organisation sind und diese Symposien erhebliche Ressourcen binden. Wir haben deshalb vor einiger Zeit beschlossen, solche Symposien inskünftig in Kooperation mit anderen Organisationen durchzuführen. Im 2019 haben sich uns diesbezüglich in zwei Bereichen Möglichkeiten aufgetan. Zum einen haben wir in der Arbeitsgruppe Sterbehilfe im 2018 den Konsens der Gruppe im Sinne eines Katalogs von Fragen ausgearbeitet, denen nachzugehen wäre. Die Organisation des Symposiums, wo dies geschehen sollte, hat dann aber gezeigt, dass angefragte Panelistinnen und Panelisten nur unter Bedingungen zur Teilnahme bereit gewesen wären, die man als eine Art Non-Discussion-Agreement bezeichnen könnte: Die Versicherung, dass heikle Themen nicht angegangen werden. Wir haben deshalb entschieden, das Symposium nicht durchzuführen.

Ähnliches haben wir in der Causa «Choosing Wisely» erlebt. Wir haben auf unser Positionspapier so viele Rückmeldungen erhalten wie auf kein Papier zuvor. Schnell schien auch klar, dass unsere Kritikpunkte an Symposien zu diskutieren wären, zu deren Durchführung sich für Zürich und für Basel Kooperationen anboten. Dem folgten dann allerdings plötzliche Rückzüge und ein irritierendes Verstummen bei Nachfrage. Es scheint auch hier nicht



opportun zu sein, die Probleme kritisch zu diskutieren. Wir werden sehen, wie wir den Bereich Symposien weiter betreuen. Es kann aber für die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens nicht sein, dass Symposien nur abgehalten werden, wenn garantiert ist, dass heikle Punkte nicht diskutiert werden.

Ein weiteres unserer Positionspapiere im 2019 war jenes zur Widerspruchslösung in der Organspende. Die Volksinitiative «Organspende fördern – Leben retten» sieht eine Verfassungsänderung vor, welche auf dem Grundsatz der vermuteten Zustimmung beruht: Wenn keine Willensäusserung zur Organspende vorliegt, wird grundsätzlich von einer Zustimmung ausgegangen. Hier hat der Bundesrat einen heiklen Schritt getan, indem er einen Gegenvorschlag zur Initiative ausgearbeitet hat, damit diese nicht dem Stimmvolk zur Abstimmung vorgelegt wird. Der VEMS hält die Widerspruchslösung grundsätzlich für begrüssenswert. Wird allerdings in einer derart heiklen Frage über die Köpfe der Bürgerinnen und Bürger hinweg entschieden, so ist dies nicht nur ethisch problematisch. Es ist dann auch die Wahrscheinlichkeit gross, dass mit einer solcherart eingeführten Widerspruchslösung nicht mehr Organe gewonnen werden, sondern im Gegenteil vielleicht sogar weniger. Man kennt ein solches reaktantes Verhalten auch bei der Blutspende und hätte daraus seine Lehren ziehen können.

Generell stellen wir eine gewisse Tendenz fest, die Bürgerinnen und Bürger der Schweiz in Gesundheitsfragen zu bevormunden. Dies kann, muss aber nicht mit Absicht geschehen. In jedem Fall ist es ein Anzeichen für den Verlust des Glaubens daran, bei diesen Themen noch Bereitschaft zur Auseinandersetzung generieren zu können. Das Resultat sind generalisierende Sichtweisen, die dann über die Betrachtung der Einzelfälle gestülpt werden. Damit geht die eigentliche Sicht der Medizin verloren und folglich auch die Wertschätzung medizinischer Arbeit. Ein grosser Teil unseres Tagesgeschäfts bestand im 2019 deshalb darin, in einer aufwändigen Arbeit Journalistinnen und Journalisten, Autoren, Verbandspräsidenten und Verantwortliche anzuschreiben und uns kritisch mit ihnen über ihre Darstellungen der Sachverhalte auszutauschen. Dieser Austausch funktioniert auch erstaunlich gut und unkompliziert.

Wir haben im 2019 ein Format entwickelt, um ihn zu institutionalisieren: VEMSInsights. In diesem Newsletter greifen wir jeweils drei vermeintliche Wahrheiten auf, die einem Faktencheck nicht standhalten. In den ersten VEMSInsights haben wir etwa die Behauptung, rund jeder dritte Eingriff sei unnötig, dekonstruiert. Das BAG, auf welches sich die Autoren dabei berufen, schreibt uns, dass verschiedene Studien und Expertenschätzungen für die Schweiz vorlägen, «...die zum Schluss kommen, dass – würden die Effizienzreserven ausgeschöpft – die Leistungen zu Lasten der OKP durchschnittlich um rund 20 Prozent günstiger erbracht werden könnten.» Das BAG stellt klar: «In diesen Berichten wird von Effizienzreserven gesprochen, was die gesamten Ineffizienzen und nicht nur unnötige Behandlungen umfasst.» Und dass das Problem von Overhead unvergleichlich grösser ist als das von Overuse, zeigt das eingangs besprochene Beispiel der Wirtschaftlichkeitsverfahren, die mit einer 40-fachen Ineffizienz Ärztinnen und Ärzte beurteilen und damit eine Kaskade der weiteren Ineffizienz durch Administration und juristische Grabenkämpfe – und vor allem der der ineffizienten Behandlungen anstossen.

Mit der Stiftung Varifo haben wir im 2019 an einem ähnlichen Problem gearbeitet: Die generalisierenden Empfehlungen von Health Technology Assessments HTA können zu Behandlungsempfehlungen führen, die im Einzelfall kompletter Unsinn sind, weil sie Krankheiten, Tode und darüber hinaus auch hohe Gesundheitskosten verursachen. Und dies mit dem Ansinnen, die Ressourcen zu schonen, zu sparen. Um dies aufzuzeigen, haben wir ein besonders deutliches Beispiel analysiert, an welchem sich die ganze Palette manipulativer Möglichkeiten von HTA-Berichten aufzeigen lässt, wenn dabei mit dem QALY-Konzept gearbeitet wird (quality-adjusted life-year).

Gleich nach seiner Herausgabe, also bereits 2015, haben wir den HTA-Bericht des Swiss Medical Boards SMB zu Statinen in der Primärprävention kritisiert. Inzwischen haben wir die Fehler des Berichts systematisch analysiert und können sie strukturiert aufzeigen. Zugegeben wurden sie indes bereits 2015, und zwar vom Autor der Hochrechnung selbst: Prof. Stefan Felder. Zurückziehen will das SMB seinen falschen Bericht aber nicht.

Die Möglichkeiten der Manipulation auf der Nutzenseite sind: Erstens beobachtet man über einen Zeitraum, der so kurz gewählt ist, dass das Medikament seine Wirkung noch gar nicht richtig entfaltet hat. Zweitens rechnet man den Gewinn an Lebensqualität dieses Zeitraums additiv hoch anstatt multiplikativ (nur eine Verdopplung der QALY anstatt eine Vervielfachung). Drittens setzt man für den Todesfall willkürlich einen Wert ein, der extrem tief ist (CHF 8'500.-, nicht € 200'000.- wie eine vergleichbare Kalkulation aus DE).

Auch auf der Kostenseite bieten sich einige Möglichkeiten zur Manipulation, so etwa, dass mit den Preisen der Originalpräparate gerechnet wird, obwohl für alle gängigen Statine heute billige Generika auf dem Markt erhältlich sind und eine Statintherapie zu Tageskosten von rund 30 Rappen zu haben ist. Im Ergebnis führt dies im vorliegenden Bericht zu einer komplett verzerrten Darstellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, welches klinischer Wahrheit in keiner Weise entspricht: Statine sind in der Primärprävention kardiovaskulärer Krankheiten sehr effizient – insbesondere dort.

Die Zusammenarbeit zwischen dem VEMS und der Varifo hat sich in dieser Causa als äusserst fruchtbar erwiesen. Denn die Problematik des fraglichen HTA-Berichts ergibt sich aus dreierlei Erkenntnisquellen: Erstens die ökonomisch-mathematische Analyse der falschen Hochrechnung. Zweitens die Überprüfung der falschen Empfehlung auf ihre klinischen Effekte und deren volksgesundheitliche und volkswirtschaftliche Auswirkungen hin. Drittens die Analyse der Abläufe, die dazu geführt haben, dass dieser falsche Bericht operativ werden konnte, auf ihre ethische Problematik hin.

Letzteres hat auch rechtliche Implikationen: Wenn ein Gremium mit einer Behandlungsempfehlung, die medizinischer Wahrheit widerspricht, eine Verhinderung nötiger Therapien mit der Folge von Krankheit und Tod bewirkt, dann stellen sich Fragen der Haftung. Wir werden im 2020 also auch bezüglich HTA-Berichten, welche vorsätzlich die Patientensicherheit gefährden, rechtliche Schritte ins Auge fassen.

# Ein Engagement im Dienst des Gemeinwohls

Tätigkeitsbericht Fundraising, *Flavian Kurth*



Wenn Patientenschützer die Gefahr der Diskriminierung von Patientinnen und Patienten durch problematische Anreize unseres Gesundheitswesens, wie sie etwa in den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung gesetzt werden, nicht erkennen und die FMH unter Standespolitik eine Politik des Appeasements mit den Versicherern versteht, dann braucht es Gegenkräfte wie den Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS und die Vascular Risk Foundation Varifo. Beide Engagements werden getragen von der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen. Ihre Arbeit ist nur dank der grosszügigen Förderung durch private Gönner oder durch andere Stiftungen möglich, so etwa den Lotteriefonds Solothurn, der uns mehr als einmal unterstützt hat. Dafür an dieser Stelle herzlichen Dank.

Als kleine Stiftung müssen wir die Arbeit zum Generieren dieser Gelder, das Fundraising, nebenbei leisten, worunter es mitunter leidet. Wir haben dabei aber auch gemerkt, dass es sich als schwierig erweist, andere Stiftungen für unsere Sache zu gewinnen. Der direkte Patientennutzen

erscheint nicht ohne weiteres ersichtlich. Wenn wir etwa die Haltung der FMH in den WZW-Verfahren mit unserer Hartnäckigkeit in Richtung einer kritischeren gegenüber den Versicherern beeinflusst haben, dann kommt das letztlich den Patientinnen und Patienten zugute, doch sieht man dies erst auf den zweiten Blick. Gleiches gilt jüngst für problematische Health Technology Assessments HTA, die ganze Behandlungspfade umpflügen können – das Nachsehen haben wiederum die Patientinnen und Patienten.

Die Arbeit der Varifo und ihre in der Schweiz einmalige Expertise und solide Datengrundlage mit gegen 10'000 Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Risikoprofilen, ist hierzu unerlässlich. Von all diesen Patientinnen und Patienten ist jeweils ein Bild ihrer Arterien abgespeichert, das den konkreten Zustand der Arterienverkalkung dokumentiert. Dadurch ist es möglich, Empfehlungen daraufhin zu überprüfen, ob sie Patientinnen und Patienten, die ihre Arterienverkalkung eindeutig behandeln sollten, überhaupt als Risikofälle erkennen. Nur so ist der

Schritt von der spekulativen Hochrechnung unter einseitig ökonomischen Kriterien zurück zur verantwortungsvollen Behandlung einer funktionierenden Medizin möglich. Der Patientennutzen ist also konkret, doch nicht direkt ersichtlich.

Es wären weitere Beispiele aufzuzeigen, so etwa unser Engagement gegen patientendiskriminierende Praktiken in der Invalidenversicherung. Auch hier war die Fairfond mit dem VEMS die Vorreiterin einer Entwicklung zurück zu einer verantwortungsvollen Handhabung, wie sie jetzt Realpolitik ist.

Um den Zusammenhang zwischen den konkreten Patientennutzen und den Engagements der Fairfond besser aufzuzeigen, haben wir nun eine Kampagne entwickelt, die anhand von fünf gut nachvollziehbaren Problemen aus dem Gesundheitswesen auf die Wichtigkeit der Stiftung Fairfond hinweist.

Die Kampagne ist so aufgebaut, dass pro Sujet jeweils auf einen Eintrag auf [fairfond.ch](https://fairfond.ch) verwiesen wird, wo der Sachverhalt vertiefend behandelt wird. Die URLs zu diesen fünf Einträgen sind:

<https://fairfond.ch/versorgungssicherheit>  
<https://fairfond.ch/overhead>  
<https://fairfond.ch/lebenswert>  
<https://fairfond.ch/wirtschaftlichkeit>  
<https://fairfond.ch/anreize>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Bei Fragen steht Ihnen das Sekretariat gerne zur Verfügung:

[flavian.kurth@fairfond.ch](mailto:flavian.kurth@fairfond.ch)

Wer ist der nächste **unbehandelte Patient?**

Die Stiftung Fairfond durchleuchtet Abläufe, Instrumente und Strukturen unseres Gesundheitswesens daraufhin, ob sie Patientinnen und Patienten diskriminieren.

Unterstützen Sie die Arbeit der Stiftung Fairfond mit einer Donation oder einem Legat und gestalten Sie so ein faires, für alle bezahlbares Schweizer Gesundheitswesen mit: [www.fairfond.ch/versorgungssicherheit](https://www.fairfond.ch/versorgungssicherheit)

Fairfond

Sie können alle fünf Sujets in unserem Archiv herunterladen und per E-Mail verbreiten, um einen Beitrag dazu zu leisten, neue private Gönner für die Stiftung Fairfond zu gewinnen. Wählen Sie dazu folgende URL:

<https://docfind.ch/EngagementsFairfond.pdf>