

Die Behandlungskosten aus Versicherungssicht: zwischen Solidarität und Wirtschaftlichkeit

Vincent Brulhart,
 Professor an den Universitäten von
 Lausanne und Genf
 Chief Non-Life Officer, Generali (Schweiz)
 Holding SA.

I. Einleitung

A. Das wirtschaftliche Denken als Ursprung des Wirtschaftlichkeitskonzepts

Die Wirtschaftlichkeit ist ein Konzept, das aus den Wirtschaftswissenschaften stammt. Es zieht seine Berechtigung aus der Knappheit der Ressourcen, einer Situation, die auch im Versicherungsbe- reich gilt. Alle Entscheidungen, die unter Anwendung der Vergemeinschaftungs- modelle getroffen werden, enthalten einen wirtschaftlichen Aspekt (rationeller Umgang mit Ressourcen) und einen so- lidarischen Aspekt, auch wenn die beiden Aspekte sich je nach dem betref- fenden Versicherungsbereich (Sozial- versicherung oder Privatversicherung) unterschiedlich ausdrücken können. Was die Behandlungskosten angeht, muss der Wirtschaftlichkeit wegen auf ein angemessenes Kosten-Nutzen-

Verhältnis geachtet werden. Dies kann in bestimmten Fällen die Leistungen be- schränken. Also müssen noch die Ent- scheidungskriterien festgelegt werden. Wenn letztere an wirtschaftlichen Prin- zipien gemessen werden, ist man ge- zwungen, der Gesundheit oder dem menschlichen Leben im Allgemeinen einen wirtschaftlichen Wert zuzuweisen. In dieser Hinsicht hat die Versicherung zu einem Wandel des eigentlichen We- sens der Existenz in unseren modernen Gesellschaften beigetragen. Als ehe- mals «heiliges Gut» wies sie von nun an, wenn auch im Lauf einer allmählichen Progression, Eigenschaften anderer «*economic assets*» auf.

B. Wirtschaftlichkeit und Versicherung

1. Allgemeines

a. Die Versicherung ist ein wirtschaft- liches Phänomen ...

Die Versicherung ist in der Tat in erster Linie eine Konstruktion, die dafür ge- dacht ist, die *finanziellen Konsequenzen* schädigender Ereignisse zu kom- pensieren. Zu diesem Zweck sammelt sie innerhalb einer Solidargemein- schaft Beiträge von den Mitgliedern

einer Risikogemeinschaft ein, die aus Individuen besteht, die sich gemeinsam vor den wirtschaftlichen Folgen zufälliger Ereignisse schützen möchten. Wenn der Versicherer diese Institution für die Gemeinschaft der Versicherten verwaltet, nimmt die Gegenseitigkeit eine *indirekte Form* an: Die Menschen, aus denen die Gruppe besteht, kennen einander nicht und haben nur eine Beziehung zum Versicherer. Dem steht traditionell eine *direkte Vergemeinschaftung* gegenüber, in der die Individuen sich direkt zu einer gegenseitigen Hilfe verpflichten, die in einem Solidaritätswunsch begründet sein kann. Diese Form ist jedoch heutzutage nur noch selten anzutreffen. Die Entwicklung der Versicherung hat die Verbreitung der indirekten Vergemeinschaftung mit sich gebracht. Daher beauftragen die Mitglieder der Gemeinschaft nun den Versicherer mit der Verwaltung ihrer Interessen, womit dieser die Rolle eines Treuhänders übernimmt: Er verpflichtet sich, die Ressourcen auf möglichst rationelle Art zu verwalten. Mit anderen Worten: Man erwartet von ihm eben aufgrund seines Mandats eine wirtschaftliche Verwaltung. Daher

muss er die Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfüllen.

b. ... die auch auf solidarischen Werten beruht

Jedoch muss die Wirtschaftlichkeit je nach Kontext unterschiedlich berücksichtigt werden. Die Werteskala, die bei Versicherungen Anwendung findet, variiert auf einer Achse, die zwischen den Extremen *totale Solidarität* einerseits und *absolute wirtschaftliche Sparsamkeit* andererseits liegt. Die Entscheidung in jedem Einzelfall wird in den meisten Fällen eine solidarische und eine wirtschaftliche Komponente enthalten. Das Gewicht der Komponenten kann von der Art der entsprechenden Versicherung abhängen. Die Solidarität wird tendenziell bei Sozialversicherungen stärker berücksichtigt, während der wirtschaftliche Aspekt auf die Privatversicherungen einen stärkeren Einfluss ausüben kann. Die Abwägung hängt grundlegend davon ab, was die Mitglieder der Risikogemeinschaft von der entsprechenden Art der Versicherung erwarten, ob sich ihr Wille nun durch institutionelle (bei den Sozialversicherungen politische) Entscheidungen oder durch den Ab-

schluss eines Vertrags mit einem Privatversicherer ausdrückt. Wie dem auch sei, die Versicherung zwingt ihrem Wesen nach immer zu einer rationellen Verwaltung. Einerseits zielt sie darauf ab, die wirtschaftlichen Konsequenzen von Ereignissen auszugleichen, deren Eintreten man fürchtet, und zwar so, als wenn die Leistung in Naturalien geliefert würde, andererseits besteht gemessen an den Gesamtbedürfnissen ein Mangel an Ressourcen, da die Forderungen niemals alle erfüllt werden können. Diese Überlegung zwingt sich auch für die Sozialversicherungen auf. Gerade dort wird diese Frage übrigens am heftigsten diskutiert. Das ist verständlich: Die Entscheidungen in diesem Bereich haben manchmal beträchtliche finanzielle Folgen, während die Ressourcen begrenzt sind. Manchmal sind dabei sogar ethische Entscheidungen erforderlich, besonders wenn es um die Lebensbedingungen des Versicherten oder sogar um seine Existenz geht. Die Wirtschaftlichkeit neigt also dazu, im Widerspruch zum Ziel der Solidarität zu stehen.

2. Die soziale Krankenversicherung

Die Diskussion hat im Bereich der sozialen Krankenversicherung eine beson-

dere Wendung genommen. Hier stellte sich die Frage nach den Grenzen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Rein wirtschaftlich gesehen und in der Masse, wie der Begünstigte nicht kostenorientiert zahlt, besteht die Tendenz, dass er Leistungen so lange beansprucht, bis eine Sättigung eintritt. Dies kann zu Verschwendung führen. An der maximal möglichen Inanspruchnahme gemessen kommt aber auf der anderen Seite jede Reduzierung von Leistungen einer Art Rationierung gleich. In Wirklichkeit geht es nicht um Rationierung, sondern darum, eine Vergeudung von Ressourcen zu vermeiden und damit ihre effiziente Aufteilung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang hat das KVG drei Bewertungskriterien eingeführt: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Der letzte Aspekt, die Wirtschaftlichkeit, wird zuletzt analysiert, d. h. nach der Untersuchung, bei der Effizienz und Angemessenheit im Vordergrund stehen.

Die Wirksamkeit ermöglicht es, zu bestimmen, ob eine bestimmte Leistung insgesamt zur erwarteten Wirkung führt, was mithilfe wissenschaftlicher Methoden nachgewiesen werden muss («evi-

dence based medicine»). Dann stellt sich im Einzelfall die Frage, ob die Leistung *zweckmässig* ist, das heisst, ob die erhofften positiven Wirkungen die erwarteten negativen Nebenwirkungen übertreffen. Zum Schluss muss die Bedingung der *Wirtschaftlichkeit* untersucht werden, also der Beziehung zwischen Kosten und Wirkung.

Das Wissen, ob die Investitionen in einem vernünftigen Verhältnis zum Ergebnis stehen, wird zweifellos ermöglichen, die wirtschaftlichste Versorgungsmethode auszuwählen. In diesem Zusammenhang geht es vor allem darum, die Kriterien festzulegen, die den Vergleich zwischen verschiedenen Eingriffen ermöglichen, um denjenigen auszuwählen, der das günstigste Verhältnis bietet. Doch die Diskussion wird deutlich komplexer, wenn sich die Frage stellt, ob es eine endgültige Grenze gibt, über der kein Eingriff mehr wirtschaftlich gerechtfertigt ist. Dies führt letztlich zu der Frage, welcher Preis angesichts des menschlichen Lebens akzeptabel ist. Die Gesundheitsökonomie hat Faktoren entwickelt, die die Auswirkung einer Behandlung auf die Lebensdauer oder -qualität in wirtschaftlichen Begriffen

ausdrücken sollen («Quality Adjusted Life Years, QALY»), was die wirtschaftliche Bewertung der Existenz und einen Kosten-Nutzen-Vergleich in diesem Kontext ermöglichen würde.

Das Bundesgericht fällte 2010 ein Urteil im Bereich Krankenversicherung, in dem eine Reihe von Grundsätzen festgelegt wurde (BGE 136 V 395, das sogenannte «Myozyme»-Urteil). Unter Betrachtung des Wirtschaftlichkeitserfordernisses weist das Urteil zunächst darauf hin, dass bei Vorhandensein mehrerer Varianten die kostengünstigste Behandlung auszuwählen ist. Dies bedeutet aber noch nicht, so führt das Bundesgericht weiter aus, dass dort, wo nur eine einzige Behandlungsmethode denkbar ist, diese von vornherein als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter Anwendung allgemeiner Grundsätze für Verwaltungstätigkeiten ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Kosten und Ergebnis ein grobes Missverhältnis besteht. Die Frage der therapeutischen Wirksamkeit und die der Wirtschaftlichkeit können nicht komplett getrennt voneinander bewertet werden. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass die damit verbundenen Kosten

ohne weitere Prüfung eingegangen werden müssen, wenn das beabsichtigte Ergebnis mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird. Das Bundesgericht empfiehlt vielmehr, den therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Kosten zu beurteilen. Je höher der Nutzen, desto höher die Kosten, die gerechtfertigt sind. Die Kostenfrage kann nicht auf die Seite geschoben werden mit der blossen Behauptung, sie sei ethisch unzulässig, wenn es um die menschliche Gesundheit gehe. Eine Beurteilung dieser Frage ist vielmehr anhand der Auswirkungen einer Verallgemeinerung von Verfahren vorzunehmen. In dem Masse, wie der Grundsatz der Gleichbehandlung gilt, muss man sich die Frage stellen, ob die Gemeinschaft wirtschaftlich in der Lage wäre, die Gesamtkosten zu tragen, wenn eine Behandlung bei allen Personen durchgeführt würde, die vom selben Leiden betroffen sein könnten. In dem speziellen Fall zieht das Bundesgericht den Schluss, dass ein grobes Missverhältnis zwischen Kosten und Ergebnis vorliegt, insbesondere mit der Begründung, dass die Verallgemeinerung von Behandlungen der Allgemeinheit eine untragbare finanzielle Belastung aufbürden würde.

3. Die Privatversicherung

Die wirtschaftlichen Aspekte sind in diesem Bereich von Natur aus ausgeprägter. Dies beruht vor allem auf dem freiwilligen Wesen dieser Art von Versicherung. In diesem Fall liegt es beim Versicherungsnehmer, eine Abwägung zwischen den Kosten der Garantie und dem erwarteten Nutzen durchzuführen. Die Privatversicherung kommt dann in Betracht, wenn das Risiko für den Einzelnen wirtschaftlich untragbar ist, was vor allem von der Bewertung zweier Kriterien abhängt: von der Höhe des möglichen Schadens – die Vermögenssituation des Versicherten muss bei Eintritt des versicherten Risikos bedroht sein – und von der Wahrscheinlichkeit, dass dieses Ereignis eintritt, die hoch genug sein muss, um den Erwerb einer Garantie zu rechtfertigen. Mit anderen Worten: Die Versicherung ist das Ergebnis einer Bewertung bezüglich des Risikomanagements. Das entscheidende Kriterium ist in dieser Hinsicht vor allem wirtschaftlicher Natur. Die Wirtschaftlichkeit stellt also einen natürlichen Bestandteil der Privatversicherung dar.

II. Hat das menschliche Leben einen Preis?

A. Einige philosophische Konzepte

«Man muss durchaus seine Finger danach ausstrecken und den Versuch machen, diese erstaunliche Finesse zu fassen, dass der Wert des Lebens nicht abgeschätzt werden kann (...). Vonseiten eines Philosophen im Wert des Lebens ein Problem sehen, bleibt dergestalt sogar ein Einwurf gegen ihn, ein Fragezeichen an seiner Weisheit, eine Unweisheit.» Während **Nietzsche** jede Art der Beurteilung des Lebens verabscheut, gibt es andere Denker, die die Frage auf differenziertere Weise angegangen sind. Unter den grossen Autoren kann man **Kant** oder **Schopenhauer** anführen, die ein Konzept entwickelt haben, das bald auf einer objektiven Annäherung, bald auf einer eher subjektiven Sichtweise beruht. **Kant** unterscheidet einen relativen und einen inneren Wert, er setzt das, was einen Preis hat, dem gegenüber, was eine Würde hat. Das menschliche Leben besitzt eine Würde, die jedem vernünftigen Wesen eigen ist, und kann in dieser Hinsicht nicht bewertet werden. Jedoch unterscheidet Kant zwischen verschiedenen Arten von Werten

des Lebens und gesteht ein, dass die Beurteilungen dieser je nach dem betreffenden Wert eine unterschiedliche Tragweite haben können (relativer, absoluter Wert, Nutzenwert etc.). **Schopenhauer** wiederum lehnt jede objektive Kenntnis des Werts des Lebens ab und gründet seine Überlegungen auf dem «Willen zum Leben», einer spontanen Kraft, die jedem Individuum innewohnt, deren Intensität sich jedoch verändern und immer schwächer werden oder sogar ganz verschwinden kann, insbesondere in Situationen grossen Leidens. Somit hängt der «Wille zum Leben» nicht von der Kenntnis des Lebens und seines Wertes ab.

Zweifellos wurde diese Frage lange mit moralischen Konzepten getränkt, die selbst von bestimmten historischen Ereignissen der letzten Jahrzehnte beeinflusst waren. Wie **M. Gaille** unterstreicht, hat die Politik der Naziregierung, die vor und während des Zweiten Weltkriegs die Idee vertrat, dass bestimmtes Leben nicht lebenswert sei, eine dauerhafte Ablehnung jeder Überlegung bezüglich des Werts der Existenz hervorgerufen. Als die Individuen die Möglichkeit erhielten, ihre Lebensentscheidungen frei

zu treffen und umzusetzen, hat sich diese Situation weiterentwickelt. Schliesslich hat die spektakuläre Entwicklung der Medizintechnik ab Mitte des letzten Jahrhunderts – besonders der Geräte, die eine Verlängerung der menschlichen Existenz ermöglichen, dies jedoch manchmal zum Preis schwerer Einschränkungen oder starker Abhängigkeit – die Wichtigkeit der Frage neu aufgezeigt und ihr neue Aktualität verliehen. Somit ist der «statistische Wert des Lebens» aufgetaucht, dessen Besonderheit darin besteht, dass er neben seiner Rolle in der Versicherungsmathematik zur Bewertung der Fortsetzung einer medizinischen Behandlung dient. Zu den Methoden, die eine Bewertung ermöglichen, gehört die der QALY-Punkte, auf die sich das Bundesgericht in oben zitiertem Urteil beruft.

B. Die QALY-Methode

Im Gesundheitswesen gibt es seit den 1970er-Jahren ein Bezugssystem, das als QALY (*quality adjusted life year*) bekannt ist und dazu dient, den Wert eines zusätzlichen Lebensjahres bei guter Gesundheit zu ermitteln.

QALY verwendet das Kriterium eines Jahres Lebenserwartung bei guter Gesund-

heit, das wertvoller sein soll als ein Jahr Lebenserwartung bei schlechter Gesundheit. Was den Wert des Lebens bei schlechter Gesundheit angeht, so hängt dieser wiederum vom betreffenden Gesundheitszustand ab. Je schlechter dieser ist, desto geringer ist sein Wert. Wenn der Tod einem Wert von null entspricht, ist es theoretisch möglich, ihn als höherwertig als einen Lebenszeitraum bei (sehr) schlechter Gesundheit zu betrachten. Die Behandlungsmassnahmen müssen also zu einer Verbesserung entweder der Lebensdauer (Erhöhung der Anzahl der Jahre der Lebenserwartung) oder der Qualität während eines bestimmten Zeitraums führen. Beide Faktoren können kombiniert werden, d. h. ein zusätzliches Jahr Lebenserwartung besitzt je nach Gesundheitszustand einen unterschiedlichen Wert (Gewichtung der Dauer und der Qualität), und das Ergebnis wird in QALY-Punkten gemessen. Die Rechtfertigung einer Investition in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis hängt also von der Anzahl der QALY ab, die man für bestimmte Kosten erhält. Das System beruht auf der Hypothese, dass die Individuen ein kürzeres Leben bei guter Gesundheit einer längeren Existenz in

einem von starker Unannehmlichkeit oder von Krankheit geprägten Zustand vorziehen würden. Genau dieses Konzept gibt den QALY ihre moralische Rechtfertigung, indem es eine Verbindung zu den entgegengesetzten individuellen Vorlieben herstellt.

Das QALY-Bezugssystem ist jedoch auf grosse Kritik gestossen, vor allem wissenschaftlicher und ethischer Art.

Aus *wissenschaftlicher* Sicht wurde zunächst daran erinnert, dass die Daten meist nicht zur Verfügung stehen, wenn es darum geht, zu diskutieren, ob eine neue Behandlung gerechtfertigt ist. Es wurden auch zahlreiche statistische Einwände angebracht (Qualität, Zahl und Zuverlässigkeit der Daten). Ausserdem werden rein finanzielle Aspekte nicht berücksichtigt: Es ist somit möglich, dass eine teure Behandlung wirtschaftlich zulässig ist, weil sie nur einen sehr kleinen Teil der Bevölkerung betrifft, während eine günstige Behandlungsmethode beträchtliche Kosten verursachen würde, da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer grossen Zahl von Personen angewendet würde. Aus ethischer Sicht wird dem System insbesondere vorgeworfen, dass es von Anfang

an die Patienten diskriminiere, die von vornherein am schlechtesten dran seien, während diejenigen, deren Zustand eine schnelle und deutliche Verbesserung erwarten lasse, von der Methode bevorzugt würden. Dieselbe kritische Reflexion gilt auch für die Benachteiligung älterer Personen oder derjenigen, die an seltenen Krankheiten leiden. Gleichzeitig ermöglicht sie keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen (ist der Wert einer Lebenserwartung von zehn Jahren für ein Kind oder für einen Erwachsenen in den besten Jahren gleich?). Schliesslich sind manche der Meinung, der Parameter des Überlebens werde nicht ausreichend berücksichtigt (diese meinen, man könne den Tod nicht dem Leben, unabhängig von seiner Qualität, vorziehen).

Mit **V. Junod** und **J.-B. Wasserfallen** kann man nur feststellen, dass diese Diskussionen im Grunde zeigen, dass die Grenze, jenseits derer eine Behandlung aus wirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt ist, willkürlich bleibt, «da sie das Ergebnis einer politischen, sozialen und / oder ethischen Entscheidung und nicht einer mathematischen Berechnung ist». Manche würden es vorziehen, die Diskussion auf die Notwendigkeit zu konzentrieren,

das Gesundheitsbudget auf Kosten anderer staatlicher Ausgaben zu erhöhen.

QALY wird sowohl auf kollektiver als auch auf individueller Ebene angewendet. Dieses System, das ursprünglich entwickelt wurde, um Entscheidungen in der kollektiven Gesundheitspolitik zu unterstützen, dient ebenfalls als Referenz zur Entscheidung in Einzelfällen. Der Myozyme-Entscheid zeugt davon. Es besteht kein Zweifel, dass QALY bei ähnlichen Voraussetzungen Antwortelemente liefert, auch wenn diese unvollkommen bleiben. Jedoch wird man aus menschlicher Sicht immer dem Problem der Ressourcenknappheit gegenüberstehen, auch wenn eine Entscheidung auf individueller Ebene getroffen werden soll. Diese Kontroverse betrifft auch den Arzt, der sich vor einer Entscheidung zwischen zwei Varianten wiederfinden kann, bei der seine Rolle in der Verteidigung der Interessen eines bestimmten Patienten seiner kollektiven Verantwortung gegenüber dem Gesundheitswesen gegenüberstehen kann.

Wie dem auch sei, die grundlegende Frage, die sich immer stellt, ist, welche Interessen geopfert werden können

und / oder müssen, um diejenigen abzusichern, die man schützen möchte. Mit anderen Worten: Bei der Diskussion geht es insbesondere im Hinblick auf diese Beschränkungen um Solidarität.

III. Perspektiven

Die Frage, die uns beschäftigt, muss unterschiedlich angegangen werden, je nachdem, ob man sie aus der Perspektive der Politik der öffentlichen Gesundheit oder vom Bett des Einzelnen aus stellt. Die Aufteilung der Ressourcen auf globaler Ebene stellt nicht direkt das Schicksal einer ganz bestimmten Person infrage. Das Anwenden wirtschaftlicher Kriterien bereitet dabei also selten Probleme. Ausserdem sind diese Kriterien für jede Art von finanzieller Überlegung unabdingbar. Das Gewicht, das einem bestimmten Ausgabenposten gegeben wird, drückt den Wert aus, der bestimmten gesellschaftlichen Idealen zugesprochen wird.

Im Bereich der individuellen Entscheidungen sieht es dagegen anders aus. Genau darin liegt übrigens die Schwierigkeit für einen Arzt, der oft mit dem Dilemma konfrontiert ist, dass, wie **Suzanne Rameix** schreibt, die kollektive

Ethik der Ethik am «Bett des Kranken» gegenübersteht. In letzterem Fall wird bei den Entscheidungen oft ein pragmatischer Weg eingeschlagen. Darin sollte man keinen Ausdruck des Versagens sehen. Der Pragmatismus ist in Wirklichkeit eine richtige Philosophie, die neben den apriorischen Prinzipien die Realität der Welt und ihren Pluralismus in der Verwaltung der Interessen berücksichtigt. Das Wahre ist nützlich und alles, was nützlich ist, ist wahr. Diese Sichtweise lehnt die Vorstellung einer reinen und absoluten Wahrheit ab. Letztlich handelt es sich dabei weniger um eine Doktrin als um eine Methode, die es ermöglicht, mit metaphysischen Problemen umzugehen. Um es mit dem Philosophen **Georges Cantecor** auszudrücken: Der Pragmatismus stellt «einen Protest des Lebens, des handelnden und sich weiterentwickelnden Denkens gegen das vorgefertigte Denken in festen Formeln» dar. Die Fragen werden aus Sicht des Menschen und nicht eines Absoluten geklärt.

Mit anderen Worten: Man muss zwischen den Entscheidungen der Sozialpolitik und zwischen individuellen Entscheidungen unterscheiden. Dabei geht

es gewissermassen um die Gegenüberstellung von Idealismus und Realismus. Die Ideale finden im Bereich der allgemeinen Politik sicher mehr Platz. Soweit das Schicksal der Einzelnen auf abstrakte (idealisierte) Weise berücksichtigt wird, neigt man zu einer Art Gemeinwohl gebildet aus einem Durchschnitt der individuellen Interessen. Das sieht anders aus, wenn die Fragen direkt das Schicksal bestimmter Personen betreffen. Dann sind die Folgen fassbar und erinnern, bisweilen auf brutale Weise, daran, dass Ideale abstrakte Konzepte sind, die auf Prinzipien beruhen, die die einzelnen Interessen in den Hintergrund schieben. Es stimmt, dass, wenn jede Situation für sich genommen nach ihren eigenen Kriterien analysiert wird, kaum mehr Prinzipien möglich sind, worunter die Vorhersehbarkeit leidet. Das Ganze beruht also auf einem empfindlichen Gleichgewicht, und die individuellen Einschätzungen dürfen es nicht gefährden. Mit anderen Worten: Sie müssen von allgemeinen Grundsätzen geleitet sein und normalerweise deren Umsetzung in Tatsachen bedeuten, ohne jedoch zu starke Abweichungen ausser Acht zu lassen, die nicht mehr ausschliesslich nach allgemeinen Regeln beurteilt wer-

den können. Dies erfordert die Berücksichtigung verschiedenster Werte, die sowohl aus dem Bereich der Wirtschaftlichkeit wie aus dem der Moral stammen können. Was das Rechtswesen angeht, so kann es insbesondere durch das Prinzip der Gleichbehandlung dazu beitragen, die Diskussion zu beschränken.

Die geplante Einführung eines nationalen Zentrums für die Qualität in der Krankenpflichtversicherung passt in diese Logik. Diese Institution würde zweierlei Ziele verfolgen: einerseits Leistungen zu erbringen, die die Qualität und Angemessenheit der Leistungen garantieren sollen, und andererseits neue medizinische Technologien zu bewerten, Verhältnisse zwischen Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer therapeutischer Ansätze zu erarbeiten, indem sie eine nationale Plattform mit der Bezeichnung «Health Technology Assessment (HTA)» einrichtet, die sich in dieser Hinsicht von dem inspirieren lässt, was es in diesem Bereich in einigen Nachbarstaaten bereits gibt. Ein Beratungsprozess zu diesem Punkt ist gerade im Gange.

Nachtrag

Dieser Text stellt die überarbeitete Fassung eines Vortrags dar, der am 23. Juni 2014 bei der UVG-Tagung 2014 des Schweizerischen Versicherungsverbands gehalten wurde. Ich danke Herrn Julien Jaccard (MLaw), Diplomassistent an der juristischen Fakultät von Lausanne, für seine Unterstützung bei der Ausarbeitung dieses Texts.

Die reichhaltige Bibliografie kann beim Autor bezogen werden. Ein längerer Aufsatz zum Thema kann zudem im HAVE vom Dezember 2014 nachgelesen werden; dort sind sowohl die gesamte Bibliografie wie auch alle Fussnoten abgedruckt.