



Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK)

Antrag auf Kostenübernahme durch die obligatorische Kranken- pflegeversicherung (OKP)

betreffend der Leistung:

Ärztliche Phytotherapie

eingereicht von:

SMGP Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytothera- pie

an das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**z.Hd. der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen
und Grundsatzfragen (ELGK) und des Eidg. Departements des In-
nern (EDI)**

April 2010, ergänzt im Juni 2010

***Zum Anwendungsbereich des Antragsformulars beachten Sie bitte die Ausführungen im Kapi-
tel "Antragsprozess" im "Handbuch zur Antragstellung auf Kostenübernahme bei neuen oder
umstrittenen Leistungen"***

Modul 1: Antragstellende, Leistung, Zusammenfassung

1.1. Antragstellende / Experten	
Antragsteller/in: Institution / Organisation / Firma Name, Vorname Postadresse Telefon, Telefax, Erreichbarkeit E-Mail	SMGP (Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie) Geschäftsstelle Prof. Dr. Beat Meier Abt. Biotechnologie Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Life Sciences und Facility Management Gruental, Postfach CH-8829 Wädenswil Phone: +41 58 934 5806 Fax: +41 58 934 5995 E-Mail: beat.meier@zhaw.ch
Verfasser/in des Antrags: Institution / Organisation / Firma Name, Vorname Postadresse Telefon, Telefax, Erreichbarkeit E-Mail	Felix Iten und Prof Dr. Reinhard Saller Institut für Naturheilkunde des UniversitätsSpitals Zürich Rämistrasse 100, 8091 Zürich Telefon: 044 255 24 60 (Sekretariat) Telefax: 044 255 43 94 E-Mail: felix.iten@usz.ch
Klinische/r Experte/in: Institution / Organisation / Firma Name, Vorname Postadresse Telefon, Telefax, Erreichbarkeit E-Mail Interessenkonflikte (→Formular ausfüllen)	Prof. Dr. med. Reinhard Saller Institut für Naturheilkunde, UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich Telefon: 044 255 24 60 (Sekretariat) Telefax: 044 255 43 94 E-Mail: reinhard.saller@usz.ch <div style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Beilage Nr. 6</div>
Ökonomische/r Experte/in (optional): Institution / Organisation / Firma Name, Vorname Postadresse Telefon, Telefax, Erreichbarkeit E-Mail Interessenkonflikte (→Formular ausfüllen)	Dr. oec. Hans-Peter Studer Gesundheitsökonom Rickstrasse 31 9037 Speicherschwendi Telefon: 071 344 38 37 Telefax: 071 344 38 40 E-Mail: hpstuder@swissonline.ch Formular siehe Beilage. <div style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Beilage Nr. 9</div>

1.2. Neue Leistung / Komparator

Kurze Beschreibung der neuen Leistung (was wird wie von wem gemacht):

Bei der neuen Leistung, die in die Grundversicherung aufgenommen werden soll, handelt es sich um das medizinische Verfahren der ärztlichen Phytotherapie. Die neue Leistung wird von Ärzten mit einer Zusatzausbildung in Phytotherapie ausgeübt und beinhaltet in erster Linie eine differenzierte phytotherapeutische Beratung und Behandlung von Patienten. Die Leistung kann präventiver, therapeutischer, rehabilitativer oder palliativer Natur sein.

Bemerkung:

Im Rahmen einer integrativen Medizin soll die Phytotherapie als Brücke zur Komplementärmedizin gestärkt werden. Obwohl die Behandlung mit pflanzlichen Arzneimitteln keinerlei Restriktionen unterliegt, kann die Schaffung einer eigenständigen Leistung die Motivation, sich in diesem Bereich fort- und weiterzubilden, erhöhen und infolgedessen die Qualität verbessern. Die Phytotherapie als eigenständige ärztliche Leistung muss wie andere komplementärmedizinische Verfahren eine eigene Leistungsziffer erhalten.

Leistungen, welche durch die neue Leistung ersetzt werden sollen = „Komparator“ (für präventivmedizinische Leistungen beachten Sie bitte die → Erläuterungen):

Komparator(en) sind Hausärzte ohne Zusatzausbildung in Phytotherapie.

Eine strikte Trennung zwischen der neuen Leistung und dem Komparator ist auf der Ebene der Leistungserbringer nur bedingt möglich, da Schulmediziner mit einer Zusatzausbildung in Phytotherapie der vorliegenden Situation entsprechend sowohl schulmedizinische als auch phytotherapeutische Leistungen erbringen können.

Die Tarmed-Punkte sollen neue Leistungsziffern und die Zusatzbezeichnung Phytotherapie erhalten. Der zeitliche Raster und die Tarife werden unverändert übernommen.

TARMED 00.1870: Phytotherapie durch Facharzt, Konsultationen durch Facharzt (Bestandteil von „Allgemeine Grundleistungen“) und in Analogie dazu:

00.1880 Telefonische, komplementärmedizinische Konsultationen durch den Facharzt, erste 5 Min. / 00.1890: jede weiteren 5 Min. / 00.1900: letzte 5 Min.

1.3. Terminologie

Beantragter Eintrag bzw. beantragte Anpassung von KLV oder von Anhang 1 KLV

Deutsch

Gemäss Artikel 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Verbindung mit Artikel 33 Buchstaben a und c der Krankenversicherungsverordnung (KVV) wird der Antrag gestellt, es sei im Anhang 1 der KLV unter 10. Komplementärmedizin, die Phytotherapie wie folgt als definitive Pflichtleistung zu anerkennen:

Phytotherapie Leistungspflicht: Ja

Voraussetzungen: Erbringung der Leistung durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in Phytotherapie durch die UNION komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen anerkannt ist.

Gültig ab 1.1.2011

Französisch

Formulation précise de la proposition avec conditions préalables

Conformément à l'article 1 de l'ordonnance sur les prestations médicales, en rapport avec l'article 33 lettre a et c de la LAMal, la proposition suivante, de reconnaître dans l'Annexe 1 de la LAMal sous chiffre 10 la Phytothérapie comme prestation définitive comme suit:

Phytothérapie obligation de rembourser: Oui

Conditions: médecins dont la formation complémentaire dans cette discipline est reconnue par l'UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire

Valable à partir du 1.1.2011

Italienisch

Formulazione esatta della proposta incluse le premesse delle prestazioni

Secondo l'articolo 1 della prescrizione delle cure e delle prestazioni (KLV) in connessione con l'articolo 33 lettera a e c della prescrizione dell'assicurazione malattia viene fatta la proposta di riconoscere sotto l'annesso 1 della prescrizione delle cure e delle prestazioni (KLV) la Fitoterapia come prestazione obbligatoria come segue:

Fitoterapia prestazione obbligatoria: Si

Premessa (o presupposto): praticata solo da medici la cui formazione è disciplinata dalla UNIONE delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare

Valevole dall'1.1.2011

1.4. Zulassung

Falls die Leistung Elemente enthält (Implantate, biologische Materialien, Verfahren, etc.), für welche eine Zulassung erforderlich ist: Aktuelle Zulassung in der Schweiz, mit Belegen:

Die neue Leistung enthält mit Ausnahme der Arzneimittel (SL & ALT), die hier nicht zur Diskussion stehen, keine weiteren Elemente.

Ausbildungsstatus in anderen Ländern:

Die **Hochschule Fresenius**, eine staatlich anerkannte private Hochschule in Deutschland und Österreich, bietet eine Masterstudiengang in Naturheilkunde und Komplementärmedizin an. Der Studiengang richtet sich an approbierte Ärzte, dauert 4 Semester und hat einen Umfang von 60 ECTS. Wie der Titel der Ausbildung schon verrät, stehen nicht einzelne Therapierichtungen (z.B. Phytotherapie) im Fokus der Ausbildung, sondern ein vertiefter Einblick in das ganzheitlich-naturheilkundliche Verständnis und in die Pluralität der Richtungen und Verfahren.

URL: <http://www.hs-fresenius.de/naturheilkunde-master-berufsbegleitend.2008.html>

An der **Europa-Universität Viadrina** in Frankfurt an der Oder wird seit Herbst 2008 ein als Weiterbildung konzipierter Masterstudiengang für Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten angeboten (Komplementäre Medizin & Heilkunde), der 4 Semester dauert. Leitbild des Studienganges ist das Konzept einer integrativen Medizin. Das Studium wird nicht als Konkurrenz zur Schulmedizin verstanden, sondern als notwendige Ergänzung medizinischer Fragestellungen und Verfahren durch die Orientierung an einem ganzheitlichen Menschenbild.

URL: http://www.euv-frankfurt-o.de/de/forschung/institut/institut_intrag/studium/postgraduierter/Studium/Inhalte/index.html

Die staatliche Universität für Weiterbildung **Donau-Universität in Krems (A)** bietet für Mediziner einen Master of Science in Natural Medicine an. Die Ausbildung dauert 3 Semester und ist mit 60 ECTS dotiert. Der Lehrgang vermittelt praxisrelevantes Wissen der Erfahrungsheilkunde, zu dem unter anderem die Phytotherapie zählt, in effizienter Verbindung zur Schulmedizin. Veranstalter ist das Departement für Klinische Medizin und Biotechnologie.

URL: <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/naturalmedicine/index.php>

Beilage Nr.

Zulassungsstatus in anderen Ländern (EU, USA, ev. Kanada, Australien, etc.):

Innerhalb der EU sind pflanzliche Spezialitäten teilweise als Arzneimittel, teilweise als Supplemente im Handel, letzteres ist derzeit noch in den USA der Fall. Vor allem in den USA wird derzeit versucht, einen mit europäischen pflanzlichen Arzneimitteln vergleichbaren Standard und Status zu etablieren.

Innerhalb der EU sind nationale und europäische Zulassungen (EMA, HMPC) für Phytotherapeutika als Arzneimittel möglich.

1.5. Finanzierung

Finanzierung der Leistung in den Nachbarländern, ev. weiteren in Europa (UK, NL, Skandinavien), ev. USA, Kanada, Australien:

In den deutschsprachigen Ländern bestehen unterschiedliche sozialmedizinische Vorgaben für die Erstattung von pflanzlichen Arzneimitteln und phytotherapeutischen Vorgehensweisen im Rahmen einer obligatorischen Krankenversicherung bzw. Grundversicherung.

In Deutschland werden pflanzliche Arzneimittel für Kinder und Jugendliche (18. Lebensjahr) von der Grundversicherung übernommen. Ausgewählte pflanzliche Arzneimittel werden indikationsspezifisch auch bei erwachsenen Patienten über die Grundversicherung bezahlt (z.B. Palliativ- und Supportivmedizin). Voraussetzung ist jeweils eine ärztliche Verordnung.

Zudem besteht in Deutschland die gesetzlich garantierte Möglichkeit, dass Krankenversicherungen darüber hinaus weitere pflanzliche Arzneimittel und phytotherapeutische Vorgehensweisen, z.B. aufgrund regionaler Verträge und Vereinbarungen, in die Vergütung übernehmen. Von dieser Möglichkeit wird in steigendem Masse Gebrauch gemacht. Auch hier ist eine ärztliche Verordnung Voraussetzung der Kostenübernahme.

Die Abrechnungssysteme der Schweiz (Tarmed) und Deutschlands sind derzeit nicht vergleichbar. Darunter fällt auch die Verordnung von Phytotherapeutika zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (vergleichbar der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz, OKP) im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Derzeit ist jeder Praxis ein jährlich anzupassendes Regelleistungsvolumen (RLV) zugeteilt. Dieses ergibt sich als Multiplikation der Anzahl der Patienten (die Anzahl der Patienten ergibt sich aus den Praxisdaten des jeweiligen Vorjahrs) mit dem von den kassenärztlichen Vereinigungen vorgegebenen Fallwert. Hinzu kommt ein variabler Gewichtungsfaktor Alter. In diesen Fallwert sind nahezu alle anfallenden ärztlichen Leistungen eingeschlossen. Ein Extrabudget existiert für kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Zu Beginn 2010 betrug der RLV-Wert für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin 28.68 € pro Quartal, für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie 68.36 € und mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie 35.92 €. Im Gegensatz zur Situation in der Schweiz ist eine Einzelfallabrechnung derzeit nicht vorgesehen.

In einer Reihe von EU-Ländern werden pflanzliche Arzneimittel bzw. entsprechende Produkte derzeit nicht von obligatorischen Krankenversicherungen übernommen. Allerdings ist in diesen Ländern teilweise der Status von Krankenversicherungen und deren Leistungsumfang im Fluss, so dass derzeit keine zuverlässigen Prognosen allfälliger künftiger Finanzierungen abgegeben werden können.

1.6. Zusammenfassung (in Englisch)

Zusammenfassung des Antrags in englischer Sprache (maximal zwei Seiten):

Motion for the admission of phytotherapy provided by general practitioners to the list of benefits of the mandatory Swiss health insurance

The motion at issue concerns the admission of phytotherapy provided by general practitioners to the list of benefits of the mandatory Swiss health insurance (OKP). Although the philosophy of herbal medicine is based upon science as is conventional medicine, the relationship between the two is strained. On the one hand, there are approved herbal drugs and pharmaceuticals which may be prescribed by physicians, on the other hand, the continuing medical education in herbal medicine provided by the SMGP/UNION is not yet accredited by the FMH, although the requirements of the FMH are satisfied. A new motion for admission has been applied by the SMGP in February 2010. On May 17th 2009, Swiss people decided by a popular vote, that complementary medicine should be integrated into basic medical education. Considering the people's decision and the scientific evidence concerning the efficacy, effectiveness und safety of herbal medicine, it would be consistent to incorporate the application of herbal medicine by accredited practitioners into the mandatory Swiss health insurance.

At the time, the economical aspects of herbal medicine are most controversially disputed. The motion at hand includes only studies on efficacy and effectiveness with a special emphasis on cost-benefit outcome. Indication related results of these studies show that herbal medicine is reasonably priced and potentially cost-saving. Although all these studies were done abroad, their results are also valid for Switzerland. Data provided by Santésuisse for the years 2000 to 2008 give evidence that phytotherapy provided by general practitioners is cost-saving when compared to conventional therapy provided by general practitioners. An issue not yet sufficiently addressed is the simultaneous utilisation of both forms of therapy by the patient. There is strong evidence that simultaneous usage seems not to be the rule. At start of therapy, the most bothersome symptom of patients with non life threatening diseases was more severe in patients choosing phytotherapy compared to conventionally treated patients. Nonetheless, the patients' expectations concerning the outcome of their phytotherapy were satisfied, some were even more satisfied than conventionally treated patients. However, concomitant usage of both therapies may result in an increased benefit by synergistic interactions. Therefore, despite preliminarily higher costs, integrative medicine may produce a positive cost-benefit-ratio in the long run.

Summary ☒ Beilage Nr. 5

Wir verweisen an dieser Stelle zusätzlich auf die Zusammenfassung «Zu Sinn und Notwendigkeit Integrativer Medizin und Integrativer Evaluation der Komplementärmedizin», die allgemeine Aspekte der Beurteilung Komplementärmedizinischer Methoden beleuchtet. Sie gelten auch für die Phytotherapie, wobei in diesem Fall der Wirksamkeitsnachweis zumindest für eine Reihe von Therapien auch mit randomisierten Studien (RCT) erbracht werden kann.

Integrative Medizin ☒ Beilage Nr. 7

Modul 2: Indikation(en) und Mengengerüst

2.1. Epidemiologie / Behandlungsbedarf / aktuelles Management
Beschreibung der Erkrankung: Grundsätzlich kommen Erkrankungen aus allen Indikationsgruppen in Frage. <ul style="list-style-type: none">• Natürlicher Verlauf der unbehandelten Krankheit -• Inzidenz / Prävalenz in der Schweiz (generell und gegebenenfalls in Ziel-/Risiko- gruppe(n)) -• Krankheitslast unter Berücksichtigung der Morbidität, Mortalität, Behinderung und (optional) Arbeitsunfähigkeit -
Beschreibung des präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Vergleichsverfahrens zur beantragten Leistung, das heisst, der heutigen Prävention, Diagnostik oder Behandlung der Krankheit („Komparator“): Ärztliche Phytotherapie durch Ärzte mit und ohne Zusatzausbildung in Phytotherapie.
2.2. Indikation und Zielbevölkerung / Indikationsstellung
Indikation(en) und Zielgruppe(n) für die heutige Prävention, Diagnostik / Behandlung ("Komparator"): Der Komparator ist indikationsunabhängig.
Vorgeschlagene Indikation(en) und Zielgruppe(n) für die neue Leistung: Die neue Leistung ist indikationsunabhängig.
Besondere Aspekte in Zusammenhang mit der Indikationsstellung (z.B. first-line – second-line-Diagnostik bzw. -Therapie, Komorbidität, besondere Gruppen der Bevölkerung, Zugänglichkeit):
2.3. Anwendungsgebiet bei indikationsunabhängigen Leistungen (anstelle von 2.1. und 2.2. auszufüllen)
Anwendungsgebiet / hauptsächliche Anwendungsgebiete der neuen Leistung: <ul style="list-style-type: none">• Kurze Beschreibung des Anwendungsgebietes / der Anwendungsgebiete der neuen Leistung: Die Behandlung mit pflanzlichen Arzneimitteln ist für alle Bevölkerungsgruppen (soziale Schichten, Altersgruppen und Geschlechter) geeignet. Grundsätzlich kommen alle Indikationsgruppen in Frage. Schwerpunkte bilden im Allgemeinen chronische Erkrankungen und funktionelle Störungen sowie begleitende und ergänzende Therapien zu schulmedizinischen Behandlungen.

- **Aktuelle Praxis (in Abwesenheit der neuen Leistung) im Anwendungsgebiet der neuen Leistung:**

Es stehen wirksame, sichere und kostengünstige pflanzliche Arzneimittel zur Verfügung, die individuell verordnet und abgerechnet werden können (SL & ALT). Viele Patienten würden gerne mehr erfahren über die vorhandenen therapeutischen Optionen. Es fehlt derzeit jedoch am phytotherapeutischen Know-how der Ärzte, um ihre Patienten beraten und diese Mittel adäquat einsetzen zu können. Es besteht jedoch die Möglichkeit, sich als Arzt im Rahmen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung die erforderlichen Kenntnisse der Phytotherapie anzueignen. Die Ausbildung soll in naher Zukunft von der FMH anerkannt werden. Vor diesem Hintergrund stellt die Aufnahme der ärztlichen Phytotherapie in die Grundversicherung die logische Konsequenz einer sich abzeichnenden Entwicklung dar.

(Literatur zur Qualität der Forschung und Wirksamkeit im Vergleich zum Komparator: Nartey et al. Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine. J Clin Epidemiol. 2007(8):787-94)

Gesundheitsbefragung: Gemäss den Gesundheitsbefragungen von 1997, 2002 und 2007 betrug der durchschnittliche Prozentsatz der Bevölkerung, die sich mit pflanzlichen Arzneimitteln behandeln liessen, 2.7%.

- **Grund / Gründe für die Anwendung der neuen Leistung:**

1) Mit der Aufnahme der ärztlichen Phytotherapie in die Grundversicherung würden die pflanzlichen Arzneimittel und das damit verbundene Wissen und Können (Ausbildung) an Ansehen gewinnen und bei therapeutischen Entscheidungsprozessen vermehrt berücksichtigt werden. Da die ärztliche Phytotherapie ein wirksames, sicheres und kostengünstiges therapeutisches Verfahren darstellt, das den wissenschaftlichen Vergleich mit der Schulmedizin nicht scheuen muss, soll das Verfahren in die Grundversicherung aufgenommen werden.

2) Pflanzliche Arzneimittel sind stets Vielstoffgemische. Auch Pflanzenteile oder spezielle Zubereitungen einzelner Arzneipflanzen sind Vielstoffgemische. Das therapeutische Potential solcher Vielstoffgemische ist in der Regel wesentlich grösser als das einer Monosubstanz oder eines Kombinationspräparates, das aus wenigen Wirkstoffen besteht. Fundierte Kenntnisse pflanzlicher Arzneimittel helfen, sowohl die im Allgemeinen geringen Risiken besser abzuschätzen als auch das vorhandene Potential dieser Vielstoffgemische besser auszuschöpfen und dem Patienten eine entsprechend differenzierte Beratung und eine adäquate Therapie angedeihen zu lassen. Die entsprechenden Kenntnisse sind in der Ärzteschaft jedoch nicht oder nur spärlich vorhanden, obwohl pflanzliche Arzneimittel der ALT und SL bereits Bestandteil der Grundversicherung sind. Die Aufnahme der ärztlichen Phytotherapie in die Grundversicherung in Form spezifischer TARMED-Punkte könnte für Ärzte ein Anreiz darstellen, sich in ärztlicher Phytotherapie weiterzubilden.

3) Der Patient von heute wünscht in der Regel, über die therapeutischen Optionen aufgeklärt und in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden, auch wenn viele Patienten es letztlich vorziehen, die endgültige Entscheidung dem Arzt zu überlassen (Pluralismus der Methoden und Verfahren).

(Ultimately, the patient must be our guide - he is the one with the disease, the one that may undergo therapy (and experience the adverse events) and we must find ways of enhancing our communication of evidence to the patient and of improving the shared decision-making process. Straus & Sackett: Annals of Oncology 1999)

Detaillierte Beschreibung (qualitativ und quantitativ) der Anwender/innen der neuen Leistung

Ärzte und Ärztinnen, die das Ausbildungsziel gemäss Richtlinien der SMGP/UNION in Phytotherapie erreicht haben: "Phytotherapie-Zertifikat der UNION"

Lernziel:

Kenntnisse über die für Ärzte wichtigsten Arzneipflanzen in der Natur, d.h. deren Botanik sowie deren Wirkungsweise. Befähigung, die wichtigsten Arzneipflanzen in der Natur wiederzuerkennen und unter Berücksichtigung des Artenschutzes (Nachhaltigkeit) diese zu sammeln und zu verarbeiten. Kennen von grundlegenden analytische Methoden/Prinzipien in der Phytotherapie (z.B. Standardisierung). Erlernen der Herstellung von in der Phytotherapie wichtigen galenischen Formen. Beherrschen des Rezeptierens von Phytotherapeutika und die Versicherungsleistungen durch die Krankenkassen sowie Listen-einteilung der Phytopharmaka kennen. Befähigung, ein eigenes phytotherapeutisches Sortiment zusammenzustellen.

Lerninhalte:

Modul 1:

Die wichtigsten Arzneipflanzen in der Natur erkennen; nachhaltige Sammeltechnik; sekundäre Stoffwechselprodukte von Pflanzen; Verarbeitung/Zubereitungen von Arzneipflanzen sowie deren Wirkungsweise und Anwendungsgebiete; Definition pflanzliche Heilmittel; Herstellung der in der Phytotherapie wichtigen galenischen Formen; Stellung der Phytotherapie im gesamten therapeutischen Konzept; Darstellung verschiedener Zugänge zur Phytotherapie (darunter obligatorisch die naturwissenschaftlich-analytische – EBM – sowie die traditionell-europäisch-naturheilkundliche); formelle/rechtliche Grundlage zur korrekten Durchführung der Phytotherapie in der Praxis (Listen-Einteilung der Phytopharmaka, ALT-Liste; Rezeptieren, Versicherungsleistungen der Krankenkassen).

Modul 2:

Kurs 4: Arzt und Ärztin in der (klinischen) Forschung auf dem Gebiet der Phytotherapie
Kurs 10: Phytotherapie im komplementärmedizinischen Umfeld

Die Durchführung von klinischen Studien und Anwendungsbeobachtungen mit pflanzlichen Arzneimitteln kennenlernen und publizierte klinische Studien anhand von Bewertungskriterien zu beurteilen lernen. Vorstellung und Bearbeitung des prospektiven Erfahrungsberichtes (auch als Instrument der Qualitätssicherung).

Verschiedene komplementärmedizinische Behandlungsmethoden (z.B. Anthroposophie, Homöopathie, TCM, Gemmotherapie etc.) und deren Einsatzgebiete werden vorgestellt. Ganzheitlicher Therapieansatz. Anhand von Fallbeispielen werden phytotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten diskutiert. Phytotherapie als Alternative, wenn Schulmedizin an Grenzen stösst. Dabei steht die individuelle Erkrankung im Vordergrund.

Modul 3:

Kurs 2: Phytotherapie bei Erkrankungen des Magen-/Darmtraktes
Kurs 3: Phytotherapie bei Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems
Kurs 5: Phytotherapie bei Erkrankungen der Atemwege
Kurs 6: Phytotherapie bei Erkrankungen des Urogenitaltraktes
Kurs 7: Phytotherapie bei psychischen Erkrankungen und pflanzliche Sedativa
Kurs 8: Phytotherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und zur Schmerzbehandlung
Kurs 9: Phytotherapie in der Dermatologie

Kurs 11: Phytotherapie in der Pädiatrie

Botanik, Phytochemie und Pharmakologie der Arzneipflanzen, Wirkungsweise der für das jeweilige Erkrankungsgebiet ausgewählten Arzneipflanzen, Indikationsgebiete und Anwendungsweise der jeweiligen Arzneipflanzen. Aktuelle wissenschaftliche Daten zu den entsprechenden Arzneipflanzen für die jeweiligen Indikationsgebiete. Pflanzliche Arzneimittel in der SL-Liste.

Modul 4:

Exkursion: Arzneipflanzen in ihrer natürlichen Umgebung kennenlernen. Botanische, phytochemische und pharmakologische Beschreibung der Arzneipflanzen.

Tagung: Vorstellen von neuesten wissenschaftlichen und erfahrungsmedizinischen Untersuchungsergebnissen mit Arzneipflanzen. Aufzeigen von Anwendungsmöglichkeiten bestimmter Arzneipflanzen und deren Zubereitungen bei bestimmten Krankheitsbildern.

Modul 5:

Abschlussarbeit

Quantitative Aspekte:

Für den Erwerb des Phytotherapie-Zertifikats SMGP müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Absolvieren der Pflichtmodule 1–3 (d.h. dreijähriger Ausbildungszyklus Kurse 1–11)
- Absolvieren des Wahlmoduls 4 (d.h. drei Jahrestagungen und drei 1-tägige oder zwei 2-tägige Exkursionen)
- Erstellung der Abschlussarbeit (Modul 5: Praxisstudie, Literaturarbeit, Referat, Präsentation, etc.)

Die einzelnen Module sollten innerhalb von 5 Jahren besucht bzw. absolviert werden. Module anderer schweizerischer phytotherapeutischer und naturwissenschaftlich orientierter Weiterbildungsveranstalter können auf Anfrage bei der Weiter- und Fortbildungskommission für die Wahlmodule angerechnet werden.

Modul Anzahl Stunden

Modul 1 (Grundkurs) 20

Modul 2 (Allgemeine Phytotherapie) 16

Modul 3 (Phytotherapie bei spez. Indikationen) 64

Modul 4 (Tagungen und Exkursionen) 39 bzw. 45 (je nach Exkursionsdauer)

Selbststudium 75

Modul 5 (Abschlussarbeit) 150

Total 363 bzw. 370

Diese Fortbildung wurde gemäss der Richtlinien der FMH erarbeitet und mehrfach (zuletzt bei der Ausgestaltung des Ausweises Phytotherapie UNION/SMGP im Jahr 2007) mit den verantwortlichen Personen bei der FMH abgesprochen. Neuer Antrag auf einen Fähigkeitsausweis siehe unter 4.1.

2.4. Anzahl Anwendungen, aktuell und prognostiziert

Heutige Prävention, Diagnostik / Behandlung (Komparator):

(Alle Daten aus: Gesundheitsbefragung 2007 Gbf.07)

- **Geschätzte Anzahl Anwendungen pro Jahr** Beilage 3
14'196'000 (mindestens)
- **Anzahl Patienten/innen pro Jahr (falls nicht mit der Anzahl Anwendungen übereinstimmend)**

Anzahl Erkrankter, die im Jahre 2008 Allgemeinpraktiker und innere Mediziner konsultiert haben (ohne Ärzte einer komplementärmedizinischen Gruppe).
(Santésuisse-Datenpool)
⇒ 4'268'000 Patienten/Jahr
- **Ev. regionale oder sozio-ökonomische Unterschiede in der Häufigkeit**
♀ / ♂ = 9.5% / 10.1%
Bildungsstufe: I = 10.6%; II = 9.3%; III = 10.4%
Sprachgebiet: F-CH = 12.4%; D-CH = 9.1% (Gesundheitsbefragung 2007)
- **Angaben entweder absolut (CH-Bevölkerung) oder Anzahl / 1 Mio.**
4'268'000 Patienten

Neue Leistung: (Alle Daten aus: Gesundheitsbefragung 2007)

- **Geschätzte Anzahl Anwendungen pro Jahr** Beilage 3
109'000 (mindestens)
- **geschätzte Anzahl Patienten/innen pro Jahr (falls nicht mit der Anzahl Anwendungen übereinstimmend) im 1., 3. und 5. Jahr nach allfälligem Kostenübernahme-Entscheid**

Anzahl Erkrankter, die im Jahre 2008 Allgemeinpraktiker mit Zusatzausbildung in Phytotherapie (Titelträger Phytotherapie) konsultiert haben.
(Santésuisse-Datenpool)
⇒ 32'800 Patienten/Jahr
- **Ev. regionale oder sozio-ökonomische Unterschiede in der Häufigkeit**
♀ / ♂ = 3.9% / 1.5%
Bildungsstufe: I = 1.7%; II = 2.8%; III = 2.9%
Sprachgebiet: F-CH = 4.2%; D-CH = 2.2% (Gesundheitsbefragung 2007)
- **Angaben entweder absolut (CH-Bevölkerung) oder Anzahl / 1 Mio.**
32'800 Patienten
- **Wie verändert sich nach einem allfälligem Kostenübernahme-Entscheid die Menge des Komparators (im 1., 3. und 5. Jahr nach dem Entscheid)?**

Es ist mit keinen bzw. keinen markanten Veränderungen zu rechnen. Die jährliche Zuwachsraten phytotherapeutischer Behandlungen zwischen 1997 bis 2007 betrug durchschnittlich 0.77% pro Jahr.
- **Wie viele der neuen Anwendungen ersetzen bisherige Anwendungen, wie viele werden zusätzlich zu den bisherigen durchgeführt?**

Eine Frage, die zurzeit nicht hinreichend untersucht ist, betrifft die gleichzeitige Inan-

spruchnahme beider Therapierichtungen. Erste Hinweise, dass die parallele Inanspruchnahme nicht die Regel ist, liefern der Gesundheitszustand der CAM-Patienten und die Erfüllung der Erwartungen. Der Gesundheitszustand (Schweregrad des Hauptsymptoms) ist bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen bei CAM-Patienten schlechter als bei COM-Patienten. Die Erwartungen an die Behandlung werden aber genauso gut erfüllt oder fallen sogar besser aus bei den CAM-Patienten verglichen mit den COM-Patienten.

- Melzer et al. Aspects of Quality of Primary Care Provided by Physicians Certified in Phytotherapy in Switzerland. FOKOM 2008;15:82-88
- Antrag SMGP 2005

Ev. weitere Faktoren, die die Menge der neuen Leistung und der bisherigen Anwendung beeinflussen können (z.B. Zu- oder Abnahme der Häufigkeit der Erkrankung; absehbare Änderung von Guidelines; weitere Behandlungsoption in fortgeschrittenem Entwicklungsstadium, etc.): Zuwachsrate der Leistungserbringer (Ärzte mit Phytozertifikat) gemäss Santésuisse-Daten:

2000: 33

2008: 44

Durchschnittliche Zuwachsrate = 3.6% pro Jahr

2.5. Belege für die Angaben unter 2.1. bis 2.4.

Liste der zitierten Literatur:

- Gesundheitsbefragung 2007
- Santésuisse-RSS-Tool 2000-2004 und 2004-2008
- Melzer et al. Aspects of Quality of Primary Care Provided by Physicians Certified in Phytotherapy in Switzerland. FOKOM 2008;15:82-88
- Antrag SMGP 2005

☒ Beilage Nr. 3, 4

Modul 3: Detaillierte Beschreibung des Behandlungspfads

3.1. Behandlungspfad Komparator		
Voruntersuchung:	Schritt 1 Anamnese	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient
Behandlung:	Schritt 1 Verschreibung von Arzneimitteln oder anderer Therapie	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient
	Schritt 2 Intensiverer Gebrauch von Labor und Geräten.	Wo / Wer
Nachbehandlung:	Schritt 1 Katamnese	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient

3.2. Behandlungspfad neue Leistung		
Voruntersuchung:	Schritt 1 Anamnese: - Unter Berücksichtigung der konstitutionellen Verfassung des Patienten	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient
	Schritt 2 - Eventuell Einbezug einer speziellen, wirkstoffbezogenen Anamnese	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient
Behandlung:	Schritt 1 Verschreibung eines Phytotherapeutikums, eines schulmedizinischen Arzneimittels oder einer anderen Therapieform. Bsp. - Müdigkeit & Erschöpfung: → Enzian (Bittermittel) - Dyspepsie: → Artischocke (Bittermittel) - Chronisch entzündliche Darmerkrankung: → Wermut (Bittermittel)	Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient

<p>Nachbehandlung:</p>	<p>Schritt 1 Katamnese: Anweisung des Patienten zur weiteren Selbstbehandlung Wechsel der Behandlung (bzw. des Arzneimittels), weil sich die Situation des Patienten geändert hat.</p>	<p>Wo / Wer Arztpraxis / Arzt & Patient</p>
-------------------------------	---	--

3.3. Ergänzende Angaben zu 3.2.

Konkretisierung Behandlungsplan Phytotherapie aus der Praxis (Prof. Dr. Reinhard Saller) unter Berücksichtigung der konstitutionellen Verfassung und der wirkstoffbezogenen Anamnese:

Fall 1: Behandlung einer mit synthetischen Arzneimitteln weitgehend therapieresistenten Dyspepsie

Kriterien:

Präferenz für eine phytotherapeutische Behandlung mit möglichst wenig unerwünschten Wirkungen, einfache Behandlung, d.h. Ausnutzung des erweiterten Wirkungsspektrums eines Vielstoffgemisches, Therapien mit synthetischen Arzneimitteln bisher weitgehend erfolglos.

Beschreibung:

48 jähriger Patient mit einer seit Jahren diagnostizierten Dyspepsie. Es wurden über Jahre verschiedene medikamentöse Behandlungen durchgeführt, die sich nur temporär und teilweise als wirksam erwiesen hatten (u.a. verschiedene Säuresekretionshemmer, motilitätsfördernde Mittel). Symptomatisch stehen neben intermittierenden krampfartigen Beschwerden im rechten Oberbauch ein ausgeprägtes Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Übelkeit sowie gelegentliche Obstipation im Vordergrund. Neben der allgemeinen Anamnese fallen bei dem Patienten ein generell herabgesetzter gastrointestinaler Tonus und eine verlängerte gastrointestinale Transittime auf. Phytotherapeutisch stehen mehrere Präparate zur Verfügung, deren Wirksamkeit in verschiedenen vergleichenden klinischen Studien geprüft wurde. Das phytotherapeutische Kombinationspräparat Iberogast ist allgemein bei einer Mehrheit von dyspeptischen Patienten wirksam. Ebenfalls als wirksam erwies sich das Fertigarzneimittel Hepa-S (Extrakt aus Artischockenblättern). Sowohl Iberogast wie Hepa-S besitzen nach experimentellen Untersuchungen tonisierende und motilitätssteigernde Wirkungen auf den Magen-Darm-Trakt. Dabei besitzen Zubereitungen aus Artischockenblättern zusätzlich eine dosisabhängige relevante laxierende Wirkung. Aus diesem Grunde wurde dem Patienten mit Dyspepsie und Obstipation Hepa-S verordnet. Dieses Präparat kann neben seiner antidyspetischen und laxierenden Wirksamkeit eine von Zeit zu Zeit notwendige Verordnung von Laxantien verhindern. Klinisch relevante Wechselwirkungen sind nach bisherigem Kenntnisstand nicht zu erwarten. Der Blutzucker- und Lipidstoffwechsel wird nicht beeinträchtigt.

Zeitaufwand:

Zusätzlich zur üblichen ärztlichen Anamnese 5 Minuten Patientengespräch mit einer auf die Beschwerden orientierten Betrachtung der Pflanze.

Verschreibung und daraus folgende Therapiekosten siehe 6.4

Fall 2: Supportive und palliative Behandlung einer Patientin mit Mammakarzinom:

Kriterien: Präferenz für eine phytotherapeutische Behandlung mit möglichst wenig unerwünschten Wirkungen, einfache Behandlung, d.h. Ausnutzung des erweiterten Wirkungsspektrums eines Vielstoffgemisches, Vermeidung von Interaktionen mit bestehenden Behandlungen. Für die Behandlung von Müdigkeit und Erschöpfbarkeit (fatigue) keine wirksame Behandlung in SL.

Beschreibung:

Eine 56 jährige Patientin mit einem Mammakarzinom nach Abschluss der initialen Chemotherapie leidet an ausgeprägter Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und langfristiger Übelkeit mit intermittierenden Durchfällen. Zur Behandlung kommen in erster Linie phytotherapeutische Bitterstoffzubereitungen in Frage. Die verschiedenen zur Verfügung stehenden Bitterstoffzubereitungen unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Eigenschaften. Es gibt einerseits Bitterstoffzubereitungen, die bei nervösen Patientinnen die Nervosität bis hin zu Schlafstörungen und Beeinträchtigung von Konzentration und Aufmerksamkeit steigern können bzw. die eine bestehende Nervosität relevant abmildern können. Zudem unterscheiden sie sich in ihren tonisierenden Wirkungen auf den Magen-Darm-Trakt, insbesondere auf den Magen als den Schrittmacher der gastrointestinalen Motilität. Bitterstoffzubereitungen sind Vielstoffgemische, die neben den auf die Bitterkeit bezogenen Wirkungen ein weiteres Wirkungsspektrum besitzen.

Diese Patientin ist kaum unruhig und nervös, die Motilität des Magen-Darm-Traktes ist deutlich herabgesetzt. Dies ist eine der Grundlagen der andauernden Übelkeit. Aus den vorhandenen Bitterstoffzubereitungen (z.B. aus Wermutblättern, Enzianwurzel, Artischockenblättern, Löwenzahnwurzel mit -kraut) eignet sich in erster Linie eine Zubereitung aus Enziantinktur. Sie wirkt gemäss der konstitutionellen Betrachtung „energetisierend“ gegenüber Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, jedoch nicht so ausgeprägt wie eine Zubereitung aus Wermutblättern, die zu Schlafstörungen führen könnte. Ebenso wird voraussagbar die Motilität des Magen-Darm-Traktes erhöht, die Schrittmacherfunktion des Magens wird angeregt, eine normalisierte Peristaltik wird gefördert. Die antientzündlichen Eigenschaften einer solchen Bitterstoffzubereitung wirken unterstützend auf die Durchfallattacken ein. Interaktionen mit der antihormonellen Behandlung (Tamoxifen) sind nicht zu erwarten.

Zeitaufwand: Zusätzlich zur üblichen ärztlichen Anamnese 5 Minuten. Konstitutionsorientierte Auswahl des pflanzlichen Arzneimittels erfordert ein ausgedehnteres Patientengespräch mit einer diesbezüglich orientierten Betrachtung der Pflanze.

Verschreibung und daraus folgende Therapiekosten siehe 6.4

Weitere Behandlungsanlässe

Ein Katalog der zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten mit pflanzlichen Arzneimitteln gemäss ICD-Indikationen wurde bereits mit dem Antrag vom 30. März 2005, Anhang 1, eingereicht. Er wird hiermit wieder nachgeliefert. Der Katalog basiert auf den Indikationen gemäss der damals in der Spezialitätenliste eingeschlossenen Zubereitungen, aus den in den PEK-Praxisstudien ermittelten Anwendungen sowie auf der Basis der klinischen Literatur.

Beilage 8. Dieser Katalog ist ausführlich mit Literaturzitatzen belegt.

Im Übrigen ist auf das Lehrbuch für Phytotherapie von R.F. Weiss und V.Fintelmann (Hippokrates-Verlag, neuste und ältere Auflagen) zu verweisen. Hier erfolgt die Beschreibung von Behandlungsanlässen umfassend.

Phytotherapie wird von ausgebildeten Ärzten in der Schweiz zusammenfassend vor allem in folgenden Situationen angewendet und in der Weiterbildung ausführlich behandelt:

- Bei Patienten, die eine hohe Affinität zu pflanzlichen Arzneimitteln zeigen und bei denen keine akute schulmedizinische Intervention zwingend nötig ist. Bei ihnen darf eine hohe Compliance erwartet werden.
- Als Alternative zu Medikamenten mit hohem Interaktionspotential beim Patienten mit entsprechender, notwendiger Medikation nachdem eine Evaluation ergibt, dass das pflanzliche Arzneimittel kein Interaktionspotential aufweist. Dies ist insbesondere in palliativen, supportiven und geriatrischen Situationen der Fall.
- Es sind keine zufriedenstellenden, evidenzbasierten Therapien mit synthetischen Arzneimitteln bekannt. Beispiele: Venöse Insuffizienz, Herzbeschwerden nach NYHA I und II, Beschwerden psychosomatischer Ätiologie und Genese unterschiedlichster Art (u.a. zahlreiche somatoforme Beschwerden), Prävention und Akuttherapie von Erkältungskrankheiten, letztere insbesondere, wenn keine Antibiotikabehandlung angezeigt ist, leichte bis mittelschwere Depression mit Hamilton-Score <20, leichte Ein- und Durchschlafstörungen, prämenstruelles Syndrom, nicht hormonelle Behandlung postmenopausaler Beschwerden, Dyspepsie, Irritable Bowel Syndrom).
- Unterstützend bei chronischen Grunderkrankungen, z.B. Mariendistel Früchte in der Onkologie als Leberschutzmittel, pflanzliche Dermatika (z.B. aus Hamamelidis folium) bei chronischen Ekzemen.
- Zur Stärkung der Widerstandskraft („Abwehr“) und Reaktionsfähigkeit des Patienten, z.B. durch die Anwendung individuell ausgewählter Bitterstoffzubereitungen und Melissenextrakten, um die Rezidivhäufigkeit eines Lippenherpes zu reduzieren.

Im Pflichtteil des Medizinstudiums sind diese Inhalte in der notwendigen Ausführlichkeit nicht vorgesehen. Es ist auch nicht realistisch, in Anbetracht des überfüllten universitären Ausbildungsprogramms in der Medizin dies zu fordern. Um Phytotherapie einsetzen zu können, braucht es deshalb eine Weiterbildung. Eine Aufnahme der Phytotherapie in den Leistungskatalog erfordert diese Weiterbildung vom sie anwendenden Arzt/Ärztin und sichert so die adäquate Anwendung der Phytotherapie.

Liste der die beschriebenen Anwendungen belegenden Literatur:

In Beilage 8 enthalten.

Zu weiteren Teilaspekten liegen speziell ausgewählte Arbeiten vor: Beilage Nr. 4

Modul 4: Umsetzung / Qualitätssicherung

4.1. Leistungserbringer

Wer kann die Leistung anbieten?

- Spezielle gesetzliche Auflagen (z.B. Strahlenschutz, kantonale Zulassung, etc.)

Ärzte mit einer Zusatzausbildung in Phytotherapie

- Notwendige Qualifikation(en)

"Ausweis der UNION/SMGP Phytotherapie" oder vergleichbare Fort- oder Weiterbildung (Rezertifizierung alle 3 Jahre).

Diese Fortbildung wurde gemäss der Richtlinien der FMH erarbeitet und mehrfach (zuletzt bei der Ausgestaltung des Ausweises Phytotherapie UNION/SMGP im Jahr 2007) mit den verantwortlichen Personen bei der FMH abgesprochen.

Die SMGP hat nun am 11.2.2010 beim neu geschaffenen Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung einen Antrag gestellt auf Schaffung eines Fähigkeitsausweises Phytotherapie FMH. Der Vorstand hat diesem Antrag in der Sitzung vom 11. März zugestimmt. Der Antrag befindet sich nun in der Phase der redaktionellen Überarbeitung. Der Antrag muss danach noch von den Ärztekammerdelegierten abgesegnet werden (siehe Beilage 10, Brief des SIWF vom 28. April 2010).

- Infrastruktur / apparative Voraussetzungen

Keine

- Wie viele Leistungserbringer erfüllen aktuell und in naher Zukunft diese Voraussetzungen?

- 2000: 33 Ärzte mit Phyto-Zertifikat

- 2008: 44 Ärzte mit Phyto-Zertifikat

- zukünftig: jährliche Wachstumsrate der Ärzte mit Zusatzausbildung \approx 3.6% (Datenquelle: Santésuisse)

Falls relevant: Vorgelagerte Leistungen (Indikationsstellung, Abklärung) und nachgelagerte Leistungen (Rehabilitation; weitere Abklärung und Behandlung bei Früherkennung):

- **Wer bietet die vor- und nachgelagerten Leistungen an?**

Arzneimittel der ALT und SL in Apotheken vorhanden

- **Ist deren Verfügbarkeit sichergestellt?**

ja

- **Sind die Schnittstellen entlang der Behandlungskette definiert (Indikationen, Zuständigkeiten)?**

ja

4.2. Qualitätssicherung

Wie wird die Qualität sichergestellt? Sind spezielle Auflagen nötig (z.B. Bindung an bestimmten Weiterbildungstitel; Zertifizierung der Anbietenden; Qualitätssicherungsprogramm mit Monitoring) bzw. warum sind keine Auflagen nötig?

Grundausbildung mit Zertifizierung

Rezertifizierung alle 3 Jahre im Rahmen der obligatorischen fachspezifischen Fort- und Weiterbildung durch die SMGP im Auftrag der UNION.

Wer ist verantwortlich für die Qualitätssicherung?

Die SMGP im Auftrag der UNION

4.3. Zugang zur Leistung

Ist eine (geographisch) flächendeckende Versorgung sichergestellt?

Ja! Seit 2003 findet die Phytotherapieausbildung auch in der französischen Schweiz statt. Es gibt auch Zertifikatsträger im Tessin.

Sind Vorkehrungen nötig, um bestimmten Bevölkerungsgruppen den Zugang zu erleichtern?

Grundsätzlich gibt es keine geographischen oder anderweitigen Einschränkungen.

4.4. Ethische Aspekte

Stellen sich in Zusammenhang mit der neuen Leistung ethische Fragen? Wenn ja, welche?

nein

4.5. Für präventivmedizinische Leistungen

Wie werden die folgenden Aufgaben in Zusammenhang mit neuen präventivmedizinischen Leistungen sichergestellt:

- Information der Zielgruppe(n)
- Qualität der präventivmedizinischen Intervention
- Evaluation

Gibt es ein Programm, das diese Aufgaben übernimmt oder koordiniert?

Wenn ja: Wer ist dafür verantwortlich?

Wenn nein: Warum wird ein solches Programm nicht als notwendig erachtet?

Phytotherapeutische Therapien können Bestandteil präventivmedizinischer Leistungen sein, Z.B. wenn die antiinflammatorische Aktivität von pflanzlichen Arzneimitteln zur Prävention bestimmter chronisch rezidivierender Erkrankungen eingesetzt werden. Präventivmedizinische Aspekte sind zwar vorhanden, bilden aber nicht den Schwerpunkt.

Modul 5: Wirksamkeit / Sicherheit

- Für diagnostische und therapeutische Leistungen auszufüllen
- Nach Rücksprache mit dem BAG kann auf das Ausfüllen der Schritte 5.1. bis 5.3. verzichtet werden, sofern eine aktuelle, publizierte systematische Literaturreview zur Wirksamkeit / Sicherheit oder eine Literaturreview zur Wirksamkeit / Sicherheit aus einem aktuellen HTA vorgelegt werden kann.

Beilage Nr. 4

Beilage : Zusammenfassung HTA (PEK) 2005

5.1. Identifikation der relevanten Literatur

Unter „Literatur“ wird verstanden: Publizierte wissenschaftliche Studien, Publikationen und Berichte von Zulassungsstellen, Publikationen und Berichte von Expertengruppen

a) Fragestellung für die Literatursuche

Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit unter den geforderten Aspekten der Wirtschaftlichkeit

Bemerkung: Der therapeutischen Mehrwert der Leistung von Ärzten mit einer Zusatzausbildung in Phytotherapie verbunden mit deren Anwendung im Vergleich mit der Leistung von Ärzten ohne Zusatzausbildung liegt in einer erhöhten Patientenzufriedenheit (siehe 3.2). Zur Erweiterung der Kenntnisse wurden für diesen Antrag spezifisch Studien ausgewählt, die gleichzeitig die Wirksamkeit, die Sicherheit (damit auch Zweckmässigkeit) und Wirtschaftlichkeit (gemäss der WZW-Kriterien) phytotherapeutischer Behandlungen beschreiben. Dies, nachdem im Antrag vom 30. März 2005, dessen Bestandteil auch der HTA Phytotherapie war, die Wirksamkeit und Sicherheit pflanzlicher Arzneimittel an verschiedenen Beispielen dokumentiert worden ist.

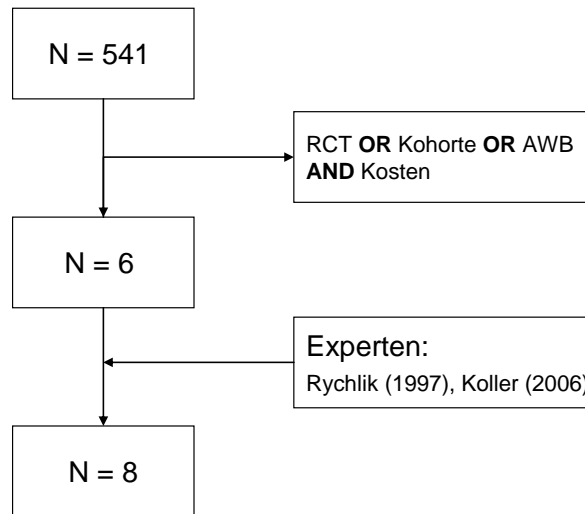
b) Methode der Literatursuche (Datenbanken, Suchbegriffe, etc.)

Data base: pubmed; embase, Medline und Experten

Search terms: economic* OR cost* AND *plant names* (artemisia, comfrey, cranberry, echinac*, hawthorn, horsechestnut, willow, wormwood); herbal* AND economic*; herbal AND menopausal*

Restriction: human

c) (In der Regel): Erste Liste der identifizierten Publikationen



d) Selektionskriterien für die Berücksichtigung der identifizierten Publikationen

Clinical Trial (RCT, Kohorte, AWB) **AND** Angabe von direkten und/oder indirekten Kosten

e) Nummerierte Liste der berücksichtigten Publikationen, geordnet nach 1. Autor/in, 2. Erscheinungsjahr

Literaturliste siehe 6.2

**5.2. Synoptische Darstellung der Studien
(siehe 6.2)**

5.3. Bewertung der Studien

Bewertung der unter 6.2. aufgeführten Studien, geordnet nach Outcome, in Tabellenform:

Outcome 1: Venous leg ulcers, chronic venous insufficiency, ödema

Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
3) Leach, 2006	RCT	gut	mässig	konsistent
4a) Rychlik, 1997	Kosten-Nutzen-Analyse von 4b)	gut	gegeben	konsistent
4b) Diehm, 1996	RCT	gut	gegeben	konsistent

Outcome 2: NYHA II

Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
--------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------

	signs		keit	
2) Koller, 2006	AWB	mässig	mässig	konsistent
6) Habs, 2004	matched pairs	gut	gegeben	konsistent

Outcome 3: Chronisch rezidivierender Atemwegsinfekt Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
7) Heinen-Kammerer, 2005	Kohortenstudie (prospektiv)	gut	gegeben	konsistent

Outcome 4: Urinary tract infection Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
1) Stothers, 2002	RCT	gut	gegeben	konsistent

Outcome 5: Menopausal symptoms Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
8) Green, 2007	RCT	gut	gegeben	konsistent

Outcome 5: Low back pain Relevanz a) Relevanz b)

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Bewertung der Studienqualität	Bewertung der Übertragbarkeit	Bewertung der Konsistenz
9) Chrubasik, 2001	non rd CT	mittel	gegeben	konsistent

Analog für Outcomes 3, 4, etc.

5.4. Darstellung von Nutzen und Schaden

An dieser Stelle sind – gestützt auf die Bewertung der Studien in den vorangegangenen Schritten – die Resultate bezüglich der unter 5.3. berücksichtigten Outcomes darzustellen. Die Resultate sind ebenfalls darzustellen, falls eine aktuelle, publizierte systematische Literaturreview zur Wirksamkeit / Sicherheit oder eine Literaturreview zur Wirksamkeit / Sicherheit aus einem aktuellen HTA vorgelegt werden kann.

Bei dichotomen Outcomes:
 „Odds Ratios“ und Raten (x/1000 behandelte Patienten) / Numbers needed to treat (NNT)

Bei kontinuierlichen Outcomes:
 Mittelwerte mit Angaben der Streuung (einerseits über die verschiedenen Studien, andererseits statistische Streuung innerhalb der einzelnen Studien als Vertrauensintervalle)

In allen Fällen: Darstellung möglicher Schäden

Ergänzende Darstellungen zum Nutzen:

Nur aus zwei der acht aufgeführten Studien lassen sich aus den vorliegenden Daten die gewünschten OR und NNT extrahieren.

1) Stothers L. 2002:

Tablets: OR = 0.466 ARR = 0.14 NNT = 7

Juice: OR = 0.53 ARR = 0.12 NNT = 8

Antibiotics: NNT = 1.8 NNH = 1.6 (→ verursacht indirekte Kosten)

(McMurdo et al. Cranberry or trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections? A randomized controlled trial in older women. J. Antimic. Chemother. 2009)

Nicht berücksichtigt sind bei diesem Vergleich allfällige Folgekosten durch die Behandlung der so gut wie sicher auftretenden Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Antibiotikum (Number needed to harm NNH = 1.58). Ebenfalls nicht in die Berechnung eingeflossen sind Kosten, die durch vermehrtes Auftreten resistenter Keime entstehen.

7) Heinen-Kammerer 2005:

Echinacin: Rezidive = 88 (mit Mehrfachnennung MN), 68 (ohne MN)
keine R. = 496

Standard: Rezidive = 53 (mit Mehrfachnennung MN), 31 (ohne MN)
keine R. = 99

Mit MN: OR = 0.33 ARR = 0.209 NNT = 5

Ohne MN: OR = 0.514 ARR = 0.123 NNT = 8

Darstellung möglicher Schäden:

In keiner der aufgeführten Studie sind «serious adverse events» aufgetreten!
Die Nebenwirkungen waren stets mild und vorübergehend.

Zusatzmodul 5a: Diagnostische Leistungen, Testcharakteristika

- **Auszufüllen nur für diagnostische Leistungen
(Der Antrag enthält keine diagnostischen Leistungen)**
- **Nach Rücksprache mit dem BAG kann auf das Ausfüllen der Schritte 5.5. bis 5. 7. verzichtet werden, sofern eine aktuelle, publizierte systematische Literaturreview zu den Testcharakteristika oder eine Literaturreview zu den Testcharakteristika aus einem aktuellen HTA vorgelegt werden kann.**

Beilage Nr.

Der Antrag enthält keine diagnostischen Leistungen.

5.5. Identifikation der relevanten Literatur

Unter „Literatur“ wird verstanden: Publizierte wissenschaftliche Studien, Publikationen und Berichte von Zulassungsstellen, Publikationen und Berichte von Expertengruppen

- Fragestellung für die Literatursuche
- Methode der Literatursuche (Datenbanken, Suchbegriffe, etc.)
- (In der Regel): Erste Liste der identifizierten Publikationen
- Selektionskriterien für die Berücksichtigung der identifizierten Publikationen
- Nummerierte Liste der berücksichtigten Publikationen, geordnet nach 1. Autor/in, 2. Erscheinungsjahr

Beilage Nr.

5.6. Synoptische Darstellung der Studien

Darstellung der unter 5.5. aufgeführten Studien, in Tabellenform:

Nr, Autor/in, Jahr	Studien-design, Setting	Komparator (Gold Standard)	Rekrutierung von ... bis ...; Anzahl Teilnehmende	Testmethoden	Anbietende	Ausgewiesene Test-Indikatoren	Ausgewiesene Masse für Reproduzierbarkeit	Unerwünschte Wirkungen

5.7. Bewertung der Studien

Bewertung der unter 5.5. aufgeführten Studien, in Tabellenform:

Nr, Autor/in, Jahr	Bewertung des Studiendesigns	Qualität gemäss STARD-Kriterien	Bewertung der Übertragbarkeit

5.8. Darstellung von Nutzen und Schaden
Die Resultate sind ebenfalls darzustellen, falls eine aktuelle, publizierte systematische Literaturreview zu den Testcharakteristika oder eine Literaturreview zu den Testcharakteristika aus einem aktuellen HTA vorgelegt werden kann.
Bei dichotomen Outcomes: Sensitivität, Spezifität (bei < 3 Studien: Alle Werte, inkl. Konfidenzintervalle; bei >=3 Studien: Range) Positiver / negativer prädiktiver Wert (mit Angabe über Inzidenz im untersuchten Kollektiv und Übertragbarkeit auf beantragte Indikation, unter Verwendung der unter 2.1. und 2.2. gemachten Angaben) Sofern in den Studien ausgewiesen: Schätzwerte für die „likelihood ratios“ (LR) und/oder „receiver operating characteristic“ (ROC) – Kurven
Bei kontinuierlichen Outcomes: Angaben über die Präzision und Streuung der Messwerte
In allen Fällen: Angaben über die Reproduzierbarkeit der Untersuchungen (Inter-Rater-Reliabilität, technische Variabilität)
In allen Fällen: Darstellung möglicher Schäden der Untersuchung

Modul 6: Wirtschaftlichkeit

- **Globale Beurteilung der Wirtschaftlichkeit**
- **Kosten der einzelnen Untersuchung / Behandlung**
- **Kostenfolgen**

6.1. Globale Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Bitte lokalisieren Sie die neue Leistung im Vergleich zum Komparator in der untenstehenden Matrix: In welchem Feld ist Ihre Leistung bei Anwendung in den von Ihnen vorgeschlagenen Indikationen und Zielgruppen, bei den gegenwärtigen Tarifen und Preisen, und unter den von Ihnen vorgeschlagenen Einführungsmodalitäten anzusiedeln?

		Wirkung		
		geringer	gleich	grösser
Kosten	höher			
	gleich			
	tiefer		X	

Bemerkung:

Bemerkung:

Indikationsbezogenen Studien aus der Schweiz, die gleichzeitig die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Wirtschaftlichkeit untersuchen, existieren zurzeit keine. Es werden deshalb im Folgenden Studien aus Nachbarländern oder anderen modernen Industriestaaten vorgestellt, die ein vergleichbares Gesundheitssystem aufweisen wie die Schweiz.

Bezogen auf die methodenbezogenen Kosten werden zudem Daten verwendet, die aus einem Kostenvergleich des santésuisse Datenpools resultierten, ergänzt durch einige spezifische Daten, die – bezogen auf die Phytotherapie – im Rahmen des Programms Evaluation Komplementärmedizin (PEK) ermittelt wurden.

6.2. Wissenschaftliche Publikationen zur Wirtschaftlichkeit der neuen Leistung

6.2. Synoptische Darstellung der Studien

Darstellung der unter 5.2. aufgeführten Studien, in Tabellenform:

Nr, Autor/in, Jahr	Studiendesign	Intervention, Komparator	Einschlusskriterien	Rekrutierung von ... bis ..., Anzahl Patienten	Outcomes	Beobachtungsdauer	Bemerkungen
(1) Stothers, 2002 [1]	RCT db	Urinary Tract Infection (UTI) 1) Placebo 2) Tablet 3) Juice	≥ 2 UTI / Y sympt., culture-positive, single-organism,	k.A. N = 150 n _i = 3 x 50	Mean UTI / year 1) 0.72 pl 2) 0.39 tbl 3) 0.30 juice Mean Diff. = 38% Adverse events: one allergic reaction Cost / year: 2) 624 \$ 3) 1400 \$ Cost / year of antibiotics: 18.6 \$	1 year	Cranberry products are not regulated Antibiotic prophylaxis (McMurdo 2009): - NNT = 1.85 - NNH = 1.58 (side effects) - <i>risk of selecting resistant germs</i> Nicht berücksichtigt sind bei diesem Vergleich allfällige Folgekosten durch die Behandlung der so gut wie sicher auftretenden Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Antibiotikum (NNH = 1.58). Durch vermehrtes Auftreten resistenter Keime entstehen weitere Kosten.
(2) Koller, 2006 [2]	AWB prospektiv offen	1) Crategutt 2) ACE-Hemmer, Diuretika, Nitrate NYHA II Kosten: direkte & indirekte	NYHA II	k.A. N = 711	NYHA II: nach 6 Mt 1) 60% 2) 44% p=0.006 Kosten direkt: 1) 469 € 2) 1086 € Kosten indirekt: 1) 8 € 2) 123 €	6 Monate	Kosten-Nutzen-Bilanz ist positiv.

<p>(3) Leach, 2006 [3]</p>	<p>RCT Blinding not possible</p>	<p>Venous leg ulcers 1) Horsechestnut seed extract (HC) 2) Placebo A) Dressing changes/week B) Cost-benefit-analysis</p>	<p>Ulcer in gaiter area with 1 – 20 cm diameter for at least 4 weeks One or more signs of Chronic VI ABPI: 0.8-1.3 No corticosteroids</p>	<p>2002 – 2004 N = 54 n1) 27 n2) 27</p>	<p>Dressing changes/week Week 0 → 12: 1) 2.1 → 1.1 2) 2.4 → 2.5 Δw12: p=0.009 Staffing costs / week (\$) Week 0 → 12: 1) 144 → 77 2) 167 → 172 p=0.004 Total cost saving: 24 % 1) Mild & transient gastrointestinal symptoms in 0.9 – 3% of patients</p>	<p>12 weeks</p>	<p>Costs in Australien Dollars (\$) Wirksam & Kosten-sparend (ohne indirekte Kosten)</p>
<p>(4a) Rychlik, 1997 [4]</p>	<p>Kosten-Nutzen-Analyse von (5) Diehm C. et al. Lancet (347) 1996 (RCT) teilverblindet</p>	<p>1) Rosskastanien-Extrakt (Venostasin® retard) 2) Kompressionsstrümpfe 3) Placebo</p>	<p>≥ 18, w & m, with substantial lower leg ödema, due to chronic venous insufficiency</p>	<p>1996 N = 240 n1) 95 n2) 99 n3) 46</p>	<p>Kosten / Jahr: Direkte K. 1) 1256 DM 2) 1106 DM Indirekte K. 1) 225 DM 2) 265 DM Qualitätsadj. K. 1) 422 DM 2) 3369 DM</p>	<p>12 Wochen</p>	<p>Lebensqualitätsinstrument nicht validiert Die Wirksamkeit der beiden Behandlungen ist vergleichbar. Die Akzeptanz & die Verbesserung der Lebensqualität ist bei 1) wesentlich höher. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse schneidet 1) deutlich besser ab.</p>

					Nebenwirkungen: Kein Unterschied zw. 1), 2) & 3)		
(4b) Diehm, 1996 [5]	RCT teilverblindet ITT	Chronisch venöse Insuffizienz 1) Kompressions- strümpfe 2) Rosskastanien- extrakt (HCSE) (Venostasin® re- tard) 2x50mg / Tag 3) Placebo	≥ 18, w & m, with substantial lower leg ödema, due to chronic venous insufficiency	1996 N = 240 n1) 99 n2) 95 n3) 46	Vol.-Diff. lower leg 1) - 46.7 2) - 43.8 3) + 9.8 2) vs 3) p=0.005 1) vs 3) p=0.002 2) = 1) p=0.001 (no inferiority) No serious adverse events occurred	12 Wochen	Further oedema reduction may be possible, since steady state had not yet been reached
(5) Habs, 2004 [6]	Matched-pair prospective	NYHA II 1) Verum: WS 1442 - as add-on - or mono-therapy 2) Kontrolle: Conventional therapy: - Diuretics - ACE-Inhibitor - Card. glycos. - Beta-blocker	NYHA II Sig. Diff. between groups concerning: - gender - age - concomitant car- diovascular dis- ease, therefore: → Matched-pairs	k.A. N = 952 n1) 588 n2) 364	After 2 years: 130 matched-pairs Difference in cardi- nal Symptoms: fatigue (p=0.036) stress dyspnoea (p=0.020) palpitations (p=0.048) direct costs: 1) 945 € 2) 898 € (p=0.218) No adverse events mentioned	2 years	Conclusion: Significant improvements at compa- rable costs.

<p>(6) Heinen-Kammerer, 2005 [7]</p>	<p>Kohorten Studie prospektiv multizentr. (offenes Design = Therapie-freiheit für Arzt)</p>	<p>Chronisch rezidivierender Atemwegsinfekt 1) Echinacin & Standardtherapie 2) Standardtherapie Outcome: Alltagswirksamkeit</p>	<p>Akuter Atemwegsinfekt, >18 Jahre, Mindestens drei Symptome</p>	<p>Dez. 2002 bis Mai 2003 N = 736 n1) 584 n2) 152</p>	<p>Häufigkeit der Rezidive: 1) 15.1% 2) 34.9% (p<0.001) Erkrankungsdauer: 1) 6.7 Tage 2) 8.1 Tage (p=0.013) Gesamtkosten: 1) 228.95 € 2) 238.35 € (p=0.762)</p>	<p>3 Monate</p>	<p>Schlussfolgerung: Signifikant weniger Rezidive, Erkrankungsdauer um einen Tag kürzer, Kosten etwa gleich, mit einem geringen Sparpotential.</p>
<p>(7) Green, 2007 [8]</p>	<p>RCT (pilot-study) prospective ITT (open design = Therapie-freiheit für Arzt)</p>	<p>Menopausal symptoms 1) with Herbals nutrition advice lifestyle advice 2) no Herbals nutrition advice lifestyle advice A) Greene Climacteric Scale (GCS) B) MYMOP2 most troublesome symptoms</p>	<p>No menstrual bleeding for 3 months</p>	<p>K.A. N = 45 n1) 14 n2) 30</p>	<p>A) GCS 1) 0 – 24 week 20.57 → 9.29 2) 0 – 24 week 22.34 → 19.62 (p<0.001) B) MYMOP2 1) 0 – 24 week 4.00 → 1.78 2) 0 – 24 week 3.59 → 3.35 (p=0.011) Adverse Events: 1) unusual headache, Sinus & nasal ca-</p>	<p>24 weeks</p>	<p>Herbal intervention: 3 herbal practitioners, accredited in western herbal medicine by the NIMH had the freedom to prescribe different herbals respectively herbal mixtures (open design). Significant improvement No serious adverse events</p>

					tarrh, loose bowels Symptoms re- solved before next consultation		
(8) Chrubasik, 2001 [9]	NRCT (not random.) prospektiv	Low back pain 1) W120 + CON 2) W240 + CON 3) Orthop. + CON W120 (Assalix): 120mg salicin / d W240 (Assalix): 240mg salicin / d CON: NSAIDs, paracetamol, acu- puncture, ...	At least 6 mt low back pain Pain \geq 5 on a 10 point. VAS	1998 – 1999 N = 451 n1) 115 n2) 112 n3) 224	Pain free patients after 4 weeks: 1) 19% 2) 40% 3) 18% Cost savings: 1) / 3) = 35-50% 2) / 3) = 14-40% Adverse events: 1 & 2): allergy (3) GI-complaints: - Assalix (2), - Assalix & CON (4) - CON (10)	18 months	Nicht randomisiert, dafür mit verglei- chender Statistik der Baseline. Mit der kombinierten Anwendung von Assalix (W120/240) und konven- tionellen Schmerzmitteln (CON) lassen sich Kosten sparen im Ver- gleich zu einer orthopädischen Thera- pie kombiniert mit Schmerzmitteln.
<p>Unter „Outcomes“ sind sowohl die erwünschten als auch die unerwünschten Wirkungen zu verstehen.</p>							

Bitte erstellen Sie eine Liste der relevanten gesundheitsökonomischen Publikationen:

(siehe 5.1)

- a) Fragestellung für die Literatursuche
- b) Methode der Literatursuche (Datenbanken, Suchbegriffe, etc.)
- c) (In der Regel): Erste Liste der identifizierten Publikationen
- d) Selektionskriterien für die Berücksichtigung der identifizierten Publikationen

Publikationen zu Kostendaten, welche im Rahmen des Programms Evaluation Komplementärmedizin (PEK) ermittelt wurden, werden nicht miteinbezogen, da sie die Phytotherapie nicht mit umfassen. Der Grund dafür liegt darin, dass der Fähigkeitsausweis für Phytotherapie zum Zeitpunkt der Evaluation nicht FMH-angelernt war. Anstelle von PEK-Kostendaten werden jedoch Daten des santésuisse-Datenpools (siehe Beilage) für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit verwendet.

- e) Nummerierte Liste der berücksichtigten Publikationen, geordnet nach 1.

Autor/in, 2. Erscheinungsjahr

Beilage Nr. 2

Literaturliste

1. Stothers L. A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. Can J Urol 2002;9:1558-1562
2. Koller M, Lorenz W, Aubke W, et al. [Crataegus special extract WS 1442 in the treatment of early stages of CHD-associated heart failure]. MMW Fortschr Med 2006;148:42
3. Leach MJ, Pincombe J, Foster G. Using horsechestnut seed extract in the treatment of venous leg ulcers: a cost-benefit analysis. Ostomy Wound Manage 2006;52:68-70, 72-64, 76-68
4. Rychlik R, Marshall M, Bachinger A, Pfeil T, Rappenhöner B. Ökonomische Aspekte der Therapie der chronische venösen Insuffizienz. Gesundh ökon Qual manag 1997;2:86-91
5. Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. The Lancet 1996;347:292-294
6. Habs M. Prospective, comparative cohort studies and their contribution to the benefit assessments of therapeutic options: heart failure treatment with and without Hawthorn special extract WS 1442. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2004;11 Suppl 1:36-39
7. Heinen-Kammerer T, Motzkat K, Daniel D, et al. [The situation of patients with dementia may be rectified by Ginkgo biloba. Results of a health services research study concerning the ability of patients with dementia, quality of life of the nursing family members and total treatment costs]. MMW Fortschr Med 2005;147 Suppl 3:127-133. Anmerkung Korrektur 01.2011: Diese Studie wurde nicht begutachtet. Richtiges Zitat ist: Heinen-Kammerer T, Holtmannspötter C, Schnabel S, Motzkat K, Kiencke P, Rychlik R. Nutzenbewertung der Therapie chronisch rezidivierender Atemwegserkrankungen mit Echinacin. Gesundheitswesen 2005;67:296-301. Den Unterlagen lag die richtige Studie bei.
8. Green J, Denham A, Ingram J, Hawkey S, Greenwood R. Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial. Fam Pract 2007;24:468-474
9. Chrubasik S, Kunzel O, Black A, Conradt C, Kerschbaumer F. Potential economic impact of using a proprietary willow bark extract in outpatient treatment of low back

pain: an open non-randomized study. Phytomedicine 2001;8:241-251

Bitte bewerten Sie die Studien anhand der Studienqualität und der Relevanz für die Schweiz:

Indikationsbezogene Studien aus der Schweiz, die gleichzeitig die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Wirtschaftlichkeit untersuchen, liegen zurzeit keine vor. Die aufgeführten Studien stammen aus verschiedenen Industriestaaten mit modernen Gesundheitssystemen, die mit dem Gesundheitssystem der Schweiz vergleichbar sind. Die Studien orientieren sich hinsichtlich Studiendesign an internationalen Standards. Die klinisch relevanten Aussagen solcher Studien sind zum Teil verallgemeinerbar und lassen sich mit gewissen Einschränkungen auch auf andere Länder übertragen. Es gibt aber auch viele nationale Eigenheiten, insbesondere was die Finanzierung der medizinischen Leistungen betrifft.

Auf die Schweiz übertragbar ist zweifellos die Tatsache, dass die Phytotherapie ein Sparpotenzial besitzt. Dieses lässt sich zum einen durch indikationsbezogene Hochrechnungen und zum anderen unter Bezug von santésuisse-Daten in etwa abschätzen.

Wichtigste Ergebnisse der Studien zur Wirtschaftlichkeit:

Die ausländischen, indikationsbezogenen Studien belegen, dass phytotherapeutische Behandlungen kostengünstig sind und bei gewissen Indikationen ein beachtliches Sparpotenzial vorhanden ist.

Diese Einschätzung kann durch indikationsspezifische Hochrechnungen sowie durch methodenbezogene Kostendaten aus dem santésuisse-Datenpool, ergänzt durch PEK-Daten, bestätigt werden (siehe 6.3 und 6.4)

6.3. Kosten Komparator (2008)

Schritt 1 Durchschnittskosten pro Arzt	Anzahl Ärzte	5087	Kosten pro Arzt	796'874	Kosten total	4'053 Mio.
Schritt 2 Durchschnittskosten ohne Medikament	Anzahl Patienten	4268068	Kosten pro Patient	449	Kosten total	1'918 Mio.
Schritt 3 Durchschnittskosten Medikamente	Anzahl Patienten	4268068	Kosten pro Patient	500	Kosten total	2'135 Mio.
Schritt 4 Durchschnittskosten pro Erkrankten	Anzahl Patienten	4268068	Kosten pro Patient	950	Kosten total	4'053 Mio.
Kosten des Komparators (total):	X		X		4'053'700'385	

Bemerkungen: (Quelle: Datenpool santésuisse, 2000-2008, siehe Beilage)

Leistungsdaten und OKP-Kosten von Grundversorgern (Allgemeinpraktiker und Fachärzte für Innere Medizin) ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis (für Akupunktur-

TCM, für Phytotherapie, für Homöopathie, für Neuraltherapie und/oder für Phytotherapie), mit eigener ZSR-Nummer (Basisdatum 11.3.2010) für die Jahre 2000-2008. Berücksichtigt sind bei der jährlichen Anzahl Leistungserbringer nur Ärzte, welche jährliche OKP-Kosten von mindestens SFR 10'000 generierten.

Die Zahlen zeigen im Zeitverlauf von 2000 bis 2008 einen Anstieg des Durchschnittsalters des Patienten sowie der Anzahl Erkrankten. Die Anzahl der Erkrankten pro Arzt und Jahr schwankt, bleibt sich aber in etwa gleich.

Bei den Kosten zeigen sich in allen drei Kategorien ein kontinuierlicher Anstieg bis zum Jahr 2005 und danach eine Abflachung. Relativ ausgeprägt ist der Kostenanstieg von 2003 auf 2004 als Folge der Einführung von Tarmed (welcher für die Grundversorger erwünschtermassen bessere Tarife mit sich brachte).

Auch bei den Durchschnittskosten pro Arzt und denjenigen pro Erkrankten zeigt sich der Kostenanstieg deutlich, welcher mit der Einführung von Tarmed zusammenhängt. Danach steigen die Kosten nur noch relativ geringfügig.

Die Kosten für Medikamente überwiegen jeweils die direkten und veranlassten Kosten ohne Medikamente.

Kosten Medikamente im Vergleich siehe 6.4. in der Gegenüberstellung.

6.4. Kosten neue Leistung(2008)

Schritt 1 Durchschnittskosten pro Arzt	Anzahl Ärzte	44	Kosten pro Arzt	569'647	Kosten total	25.0 Mio.
Schritt 2 Durchschnittskosten ohne Medikament	Anzahl Patienten	32821	Kosten pro Patient	408	Kosten total	13.4 Mio.
Schritt 3 Durchschnittskosten Medikamente	Anzahl Patienten	32821	Kosten pro Patient	355	Kosten total	11.7 Mio.
Schritt 4 Durchschnittskosten pro Erkrankten	Anzahl Patienten	32821	Kosten pro Patient	764	Kosten total	25.0 Mio.
Kosten der neuen Leis- tung (total):	X		X		25'064'452	

Bemerkungen: (Quelle: Datenpool santésuisse, 2000-2008, siehe Beilage)

Auch die Gruppe der Grundversorger mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie basiert auf Ärzten mit eigener ZSR-Nummer (mit Basisdatum 11.3.2010), und es sind bei der jährlichen Anzahl Leistungserbringer ebenfalls nur Ärzte berücksichtigt, welche jährliche OKP-Kosten von mindestens SFR 10'000 generierten.

Bei den Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie zeigen die Zahlen im Zeitraum von 2000-2008 ebenfalls einen Anstieg des Durchschnittsalters des Patienten, allerdings auf einem leicht tieferen Niveau als bei den Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Desgleichen ist ein Anstieg der Anzahl Erkrankten pro Leistungserbringer zu verzeichnen, jedoch – mit Ausnahme des Jahres 2003 – erst ab dem Jahr 2006, dem Jahr, in welchem die ärztliche Komplementärmedizin (mit Ausnahme der Aku-

punktur) nicht mehr Bestandteil der Grundversicherung war.

Analog zu den Ärzten ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis ergibt sich auch bei den Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie in allen drei Kostenkategorien im Zeitraum von 2000-2008 ein Anstieg der Kosten. Auch hier ist die Wirkung der Einführung von Tarmed im Jahr 2004 sichtbar, jedoch weniger offensichtlich, da bereits in den Jahren davor ein kontinuierlicher Anstieg erfolgte, der aber in erster Linie mit der grösseren Anzahl zertifizierter Leistungserbringer zusammenhing. Nach dem Jahr 2004 flachte der Kostenanstieg deutlich ab, insbesondere bei den Durchschnittskosten ohne Medikamente.

Verglichen mit den Gesamtkosten für die Grundversorgung (ohne Ärzte mit komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweisen) sind die OKP-Kosten, welche die Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie generieren, sehr gering. Für das Jahr 2008 betragen sie lediglich 0.6%.

Bei den Durchschnittskosten pro Arzt ist die Wirkung der Einführung von Tarmed im Gegensatz zu den Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis nicht ersichtlich. Demgegenüber war in den Jahren davor ein relativ deutlicher Kostenanstieg zu verzeichnen, der sich mit der Einführung von Tarmed vorerst abflachte und sich in den Jahren 2007 und 2008 wieder etwas ausgeprägter zeigte.

Bei den Durchschnittskosten pro Erkrankten zeigt sich der Effekt der Einführung von Tarmed klar, indem im Jahr 2004 – analog zu den Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis – ein deutlicher Kostenanstieg zu verzeichnen war. Danach bleiben die gesamten Durchschnittskosten pro Erkrankten stabil, als Ergebnis von zwei Effekten: Die Durchschnittskosten für Medikamente stiegen pro Erkrankten leicht an, die Durchschnittskosten ohne Medikamente jedoch sanken entsprechend.

Im Gegensatz zu den Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis überwiegen bei den Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie die direkten und veranlassten Kosten ohne Medikamente die Kosten für Medikamente, und zwar recht deutlich.

Indexierter Kostenverlauf

Setzt man die Zahlen der Grundversorger mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie ins Verhältnis zu denjenigen der Grundversorger ohne entsprechenden komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis, so ermöglichen die entsprechenden Indizes sowohl einen Querschnitt als auch einen Längsvergleich.

Der Index für das Durchschnittsalter der Erkrankten zeigt, dass dieses bei den Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie je nach Jahr um 2 bis 4 Prozent tiefer liegt, ohne klaren Trend im Zeitverlauf.

Der Index der Anzahl Erkrankter pro Leistungserbringer macht deutlich, dass Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie von 2000 bis 2008 pro Jahr 11 bis 17 Prozent weniger Erkrankte behandelten als Grundversorger ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Der Unterschied hängt in erster Linie mit den längeren durchschnittlichen Konsultationszeiten von Ärztinnen und Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie zusammen. Gemäss PEK dauert eine Konsultation bei einem ausschliesslich schulmedizinischen Grundversorger 16.9 Minuten, bei einem phytotherapeutischen Arzt jedoch 23 Minuten, d.h. rund 6 Minuten (Mittelwert, Median beträgt 5 Minuten) länger (Melzer, Saller, Meier (2008) S. 86). Im Zeitverlauf steigt der Index der Anzahl Erkrankter pro Leistungserbringer leicht an, das heisst der Unterschied zwischen Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie und Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis verkleinerte sich in der Tendenz etwas.

Der Vergleich der Durchschnittskosten pro Arzt zeigt, dass sie für die Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie insgesamt um rund 30 Prozent tiefer liegen als für Grundver-

sorger ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Bei den Durchschnittskosten ohne Medikamente sind die Unterschiede etwas weniger gross (rund 20 Prozent Differenz), bei den durchschnittlichen Medikamentenkosten dafür umso grösser (zwischen 44 und 37 Prozent tiefere Kosten, mit einer leichten Tendenz zur Verringerung der Differenz). Die Unterschiede bei den Durchschnittskosten pro Arzt hängen wiederum auch mit der längeren durchschnittlichen Konsultationszeit und damit verbunden mit dem Umstand zusammen, dass Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie weniger Patienten behandeln.

Auch bei den Durchschnittskosten pro Erkrankten bestehen erhebliche Unterschiede: Bei den Gesamtkosten betragen sie zwischen 17 und 22 Prozent, mit eher leicht zunehmender Tendenz. Bei den Durchschnittskosten ohne Medikamente sind die Unterschiede weniger gross (1 bis 10 Prozent), mit jedoch zunehmender Tendenz. Bei den durchschnittlichen Medikamentenkosten sind die Unterschiede der Kosten pro Patient erheblich (35 bis 29%), mit leicht abnehmender Tendenz.

Ein – allerdings nur kleiner – Anteil des Unterschieds sowohl bei den Kosten pro Patient (und auch bei den Kosten pro Arzt) kann mit dem geringeren Durchschnittsalter der Patienten von Ärzten mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie erklärt werden. Der grössere Teil hat jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem kosteneffizienten Behandlungsstil zu tun. Diese Aussage wird noch akzentuiert durch den Umstand, dass Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie gemäss PEK Patienten mit einem Gesundheitszustand behandeln, der sowohl in der Einschätzung der Patienten selber als auch der behandelnden Ärzte in der Tendenz schlechter ist als derjenige von Patienten rein schulmedizinisch tätiger Grundversorgern (vgl. Melzer, Saller, Meier (2008) S. 85; die Unterschiede sind zwar zum Teil markant, allerdings aufgrund der eher kleinen Stichprobe nicht signifikant).

Bei all diesen Zahlen ist zu beachten, dass die Kostendaten für Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie stets Kosten für schul- und komplementärmedizinische Diagnosen und Behandlungen beinhalten. Eine Aufteilung derselben ist nicht sinnvoll möglich. Umgekehrt ist aufgrund von PEK davon auszugehen, dass auch etliche Grundversorger ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis zu gewissen Teilen komplementärmedizinische Methoden und Therapien einsetzen.

Fazit

Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie weisen nicht nur pro Arzt, sondern auch pro Patient deutliche tiefere Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf als Grundversorger ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Medikamentenkosten.

Die Unterschiede können nur zu einem sehr kleinen Teil auf das etwas geringere Durchschnittsalter der Patienten zurückgeführt werden und hängen auch nicht mit einem besseren Gesundheitszustand der Patienten zusammen. Im Gegenteil, angesichts dessen, dass der Schweregrad der Erkrankungen zumindest mit jenem von Patienten von Grundversorgern ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis vergleichbar ist, kann von einem sehr kosteneffizienten Behandlungsstil der Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie ausgegangen werden.

Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Phytotherapie kann diese Aussage noch akzentuiert werden durch die Tatsache, dass die Zufriedenheit der Patienten bei ihnen gemäss PEK insgesamt deutlich höher ist als bei Patienten rein schulmedizinischer Grundversorger (Melzer, Saller, Meier (2008) S. 87). Die hohe Patientenzufriedenheit weist auch darauf hin, dass die Behandlung durch einen Arzt mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie effizient ist und nicht etwa dazu führt, dass anderweitig im Versorgungssystem hohe Kosten anfallen.

Medikamentenkosten im Vergleich zum Komparator

Die postulierten, tieferen Medikamentenkosten können für Fall 1 und 2 (Kapitel 3.2) dokumentiert werden. Die Kosten wurden errechnet gemäss SL und ALT, Stand 10. Juni 2010 unter Berücksichtigung der Preisreduktionen von Pantoprazol per 1.7.2010.

Verschreibung für Medikation Fall 1. Dyspepsie

Therapiedauer 3 Monate (=90 Tage)

Phytotherapie:

Hepa SL 3 mal täglich eine Kapsel.

Phytotherapeutisches Präparat der Spezialitätenliste. Bedarf 270 Kapseln. Verschrieben werden 3x100 Kapseln à 42.10. Gesamtkosten: CHF 126.30

Tagestherapiekosten ca. CHF 1.40

Alternativ in anderen Fällen mit Indikation Dyspeptische Beschwerden:

Iberogast 3x täglich 20 Tropfen. 20 Tropfen entsprechen 1,1 ml (18 Tropfen = 1 ml).

Bedarf 300 ml. Verschreibung 3 OP à 100 ml à 56.95. Gesamtkosten 170.85.

Tagestherapiekosten ca. CHF 1.90.

Im Ausnahmefall doppelte Dosierung (40 Tropfen): Tagestherapiekosten 3.80

Tagestherapiekosten Phytotherapie zwischen 1.40 und 1.90 Franken. Im Einzelfall bei 3.80 Franken.

Komparator

Pantoprazol, 2 Tabletten à 20 mg/Tag

Bedarf 180 Tabletten. Verschreibung 1x120 Tabletten (CHF 55.50) und 1x60 Tabletten (37.10) Pantoprazol AXApharm. Gesamtkosten CHF 92.60.

Tagestherapiekosten: CHF 1.02

und

Domperidon 4x 1-2 Tabletten à 10 mg

Bedarf : 360 respektive 720 Tabletten. Verschreibung 4x100 respektive 7x100 Filmtabletten Motilium, OP à 40.65. Gesamtkosten: 162.60 oder 284.55.

Tagestherapiekosten: 1.80 respektive 3.16.

bzw.

Metoclopramid 3x1 Tablette à 10 mg

Bedarf: 270 Tabletten Primperan. 7 OP à 40 Tabletten à CHF 8.00. Gesamtkosten CHF 56.00.

Tagestherapiekosten: 0.62 CHF

oder

Metoclopramid 3x30 Tropfen

Bedarf 8100 Tropfen Paspertin. 1 ml sind 12 Tropfen. Bedarf 675 ml. 7 mal 100 ml à 8.90.

Gesamtkosten: 71.20.

Tagestherapiekosten: 0.80 CHF

(Problem: Metoclopramid führt bei diesen Patienten häufig zu Erhöhung von Unruhe und Nervosität, z.B. Akathisie)

und

Creon 10000 4 mal täglich eine Kapsel

Bedarf: 360 Kapseln. 4 OP à 100 Kapseln à 56.35. Gesamtkosten CHF 225.40.

Tagestherapiekosten: 2.50

Tagestherapiekosten Komparator (günstigste Variante mit Metoclopramid) CHF 1.64, mit Creon 10000 CHF 4.14. Mit hoher Dosierung Domperidon CHF 4.18, zusätzlich Creon 10000 CHF 6.68.

Konklusion: Kosten liegen CHF 0.24 bis CHF 2.88 über den Kosten der Phytotherapie (günstigster/teuerster Fall).

Kosten für Medikation Fall 2. Supportiv- und Palliativmedizin

Therapiedauer 3 Monate (=90 Tage)

Enziantinktur PhEur 3x0.5 ml täglich

Bedarf: 135 ml. Verschreibung ist 150 ml. Gesamtkosten nach ALT: CHF 21.65

Tagestherapiekosten Phytotherapie ca., CHF 0.25

Komparator (häufige Therapieversuche)

Domperidon 4x 1-2 Tabletten à 10 mg

Bedarf : 360 respektive 720 Tabletten. Verschreibung 4x100 respektive 7x100 Filmtabletten Motilium, OP à 40.65. Gesamtkosten: 162.60 oder 284.55.

Tagestherapiekosten: 1.80 respektive 3.16

und

Metoclopramid 3x1 Tablette à 10 mg

Bedarf: 270 Tabletten Primperan. 7 OP à 40 Tabletten à CHF 8.00. Gesamtkosten CHF 56.00.

Tagestherapiekosten: 0.62 CHF

oder

Metoclopramid 3x30 Tropfen

Bedarf 8100 Tropfen Paspertin. 1 ml sind 12 Tropfen. Bedarf 675 ml. 7 mal 100 ml à 8.90. Gesamtkosten: 71.20.

Tagestherapiekosten: 0.80 CHF

(Problem: Metoclopramid führt bei diesen Patienten häufig zu Erhöhung von Unruhe und Nervosität, z.B. Akathisie)

Loperamid 3 mal täglich eine Tablette à 2 mg

Bedarf 270 Tabletten. Verschreibung 1 OP à 200 Tabletten loperamid Streuli. à CHF 81.00, 1 OP à 60 Tabletten CHF 27.10 Total 108.10 Franken.

Tageskosten: CHF 1.20.

Tagestherapiekosten Komparator (günstigste Variante mit niedrigster Dosierung) CHF 3.62,

Mit hoher Dosierung Domperidon CHF 4.58. Die Kosten reduzieren sich, wenn Motilium nur bei Bedarf verschrieben wird um 0.60 (Annahme Medikation erfolgt an einem von drei Tagen, 2 OP à 60 Tabletten genügen)

Konklusion: Tagestherapiekosten Komparator liegen um mindestens CHF 2.77 bis ca. CHF 4.13 über den Tagestherapiekosten Phytotherapie.

6.5. Absehbare Entwicklungen der Kosten bzw. Preise und Tarife

Komparator:

Zunahme der Kosten gemäss Daten der Santésuisse pro Patienten: 2.8% / Jahr
(Berücksichtigt ist die Kostenentwicklung der Jahre 2000 bis 2008)

Neue Leistung:

Die Tarmed-Punkte sollen neue Leistungsziffern und die Zusatzbezeichnung Phytotherapie erhalten. Der zeitliche Raster und die Tarife werden unverändert übernommen. Von tariftechnischer Seite her ist deshalb keine Kostenzunahme zu erwarten (siehe 1.2).

Gemäss den Santésuisse-Daten waren die Kosten pro Arzt und pro Patient deutlich geringer als bei der Vergleichsgruppe der Allgemeinpraktiker und inneren Mediziner ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Auch im Zeitverlauf 2000-2008 blieben die Ergebnisse weitgehend stabil. Es ist deshalb bei Aufnahme der ärztlichen Phytotherapie in den OKP-Grundleistungskatalog auch für die Zukunft keine über die allgemeine Kostensteigerung hinausgehende Kostenzunahme zu erwarten.

6.6. Menge x Kosten, Komparator

Jahr 0 2010	Anzahl Ärzte	5150	Kosten Arzt	832'647	Kosten total	4'288 Mio.
Jahr 1 2011	Anzahl Ärzte	5181	Kosten Arzt	851'132	Kosten total	4'409 Mio.
Jahr 3 2013	Anzahl Ärzte	5246	Kosten Arzt	889'342	Kosten total	4'665 Mio.
Jahr 5 2015	Anzahl Ärzte	5311	Kosten Arzt	929'267	Kosten total	4'935 Mio.

Bemerkungen: Wachstumsrate der Ärztezahl: $r = 1.00618$
Wachstumsrate der Kosten pro Arzt: $r = 1.0222$

6.7. Menge x Kosten, neue Leistung

Jahr 0 2010	Anzahl Ärzte	47	Kosten Arzt	600'121	Kosten total	28.2 Mio.
Jahr 1 2011	Anzahl Ärzte	49	Kosten Arzt	615'964	Kosten total	30.2 Mio.
Jahr 3 2013	Anzahl Ärzte	52	Kosten Arzt	648'916	Kosten total	33.7 Mio.
Jahr 5	Anzahl		Kosten		Kosten	

2015	Ärzte	56	Arzt	683'631	total	38.0 Mio.
<p>Bemerkungen: Wachstumsrate der Ärztezahl: $r = 1.0366$ Wachstumsrate der Kosten pro Arzt: $r = 1.0264$</p> <p>Sollte die Phytotherapie in die OKP aufgenommen werden, könnte infolge des Dreijahreszyklus der Ausbildung SMGP/UNION die Anzahl der Ärzte mit Zusatzausbildung in Phytotherapie ab 2015 die geschätzte Zuwachsrate übersteigen. Diese Ärzte werden jedoch eher weniger schulmedizinische Leistungen veranlassen, was sich gemäss der Daten der Santésuisse insgesamt Kosten senkend auswirken dürfte.</p>						
6.8. Einsparungen bei nachgelagerten Leistungen						
Art der eingesparten Leistungen, gestützt auf die Angaben in Modul 5 (Wirksamkeit, Sicherheit)			Keine zuverlässige Schätzung möglich.			
Menge der eingesparten Leistungen, Jahre 0, 1, 3 und 5 nach Kostenübernahme-Entscheid			Keine zuverlässige Schätzung möglich.			
Kosten der eingesparten Leistungen, Jahre 0, 1, 3 und 5 nach Kostenübernahme-Entscheid			Keine zuverlässige Schätzung möglich.			
<p>Bemerkungen:</p> <p>Die Anzahl der Titelträger Phytotherapie ist klein, weshalb sich schon eine geringe Zunahme der Anzahl Titelträger stark auf die Zuwachsrate auswirkt. Besonders stark hat sich diese Zuwachsrate auf die Gesamtkosten ausgewirkt (6.4%). Vergleicht man jedoch die beiden Gesamtvolumina miteinander, so relativiert sich dieses Wachstum wieder ins nahezu Bedeutungslose, denn die 28 Mio. stellen nur knapp 0.7% des Gesamtvolumens des Komparators dar.</p>						
6.9. Einsparungen oder Zunahme bei indirekten Kosten						
<p>Sofern relevant: Sind Veränderungen (Zu- oder Abnahmen) bei den indirekten Kosten zu erwarten (z.B. Verdienstaufschlag bei Patienten/innen oder nichtberuflich betreuenden Personen)?</p> <p>Es ist keine Zunahme der indirekten Kosten zu erwarten.</p> <p>Verschiedene pflanzliche Therapien können die Erkrankungsdauer verkürzen (Echinacin¹, Bronchipret²), so dass indirekte Kosten durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle reduziert werden.</p> <p>1) HTA Bericht Phytotherapie (PEK) 2005</p> <p>2) Kemmerich et al. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. <i>Arzneim.-Forsch./Drug Res.</i> 2006</p>						
6.10. Kostenfolgen						
Für die Krankenversicherer:			Es ist keine Kostenzunahme zu erwarten. Im Gegenteil: langfristig hat die Phytotherapie ein beachtliches Potenzial, Kosten zu sparen.			

Für andere Kostenträger:	Keine
Optional: Indirekte Kosten:	Reduktion
<p>Bemerkungen:</p> <p>Wie die indikationsbezogenen Studien zeigen, können zumindest bei gewissen Indikationen durchaus Kosteneinsparungen möglich sein. Bei der Studie von Stothers et al. 2002, wo die direkten Kosten grösser waren, wurden allfällige Folgekosten durch vermehrt auftretende Nebenwirkungen bei ausschliesslich konventionellem Vorgehen nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Santésuisse-Daten zeigen zudem, dass die phytotherapeutische Behandlung verglichen mit der konventionellen Behandlung günstiger ist. Die Aufnahme der Phytotherapie in die Grundversicherung wird deshalb keine Mehrkosten verursachen.</p> <p>Eine Frage, die zurzeit nicht hinreichend untersucht ist, betrifft die gleichzeitige Inanspruchnahme beider Therapierichtungen. Erste Hinweise, dass die parallele Inanspruchnahme nicht die Regel ist, liefern der Gesundheitszustand der CAM-Patienten und die Erfüllung der Erwartungen. Der Gesundheitszustand (Schweregrad des Hauptsymptoms) ist bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen bei CAM-Patienten grösser als bei COM-Patienten. Die Erwartungen an die Behandlung werden aber genauso gut erfüllt oder fallen sogar besser aus bei den CAM-Patienten verglichen mit den COM-Patienten (Melzer, Saller, Meier (2008)l. / HTA Bericht Phytotherapie (PEK) 2005).</p>	
<p>6.11. Belege für die Angaben unter 6.3., 6.4., 6.5., 6.8., 6.9.</p>	
<p>Liste der zitierten Literatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melzer et al. Aspects of Quality of Primary Care Provided by Physicians Certified in Phytotherapy in Switzerland. FOKOM 2008;15:82-88 - Kemmerich et al. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 2006 - HTA Bericht Phytotherapie (PEK) 2005 <p style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Beilage Nr. 4</p>	

Modul 7: Beilagenverzeichnis, Vertraulichkeit, Datum, Unterschrift

7.1. Verzeichnis der Beilagen

Beilage 1: Begleitbrief

Beilage 2: Studien (zu 6.2)

Beilage 3: Daten (zu 2.4 & 6.3-7: Gesundheitsbefragung 2007; Santésuisse)

Beilage 4: Literatur

Beilage 5: Summary (zu 1.6)

Beilage 6: Formular Interessenkonflikt Prof Dr Reinhard Saller

Beilage 7: Integrative Medizin

Beilage 8 (Nachlieferung): Krankheitsgruppen im ICD 10, Indikationsgebiete in der Phytotherapie, verwendete Heilpflanzen, Indikation nach Spezialitätenliste und Krankheitsgruppen in PEK- Praxisstudien und Evidence nach EBM (eine Auswahl) (war Anhang 1 im Antrag 2005)

Beilage 9 (Nachlieferung): Formular Interessenkonflikt Hans-Peter Studer

Beilage 10 (Nachlieferung): Brief SIWF vom 28.4.2010

7.2. Vertraulichkeit der Angaben

Bis zur Kommunikation des Entscheides des Eidg. Departements des Innern haben nur Mitarbeitende des BAG, Mitglieder der ELGK und gegebenenfalls BAG-externe Fachleute, die das BAG zur Vorbereitung der Beratung in der ELGK beziehen kann, Einsicht in den Antrag und die Beilagen. Anschliessend können verwaltungsexterne Stellen Einsicht in die Unterlagen verlangen.

Der Antrag enthält keine vertraulichen Dokumente oder anderweitige vertrauliche Informationen.

**Der/die Antragstellende beantragt, dass das Kommissionsmitglied
..... keine Einsicht in diese Antragsunterlagen erhält und bei der Beratung in den Ausstand tritt.**

Begründung:

Die obigen Angaben dürfen auf Anfrage hin an verwaltungsexterne Stellen weitergeleitet werden; ausgenommen sind die Angaben unter den Punkten:

Begründung:

7.3. Unterschrift des/r Antragstellenden	
Der/die Antragstellende bestätigt, dass das Antragsformular wahrheitsgemäss ausgefüllt worden ist und die Beilagen vollständig und unverändert vorliegen.	
Ort, Datum Wädenswil, den 15. Juni 2010 Ergänzte Version vom 27.4.2010	Unterschrift Antragsteller: Geschäftsstelle SMGP; Prof. Dr. Beat Meier
Ort, Datum Zürich, den 15. Juni 2010	Unterschrift Verfasser des Antrags: Prof. Dr. med Reinhard Saller, Felix Iten Institut für Naturheilkunde USZ;