

Phytothérapie médicale

En avril 2010, la Société Suisse de Phytothérapie Médicale (SSPM) a soumis la demande pour la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins (AOS) de la phytothérapie médicale. Le demandeur proposait la modification suivante de l'OPAS :

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision vala- ble à partir du
Phytothérapie	Oui	Médecins dont la formation complémen- taire dans cette discipline est reconnue par l'UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire.	1.1.2011

Historique

Le 1^{er} juillet 1999, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) prenait la décision d'admettre cinq méthodes de médecine complémentaire (médecine anthroposophique, homéopathie, thérapie neurale, phytothérapie et médecine traditionnelle chinoise) dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) pour une période limitée (jusqu'au 30 juin 2005). Durant cette période, un programme a été mis sur pied afin d'évaluer leur efficacité, adéquation et économicité. L'efficacité des médicaments phytothérapeutiques n'a pas été mise en doute. Toutefois, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32. LAMal pour les prestations des médecins liées à la prescription des médicaments phytothérapeutiques ainsi que les conseils y liés, n'étaient pas remplis. En conséquence, les médicaments phytothérapeutiques efficaces restaient énumérés sur la liste des spécialités mais les prestations liées à leurs prescriptions figuraient comme non à charge de l'AOS.

Demande actuelle

Epidémiologie et description du traitement

Les traitements phytothérapeutiques concernent les mêmes indications que la médecine conventionnelle. Ils sont souvent utilisés dans le cadre de maladies chroniques et fonctionnelles ainsi que comme thérapie complémentaire aux traitements conventionnels. Une séparation stricte avec la médecine conventionnelle n'est qu'en partie possible puisque les médecins phytothérapeutes pratiquent les deux types de médecine (médecine conventionnelle et médecine phytothérapeutique). Le dossier actuel demande une reconnaissance des prestations « phytothérapeutiques ». Étant donné que les médicaments utilisés sont des mélanges de nombreux produits et montrent un potentiel thérapeutique plus élevé que celui d'une substance unique ou d'une préparation combinée, le patient doit être informé de façon différenciée. Les exemples indiqués sous le point 3.3 décrivent une prise en charge des patients individualisée avec un choix différencié du médicament à utiliser découlant d'une anamnèse très approfondie.

Efficacité

Les articles de la littérature scientifique ainsi que le rapport rédigé en 2005 sur les médecines complémentaires montrent que l'efficacité de la phytothérapie n'est pas mise en question. Les études annexées donnent de bonnes indications quant à l'efficacité des substances phytothérapeutiques, en revanche, des études démontrant la plus-value de « consultations de phytothérapie » spécifiques n'existent pas actuellement.

L'expertise effectuée sur la demande de l'OFSP devait démontrer si un bénéfice d'une durée plus longue de consultation était établi. Si oui, dans quelle mesure cette constatation était spécifique à la phytothérapie. L'expert relève que le cheminement conduisant au diagnostic et par conséquent au traitement est compréhensible mais que le bénéfice sur la santé au sens d'efficacité clinique ne peut, pour le moment, pas être prouvé par des études cliniques. Il note également que les aspects phytothérapeutiques décrits dans ce dossier sont cliniquement rationnels (annexe 2).

Sécurité, risques

Actuellement, les médecins peuvent effectuer une formation complémentaire en phytothérapie attestée par le certificat de l'UNION des médecines complémentaires (Certificat SSPM en Phytothérapie), certification qui doit être répétée tous les 3 ans. En vue d'une reconnaissance par la FMH, cette certification a été adaptée selon les directives de cette dernière et le 11 février 2010 la SSPM a déposé une demande auprès de l'Institut Suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) afin que le certificat soit reconnu par la FMH. Le comité exécutif a accepté la demande lors de sa séance du 11 mars. Le programme de certification se trouve actuellement en phase de rédaction et sera soumis après un délai référendaire de 2 mois aux délégués de l'ordre des médecins.

Les médecins présentant ce certificat pourront délivrer les prestations de phytothérapie médicale.

Coûts, grille quantitative et impact sur les coûts

a) Économies. Plusieurs études concernant l'aspect économique des prestations phytothérapeutiques sont disponibles. Les articles montrent généralement un rapport coût-efficacité plutôt avantageux en faveur de la phytothérapie. Par exemple, l'un des articles¹, qui compare les coûts du traitement de l'insuffisance veineuse chronique par compression et par le médicament phytothérapeutique Venostatin® montre que les coûts sont légèrement plus élevés pour le traitement phytothérapeutique mais qu'en prenant en compte le critère « qualité de vie », l'évaluation des coûts penche en faveur de traitement par Venostatin®. Un autre article² montre que le traitement de l'insuffisance cardiaque (stade NYHA II) par l'extrait d'épine blanche (*crataegus laevigata*) engendre des coûts moins élevés par rapport au traitement médicamenteux traditionnel en raison de coûts d'hospitalisation significativement plus bas.

b) Impact sur coûts. Selon les données du Datenpool de SantéSuisse, en 8 ans (de 2000 à 2008), le nombre de médecins phytothérapeutes a augmenté d'un tiers (de 33 à 44) et les coûts de 64% (et non 6.4% comme indiqué dans le dossier ; 15'258'319 à 25'064'452.- CHF). Voir aussi l'expertise sur l'économies (annexe 3)

Comparaison des coûts, valeurs moyennes pour un patient :

	Coûts moyens par patient (2008),	Nombre de patients	Coûts totaux
Médecine conventionnelle	CHF 950.-	4'268'068	CHF 4 mia.
Phytothérapie	CHF 764. -	32'821	CHF 25 mio.

Les patients traités semblent, selon leur propre jugement et le jugement du médecin, en moins bonne santé que les patients traités par médecine conventionnelle. Etant donné les moindres coûts engendrés par la phytothérapie, on peut en déduire que la prise en charge est particulièrement efficace.

¹ Rychlik R. et al. *Ökonomische Aspekte der Therapie der chronisch venösen Insuffizienz. Gesundheitsökonom. Qual. Manag.* 2 (1997) 86-91.

² Koller M. et al. *Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assoziierten Herzinsuffizienz. MMW-Fortschritte der Medizin Originalien nr. IV/2005(147.Jg.), S.159-164.*

Évaluation de l'OFSP

La phytothérapie selon la demande est une prestation médicale qui consiste en prescription de médicaments phytothérapeutiques et en conseils y liés. Différents articles démontrent que beaucoup de médicaments phytothérapeutiques, qu'ils soient préventifs ou curatifs, sont coûts-efficaces. L'utilité (en termes d'efficacité, de sécurité ou d'économicité) de rembourser ce type de consultations n'est explicitement que partiellement démontrée.

Questions à la Commission :

La CFPP doit se prononcer sur les questions suivantes :

- La Commission est-elle en mesure de se prononcer quant à la prise en charge des prestations par l'AOS
- L'AOS doit-elle prendre en charge les coûts des prestations phytothérapeutiques telles que décrites ci-dessus selon la demande déposée auprès de l'OFSP ?

Documents joints :

1. Demande de la SSPM (annexes à la demande : sur CD seulement).
2. Expertise sur la « plus-value » thérapeutique de la phytothérapie
3. Expertise sur l'économicité de la phytothérapie

[REDACTED]
[REDACTED]
Department federal de l'interieur FDI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division prestation
Section Prestations médicales
Schwarzenburgstr. 165

CH-3003 Berne

per E-Mail

Kurz-Gutachten

von

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für die medizinische Phytotherapie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Fragestellungen:

1. Gesundheitlicher Nutzen des vom Antragsteller (SMGP) beschriebenen Mehraufwandes einer längeren Konsultationsdauer bei der Verordnung von Phytotherapeutika?
2. Wenn Frage 1 mit JA zu beantworten ist, inwieweit ist dieser Nutzen Phytotherapie-spezifisch, spezifisch für die Komplementärmedizin oder unspezifisch für jede Art der ärztlichen Therapie?

Informationsmaterial: Modul 3 des SMGP-Antrages, Beilage 8; Studie „Aspects of Quality of Primary Care Provided by Physicians Certified in Phytotherapy in Switzerland“

Vorbemerkung zur speziellen Evidenzlage und allgemeinen Nutzenbewertung:

Anhand des vom BAG an den Gutachter übersandten Materials, sowie auf Grund der allgemeinen Literatursituation, ist es dem Auftragnehmer nicht möglich, eine primär auf wissenschaftliche Literatur (Studien) gestützte Aussage zum Sachverhalt machen zu können. Konkret bedeutet dies,

dass hier keine scharfe Grenze zwischen einer wissenschaftlichen und persönlichen (politischen) Entscheidung zu ziehen sein wird.

Bezüglich des Nutzens eines zeitlichen Mehraufwandes einer Konsultation im Rahmen einer Arzneiverordnung und Verlaufskontrolle, sei eine kurze allgemeine Bemerkung zur Nutzenbewertung erlaubt: Nutzen kann von verschiedenen Blickwinkeln aus bewertet werden. Je nach Standpunkt des Betrachters, werden unterschiedliche Aspekte berücksichtigt und eigene Interessen in die Nutzenbewertung eingebracht. Im Idealfall sollte die Nutzenbewertung aus Sicht der gesamten Gesellschaft und aus der Sicht des einzelnen Patienten basieren (1). Betrachtet man diese allgemeinen Endpunkte, so kann die Gesamtgesellschaft primär kein Interesse an höheren Kosten haben, da es immer um Verteilungsgerechtigkeit geht. Der einzelne Patient profitiert hingegen meist per se von einer längeren Betreuungszeit, selbst wenn es sich nur um Zuwendungszeit handelt.

Zu 1. Gesundheitlicher Nutzen des Patienten durch längere Konsultationszeit?

Der Antragsteller begründet die Notwendigkeit einer längeren Konsultationszeit unter Punkt 3.3. des Antrages durch zwei klinische Fallbeispiele und weitere Literaturverweise.

Stellungnahme: Die hier exemplarisch gewählten klinischen Beispiele sollen zeigen, welche besondere Berücksichtigung die Beschwerden und Symptome sowie die Konstitution eines Patienten bei der differenzierten Auswahl des Wirkungsspektrums der pflanzlichen Vielstoffgemische (und damit der am besten geeigneten Präparate) zu treffen sind.

Im Falle der dyspeptischen Beschwerden (1. klinisches Beispiel unter 3.3)–die als Oberbegriff für Symptome gelten, die mit dem Magen-Darm-Trakt assoziiert sind (Oberbauchbeschwerden, Sodbrennen, Völlegefühl, Übelkeit) – können in der Phytotherapie verschiedene Symptomkomplexe beschrieben werden, die mit unterschiedlichen Arzneidrogen bzw. Präparatebeispielen behandelt werden sollten (2):

- a. das Sodbrennen, saures Aufstoßen mit retrosternalen Schmerzen als „Refluxtyp“ - Kamillenblüten
- b. Nüchternschmerz im Epigastrium („Ulkuustyp“)–Kamillenblüten, Süßholzwurzel

- c. Völlegefühl, Übelkeit, geblähtes Abdomen, Speisunenverträglichkeit, rasches Sättigungsgefühl als „Dysmotilitätstyp“ – Angelikawurzel, Kamillenblüten, Kümmelfrüchte, Melissenblätter, Mariendistel Früchte etc. **als Iberogast-Tinktur**
- d. Beschwerden vom „Dysmotilitätstyp“ mit oft krankhaft erhöhten Fettstoffwechselwerten - Artischockenblätter **als Hepar**
- e. Völlegefühl mit Aufstoßen, Blähungen, trockenem Würgen und Schlucken (Aerophagietyp)– Fenchelfrüchte, Kümmelfrüchte, Pfefferminzblätter, Wermutkraut
- f. unspezifische Herzbeschwerden bei Völlegefühl, häufigem Aufstoßen, Neigung zu Obstipation als Roemheld-Syndrom – Fenchelfrüchte, Kamillenblüten, Kümmelfrüchte, Pfefferminzblätter und Pomeranzenschalen

Zu dieser Praxis addieren sich oft noch nicht-medikamentöse Verfahren der Diätetik oder spezielle Anwendungen wie bei a) und b)-Beschwerden in Form einer über 2 Wochen durchgeführten Rollkur: Kamillenblütenextrakt als Tinktur in warmen Wasser gelöst, ¼ davon auf nüchternen Magen trinken, sich danach hinlegen und jeweils ca. 5 Minuten Rückenlage–linke Seitenlage–Bauchlage–rechte Seitenlage, dazwischen ¼ trinken.

Darüber hinaus sind allgemeine Kenntnisse von möglichen Interaktionen mit bestehenden Behandlungen (soweit überhaupt bekannt) und die Gefahren von Überdosierungen zu berücksichtigen.

Die Antragsteller haben als Beispiel die hier unter c) und d) geschilderten Beschwerdekompexe beschrieben und mit Recht die Kenntnisse der Pflanzendifferenzierung nach Beschwerdemuster gefordert. Auch der Hinweis auf die bevorzugte Verwendung der Artischockenblätter wegen der Obstipation ist nachvollziehbar und könnte mit möglichen Einspareffekten unter Verzicht auf zusätzliche Präparate verbunden sein.

Im 2. klinischen Beispiel beschreibt der Antragsteller eine Patientin mit Mamma-Karzinom, die unter ausgeprägter Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und langfristiger Übelkeit mit intermittierenden Durchfällen leidet. Es handelt sich erneut um den Einsatz von Phytotherapeutika, die bei dyspeptischen Beschwerden eingesetzt werden. Hier sollen so genannte Bitterstoffe, die generell zur Behandlung von dyspeptischen Beschwerden, Appetitlosigkeit und Völlegefühl aufgrund von Hyposekretion oder Anazidität verordnet werden. Bitterstoffe regen die Speichel- und Magensaftsekretion einerseits über den N. Vagus durch Erregung der Bitterrezeptoren der Zunge an, andererseits humoral im Magen selbst. Über die Anregung der Verdauung wirken

Bittermittel generell tonisierend, was bei Erschöpfungszuständen genutzt wird. Der Bitterstoff Wermut (*Artemisia absinthium*) enthält das ätherische Öl mit Thujon als wirksamen Bestandteil, das in toxischer Dosierung als Krampfgift wirkt(2). Es ist deshalb verständlich, dass Wermut im geschilderten Fall evtl. zu Schlafstörungen führen könnte. Symptomatisch steht die deutlich herabgesetzte Motilität des Magen-Darm-Trakts im Vordergrund. Deshalb bevorzugt der ausgebildete Phytotherapeut in diesem Falle die Enzianwurzel (*Gentiana lutea*) mit milder tonisierender, aber deutlicher motilitätssteigernder und immunmodulierender Wirkung (Durchfall). Interaktionen mit Tamoxifen sind nicht bekannt.

Konstitutionelle Aspekte spielen in der rationalen, westlichen Phytotherapie nicht mehr diese große Rolle als in traditionellen Medizinsystemen wie in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Dennoch sind Eigenschaften (hier „müde und erschöpft“ aber nicht gleichzeitig „unruhig und nervös“) und entsprechende Modalitäten wie „Hitze“- und „Kälte“-Empfindlichkeit bzw. wärmende und kühlende Aspekte von Pflanzen bei der Auswahl der Präparate weiterhin wichtige Entscheidungshilfen.

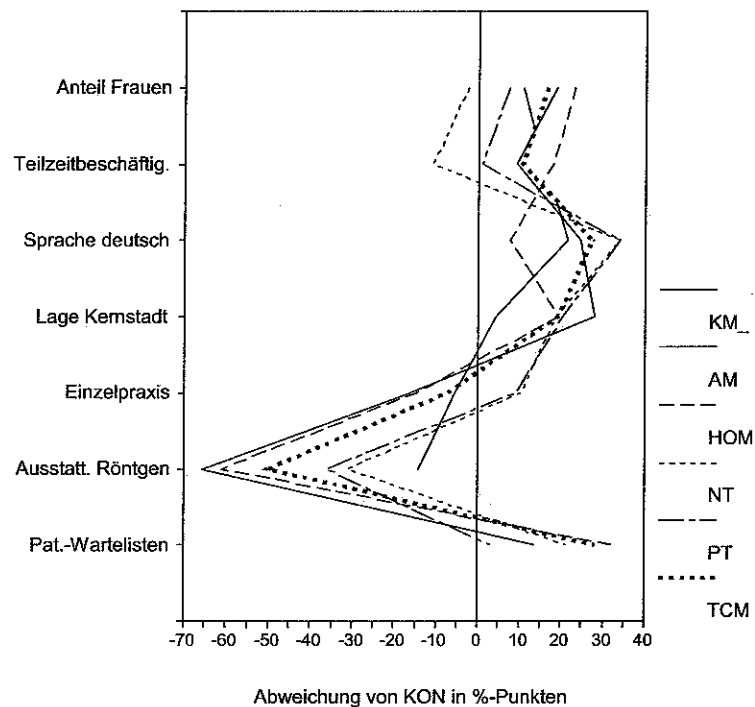
Der Gutachter kann deshalb die geforderte Verlängerung des Patientengesprächs zur Identifizierung der besonderen Beschwerdemuster und Persönlichkeitsmerkmalen (konstitutionelle Betrachtung) sowie deren Vergleich mit den Wirkprofilen der Pflanzen nach bisherigem Stand des Fach-Wissens bzw. der eigenen Erfahrungen nachvollziehen. Ob der gesundheitliche Nutzen im Sinne einer klinischen Wirksamkeit oder Sicherheit bei Nicht-Einhaltung oder gar Verzicht auf diese aufwändigen diagnostisch-therapeutischen Prozessprozeduren vergleichbar ausfällt bzw. grundsätzlich immer notwendig ist, kann derzeit durch klinische Studien nicht belegt werden. Aus praktischer Sicht erscheint dies jedoch derzeit als notwendig.

Kommentierung der Praxisstudie: "Aspects of Quality of Primary Care Provided by Physicians Certified in Phytotherapy in Switzerland"

Die zur Beurteilung vom Auftraggeber beigelegte Studie aus dem PEK soll im folgendem kommentiert werden.

Die Publikation beschreibt Qualitätsprofile von Struktur, Prozess und Ergebnissen der Anwendung von Phytotherapie in der ärztlichen Grundversorgung der Schweiz. Die Aussagen der Studie sind – wie in der Publikation richtig vermerkt – sehr limitiert, da sich nur 20 Phytotherapeuten im Gegensatz zu 191 konventionellen Ärztinnen und Ärzten an der

Untersuchung beteiligt haben. Wenn man sich die Originaldaten im PEK-Abschlussbericht (3) ansieht, erkennt man, dass das Strukturprofil der Phytopraxen dem der konventionellen Ärztepraxen sehr ähnlich ist. Die größten Abweichungen stellen die Deutschsprachigkeit und die geringere Röntgenausstattung dar.



Profildarstellung der Praxisstruktur von Ärzten der 5 Einzelmethoden (AM=Anthroposophische Medizin; HOM=Homöopathie; NT=Neuraltherapie; PT=Phytotherapie; TCM=Traditionelle Chines. Medizin) als Abweichung von der konventionellen Versorgung (KON=Nulllinie; Abweichung nach rechts: häufiger als KM; Abweichung nach links: seltener als KM); zum weiteren Vergleich ist die Gruppe von nicht-zertifizierten KM-Ärzten (KM_) eingezeichnet (3).

Die Zufriedenheit der Patienten zeigt sich nicht nur im erwähnten EuroPEP, sondern auch im Patientenprofil des Abschlussberichts (3). Dabei wird klar, dass die Patientinnen und Patienten der Phytopraxen der Schulmedizin gegen über weniger positiv eingestellt sind, als die Klientel der konventionellen Praxen (36,8 vs. 59,6 Prozent).

Dies zeigt die folgende Abbildung aus dem PEK-Abschlussbericht:

Beschreibung des Patientenprofils bei Ärzten der konventionellen Versorgung (KON) und bei zertifizierten KM-Ärzten (KM(+)) im Jahr 2002 – Angaben von Patienten > 16 Jahre (3)

	KON-Ärzte	Zertifizierte KM-Ärzte KM(+)				TCM
		AM	HOM	NT	PT	
Gesundheitszustand "weniger gut" oder "schlecht" (%)	23.9	25.2	21.2	32.0	25.0	29.7
Beschwerdedauer (mw/Median) Mon.	51.7/6	43.4/10	65.1/18	70.7/24	50.0/18	71.8/24
Schweregrad der Beschwerden "gravierend" (%)	21.1	22.7	23.8	29.1	26.1	30.9
Befragung 1 Mon. nach Konsultation						
Anzahl beantworteter Fragebögen	1395	408	1807	564	276	1135
Rücklaufquote (%)	45	60	61	54	48	56
SF-36: Körperl. Gesundheit PCS (mw/sd)	47.9	48.2	50.5	46.7	48.8	47.5
SF-36: Psych. Gesundheit MCS (mw/sd)	10.3	10.0	9.4	10.1	10.9	9.9
SF-36: Psych. Gesundheit MCS (mw/sd)	47.8	47.3	47.1	49.2	50.1	48.9
SF-36: Psych. Gesundheit MCS (mw/sd)	11.6	10.9	10.9	11.1	10.5	10.4
Erwartungen an die Behandlung „vollkommen erfüllt“ (%)	32.5	38.8	36.6	31.5	34.8	30.3
Nebenwirkungen Ja (%)	15.0	8.1	9.1	11.9	14.2	7.7
mit bisheriger Behandlung "sehr zufrieden" (%)	43.3	56.4	52.3	48.1	50.9	48.8
Einstellung zu Schulmedizin „positiv“ %	54.8	19.8	24.8	36.1	36.8	32.7
Einstellung zu KM „positiv“ %	41.9	86.6	84.1	71.2	59.6	78.3
Erfahrung mit KM „wenig/keine“ %	43.5	4.6	8.2	17.4	29.0	11.7

Ob diese positive Einstellung der Patientinnen und Patienten gegenüber Komplementärmedizin auch gleichzeitig eine hohe Affinität zu pflanzlichen Präparaten bedeutet, können diese Zahlen nicht belegen, wäre aber vorstellbar.

Der hier in dieser Publikation zeitliche Mehraufwand seitens der Ärztinnen und Ärzte kann durch die PEK-Studiendaten zwar festgestellt, aber nicht begründet werden. Die höhere Patientenzufriedenheit ist bei allen komplementären Heilverfahren – auch in dieser Studie – festzustellen. Ob daraus jedoch die von den Autoren erwähnte stärkere Patientenorientierung und besondere Konsultationseigenschaft von ausgebildeten Phytotherapeuten abzuleiten ist, kann aus meiner Sicht nicht postuliert werden.

Zu 2. Inwieweit ist dieser gesundheitliche Nutzen Phytotherapie-spezifisch, spezifisch für die Komplementärmedizin oder unspezifisch für jede Art der ärztlichen Therapie?

Viele Formen der traditionellen Phytotherapien - aber auch andere Formen der Komplementärmedizin—sind in diagnostischer Hinsicht „phänomenologisch deskriptiv“. Die hier vorgestellten Aspekte sind jedoch vom Wirkprofil pflanzlicher Vielstoffgemische im Sinne eines „Multitarget-Ansatzes“ überwiegend rational klinisch nachvollziehbar. Aus diesem Grunde ist das diagnostische Vorgehen in diesen Beispielen eher Phytotherapie-spezifisch (für die westliche Phytotherapie) als spezifisch für die oft nicht rational nachvollziehbare Komplementärmedizin im allgemeinen. Ob sich eine Verlängerung der Konsultationszeiten jeder Art der ärztlichen Therapie unspezifisch auf den gesundheitlichen Nutzen der Patientinnen und Patienten auswirken wird, ist anzunehmen, aber mit dem vorliegenden Datenmaterial nicht belegbar.

Literatur

1. Porzsolt F, Habs M. Nutzenbewertung in der konventionellen Medizin und Komplementärmedizin MMW-Fortschr.Med. Originalien II/2010 (152.Jg):70-71.
2. Wiesenauer M, Kerckhoff A.(Hrsg.) PhytoPraxis Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, 2003:208-2009.
3. Melchart D, Mitscherlich F, Amiet M, Eichberger R, Koch P: Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK) Schlussbericht. Bern. Swiss Federal Office of Public Health. 2005



Ökonomische Beurteilung zum Antrag

Ärztliche Phytotherapie

Zusammenfassung der Ergebnisse

Für gewisse phytotherapeutische Leistungen ist die Wirtschaftlichkeit bei entsprechender Indikation gegeben.

Die Aussage im Antrag, dass die Kosten für die Phytotherapie generell tiefer sind bei gleicher Wirkung ist aufgrund der präsentierten Daten nicht belegt. Der Vergleich mit Durchschnittskosten pro Arzt, wie er in der PEK Studie durchgeführt wurde, beweist diesen Punkt nicht, da nicht für unterschiedliche Patientenmerkmale und Behandlungserfolg kontrolliert wurde.

Wie bei anderen komplementärmedizinischen Leistungen lässt sich aufgrund der präsentierten Studien nicht generell belegen, ob diese schulmedizinische Leistungen ersetzen (Substitution) oder ergänzen (Komplementarität). Kosten senkend wären diese Leistungen nur im ersten Fall. Gemäss einzelnen zitierten Studien können in gewissen Fällen phytotherapeutische Leistungen zu tieferen Kosten führen. Dieses Ergebnis lässt sich aber nicht auf die Phytotherapie insgesamt übertragen.

1 Globale Beurteilung der Wirtschaftlichkeit insgesamt

Im Antrag wird ausgesagt, dass die Phytotherapie insgesamt gleiche Wirkung bei tieferen Kosten erzielt. Einzelne zitierte Studien [2], [3] und [9] stützen diese Aussage. Allerdings zeigt eine zitierte Studie [1] auch höhere Wirksamkeit bei höheren Kosten und eine Studie [6] fand eine verbesserte Wirksamkeit bei gleichen Kosten.

Schweizer Studien für dieses Gebiet liegen keine vor. Alle zitierten Studien sind aus Industrieländern mit einem vergleichbaren Lebensstandard wie die Schweiz (z.B. Australien, Deutschland, Kanada). Gesundheitsökonomische Studien lassen sich aufgrund unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten (insbesondere unterschiedliche Kostensituation) nicht ohne weiteres auf ein anderes Land übertragen. Allerdings ist bei eindeutigen Resultaten in der Regel ein ähnliches Resultat bezüglich Grundaussage auch für die Schweiz zu vermuten. Einzelne Werte und Resultate lassen sich aber nicht einfach übertragen oder ohne weiteres für die Schweiz umrechnen.

Alle Studien beziehen sich immer auf spezifische Interventionen bei spezifischen Indikationen. Eine Verallgemeinerung auf die Phytotherapie insgesamt lässt sich damit aber nicht machen.

Die PEK Studie verwendet Durchschnittskosten von Ärzten mit Fähigkeitsausweis in Phytotherapie und vergleicht diese mit Ärzten ohne solchen Fähigkeitsausweis. Aufgrund fehlender Kontrolle von Patientenmerkmalen (Morbidität, Alter, Geschlecht) und Outcomes der Behandlungen bei den beiden Vergleichsgruppen lässt sich der Kostenunterschied nicht als eine generell bessere Wirtschaftlichkeit interpretieren.

Wie bei schulmedizinischen Leistungen auch lässt sich die Wirtschaftlichkeit nicht pauschal für das gesamte Gebiet der Phytotherapie beurteilen. Es kommt jeweils darauf an, welche Leistung bei welchen Patientengruppen angewandt wird. Erst dann kann die Wirtschaftlichkeit pro Leistung beurteilt werden.

Bei einzelnen phytotherapeutischen Leistungen scheint das Kriterium der Wirtschaftlichkeit aufgrund der wissenschaftlichen Literatur durchaus erfüllt zu sein ([2], [3], [6] und [9]).

2 Wirtschaftlichkeit einzelner Behandlungen

Kommentar zu zitierten Studien (Nummerierung wie auf Seite 32)

Die zitierte ökonomische Literatur unterscheidet sich nicht von der zitierten Literatur zur Wirksamkeit in Kapitel 5. Zwei der neun Studien haben denn auch keinen ökonomischen Inhalt. Die Auswahl der Literatur ist nicht völlig nachzuvollziehen. Aus diesem Grund kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Suche systematisch durchgeführt wurde und damit Verzerrungen möglichst vermieden wurden.

[1] Stothers 2002: A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women

In der synoptischen Darstellung dieser kanadischen Studie werden unter Outcomes die Kosten pro Jahr für die Prophylaxe einer „Urinary Tract Infection“ UTI (Harnwegsinfektion) mit Cranberry Produkten aufgeführt. Diese betragen gemäss Studie CAD 624 (Anwendung mit Tabletten) respektive CAD 1'400 (Anwendung mit Juice). Nicht aufgeführt im Antrag sind die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevanten Kennzahlen der Kosten pro vermiedene UTI. Die Studie weist diese mit Can\$ 1'890 (Anwendung mit Tabletten), respektive Can\$ 3'333 (Anwendung mit „Juice“) aus. In beiden Fällen wird die Anwendung mit der Behandlungsoption „do nothing“ verglichen. Nicht im Antrag erwähnt wird die Feststellung der Autoren der Studie, dass die Kosten pro vermiedene UTI hoch sind.

[2] Koller et al. (2006) Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assozierten Herzinsuffizienz: Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie zur Wirtschaftlichkeit und zum Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten

In dieser Studie werden direkte Kosten von EUR 469 mit der Intervention (Weissdorn-Spezialextrakt) vs. EUR 1'086 in der Vergleichskohorte ausgewiesen. Dieser Kostenunterschied ist auf den ersten Blick bemerkenswert, allerdings sind die Resultate statistisch nicht signifikant. So sind die Autoren in der Schlussfolgerung sehr vorsichtig und sprechen nicht von einer Kostenersparnis. Sie schreiben als Fazit: „Durch den Einsatz von Weißdorn-Spezialextrakt in frühen Stadien der KHK-assozierten Herzinsuffizienz wird eine höhere Lebensqualität bei den Patienten erreicht, ohne dass daraus höhere Therapiekosten resultieren.“

[3] Leach et al. (2006) Using Horsechestnut Seed Extract in the Treatment of Venous Leg Ulcers: A Cost-Benefit Analysis

Australische Studie welche die Wirtschaftlichkeit von Rosskastanien-Extrakt (Horsechestnut Seed Extracts) vs. Placebo bei der Behandlung von venösen Beingeschwüren (Venous Leg Ulcers) untersucht. Bei der Studie wird von identischem klinischem Nutzen ausgegangen. Damit handelt es sich um eine Kostenminimierungsstudie (nur die Kosten der Beiden Behandlungsalternativen werden verglichen) und nicht um eine Kosten-Nutzen-Studie wie im Titel angegeben.

Die Studie fand Gesamtkosten für das Wundmanagement von AUD 1'740 im Rosskastanien Arm und AUD 2'160 im Placebo Arm. Dies entspricht Kostenersparnissen von 24%. Ob die in der Studie gemachte Annahme von identischem Nutzen in beiden Armen tatsächlich gegeben ist kann nicht beurteilt werden.

[4] Rychlik et al. (1997) Originalstudie konnte nicht erhalten werden

[5] Diem et al. (1996) *Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency.*

Studie hat keine gesundheitsökonomischen Inhalte.

[6] Habs (2004) *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.*

Diese Studie vergleicht den therapeutischen Nutzen und ökonomische Aspekte von Weissdorn-Extrakt (hawthorn) für die Behandlung von Herzinsuffizienz bei Patienten mit Zustand NYHA II. Die Studie war weder verblindet noch randomisiert. Die beiden Kohorten wurden als matched-pairs abgeglichen. Aus 952 Patienten konnten nach 2 Jahren 130 matched-pairs gewonnen werden. Der Vorteil der Methode ist das „Real world setting“, der Nachteil der mögliche Selection-Bias und Performance Bias, da es sich um eine nicht verblindete Beobachtungsstudie handelt.

Die Studie fand signifikante Verbesserungen im Gesundheitszustand der Patienten der Interventionsgruppe bei vergleichbaren Kosten.

[7] Heinen-Kammerer et al. (2005) *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..*

Die in der Literaturliste zitierte Studie stimmt nicht mit der in der Tabelle extrahierten Studie überein.

[8] Green et al. (2007) *Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial.*

Studie hat keine gesundheitsökonomischen Inhalte.

[9] Chrubasik et al. (2001) *Potential economic impact of using a proprietary willow bark extract in outpatient treatment of low back pain: an open non-randomized study.*

Die Studie untersucht die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Weidenrinde Extrakt für die Behandlung von Rückenschmerzen.

Die Studie fand um 35-50% reduzierte Kosten der Behandlung (Kosten im Gesundheitssystem und private Kosten).

Die Patientenselektion ist allerdings unklar und es handelt sich um eine Beobachtungsstudie mit einem Vergleich von Fallserien, welche anfällig für verschiedene Arten von Bias sind.

Fazit:

Die Resultate der ökonomischen Studien sind gemischt.

- Studie [1] fand eine bessere Wirksamkeit bei relativ hohen Kosten.
- Studien [2], [3] und [9] fanden tiefere Kosten bei gleicher Wirksamkeit.
- Studien [6] fand eine verbesserte Wirksamkeit bei gleichen Kosten
- Studien [5] und [8] haben keinen gesundheitsökonomischen Inhalt. Bei Studie [7] stimmen zitierte Studie und extrahierte Daten nicht miteinander überein. Studie [4] konnte nicht für die Review im Original erhalten werden.

3 Kostenfolgen

Bisherige Entwicklung

Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis für Phytotherapie behandelten im Jahr 2000 bis 2008 pro Jahr 11 bis 17 Prozent weniger Erkrankte als Grundversorger ohne komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis. Dies hängt gemäss Antrag mit der längeren durchschnittlichen Konsultationsdauer zusammen. Aus ökonomischer Sicht könnte diese Tatsache auch einfach auf eine tiefere Produktivität der phytotherapeutisch tätigen Ärzte hinweisen. Längere Konsultationszeit führt auch zu höheren Kosten. Damit dies gerechtfertigt wäre, müsste auch das Outcome entsprechend besser sein oder andere Behandlungskosten müssten eingespart werden können. Dieser Punkt müsste mit Studien stringent nachgewiesen werden. Allein der Hinweis auf durchschnittlich tiefere Medikamentenkosten reicht nicht, wenn die Patientenpopulationen unterschiedlich sind.

Gemäss Datenpool von santésuisse haben sich die Kosten für Phytotherapie von 2000 bis 2008 von CHF 15.25 Mio auf CHF 25 Mio gesteigert. Es fand also eine Zunahme dieser Kosten im gesamten Zeitraum von rund 64% statt. Die jährliche Wachstumsrate in dieser Zeitperiode betrug rund 6.4%.

Die tieferen Durchschnittskosten der Ärzte mit Fähigkeitsausweis für Phytotherapie könnten auch mit kürzeren Arbeitszeiten oder anderen Faktoren zusammenhängen, welche dann nicht für eine bessere Wirtschaftlichkeit sprechen würden. Dies lässt sich aufgrund der Daten nicht ausschliessen.

Dass die Gesamtkosten der Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis in Phytotherapie gering sind (0.6% der Gesamtkosten) ist kein Argument bezüglich Wirtschaftlichkeit.

Zukünftige Entwicklung

Der Antrag geht von einer jährlichen Wachstumsrate der Ärztezahl von 3.66% aus. Dies ergäbe eine Zunahme im Zeitraum von 2010 bis 2015 von 47 auf 65 Ärzten mit Fähigkeitsausweis Phytotherapie, respektive von 19% über 5 Jahre.

Die Wachstumsrate der Kosten pro Arzt wird mit 2.64% pro Jahr angegeben. Dies ergäbe eine Zunahme der Kosten pro Arzt von CHF 600'121 auf CHF 683'631, respektive von 14% über 5 Jahre.

Das angegebene Wachstum der Gesamtkosten beträgt 35% für den Zeitraum von 2010 bis 2015 (CHF 28,2 Mio. auf CHF 38.0 Mio.). Dies entspräche einem jährlichen durchschnittlichen Kostenwachstum von 6.19% für die Jahre 2010 bis 2015.

Falls Ärzte mit Fähigkeitsausweis in Phytotherapie zukünftig zusätzlich vergütet werden, ist mit einem deutlich stärkeren Wachstum dieses Therapiebereichs zu rechnen. Es ist zu vermuten, dass ein zusätzliches Angebot auch zu zusätzlicher Nachfrage führen würde (anbieterinduzierte Nachfrage).

Zudem ist davon auszugehen, dass der freie Zugang zu phytotherapeutischen Leistungen deren stärker Nachfrage erhöhen wird, als im Antrag prognostiziert.

Dass die Phytotherapie insgesamt für Krankenversicherer zu Kostenersparnissen führt wie der Antrag behauptet, lässt sich aufgrund der Datenlage nicht belegen.

Wie bei anderen komplementärmedizinischen Leistungen lässt sich aufgrund der präsentierten Studien nicht pauschal belegen, ob diese schulmedizinische Leistungen ersetzen (Substitution) oder ergänzen (Komplementarität). Kostensenkend wären diese Leistungen nur im ersten Fall. Gemäss einzelnen zitierten Studien können in gewissen Fällen phytotherapeutische Leistungen zu tieferen Kosten führen. Dieses Ergebnis lässt sich aber nicht auf die Phytotherapie insgesamt übertragen.