

Dakomed, Amthausgasse 18, 3011 Bern
Bundesamt für Gesundheit BAG
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 9. Juni 2016

Stellungnahme zur Neuregelung der Leistungspflicht von komplementärmedizinischen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Der Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme zur Teilrevision der Verordnungen über die Krankenversicherung (KVV) sowie der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Er begrüsst die vorgeschlagene Neuregelung der Leistungspflicht ärztlicher komplementärmedizinischer Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ohne Vorbehalt. Damit wird endlich eine zentrale Forderung des Verfassungsartikels 118a Komplementärmedizin umgesetzt, nämlich die Vergütung der ärztlichen Komplementärmedizin durch die Grundversicherung.

Der Dakomed nimmt zu den vom Eidgenössischen Departement des Innern vorgeschlagenen Verordnungsänderungen zur Neuregelung der ärztlichen Komplementärmedizin, welche insbesondere eine Gleichstellung bestimmter komplementärmedizinischer Fachrichtungen mit den anderen von der OKP vergüteten medizinischen Fachrichtungen bringt, gerne ausführlich Stellung.

1. Allgemeines

Die definitive Aufnahme von Anthroposophisch erweiterter Medizin, klassischer Homöopathie, Pflanzenheilkunde und Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) in die Grundversicherung ist eine Kernforderung des Verfassungsartikels «Zukunft mit Komplementärmedizin». Die klare Zustimmung von 67% zum Verfassungsartikel 118a Komplementärmedizin im Mai 2009 hat klar gemacht: die Bevölkerung der Schweiz hat Nutzen und Potenzial der Komplementärmedizin erkannt und verlangt die Berücksichtigung der Komplementärmedizin in der Grundversicherung ausdrücklich.

Speziell in der Behandlung von Kindern, Schwangeren und alten Menschen und bei chronischen Krankheiten hat die Komplementärmedizin in der Versorgung längst grosse Bedeutung erlangt.

Ein aktuelles Thema ist z.B. die Prävention von Antibiotika-Resistenzen: Die Komplementärmedizin bemüht sich seit jeher um eine ganzheitliche Sichtweise der Patientinnen und Patienten, wobei der Selbstregulation des Organismus und den Selbstheilungskräften des Patienten entscheidende Bedeutung zugemessen wird. Komplementärmedizinisch ausgebildete Ärzte haben bereits jahrzehntelange Erfahrung im zurückhaltenden Gebrauch von Antibiotika, sowohl im Human- als auch im Veterinärmedizinbereich.^{1 2}

2. Geplante Neuregelung

Zur Erarbeitung der Grundlagen für die geplante Neuregelung der ärztlichen Komplementärmedizin setzte der Bundesrat 2014 eine 10-köpfige Expertengruppe unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und mit Vertretern der wichtigsten Stakeholder ein: BAG, Union der komplementärmedizinischen Ärztgesellschaften der Schweiz, Universitäten, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, FMH, Santésuisse und curafutura sowie Konsumentinnen SKS. Diese Expertengruppe traf sich 2014/15 in sechs Sitzungen.

Kernpunkt der Arbeit der Expertengruppe war die Sicherung der evidenzbasierten Qualität der ärztlichen Komplementärmedizin in der Schweiz. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass die Forderung des Bundesrates nach grundsätzlicher Gleichstellung der komplementärmedizinischen mit den konventionellen Fachrichtungen wissenschaftlich hinreichend fundiert ist. Einerseits verfügt die ärztliche Komplementärmedizin mittlerweile über eine breite Forschung inklusive hoher und höchster Evidenzlevels, andererseits ist auch in der konventionellen Medizin die Evidenzlage für den WZW-Nachweis ganzer Fachrichtungen begrenzt. So gibt es z.B. wenig Forschung zu den Therapien bei Kindern und bei über 65-Jährigen. Die amerikanischen Guidelines zur Kardiologie basieren nur gerade zu 11% auf Evidenzlevel A (randomisierte kontrollierte Studien); 48% der Empfehlungen stützen sich auf Expertenmeinungen und Fallberichte.³ In den amerikanischen Guidelines zur Onkologie sind nur 6% mit Evidenzlevel A gesichert.⁴ Der Stellenwert von Doppelblindstudien wird derzeit generell in Frage gestellt, gefordert wird eine stärkere Individualisierung einerseits und eine höhere Berücksichtigung der Public-Health Dimension andererseits.⁵

Niemand würde den vollständigen WZW-Nachweis ganzer schulmedizinischer Fachrichtungen, etwa der Urologie, der Radiologie oder der Psychiatrie fordern.

Die Expertengruppe nahm weiter zur Kenntnis, dass die Schweiz durch die Regelung der Ärzteausbildung die Latte für die Anerkennung der ärztlichen Komplementärmedizin bereits sehr hoch angesetzt hat. Jeder Arzt, jede Ärztin, welche komplementärmedizinisch tätig wird, hat – nebst der spezifischen komplementärmedizinischen Zusatzausbildung – mindestens sechs Jahre schulmedizinisches Studium an der Universität sowie drei bis sechs Jahre schulmedizinische postgraduate Ausbildung absolviert. Komplementärmedizinisch tätige Ärzte und Ärztinnen sind zudem – nebst ihrer spezifischen Fortbildung – auch zur kontinuierlichen schulmedizinischen Fortbildung verpflichtet.

Wären die komplementärmedizinischen Ärzte und Ärztinnen damit nicht in der Lage, Sinn und Grenzen ihrer fachlichen Tätigkeit einzuschätzen, müsste gerade ihrer schulmedizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ein schlechtes Zeugnis ausgestellt werden.

„Grundsätzlich gilt das Vertrauensprinzip, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Aufgaben effizient erledigen, wobei zahlreiche Leistungen entsprechend der medizinischen Entwicklung hinzukommen oder wegfallen, ohne dass diese einer Prüfung unterzogen werden,“ hält das BAG fest.⁶

3. Kostenneutralität

Das nationale Forschungsprojekt PEK (Programm Evaluation Komplementärmedizin, 1999-2005) brachte bereits den Nachweis der Kostenneutralität,^{7 8} aber erst mit der vorliegenden Verordnungsanpassung wird diese auch gesichert. Denn ein – wie auch immer gestalteter – Tarif für Komplementärmedizin in der Grundversicherung darf nur von speziell ausgebildeten Ärzten in Anspruch genommen werden.

Im Projekt PEK waren 2002/03 folgende Kosten ermittelt worden:⁹

Totale Kosten pro Arzt für ambulante Versorgung, pro Jahr (Grundversicherung) (in CHF):

Empirische Daten:

Komplementärmedizinisch zertifizierte Ärzte: **417'200**

Vergleichskollektiv: **834'400**

Modellbasierte Daten*):

Komplementärmedizinisch zertifizierte Ärzte (n=257): **531'600**

Vergleichskollektiv: **748'700**

Totale Kosten pro Patient für ambulante Versorgung, pro Jahr (Grundversicherung) (CHF):

Empirische Daten:

Patienten in komplementärmedizinischen Arztpraxen **708**

Vergleichskollektiv **931**

Modellbasierte Daten*)

Patienten in komplementärmedizinischen Arztpraxen **661**

Vergleichskollektiv **709**

*)Statistische Korrektur für Art, Ort und Urbanisierungsgrad der Praxis, Geschlecht und Praxisdauer des Arztes, Frauenanteil und Alter der Patienten, Anteil Hausbesuche und Unfallkonsultationen.

Diese Daten werden im SASIS-Datenpool der Krankenversicherer auch für die Jahre 2010 bis 2014 bestätigt: **komplementärmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte arbeiten günstiger als die Vergleichsgruppe der rein schulmedizinisch tätigen Grundversorger** (siehe Beilage).

Zur Plausibilisierung dieser Daten teilte santésuisse mit, dass die komplementärmedizinischen Therapien im Allgemeinen nicht additiv, sondern an Stelle schulmedizinischer Behandlungen eingesetzt werden.¹⁰ Neuere Untersuchungen aus andern Ländern stützen diese Einschätzung.^{11 12}

Die nichtärztlichen komplementärmedizinischen Behandlungen werden weiterhin ausschliesslich über die Zusatzversicherungen oder als Selbstzahler abgerechnet, damit ist die Befürchtung einer Mengenausweitung klar unbegründet.

4. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Artikel 35 a Komplementärmedizin

Die Expertengruppe des Bundes verlangt zur WZW-Beurteilung gleichermassen die Aufrechterhaltung von wissenschaftlicher Evidenz und der ärztlicher Erfahrung.

In der ärztlichen Komplementärmedizin liegen mittlerweile eine Fülle von klinischen Studien vor. Diese sind zwar unterschiedlicher Qualität, aber durchaus auch auf hohem Evidenzlevel.¹³ Die Publikationslisten von wissenschaftlichen Publikationen der komplementärmedizinischen Universitäts- und Hochschulinstitute sind eindrucklich.

Die Behauptung, die ärztliche Komplementärmedizin verfüge noch immer nicht über genügend wissenschaftliche Studien, ist falsch und lässt auf ein Defizit an Literaturrecherche schliessen.

Berücksichtigt wurde auch, dass sich der vom Gesetz geforderte „wissenschaftliche“ Nachweis nicht auf reduktionistische naturwissenschaftliche Konzepte beschränkt, sondern eine systemkonforme Methodologie verlangt.^{14 15} Dementsprechend fordert die Expertengruppe die vermehrte Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung. Gerade angesichts des hohen Aus-, Weiter- und Fortbildungslevels der komplementärmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz soll der Erfahrung aus der praktischen Tätigkeit die angemessene Bedeutung zukommen. Entsprechend sollen moderne Forschungskonzepte vom systematisierten Einzelfallbericht bis zur Versorgungsforschung aufgewertet werden.

Die Expertengruppe berücksichtigte dabei die Publikationen des deutschen „Dialogforums Pluralismus in der Medizin“, welches Kriterien zur Einschätzung der ärztlichen Professionalität in der Komplementärmedizin erarbeitet hat.^{16 17}

Dabei wird insbesondere auch der Nutzen der komplementärmedizinischen Vorgehensweisen bewertet, ganz im Sinne von FMH-Präsident Jürg Schlup, welcher „den Patientennutzen als oberstes Gebot des Handelns“ fordert.¹⁸ Der Nutzen kann anhand von Studien in beispielhaften Indikationsgebieten¹⁹ nachgewiesen werden, anhand von klinischen Studien oder im Sinne einer „Managementänderung“ zum Vorteil des Versorgungssystems. Die Art der Outcomes in den klinischen Studien ist nicht a priori eingeschränkt.

Naturgemäss setzte die Expertengruppe auch auf der Ebene der Anerkennung ganzer Fachrichtungen die Anforderungen hoch an. Gefordert wird, in Anlehnung an die Europäische Richtlinie 2004/24/EG eine Anwendungs- und Forschungstradition von mindestens 30 Jahren, wovon mindestens 15 Jahre in Ländern der EU oder der EFTA. Mittlerweile verfügt die Schweiz ja über universitäre Lehre- und Forschungseinrichtungen der Komplementärmedizin in Zürich, Bern, Lausanne und Genf. Die auszuweisenden Forschungsaktivitäten müssen gleichwertig mit schweizerischen Standards sein.

5. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 4b

Um von der OKP vergütet zu werden, müssen die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, welche mindestens folgende Aus- und Zusatzausbildungen abgeschlossen haben:

- Reguläres Medizinstudium mit Schweizer Staatsexamen oder entsprechendem Abschluss
- Qualifizierte komplementärmedizinische Zusatzausbildung, aktuell mit FMH-/SIWF- anerkanntem Fähigkeitsausweis. Dieser setzt eine FMH-anerkannte schulmedizinische postgraduate Ausbildung von mindestens 3 bis 6 Jahren voraus.

Die Ausbildung der Ärztin, des Arztes mit komplementärmedizinischer Tätigkeit umfasst also mindestens neun Jahre schulmedizinische Theorie und Praxis. Damit sind komplementärmedizinische Ärzte und Ärztinnen hinreichend qualifiziert, um Qualität und Grenzen ihrer ärztlichen Tätigkeit zu beurteilen.

Das revidierte Medizinalberufegesetz (MedBG) verpflichtet die schweizerischen Universitäten den Studierenden Kenntnisse über Methoden und Therapieansätze der Komplementärmedizin zu vermitteln. Damit sollen alle Ärztinnen und Ärzte Grundkenntnisse zur Einschätzung komplementärmedizinischer Angebote erhalten.²⁰ Dies ist beispielsweise in der Onkologie von erheblicher Bedeutung.²¹

Mit den vorliegenden Verordnungsanpassungen werden die noch provisorische Aufnahme der vier Fachrichtungen Anthroposophisch erweiterte Medizin, Klassische Homöopathie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin bestätigt. Dem klaren Volkswillen vom 17. Mai 2009 wird damit entsprochen, die KVG-Vorgaben (Artikel 32 Voraussetzungen WZW) werden eingehalten. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Anerkennung weiterer ärztlicher komplementärmedizinischer Fachrichtungen; die Verordnung stellt dazu indessen sehr hohe Anforderungen. Gleichzeitig ist auch der Ausschluss von komplementärmedizinischen Leistungen möglich, welche die WZW-Anforderungen nicht erfüllen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unsere Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüßen



Martin Bangerter
Co-Präsident
Dachverband Komplementärmedizin



Christine Keller Sallenbach
Geschäftsführerin
Dachverband Komplementärmedizin

Beilage:

Kosten OKP Grundversicherer gemäss SASIS-Datenpool 2015

- ¹ S. z.B. EUROCAM. The role of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in reducing the problem of antimicrobial resistance. EUROCAM Brussels Nov.2014
- ² Kok E et al. Resistance to Antibiotics and Antifungal Medicinal Products: Can Complementary Medicine Help Solve the Problem in Common Infectious Diseases? Hindawi Publishing Corporation 2015, Article ID 521584
- ³ Tricoci P et al. JAMA 301, 25.02.2009: 831-41
- ⁴ Poonacha Th, Go S R. Levels of Scientific Evidence Underlying Recommendations Arising From the National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines, 2010;
- ⁵ Greenhalgh T et al. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 348; 13.06.2014
- ⁶ Zitat Mona Neidhart, BAG-Medien sprecherin, in: Medical Tribune 2014;47,25:2
- ⁷ Melchart D et al. Schlussbericht Programm Evaluation Komplementärmedizin, 2005, Bern, Bundesamt für Gesundheit
- ⁸ Studer H P, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. Forsch Kompmed 2011; 18:315-20
- ⁹ Studer H.P., Busato A. Ist ärztliche Komplementärmedizin wirtschaftlich? SAEZ 2010;91:707-711
- ¹⁰ Zitat Christophe Kaempf, santésuisse, in: Le Quotidien Jurassien, 30.03.2016
- ¹¹ Herman P M. Evaluating the Economics of Complementary and Integrative Medicine. Global Advances in Health and Medicine 2013;2,2:56-63
- ¹² Kooreman P, Baars E. Patients whose GP knows complementary medicine have lower costs and live longer. Eur J Health Econ, 22.06.2011
- ¹³ S. z.B. Nartey L et al. Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine. J Clin Epidemiol 2007;6:787-94
- ¹⁴ Sundberg T et al. Evidence-informed integrative care systems – The way forward. Europ J Integr Med, 2013;

-
- ¹⁵ Kienle G et al. Complementary Therapy Systems and Their Integrative Evaluation. *Explore* 2011;7/3:175-87
- ¹⁶ Keine H, Heimpel H. Was ist seriöses Therapieren? – Ärztliche Professionalität und Komplementärmedizin. *Deutsches Ärzteblatt* 26.03.2010
- ¹⁷ Jütte R. (Hrsg) Die Zukunft der Individualisierten Medizin – Autonomie des Arztes und Methodenpluralismus. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2009
- ¹⁸ Schlup J. Der Patientennutzen als oberstes Gebot des Handelns. *SAeZ* 2014;95:2
- ¹⁹ S. z.B. Hamre H et al. Overview of the Publications From the Anthroposophic Medicine Outcomes Study (AMOS): A Whole System Evaluation Study. *Global Advances in Health and Medicine* 2014;3,1:54-70
- ²⁰ Frei-Erb M. Der Platz der Komplementärmedizin im zukünftigen schweizerischen Gesundheitswesen. *Revue Medicale Suisse* 2012, 25:213-4
- ²¹ Schlaeppli M, Templeton A. Komplementärmedizin in der Onkologie – Was der Grundversorger wissen sollte. *Schweiz Med Forum* 2014;14,37:689-93