

Multiple Sklerose - Wem nützt die Integrierte Versorgung?

Ein aktuelles Interview mit Dr. med. Wolfgang Weihe

IM Juli dieses Jahres hat die BARMER Ersatzkasse in Hessen mit dem MS-Zentrum des Universitätsklinikums Gießen einen Vertrag zur Integrierten Versorgung von MS-Patientinnen und -Patienten geschlossen. Es handelt sich um ein Modellprojekt. Merkmale dieses Versorgungskonzeptes sind eine zentrale Behandlungsplanung, Koordination und Steuerung aller diagnostischen und therapeutischen Prozesse durch das MS-Zentrum und neurologische Schwerpunktpraxen, der Einsatz einheitlicher evidenzbasierter Leitlinien und eine kontinuierliche personelle Betreuung der Erkrankten durch spezialisierte MS-Krankenschwestern. Wir konnten zu diesem Thema das folgende Gespräch mit Herrn Dr. med. Weihe führen.

Ist die „integrierte Versorgung“ nicht in Wirklichkeit ein Disease-Management-Programm?

Blickpunkt: Die BARMER hat zusammen mit dem Leiter des MS-Zentrums Gießen, Professor Patrick Oschmann, ein Projekt gestartet, das sich „integrierte Versorgung von MS-Patienten“ nennt. Handelt es sich hierbei um ein Disease-Management-Programm?

Weihe: Es mag sein, dass man diesen Begriff vermeiden wollte, weil er einen unangenehmen Beigeschmack hat. Mich lässt das Wort „Disease-Management-Programm“ immer leicht erschauern. Es kann ja kein wünschenswertes Ziel sein, einen kranken Menschen in ein „Programm“ zu stecken und „eine Krankheit zu managen“, sondern es muss darum gehen, die Patienten in ihrer Individualität ernst zu nehmen und ihre Lebensphilosophie und persönlichen Wünsche bei der Behandlung mit zu berücksichtigen

Blickpunkt: Disease-Management-Programme sind ja ein Lieblingskind der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihres Beraters Prof. Lauterbach. Diese Programme wurden für chronische Krankheiten entwickelt, die häufig sind, deren Behandlung auf dem Boden von evidenzbasierten Leitlinien standardisierbar ist und die einer multimodalen Therapie bedürfen, also einer engen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, verschiedenen

Fachärzten und Therapeuten. Aber dies trifft ja nur zu einem kleinen Teil auf die MS zu: Sie ist im Vergleich zu der koronaren Herzkrankheit und dem Diabetes mellitus nicht besonders häufig, gilt als eine der individuellsten Krankheiten und evidenzbasierte Leitlinien kommen zu widersprüchlichen Empfehlungen. Kann ein solches Programm bei der MS überhaupt funktionieren?

Weihe: Das ist die Frage. Sogar beim Diabetes mellitus, bei dem eine Standardisierung relativ einfach erscheint, haben sich die Erwartungen bisher nicht erfüllt: Ärzte klagen, die Programme seien zu bürokratisch und praxisfern, die Patientenzufriedenheit sei gering und die Ergebnisse bei gestiegenen Kosten schlecht. Programme sind eben Programme, sie passen auf einen mehr oder weniger großen Teil der Betroffenen, der Rest fühlt sich unbehaglich wie in einer Schublade oder in einem Prokrustes-Bett. Von diesem Blickwinkel aus gesehen ist die MS mit ihren „1000 Gesichtern“ sicher der denkbar ungeeignetste Kandidat für ein Disease-Management-Programm.

Blickpunkt: Können Sie unseren Lesern schildern, wie die integrierte Versorgung von MS-Betroffenen konkret aussieht?

Weihe: Soweit ich weiß, zahlt die Krankenkasse pro MS-Patient, der in dem Programm mitmachen will, eine Pauschalsumme in der Größenordnung von 10.000 Euro pro Jahr. Damit ist alles abgedeckt: die medikamentöse

Behandlung, stationäre Aufenthalte, Krankengymnastik und Ergotherapie usw. Alle Patienten verpflichten sich, sich im MS-Zentrum der Uni Gießen bzw. in den fünf MS-Schwerpunktpraxen, die mit diesem kooperieren, behandeln zu lassen. Wenn die ambulante Therapie nicht ausreicht, werden sie in der neurologischen Universitätsklinik Gießen behandelt und im Falle einer Rehabilitation in der Schlossbergklinik in Bad Laasphe. Ein weiterer wichtiger Bestandteil sind mobile, auf Multiple Sklerose spezialisierte MS-Krankenschwestern, die Patienten in ihrer Wohnung aufsuchen und beraten. Durch sie findet auch der Erstkontakt im MS-Zentrum statt, indem sie sich nach dem aktuellen Befinden erkundigen, individuell in sozialen Fragen und zu besonderen Pflegemaßnahmen beraten und auch die Injektionstechniken überprüfen, um etwaige Probleme diesbezüglich mit dem Patienten zu klären. Dazu sollen in einem nächsten Schritt ausgewählte krankengymnastische und ergotherapeutische Praxen kommen.

Wie steht es mit der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung in der Integrierten Versorgung?

Blickpunkt: Für viele MS-Betroffene ist die persönliche Beziehung zu ihrem Arzt und ihren Therapeuten besonders wichtig. Sie haben im Lauf der Zeit „ihren“ Neurologen gefunden, mit dem sie vertraut geworden sind und den sie zu „nehmen“ wissen. Dasselbe gilt, vielleicht sogar in noch höherem Maß, für die Krankengymnastin. Für die meisten wäre es eine Horrorvorstellung, wenn sie damit rechnen müssten, immer an einen anderen Arzt zu geraten oder sogar die Krankengymnastin oder Ergotherapeutin vorgeschrieben zu bekommen. Sind solche Befürchtungen wirklich ganz von der Hand zu weisen?

Weihe: So wie ich Herrn Oschmann kenne, sieht er dieses Problem und wird sich alle Mühe geben, die Kontinuität der ärztlichen und z.B. krankengymnastischen Betreuung zu gewähr-

leisten. Ob das in jedem Einzelfall möglich ist, wage ich zu bezweifeln. Allerdings ist vorgesehen, dass Patienten einmal im Quartal den Neurologen wechseln dürfen. Außerdem gibt es eine Beschwerdestelle, in der Probleme in der Patient-Arzt- oder Patient-Therapeuten-Beziehung besprochen werden können.

Blickpunkt: Was hat ein MS-Betroffener eigentlich davon, wenn er sich in dieser Weise einschränken, ja geradezu entmündigen lässt?

Weihe: Nach Ansicht der Befürworter sind es im Wesentlichen drei Vorteile: Er wird von bestausgebildeten Ärzten auf höchstem Niveau behandelt, die Therapie bildet ein homogenes Ganzes, indem die Zusammenarbeit vom Neurologen über den Urologen bis hin zur Krankengymnastik und Rehabilitation eng miteinander verzahnt ist, und jedem Teilnehmer an dem Projekt werden bis zu 150 Euro pro Jahr an Praxisgebühren usw. zurückerstattet.

Das Credo der integrierten Versorgung ist die immunmodulatorische Stufentherapie.

Blickpunkt: Wenn Sie das so schildern, bekommt man direkt etwas Atemnot. Diese Kompetenz und Kooperation mag ihre guten Seiten haben, aber sie hat auch etwas Bedrückendes. Hinter der integrierten Versorgung steht doch sicherlich ein Konzept, ein Regelwerk, auf das alle Therapeuten eingeschworen werden?

Weihe: Ja. Grundlage der Behandlung in der Integrierten Versorgung ist die „immunmodulatorische Stufentherapie“. Diese Leitlinie wurde von deutschen, österreichischen und schweizerischen MS-Experten, die sich 1999 zur Multiple-Sklerose-Therapie-Konsensus-Gruppe (MSTKG) zusammengeschlossen haben, entwickelt. Das zugrunde liegende Prinzip lässt sich wie folgt zusammenfassen: Das Mittel der I. Wahl sind die Betainterferone, wobei keinem der zur Verfügung stehenden Präparate (Betaferon®, Rebif® oder Avonex®) der Vorzug

gegeben wird. Erst in zweiter Linie kommen Glatirameracetat (Copaxone®), intravenöse Immunglobuline und Azathioprin in Frage. Wenn die Krankheit durch diese Mittel nicht zu bremsen ist, werden als zweite Stufe Mitoxantron und als letzter verzweifelter Versuch das härtere Krebsmittel Cyclophosphamid (Endoxan®) eingesetzt.

Blickpunkt: Werden die MS-Patienten über diesen zentralen Punkt unmissverständlich informiert, bevor sie den Vertrag zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung unterschreiben?

Weihe: Ich kann es nur hoffen!

Blickpunkt: Sie haben ja schon wiederholt darauf hingewiesen, dass die „Immunmodulatorische Stufentherapie“ der MSTKG keineswegs auf ungeteilte Zustimmung stößt.

Weihe: Die Empfehlungen der MSTKG sind umstritten, weil es einerseits zwischen den Mitgliedern der Konsensusgruppe und den Herstellerfirmen der empfohlenen Medikamente eine zu große Abhängigkeit gibt, und andererseits die Empfehlungen keineswegs international akzeptiert sind. Während die MSTKG empfiehlt, bei der schubförmigen MS möglichst frühzeitig eine Dauertherapie mit Betainterferonen einzuleiten, um den langfristigen Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen, kam die von der Pharmaindustrie unabhängige und international hochangesehene Cochrane Collaboration 2005 in einer Metaanalyse aller vorliegenden Betainterferon-Studien zu dem Schluss: „Die Wirksamkeit der Betainterferone auf Schübe und Krankheitsprogression bei Patienten mit schubförmig verlaufender MS war nach ein und zwei Behandlungsjahren mäßig. Eine längere Beobachtungsdauer und eine einheitlichere Darstellung der klinischen und kernspintomographischen Befunde hätte vielleicht eine überzeugendere Schlussfolgerung erlaubt.“ Prof. Mühlbauer, der Leiter des Instituts für klinische Pharmakotherapie in Bremen, schrieb 2004 in einer Expertise an die Kassenärztliche Vereinigung: „Nachgewie-

sen ist bisher ein therapeutischer Effekt von Interferon bei der schubförmig remittierenden Form, aber auch hier müssen Einschränkungen beachtet werden. So ist ein therapeutischer Effekt, der über die Behandlungsdauer eines Jahres hinausgeht, nicht gesichert. Außerdem wurde bisher lediglich nachgewiesen, dass die Behandlung die Frequenz der Schübe verkleinert, nicht jedoch die Progredienz der Erkrankung an sich verlangsamt.“ Noch entmutigender fällt ihre Stellungnahme zu Copaxone® aus.

Wie unabhängig sind die Ärzte in den MS-Zentren von der Pharmaindustrie?

Blickpunkt: Damit kommen wir zur Frage, wie der Einfluss der Medikamentenhersteller auf das Ordnungsverhalten der Ärzte in der integrierten MS-Versorgung kontrolliert werden kann.

Weihe: Die Ärzte in den MS-Zentren und MS-Schwerpunktpraxen sind in aller Regel Mitglieder im ärztlichen Beirat der DMSG, und die DMSG macht kein Geheimnis daraus, dass ihre Beziehungen zur Pharmaindustrie eng sind. Einen kleinen Eindruck gewinnt man, wenn man die Liste der Interessenskonflikte einiger DMSG-Ärzte im Deutschen Ärzteblatt liest: „Prof. Gold hat Vortragshonorare erhalten von den Firmen Bayervital, Biogen, Schering, Serono, Sanofi-Aventis, Teva und Wyeth. Er war Leiter der klinischen Prüfung (LKP) für Studien der Firmen Bayervital, Biogen und Teva, und ist derzeit LKP für die Wyeth-Studie MIMS II. Prof. Gold erhielt Forschungsunterstützungen von den Firmen Biogen, Schering, Serono, Sanofi-Aventis und Teva. Frau Jun.-Prof. Stadelmann erhielt Honorare für Vorträge im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen für die Firmen Biogen, Schering, Serono und Teva. Prof. Brück erhielt Honorare für Vorträge bei Fortbildungsveranstaltungen der Firmen Aventis-Teva, Biogen, Schering und Serono sowie Forschungsunterstützungen von der Firma BiogenIdec. Prof. Bähr und Frau Dr. Diem haben Forschungsunterstützungen erhalten von

den Firmen BiogenIdec, Serono, Schering und Teva.“ Ich fürchte, der Einfluss der Pharmaindustrie ist kaum zu überschätzen.

Blickpunkt: Es besteht also die Gefahr, dass es bei der integrierten Versorgung von MS-Betroffenen zu einem Übergewicht der medikamentösen Therapie kommt?

Weihe: Natürlich. Wir dürfen allerdings nicht übersehen, dass die Argumente für eine immunmodulatorische Therapie verführerisch überzeugend sind: Erstens wird behauptet, die MS sei eine unberechenbare und heimtückische Krankheit, und man unterliege einer gefährlichen Täuschung, wenn man von „gutartigen“ Verläufen spreche. In Wirklichkeit gebe es nur eine trügerische Ruhe zwischen den Schüben, während der der Zerstörungsprozess unter der Oberfläche wie ein Schmelbrand unaufhörlich fortschreite. Und zweitens wird gesagt: Da es praktisch in jedem MS-Herd zu einem erheblichen Axonuntergang komme, müsse man gerade in der Frühphase der Erkrankung, in der die Herdproduktionsrate besonders hoch sei, die Entstehung neuer Herde unterdrücken, um einer späteren Progredienz weitgehend den Boden zu entziehen. So einleuchtend dies klingt, sind die Annahmen entweder falsch oder reine Spekulation. Durch die Verfeinerung der Diagnostik, vor allem durch die Kernspintomographie, werden immer häufiger leichte und leichteste Verlaufsformen diagnostiziert, die sich früher jedem Nachweis entzogen hätten. Damit hat sich die Prognose der MS entscheidend verbessert. Das wird auch durch eine vielbeachtete epidemiologische Studie bestätigt, die kürzlich in *NEUROLOGY* veröffentlicht wurde. Sie bezieht sich auf 162 MS-Patienten, die 1991 erfasst und neurologisch genau untersucht worden sind. Alle bis auf einen einzigen Patienten konnten nach genau 10 Jahren nachuntersucht werden. Das überraschende Ergebnis war, dass die meisten Patienten, obwohl nur ein geringer Prozentsatz mit Betainterferonen behandelt worden war, stabil geblieben waren oder nur eine minimale Progression zeigten.

Die durchschnittliche Verschlechterung des EDSS betrug nach 10 Jahren für die gesamte Gruppe nicht mehr als sage und schreibe einen einzigen Punkt.

Es gibt also ein breites Spektrum von MS-Verläufen, das sich von „stummen“ Formen über milde Ausprägungen mit wenigen Schüben bis hin zu aggressiven Verlaufstypen erstreckt. Viele Ärzte sind deshalb der Ansicht, dass eine Behandlung gleich nach dem ersten Schub bei einer großen Zahl der Betroffenen überflüssig wäre, da die Krankheit auch ohne Medikamente einen günstigen Verlauf nehmen würde. Wegen der doch erheblichen Nebenwirkungen müsse die Indikation in jedem Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Ich bin fest davon überzeugt: Je mehr Zeit sich ein Arzt bei der Erhebung der Vorgeschichte nimmt und je besser er sich mit der Kernspintomographie auskennt, desto zuverlässiger wird seine Prognose zum Langzeitverlauf sein und desto weniger Immunmodulatoren wird er verordnen.

Kann man durch hohe Therapiekosten auf lange Sicht Geld sparen?

Blickpunkt: In einer unserer früheren Ausgaben berichteten wir über eine Kosten-Nutzen-Analyse, in der errechnet wurde, dass die Behandlung der MS nach der MSTKG-Leitlinie, also der möglichst frühzeitige Einsatz von Immunmodulatoren, den Krankenkassen auf lange Sicht Kosten ersparen würde.

Weihe: Zur Therapie der MS mit Immunmodulatoren liegen verschiedene Kostenanalysen vor. Die Berechnungen sind kompliziert und abhängig vom jeweils gewählten ökonomischen Modell. Die Ergebnisse entsprechen dem Wunsch der Auftraggeber. Wird z.B. eine solche Analyse von einer englischen Gesundheitsbehörde, die eine Kostenexplosion fürchtet, veranlasst, kommt dabei heraus, dass die immensen Kosten in keinem Verhältnis zum fragwürdigen Nutzen stehen (NICE 2002). Ich nehme aber an, dass sich die BARMER an die DMSG gewandt und um entsprechende

Modellrechnungen gebeten hat. Einer der Mitglieder des ärztlichen Beirates, Herr Rieckmann, hat eine entsprechende Studie geleitet. Dabei wurden 1000 Patienten per Fragebogen zu den Krankheitskosten im zurückliegenden Jahr befragt. Nur zwei Drittel antworteten. Die ausgewerteten Zahlen sind von dem deutlichen Bemühen geprägt, die Gesamtkosten, die ein MS-Patient pro Jahr verursacht, möglichst hoch anzusetzen. Bei dieser Berechnungsart ergab sich, dass die Betainterferone weniger als 7% der den Krankenkassen entstehenden jährlichen Gesamtkosten für die MS ausmachen. Die Berechnung ist ein statistischer Taschenspielertrick, und die Studie ist dementsprechend heftig angegriffen worden, nicht zuletzt auch deshalb, weil in der Originalveröffentlichung jeder Hinweis fehlt, dass die Studie von der Firma Schering, die Betaferon® herstellt, in Auftrag gegeben und finanziert wurde. Übrigens hat Herr Rieckmann später eine Stiftungsprofessur der Firma Teva-Aventis (Copaxone®) angenommen.

Hetzjagd auf „uneinsichtige“ MS-Betroffene?

Blickpunkt: Es wird ja so dargestellt, als erhielten die Teilnehmer an der integrierten Versorgung die denkbar beste MS-Therapie, die in einer ständigen Expertendiskussion immer auf den neuesten Stand gehalten werde. Wird hier nicht der Eindruck erzeugt, nur Unvernünftige könnten sich diesem Angebot entziehen?

Weihe: Wenn es eine Krankheit gäbe, für die eine optimale Therapie existierte, dann könnte man sich überlegen, ob man die Betroffenen mit sanftem Druck zu ihrem Glück zwingen sollte. Aber bei der MS handelt es sich, wie bereits gesagt, um die komplizierteste und individuellste aller Krankheiten. Die derzeitigen Behandlungserfolge sind kläglich und noch meilenweit von den Hoffnungen der Erkrankten entfernt. „Das Besondere am Fortschritt ist, dass er immer größer aussieht, als

er in Wirklichkeit ist“, sagt Nestroy. Das trifft in besonderer Weise auf die immunmodulatorische Stufentherapie der MS zu.

Vieles ist unklar. Erstens gerät die Grundannahme, es handele sich bei der MS um eine Autoimmunkrankheit und die experimentelle allergische Encephalomyelitis sei ein geeignetes Tiermodell, zunehmend ins Wanken. Zweitens wird es immer fragwürdiger, ob die Reduktion der Schubzahl oder der Herde im Kernspintomogramm überhaupt etwas mit dem Langzeitverlauf zu tun hat. Drittens sind die Beeinträchtigungen der jungen Menschen durch die Nebenwirkungen der Medikamente beträchtlich (und werden leider heruntergespielt), und viertens bestehen begründete Bedenken hinsichtlich der Langzeitr Risiken: Immerhin führen die Betainterferone zu einer Antikörperbildung, die auch die Funktion der körpereigenen Betainterferone, die unter anderem eine Rolle in der Krebsabwehr spielen, beeinträchtigt. In dieser Situation kann man niemanden, der sich zu einer vorsichtigen Zurückhaltung entschließt, als unvernünftig bezeichnen.

Blickpunkt: Neulich sagte uns ein Mitglied, sie habe das Gefühl, es werde eine Treibjagd auf MS-Betroffene veranstaltet, die bisher noch eine Basistherapie ablehnen.

Weihe: Meine Patienten sagen mir dasselbe. Sie werden von gutmeinenden Verwandten und Freunden unter Druck gesetzt, die in der Tageszeitung vom kurz bevorstehenden Sieg der Betainterferone über die MS gelesen haben. Noch unangenehmer ist, wenn sie sich im Fall einer Krankschreibung vor ihren Arbeitskollegen rechtfertigen müssen, die meinen, sie würden weniger oft ausfallen, wenn sie sich behandeln ließen. Bei jedem Arztbesuch müssen sie sich anhören, später würden sie es noch einmal bereuen, so unvernünftig gewesen zu sein, und sie können in kein Krankenhaus gehen, in dem sie nicht vom kleinsten Assistenzarzt angefangen bis zum Chefarzt in gleicher Weise bedrängt werden. Die MS-Zentren werden den Druck und die Schuldgefühle

weiter erhöhen. Der Patient fühlte sich der geballten Autorität gegenüber hilflos ausgeliefert, die ihm eine Therapie einreden will, vor der ihn seine innere Stimme warnt.

Die MS-Krankenschwestern werden von den Pharmafirmen ausgebildet.

Blickpunkt: Was uns ebenfalls beunruhigt, sind die MS-Krankenschwestern. Welche Funktion sollen sie übernehmen und von wem werden sie ausgebildet?

Weihe: Zunächst dachte ich, speziell ausgebildete MS-Krankenschwestern könnten ein echter Vorteil sein: Sie könnten einspringen, wenn die Wartezeiten in den neurologischen Praxen zu lang sind. Es ist ja ein durch nichts zu rechtfertigender Missstand, dass Patienten, die an sich die Zeichen eines frischen Schubes wahrzunehmen glauben, oft nicht sofort einen Termin bekommen, sondern mehrere Tage oder sogar Wochen warten müssen. Hier könnte die MS-Krankenschwester als Vermittlerin zwischen Patient und Neurologe auftreten und für einen vorgezogenen Termin sorgen. Auch könnte sie die Betroffenen über viele Dinge aufklären, für die der Arzt oft keine Zeit hat. Und sie könnte den Patienten eine stationäre Behandlung ersparen, indem sie die Cortisonstoßtherapie zuhause durchführt. Aber dann kamen mir Bedenken. Kann eine Krankenschwester Aufgaben des Arztes übernehmen? Gerade bei einer Krankheit, die so schwierig ist wie die MS? Ist sie nicht überfordert, wenn sie entscheiden soll, wie dringend eine Vorstellung beim Neurologen ist? Kann sie etwaige Komplikationen bei der Cortison-Stoßtherapie beherrschen? Können ärztliche Aufgaben ohne Qualitätsverlust von noch so guten Krankenschwestern übernommen werden? Und sollen sie entscheiden, wer zum Doktor vorgelassen wird? Vor allem aber, und damit komme ich zu Ihrer zweiten Frage, wer bildet die MS-Krankenschwestern aus? Sie werden praktisch alle von den Herstellern von Betaferon®, Rebif®, Avonex® und Copaxone® ausgebildet.

Alles Vertrauen, das wir einer Krankenschwester entgegen bringen, wird somit dazu missbraucht, Werbung für Medikamente zu machen.

Sollte die MS nur von MS-Spezialisten behandelt werden?

Blickpunkt: Lassen Sie uns zu einem weiteren Argument kommen, das für die integrierte Versorgung sprechen könnte: Nur Ärzte, die sich besonders auf die MS spezialisiert haben, können die MS optimal behandeln. Sie sind selbst ein MS-Spezialist, lieber Herr Dr. Weihe. Stimmen Sie der Aussage zu?

Weihe: Wahr ist, dass ich mich seit 20 Jahren intensiv mit der MS beschäftige. Ich würde mich jedoch nicht als Spezialisten bezeichnen, am ehesten noch als jemanden, der mit der MS durch Erfahrung vertraut geworden ist. Im letzten Jahr wurde ich gefragt, ob ich bereit wäre, einen MS-Übersichtsartikel für Allgemeinärzte zu schreiben. Es war mir wohl bewusst, dass Hausärzte nicht zuletzt deshalb ihr Wissen über die MS auffrischen wollten, um ihre MS-Patienten auch von ihrer Seite aus beraten zu können und nicht alles den Neurologen zu überlassen. Sollte ich dieses Ansinnen unterstützen? Ist es zu verantworten, dass jemand, der nicht Neurologe ist und diese Krankheit nicht häufig sieht, einen Teil der Behandlung übernimmt? Kann das nicht nur Murks geben? Ich meine, man sollte seine eigene Bedeutung nicht allzu sehr überschätzen, und ich habe den Artikel geschrieben. Dabei kommt mir in den Sinn, was ich einmal in einer Podiumsdiskussion gesagt habe und was man mir sehr übelgenommen hat: „Die Mehrzahl der MS-Betroffenen mit einem günstigen Verlauf befindet sich in der Behandlung von Homöopathen und Naturheilkundlern.“ Natürlich meine ich nicht, dass diese wirksamere Medikamente haben, aber – und das ist der Hauptunterschied zur universitären Medizin - sie fügen ihren Patienten durch ihre Therapie keinen zusätzlichen Schaden zu. Spe-

zialisten neigen dazu, mit ihren Muskeln zu spielen und ihre Daseinsberechtigung immer wieder unter Beweis stellen zu wollen. Sie kämpfen gern an vorderster Front, sind die Ersten, die ein neues Medikament erproben wollen, nehmen die Diagnostik sehr genau, machen lieber eine Liquorpunktion und eine Kontrolle des Kernspintomogramms zuviel als zuwenig, leiten „der Ordnung halber“ viertel- oder halbjährlich evozierte Potentiale ab, obwohl diese Untersuchungen keine Bedeutung haben, und dokumentieren den Zustand ihrer Patienten gern in erweiterten Kurtzke-Skalen oder psychologischen Tests. Manche Patienten sind begeistert, die meisten jedoch wollen den Aufwand nicht. Sie wollen in Ruhe gelassen werden und nur dann Hilfe in Anspruch nehmen, wenn Probleme auftreten.

Blickpunkt: Nun behaupten diese MS-Spezialisten, die von ihnen behandelten Patienten schnitten besser ab. Gibt es darüber Untersuchungen?

Weihe: Ja. Eine dieser Studien wurde 2001 in Neurology veröffentlicht. Es wurden MS-Patienten, die von Feld-, Wald- und Wiesenneurologen behandelt wurden, mit denen von MS-Spezialisten verglichen. Es kam dabei heraus, dass sich beide Gruppen in drei Punkten unterschieden: Die Patienten der MS-Spezialisten spritzen sich erstens häufiger Betainterferone, brachen zweitens die Betainterferontherapie seltener ab und fühlten sich drittens von ihren Ärzten gründlicher behandelt. Weitere Unterschiede fanden sich nicht.

Blickpunkt: Man sagt ja: Lasse dich immer von einem Spezialisten behandeln, aber überlasse deinem Hausarzt die Entscheidung, ob die Behandlung überhaupt notwendig ist. Würden Sie dem zustimmen?

Weihe: Unbedingt. Das ist wie mit dem berühmten amerikanischen Chirurgen, der als einer der besten Hirnchirurgen der Welt galt. Nur durfte man ihn nie fragen, ob er zur Operation rate, denn er war ein so begeisterter Chirurg, dass er in allen Fällen operierte, auch

wenn die Gefahr von Komplikationen den möglichen Nutzen weit überstieg.

Ist die derzeitige Versorgung der MS-Betroffenen tatsächlich so schlecht, wie sie dargestellt wird?

Blickpunkt: Damit sind wir beim letzten angeblichen Vorteil der integrierten Versorgung angelangt: die intensivere Betreuung und die bessere Verzahnung von Hausärzten, Neurologen, Klinikärzten und der physikalischen Therapie. Alles soll in einer Hand bleiben. Besteht hier aus Ihrer Erfahrung eine große Patientenunzufriedenheit?

Weihe: Ich finde es manchmal ärgerlich, dass Vorbefunde fehlen oder MRT-Bilder umständlich angefordert werden müssen, aber von den Patienten selbst höre ich in dieser Hinsicht eigentlich keine Klagen. Hier hat sich ja in letzter Zeit viel geändert. Wenn sie Krankengymnastik oder Ergotherapie bekommen, müssen sie mindestens einmal im Quartal zu ihrem Neurologen (meist jedoch öfter), um sich ein neues Rezept zu holen, und dieses wiederum setzt voraus, dass die Therapeuten einen Behandlungsbericht schreiben. Ich kann keine groben Nachteile durch Unterversorgung oder mangelhafte Kommunikation feststellen.

Das BARMER-Projekt ist unvollständig.

Blickpunkt: Wenn wir Sie richtig verstanden haben, stehen Sie also dem gesamten Projekt der integrierten Versorgung von MS-Patienten skeptisch gegenüber.

Weihe: Nicht ganz. Es ist ein ideales Projekt für eine kleine Gruppe von MS-Betroffenen, die bereit sind, einige Unannehmlichkeiten wie längere Anfahrtswege, längere Wartezeiten, wechselnde Ärzte, häufige Untersuchungen und gewisse Einschränkungen in der Therapiefreiheit in Kauf zu nehmen, wenn sie das Gefühl haben, dass ihnen dafür das Nonplus-

ultra der MS-Therapie geboten wird. Aber es gibt auch noch eine andere Gruppe, die nicht so sehr auffällt, aber die Mehrheit bildet. Sie scheuen die häufigen Injektionen, die Nebenwirkungen und die unbekanntes Langzeitriskien der immunmodulatorischen Therapie, und sie setzen darauf, die Krankheit durch eine Umstellung ihrer Lebensweise und eine „sanfte“ Medizin in den Griff zu bekommen. Im Zentrum der integrierten Versorgung – und das ist der Hauptkritikpunkt - steht eindeutig das von der Pharmaindustrie diktierte Ziel, möglichst viele MS-Betroffene dazu zu bringen, sich mit Immunmodulatoren behandeln zu lassen. Solange die Argumente, die den Segen dieser Medikamente beschwören, allein von den Pharmaherstellern und den von ihnen beeinflussten Ärzten kommen, sollten die Krankenkassen wachsam sein. Es gibt keine einzige ernstzunehmende Studie, die den Wert dieser Therapie für den Langzeitverlauf der MS – und darauf kommt es im Wesentlichen an – belegt. Die in diesem Zusammenhang häufig zitierten unkontrollierten Auswertungen von Teilnehmern von Therapiestudien, die sich trotz der Nebenwirkungen über die Studiendauer hinaus weiter Betainterferone spritzen (z.B. PRISMS-4), sind statistisch nicht haltbar und nicht besser als das Siegel „wissenschaftlich geprüft“ auf einem Haarshampoo.

Die Angst und die Ratlosigkeit der Neubetroffenen dürfen nicht ausgenutzt werden, um sie zu lebenslangen Kunden einer ungesicherten, nebenwirkungsreichen und möglicherweise riskanten Therapie zu machen, die ja auch – und das wird viel zu wenig beachtet – keine Schwangerschaft zulässt bzw. jede Schwangerschaft, deretwegen man die Medikamente absetzt, mit Ängsten belastet. Wer neubetroffen ist, der sollte über beide Alternativen eine ausführliche und ausgewogene Aufklärung erhalten und die Freiheit haben, selbst zu wählen.

Das BARMER-Projekt ist ein Teilstück des Weges auf der Suche nach der optimalen MS-Therapie, aber es ist unvollständig, weil ihm genau das fehlt, was wir brauchen, um uns für

die eine oder die andere Alternative zu entscheiden: eine Kontrollgruppe. Wir wissen alle, wie künstlich die Situation in den großen klinischen Studien mit besonders ausgewählten, besonders motivierten und besonders hofierten Patienten ist. Die Schwierigkeit ist: Wie kann ich das Ergebnis, das für einen Durchschnittsmenschen unter idealen Bedingungen gilt, auf den vor mir sitzenden Patienten mit allen seinen Besonderheiten übertragen? Anders gesagt: Die Studienergebnisse, die in einer Treibhausatmosphäre gezüchtet werden, müssen sich in einem zweiten Schritt in der Praxis und im grauen Alltag bewähren. Dazu braucht man verlässliche Daten. In die wissenschaftliche Evaluation müssen also Praxen einbezogen werden, die „wildwüchsige“ MS-Patienten betreuen, bei denen die Mehrzahl also nicht mit Betainterferonen oder Copaxone® behandelt werden. Hier bedarf es keines großen statistischen Aufwands, denn es geht dabei nur um eine einfache Frage: Wie schneiden diese Patienten im Vergleich zu den Teilnehmern bei der integrierten Versorgung nach 2, 5 oder 10 Jahren ab? Das alleinige Kriterium ist der Behinderungsgrad in Bezug auf Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer und Verlaufstyp. Denn um den Aufwand an Geld, Selbstquälerei und unangenehmen Nebenwirkungen in der nach den Kriterien der MSTKG behandelten Gruppe zu rechtfertigen, müsste der Unterschied so gravierend sei, dass er auch ohne subtile statistische Techniken ins Auge springen müsste. Ich wette hoch, dass die Patienten, die ein gesundes Misstrauen gegenüber Medikamenten haben und es zunächst einmal mit einer Lebensstiländerung versuchen wollen, der BARMER nicht nur wesentlich billiger kommen, sondern dass sie auch eine bessere Lebensqualität haben und auch hinsichtlich ihrer Behinderung besser abschneiden.

Blickpunkt: Vielleicht nimmt Sie die BARMER ja beim Wort. Wir danken Ihnen für das Gespräch.