

Kaisers neue Kleider

Die DMSG zeichnet Krankenhäuser als „zertifiziertes MS-Zentrum“ aus. Die Kriterien sind lächerlich. Patienten haben das Nachsehen.



Eine der wichtigsten Fragen für MS-Betroffene nach der Diagnosestellung oder nach einem Umzug ist: „Wo finde ich einen guten Neurologen oder eine Spezialklinik in meiner Nähe?“ Wenn man nicht gerade auf Empfehlungen aus dem privaten Umfeld zurückgreifen kann, liegt es nahe, den Rat von jenen Experten zu suchen, welche die Belange von MS-Betroffenen vertreten. Hierzulande ist das die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). Diese bietet auf ihrer Homepage die Möglichkeit, sich DMSG-zertifizierte Kliniken und Praxen in Wohnortnähe anzeigen zu lassen. Dabei sei die DMSG-Zertifizierung, so steht es dort, „eine unabhängige, verlässliche Orientierung und weist MS-Erkrankten den Weg zu einer fachgerech-

ten Versorgung (...)“. Und es geht noch weiter: „Das DMSG-Zertifikat sichert über die Anerkennungskriterien eine qualitativ hochwertige, von Leitlinien gestützte akute und rehabilitative Behandlung durch auf MS spezialisierte Neurologen und andere MS-Fachkräfte.“ Das klingt gut. Aber um festzustellen, inwieweit diese Versprechen eingehalten werden, müssen wir uns einmal die Voraussetzungen für so eine Zertifizierung genauer ansehen.¹

Expertise und Weiterbildung

Fangen wir erst mal mit dem an, was nicht gefordert wird, nämlich eine besondere Expertise beim Behandler. Was den Fachmann von seinem nicht spezialisiertem

ten Kollegen unterscheidet, ist ein breites und tiefes Wissen, wie man es beispielsweise durch die regelmäßige Teilnahme an unabhängigen Weiterbildungsveranstaltungen (zum Problem der pharmafinanzierten Weiterbildungsangebote siehe unser Interview mit Christiane Fischer in ZIMS 1) sowie dem andauernden Studium neuester Fachliteratur und Studienergebnisse, gewinnt. Nichts davon wird gefordert, stattdessen sollen Mindestbehandlungszahlen erreicht werden. Was im Bereich von chirurgischen Eingriffen durchaus Sinn macht, da dort eine gewisse Übung tatsächlich zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt, ist im Bereich der MS bestenfalls sinnlos. Insbesondere dann, wenn ein zentrales Kriterium für eine hohe Versorgungsgüte fehlt, nämlich die Forderung nach einer Mindestanzahl von Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen im Verhältnis zur Anzahl der Patienten. Im Klartext: Hier findet sich keine Forderung nach besonderer fachlicher Qualifikation oder genügender Personalausstattung, stattdessen sollen die ausführenden Ärzte eine 5-jährige „Erfahrung“ in der Behandlung von MS-Erkrankten haben. Was das genau bedeutet oder ob es reicht, etwa schon während der 5-jährigen Facharztweiterbildung ab und zu einen MS-Betroffenen gesehen zu haben, bleibt offen.

Diagnostik

Hinsichtlich der Diagnostik wird primär das gefordert, was sowieso Standard ist, inklusive des unkritischen Gebrauchs von überholten, wenig aussagekräftigen Instrumenten wie dem EDSS. Die Chance, wenig beachtete, aber für die Lebensqualität von Betroffenen zentrale Symptome (beispielsweise Fatigue), adäquat erfassen zu lassen, wird vertan. So findet man nur den Hinweis, dass „die Wertung von Defiziten anhand von etablierten Skalen erfolgen soll“. Was genau diese Defizite sind und wie diese gemessen werden sollen, bleibt der Phantasie des Arztes überlassen, eine Vergleichbarkeit von Kliniken wird allein dadurch fast unmöglich. Ebenfalls unklar ist, was in der einstündigen Erstuntersuchung abgehandelt werden soll, oder ob das überhaupt sinnvoll ist, denn gerade kurz nach der Diagnosestellung geben viele Betroffene an, überfordert und wenig aufnahmefähig zu sein. Im späteren Verlauf der Krankheit, wenn Symptome neu oder verstärkt auftreten, wünschen sich allerdings viele vermehrt Unterstützung durch zeitnahe Termine und mehr Zeit im ärztlichen Gespräch.

Versorgung

Eine zentrale Voraussetzung für die Zertifizierung durch die DMSG ist, dass die Behandlung auf Grundlage der aktuellen Leitlinie für MS erfolgt, dies zeugt entweder von naivem Vertrauen oder schlichter Unkenntnis der aktuellen Leitlinie. „Leitlinienwatch“, ein Portal für die objektive Bewertung von Behandlungsleitlinien, attestierte der aktuellen MS-Leitlinie ein „Ungenügend“. Auffällig sei, dass alle beteiligten Autoren, einschließlich des federführenden Autors, Interessenkonflikte hätten. Mehr zum Thema „MS-Leitlinie“ finden sie im Artikel: „Was soll das?“ auf Seite 25 dieses Heftes. Das für Betroffene hoch relevante Thema der sektorenübergreifenden Behand-

lung, also Gestaltung eines möglichst reibungslosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wird lapidar mit einem Satz abgehandelt. Forderungen etwa, dass Patienten in Krisensituationen psychologisch betreut werden oder dass Unterstützungsangebote durch Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagogen vorgehalten werden müssen, sucht man genauso vergebens wie konkrete Kriterien für die geforderte behindertengerechte Ausstattung beim Behandler. Die Notwendigkeit, bei Bedarf Zugang zu Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie zu bieten, wird zwar erwähnt, aber auch hier fehlen konkrete Auflagen. Wie oft, wie lange und vor allem wie schnell entsprechende Leistungen angeboten werden, liegt auch hier allein beim Behandler und wird somit von dessen finanzieller und personeller Ausstattung reglementiert und nicht etwa am Bedarf der Betroffenen orientiert.

Kooperation mit der DMSG

Zuletzt macht die DMSG noch einmal ganz deutlich, dass nur zertifiziert wird, wer eng mit ihr kooperiert, wobei dies nicht nur heißt, Beiträge für die Mitgliederzeitschrift zu erstellen und sich im DMSG-eigenen Internetforum zu engagieren, sondern ihr auch Forschungsergebnisse und Patientendaten für das MS-Register zukommen zu lassen. Warum das zur Verfügungsstellen von Daten und Dienstleistungen für die DMSG zu einer guten Behandlungsqualität führen sollte, wird nicht aufgeklärt. Was für die DMSG weder zertifizierungswürdig noch erwähnenswert zu sein scheint, ist die Notwendigkeit, die Behandlung von genau den Menschen beurteilen zu lassen, die aufgrund dieser Kriterien behandelt werden, nämlich den Betroffenen. Wenn sich Patienten also schlecht informiert fühlen, ihren Arzt als wenig unterstützend erleben oder sich vielleicht sogar ernsthafte Behandlungsfehler ereignet haben, hat dies keinerlei Einfluss auf die Bewertung durch die DMSG. Ein Versäumnis, welches einzigartig ist, da die Evaluation der Patientenzufriedenheit, beziehungsweise die Implementierung eines Beschwerdemanagements, eigentlich zu den Mindestanforderungen bei der Zertifizierung von Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen gehört (siehe beispielsweise DEGEMED Auditleitfaden für Rehakliniken, basierend auf DIN EN ISO 9001)². Ebenso ungewöhnlich ist der Ablauf der Zertifizierung. Statt, wie üblich, einen externen Gutachter die Einrichtung und die Einhaltung der vereinbarten Vorgaben überprüfen zu lassen, reicht es hier, einen entsprechenden zweiseitigen Bogen auszufüllen und der DMSG zuzuschicken, wahrscheinlich ist dies auch einer der Gründe, warum eine zweijährige Zertifizierung mit 50 Euro vergleichsweise günstig ist.^{3,4}

Vieles hat bei der genaueren Betrachtung der Zertifizierung überrascht, aber vielleicht muss man sich auch gar nicht wundern bei einer Organisation, die zwar für sich beansprucht, Betroffene zu vertreten, aber in ihren Führungsgremien kaum Betroffene mit eingebunden hat.

Christiane Jung und Nathalie Bessler