



Kriterienkatalog

Anforderungskatalog für integrierte Myasthenie Zentren der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e.V.

Stand: Version 5.0, 07.08.2025

1. Hinweise zum Bearbeiten des Kriterienkataloges

Bitte lesen Sie sich die nachfolgenden Hinweise zum Katalog aufmerksam durch.

Der nachfolgende Kriterienkatalog dient zur Ansicht. Bearbeitet wird der Katalog in einer digitalen Version, für die Sie nach Ihrer Anmeldung zur (Re-) Zertifizierung von Ihrem/Ihrer Ansprechpartner:in beim BQS Institut Zugangsdaten erhalten.

Der Katalog ist in verschiedene Themenbereiche untergliedert. Wir bitten, zu jedem Kriterium eine kurze schriftliche Anmerkung zu hinterlassen, ob und in welcher Form das Kriterium erfüllt wurde.

Bei einigen Kriterien sind ergänzende Ausfüllhinweise hinterlegt.

Die Kriterien der Punkte 3 & 4 sind zusätzlich in einer Kurzpräsentation aufzubereiten, die bei dem Audit vor Ort von einem Teammitglied des Zentrums vorgestellt werden. Bei einer Erstzertifizierung sollen durch die Präsentation die Eckdaten (personell und strukturell) des Zentrums vorgestellt werden, bei einer Rezertifizierung geht es vornehmlich um die Entwicklung seit dem letzten Audit sowie der Maßnahmenergreifung bzgl. früherer Verbesserungspotenziale (ergriffene Maßnahmen sind katalogweit aufzuführen, d.h. nicht nur für die Punkte 3 & 4). Die Präsentation ist im Nachgang dem Audit-Team zuzusenden.

Für alle mit einem * gekennzeichneten Kriterien muss auf der Online-Plattform ein **Dokument/Nachweis/SOP** o.ä. hochgeladen werden. **Dieses betrifft ausnahmslos die Punkte 5 & 6 (Diagnostik & Behandlungskonzepte) dieses Kataloges.**

Einige Kriterien bedürfen nur im Falle einer Rezertifizierung einer Erläuterung, sofern sich Änderungen zum Vor-Audit ergeben haben. Diese sind entsprechend gekennzeichnet.

Alle Kriterien sind sowohl für Erst-, als auch für Rezertifizierungen gültig und können vor Ort im Rahmen des Zertifizierungsaudits geprüft werden.



2. Kenntnisnahme

2.1 K1	Die Arbeit des iMZ basiert auf der Kooperation mit der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. (DMG). Dazu zählen die aktive Mitarbeit im ärztlichen Beirat und aktive Zusammenarbeit mit der DMG, z. B. Beteilung an wissenschaftlichen Symposien und DMG-Kongress sowie die jährliche Beteiligung bei der Durchführung von Patient:innenveranstaltungen.	
2.2 K2	Bei Erstzertifizierung muss die Teilnahme am Register innerhalb eines Jahres nach Zertifizierungstermin aufgenommen werden und wird als zentrales Evaluierungskriterium im Rahmen der Rezertifizierung auditiert.	
2.3 K3	Bei Rezertifizierungen müssen innerhalb des Bezugszeitraumes (das letzte abgeschlossene Kalenderjahr vor der Antragsstellung oder ggf. Rezertifizierung (siehe <i>Allg. Informationen, Erhebungsbogen zur Auditvorbereitung</i> in den Anlagen)) 50 % der Neuvorstellungen 50 % der Bestandspatient:innen im Register erfasst sein. Die o. g. Prozentzahlen ergeben sich aus den Registerdaten (Zähler) und den entsprechenden Controlling-Zahlen (Nenner) im Bezugszeitraum. Hier gelten die Regeln der Nebenabweichung. Bei diesem Kriterium gilt die Frist von 6 Monaten und einem anschließenden Beschluss des DMG-Vorstands als bindend.	
2.4 K4	Alle strukturellen oder personellen Änderungen, die die Zertifizierungskriterien betreffen, müssen der DMG innerhalb von 3 Monaten angezeigt werden.	

3. Klinikstruktur, Fachabteilungen und Ausstattung

Wir bitten alle unter Punkt 2 und 3 aufgeführten Struktur- und Personaldaten in einer Kurzpräsentation der Ambulanz aufzubereiten. Zu Beginn des Begehungstermins sind die Daten von einem Teammitglied der Ambulanz vorzustellen. Und die Präsentation im Nachgang dem Audit-Team zuzusenden.

3.1 S1	Es soll ein Konzept zur Erreichbarkeit für Patient:innen und niedergelassenen Neurolog:innen für die Myasthenie-Ambulanz geben, welches die Kontaktdaten (Telefon/E-Mail) und ggf. Ambulanzzeiten benennt.	
-----------	--	--

3.2 S2	<p>Es müssen jährlich mindestens 30 und sollen mehr als 50 Patient:innen wegen einer Myasthenie behandelt werden. Bei mindestens 3 dieser Fälle soll es sich um eine Neudiagnose bei Myasthenie handeln. Bei einer Erstzertifizierung ist der Nachweis der letzten <i>zwei abgeschlossenen Kalenderjahre</i> notwendig; bei einer Rezertifizierung des letzten abgeschlossenen Kalenderjahres.</p> <p>Bei den Fallzahlen sollten die Besonderheiten eines Kinderzentrums berücksichtigt werden.</p> <p>Bitte für die allg. Fallzahlen Anlage 3 und für die Anzahl Neudiagnosen Anlage 4_5 ausfüllen.</p> <p><i>Erläuterung: Anzahl von Patient:innen des abgeschlossenen Kalenderjahres vor Antragsstellung oder ggf. Zertifizierung. Für die Erstzertifizierung Nachweis der letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre (ambulant oder stationär; jede: Patient:in zählt nur einmal unabhängig von der Zahl der Kontakte) * Nachweis z. B. über ICD-Kodes, händisch erstellte Liste, oder Labor- Aufstellung</i></p>	
3.3 S3	<p>Es soll ein möglichst breites Spektrum an Myasthenieformen und neuromuskulären Erkrankungen behandelt werden.</p> <p>Hierfür bitte Anlage 3 ausfüllen.</p>	
3.4 S4	<p>Die jährliche Zahl behandelter Patient:innen mit neuromuskulärer Erkrankung (Myasthenie eingeschlossen) muss mindestens 50 betragen.</p> <p>Hierfür bitte Anlage 3 ausfüllen.</p>	
3.5 S5	<p>Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit müssen im Zentrum vorhanden sein.</p> <p>Hierfür bitte die Allg. Informationen aus dem Erhebungsbogen zur Auditvorbereitung ausfüllen.</p>	
3.6 S6	<p>Die Behandlung von Myastheniepatient:innen auf der Intensivstation muss unter ärztlicher Letztverantwortlichkeit eines/einer Neurolog:in oder unter kontinuierlicher Einbindung eines/einer Neurolog:in erfolgen.</p>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
3.7 S7	<p>Alle für Myastheniepatient:innen häufig benötigten Diagnoseverfahren (Neurophysiologie, pharmakologische Tests, Labor, Bildgebung) einschließlich Notfalldiagnostik müssen vor Ort verfügbar sein.</p>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.

3.8 S8	Eine Positronenemissionstomografie muss am Zentrum oder in Kooperation zur Verfügung stehen. Zu dem soll für die Krankenkassen eine literaturgestützte Antragsvorlage und eine Definition mit Zugangsmöglichkeiten vorhanden sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
3.9 S9	Eine radiologische Fachabteilung mit 24-stündigem Bereitschaftsdienst muss am Zentrum als Abteilung oder in Kooperation angesiedelt sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
3.10 S10	Ein internistischer Rufbereitschaftsdienst muss rund um die Uhr verfügbar sein. Mindestens ein:e Fachärzt:in für Innere Medizin muss am Zentrum in Vollzeit tätig sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
3.11 S11	Pädiatrie, Gynäkologie, Thoraxchirurgie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie. Diese fachärztlichen Kompetenzen müssen am Zentrum vorhanden oder über Kooperationen innerhalb eines Arbeitstages (Mo - Fr) konsiliarisch vor Ort verfügbar sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
3.12 S12	Folgende weitere Fachkompetenzen sollen konsiliarisch oder in Kooperation verfügbar sein: Pathologie Neuropathologie Humangenetik	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.

4. Personal

4.1 P1	Ein:e neurologische:r Dienstärzt:in muss rund um die Uhr im Zentrum anwesend sein. Der/Die Dienstärzt:in oder ein:e Fachärzt:in für Neurologie (z. B. Hintergrund-OA) muss rund um die Uhr für Myastheniepatient:innen und Hausärzt:innen/Zuweiser:innen telefonisch erreichbar sein. <i>Erläuterung: Inkl. telefonischer Erreichbarkeit für Hausärzt:innen/ Zuweiser:innen</i>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
-----------	--	---

4.2 P2	Der/Die Leiter:in des Myasthenie Zentrums muss die Facharztkompetenz für Neurologie besitzen. Eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Betreuung von Myastheniepatient:innen mit Expertise in der spezifischen Pharmakotherapie, im perioperativen Management, in der Spezialdiagnostik, im perinatalen Management und bei psychosozialen Aspekten ist vorzuweisen.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
4.3 P3	Der/Die stellvertretende Leiter:in des Myasthenie Zentrums soll die Facharztkompetenz für Neurologie und eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Betreuung von Myastheniepatient:innen mit Expertise in der spezifischen Pharmakotherapie, im perioperativen Management, in der Spezialdiagnostik, im perinatalen Management und bei psychosozialen Aspekten besitzen.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
4.4 P4	Die Myasthenie-Ambulanz muss regelmäßige, mindestens einmal wöchentliche Sprechzeiten haben.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
4.5 P5	Während der ambulanten Behandlungszeiten für Myastheniepatient:innen (Myastheniesprechstunde) muss der/die ärztliche Leiter:in oder der/die Stellvertreter:in des Myasthenie Zentrums für Konsultation und Supervision der Mitarbeiter:innen vor Ort verfügbar sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
4.6 P6	Die Intensivstation des Myasthenie Zentrums muss rund um die Uhr durch einen/einer auf Station anwesenden Ärzt:in mit mindestens 6-monatiger intensivmedizinischer Erfahrung betreut werden.	
4.7 P7	Ein:e Fachärzt:in für Neurologie mit Zusatzbezeichnung (neurologische) Intensivmedizin muss am Zentrum in Vollzeit tätig sein. Bitte in Anlage 2 benennen.	
4.8 P8	Auf der Intensivstation soll rund um die Uhr mindestens eine Fachpflegekraft mit intensivmedizinischer Qualifikation tätig sein. Bitte in Anlage 2 benennen.	

4.9 P9	<p>Für die neurologische bzw. interdisziplinäre Notaufnahme ist durchgehend eine Versorgung neurologischer Patient:innen durch Fachärzt:innen für Neurologie oder Assistenzärzt:innen in fortgeschrittenener Weiterbildung (mind. 2 Jahre Neurologie) zu gewährleisten. Myasthenieerfahrene Neurolog:innen u. Pflegekräfte sollen bei Bedarf verfügbar sein.</p> <p>Erläuterung: Hier ist nicht die Sprechstunde gemeint. Myasthenieerfahrung nur empfohlen, eine umgehende Hinzuziehung bei neurologischen Symptomen ist ausreichend.</p>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
4.10 P10	<p>In dringenden Fällen ist dem Patient:innen eine umgehende Vorstellung in der neurologischen bzw. interdisziplinären Notaufnahme zu ermöglichen.</p>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.

5. Diagnostik

Ausnahmlos alle Kriterien der Punkte 4 & 5 (Diagnostik & Behandlungskonzepte) müssen Eingang in eine SOP finden. Die jeweilige SOPs bitte bei jedem Kriterium benennen und (einmalig) anhängen.

-Die praktische Umsetzung der Punkte 4 & 5 wird bei Akteneinsicht geprüft-

5.1 D1	Bei der Erstanamnese von Myastheniepatient:innen müssen myastheniespezifische Symptome, Auslöser und Verstärker, zeitliche Verläufe, Autoimmun- und Tumorerkrankungen, Familienanamnese und soziale/berufliche Anamnese detailliert erfragt werden. Auch unauffällige Angaben sind zu dokumentieren.	
5.2 D2	Bei Erstdiagnose ist eine komplette neurologische körperliche Untersuchung mit myastheniespezifischem Untersuchungsgang vorzunehmen. Auch Normalbefunde sind zu dokumentieren.*	
5.3 D3	<p>Die Schweregradbestimmung der myasthenen Symptome ist bei Erstdiagnose und Verlaufskontrollen standardisiert nach der MGFA-Klassifikation vorzunehmen.</p> <p>Zusätzlich soll der Quantitative-Myasthenia-Gravis-Test (QMG) bei Erstdiagnose und bei den Verlaufskontrollen mindestens einmal jährlich bestimmt werden.*</p>	
5.4 D4	Im Rahmen der Vorstellungen sollte in regelmäßigen Abständen die Lebensqualität standardisiert mittels MG-QOL-15r sowie der MG-AdL erfasst werden. *	



5.5 D5	Bei der Erstdiagnostik sollen bei Verdacht auf okuläre Symptome eine Untersuchung auf ein Begleitschielen und einen Ice-Pack-Test durchgeführt werden. * Erläuterung: Nicht generell für alle Patient:innen, aber ein Konzept sollte existieren.	
5.6 D6	Bei Erstdiagnose immer und im Verlauf symptombezogen ist eine internistische körperliche Untersuchung vorzunehmen. Auch Normalbefunde sind zu dokumentieren. *	
5.7 D7	Bei Erstdiagnose immer und bei Bedarf im Verlauf soll die Erhebung eines psychologischen Befundes erfolgen. Auch Normalbefunde sind zu dokumentieren. * Erläuterung: Durch Neurolog:innen möglich; bedarfsweise Untersuchung ausreichend; soll besonders bei langen Aufenthalten erfolgen.	
5.8 D8	Die Untersuchungen im Rahmen der Erstdiagnostik sollen anhand eines internen Verfahrensstandards erfolgen, in welcher ebenfalls das LEMS berücksichtigt werden sollte. Ein spezifischer interner Verfahrensstandard für LEMS wird empfohlen Erläuterung: Die SOP sollte auch das LEMS umfassen, wobei eine spezifische SOP für LEMS empfohlen wird.	
5.9 D9	Eine Laboruntersuchung von Basisparametern (Diff.-BB, Transaminasen, GGT, AP, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, CK, Glukose, TSH, CRP) muss bei Erstdiagnose einer Myasthenie durchgeführt werden. *	
5.10 D10	Bei Patient:innen mit LEMS müssen als Tumormarker die SOX1- und anti-Hu-Antikörper regelhaft bestimmt werden. *	
5.11 D11	Die myastheniespezifische Immunserologie bei Erstdiagnose einer Myasthenia gravis muss die Acetylcholinrezeptorantikörper bei allen Patient:innen und die MuSK-Antikörper bei Acetylcholinrezeptorantikörper-Negativität sowie bei (V.a.) LEMS die VGCC-Antikörper (P/Q-Typ) umfassen. Des Weiteren müssen die LRP4-Antikörper bei Patient:innen mit V.a. Myasthenia gravis, die in den o.g. Test seronegativ blieben, sowie die Titin-Antikörper berücksichtigt werden. *	



5.12 D12	<p>Repetitive Nervenstimulation (Dekrement-/Inkrement-Test bzw. Aktivierungsfasilitations-Reaktion) und/oder Einzelfaser-EMG sowie Edrophonium- oder Pyridostigmintest sind bei allen Patient:innen mit neu diagnostizierter Myasthenie / LEMS ohne Antikörpernachweis und bei allen klinisch nicht eindeutigen Fällen durchzuführen. *</p> <p>Weitere Funktionsuntersuchungen sollen angepasst an das Krankheitsbild erfolgen.</p>	
5.13 D13	Alle Patient:innen mit Erstdiagnose einer Myasthenie müssen zwecks Thymomdiagnostik mit einer Kontrastmittel-CT oder MRT des Thorax untersucht werden. *	
5.14 D14	<p>Die histologische Aufarbeitung nach Thymektomie sollte unter Konsultation eines Referenzzentrums erfolgen. Die histologische Klassifikation nach der WHO sowie klinisch-anatomische Stadieneinteilung nach Masaoka-Koga und sowie TNM-Klassifikation (UICC/AJCC) muss erfolgen. *</p> <p>Erläuterung: Diese Anforderung gilt auch für zufällig bei einer Thymektomie wg. Hyperplasie entdeckte Thymome.</p>	
5.15 D15	Alle Patient:innen mit Erstdiagnose einer Myasthenie müssen bei Vorliegen von nicht myasthenietypischen Hirnstamm- oder Hirnnervensymptomen mit einem bildgebenden Verfahren (zerebrale CT oder zerebrale MRT) untersucht werden. *	
5.16 D16	<p>Bei Patient:innen mit Erstdiagnose eines LEMS muss zur Tumorsuche multidisziplinär eine klinische Diagnostik des gesamten Körpers und Bildgebung des gesamten Körpers (CT, ggf. PET-CT) erfolgen. Es sollte ein DELTA-P-Score zur Abschätzung des Tumor-Risikos bestimmt werden. *</p> <p>Erläuterung: DELTA-P-Score ist nur Empfehlung; bei (noch) fehlendem Tumornachweis Bildgebung des gesamten Körpers erforderlich.</p>	
5.17 D17	Bei allen Patient:innen mit Erstdiagnose einer Myasthenie sollen ein EKG geschrieben und die Vitalkapazität der Lunge bestimmt werden. Bei Verdacht auf Hypoventilation soll zusätzlich eine Untersuchung im Schlaflabor erfolgen. *	
5.18 D18	Bei Hinweisen auf Schluckstörungen ist eine erweiterte Schluckdiagnostik vorzunehmen. *	
5.19 D19	<p>Erläuterung: Z. B. logopädische Untersuchung; Videofluoroskopie.</p> <p>Patient:innen mit Verdacht auf ein kongenitales myasthenes Syndrom sollen einer humangenetischen Beratung und Mutationsdiagnostik zugeführt werden. *</p>	

6. Behandlungskonzepte

6.1 B1	<p>Die medikamentöse Behandlung muss auf Grundlage eines klinikinternen Standards und unter Berücksichtigung der DGN-Leitlinie sowie des aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgen.*</p> <p>Erläuterung: Es sind Kriterien zur symptomatischen und immunsuppressiven Behandlung, zur On-Label- und Off-Label- Therapie sowie Strategien der Eskalation, der Krisenprävention, der Remissionserhaltung und der Deeskalation zu definieren.</p>	
6.2 B2	<p>Bei Beginn einer medikamentösen Therapie müssen die Patient:innenn über unerwünschte Wirkungen und über einen Off-Label-Gebrauch von Medikamenten in Form eines unterschriebenen Aufklärungsblattes aufgeklärt werden.*</p>	
6.3 B3	<p>Es muss ein Konzept vorliegen, welches die Kontinuität der Behandlung sektorenübergreifend (d.h. bei Übergang von ambulanter zu stationärem Bereich und umgekehrt sowie an der Schnittstelle zur Rehabilitation) gewährleistet. Dies soll insbesondere auch Maßnahmen für die Einleitung und Durchsetzung notwendiger Off-Label-Therapien für die Patient:innen umfassen.</p> <p>Therapieänderungen sollten immer in Absprache mit der iMZ-Leitung erfolgen.*</p>	
6.4 B4	<p>Akute Interventionen wie IVIG-Gabe, Plasmapherese, Immunadsorption, sind auf Basis eines klinikinternen Standards zu Indikation und Durchführung vorzunehmen.*</p>	
6.5 B5	<p>Bei der Therapieplanung muss die Lebens- und Berufssituation der Patient:innen berücksichtigt und das Therapiekonzept entsprechend dokumentiert werden.*</p>	
6.6 B6	<p>Es soll ein Konzept existieren, wie die Einholung von Zweitmeinungen durch das Zentrum im Einzelfall stattfindet.*</p> <p>Erläuterung: Hier geht es darum, wie das Zentrum selbst bei Bedarf zusätzliche Expertise einbindet.</p>	

6.7 B7	Die Indikation zur Thymektomie ist differenziert z. B. analog zur DGN-Leitlinie vorzunehmen. Übliche Standards zur Diagnostik und zum perioperativen Management sind zu gewährleisten. Die Patient:innen müssen über Varianten zur Operationstechnik aufgeklärt werden. *	
6.8 B8	Nach Diagnose eines myasthenen Syndroms müssen abhängig vom klinischen Zustand engmaschige Verlaufskontrollen erfolgen. Die weiteren Verlaufskontrollen sollen in regelmäßigen Abständen mindestens drei- bis zwölfmonatlich durchgeführt werden. *	
6.9 B9	LEMS-Patient:innen sollen in Abhängigkeit vom initialen DELTA-P-Score (Titulaer et al. 2011) mit einem Thorax-CT oder PET-CT als Richtwertempfehlung zu folgenden Zeitpunkten nach Diagnose kontrolliert werden: Score = 0 – 1: nach 6 – 12 Monaten; Score = 2: nach 6, 12, und 24 Monaten; Score >=3: nach 3, 6, 12, 18 und 24 Monaten. *	
6.10 B10	Die Verlaufskontrolle der Krankheitsaktivität muss entsprechend klinikinterner Standards auf Grundlage von klinischen Scores (MG-AdL, QMG, MG-QoL15r) erfolgen. Die Standards sollten die Indikationen für Zusatzuntersuchungen im Krankheitsverlauf, wie die Bestimmung von Antikörpern (Erweiterung des Spektrums bzw. Titerkontrollen), für pharmakologische Tests, für EMG und repetitive Nervenstimulation definieren und das diagnostische Vorgehen bei Verbesserung und Verschlechterung festlegen. Die klinikinternen Standards müssen bei Zertifizierung nachvollziehbar sein. *	
6.11 B11	Im Rahmen der Verlaufskontrollen sind bei pathologischen Befunden Basislaborparameter und Schilddrüsenparameter regelmäßig zu bestimmen. Myastheniespezifische Antikörper sollten ggf. als Verlaufsparameter vor und/oder nach Veränderung der immunsuppressiven Therapie eingesetzt werden. *	
6.12 B12	Die erfolgten Therapien und Gründe für Therapieumstellungen müssen nachvollziehbar dokumentiert werden.*	

7. Monoklonale Antikörper-Therapien und andere neue Therapieformen

7.1 MT1	Es müssen Standards zur Aufklärung über neue Therapeutika im Myasthenie Zentrum vorhanden sein.	
7.2 MT2	Bei Indikation Bereitstellung von Eskalationstherapien oder Vermittlung an andere iMZ.	



7.3 MT3	In einer Infusionsambulanz muss ein:e neurologische:r Fachärzt:in stellen und eine Vertretungsregelung muss gewährleistet sein.	
7.4 MT4	In einer Infusionsambulanz muss als SOP geregelt sein, welche Kontrolluntersuchungen zu welchem Zeitpunkt durchgeführt werden müssen.	

8. Integrierte Patient:innenversorgung

8.1 IP1	<p>Es muss die Zulassung zur ambulanten Behandlung von Myastheniepatient:innen (z. B. im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung, einer Hochschulambulanz, eines medizinischen Versorgungszentrums oder nach § 116b SGB V/ASV) oder eine äquivalente Ambulanzstruktur vorliegen.</p> <p>Hierfür bitte entsprechende Angabe in der Anlage <i>Allg. Informationen zur Auditvorbereitung</i> hinterlegen.</p> <p>Erläuterung: Eine Zuweisungsmöglichkeit durch Ärzt:innen aller Fachrichtungen soll auch für Nicht-Notfallpatient:innen inklusive möglicher, aber noch nicht gesicherter Diagnose gegeben sein.</p>	
8.2 IP2	<p>Nach einem Besuch in der Myasthenieambulanz oder stationärem Aufenthalt sind alle wichtigen Informationen wie aktueller Therapieplan und relevante Befunde zeitnah an die weiterbehandelnden Ärzt:innen zu übermitteln.</p> <p>Erläuterung: Der vorläufige Arztbrief muss den Patient:innen bei Entlassung mitgegeben werden. Der endgültige Arztbrief oder nachzureichende Befunde sollten innerhalb von 2 Wochen nach Entlassung versandt werden.</p>	
8.3 IP3	<p>Myastheniepatient:innen sollen bei Notwendigkeit zur Rehabilitation an Rehabilitationseinrichtungen mit besonderer Erfahrung mit diesem Krankheitsbild vermittelt werden. Erforderliche Atem-, Schluck- oder Sprechtherapien sollen bei der Empfehlung besonders berücksichtigt werden. Kooperationen von Myasthenie Zentrum und Rehabilitationseinrichtungen zur Abstimmung von Diagnose- und Therapiekonzepten sind wünschenswert.</p> <p>Erläuterung: Zentrum muss eine Liste der Rehazentren mit MG-Erfahrung führen.</p>	

9. Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung & Fortbildung

9.1 Q1	Therapieverläufe von Myasthenie- oder LEMS-Patient:innen sollen in Fallkonferenzen, auch interdisziplinär, besprochen werden. Die Konferenzen sollen patient:innenübergreifend dokumentiert werden.	
-----------	---	--

9.2 Q2	<p>Ein Fehlerfassungssystem (z. B. CIRS) soll in der Klinik implementiert sein, welches die systematische und zeitnahe Analyse aller kritischen Ereignisse und sonstigen Fehler und Komplikationen ermöglicht. Durch die Mitarbeit am Myasthenie-Register sollen alle unerwünschten Medikamentenwirkungen erfasst werden.</p>	
9.3 Q3	<p>Die Implementierung eines QM-Systems in der Klinik, welches auch spezifische Ziele für die Behandlung von Patient:innen mit myasthenen Syndromen beinhaltet, wäre wünschenswert.</p>	
9.4 Q4	<p>Ein Konzept für die Mitarbeitendenfortbildung zu Myastheniespezifischen Themen muss vorliegen. Interne myastheniespezifische Fortbildungen (Ärzt:innen-, Pflegepersonal und Therapeut:innen) müssen mindestens jährlich durchgeführt werden. Das Konzept muss die ggf. vorhandene Personalfluktuation berücksichtigen, z. B. in dem die Frequenz der Fortbildungen angepasst werden. Darüber hinaus sollen die Mitarbeitenden des Myasthenie Zentrums regelmäßig an externen Fortbildungen teilnehmen.*</p> <p><i>Erläuterung: ext. Fortbildung nur "empfohlen". Eine Liste der Fortbildungen aus dem Bezugszeitraum ist anzuhängen</i></p>	

10. Patient:innenperspektive

10.1 PP1	Überweisung in die Ambulanz sowohl durch Fachärzt:innen als auch durch Hausärzt:innen sollte möglich sein.	
10.2 PP2	Das Zentrum muss myastheniespezifische Patient:innenbefragungen für die interne Qualitätsverbesserung durchführen und auswerten. Alternativ können Befragungsinstrumente der DMG genutzt werden.	
10.3 PP3	Den Patient:innen soll eine Information über Studien bzw. innovative Therapien und über die Beteiligung der Klinik an Studien möglich sein.	

11. Begehung der Ambulanz (ggf. inkl. Notaufnahme, Intensivstation, Infusionsambulanz, Diagnostikräume)

11.1 BA1	Neurologische Ambulanz, Warte- und Diagnostikräume sind patient:innengerecht und barrierefrei auszustatten. Die Beschilderungen und Wegweiser sollten gut lesbar sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
11.2 BA2	Neurologische Ambulanz, Bettenstation, Diagnostikbereich und Intensivstation sollen in räumlicher Nähe zueinander liegen. <i>Erläuterung: Kein KTW-Transport erforderlich</i>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
11.3 BA3	Informationsmaterial für Myastheniepatient:innen muss verfügbar und leicht zugänglich sein.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
11.4 BA4	Alle Myastheniepatient:innen müssen mit einem Notfallausweis ausgestattet werden. Informationsmaterial der DMG muss an die Patient:innen ausgehändigt werden.	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
11.5 BA5	Eine logopädische Betreuung muss werktäglich im Zentrum zur Verfügung stehen. <i>Erläuterung: Auch samstags wünschenswert.</i>	
11.6 BA6	Das Zentrum soll an sieben Tagen in der Woche in der Lage sein, eine erweiterte klinische Schluckdiagnostik bei Bedarf durchzuführen. <i>Erläuterung: Bei guter Schluckdiagnostik am Wochenende durch Pflegepersonal muss kein Verbesserungspotenzial benannt werden.</i>	Bei Re-Zertifizierung nur im Falle von Veränderungen zum Vor-Audit auszufüllen.
11.7 BA7	Psychologische, physio- und ergotherapeutische Betreuung sowie Sozialdienst sollen werktäglich im Zentrum zur Verfügung stehen. <i>Erläuterung: für psychologische Betreuung, Ergotherapie und Sozialdienst Mo-Fr ausreichend.</i>	