



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

äkn ärztekammer
niedersachsen

Zentrum für
Qualität und Management
im Gesundheitswesen

MMK in Niedersachsen

Status Quo und Weiterentwicklungschancen von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – eine Befragung der Ärztekammer Niedersachsen und der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Lynn Häsler

Dr. Anouk Siggelkow

Lena Strodtmann

Prof. Dr. David Schwappach

März 2018



Inhalt

1	Hintergrund	3
2	Methode.....	4
3	Ergebnisse	5
3.1	Angaben zur Stichprobe	5
3.2	Teil 1: Ziele und Organisation von MMK	7
3.3	Teil 2: Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf	23
4	Fazit	28
5	Referenzen	32

Ansprechpartner/innen:

Dr. med. Anouk Siggelkow
Leitung Sachgebiet Patientensicherheit
Ärztekammer Niedersachsen
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover
T 0511/380-2502
anouk.siggelkow@aekn.de

Prof. Dr. David Schwappach, MPH
Wissenschaftlicher Leiter
Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Asylstrasse 77, CH - 8032 Zürich
T +41 43 244 14 80
schwappach@patientensicherheit.ch

Dank:

Wir möchten uns bei allen bedanken, die sich an der Befragung zum Umsetzungsstand von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) beteiligt haben. Ihre Angaben waren sehr nützlich und werden eine fundierte Grundlage für die Erarbeitung von Unterstützungsmaterialien, Empfehlungen und Kurskonzepten bieten, um die Qualität und Systemorientierung der MMK zu befördern.

Wir danken zudem der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. für die ideelle Unterstützung dieses Projektes.

Hinweis:

Der Nachdruck und die Vervielfältigung des vorliegenden Textes sowie die ganze oder teilweise Verwertung von Grafiken oder Textausschnitten für interne Zwecke sind erlaubt - jedoch besteht die Verpflichtung, auf die Urheberschaft durch Patientensicherheit Schweiz hinzuweisen. Die externe Veröffentlichung bedarf einer ausdrücklichen schriftlichen Genehmigung durch Patientensicherheit Schweiz und der Ärztekammer Niedersachsen. Bei der Weitergabe an Dritte muss auf das Copyright und die Verpflichtung zur Angabe der Urheberschaft hingewiesen werden.

1 Hintergrund

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (nachfolgend abgekürzt mit MMK) haben vor allem in den angelsächsischen Ländern eine lange Tradition als Instrument ärztlicher Weiterbildung in Krankenhäusern. Die MMK dient sowohl dem individuellen als auch dem organisationalen Lernen. Sie ist auch in Deutschland verbreitet. Laut einer Befragung von Verantwortlichen für das klinische Risikomanagement im Jahr 2016 sind MMK bei 52% der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen systematisch und bei 26% unsystematisch implementiert (1).

Typischerweise werden in MMK retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Dies zu erreichen ist allerdings herausfordernd. Zum einen müssen die Form und das methodische Vorgehen entsprechend ausgerichtet sein, z. B. müssen bei der Ursachenanalyse systemorientierte Fragen gestellt werden. Zum anderen müssen die in der MMK erarbeiteten Erkenntnisse, Lösungen und Maßnahmen ihren Weg zurück in die Organisation finden und dort umgesetzt werden, um Wirkung zu entfalten.

Internationale Untersuchungen (2-4) zeigen, dass in der Realität eine große Heterogenität in der Durchführung der MMK existiert, Unklarheit über ihre Ziele und Aufgaben, mangelnde Struktur und Konsistenz. Häufig fehlen die zentralen Merkmale einer Zwischenfall-Analyse, z. B. der Einbezug verschiedener Sichtweisen oder das strukturierte Vorgehen bei der Identifikation von Einflussfaktoren. MMK werden zum Teil als aufwendig und ineffizient oder aufgrund des ökonomischen Drucks in den Krankenhäusern als nicht umsetzbarer „Luxus“ deklassiert. Analysen zeigen jedoch, dass die Teilnehmer von MMK dieses Instrument in ihrem Wert für die Patientensicherheit sehr schätzen und als Motiv für die Teilnahme vor allem die Verbesserung der Teamzusammenarbeit angeben (5). Klar zeigt sich aber auch, dass formale, strukturelle und methodisch-inhaltliche Charakteristika der MMK deutlich assoziiert sind mit der Wirksamkeit und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen. „Gut“ durchgeführte MMK führen zu mehr Erfolg für die Patientensicherheit.

MMK sind ein sehr anspruchsvolles Instrument. Sie stellen hohe Anforderungen an die sozialen, methodischen und klinischen Kompetenzen insbesondere der Leitung. Schlecht umgesetzte MMK werden zu keinem organisationalen oder individuellen Lerneffekt führen und keinen Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit leisten, z. B. wenn keine sinnvollen Maßnahmen aus einem Fall abgeleitet und umgesetzt werden. Sie wären dann ein ineffizienter Einsatz von Personalressourcen. Sie können sogar auch destruktiv wirken und einen sensiblen Umgang mit Fehlern und eine Sicherheitskultur zunichtemachen, z. B. wenn einzelne Beteiligte „vorgeführt“ werden.

In den letzten Jahren hat die MMK international im Kontext der Patientensicherheit neue Entwicklungen erfahren: So werden zunehmend Elemente der Zwischenfallanalyse sowie systemische Perspektiven eingeführt, und der Fokus vom individuellen auf das organisationale Lernen gelenkt (6). Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt Krankenhäuser bei der Implementierung und Durchführung von MMK mit einem methodischen Leitfaden (7).

Um ein Bild über den Status Quo in der Schweiz zu gewinnen, hat Patientensicherheit Schweiz mit dem Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte *Foederatio Medicorum Helveticorum* (FMH) im Frühjahr 2017

eine nationale Befragung Schweizer Chefärztinnen und -ärzte durchgeführt (8). Die Ergebnisse zeigen eine große Heterogenität in der Umsetzung der Konferenzen (9). Viele international proklamierte strukturelle und prozedurale Merkmale haben sich noch nicht durchgesetzt und hängen mit dem subjektiven Verbesserungsbedarf zusammen: Je weniger der Empfehlungen umgesetzt sind, umso eher sehen die Chefärztinnen und -ärzte auch aus ihrer Sicht Veränderungsbedarf (10).

Aus Deutschland lagen bisher keine detaillierten systematischen Daten zu Umsetzung oder Qualität von MMK vor. Die Ärztekammer Niedersachsen hat daher in Zusammenarbeit mit Patientensicherheit Schweiz ein Projekt lanciert, mit dem Ziel, die MMK in Niedersachsen als wichtiges Instrument zur Förderung der Patientensicherheit zu stärken. In einem ersten Schritt wurde im Herbst 2017 eine Online-Befragung von Chefärztinnen und -ärzten durchgeführt, in der analog zur Schweiz der Status quo der MMK in Niedersachsen erfasst wurde. Als Ergebnis der Erhebung liegen nun Daten zum Umsetzungsstand, dem Weiterentwicklungsbedarf und zu zukünftigen Chancen und Bedürfnissen aus Sicht der Verantwortlichen vor.

2 Methode

Fragebogen-Entwicklung

Der Fragebogen wurde von Patientensicherheit Schweiz in einem iterativen Prozess, gestützt auf internationale Literatur und Guidelines (z. B. Empfehlungen der deutschen Bundesärztekammer (7), Ottawa M&M Model (11), Konzepte aus der Chirurgie in England (12;13)) und mithilfe der Einschätzung durch einen Schweizer Experten-Zirkel, entwickelt. Der Schweizer Fragebogen enthält 44 Items und wurde bei einer kleinen Gruppe von leitenden Ärzten in der Schweiz auf Funktionalität, Verständlichkeit und Akzeptanz getestet. Der Fragebogen wurde für die Verwendung in Niedersachsen an die strukturellen Bedingungen in Deutschland angepasst, Schweizer Ausdrücke wurden entsprechend ersetzt. Der adaptierte deutsche Fragebogen wurde wiederum von Ober- und Chefärztinnen und -ärzten getestet und kommentiert. Es kamen 4 Items hinzu, einige Antwortkategorien wurden ergänzt oder angepasst.

Aufbau des Fragebogens

Zuerst wurden die Teilnehmenden danach gefragt, ob sie eine MMK durchführen (Filter). Teilnehmenden *ohne* MMK wurden gefragt, ob sie Interesse an einer Einführung hätten und gelangten im Anschluss direkt zum Ende des Fragebogens, wo sie Angaben zum Krankenhaus und zur eigenen Funktion machten. Teilnehmende *mit* MMK gelangten zu dem vollständigen Fragebogen. Dieser enthält Fragen zu den Zielen, der Struktur und den Prozessen sowie zur Zufriedenheit, Wirksamkeit und dem Weiterentwicklungsbedarf. Die Antwortoptionen sind binär (ja/nein), kategorial (teilweise Mehrfachantworten möglich) oder offen.

Stichprobe und Vorgehen

Es handelt sich um die Population der bei der Ärztekammer Niedersachsen registrierten Personen, die folgende Kriterien erfüllen: Chefärztinnen und -ärzte in Krankenhäusern der Disziplinen: Chirurgische Fächer, Internistische Fächer, Geburtshilfe/Gynäkologie, Anästhesiologie/Intensivmedizin und Pädiatrie. Insgesamt



819 Chefärztinnen und -ärzte wurden postalisch zur Befragung eingeladen und konnten mit einem individuellen Zugangscode oder QR-Code an der Online-Befragung teilnehmen. Sie konnten die Bearbeitung des Fragebogens an eine bei ihnen für MMK zuständige Person delegieren. 177 kaufmännische Direktorinnen und Direktoren wurden postalisch, 31 ärztliche Direktorinnen und Direktoren (die nicht bereits in der Funktion als Chefärztin oder -arzt angeschrieben worden sind) postalisch und per E-Mail und 87 Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) per E-Mail über die Befragung informiert. Im Niedersächsischen Ärzteblatt wurde ein Aufruf zur Teilnahme publiziert. Nach drei Wochen erhielten die Chefärztinnen und -ärzte einen postalischen und einen E-Mail-Reminder, falls sie den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten. Die Befragung war 5 Wochen zur Bearbeitung freigeschaltet. Die Daten wurden entsprechend der deutschen Datenschutzrichtlinien anonymisiert. Die zuständige Ethikkommission hat die Befragung als unbedenklich eingestuft.

Auswertung

Die Auswertung wurde mit der Statistiksoftware Stata 13 durchgeführt. Die Daten sind ausschließlich aggregiert und anonymisiert ausgewertet worden.

3 Ergebnisse

3.1 Angaben zur Stichprobe

Tabelle 1: Population, Stichprobe und Rücklauf

Grundgesamtheit, N	819
Teilnehmende, n	411
Relativer Rücklauf, %	50,2
Abbruchquote, n (%)	14 (1,7)
MMK vorhanden, n (%)	351 (85,4)

Tabelle 2: Rücklauf in den Hauptfachgebieten

Hauptfachgebiet	Zusammensetzung Population, N (%)	Zusammensetzung Stichprobe*, n (%)	Rücklauf pro Fachgebiet, n/N (%)	Haben MMK, n (%)
Internistische Fachgebiete	261 (31,9)	105 (25,6)	105/261 (40,2)	80 (76,2)
Anästhesiologie und Intensivmedizin	122 (14,9)	64 (15,6)	64/122 (52,5)	55 (85,9)
Chirurgische Fachgebiete	307 (37,5)	170 (41,4)	170/307 (55,4)	159 (93,5)
Gynäkologie und Geburtshilfe	79 (9,6)	45 (11,0)	45/79 (57,0)	38 (84,4)
Pädiatrie	50 (6,1)	15 (3,7)	15/50 (30,0)	9 (60,0)
Andere	-	4 (1,0)	-	4 (100)
Keine Angabe	-	8 (2,0)	-	6 (75,0)

*Die Zusammensetzung der Population unterscheidet sich signifikant von derjenigen der Stichprobe ($p < 0,05$).

Der Rücklauf der Befragung ist mit 50% für die adressierte Population als sehr gut zu bewerten. Von den 411 Fachpersonen, die den Fragebogen beantwortet haben, gaben 351 (85%) an, dass sie derzeit eine



MMK an ihrer Abteilung haben. 60 (15%) sagten, sie haben aktuell keine MMK. Von diesen gaben 34 (57%) an, Interesse an einer Einführung einer MMK zu haben, 23 (38%) haben vielleicht Interesse und 3 (5%) haben kein Interesse.

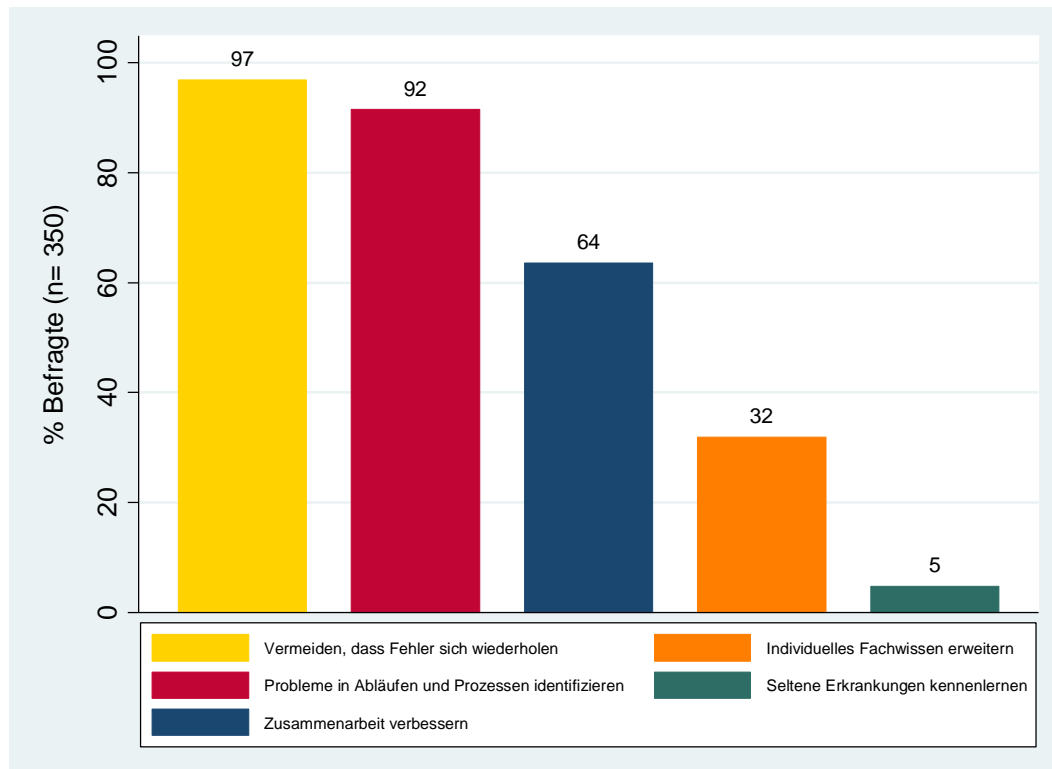
Die folgenden Auswertungen beziehen sich nur auf diejenigen Teilnehmer, die aktuell eine MMK haben. Die Personen, die die Frage jeweils nicht beantwortet haben, wurden ausgeschlossen.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe

Geschlecht, n (%)	
männlich	365 (88,8)
weiblich	37 (9,0)
keine Angabe	9 (2,2)
Funktion, n (%)	
Chefarzt	348 (84,7)
Oberarzt	43 (10,5)
Assistenzarzt	6 (1,5)
Belegarzt	2 (0,5)
keine Angabe	12 (2,9)
Disziplin, n (%)	
Chirurgische Fächer	170 (41,4)
Internistische Fächer	105 (25,6)
Anästhesiologie und Intensivmedizin	64 (15,6)
Gynäkologie und Geburtshilfe	45 (11,0)
Pädiatrie	15 (3,7)
Andere	4 (1,0)
keine Angabe	8 (2,0)
Krankenhauskategorie, n (%)	
Universitätskrankenhaus	24 (5,8)
Krankenhaus mit > = 500 Betten	88 (21,4)
Krankenhaus mit 125 - 499 Betten	236 (57,4)
Krankenhaus mit < 124 Betten	53 (12,9)
Spezialklinik	9 (2,2)
keine Angabe	1 (0,0)
Art des Krankenhauses, n (%)	
öffentlich rechtliches Krankenhaus	161 (39,1)
frei-gemeinnütziges Krankenhaus	87 (21,2)
privates Krankenhaus	150 (36,5)
keine Angabe	13 (3,2)
Abteilungsgrösse, n (%)	
Bis 20 Betten	58 (14,1)
21-40 Betten	116 (28,2)
41-60 Betten	86 (20,9)
61-80 Betten	52 (12,7)
über 80 Betten	46 (11,2)
keine Aussage möglich (z. B. Anästhesie-Pool)	43 (10,5)
keine Angabe	10 (2,4)

3.2 Teil 1: Ziele und Organisation von MMK

1. Welche übergeordneten Ziele verfolgen Sie hauptsächlich mit den MMK in Ihrer Klinik bzw. Abteilung?
(Bitte wählen Sie max. drei Hauptziele)

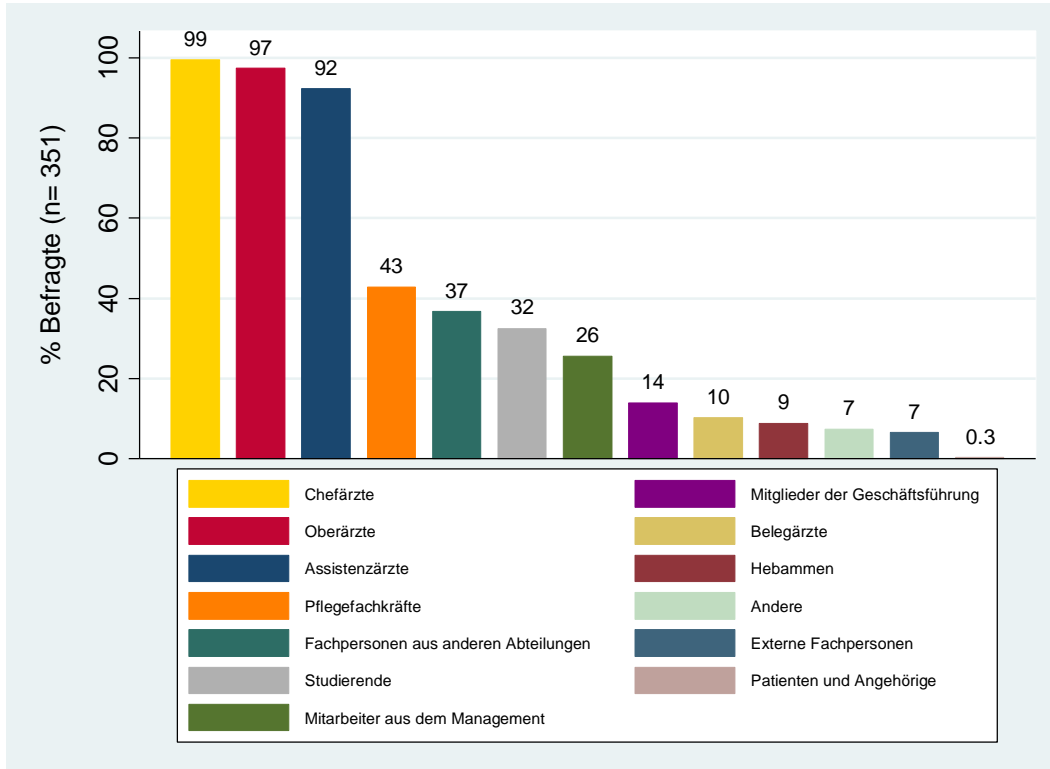


2. Verfolgen Sie noch weitere Ziele? Falls ja, welche?
(post hoc kategorisiert, nur mehr als einmal genannte Punkte aufgeführt)

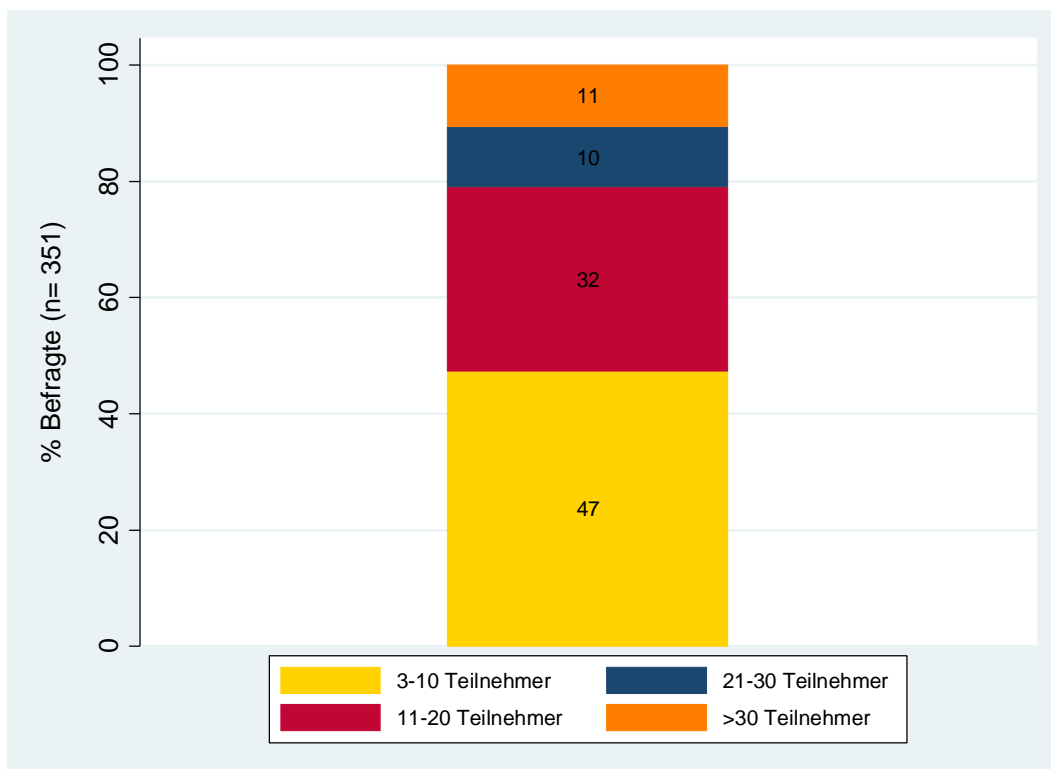
- Anforderungen für Zertifizierung erfüllen (5 Nennungen)
- Sicherheitskultur, Umgang mit Fehlern verändern (4 Nennungen)
- Verbesserung der Qualität (2 Nennungen)



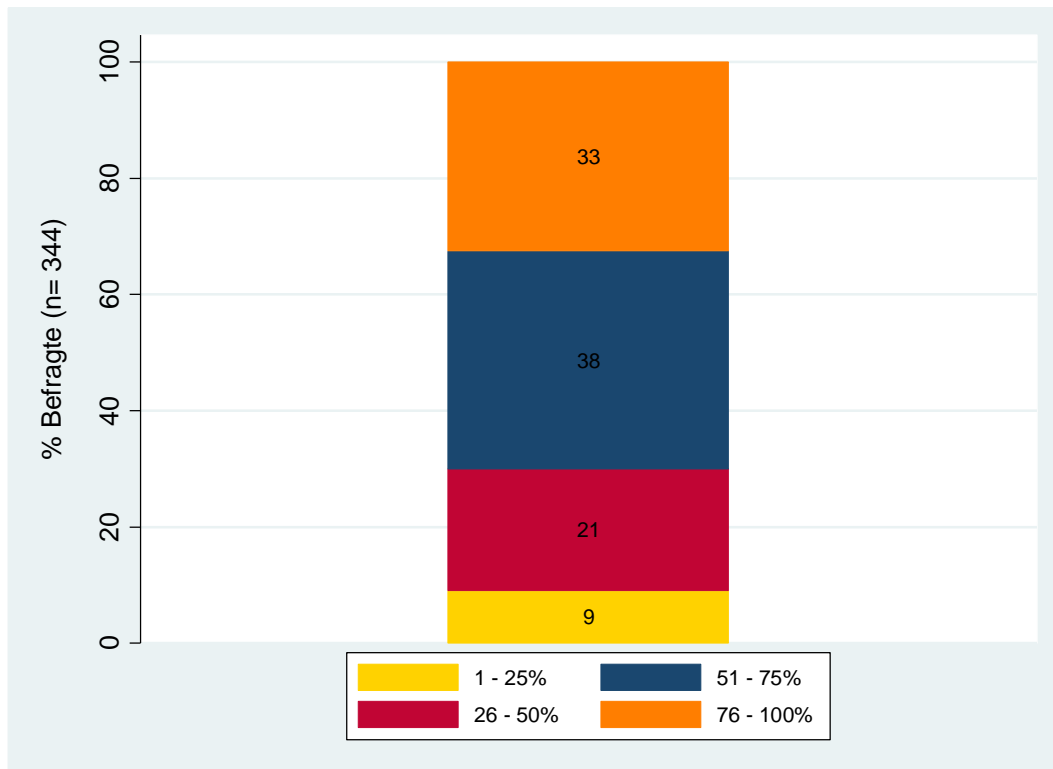
3. Wer nimmt in der Regel an der MMK teil? (Mehrfachantworten möglich)



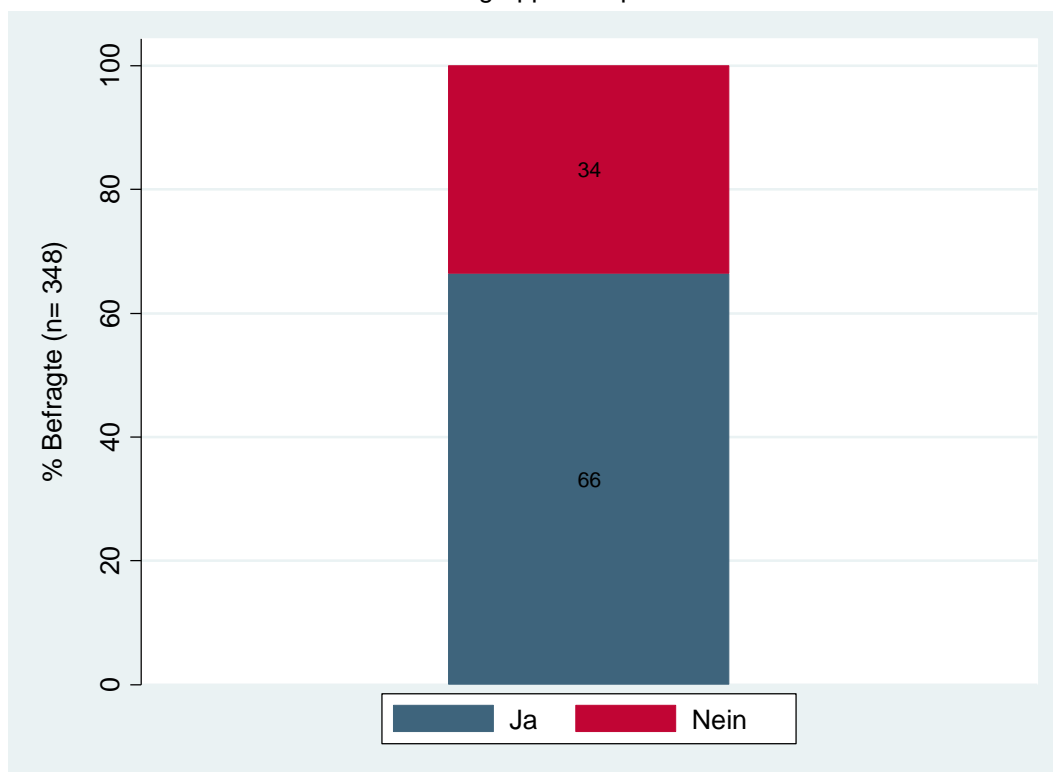
4. Wie viele Fachpersonen nehmen im Durchschnitt an der MMK teil?



5. Bitte schätzen Sie: Wieviel % der eingeladenen und anwesenden Ärzte nehmen in der Regel an einer MMK teil?

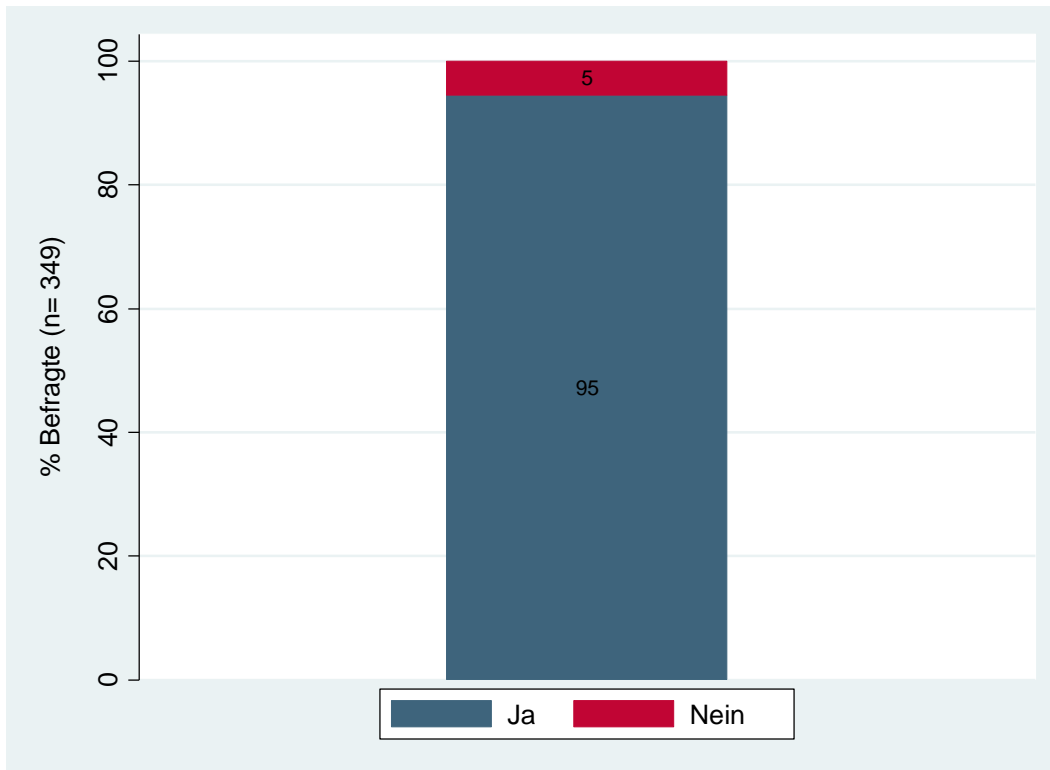


6. Ist die MMK für bestimmte Personalgruppen verpflichtend?

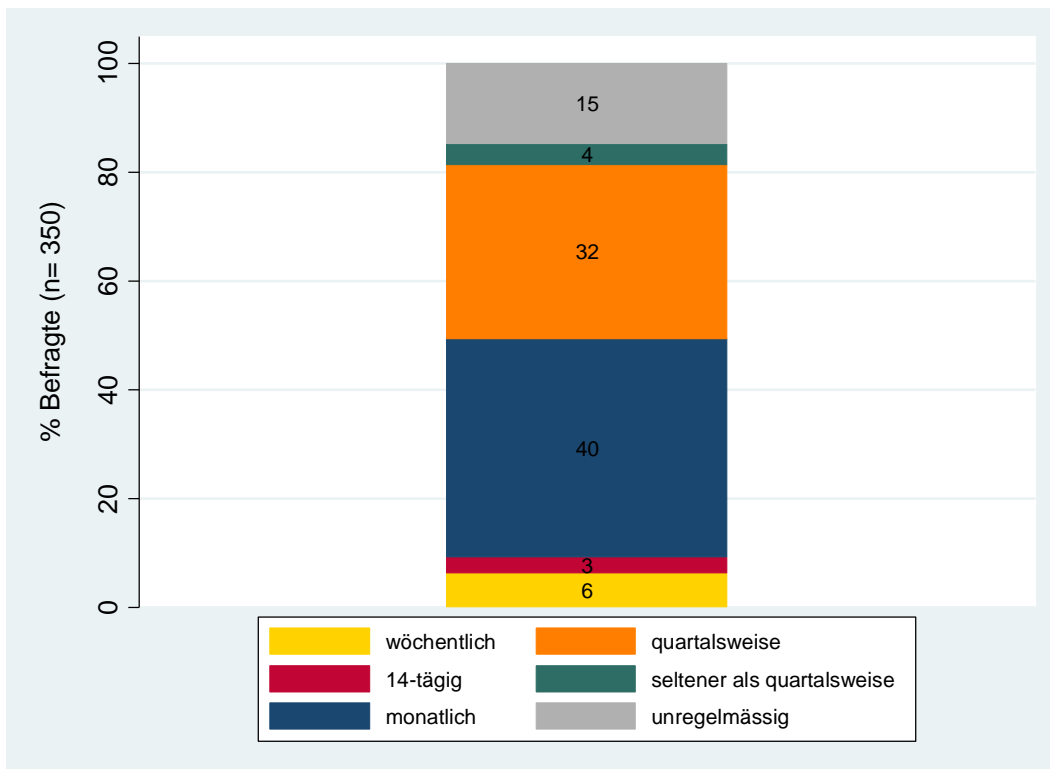




7. Sind jeweils genügend Sitzplätze für alle Teilnehmer vorhanden?

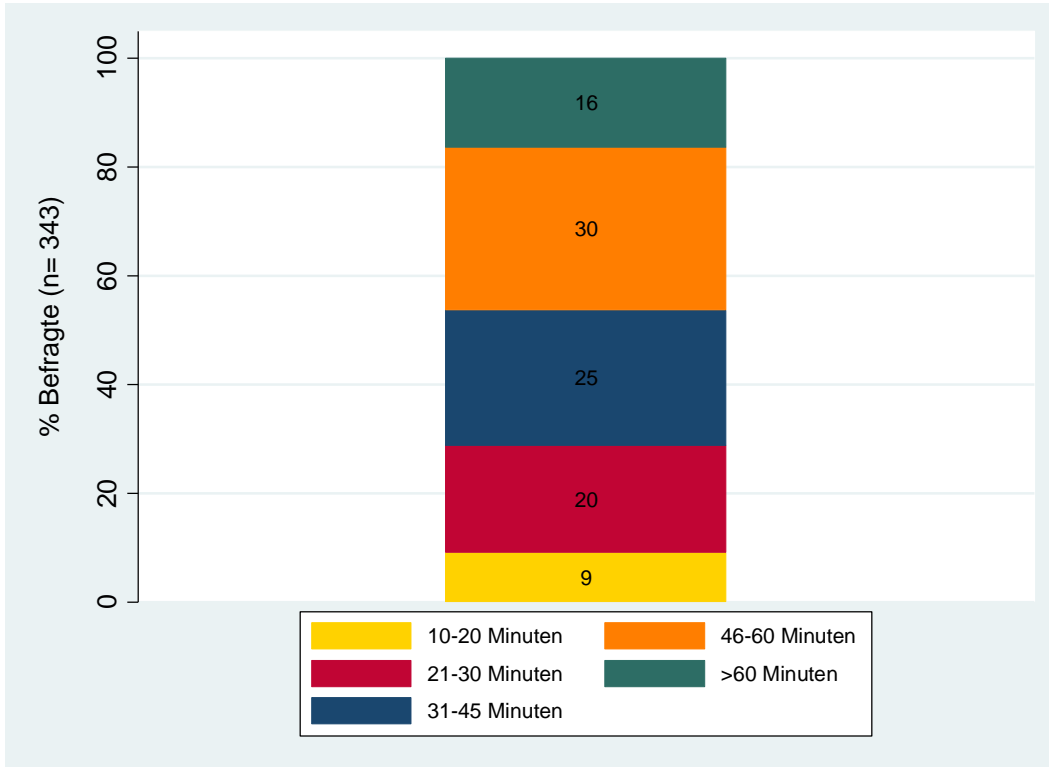


8. Wie häufig finden die MMK statt?



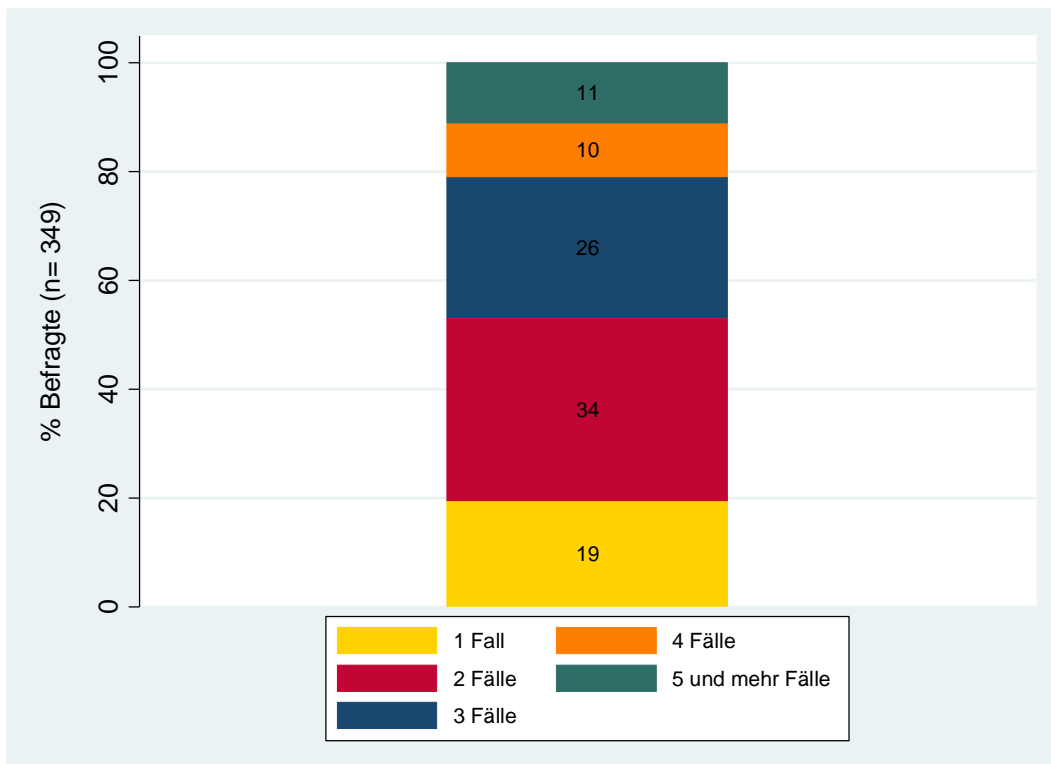


9. Wie lange dauert die MMK in Ihrer Klinik bzw. Abteilung durchschnittlich?



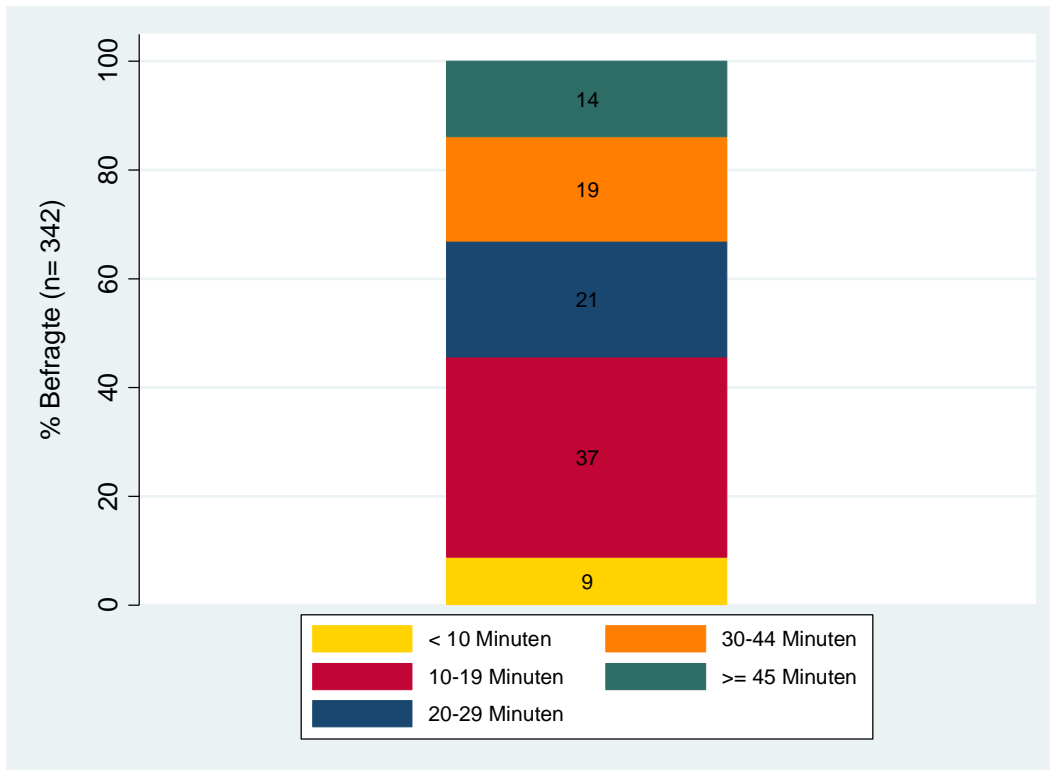
Median: 45 Minuten, Mittelwert: 52 Minuten

10. Wie viele Fälle werden in der Regel pro MMK besprochen?



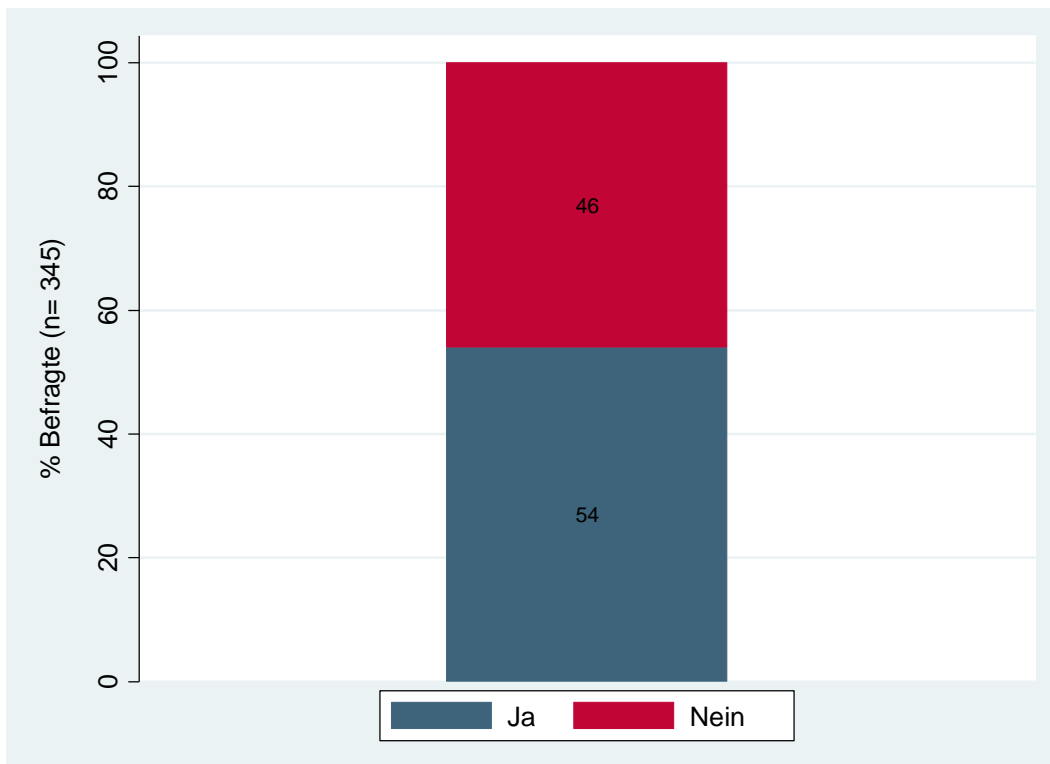


11. Dauer pro Fall (*post hoc berechnet*)



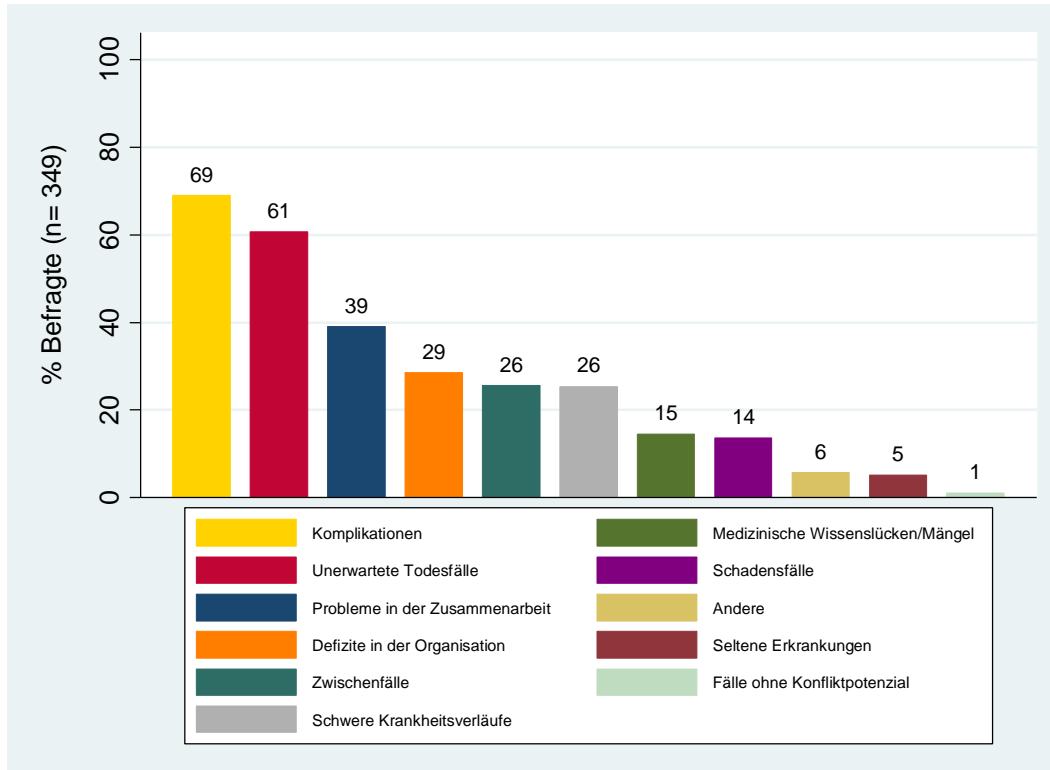
Median: 20 Minuten, Mittelwert: 24 Minuten

12. Sind klare Kriterien festgelegt, nach denen die MMK-Fälle ausgewählt werden?

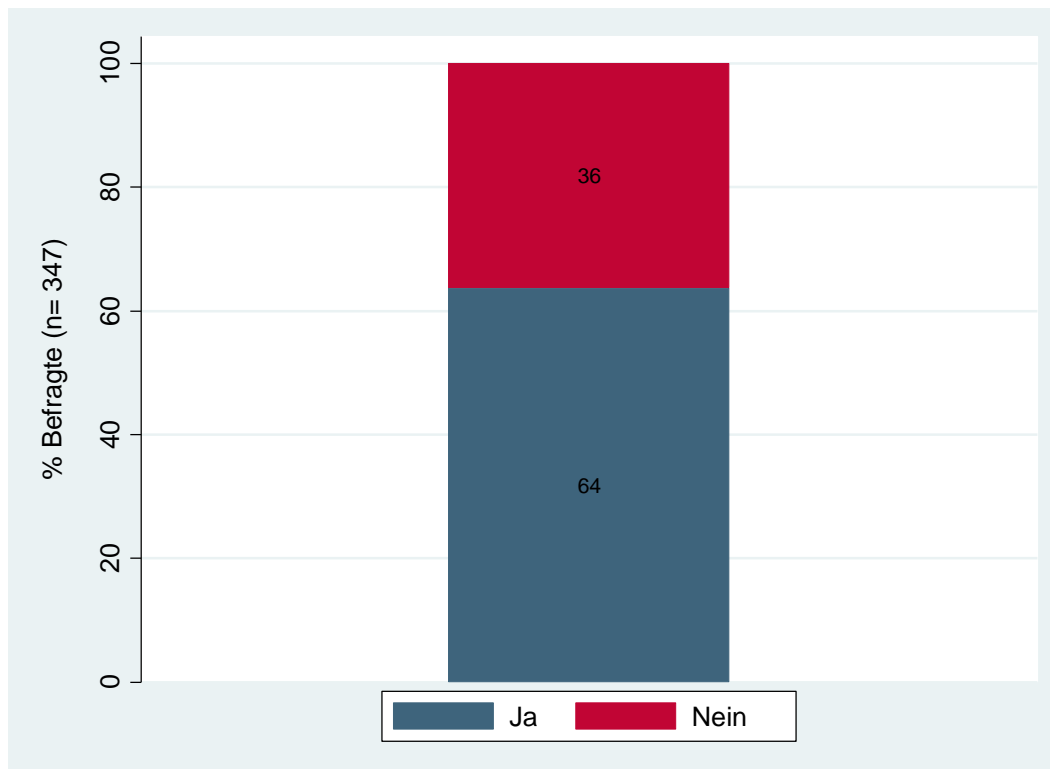




13. Welche Arten von Fällen werden typischerweise vorgestellt? (Bitte wählen Sie max. drei Fallarten aus)

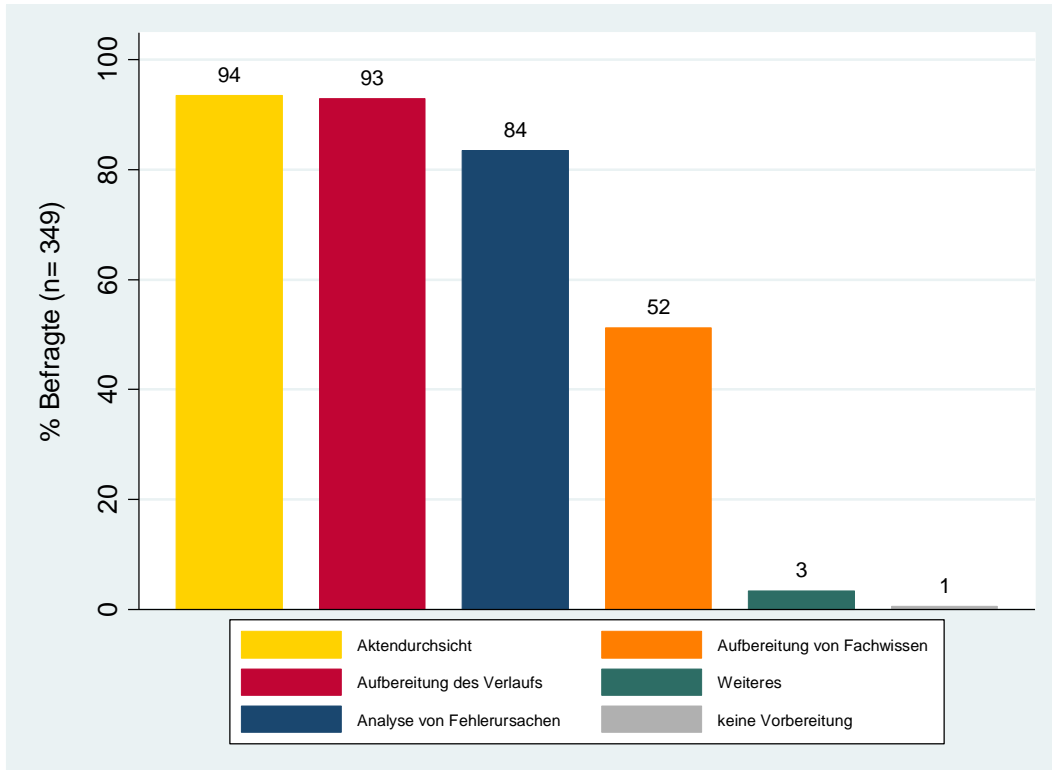


14. Erfolgt die Aufarbeitung des zu besprechenden Falles nach einem standardisierten Vorgehen?

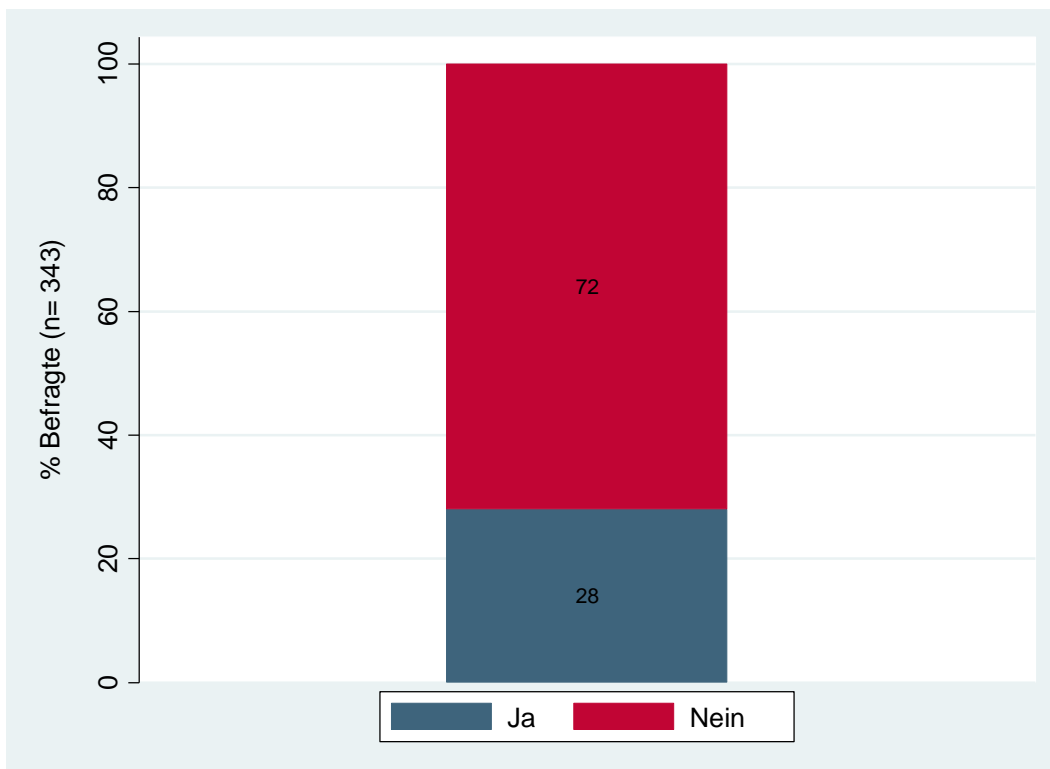




15. Die Vorbereitung des Falles beinhaltet ... (Mehrfachantworten möglich)

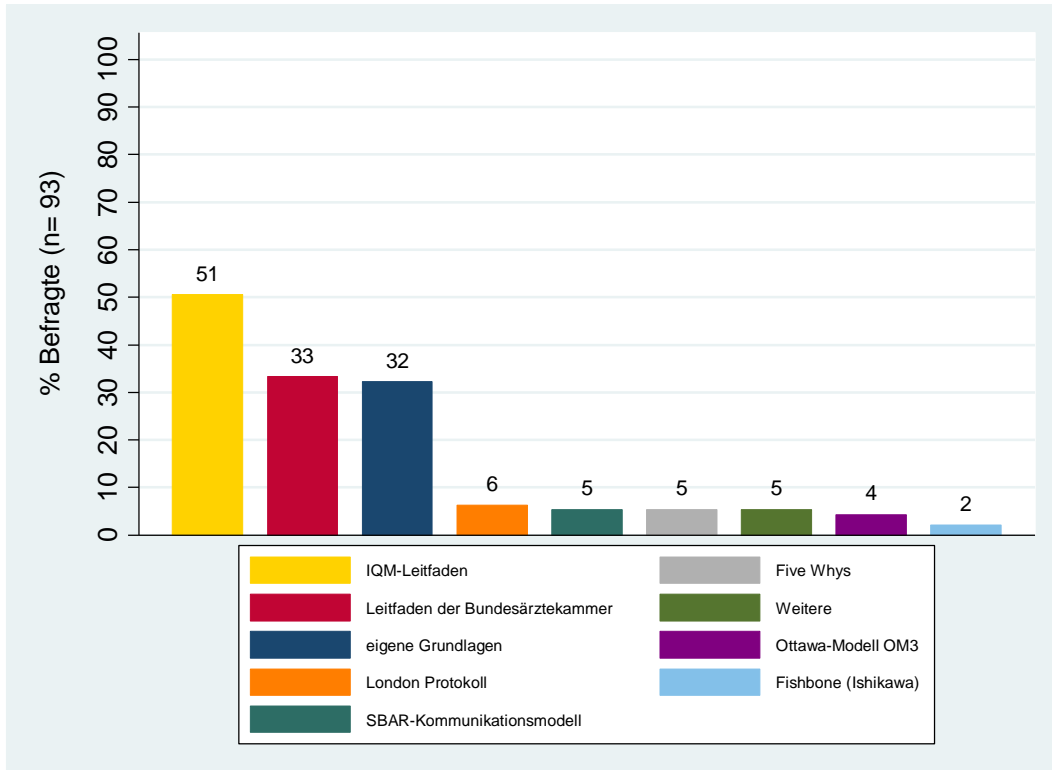


16. Arbeiten Sie mit Modellen, Konzepten oder Grundlagen für die Fallanalyse und -präsentation?

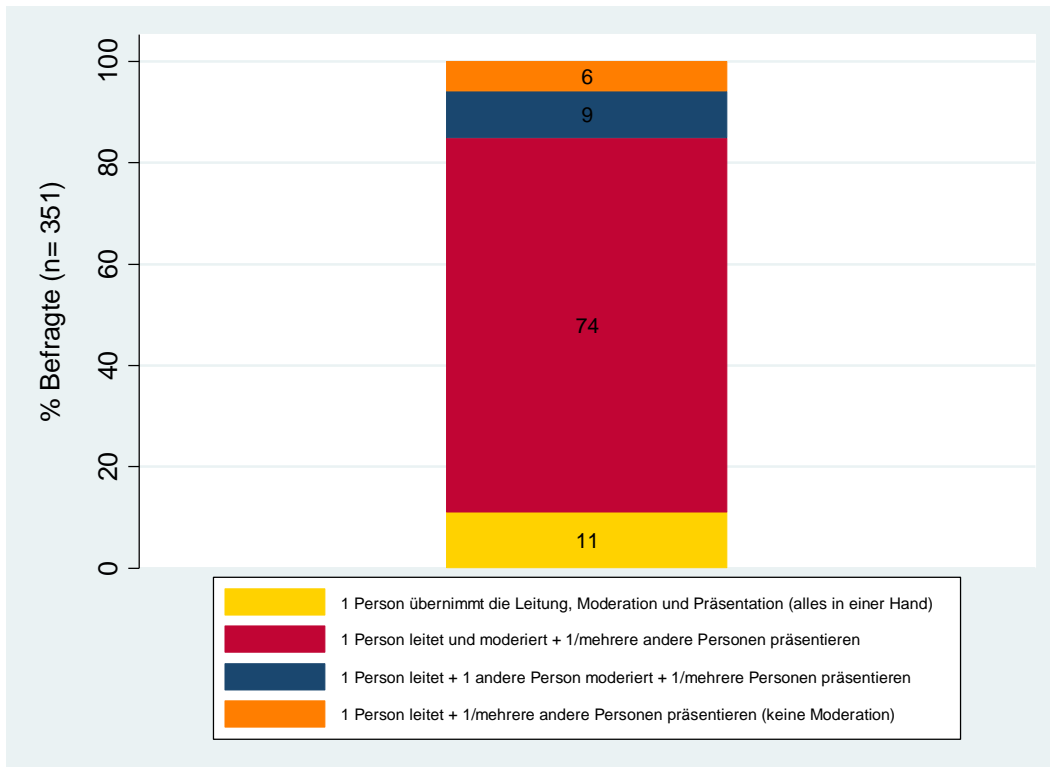




17. Mit welcher / welchen Grundlagen arbeiten Sie? (Mehrfachantworten möglich)

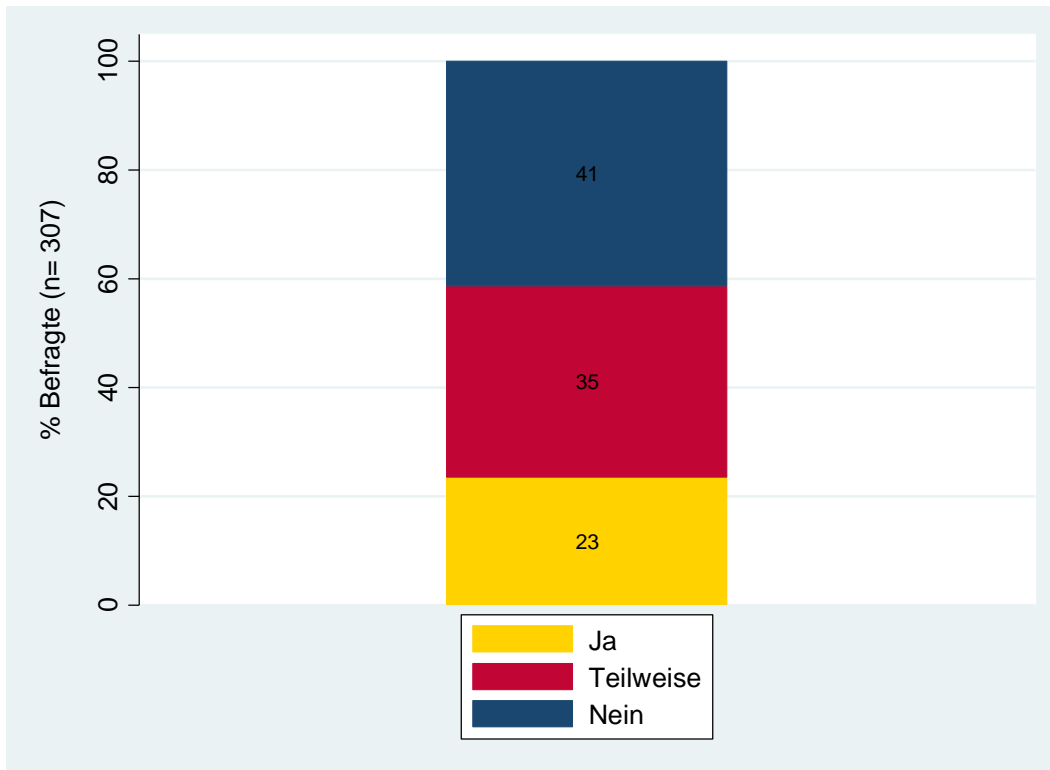


18. Welche Aufgabenverteilung entspricht derjenigen in Ihrer Institution am ehesten?

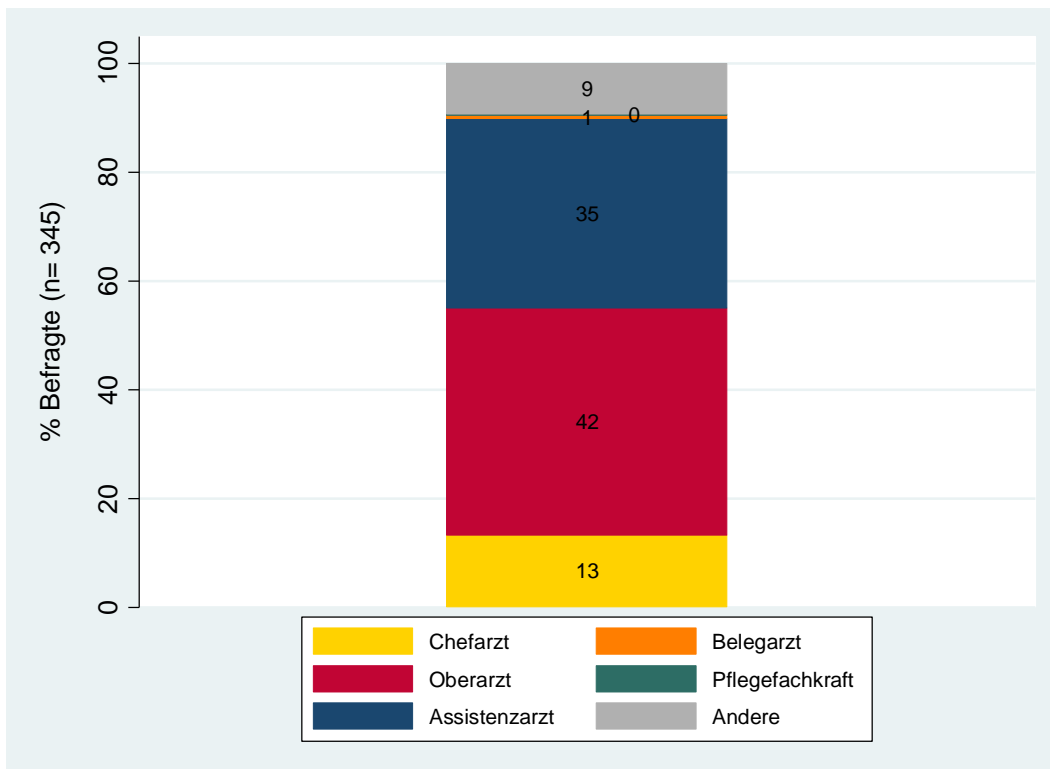




19. Sind die Personen, die die Moderation übernehmen, darin geschult worden?

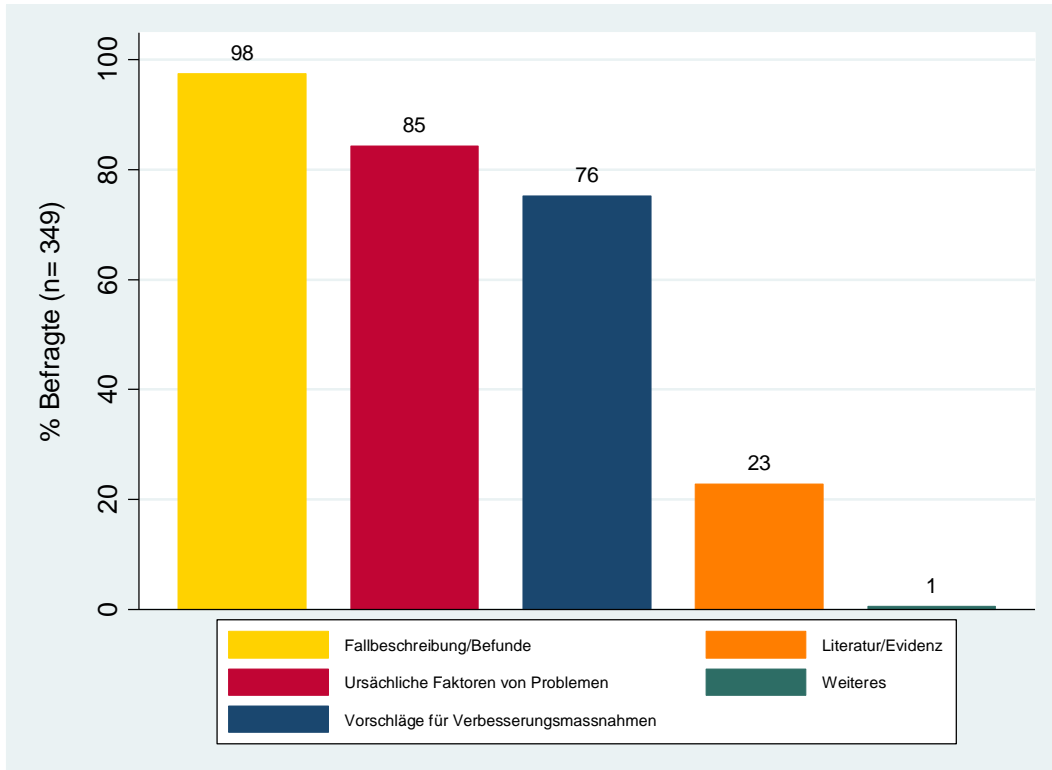


20. Wer präsentiert in der Regel den Fall?

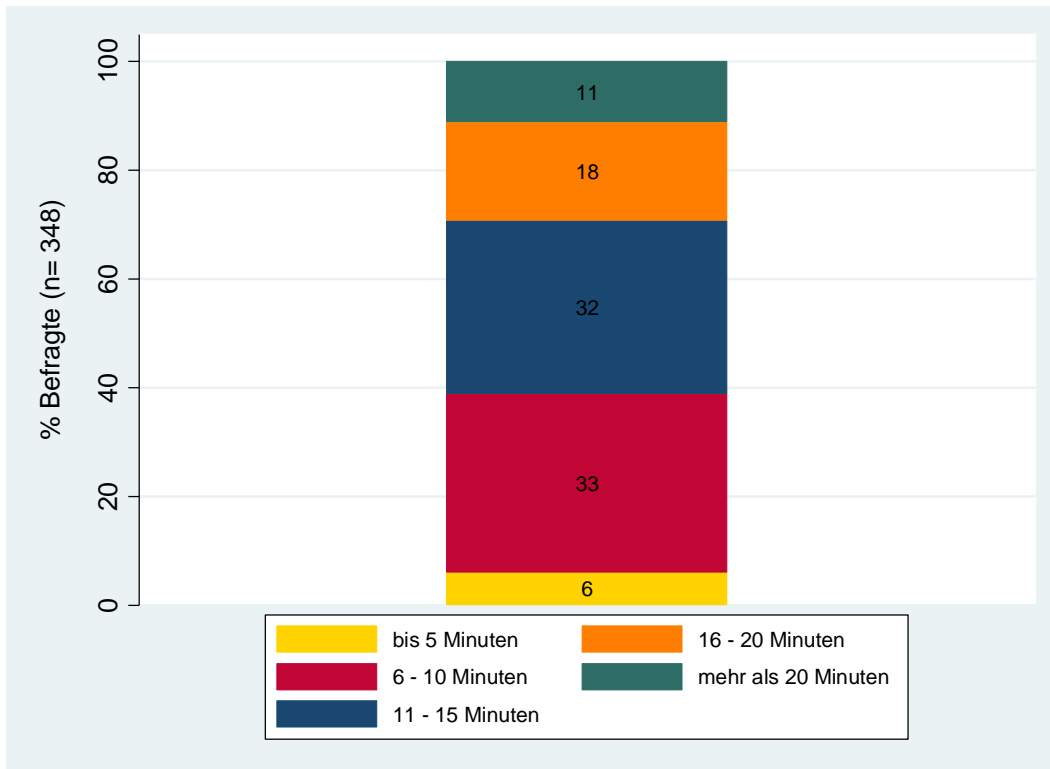




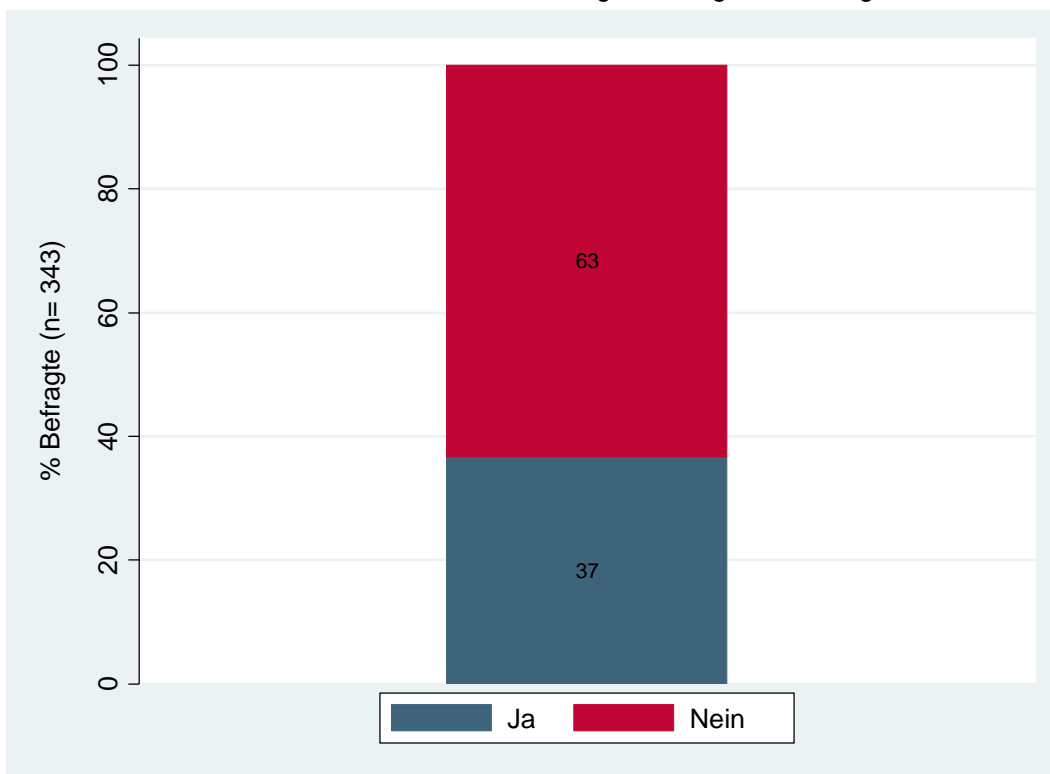
21. Was wird in den MMK in der Regel präsentiert? (Mehrfachantworten möglich)



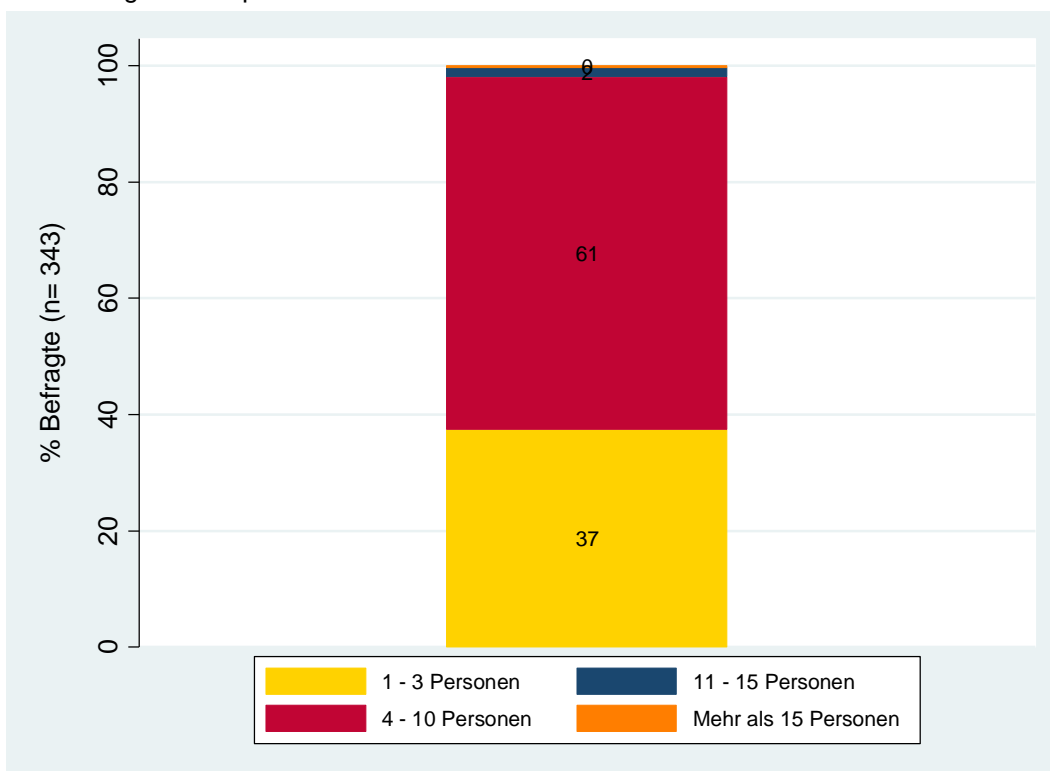
22. Wieviel Zeit wird für die offene Diskussion eines Falles durchschnittlich aufgewendet?



23. Werden die Fälle während der MMK in der Regel entlang von Leitfragen diskutiert?

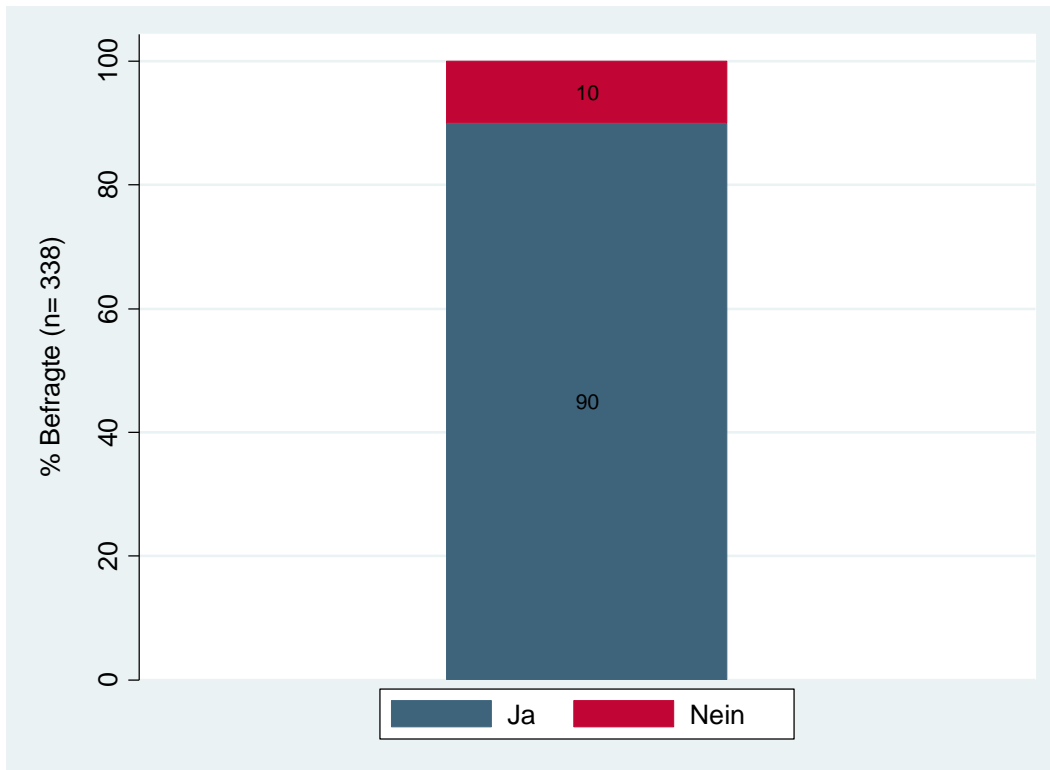


24. Bitte schätzen Sie, wie viele verschiedene Personen aus der Zuhörerschaft bei einer typischen MMK einen aktiven Redebeitrag leisten, d.h. neben den an der Fallvorstellung und Moderation beteiligten Fachpersonen.

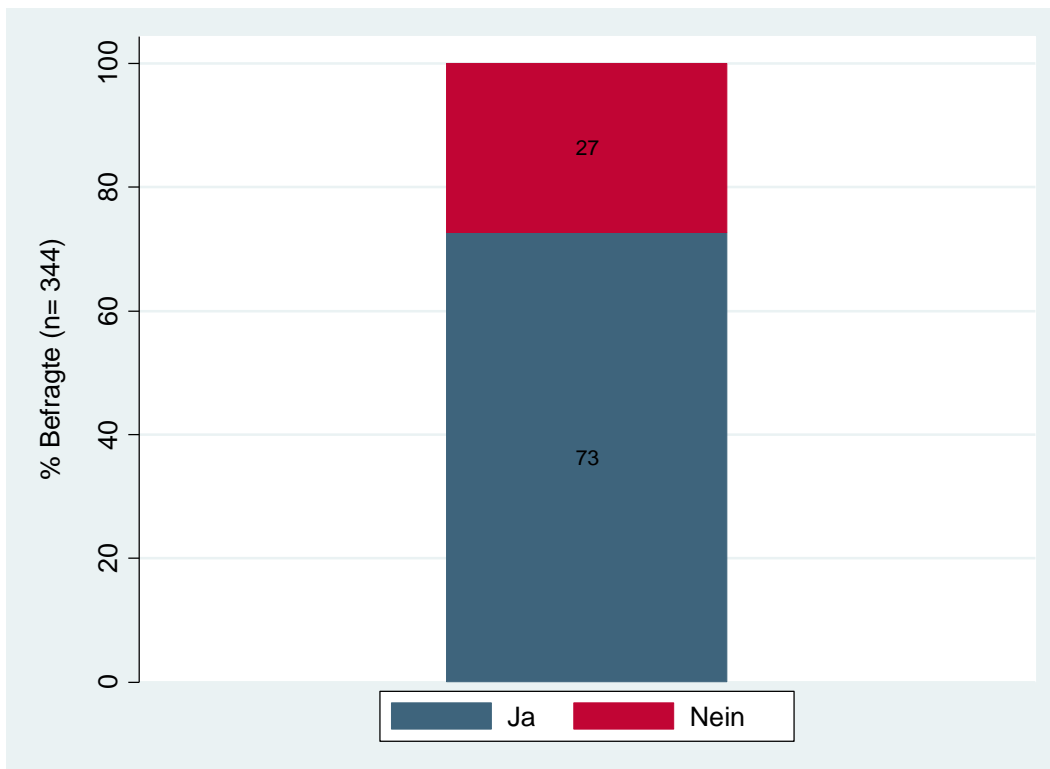




25. Werden in den MMK interaktiv konkrete Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet?

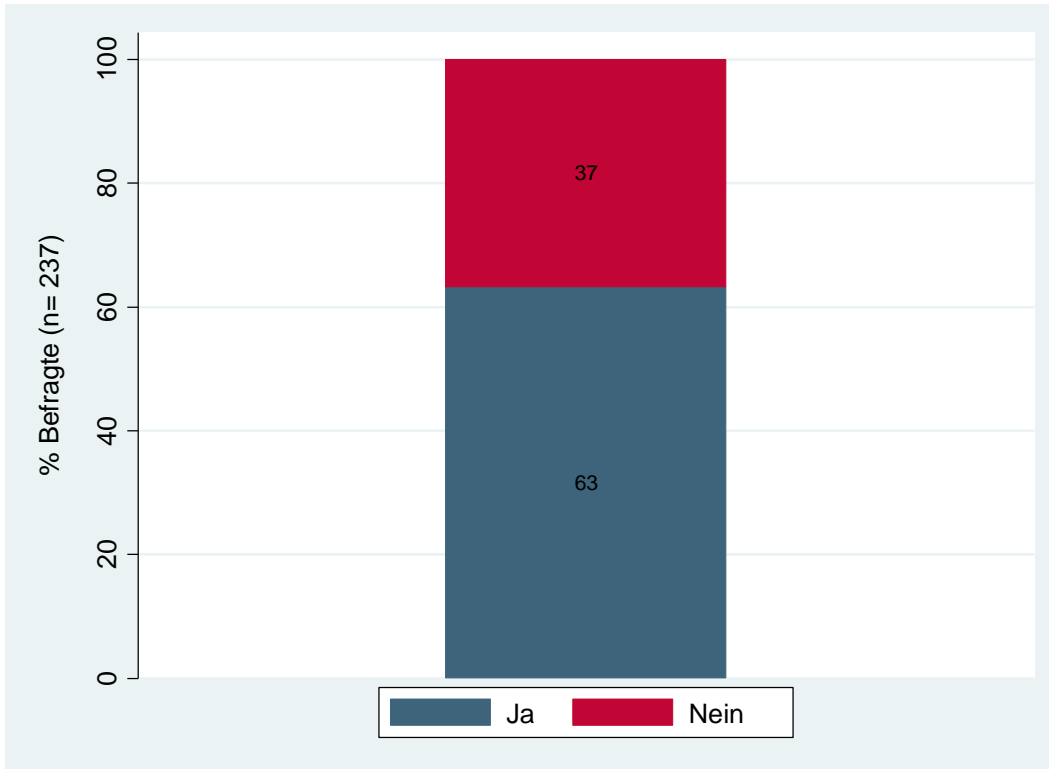


26. Wird in der Regel ein Protokoll oder eine schriftliche Zusammenfassung der MMK verfasst?

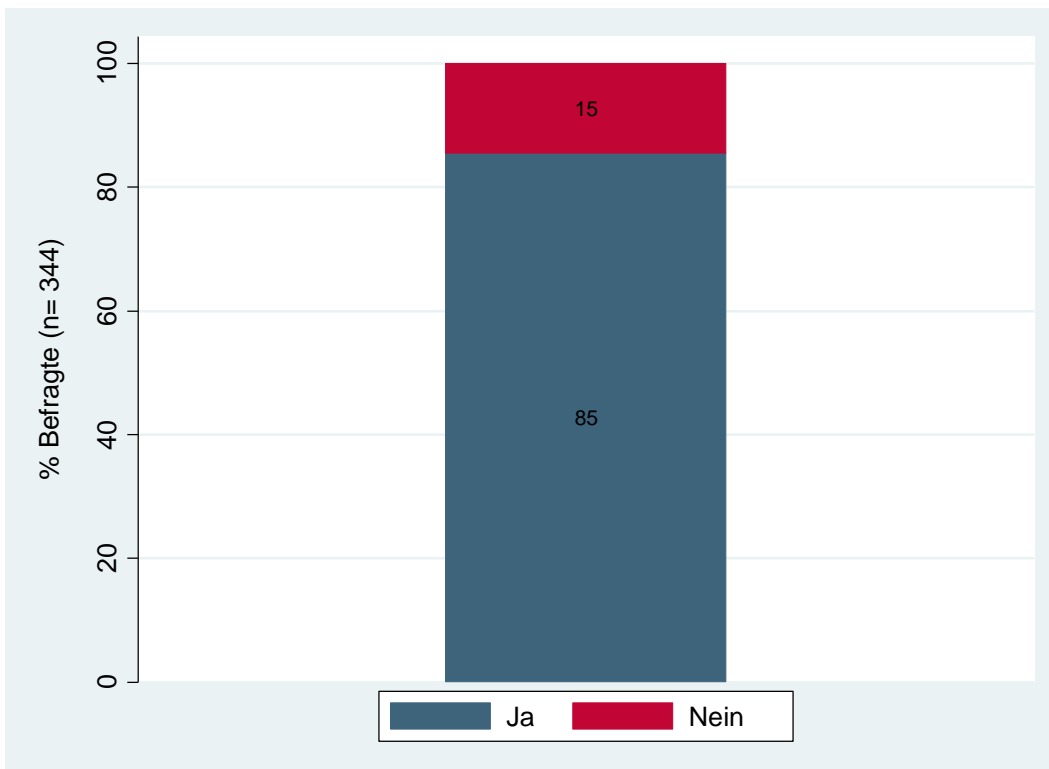




27. Falls ja, ist das Protokoll anonymisiert, d.h. sind keine Rückschlüsse auf die am Fall und in der MMK beteiligten Mitarbeiter möglich?

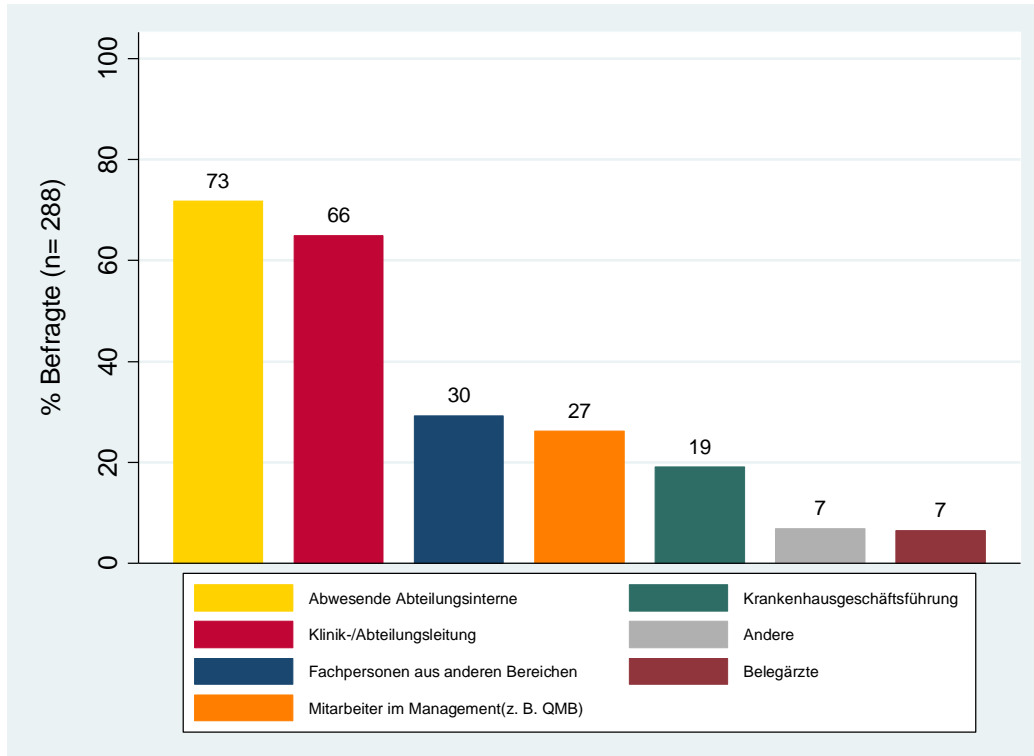


28. Werden die Ergebnisse der MMK intern kommuniziert?

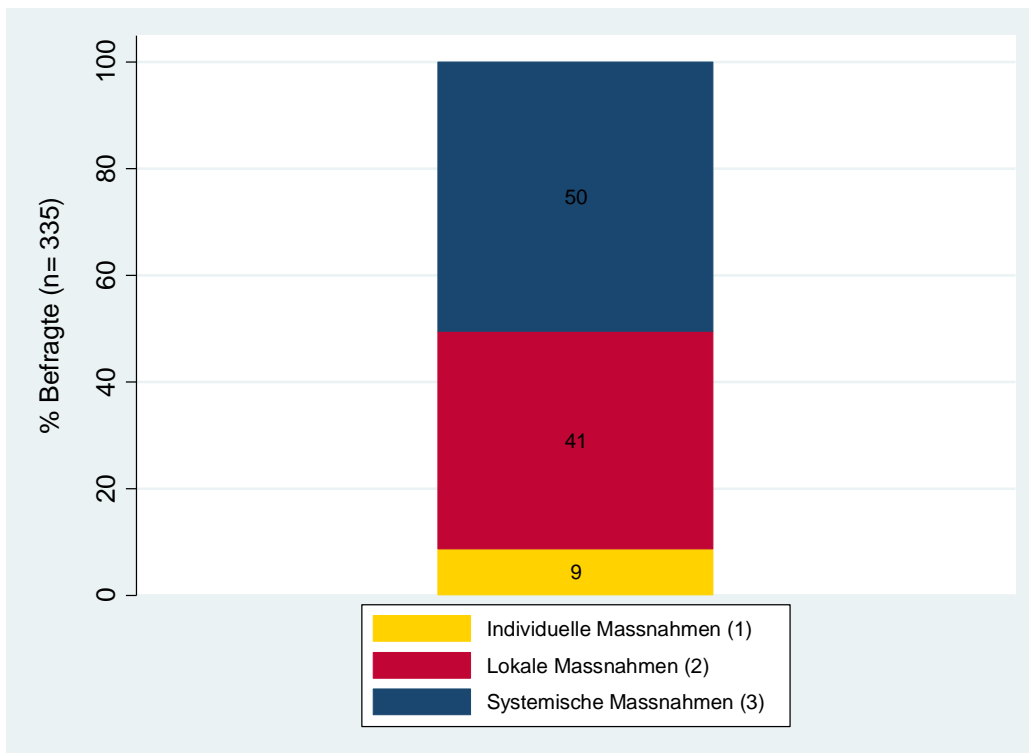




29. Falls die Ergebnisse kommuniziert werden: An wen wird kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)

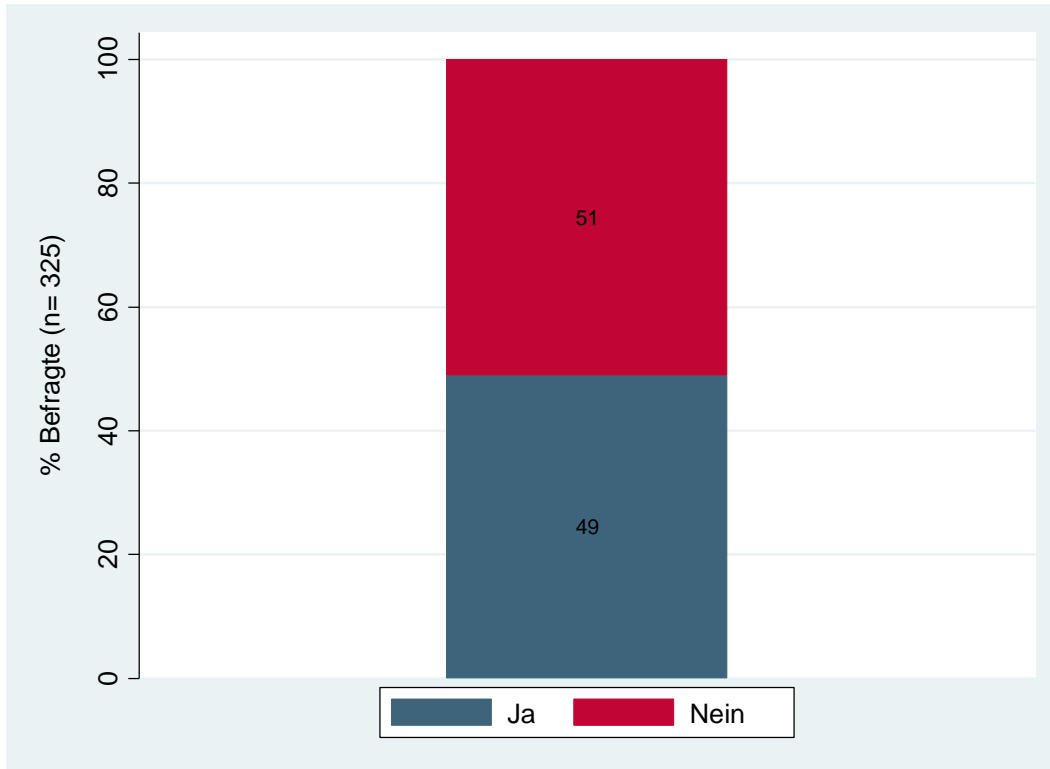


30. Welche Arten von Verbesserungen werden aus MMK abgeleitet? Was trifft am meisten zu?

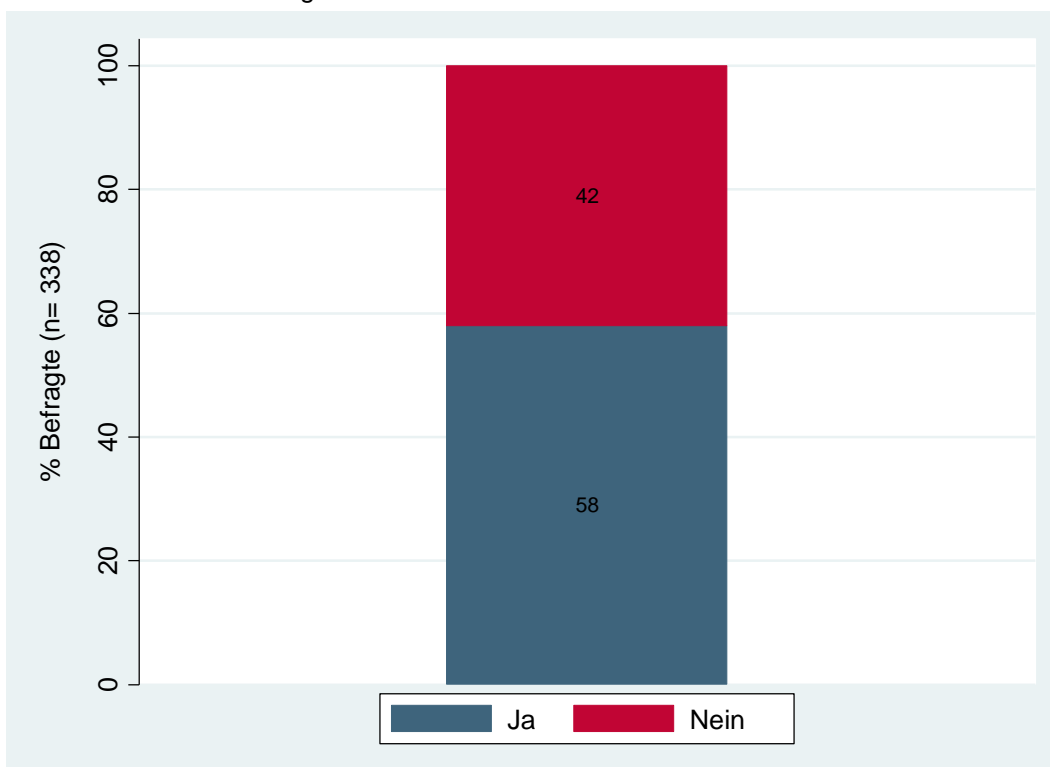


- 1) Individuelle Massnahmen, die auf Verhaltensänderung einzelner Mitarbeiter abzielen und eine begrenzte Reichweite haben.
- 2) Lokale Massnahmen, die einen (Teil-) Prozess in einem Bereich optimieren (z. B. Station) und lokal wirken.
- 3) Systemische Massnahmen, die einen (Teil-) Prozess für das gesamte Krankenhaus optimieren und global/systemisch wirken.

31. Erhalten die Teilnehmer der MMK Feedback über den Umsetzungsstand der definierten Maßnahmen?

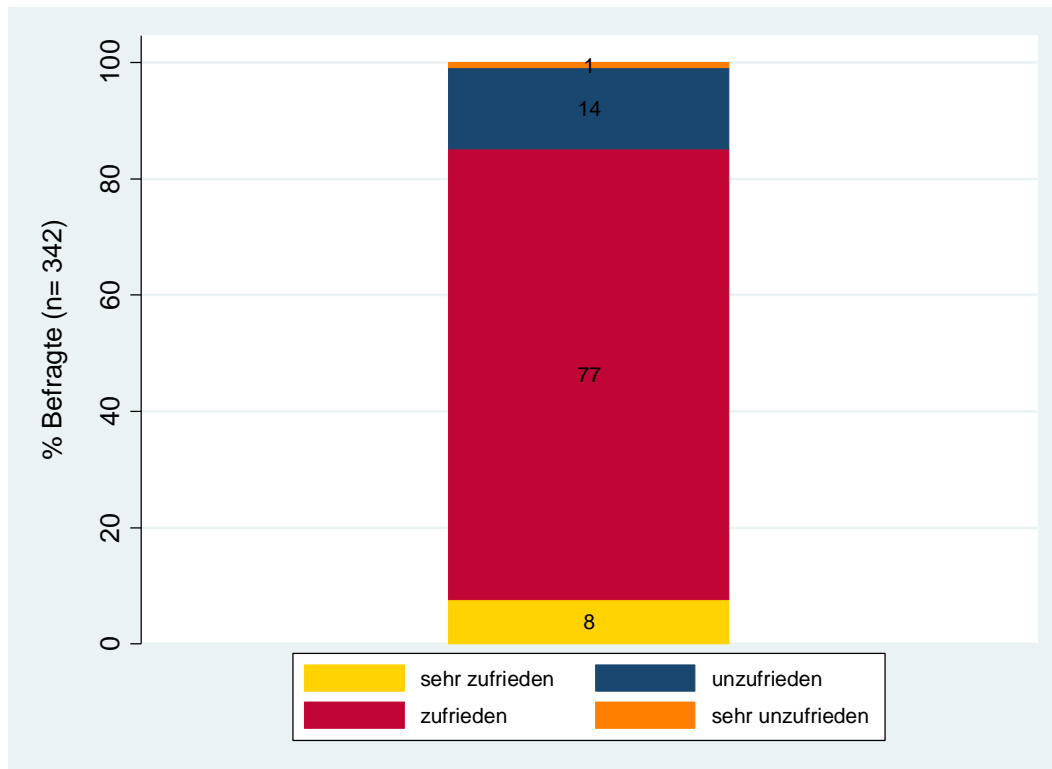


32. Haben Sie schon einmal Verbesserungsvorschläge oder Kritik zur Durchführung der MMK bei den Mitarbeitenden aktiv eingeholt?

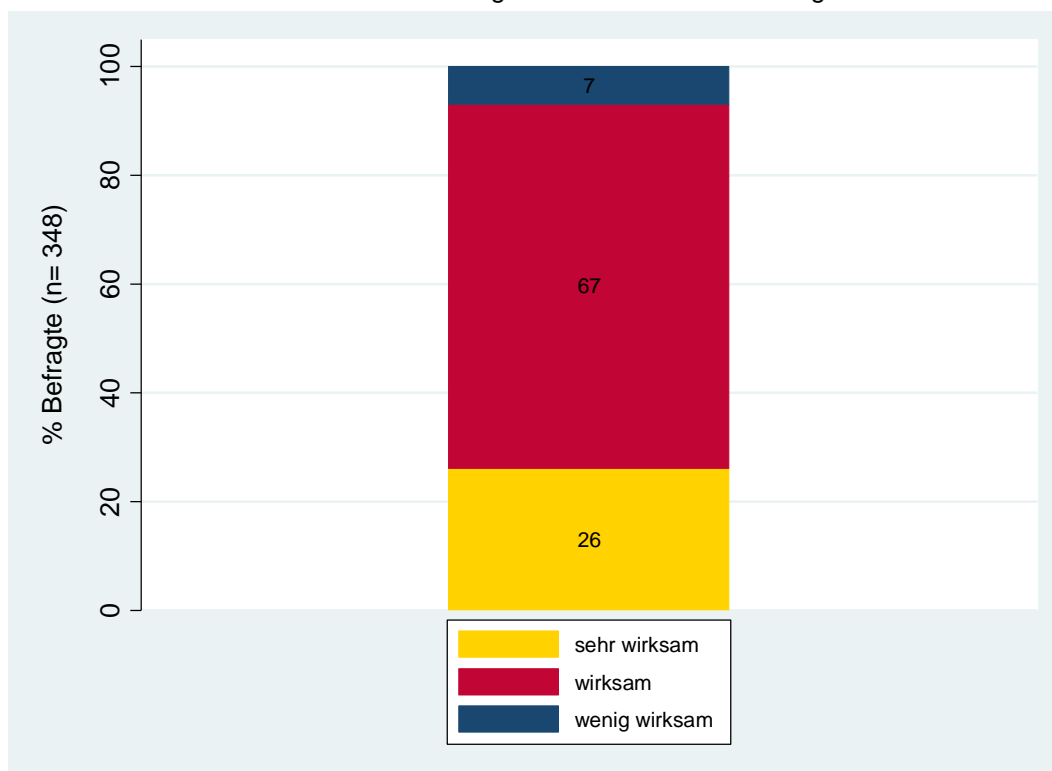


3.3 Teil 2: Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf

33. Wie zufrieden sind Sie mit den aktuellen MMK in Ihrer Abteilung?

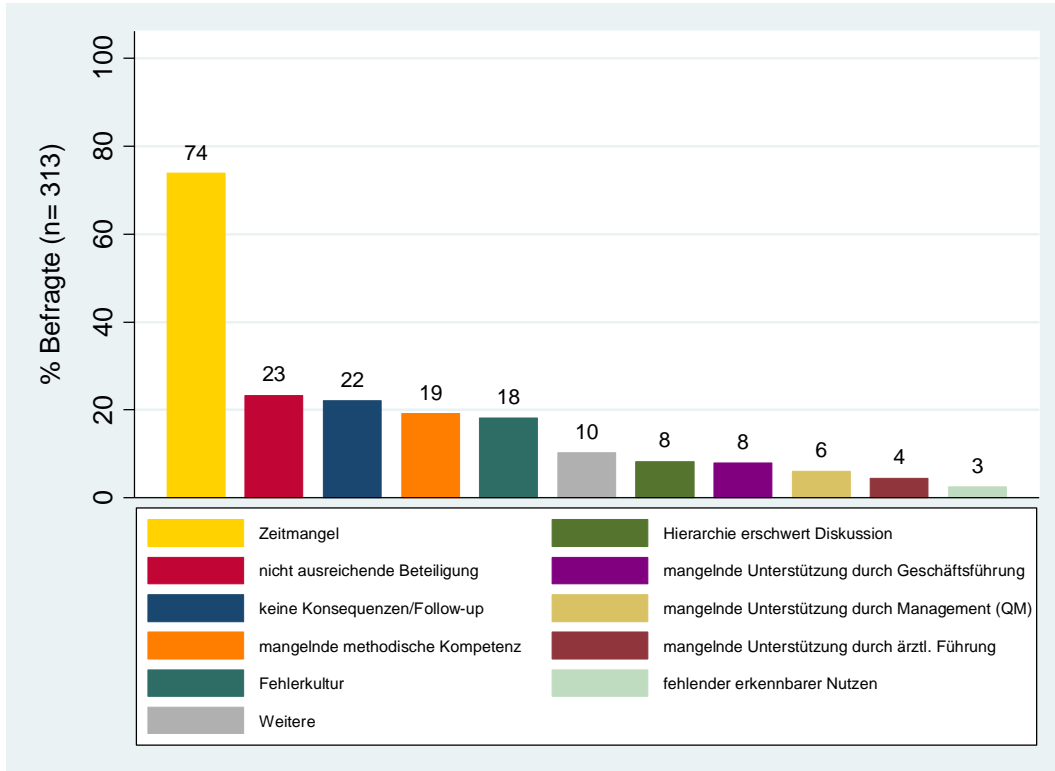


34. Wie wirksam sind MMK Ihrer Meinung nach für die Verbesserung der Patientensicherheit?

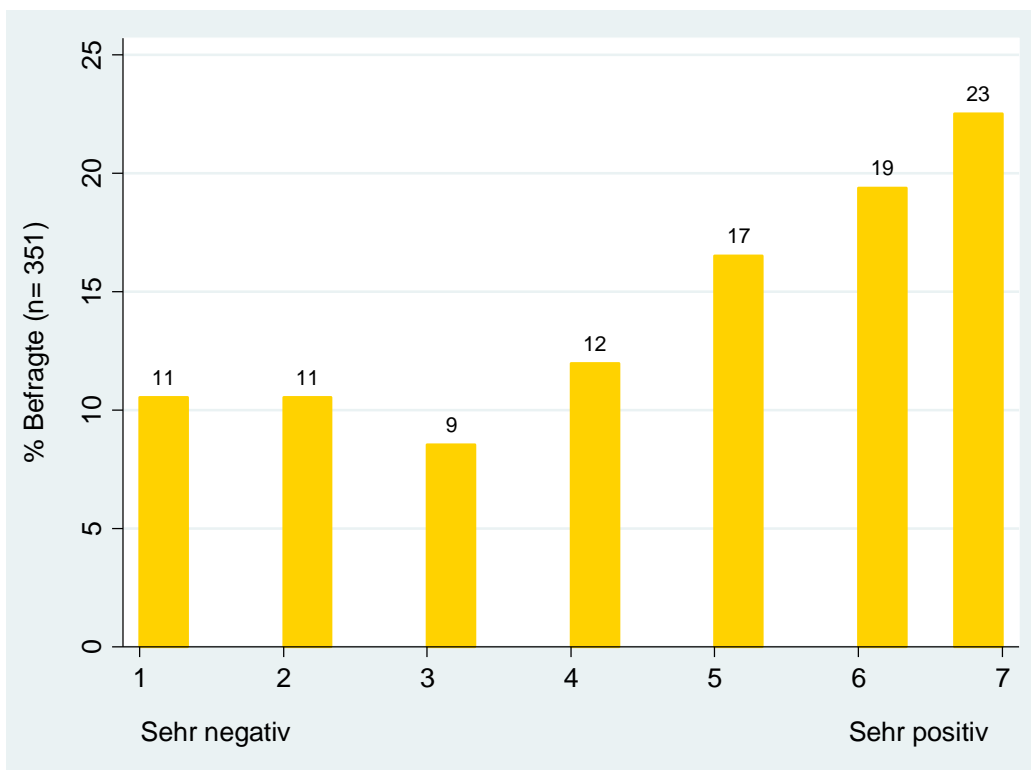




35. Welche Faktoren schränken aktuell die Wirksamkeit der MMK auf Ihrer Abteilung ein?
 (Mehrfachantworten möglich)



36. Wie beurteilen Sie die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung von MMK?



Mittelwert: 4.6

37. Was sind die Gründe für Ihre Beurteilung?
(post hoc kategorisiert, nur häufig genannte Punkte aufgeführt)

PRO:

MMK führen zu besserer Qualität und Patientensicherheit (39 Nennungen)

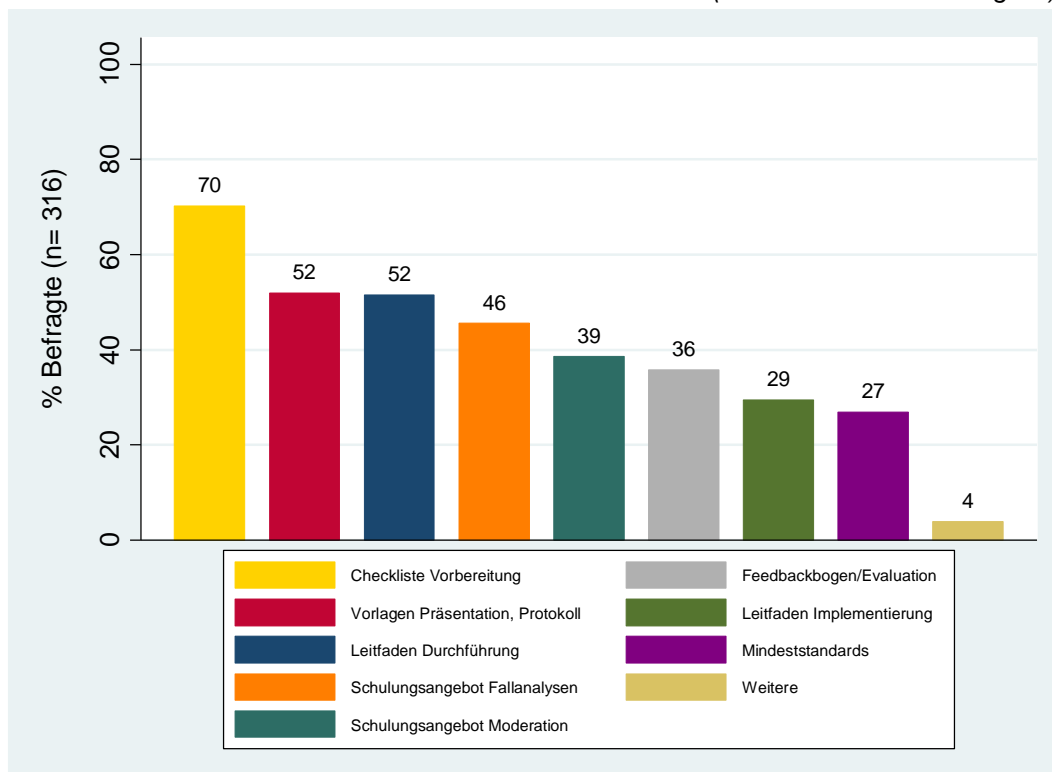
Bedingt PRO:

Bei Pflicht müssen mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (13 Nennungen)

CONTRA:

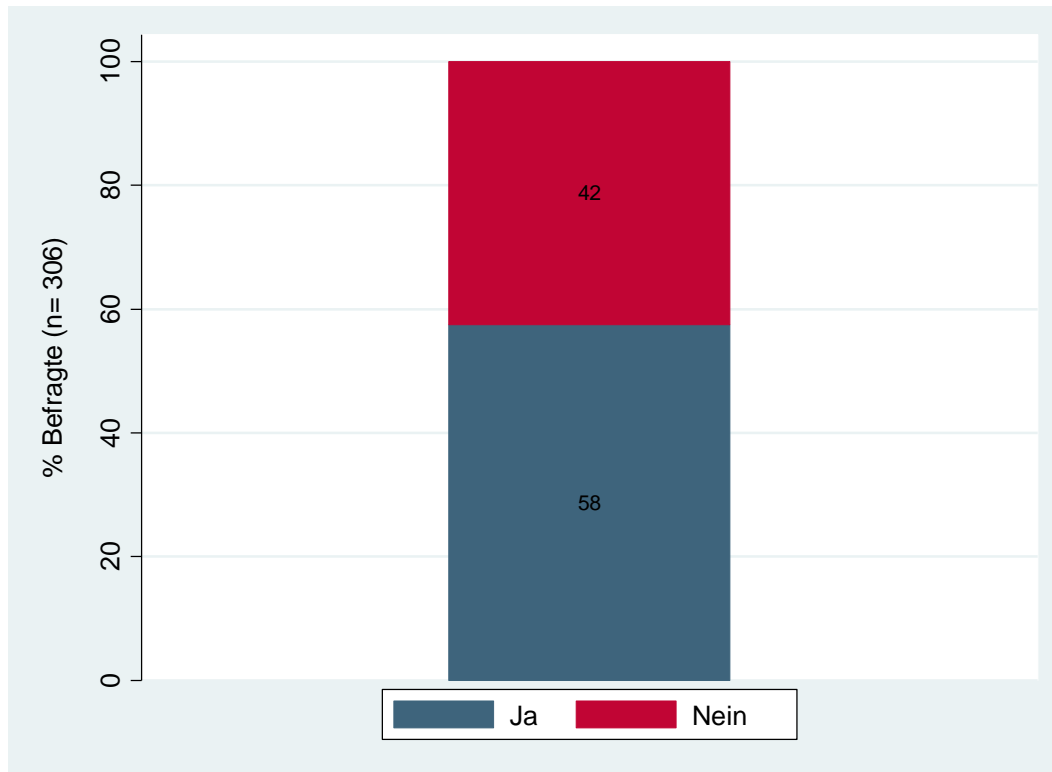
Zwang/Bürokratie verringert die Motivation, Gefahr von „Alibiveranstaltungen“ (71 Nennungen)

38. Welche Materialien könnten für Ihre MMK nützlich sein? *(Mehrfachantworten möglich)*





39. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Verbesserungsbedarf für die MMK bei Ihnen sehen.



40. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Verbesserungsbedarf für die MMK bei Ihnen sehen? Ja, und zwar: ...
(offene Frage, post hoc kategorisiert)

- Prozess (86 Antworten)
 - Standardisierung (26 Antworten)
 - Unterstützungsangebote (23 Antworten)
 - Umsetzung (14 Antworten)
- Struktur (63 Antworten)
 - Teilnehmerkreis (14 Antworten)
 - Zeitressourcen (14 Antworten)
 - Teilnahme (9 Antworten)
 - Fallzahl (4 Antworten)
 - Finanzressourcen (3 Antworten)
 - Personalressourcen (2 Antworten)
 - Anonymität (1 Antwort)
- Kultur (11 Antworten)



41. MMK als Instrument zum Lernen aus Fehlern könnten allgemein mehr Nutzen bringen, wenn ...
(offene Frage, post hoc kategorisiert)

- Offene Lernkultur, keine Schuldzuweisung (62 Antworten)
- Mehr Zeit und Ressourcen (43 Antworten)
- Bessere und interdisziplinäre Partizipation (28 Antworten)
- Systematisches Vorgehen (23 Antworten)
- Muss Teil der Unternehmenskultur werden (19 Antworten)
- Höhere bzw. regelmässige Frequenz (18 Antworten)
- Ergebnisse und Follow up (15 Antworten)
- Protokoll und Kommunikation (11 Antworten)
- Sonstiges (10 Antworten)
- Bessere Ausbildung (6 Antworten)
- Konsequente Implementierung (6 Antworten)
- Strukturierte Fallanalyse (6 Antworten)
- Gute Vorbereitung (4 Antworten)
- Freiwilligkeit (4 Antworten)
- Gute, unabhängige Moderation (3 Antworten)
- Anzahl der Fälle (2 Antworten)

4 Fazit

Teilnehmer der Befragung

Der Rücklauf von 50% bestätigt deutlich die Relevanz des Themas. 85% gaben an, eine MMK durchzuführen. Es ist anzunehmen, dass Personen, die keine MMK durchführen oder nicht daran interessiert sind, unterproportional vertreten sind. Die Fachgebiete sind nur annähernd repräsentativ vertreten. Die internistischen Fächer (105 vs. erwarteten 131) und die Pädiatrie (15 vs. 25) sind untervertreten, wohingegen die chirurgischen Fächer (170 vs. 155), die Anästhesiologie und Intensivmedizin (64 vs. 61) und die Gynäkologie/Geburtshilfe (45 vs. 39) übervertreten sind.

Von den Befragten ohne MMK (15%) hat die Mehrheit Interesse geäußert, eine MMK in der eigenen Abteilung einzuführen (57% interessiert, 38% vielleicht).

Ziele und Inhalt von MMK

Die an der Studie teilnehmenden Fachpersonen verfolgen mit ihren MMK neben dem quasi allgemeingültigen „Vermeidung sich wiederholender Fehler“ vor allem organisationale Lernziele, insbesondere die Verbesserung von Abläufen und Prozessen; die Erweiterung von individuellem Fachwissen wird von nur einem Drittel der Teilnehmenden als Ziel explizit angegeben. Die Erfüllung von Vorgaben z. B. bei Zertifizierungen wird in Einzelfällen genannt.

Die Fälle werden traditionell vor allem nach Outcome-Kriterien ausgewählt: entweder weil es Komplikationen oder einen unerwarteten Todesfall gab. Bei 39% werden Fälle (auch) nach dem Kriterium „Probleme in der Zusammenarbeit“ bzw. „Defizite in der Organisation“ (29%) ausgewählt.

Laut Angaben der Teilnehmenden werden hauptsächlich systemische Maßnahmen abgeleitet, welche einen (Teil-)Prozess für das gesamte Krankenhaus optimieren (50%), gefolgt von lokalen Maßnahmen, welche einen (Teil-)Prozess in einem Bereich optimieren (41%). Individuelle Maßnahmen, die auf die Verhaltensveränderung einzelner Mitarbeitenden abzielen, werden nur in 9% der MMK abgeleitet.

Diese Ergebnisse zeigen, dass sich der Charakter der MMK bereits verändert hat von einer reinen Fortbildungsveranstaltung zu einer Veranstaltung mit einer starken Systemperspektive.

Struktur

Eine MMK dauert typischerweise 45 Minuten (Median). Es nehmen drei bis zehn (47%) bzw. elf bis 20 Fachpersonen (32%) an einer MMK teil. Die MMK ist in den meisten Krankenhäusern noch ein stark ärztlich dominiertes Instrument. Bei nahezu allen MMK nehmen die Chef-, Ober- und Assistenzärztinnen und -ärzte teil. Pflegefachpersonen nehmen nur bei 43% teil, eine abteilungsübergreifende Durchführung findet bei 37% der MMKs statt. Studierende nehmen bei ca. einem Drittel der Abteilungen teil. Medizinferne Mitarbeitende aus dem Management (z. B. QMB) sind bei einem Viertel, Mitglieder der Geschäftsführung nur in 14% der MMK dabei. Belegärztinnen und -ärzte, Hebammen, krankenhausexterne Fachpersonen und Patienten/Angehörige sind bei weniger als einem Fünftel der MMK anwesend. Selten erfolgen MMK sektorenübergreifend unter Beteiligung von Rettungsdienst oder den Zuweisern. Der Einbezug von den am Fall beteiligten Disziplinen und Professionen ist entsprechend verschiedener Empfehlungen erstrebenswert

(7;11;14;15). Die Teilnahme von Studierenden ist als sinnvoll anzusehen, um sie früh für systemische Zusammenhänge zu sensibilisieren.

66% der Befragten gaben an, dass die Teilnahme an der MMK für bestimmte Personalgruppen verpflichtend ist.

Nur in einem Drittel der MMK nehmen zwischen 76-100% der eingeladenen Personen teil. Eine höhere Beteiligung könnte sich jedoch positiv auf die Qualität der Falldiskussion und die Verankerung von abgeleiteten Maßnahmen auswirken.

85% der MMK werden regelmäßig durchgeführt, jedoch nur 49% monatlich oder häufiger, wie es den internationalen Empfehlungen entspricht (16-18), 32% finden quartalsweise statt. In der Regel werden zwei (34%) bis drei Fälle (28%) in einer MMK besprochen. Die Dauer, die man pro Fall aufwendet, variiert stark. Der Median liegt bei 20 Minuten. Für die Diskussion wird im Verhältnis viel Zeit aufgewendet. Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, den Fall möglichst präzise darzustellen und genügend Zeit für die Diskussion und die Ableitung von Maßnahmen zu geben.

Prozess

Die Vorbereitung eines Falles beinhaltet bei den meisten Befragten eine Aktendurchsicht (94%), die Aufbereitung des Verlaufs (93%), die Analyse von Fehlerursachen (84%) und die Aufbereitung von Fachwissen (52%). Entsprechend werden in der Präsentation der Fälle Fallbeschreibungen/Befunde (98%), ursächliche Faktoren von Problemen (85%), Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen (75%) und seltener Literatur/Evidenz (23%) präsentiert. Die Präsentation wird in 55% der Fälle von Ober- oder Chefärztinnen und -ärzten gehalten, nur ausnahmsweise werden Fälle vom Pflegepersonal oder Hebammen vorgestellt.

Einige international empfohlene prozedurale Merkmale sind bereits sehr verbreitet. So werden in 90% der MMK konkrete Verbesserungsmaßnahmen interaktiv abgeleitet. Bei einer typischen MMK haben dabei vier bis zehn verschiedene Personen aus der Zuhörerschaft einen aktiven Redeanteil. Es ist wichtig, die Analyse der Fehlerursachen und die Verbesserungsmaßnahmen während der Sitzung interaktiv zu erarbeiten und gemeinsam zu diskutieren, um das in einer Abteilung vorhandene Wissen und Lösungsideen auszuschöpfen, ein bloßes „Abnicken“ zu vermeiden und eine Vergemeinschaftung des Wissens zu fördern (19). Die Protokollierung ist ebenfalls verbreitet (73% verfassen ein Protokoll, davon 63% anonym). Die Ergebnisse werden in 85% intern kommuniziert, meist an abwesende Abteilungsinterne und an die Klinik-/Abteilungsleitung.

Bei einigen prozeduralen Merkmalen gibt es allerdings noch Verbesserungspotenzial. Nur bei der Hälfte (54%) sind klare Kriterien zur Fallauswahl definiert. Dies limitiert die Transparenz und kann das Vertrauen in die Fallauswahl behindern. Die Aufarbeitung der Fälle erfolgt immerhin bei 64% nach einem standardisierten Vorgehen und die Fälle werden bei einem guten Drittel entlang von Leitfragen diskutiert. Konzepte zur Fallanalyse und -präsentation werden nur von einem Viertel verwendet. Wenn mit einem Konzept gearbeitet wird, handelt es sich zumeist um den Leitfaden der Initiative Qualitätsmedizin (51%), den Leitfaden der Bundesärztekammer (33%) oder eigene Grundlagen (32%). Internationale Empfehlungen wie beispielsweise die Trennung von Leitung, Moderation und Präsentation (20) sind noch selten erfüllt (9%). Typi-

scherweise liegen Moderation und Leitung in einer Hand, die Fälle werden dann von weiteren Fachpersonen präsentiert (74%). Auch die Schulung der Moderatoren (bei 23% geschult, bei 35% teilweise) ist noch kein Standard. Über den Umsetzungsstand der definierten Maßnahmen wird bei der Hälfte informiert.

Eine zunehmende Systematisierung wäre aus verschiedenen Gründen erstrebenswert: z. B. um eine intransparente Fallauswahl zu vermeiden, bei der Analyse alle systemisch relevanten Faktoren zu berücksichtigen und zu vermeiden, dass Involvierte unfreiwillig exponiert werden. Zudem erhöht eine systematische Vorgehensweise die Transparenz (und somit das Vertrauen der Teilnehmenden) und die Reliabilität. Die Kommunikation an Abwesende sollte anonym erfolgen und alle Adressaten berücksichtigen, die die Änderungen tangieren.

Zufriedenheit, wahrgenommene Wirksamkeit und Weiterentwicklungsbedarf

Die Teilnehmenden sind größtenteils zufrieden (85%) mit ihrer MMK-Praxis und 93% erachten MMK generell als wirksam zur Erhöhung der Patientensicherheit. Allerdings sehen 58% noch Verbesserungspotenzial und sind offen für eine Weiterentwicklung. Ebenfalls 58% haben bereits Verbesserungsvorschläge oder Kritik zur Durchführung bei den Teilnehmenden eingeholt.

Als mit Abstand größte Einschränkung der Wirksamkeit der MMK wird Zeitmangel (74%) angegeben. Mangelnde Unterstützung durch die Geschäftsführung (8%) und das Management (6%) und Hierarchieprobleme (8%) werden als wenig problematisch erachtet, wobei zu bedenken ist, dass der Großteil der Stichprobe selber in einer hohen Hierarchieposition ist.

Als Unterstützungsmaterialien werden insbesondere eine Checkliste für die Vorbereitung von MMK (70%), Vorlagen für Protokolle und Präsentationen (52%) und ein Leitfaden zur Durchführung (52%) als hilfreich erachtet. Aber auch Schulungsangebote für Fallanalysen (46%) und Moderation (39%) werden als nützlich bewertet. Diese Gewichtungen spiegeln sich auch in den Freitextantworten zur Frage nach dem Verbesserungsbedarf wider: Der Wunsch nach Bereitstellung von Zeitressourcen und praxisnahen Unterstützungsangeboten stellt hier den größten Anteil dar.

Eine gesetzliche Verpflichtung halten 31% für negativ und 59% für positiv. Die Gründe für die Bewertung sind vielfältig. Grob vereinfacht ist die Argumentation der Opponenten, dass die Pflicht sich negativ auf die Eigeninitiative auswirken und die MMK zu einer Alibiveranstaltung würde. Die Befürwortenden gehen von einer positiven Auswirkung auf Qualität und Sicherheit aus, weil insgesamt mehr MMK durchgeführt werden und entsprechend die notwendigen Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden müssten. In den Freitextantworten wird aber ebenfalls die Sorge vor einer Überregulierung von MMKs deutlich, die der auf Freiwilligkeit basierenden offenen Kommunikation und damit dem eigentlichen Potenzial in Bezug auf Verbesserung der Patientensicherheit entgegenstehen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die MMK bei den Teilnehmenden in Niedersachsen weit verbreitet (85%) ist, meist systemische Probleme besprochen werden, sich aber bisher kein klarer Standard durchgesetzt hat. Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen stark heterogenen Umsetzungsstand der MMK. Unter die Bezeichnung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz fallen offensichtlich verschiedene Umsetzungs-



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

äkn ärztekammer
niedersachsen

Zentrum für
Qualität und Management
im Gesundheitswesen

formen und „Reifegrade“. In vielen Bereichen könnten die MMK trotz hoher Zufriedenheit noch systematisiert und professionalisiert werden. Die Teilnehmenden sind größtenteils offen für eine Weiterentwicklung. Die Ärztekammer Niedersachsen beginnt Anfang 2018, basierend auf den vorliegenden Ergebnissen, mit der Erarbeitung von unterstützenden Materialien und Instrumenten.

5 Referenzen

- (1) Manser T, Frings J, Heuser G, Mc Dermott F. The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. Zeitschrift f+r Evidenz, Fortbildung und Qualit+rit im Gesundheitswesen 114:28-38.
- (2) Aboumatar HJ, Blackledge CG, Dickson C, Heitmiller E, Freischlag J, Pronovost PJ. A Descriptive Study of Morbidity and Mortality Conferences and Their Conformity to Medical Incident Analysis Models: Results of the Morbidity and Mortality Conference Improvement Study, Phase 1. Am J Med Qual 2007; 22(4):232-238.
- (3) Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? BMJ Quality & Safety 2012.
- (4) Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. JAMA 2003; 290(21):2838-2842.
- (5) Lecoanet A, Vidal-Trecan G, Prate F, Quaranta JF, Sellier E, Guyomard A et al. Assessment of the contribution of morbidity and mortality conferences to quality and safety improvement: a survey of participants' perceptions. BMC Health Serv Res 2016; 16(1):1-7.
- (6) Chop I, Eberlein-Gonska M. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Euteneier A, editor. Handbuch Klinisches Risikomanagement. Springer Berlin Heidelberg; 2015. 569-574.
- (7) Boy O, Chop I. Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). 1-1-2016. Berlin: Bundesärztekammer.
- (8) Schwappach DLB. Status Quo und Weiterentwicklungschancen von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen - eine schweizweite Erhebung. 1-10-2017. Patientensicherheit Schweiz.
- (9) Praplan-Rudaz I, Pfeiffer Y, Schwappach DLB. Implementation status of morbidity and mortality conferences in Swiss hospitals: a national cross-sectional survey study. Int J Qual Health Care 2018.
- (10) Schwappach DLB, Häsler L, Pfeiffer Y. Chief physicians' perceived need for improvement of morbidity and mortality conferences: the role of structural and procedural characteristics. BMJ Leader 2018.
- (11) Calder L, Kwok E, Cwinn A, Frank J, Worthington J. The Ottawa M&M Model: A guide to enhancing morbidity and mortality rounds quality. Version 1.0. Ottawa Hospital; 2012.
- (12) Dargon PT, Mitchell EL, Sevdalis N. Morbidity & Mortality Conference. Manual Version 1.1. London: Oregon Health & Science University; Imperial College London; 2012.
- (13) Morbidity and mortality meetings: a guide to good practice. 1-1-2015. London, The Royal College of Surgeons of England.
- (14) Marlow N, Forel D, Vreugdenburg T. Guideline reference document for conducting effective Morbidity and Mortality meetings for Improved Patient Care. 12-4-2017. Royal Australasian College of Surgeons Research, Audit and Academic Surgery .
- (15) Martin J, Rohn C. Leitfaden für interdisziplinäre M&M Konferenzen. In: Eberlein-Gonska M, Martin J, editors. Handbuch IQM. 2 ed. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und IQM Qualitätsmedizin e.V.; 2017.
- (16) Campbell WB. Surgical morbidity and mortality meetings. Ann R Coll Surg Engl 1988; 70(6):363-365.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

äkn ärztekammer
niedersachsen

Zentrum für
Qualität und Management
im Gesundheitswesen

- (17) Meyer HS. Gordon's Guide to the Surgical Morbidity and Mortality Conference. JAMA 1995; 273(1):86-87.
- (18) Brennum J, Gjerris F. Morbidity & mortality conferences – How can we do it? Training in Neurosurgery in the Countries of the EU. Springer; 2004. 67-71.
- (19) Wehner T, Tobler S, Pfeiffer Y. Organisationale Praktiken zum Lernen aus unerwarteten Ereignissen in Krankenhäusern. Fehler: Ihre Funktionen im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung Errors: Their Functions in Context of Individual and Societal Development. Waxmann Verlag; 2015. 259.
- (20) Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. Mediengruppe Oberfranken; 2015.