

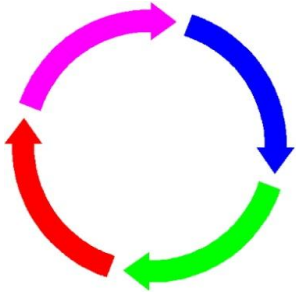
# Was macht eine wirksame MMK aus?

## Zwischen Systemoptimierung und Lernkultur

Dr. med. Anouk Siggelkow

Typ	Tumorkonferenz	Klinisch-pathologische Fallkonferenz	Morbiditäts- und Mortalitäts-konferenz
Zielgruppe	(mit-) behandelnde Ärzte (interdisziplinär), weitere Berufsgruppen	Studenten, Ärzte, Fortbildungswillige	Behandlungsteam, Ärzte, Studenten, ggf. weitere Berufsgruppen
Primäre Funktion	Planung/Steuerung der Patientenbehandlung	Lehre (Medizinstudium), Fortbildung	Analyse der Ursachen! Verbesserung von Strukturen/Prozessen
Fallbetrachtung	Prospektiv, (aktuelle) Patienten einer Einrichtung, namentlich benannt	Retrospektiv (ehemalige) Patienten einer Einrichtung, anonym	Retrospektiv (ehemalige) Patienten einer Einrichtung, anonym
Fallauswahl	Patientenlisten, Diagnosen	Lehrplaninhalte	z.B. Komplikationen /Mortalitätslisten/ unerwartete Behandlungsverläufe
Ergebnis	Therapieplan	Individuelle Wissenserweiterung	Individuelles und systemisches Lernen (Maßnahmenplan! Für die Einrichtung), Weiterentwicklung der Sicherheitskultur

In Anlehnung an Methodischen Leitfaden M&MK der BÄK, 2016



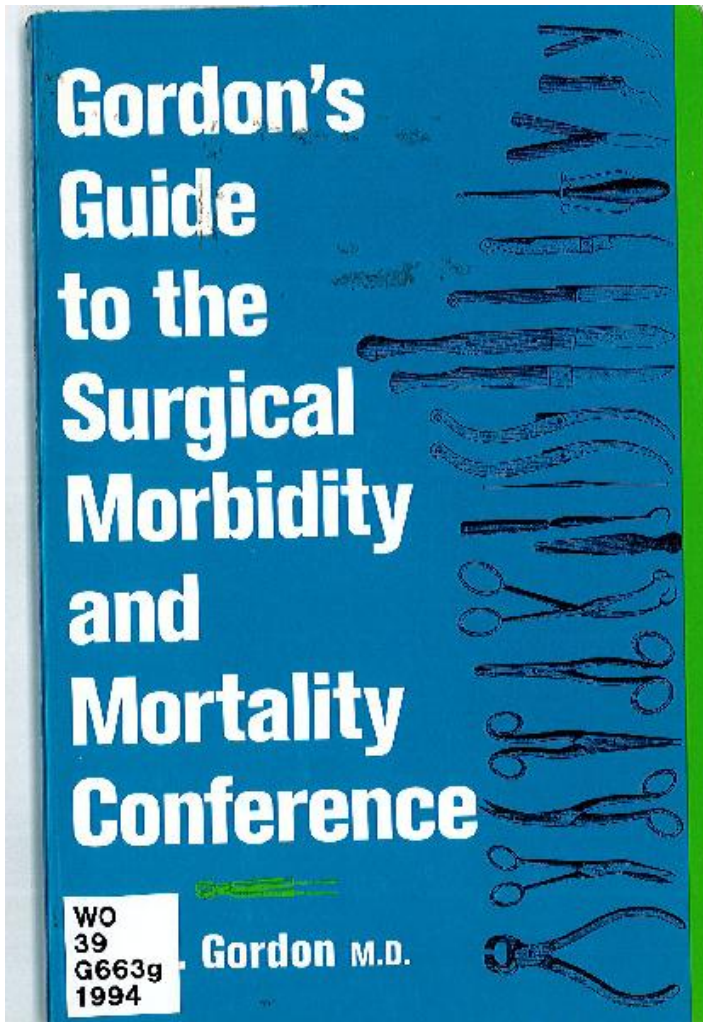
## Welche Vorgaben gibt es?



1. Qualitätsmanagementrichtlinie (in Kraft seit November 2016)  
MMK als ein Instrument des klinischen Risikomanagements genannt  
(neben Fehlermeldesysteme, Risikoaudits)
2. Novellierung des Niedersächsischen KHG (Verabschiedung im Sommer 2018?)  
verpflichtende Einführung von (interprofessionellen) MMKs zu  
erwarten
3. Diverse Zertifizierungen geben die Durchführung von MMKs vor

# Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft

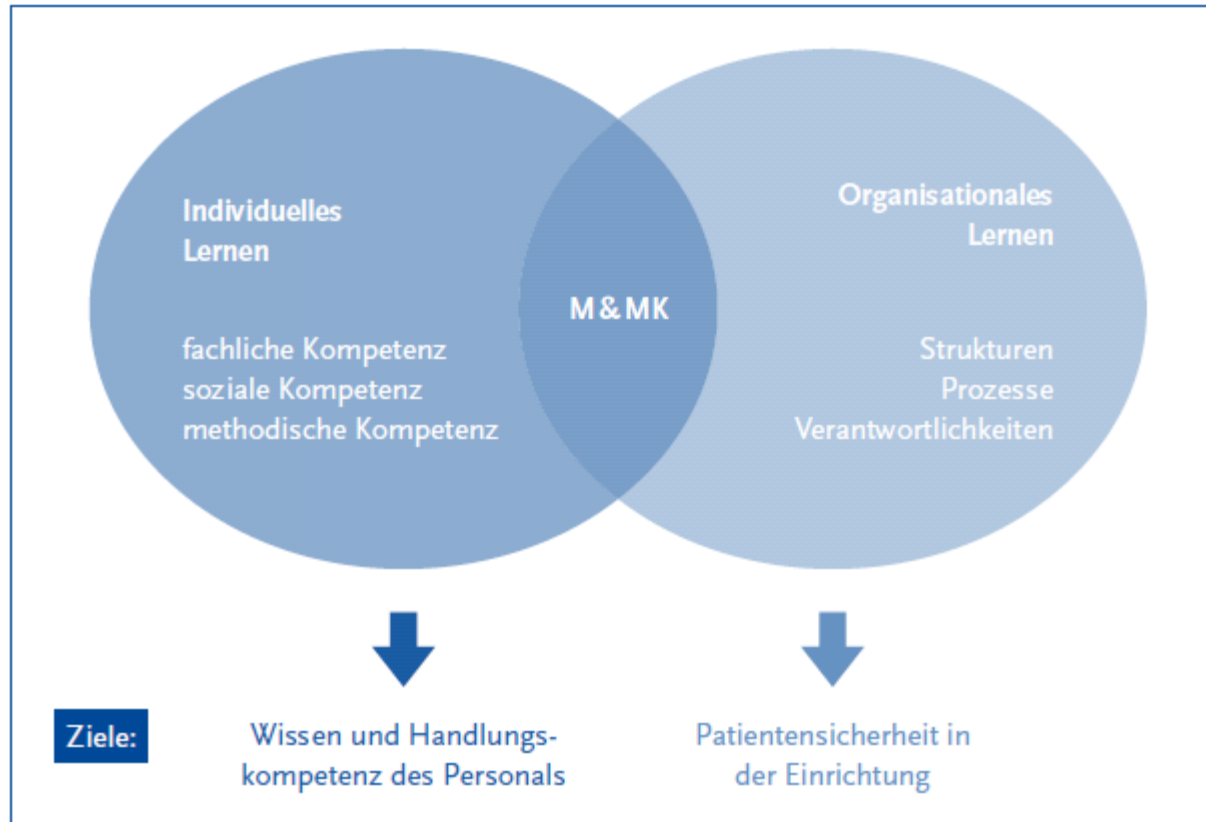
- Teilnehmerkreis: Eingeladen sind die Teilnehmer der Tumorkonferenz sowie die Einweiser
- MMK kann terminlich mit der Tumorkonferenz gekoppelt werden
- Fallauswahl:
  - Patientinnen nach Abschluss der Primärtherapie (Nachsorge)
  - alle peritherapeutisch verstorbenen Patienten
  - Es sind Fälle mit negativem und positivem Verlauf vorzustellen
- Frequenz: Mind. 2x/ Jahr
- Protokolliert werden
- Zusätzliche Ergänzungen je nach Autorenschaft



„Look, this is not  
a contest“



# Ziele von MMKs



**Abbildung 1:** Ziele von M&MK: Dualer Charakter

Aus dem Methodischen Leitfaden M&MK der BÄK, 2016

# Individuelles Lernen

## Steigerung des Wissens und der Handlungskompetenz

1. Selbstreflexion, Feedback, Wissenstransfer und –zuwachs
2. Förderung der „soft skills“ (respektvolle Kommunikation, Moderation, Argumentation, konstruktive Diskussion, sachlichstrukturierte Analyse), Persönliche Entlastung
3. Schärfung des Risikobewusstseins eigener Entscheidungen und Handelns
4. Erkennen von Wissensdefiziten und Priorisierung der Kompetenzpotenziale

Persönliches Fehlverhalten muss persönlich angesprochen werden, und gehört nicht in die große Runde einer MMK!



# Organisationales Lernen

## Erhöhung der Sicherheit des Systems

1. Erkennen von kritischen Behandlungsverläufen und von Defiziten in Struktur und Prozessen der Einrichtung/Abteilung
2. Erfahrungsaustausch, gemeinsame Reflexion, Informationsweitergabe
3. Entwicklung von (gemeinsamen) Lösungen und Schaffung einer Identifikationsebene (fördert die Umsetzung)
  1. Einführung neuer bzw. Umgestaltung gestehender Prozesse
  2. Etablierung von Leitlinien und Behandlungsstandards
4. Verbesserung der interdisziplinären und interprofessionellen Kommunikation

# Kernelemente

## 1. Unterstützung durch die Führung

Übernimmt die Leitung, geht mit gutem Beispiel voran

Ressourcenbereitstellung (Zeitfenster, Raum, Zeit für Vorbereitung)

Reflektiert die Sicherheitskultur der Organisation

## 2. Zieldefinition

Welche Lernebene? Welcher Prozess soll verbessert werden?

## 3. Transparenz der Regeln

z.B. Verfahrensanweisung (z.B. Prozessbeschreibung, Vorlagen zur Verwendung, Verhaltensregeln: wann eine Diskussion abgebrochen?)

# Kernelemente

## 4. Systematik/Standard

- Fallauswahl
- Vorbereitung
- Präsentation
- Rollenverteilung
- Analyse
- Maßnahmenumsetzung

erhöht die Wirksamkeit

(Effizienz, Verbesserung der Patientenversorgung, edukativer Wert, Transparenz, Sicherheitskultur)

# Kernelemente

## 5. Partizipation

möglichst alle am Behandlungsprozess Beteiligten,  
(interdisziplinär/interprofessionell/sectorenübergreifend),  
Aufgabe des Moderators, alle miteinzubeziehen

## 6. Wertschätzung

Sachliche, nicht personenzentrierte und respektvolle Kommunikation  
(Warum? Nichtwer?),  
Aufgabe des Moderators, die Konferenz entsprechend zu lenken

## 7. Lösungs- und Ressourcenorientierung (Durchführung und Maßnahmen)

## 8. Integration in QM- und RM

## 9. Evaluation

# Kernelemente

10. Anonymität (insbes. in kleinen Einrichtungen schwierig)  
Eine Wiederherstellung eines Personenbezuges sollte unmöglich sein (zumindest im Protokoll vgl. Grundsätze Datenschutz/ärztl. Schweigepflicht)
  
11. Vertraulichkeit im Kollegium  
Leiter muss darauf hinweisen und Verstöße ansprechen  
ggf. Vertraulichkeitsverpflichtung unterschreiben  
weitere Informationspflichten bleiben davon unberührt
  
12. Vertraulichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis (Patientengeheimnis)  
Pflicht zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht (außerhalb des Behandlungsteams)

# Strukturelle Umsetzung

## 1. Benennung eines Koordinators

## 2. Fallauswahl

### 1. Zuständigkeit

### 2. Datenbasis

(Morbiditäts- und Mortalitätsdaten, QS, weitere Outcomedaten, Abrechnungsdaten)

### 3. Auswahlkriterien

- abhängig von der Zielrichtung, Setting und Datenquelle festzulegen
- duale Funktion von individuellem und organisationalem Lernen ermöglichen
- wechselnde Beteiligte, Definierte Anlässe („flags“):
- Fälle sollten nicht zu lange her sein und Problematik sollte vermeidbar gewesen sein
  - Fälle mit Minor-Komplikationen oder Beinaheschäden
  - Fälle mit ungeplanter Re-Operation
  - Fälle mit stationären Wiederaufnahmen
  - Medikamentenreaktionen, elektive Chirurgie und Tod innerhalb von 24h
  - Für Intensivstationen: unerwarteter Herzstillstand, Reintubation, Wiederaufnahme innerhalb von 48h

# Strukturelle Umsetzung

## 3. Teilnehmer

- Je nach Setting und Ziel
- Behandlungsteam fachdisziplin- und berufsgruppenübergreifend erstrebenswert
- Darüber hinaus Studenten und weiteres Fachpersonal (CME-Fortbildungspunkte) unter Wahrung der Vertraulichkeit
- freiwillige oder verpflichtende Teilnahme möglich

## 4. Leitung

- Erfahrener Arzt, der das Vertrauen seiner MA genießt, auch berufsgruppenübergreifende Leitung (Arzt/Pflegekraft) möglich
- Aufgabe: Einführung, finale Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse/Lernbotschaften

# Strukturelle Umsetzung

## 5. Moderator

- Möglichst geschulte Fachperson/Arzt mit klinischer Erfahrung und methodischer Kompetenz (z.B. Konfliktlösungstechniken)
- Aufgabe: Einhalten der Kommunikationsregeln überwachen
- Rückführung der Kommunikation auf die Sachebene /Schutz der MA
- Achten auf ausgewogene Redeanteile

## 6. Frequenz und Dauer

- Regelmäßig wöchentlich bis vierteljährlich, (zw. 45 min und 2 h)
- Fester Termin an dem möglichst große Teilnahme ermöglicht wird z.B. in der Frühbesprechung oder jeden 1. Freitag im Monat

## 7. Ort

- Ausstattung entsprechend Anforderungen (Beamer, Moderationswand, Videokonferenzen)



# Vorbereitung

Fallauswahl	Koordinator/Leiter/ Mitarbeiter Gremium?
Sammeln von Informationen/ Anamnese, Indikation, relevante Befunde, Behandlungsverlauf, Management Kontext Literatur/Leitlinien Vorbereitende Analyse Präsentation	Fallvorsteller mit (methodischer) Unterstützung, Einbeziehung von Moderator sinnvoll
Ggf. Stellungnahmen von Beteiligten	Fallvorsteller/ Leiter?/Moderator?

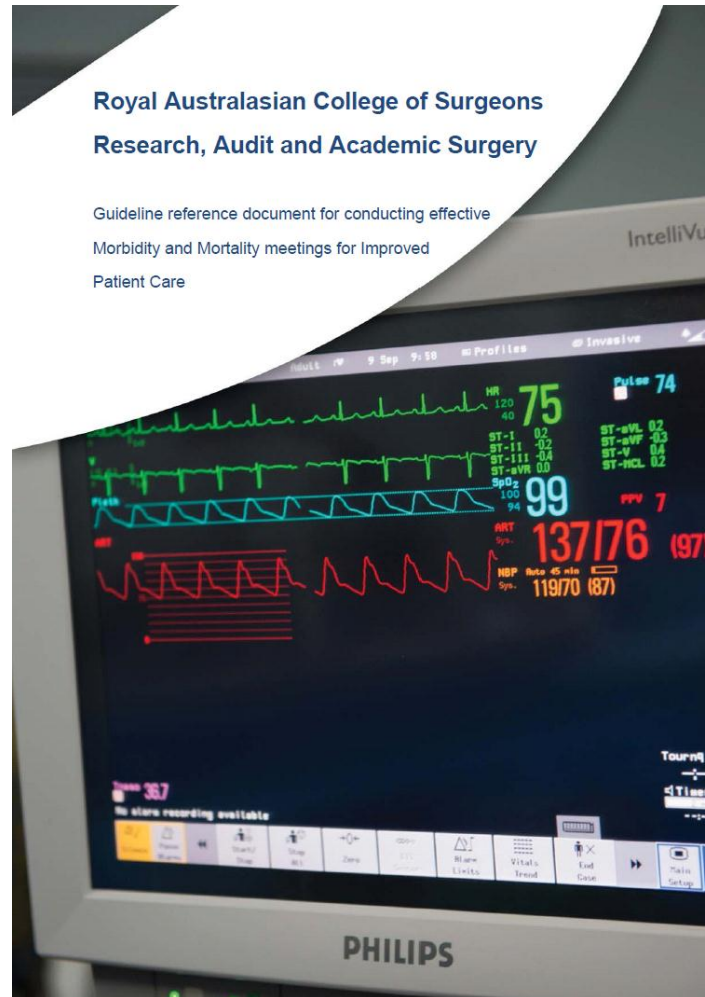
# Ablauf

Sitzungseröffnung + Vertraulichkeitshinweis	Leiter
Bericht zum Umsetzungsstand	Koordinator/Leiter/Moderator
Fallpräsentation (z.B.Vorlage BÄK- Leitfaden) - inkl. Kontext (Lit/LL)	Fallvorsteller
Diskussion zur Fallanalyse	Alle mit Moderator
Erarbeitung von Zielen und Maßnahmen	Alle mit Moderator
Zusammenfassung Kernbotschaft Danksagung	Leiter
Evaluation (z.B.Vorlage BÄK-Leitfaden)	Alle

# Nachbereitung

Protokoll (z.B. Vorlage BÄK-Leitfaden) anonymisiert	Leiter/Koordinator?
Umsetzung der Maßnahmen	QM/RM-B
Follow-UP	QM/RM-B
Interne Kommunikation	Koordinator/Leiter??

# Internationale Guidelines



# Bewertungsmatrix von MMK (nach RACS)

	Bronze	Silber	Gold
Format			
Strukturierte Fallauswahl	✓	✓	✓
Konsistentes Konferenzformat	✓	✓	✓
Regelmäßige Durchführung und Dauer	✓	✓	✓
Schriftlicher Verfahrensrahmen	✓	✓	✓
Verbreitung der Agenda und Fälle VOR der MMK		✓	✓
Interprofessionelle/-Interdisziplinäre Beteiligung		✓	✓
MMK-Koordinatoren		✓	✓
Freiwillige Fallvorschläge,- vorstellung aus dem Team			✓

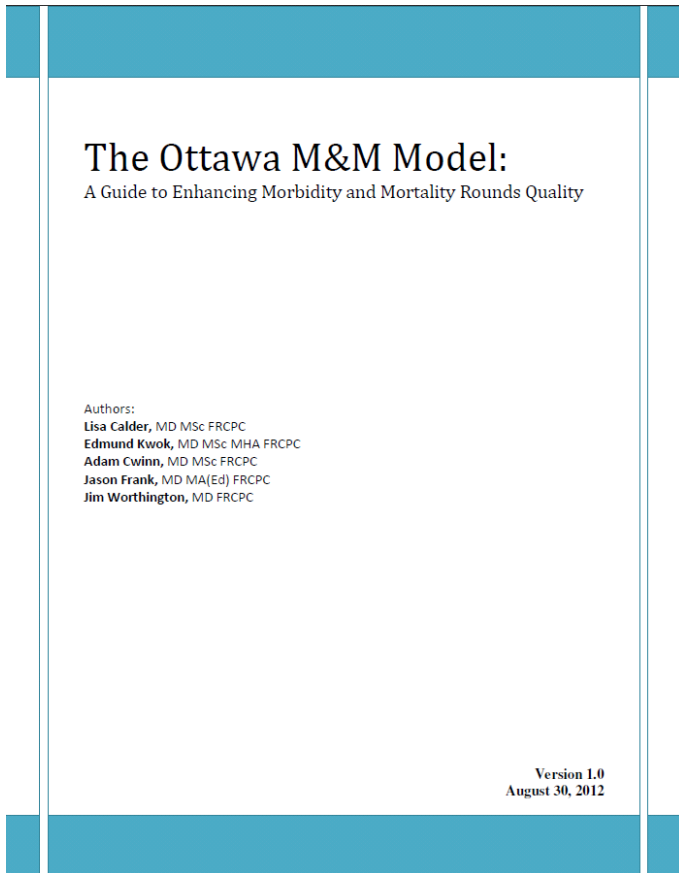
# Bewertungsmatrix von MMK (nach RACS)

	Bronze	Silber	Gold
Durchführung			
Konsistente, strukturierte Fallpräsentation	✓	✓	✓
Sichere, Anschuldigungsfreie Atmosphäre	✓	✓	✓
Systemfokus	✓	✓	✓
Review von Beinahe-Schäden und formellen MMK-Fällen			✓

# Bewertungsmatrix von MMK (nach RACS)

	Bronze	Silber	Gold
Ergebnisse			
Festlegung eines Umsetzungstermins für Maßnahmen	✓	✓	✓
Festlegung der Zuständigkeit		✓	✓
Detailliertes Protokoll		✓	✓
Durchführung von MMK Audits			✓
Follow-up der Maßnahmenumsetzung			✓
Gewährleisten von Maßnahmenumsetzung jedem Fall			✓

# Internationale Guidelines



Definiert neues Ziel:

Erkenntnisgewinn im Hinblick auf

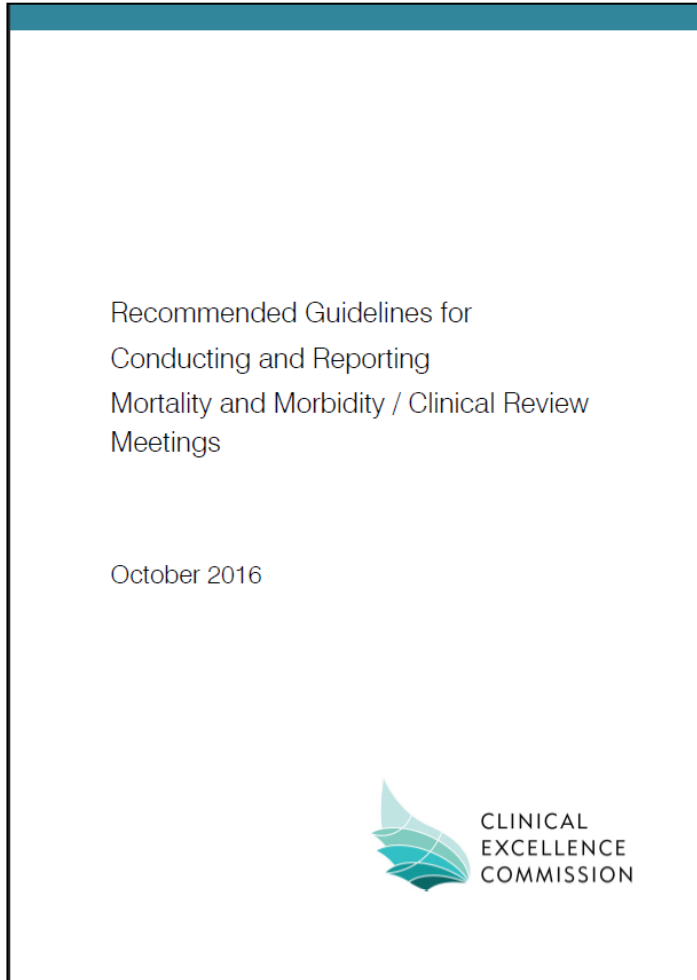
- Systemische Faktoren
- kognitive Fehlleistungen





## „Verzerrung“ beim Problemlösen

systematische, meist unbewusste Tendenzen oder Neigungen beim Wahrnehmen, Erinnern, Denken und Urteilen



## „Cognitive Autopsy Guideline“

- Empfiehlt die Durchführung direkt nach dem Erkennen diagn. Fehlers
- Diskussion und teilen der Erkenntnisse zur Förderung von selbstreflektiertem Lernen

Quartalsweise Zusammenfassung der MMKs

Clinical excellence Commission 2016

# Fazit

- MMK sind ein wirksames Instrument, um individuelles Lernen, Selbstreflektion und systemisches Lernen zu fördern.
- Jedes Krankenhaus und jede Abteilung sollte für sich Ziele definieren und das entsprechende, umsetzbare Setting für MMK individuell festlegen und gestalten.
- Bei der Ausgestaltung sollten Kernelemente berücksichtigt werden.
- Durch Standardisierung der einzelnen Prozessschritte kann die größtmögliche Wirksamkeit erzielt werden.
- Der Erwerb von Kenntnissen und Kompetenzen für die einzelnen Prozessschritte ist Voraussetzung für den Erfolg.
- Die Weiterentwicklung jedes Settings mit dem Ziel, die Reichweite für Beteiligung und Maßnahmen zu erweitern, ist erstrebenswert.

# Literatur

- Becker, A: Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen In: Beiträge zur Patientensicherheit im Krankenhaus, Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach, 2015 p95-129
- Boy O, Chop I. Methodischer Leitfaden Morbiditäts- Mortalitätskonferenzen, Berlin: Bundesärztekammer; 2016.
- Calder LA, Kwok ESH, Cwinn AA, Frank JR, Worthington J. Ottawa M&M Modell. Ottawa: 2012. URL: [http://www.emottawa.ca/assets\\_secure/MM\\_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf](http://www.emottawa.ca/assets_secure/MM_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf) (Abruf 25.08.2017)].
- Clinical Excellence Commission.2016. Guidelines for conducting and reporting Mortality&Morbidity /Clinical Review Meetings. Sydney:Clinical excellence Commission, URL: <<http://www.cec.health.nsw.gov.au/quality-improvement/people-and-culture/diagnostic-error/monitoring-and-safety>> (Abruf 12.06.2018)
- Deutsche Krebsgesellschaft, Zertifizierung, Erhebungsbögen, URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen.html> (Abruf 13.06.2018)
- Qualitätsmanagement-Richtlinie in der Fassung vom 17.12.2015, Gemeinsamer Bundesausschuss, URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/> (Abruf 13.06.2018)
- Tobin S et al, Guideline working group, Royal Australasian College of surgeons (RACS), 2017, URL <[https://www.surgeons.org/media/25246533/2017-04-12\\_gdl\\_conducting\\_effective\\_morbidity\\_and\\_mortality\\_meetings](https://www.surgeons.org/media/25246533/2017-04-12_gdl_conducting_effective_morbidity_and_mortality_meetings)>(Abruf 12.06.2018)