

Strukturierte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – Chance und Herausforderung

Ch. Kirsch¹, M. Eberlein-Gonska²

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sind ein Element der vielfältigen Qualitäts- und Risikomanagementstruktur in Einrichtungen der medizinischen Gesundheitsversorgung. Im Leitfaden der Bundesärztekammer sind sie folgendermaßen definiert: „Eine M&MK ist eine regelmäßige, idealerweise fachdisziplin- und berufsgruppenübergreifende strukturierte Be-

sprechung zur Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe und Todesfälle mit dem Ziel, gemeinsam daraus zu lernen und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten“ [1]. Im Rahmen des medizinischen Qualitäts- und Risikomanagements sind sie ein Instrument, um die Qualität der Patientenversorgung und die Sicherheit für die Patienten zu verbessern [2 – 4].

M&MK sind kein neues Konzept. Ursprünglich wurden sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA von

Pathologen und Anästhesisten durchgeführt [5]. Europäische Ärzte brachten das Konzept dieser Konferenz nach Europa. Aus dem ursprünglich auf Weiterbildung ausgerichteten Tool wurde mit der Zeit ein Element zur Verbesserung der Sicherheitskultur in Krankenhäusern. Leo Gordon, einer der Protagonisten der Entwicklung der modernen Struktur von M&MK, beschreibt diese 1994 als „die goldene Stunde der ärztlichen Ausbildung“ [6]. In den USA gehören sie mittlerweile verpflichtend zu den Grundkonzepten von Weiterbildungsprogrammen des ACGME (The Accreditation Council for Graduate Medical Education) sowohl in chirurgi-

¹ Ausschuss Qualitätsmanagement, Sächsische Landesärztekammer

² Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

schen Fachdisziplinen als auch in der Inneren Medizin [7, 8].

Für die Wirkung von M&MK insbesondere auf die Ergebnisqualität liegen sehr heterogene Studien aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen vor. Beispiele dafür sind die Reduktion der Mortalität nach circa 29.000 Operationen in vier Jahren in einem Krankenhaus in New York [9, 10], die Reduktion von Herzstillständen und der Mortalität auf einer Intensivstation [11] und die Reduktion der Wundinfektionsrate nach kolorektalen Resektionen [12].

M&M-Konferenzen unterscheiden sich ganz wesentlich von den heute in der ärztlichen Fortbildung weit verbreiteten Fallbesprechungen und auch von prospektiven Tumorkonferenzen. Bei M&MK steht die retrospektive Analyse der realen Abläufe und Strukturen, die in einem Behandlungsfall zu Problemen geführt haben, im Vordergrund. Medizinische Entscheidungsabläufe und Indikationen werden in den Kontext von Leitlinien oder internen Standards gebracht. Daneben sollten auch kommunikative Abläufe oder Probleme diskutiert werden. In Handbüchern zum Risikomanagement in medizinischen Gesundheitseinrichtungen gehören Be-



Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind ein Element der Qualitäts- und Risikomanagementstruktur in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung.

schreibungen und Anleitungen zu erfolgreichen M&MK mittlerweile zum Standard, außerdem gibt es international und national publizierte Leitfäden [1, 13].

Trotz der Entwicklung des Qualitäts- und Risikomanagements in den letzten zwei Jahrzehnten ist die Besprechung von kritischen Behandlungsfällen und Fehlern auch heute noch entscheidend

geprägt von der individuellen Fehlerkultur von ärztlichen Führungskräften. Das bedeutet, M&MK werden häufig so durchgeführt, wie Führungskräfte dies in ihrem ärztlichen Berufsleben kennengelernt haben. Dies spiegelt sich bis heute in der Verbreitung und Struktur wider und zeigt das Spannungsfeld, in dem M&MK entwickelt und durchgeführt werden müssen. In Anbetracht der Inhalte und Anforderungen stellen diese damit eine besondere Herausforderung dar, die nicht nur medizinisches Wissen, sondern vor allem soziale und kommunikative Kompetenzen aller Beteiligten erfordern. Da in M&MK vor allem mit Kommunikation, Selbstreflexion und Teamdiskussion „gearbeitet“ wird, vermitteln sie auch die Werte, die in einer Klinik alltäglich gelebt werden.

HINTERGRUND

Im Ausschuss Qualitätsmanagement wird immer wieder über die verschiedensten Methoden hinsichtlich Risikominimierung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementverfahren insbesondere unter dem Blickwinkel eines ausgewogenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses diskutiert. Dr. med. Christian Kirsch und Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska stellen hiermit eine bereits alt bekannte und effektive ärztliche Methode für den klinischen Alltag vor, die zum Teil „in Vergessenheit“ zu geraten scheint.

Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender
im Auftrag des
Ausschusses Qualitätsmanagement

Struktur und Prozesse von M&MK national und international

In zahlreichen verschiedenen Publikationen und Reviews der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass M&MK sowohl national als auch international sehr unterschiedlich durchgeführt wer-

den. Dies betrifft die Häufigkeit, die Ziele, die Struktur, die Prozesse und den Umgang mit den Ergebnissen. Dabei betreffen die Unterschiede sowohl verschiedene medizinische Fachdisziplinen in einem Krankenhaus als auch gleiche Fachdisziplinen in verschiedenen Krankenhäusern [14 – 17]. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in Befragungen von Chefärzten in Niedersachsen [18] und der Schweiz [19]. Letztlich stellt die Durchführung von strukturierten M&MK anhand von Qualitätskriterien und Leitfäden die Grundlage für deren Qualität und Ergebnisse dar.

In Deutschland wird das Konzept von M&MK in vielen Kliniken bereits eingesetzt. 2012 wurde eine Befragung von Verantwortlichen in deutschen Krankenhäusern zum Einführungsstand des Risikomanagements unter der Schirmherrschaft des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit (APS) durchgeführt und diese dann 2015 wiederholt. Dabei zeigte sich, dass im Vergleich von 2012 zu 2015 eine Zunahme der Zahl der Krankenhäuser in allen Versorgungsbereichen verzeichnet werden konnte, in denen solche Konferenzen durchgeführt wurden [14, 15]. Eine Befragung von leitenden Ärzten verschiedener Fachdisziplinen in Niedersachsen ergab, dass 85 Prozent der Teilnehmer M&MK durchführten [18]. Diese Zahlen zeigen die Anstrengungen, die unternommen wurden, um M&MK in Krankenhäusern oder Klinikbereichen in Deutschland zu etablieren. Nimmt man die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen der letzten Jahre aus Deutschland zusammen, bleiben ungeachtet dessen viele Fragezeichen, warum sich strukturierte M&MK noch nicht in allen Krankenhäusern und Klinikbereichen durchgesetzt haben.

Neben der freiwilligen Durchführung von M&MK ergeben sich mit der zunehmenden Entwicklung von Qualitäts-

und Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern auch Verpflichtungen zu deren Durchführung. In den Anforderungen für Zertifizierungen, zum Beispiel der Deutschen Krebsgesellschaft, werden M&MK mittlerweile verpflichtend gefordert. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die am 16. November 2016 in Kraft getreten ist, sind M&MK ebenfalls als ein Teil des Risikomanagements benannt, dass verpflichtend in deutschen Krankenhäusern vorgehalten werden muss.

Diese Gegensätze zwischen Anforderungen an die Krankenhäuser, strukturierte M&MK durchzuführen, und die bislang noch unzureichende Umsetzung von internationalen und nationalen Empfehlungen machen deutlich, wie wichtig es ist, praktisch anwendbare Konzepte oder Modelle zu entwickeln, die eine dauerhafte und nachhaltige Etablierung von strukturierten M&MK in deutschen Krankenhäusern auf der Basis der publizierten Leitfäden ermöglichen.

M&MK im Universitätsklinikum Dresden als beispielhaftes Modell einer nachhaltigen Einführung und Strukturierung von M&MK

Strukturierte M&MK wurden nach einer Vorstandsvorgabe seit 2016 in den Kliniken des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden unter Federführung des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement (ZB QRM) etabliert. Für die praktische Einführung wurden zunächst auf der Basis von nationalen und internationalen Empfehlungen grundlegende Strukturen und Abläufe für M&MK im Universitätsklinikum Dresden definiert, die vorhandenen Besprechungsformen in den Struktureinheiten des Klinikums diesbezüglich analysiert und im Weiteren – soweit notwendig – grundlegend strukturiert. Dafür wurden M&MK in

enger Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen in den Struktureinheiten und einem Arzt im Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement neu etabliert oder umstrukturiert. Parallel wurde die Evaluation des Einführungsprozesses und der Abläufe der neu strukturierten Konferenzen begonnen. Methodisch wurden und werden dafür teilnehmende Beobachtungen, eine Online-Mitarbeiterbefragung, eine Befragung der Teilnehmer von M&MK mittels Fragebögen und teilstrukturierte Interviews mit Verantwortlichen bei der Einführung von M&MK in den Struktureinheiten durchgeführt.

Die Ergebnisse der Analysen zeigten, dass sich die Anzahl der Struktureinheiten, in denen strukturierte M&MK durchgeführt wurden, seit Projektbeginn im Jahr 2016 von fünf auf 26 erhöht hat und die Mehrzahl dieser Konferenzen interdisziplinär und interprofessionell durchgeführt wurden. Damit ist es gelungen, die M&MK in verschiedenen Fachbereichen im Universitätsklinikum Dresden grundlegend zu strukturieren und ein Netzwerk von dezentral durchgeführten M&MK mit ähnlicher Struktur und Abläufen im gesamten Universitätsklinikum Dresden zu entwickeln.

In einer Befragung der Mitarbeiter zeigte sich, dass die neuen strukturellen und prozessualen Faktoren der strukturierten M&MK von den Teilnehmern positiv bewertet wurden. Die Ergebnisse zeigten neben konkreten Verbesserungsmaßnahmen, dass sich für die Mitarbeiter spürbare Verbesserungen für das persönliche berufliche Handeln und für die Qualität der Patientenversorgung erreichen ließen.

In der bisherigen Evaluation erwiesen sich die zentrale Vorgabe der Einführung durch den Vorstand, die persönliche Unterstützung durch einen ärzt-

lichen Mitarbeiter im Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, zur Verfügung gestellte Vorlagen, eine interne Unterstützung in den Struktureinheiten und das Erreichen einer spürbaren Konsequenz für die Mitarbeiter als die wichtigsten positiven Erfolgsfaktoren.

Hauptbarrieren bei der Einführung von M&MK im Universitätsklinikum Dresden waren Probleme bei der Fallauswahl, knappe zeitliche Ressourcen und Probleme bei der Umsetzung und Kommunikation von Verbesserungsmaßnahmen aus den M&MK.

Zusammenfassung

M&MK sind eine etablierte Methode des Qualitäts- und Risikomanagements einer Klinik. Für die nachhaltige Einführung und Wirksamkeit sind optimale Strukturen und Abläufe in einer M&MK die Grundlage. Empfehlungen aus publizierten Leitfäden werden,

soweit bekannt, in Deutschland immer noch zu selten verwendet, um die Chancen zu nutzen, die sich durch die Durchführung von strukturierten M&MK ergeben. Das Dresdner Modell zeigt an einem praktischen Beispiel, wie die Empfehlungen von Leitfäden in einem Universitätsklinikum in Deutschland in der Realität umgesetzt werden können.

Die Chancen, die sich aus der Durchführung von strukturierten M&MK ergeben, sind unter anderem die Möglichkeit der Verbesserung der Patientensicherheit, Behandlungsprozesse zu optimieren und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen durch Interprofessionalität und zwischen verschiedenen Fachrichtungen durch Interdisziplinarität zu verbessern. Regelmäßige M&M-Konferenzen werden damit zum festen Bestandteil der Fortbildung, Weiterbildung und Fehlerkultur der Gesamtklinik. Insgesamt bietet sich damit die Möglichkeit, die Sicherheits-

kultur in einer Klinik oder einem Bereich so zu verändern, dass es Mitarbeitern ermöglicht wird, über kritische Behandlungsverläufe und Fehler offen zu kommunizieren und im Team aus diesen zu lernen.

Neben den Chancen erscheint es notwendig – unter dem Eindruck einer zunehmenden Verpflichtung zu M&MK gesetzlich oder durch Zertifizierungen –, ausreichende Ressourcen für die erfolgreiche Durchführung von M&MK intern zur Verfügung zu stellen, diese dann auch als Teil der Patientenversorgung zu akzeptieren und dementsprechend den personellen und zeitlichen Aufwand anzuerkennen und zu vergüten. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA →Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender Ausschuss Qualitätsmanagement
E-Mail: ausschuesse@slaek.de