

Diplomarbeit

**Erhebung des Durchdringungsgrades von Mortalitäts- und
Morbiditätskonferenzen in österreichischen
Krankenhäusern**

eingereicht von

Johanna Münch

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Stabsstelle für Qualitäts- und Risikomanagement

unter der Anleitung von

**Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer
und Univ.-Doz. Dr. Gernot Brunner**

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 14.02.2020

Johanna Münch eh

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer, Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer bedanken, welcher mir bei der Entstehung dieser Diplomarbeit mit wertvollen Ratschlägen beiseite stand.

Vielen Dank an die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, welche uns den Fragebogen zur Verfügung gestellt hat.

Großer Dank gebührt meiner Familie, besonders meinen Eltern, die mich stets unterstützen und mir ermutigend beiseite stehen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------|
| Danksagung | II |
| Inhaltsverzeichnis | III |
| Abkürzungen..... | V |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | VI |
| Zusammenfassung | VII |
| Abstract | VIII |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 2 Theoretische Hintergründe | 3 |
| 2.1 Fehler in der Medizin | 3 |
| 2.1.1 Definition..... | 3 |
| 2.1.2 Entstehung | 4 |
| 2.1.3 „Shame and blame“ - Kultur..... | 6 |
| 2.2 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen | 7 |
| 2.2.1 Leitfaden der Bundesärztekammer | 10 |
| 2.2.2 Leitfaden der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz | 12 |
| 2.2.3 Werte der M&MK | 12 |
| 2.3 Modelle zur Fallanalyse und Präsentation | 13 |
| 2.3.1 Das Ottawa M&M Modell (OM3) | 13 |
| 2.3.2 SBAR Kommunikationsmodell | 16 |
| 2.3.3 IQM Leitfaden „M&MK Konferenzen“ | 16 |
| 2.3.4 Fishbone Diagramm | 17 |
| 2.3.5 Five-Whys | 17 |
| 2.3.6 London Protokoll | 18 |
| 3 Material und Methoden..... | 22 |
| 3.1 Beschreibung des Fragebogens | 22 |
| 3.2 Ein-und Ausschlusskriterien | 23 |
| 4 Ergebnisse | 24 |
| 4.1 Österreichweite Auswertung | 24 |
| 4.2 Auswertung Universitätsklinikum Graz..... | 29 |
| 4.3 Auswertung Steiermark (exkl. LKH Graz) | 30 |
| 4.4 Auswertung Wien | 32 |
| 4.5 Auswertung Niederösterreich | 33 |

| | | |
|------|---|----|
| 4.6 | Auswertung Oberösterreich | 35 |
| 4.7 | Auswertung Tirol | 36 |
| 4.8 | Auswertung Kärnten | 38 |
| 4.9 | Auswertung Salzburg | 39 |
| 4.10 | Auswertung Vorarlberg | 40 |
| 4.11 | Auswertung Burgenland..... | 41 |
| 4.12 | Anregungen und Verbesserungswünsche | 43 |
| 5 | Diskussion..... | 45 |
| 5.1 | Interpretation der Daten..... | 45 |
| 5.2 | Eckpunkte der M&MK..... | 51 |
| 5.3 | Limitationen | 55 |
| 5.4 | Schlussfolgerung und Ausblick | 55 |
| 6 | Literaturverzeichnis | 56 |
| 7 | Anhang | 60 |

Abkürzungen

| | |
|--------|---------------------------------------|
| AÄ | Assistenzarzt/ Assistenzärztin |
| ÄAZG | Ärztearbeitszeitgesetz |
| A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators |
| bzw. | beziehungsweise |
| CIRS | Critical Incident Reporting System |
| etc. | et cetera |
| M&MK | Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz |
| MTD | Medizinisch technische Dienste |
| OÄ | Oberarzt/ Oberärztin |
| RM/ QM | Risiko- und Qualitätsmanagement |
| v.a. | vor allem |
| z.B. | zum Beispiel |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung (12) | 5 |
| Abbildung 2 Hierarchie der Effizienz von Maßnahmen (13) | 15 |
| Abbildung 3 Durchdringungsrate der M&MK in Österreich | 24 |
| Abbildung 4 Frequenz der M&MK österreichweit | 25 |
| Abbildung 5 Anwendung von Leitlinien in vier Abschnitten der M&MK..... | 27 |
| Abbildung 6 Durchdringungsrate LKH Graz..... | 29 |
| Abbildung 7 Frequenz der M&MK am LKH Graz | 30 |
| Abbildung 8 Durchdringungsrate Steiermark..... | 31 |
| Abbildung 9 Frequenz der M&MK in der Steiermark | 31 |
| Abbildung 10 Durchdringungsrate Wien | 32 |
| Abbildung 11 Frequenz der M&MK in Wien | 33 |
| Abbildung 12 Durchdringungsrate Niederösterreich | 33 |
| Abbildung 13 Frequenz der M&MK in Niederösterreich | 34 |
| Abbildung 14 Durchdringungsrate Oberösterreich | 35 |
| Abbildung 15 Frequenz der M&MK in Oberösterreich..... | 36 |
| Abbildung 16 Durchdringungsrate Tirol..... | 36 |
| Abbildung 17 Frequenz der M&MK in Tirol | 37 |
| Abbildung 18 Durchdringungsrate Kärnten | 38 |
| Abbildung 19 Frequenz der M&MK in Kärnten | 39 |
| Abbildung 20 Durchdringungsrate Salzburg..... | 39 |
| Abbildung 21 Frequenz der M&MK in Salzburg | 40 |
| Abbildung 22 Durchdringungsrate Vorarlberg | 40 |
| Abbildung 23 Frequenz der M&MK in Vorarlberg..... | 41 |
| Abbildung 24 Durchdringungsrate Burgenland..... | 42 |
| Abbildung 25 Frequenz der M&MK im Burgenland | 42 |
| Abbildung 26 Material und Angebotswünsche | 43 |
| | |
| Tabelle 1 Rücklaufquoten..... | 45 |
| Tabelle 2 Organisationelle Daten der M&MK | 46 |
| Tabelle 3 Daten zu Teilnehmenden der M&MK..... | 47 |
| Tabelle 4 Ziele der M&MK..... | 49 |
| Tabelle 5 Geschlechterverteilung der Primarii..... | 51 |

Zusammenfassung

Hintergrund Anhand dieser Befragung soll der Durchdringungsgrad von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) in Österreichischen Krankenhäusern erhoben werden. Studienteilnehmende wurden über die Frequenz, Regelmäßigkeit, Interdisziplinarität und Ziele ihrer M&MK befragt. Neben den organisatorischen Fragen behandelt der Fragebogen auch die Vorbereitung, das Anwenden von Leitlinien, Zufriedenheit und Verbesserungspotenzial der M&MK.

Methoden Die Umfrage wurde unter österreichischen Primarii durchgeführt. Ausgearbeitet wurde der Fragebogen von der Stiftung Patiensicherheit Schweiz. Im Oktober 2018 wurde der Fragebogen an 962 Primarii per Email ausgesandt. Die Ergebnisse wurden mittels SPSS ausgewertet.

Ergebnisse Unter 314 Teilnehmenden (Rücklaufquote 32,79%), führte die Mehrheit (64,6%) M&MK durch. Neben Ärzt*innen, nimmt das Pflegepersonal in 48,1% der Fälle teil, weitere Berufsgruppen seltener. Leitlinien und Vorlagen werden von 60,6% der Teilnehmenden für die Vorbereitung herangezogen, allerdings nur von 35,1% für die Diskussion. 50,5% der Befragten gab an, dass ihre M&MK verbesserungswürdig sei. Schwierigkeiten, auf welche man in diesem Zusammenhang trifft, sind die „shame and blame“ – Kultur, hierarchische Strukturen, zu wenig Wissen über M&MK unter den Kolleg*innen und, besonders gravierend, der Zeitmangel.

Zusammenfassung Österreichische Krankenhäuser weisen zwar eine relativ hohe Durchdringungsrate auf, allerdings unterscheiden sich die beschriebenen Konferenzen in einigen Faktoren von leitliniengetreuen M&MK. Der limitierende Faktor Zeitmangel, kann durch das Anwenden von Leitlinien, Checklisten und Vorlagen verringert werden. Die Befragten zeigen Interesse daran, ihre M&MK zu verbessern und der problematischen „shame and blame“ – Kultur entgegen zu wirken.

Abstract

Background This study was performed to determine the implementation rate of Morbidity and Mortality Conferences (M&MC) in Austrian hospitals. Participants were asked about the quantity, regularity, interdisciplinarity and goals of their M&MC. Besides organisational items, the questionnaire asked about preparation, use of guidelines, satisfaction and improvement potential.

Methods The survey was conducted among chief physicians in October 2018. The survey was developed and provided by the foundation “Patientensicherheit Schweiz” and was sent to 962 chief physicians by email. The results were evaluated via SPSS.

Results Among 314 respondents (response rate of 32,79%), the majority (64,6%) is conducting M&M conferences. The participants are mostly doctors and residents, nursing staff participates in 48,1%, administrative staff much scarcer. Guidelines and templates are being used by 60,6% during preparation, however only 35,1% use them for the discussion. 50,5% of respondents say that their M&MC could be improved. Difficulties they are facing, are the “shame and blame” culture, hierarchic structures, too little knowledge about the potential of M&MC among the staff and most importantly, limited time.

Conclusion Even though Austrian departments have a relatively high implementation rate, the ways that M&MC are held, were heterogeneous. The main limiting factor is a lack of time, which could be eliminated by tools such as guidelines, checklists and templates. Respondents are willing to improve existing M&MC and eliminate the problematic “shame and blame” culture.

1 Einleitung

Im Jahr 2000 wurde das Buch „To err is human“ veröffentlicht, in dem publiziert wurde, dass in Amerika iatrogene Schäden die Hauptursache für vermeidbare Todesfälle sind.(1) Dieses Wissen löste in Amerika, aber auch in Europa, eine Diskussion über Patient*innensicherheit und den Umgang mit Fehlern in der Medizin aus. Es wurde herausgefunden, dass medizinische Fehler die zentralen Qualitätsprobleme der modernen Medizin ausmachen. (2) Schon Jahre zuvor, 1984, hat der amerikanische Arzt Hilfiger einen Bericht im „The New England Journal of Medicine“ veröffentlicht, in welchem er offen die verschlossene Fehlerkultur anhand seiner eigenen Erfahrungen beschrieb. Er betitelte seinen Text „Facing our mistakes“ und wollte damit auf die natürliche Imperfektion von Ärzt*innen hinweisen. Die Konsequenzen von medizinischen Fehlern sind so schwerwiegend wie in nur wenigen anderen Branchen. Es erfordert unbeschreiblichen Mut einer trauernden Tochter zu sagen, dass der Tod ihrer Mutter die Schuld des Arztes* der Ärztin ist. Es gilt zu akzeptieren, dass man auch als Heiler*in manchmal mehr Schaden zufügt, als Gutes zu tun. Der Amerikaner appelliert daher, das Schweigen zu brechen und die eigenen Fehler offen zu kommunizieren. Eitelkeit und Tradition sollen nicht dazu führen, dass man in der Entwicklung stecken bleibt. Medizin zu praktizieren ist schwer genug, auch ohne die Bürde der Perfektion tragen zu müssen. (3)

Die Welt der Medizin hat sich seitdem entscheidend verändert, man hat aus Erfahrungen gelernt und wendet Tools an, um medizinische Einrichtungen so sicher wie möglich zu machen. Doch die Angst vor Fehlern und deren Konsequenzen ist geblieben. Wie ein Damoklesschwert schwebt die Furcht vor Schuldzuweisungen, Verlust des Ansehens, oder gar einer Klage, über dem Personal und trägt dazu bei, dass Fehler unter den Teppich gekehrt werden. Die Angst vor Fehlern führt wiederum zu neuen Fehlern. Dieser Teufelskreis kann nur durch eine offene Fehlerkultur gebrochen werden. Eine urteilsfreie Aufarbeitung kann dazu führen, dass aus einem unerwünschten Ereignis Lehren gezogen werden und zukünftige Fehler verhindert werden. (4)

Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&MK) bietet einen Rahmen, der genau das gewährleisten soll. In einem multidisziplinären Team werden, gründlich und urteilsfrei, unerwünschte Ereignisse retrospektiv aufbereitet. Die Diskussion der Teilnehmenden

stellt die Grundlage für systemische Maßnahmen dar, die als Folge der Konferenzen auf den Stationen etabliert werden sollen. Das gemeinsame Lernen soll dazu beitragen, die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zu verbessern. (5)

Kanada, Amerika und Großbritannien haben im Vergleich zu den deutschsprachigen Staaten eine lange M&MK Tradition. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts erwähnte der US-amerikanische Chirurg Ernest Armory Codman die Notwendigkeit einer Konferenz, in welcher die Resultate unterschiedlicher Behandlungen verglichen werden und, durch transparente Darstellungen der Ergebnisse, die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden soll (6). Mittlerweile sind M&MK in den USA eine verpflichtende Maßnahme für internistische und chirurgische Stationen, um vom *Accreditation Council for Graduate Medicine Education (ACGME)* als Lehrkrankenhaus akkreditiert zu werden. Die Organisation verlangt Analysekonferenzen, welche, abhängig von der Station, wöchentlich oder monatlich stattfinden. (7) Seit 2010 sind M&MK auch in Frankreich an onkologischen, chirurgischen, anästhesiologischen und Intensivstationen obligat. (8)

In Österreich finden sich keine Daten zu M&MK, daher ist es das Ziel dieser Studie, mit Hilfe eines validierten Fragebogens der Stiftung Patientensicherheit Schweiz in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Ist-Situation für Österreich zu erheben. Als weiteres Ziel kann sich ergeben, einen Leitfaden für M&MK zu erstellen und veröffentlichen, um die Einführung von M&MK in Österreich zu forcieren.

2 Theoretische Hintergründe

2.1 Fehler in der Medizin

Wo Menschen arbeiten, da werden Fehler passieren. (9) Jedoch gibt es Systeme, in denen viele Fehler passieren und solche, die weniger anfällig sind. Außerdem haben Fehler unterschiedliche Auswirkungen auf die Betroffenen, sie können sich im großen, oder kleinen Rahmen abspielen und viele, oder wenige Menschen betreffen. Die Medizin und das System der Krankenversorgung ist ein stark verzweigtes und abhängiges System. Die Komplexität der Strukturen führt dazu, dass es als äußerst fehleranfällig gilt. (1)(10) Mittlerweile gibt es eine Reihe von Maßnahmen, welche die Patientensicherheit erhöhen, indem die Kommunikation vereinfacht wird, Abläufe standardisiert und Checklisten etabliert werden. Nichtsdestotrotz kann und muss noch viel verbessert werden. In einer Studie im LKH-Univ. Klinikum Graz zeigte sich, dass sich die Anzahl der Berichte im Critical Incident Report System (CIRS) von 2013 bis 2017 mehr als verdoppelt haben. Das zeigt, dass Mitarbeitende immer häufiger bereit sind das System sicherer zu machen indem sie Beinahefehler melden, aber auch dass in Kliniken das Begehen eines Beinahefehlers kein Einzelfall ist (2017 gingen in dem freiwilligen System 718 Meldungen ein) und nicht verschwiegen werden sollte. (11)

In derselben Studie wurden die vermeintlichen Ursachen gemeldeter Beinahefehler untersucht. Die zwei am häufigsten genannten Fehlerquellen sind einerseits individuelle Gründe (v.a. das Missachten von Leitlinien und Aufmerksamkeitsdefizite) und des weiteren Probleme der Organisation, Kommunikation, Dokumentation und dem Faktor Team, wobei vor allem die Kommunikation zwischen zwei unterschiedlichen Berufsgruppen Schwierigkeiten mit sich bringt. (11)

2.1.1 Definition

Fehler im klinischen Kontext können unterschiedlich definiert werden. Eine dieser Definitionen findet sich im London Protokoll (siehe 2.3.6). Hier wird nicht von Fehlern, sondern von fehlerhaften Vorgängen gesprochen. Dabei kann es sich um das Durchführen oder um das Unterlassen einer Aktion handeln. Als Einschlusskriterien werden zwei Punkte festgelegt:

1. Die Grenzen der sicheren Praxis werden überschritten.
2. Auswirkungen auf die Patient*innen, Mitarbeitende oder die allgemeine Öffentlichkeit. (12)

Im Gegensatz dazu gibt es auch jenen Definitionsansatz, dass nicht alle Fehler Konsequenzen mit sich bringen und daher auch unbemerkt bleiben können. (9)

In dem 2000 erschienen Buch „To Err Is Human“ werden Fehler als *Versagen einer geplanten Handlung oder die Anwendung eines falschen Plans um ein Ziel zu erreichen* definiert, also wird zwischen Planungsfehler und Handlungsfehler unterschieden. Außerdem differenzieren die Autoren zwischen latenten und aktiven Fehlern. Die Folgen eines aktiven Fehlers werden sofort spürbar und auch als „sharp end“ bezeichnet, während die latenten Fehler zu vielen aktiven Fehlern ausgebrütet werden können, und dies über lange Zeit. Der Mensch, der den aktiven Fehler am Ende der Kette zu spüren bekommt, und diesen vermeintlich begeht, hat keinen Einfluss auf die Entstehung dessen. Dies wird auch als „blunt end“ beschrieben. Latente Fehler stellen in einem System ein großes Sicherheitsrisiko dar, da sie lange unerkant bleiben und zu vielen aktiven Fehlern führen können. (1)

2.1.2 Entstehung

Um Fehler aufzuarbeiten und in Folge dessen zu verstehen, muss man wissen, wie diese zustande kommen. In komplexen Systemen spielen viele Faktoren und Ebenen bei diesem Prozess eine Rolle. Zur Veranschaulichung des Ablaufs soll „Abbildung 1 Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung (12)“ dienen, anhand dessen auch die Fehlerentstehung erläutert wird. Dieses Modell ist eine Abwandlung des Modells der Unfallentstehung von James Reason, welches auch als „Schweizer-Käse-Modell“ bekannt ist (13). Das ursprünglich sehr allgemein gefasste Modell wurde hier für das Gesundheitssystem adaptiert und zeigt, dass unter Umständen viele Ebenen und Systeme versagen bzw. schlecht funktionieren, bis es zu einem Zwischenfall kommen kann.

Durch Fehlentscheidungen in der Verwaltung und einer schlechten Planung organisatorischer Prozesse entspringen in Folge sogenannte latente Fehler. Zu den

Aufgaben dieser Ebene zählen eine gut gepflegte Sicherheitskultur, Verwaltung der finanziellen Ressourcen, etc.

Durch eine Fehlverwaltung dieser wichtigen Ressorts entstehen die folgenden fehlerbegünstigende Faktoren:

Zum Faktor **Arbeitsumfeld** zählen Dienstpläne, Personalbestand, die Qualität der technischen Ausstattung, das physische Umfeld, Unterstützung von der Führungsebene, etc. Die **Teamfaktoren** schließen Kommunikation, Supervision und Teamstruktur mit ein. **Individuelle Faktoren** beziehen sich auf die Kompetenz der Mitarbeitenden sowie deren psychische und physische Gesundheit. Entscheidungshilfen, genaue Testergebnisse, Richtlinien und Verfahrensanweisungen sind Bestandteil der **Aufgabenfaktoren**. Die **Patientenfaktoren** beinhalten Kommunikation mit dem*der Patient*in, Komplexität der Erkrankung und die Persönlichkeit sowie das soziale Umfeld.

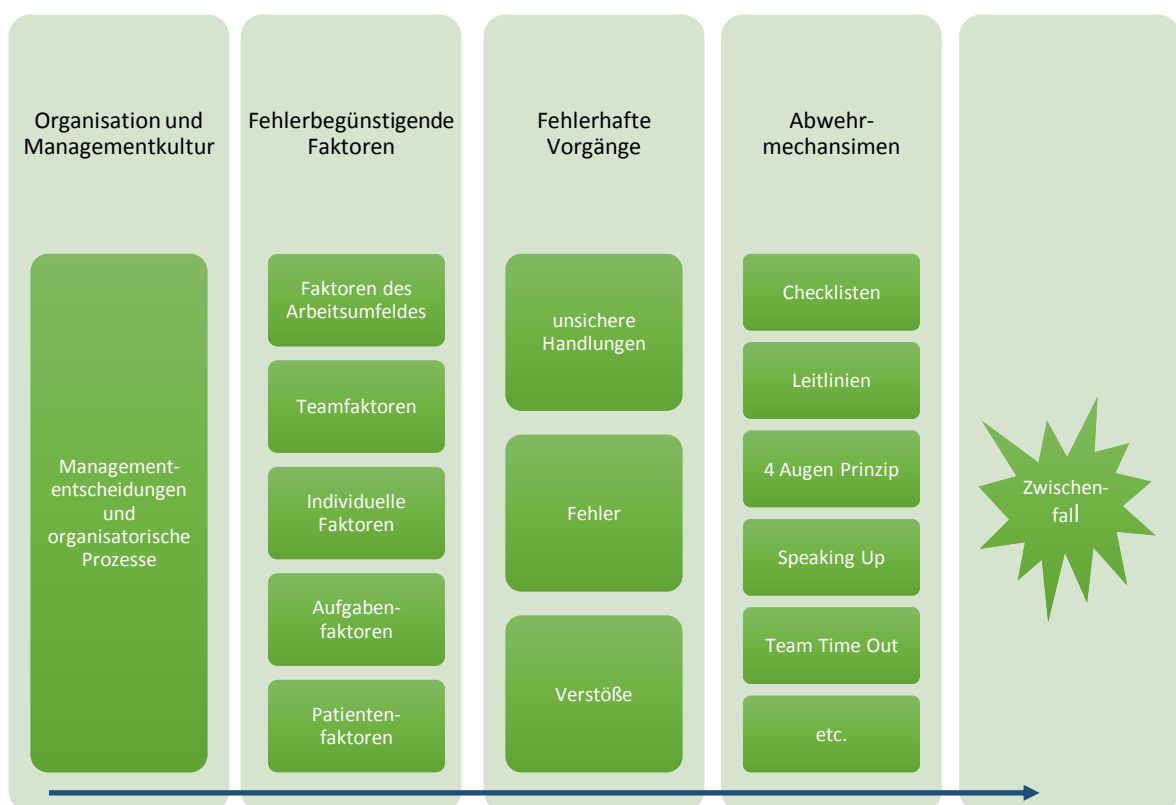


Abbildung 1 Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung (12)

All diese fehlerbegünstigenden Faktoren können, bei einer negativen Entfaltung, vor allem wenn mehrere aufeinander treffen, zu fehlerhaften Vorgängen führen. Diese bezeichnet man als aktive Fehler. Doch um einen Zwischenfall zu vermeiden haben viele

Kliniken, zumeist aus Erfahrung, eine Reihe von Barrieren und Abwehrmechanismen als Absicherung implementiert. Dadurch kann auch bei Begehen eines Fehlers oder bei Unsicherheiten ein Zwischenfall verhindert werden. Erst wenn auch diese Mechanismen ihren Zweck verfehlen, wirkt sich dies in einem Zwischenfall aus. (12)

Natürlich ist es einfach aus Anlass eines fehlerhaften Vorganges die verursachende Person am Ende der Kette als inkompetent darzustellen und sich darauf zu konzentrieren, dass sie den Fehler kein zweites Mal begeht. Es hat sich jedoch gezeigt, dass es für die Mehrheit der Beteiligten sinnvoller ist, den Ursprung des Fehlers auf all diesen Ebenen zu suchen und in Folge dessen das System durch dementsprechende Maßnahmen zu verbessern. (1)

2.1.3 „Shame and blame“ - Kultur

Ein großes Problem in der Gesundheitsversorgung stellt die Tatsache dar, dass allzu schnell die Schuld an Fehlern Einzelpersonen zugeschrieben wird. Selbstverständlicherweise trägt jede einzelne Person, die im Gesundheitssystem arbeitet, eine gewisse Verantwortung, muss sich dessen bewusst sein und dementsprechend agieren. Mit dem Finger auf eine Person zu zeigen führt dazu, dass diese Person sich das ihr Leben lang merken wird, und hoffentlich den selben Fehler kein zweites Mal begeht. Allerdings werden nur wenige Kolleg*innen aus dem Fehler lernen können. (1) Diese Verhaltensweise bezeichnet man als „shame and blame“ – Kultur.

Ein Phänomen, das uns unter anderem so unreflektiert zu Schuldzuweisenden werden lässt, ist der „hindsight bias“ (rückblickende Verzerrung). Damit wird die Tatsache beschrieben, dass im Nachhinein die Fehler von anderen immer viel banaler wirken, als sie für die Betroffenen zum tatsächlichen Zeitpunkt waren. Man verfügt über mehr Informationen, hat länger Zeit über Entscheidungen nachzudenken und kann miteinbeziehen, dass jene Entscheidung, die in der Situation getroffen wurde, die falsche war und sie retrospektiv als Möglichkeit ausschließen. Die hinterher veränderten Umstände führen also dazu, dass es schwerer wird zu beurteilen, wie es den Betroffenen in der Situation erging. (1)

Diese voreilig getroffenen Schlüsse wirken sich negativ auf die Beschuldigten aus, schüren Ängste, welche wiederum zu neuen Fehlern führen, und schaffen so eine Situation in

welcher die „Angeklagten“ als „second victim“ hervorgehen. (4) Außerdem erschweren überstürzte Urteile auch eine neutrale und gerechte Untersuchung der Situation. (12)

2.2 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) werden verwendet um negativ verlaufende Fälle retrospektiv zu diskutieren. Kürzlich verlagerte sich der Fokus der M&MK von einem klinischen Lernwerkzeug hin zu einem Forum zur Analyse von Ereignissen in einem systembasierten Ansatz.

Aufgrund der langjährigen und intensiven Erfahrung in Nordamerika und Großbritannien werden bereits Reformen der bestehenden Konferenzen durchgeführt und Standards sowie Richtlinien entwickelt, welche helfen sollen, die Effektivität und Qualität zu steigern. So wird auch in einem Leitfaden, welcher von der deutschen Bundesärztekammer entworfen wurde (siehe 2.2.1), die Wichtigkeit der Abgrenzung zu Fallkonferenzen beschrieben. M&MK dienen nicht in erster Linie der studentischen Lehre, sondern der Aus-, Fort-, und Weiterbildung, sowie der Systemverbesserung. Die Fälle sollen retrospektiv betrachtet werden und eine möglichst wertfreie Diskussion, sowie Anonymität der Behandelnden werden groß geschrieben. Das Resultat soll neben der Wissenserweiterung der Teilnehmenden auch strukturelle Vorteile hervorbringen. In dem Leitfaden wird auch erwähnt, dass es keine international einheitlichen Richtlinien gibt und in der Literatur unterschiedliche Rahmenbedingungen zu finden sind. (5)

Bei der Analyse der bestehenden M&MK wird die Bedeutsamkeit der korrekten Diskussionen mehrmals beschrieben. Besonders wichtig ist hier der Umgang mit Fehlern und wer dafür verantwortlich gemacht wird. Die meisten Fehler entstehen nämlich nicht durch falsch handelndes Personal, sondern durch Mängel in strukturellen und organisatorischen Abläufen. (14) Die Ansprüche, welche an medizinisches Personal gestellt werden, sind meist hoch und die erwartete Perfektion in der Arbeitsroutine kann nicht immer erfüllt werden. Der Umgang mit Fehlern im klinischen Alltag wird oft von jener Angst begleitet, dass Respekt oder Ansehen verloren gehen oder dass rechtliche Schritte gegen den oder die Behandelnden eingeleitet werden. Aus Fehlern zu lernen wird daher eher mit Furcht verbunden anstatt mit Freude, weshalb der Kern des Problems bei M&MK häufig nicht zur Sprache kommt. Zu diesen Erkenntnissen gelangten die Autoren

einer Studie aus dem Jahr 2002, welche sie zur Formulierung folgender Leitsätze bewegt hat: Medizin ist kompliziert, daher sind Fehler unvermeidbar und man sollte sie nutzen, um aus ihnen zu lernen. M&MK sind keine Runden, in denen Raum für Kritik, sondern Erfahrungs- und Wissensvermittlung stattfinden soll. Wenn eine Person als Sündenbock dargestellt wird, und die erstgenannten Leitpunkte nicht eingehalten werden, hat die Konferenz eine destruktivere Auswirkung auf das Arbeitsumfeld und die Leistungen, als sie einen Nutzen stiftet. (15)

Eine Hilfe um effektiv und zielführend zu arbeiten sind Leitfäden, welche entwickelt wurden, um dem*r Moderator*in einen roten Faden zu geben. In einer englischen Studie aus dem Jahr 2012 wurden unterschiedliche Aspekte von M&MK mit, und ohne Leitfaden untersucht. Das Resultat zeigt, dass leitfadengestützte Konferenzen in einigen Punkten Vorteile bringen. In jenen fällt es dank der vorgegebenen Struktur leichter den Fokus zu halten und die relevanten Informationen, welche in Diskussionen auftauchten, zu filtern und erkennen. Der offizielle Rahmen sorgt dafür, dass die Konferenzen ernsthafter wahrgenommen, und von den Teilnehmenden als relevanter empfunden werden.(16) Generalisierte Angaben zu solchen Guidelines zu machen ist nicht möglich, da es in der Literatur unterschiedliche Vorschläge zur Gestaltung einer M&MK gibt. Folgende Punkte sind eine Fusion mehrerer Abläufe, wie sie in Studien beschrieben werden. (5)(14)(17)

1. Ergebnisse der vorhergehenden M&MK
2. Auswahl eines negativ verlaufenen Falles
3. Beschreibung des Falles
4. Analyse
5. Diskussion
6. Zusammenfassung
7. Empfehlungen für die Zukunft verfassen
8. Feedback und Follow- up

Zu einigen der Ablaufpunkte bedarf es Erläuterungen:

Ad 1. In wenigen Minuten soll an die Outcomes der vorherigen M&MK erinnert werden und Auskunft über die eingeleiteten Schritte gegeben werden.(17)

Ad 2. Auswahl des negativ verlaufenen Falles: bevorzugt werden sollen Fälle, welche vermutlich vermeidbare Fehler oder Minor-Komplikationen aufweisen, zu einer ungeplanten Re-Operation oder stationären Wiederaufnahme führten. Besondere Anlässe zur Auswahl wären auch eine Medikamentenreaktion oder Operation die zum Tod führte. Schon im Vorhinein soll die Anzahl der besprochenen Fälle definiert werden. (5) Meist werden ein bis drei Fälle pro Konferenz vorgenommen.

Ad 3. Beschreibung des Falles: in einer viertelstündigen Präsentation soll der Fall erläutert werden. Im Vorhinein werden alle Befunde zusammengetragen und Informationen anonymisiert. Wichtig ist an dieser Stelle der Prozess der Diagnosen und Behandlungen. Die Teilnehmenden der M&MK sind während der Vorstellung dazu aufgefordert, keine Kommentare in den Raum zu werfen. (5)

Ad 4. und 5. Analyse und Diskussion: Die relevanten Fragen an diesem Punkt sind, wieso der Fall negativ verlaufen ist, und welche Faktoren dazu beigetragen haben. Nach dem Klären der Umstände sollen nun Vorschläge oder Strategien entwickelt werden, wie solche Vorfälle in der Zukunft verhindert werden können. Wenn es die Umstände erlauben, können auch Pläne in Kleingruppen ausgearbeitet werden, welche später im Plenum präsentiert und diskutiert werden. (17) Wie bereits erwähnt, gilt die korrekte, das heißt wertfreie, Diskussion als das „Um und Auf“ einer funktionierenden M&MK. Teilnehmende sollen immer im Hinterkopf haben, dass Fehler am System behoben werden und die Patient*innensicherheit an Qualität gewinnen soll. Es geht nicht darum, einzelne Täter ausfindig zu machen oder das Personal zurechtzuweisen. (14)(18)

Die Komplexität einer effizienten M&MK kann nicht geleugnet werden. Auch aus Fehlern zu lernen, vor allem in einem verflochtenen System wie jenes eines Krankenhauses, muss erst einmal gelernt werden. An ausgewählten amerikanischen Kliniken absolvieren die Assistenzärzt*innen theoretische und praktische Schulungen, um Fehler im Ablauf besser zu erkennen und Strategien zu erlernen, das Qualitätsmanagement zu verbessern. (17) Ebenso wird empfohlen, eine*n geschulten Moderator*in einzusetzen.(5)(15)

In deutschsprachigen Ländern haben M&MK noch nicht annäherungsweise einen Bekanntheitsgrad wie in Nordamerika oder Großbritannien. Allerdings gibt es bereits Umfragen zur den bestehenden Konferenzen.

In einer Studie unter Chefärzt*innen wurde beurteilt, inwiefern M&MK in der Schweiz implementiert sind. Von 223 Teilnehmenden gaben 145 (65%) an, dass ihre M&MK verbessert werden könnte (19). Innerhalb und zwischen den medizinischen Disziplinen wurde eine erhebliche Heterogenität sowohl strukturell als auch prozedural gefunden. Nur ein kleiner Teil der gemeldeten M&MK folgt einem systematischen Ansatz. Obwohl die Befragten angaben zufrieden zu sein, und M&MK als ein effizientes Werkzeug wahrzunehmen, stimmten sie der Notwendigkeit einer Professionalisierung und Standardisierung zu.

Zusätzlich scheint es, dass sich der Begriff M&MK auf verschiedene Arten von Treffen bezieht. Obwohl die allgemeinen Ziele ähnlich sind, werden in der Praxis verschiedene Arten von M&MK verwendet und verschiedene Ziele verfolgt. Tools wie Checklisten, Richtlinien und Vorlagen werden als hilfreich angesehen (20).

Folgende zwei Leitfäden in Kapitel 2.2.1 und 2.2.2 wurden in Deutschland und der Schweiz entwickelt und sollen als Beispiele eines Leitfadens beschrieben werden.

2.2.1 Leitfaden der Bundesärztekammer

Die Deutsche Bundesärztekammer hat diesen Leitfaden 2016 in der ersten Auflage veröffentlicht. (5) Die Kammer definiert die M&MK als interdisziplinär und fachübergreifend, regelmäßig stattfindende Besprechung mit dem Ziel, die Sicherheit der Patientenversorgung zu erhöhen.

Die **Rollen** der M&MK werden wie folgt zugeteilt:

Ein*e Koordinator*in ist zuständig dafür, den Überblick der Organisation zu behalten. Dabei kann es sich um Personal aus dem QM handeln, oder auch um ärztliche Mitarbeitende bzw. eine Pflegekraft. Auch die Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen kann von dieser Rolle übernommen werden. Diese Person erhält von dem*der behandelnden Arzt*Ärztin den anonymisierten Fall vor der Konferenz. Während der M&MK soll der*die Koordinator*in das Protokoll führen. Dieses hat anonym zu sein und

nur die Ergebnisse der Konferenz zu beinhalten. Die Bundesärztekammer hat dem Leitfaden eine Vorlage für ein solches Protokoll beigelegt.

Um die Fallauswahl kümmert sich entweder ein kleines Komitee oder eine Einzelperson. Die Auswahl kann von Abteilung zu Abteilung variieren, je nach Fachgebiet und gesetzten Zielen der M&MK. Zu beachten ist, dass der Fall nicht allzu lange zurück liegt und nicht immer die gleichen Personen beteiligt sind.

Ein*e im Team als vertrauenswürdig angesehene*r Arzt*Ärztin soll die Leitung übernehmen. Die Aufgabe besteht in einer Begrüßung, abschließenden Zusammenfassung und Verabschiedung der Teilnehmenden. Getrennt davon, soll es auch eine*n Moderierende*n geben. Diese*r soll geschult sein und auf einige Berufserfahrung zurückgreifen können. Die Präsentation des Falles soll von beteiligtem Personal übernommen werden. Dabei kann es sich entweder um Pflegepersonal oder ärztliche Mitarbeitende handeln.

Die Empfehlung zur **Frequenz** lautet Regelmäßigkeit, alles zwischen wöchentlich und quartalsweise ist möglich. Bezüglich der Dauer wird ein Zeitfenster zwischen 45 Minuten bis zu zwei Stunden angegeben. Während dieser Zeit sollen ein bis maximal drei Fälle präsentiert werden.

Der **Ablauf** geht wie folgt vonstatten: Allem voraus geht die Vorbereitung. Dazu gehören das Zusammentragen von medizinischen Unterlagen, Richtlinien etc. In schwerwiegenden Fällen empfiehlt die Bundesärztekammer eine detaillierte Fallanalyse, eine Anleitung dazu wird in der Leitlinie zur Verfügung gestellt. Die Konferenz wird durch eine Begrüßung des Leiters*der Leiterin eröffnet. Hier ist auch eine erneute Erinnerung an die Vertraulichkeit und die Regeln der Konferenz angebracht. Danach hat der*die Moderierende das Wort, welche*r die Fallpräsentation ankündigt. Die Präsentation soll nach einem standardisierten Modell ablaufen, welches ebenso beigelegt wird. Während der circa 15 minütigen Fallvorstellung sollen weder Fragen, noch Zwischenrufe erfolgen. Anschließend findet die Diskussion statt. Hier ist eine neutrale Moderation von größter Bedeutung. Die Absicht der Diskussion ist es, erstens, das systemische Problem zu identifizieren und zweitens, Ziele zu formulieren, um den fehlerhaften Prozess in einem zukünftigen Fall fehlerfrei durchzuführen. Aus diesen Zielen werden dann Maßnahmen abgeleitet. Am

Ende der Diskussion fasst der*die Leiter*in die wichtigsten Eckpunkte zusammen und beendet (möglichst pünktlich) die Sitzung. Gelegentlich kann eine computergestützte oder mündliche Evaluierung der Konferenz durch die Teilnehmenden stattfinden.

Die Umsetzungsmaßnahmen sollen ins QM implementiert werden und deren Verlauf bei der nächsten M&MK präsentiert werden. (5)

2.2.2 Leitfaden der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat 2019 einen Leitfaden für M&MK publiziert. (9)

Bezüglich der **Struktur** wird eine regelmäßige Konferenz, bestenfalls monatlich oder öfter, empfohlen. Sie soll circa eine Stunde dauern und ein bis zwei Fälle sollen zur Diskussion kommen.

Es werden fünf Rollen vorgeschlagen: Leitung, Präsentation, Fallauswahl-Team, Mentoring und Moderation. Dies unterscheidet sich nicht wesentlich von den Vorschlägen der Rollen im Leitfaden der Bundesärztekammer. Zusätzlich gibt es das Mentoring. Dabei soll es sich um eine Person handeln, die zwei Aufgaben übernimmt. Erstens, die Unterstützung des Präsentators bei der Voranalyse des Falles, und zweitens, dient sie als Ansprechperson und Informant*in für alle Teilnehmenden bei psychischen Problemen, als potenzielle Folge der fehlerhaften Vorgänge. Verantwortliche*r für diesen Bereich soll in Fallanalysen und Human Factors geschult sein.

Der Ablauf einer Sitzung unterscheidet sich nur unwesentlich von jenem der deutschen Bundesärztekammer. (9)

2.2.3 Werte der M&MK

Die Durchführung einer M&MK ist eine sensible Angelegenheit. Viele Beteiligte müssen für ihre Aufgaben in einer M&MK Kompetenzen erwerben und auch die Teilnehmenden müssen über ein Know-How bezüglich der Vorgehensweise verfügen. Dazu gehören nicht nur der Ablauf, Struktur und Ziele der Konferenz, sondern auch die Kultur, die nachfolgend aufgezählten Verhaltensregeln und Grundsätze, die beachtet werden müssen, um den maximalen Profit zu erzielen.

Respekt und Wertschätzung: Herablassende Kommentare, Beschuldigungen, etc. sind auf keinen Fall gestattet. Die Beiliegenden sollten sich hingegen die Fragen stellen: Hätte das mir auch passieren können? Ist mir das auch schon einmal (fast) passiert? Was kann man verändern, damit das nicht mehr geschieht?

Vertraulichkeit und Anonymität: Die ausgewählten Fälle sollen nur im Rahmen der Sitzung besprochen werden und nicht mehr danach. Alle Protokolle und Präsentationen sind so zu gestalten, dass weder auf die Patient*innen, noch auf Behandelnde Rückschlüsse gezogen werden können.

Teamwork: Eine „Bilderbuch-M&MK“ findet in einem interdisziplinären und interprofessionellen Rahmen statt. Es ist von Bedeutung, dass alle Berufsgruppen in die Erarbeitung neuer Maßnahmen integriert werden, da dies die Akzeptanz von Veränderungen verbessert. Außerdem soll die offene Gesprächskultur während der Konferenzen auch die Konversation im Klinikalltag positiv beeinflussen. Neben einem Ausbrechen aus der „shame and blame“ Kultur, sollen die Hemmschwellen für „Speaking Up“ (Hinweisen auf Sicherheitsmängel) und Kolleg*innen um Rat zu fragen dadurch gesenkt werden. (5)(9)

2.3 Modelle zur Fallanalyse und Präsentation

Folgende Modelle kommen weltweit zum Einsatz, um den Ablauf einer M&MK strukturierter und das Outcome effektiver zu gestalten. Einige davon wurden gezielt für das klinische Umfeld und für Fallanalysen entwickelt, andere müssen zur Anwendung im Krankenhaus oder zur Unterstützung einer M&MK entsprechend adaptiert werden.

2.3.1 Das Ottawa M&M Modell (OM3)

Das OM3 wurde 2016 von den Kanadiern Caldu und Kwok veröffentlicht, welche einen Bedarf sahen, ihre Erfahrung in Bezug auf M&MK zu teilen und in einem Leitfaden festzuhalten.(13) Hier findet man zuerst eine Anleitung für den*die Präsentator*in des Falles , darauffolgend für den*die Moderator*in/ Organisator*in der Konferenzen.

Die **Aufgaben des Präsentierenden** gliedern sich in vier Schritte.

1. Die Auswahl eines Falles

2. Die Fallanalyse
3. Formulierung der „Bottom Lines“
4. Präsentation

Ad 1. Auswahl des Falles: Folgende drei Kriterien sollen erfüllt werden: ein unerwünschter Ausgang jeglicher Art, Vermeidbarkeit und ein möglicher Lerneffekt. Hier sollen keine „Fascinomas“ diskutiert werden und der Präsentierende soll in den Fall verwickelt gewesen sein.

Ad 2. Fallanalyse: Zwei mögliche Ursprünge der Fehler müssen hier unterschieden werden. Einerseits ein kognitiver Bias und andererseits ein Systemfehler. Zweiteres kann z.B. aus Kommunikationsbarrieren, Zeitmangel, Routinefehlern, Budgetdefiziten, Unterbesetzung etc. resultieren. Als Grundlage für die Analyse kann das „Swiss Cheese Modell“ von James Reason angewandt werden, um die Ebene(n) zu identifizieren, in welchen die Fehler gestoppt und das negative Resultat verhindert werden hätte können (siehe Abbildung 1, S.5).

Ad 3. Formulierung der „Bottom Lines“: Diese „Bottom Lines“ sollen eine Conclusio dessen sein, was aus dem Fall gelernt werden kann bzw. was verändert werden soll/muss, um eine Wiederholung zu verhindern. Wichtig ist, unpräzise Formulierungen z.B.: „mehr Training“ zu vermeiden. Welche Art von Maßnahmen ergriffen werden sollen ist in Abbildung 2 Hierarchie der Effizienz von Maßnahmen (13) dargestellt.

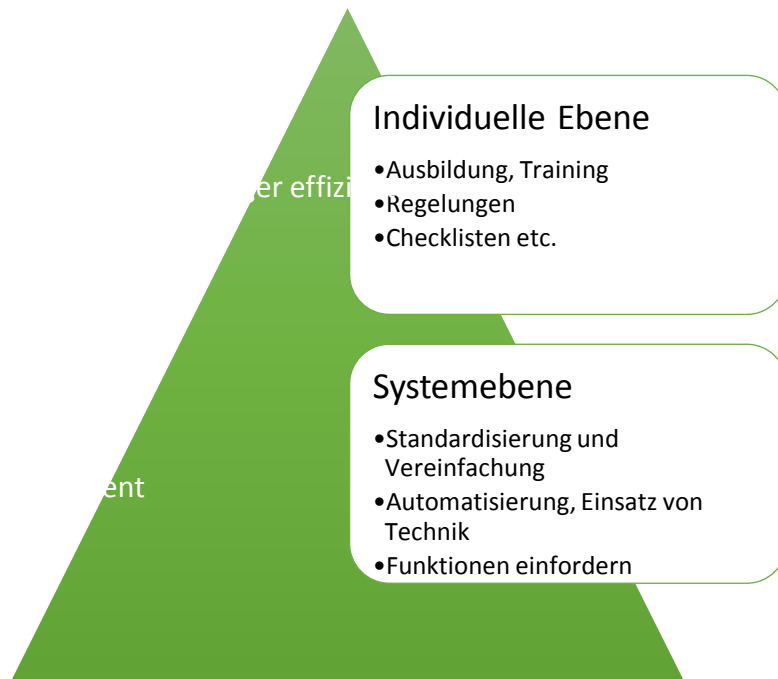


Abbildung 2 Hierarchie der Effizienz von Maßnahmen (13)

Ad 4. Präsentation: Für die Vorbereitung der Präsentation stellen die Autor*innen die Grundstruktur für eine PowerPoint Präsentation zur Verfügung und empfehlen ein Drittel des Zeitbudgets für die drei Unterpunkte der M&MK: Fallpräsentation, Analyse und Diskussion.

Der*Die Moderierende ist in diesem Modell auch Organisator*in der Konferenz. Er*Sie wird dazu aufgefordert, Teammitglieder aller Berufsgruppen einzuladen und auch nicht davor zurückzuschrecken, den*die Patient*in selbst an der M&MK teilhaben zu lassen. Letzteres ist natürlich eine Angelegenheit, die viel Feingefühl verlangt, aber in manchen Fällen eine höchst positive Wirkung für alle Beteiligten hat. Eine genaue Aussage bezüglich der Frequenz der M&MK wird hier offen gelassen, einzig eine Regelmäßigkeit soll gewährleistet sein, sowie ein Mindestzeitbudget von 30, bevorzugterweise 60 Minuten. Die Moderation per se soll mit einer Vorstellung des Präsentierenden starten und an die Grundlagen der M&MK erinnern (keine Schuldzuweisungen, Anonymität und wertfreie Diskussion). Während der Konferenz sind es die Aufgabe des Moderierenden die Zeit einzuhalten, und falls notwendig die Diskutierenden darauf hinzuweisen. Nach der M&MK sollen die „Bottom Lines“ zusammengetragen und weitergeleitet werden. Schlussendlich ist es noch seine*ihre Aufgabe, sich um die Umsetzung der Resultate zu kümmern.

Abschließend erinnern die Autor*innen noch daran, dass es Zeit braucht, bis sich Abläufe und Strukturen ändern, bzw. eine steigende Qualität in der Patient*innenbetreuung und Sicherheit erzielt werden kann.(13)

2.3.2 SBAR Kommunikationsmodell

Dieses Modell stammt ursprünglich aus dem US Militär und wird heute zur klaren und strukturierten Kommunikation in verschiedensten Sektoren angewandt, so auch im Gesundheitswesen. (21) Hier wird es vor allem bei Dienstübergaben oder (telefonischen) Konsilien eingesetzt. Das Akronym SBAR steht für Situation, Background, Assessment und Recommendation.

Situation: Man stellt sich selbst und den*die Patient*in vor und schildert, möglichst in einem Satz, die Situation.

Background: Der klinische Hintergrund wird erläutert.

Assessment: Hier geht es um das aktuelle Problem. Laborwerte, Vitalzeichen, Diagnosen, der klinische Eindruck etc. werden beschrieben.

Recommendation: Eine Problemlösung, Handlung wird vorgeschlagen.

Durch die klare Struktur soll überschüssige Information vermieden werden und kurz und prägnant über den Fall informiert werden. (21)

Im Rahmen der M&MK kann das SBAR Modell als Grundlage der Fallpräsentation genutzt werden.

2.3.3 IQM Leitfaden „M&MK Konferenzen“

Der 2014 in Deutschland entwickelte Leitfaden ist die Folge einer Umfrage aus dem Jahr 2010, aus welcher resultierte, dass lediglich 24% der befragten Krankenhäuser die Maßnahmen einer M&MK systematisch umsetzen konnten. (22) Die Checkliste, welche dem Leitfaden beiliegt, wurde 2013 an 17 deutschen Kliniken getestet. In ebendiesen Kliniken konnte die Effizienz, Interdisziplinarität, Regelmäßigkeit und Professionalität der M&MK gesteigert werden.

Die „Initiative Qualitätsmedizin“ schlägt monatliche M&MK vor, welche 45-90 Minuten dauern und ein bis zwei Fälle behandeln. An diese Konferenzen sollen alle beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. Die Fallauswahl soll von dem*der ärztlichen Direktor*in oder einem*r Delegierten getroffen werden. Es soll sich um einen Todes- Zwischenfall oder eine Komplikation mit Verbesserungspotential handeln. Im Gegensatz zum OM3 ist es nicht zwingend notwendig, dass der*die Präsentierende selbst in den Fall involviert war. Die Analyse des Falles wird hier ähnlich dem OM3 vorgeschlagen. Die Moderation soll von jemandem abgehalten werden, der*die eine dementsprechende Ausbildung oder Kompetenz vorweisen kann. Als Resultat der M&MK soll ein Protokoll veröffentlicht werden. Darin wird festgehalten, was verbessert werden soll, welche Maßnahmen dafür notwendig sind, wer dafür verantwortlich ist, sowie eine Deadline für die Umsetzung. Dieses Protokoll wird an das Qualitätsmanagement, die Geschäftsführung, Chefärzt*innen und den*die ärztlichen Direktor*in versandt. In der darauffolgenden M&MK soll der*die Verantwortliche berichten, wie es um die Umsetzung der Maßnahmen steht. Die Autor*innen der Leitlinie empfehlen die Teilnehmenden der Konferenzen mit bis zu zwei CME Punkten (=Counting Medical Education; entspricht den in Österreich verwendeten „Deutschen-Fortbildungs-Programm“ Punkten; kurz: DFP-Punkte) zu zertifizieren.(23)

2.3.4 Fishbone Diagramm

Das Fishbone Diagramm, oder zu Deutsch Ursachen- Wirkungs Diagramm, wird in verschiedenen Bereichen angewandt, um den Zusammenhang zwischen Wirkungen und deren Ursachen zu erarbeiten. (24) Man schreibt dabei das Problem, welches analysiert werden soll auf, und ergänzt alle möglichen Ursachen des Problems. Für eine bessere Übersicht können die Ursachen, die aus dem gleichen Bereich stammen (Bsp: Patientenfaktoren) geclustert werden. (24) Dies ist eine sehr anschauliche Methode, mit der z. B. die angesprochenen Punkte während der Diskussion einer M&MK auf einem Flip-Chart gesammelt und geordnet werden können.

2.3.5 Five-Whys

Diese Methode um eine Ursache-Wirkungs Relation herzustellen, wurde von Sakichi Toyoda für die Toyota Industries Cooperation entwickelt und wird seitdem in verschiedenen Branchen zur Fehleranalyse angewandt. (25)

Wer die „Five- Whys“ anwendet beginnt mit der Analyse bei dem Problem selbst. Man stellt sich die Frage, warum dieses Problem aufgetreten ist. Um die Lösung zu finden, sollen drei Grundprinzipien beachtet werden. Erstens, eine korrekte und vollständige Formulierung des Problems. Zweitens, Ehrlichkeit beim Antworten auf die Warum-Frage und drittens, die Entschlossenheit zum Kern des Problems durchzudringen. Am Besten wird die Methode im Team angewandt. Gemeinsam wird das Problem formuliert, bevor man sich die erste Warum- Frage stellt. Alle möglichen Antworten werden notiert. Wichtig ist, dass die Gründe des Problems solche sind, auf die die Beteiligten einen Einfluss haben. Nachdem eine oder mehrere Ursachen für das Problem gefunden wurden hinterfragt man wiederum, warum dies so ist. Dieses Prozedere soll nun insgesamt fünf Mal wiederholt werden, um die Schichten des Problems aufzudecken und zum Ursprung des Fehlers zu gelangen. Falls notwendig, können auch mehr, oder weniger als fünf Schichten erfragt werden. Wenn sich mehrere Antworten auf die „Warums“ finden lassen, sollte man am Ende die systemischen Fehler auswählen und diskutieren. Nach einer kurzen Abschlussrunde kann das Ergebnis einer anderen Person vorgelegt werden, um die Logik dahinter kontrollieren zu lassen. Als nächsten Schritt sollen Aktionen gesetzt werden, welche den Kern des Fehlers aus dem System entfernen und eine Wiederholung vorbeugen sollen.

Schwierigkeiten, welche bei der Anwendung auftreten können sind, dass unterschiedliche Teams, die sich mit dem gleichen Problem befassen, zu unterschiedlichen Endresultaten kommen. Des Weiteren kann man durch ein oberflächliches Symptom des Problems vergessen, dass es darum geht, die fehlerauslösenden Faktoren zu beheben (25)

2.3.6 London Protokoll

Das London Protokoll wurde speziell dazu entwickelt, klinische Zwischenfälle zu untersuchen und analysieren. (12) Es geht hierbei nicht darum, die Schuld Einzelpersonen zuzuweisen, sondern die Prozesse retrospektiv zu verbessern. Es soll ein offenes Klima geschaffen werden, welches das Lernen aus Zwischenfällen möglich und unbedrohlich macht.

Folgende sieben Schritte führen in dem Protokoll vom Zwischenfall zur Maßnahme:

A. Identifikation und Entscheidung zur Untersuchung

- B. Mitglieder des Untersuchungsteams auswählen
- C. Organisation und Datensammlung
- D. Chronischen Ablauf des Zwischenfalls ermitteln
- E. Fehlerhafte Vorgänge identifizieren
- F. Fehlerbegünstigende Faktoren identifizieren
- G. Empfehlungen ableiten und Maßnahmenplan entwickeln

Ad A. Zur Auswahl sollen Fälle in Betracht gezogen werden, die eine schwerwiegende Auswirkung auf die Patient*innen, Angehörige oder das Personal haben. Beinahe-Zwischenfälle, welche über Lernpotential verfügen, können ausgewählt werden, wenn noch kein Schaden verursacht wurde. Eine genauere Definition der zu untersuchenden Fälle wird hier nicht beschrieben, da diese von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich sind, und von den Betroffenen selbst ausgewählt werden sollen. Laut Empfehlungen ist es ratsam, dass manche Fälle sofort unter die Lupe genommen werden sollen, während andere mit weniger Dringlichkeit behandelt werden können.

Ad B. Die Untersuchungsteams bestehen im Optimalfall aus drei bis vier Personen und einem*r Leitenden (=Moderator*in) der Gruppe. Es soll sich dabei um eine*n Experten*in für die Untersuchung und Analyse der Zwischenfälle, eine*n Vertretenden aus dem oberen Management (z.B. Ärztliche*r Direktor*in), eine*n Insider*in der betroffenen Station oder Abteilung, der*die nicht direkt in den Zwischenfall verwickelt war, und eine*n externe*n Expert*in ohne medizinische Kenntnisse.

Ad C. Um eine wahrheitsgemäße Darstellung der fehlerhaften Vorgänge zu gewährleisten, sollen alle Fakten und Einflussfaktoren zusammengetragen werden. Dazu zählen alle medizinischen Unterlagen, Formulare in Bezug auf den Zwischenfall (wie z.B. Guidelines), Aussagen der Beteiligten und Beobachtenden der Situation, Informationen über das physische Umfeld (Geräte die zur Verfügung stehen) und über Rahmenbedingungen (z.B. der Dienstplan). Bei besonders schwerwiegenden Vorfällen ist es ratsam, schnellstmöglich mit der Datensammlung zu beginnen und die Erkenntnisse mithilfe eines Referenzierungssystems sorgfältig zu ordnen, um dem Untersuchungsteam die

bestmöglichen Voraussetzung zu gewährleisten, und im Falle rechtlicher Konsequenzen alle Informationen beisammen zu haben.

Von besonderer Bedeutung ist für die Autoren des Leitfadens die Befragung der Beteiligten. Die Gespräche sollten unter vier oder sechs Augen geführt werden und wertfrei, verständnisvoll, sowie ohne Schuldzuweisungen ablaufen. Neben dem medizinischen Personal kann auch eine Befragung der Angehörigen oder Patient*innen in Betracht gezogen werden, allerdings sollte dies gut überlegt sein, da es einen negativen Effekt auf diese haben kann. Im Rahmen der Befragung soll der chronologische Ablauf der Geschehnisse ermittelt, sowie die fehlerhaften Vorgänge und die fehlerbegünstigenden Faktoren identifiziert werden. Eine solche Befragung kann 20 bis 30 Minuten oder durchaus länger dauern, ist also eine ressourcenintensive Methode und daher ist es verständlich, dass sie nur selten und bei schwerwiegenden fehlerhaften Vorgängen durchgeführt wird.

Ad D. Um den chronologischen Ablauf zu ermitteln, können alle zusammengetragenen Informationen verwendet werden. Mögliche Widersprüche sollen identifiziert und eliminiert werden. Weiters kann das Team mithilfe unterschiedlicher Darstellungsmethoden den chronologischen Ablauf festhalten.

Ad E. Als nächsten Schritt gilt es die fehlerhaften Vorgänge zu identifizieren. Dies kann mithilfe von Methoden geschehen, die der*die Leiter*in auswählt. In manchen Fällen ergeben sich die fehlerhaften Vorgänge schon während der Interviews oder bei der Datensammlung. Trotzdem sollen sie von dem Untersuchungsteam diskutiert werden. Wichtig ist es, fehlerhafte Vorgänge von den fehlerbegünstigenden Faktoren abzugrenzen.

Ad F. Die fehlerbegünstigenden Faktoren werden nun anhand der davor ausgearbeiteten fehlerhaften Vorgänge identifiziert. Jedem fehlerhaften Vorgang liegt zumindest ein fehlerbegünstigender Faktor zugrunde. Diese können z.B. mithilfe eines Fishbone Diagramms (Fischgrätendiagrammes; siehe 2.3.4 Fishbone Diagramm) erörtert werden. Die Analyse des Zwischenfalls ist mit dem Abschluss dieses Schrittes beendet.

Ad G. Der letzte Teil des London Protokolls besteht darin, Maßnahmen aus den gewonnenen Informationen abzuleiten, welche das System verbessern sollen. Der erstellte Plan soll folgende Kriterien erfüllen:

1. Die fehlerbegünstigenden Faktoren sollen, mit ihren Empfehlungen, priorisiert gelistet sein.
2. Ein*e Verantwortliche*r für die Umsetzung der Maßnahmen soll ernannt werden, ein Zeitrahmen festgelegt und die Ressourcen beschrieben sein.
3. Ebenso wird ein Zeitpunkt festgelegt, an dem die Evaluierung der Wirksamkeit stattfinden soll. Um frustrierende Ergebnisse vorzubeugen gilt es die Maßnahmen so zu setzen, dass sie tatsächlich umsetzbar sind und dem Zuständigkeitsbereich der beauftragten Person angehören.

3 Material und Methoden

Zur Erlangung der Daten, ob und wie M&MK in Österreich durchgeführt werden, wurde eine Befragung aller Primarii österreichischer Krankenhäuser durchgeführt. Der Großteil wurde via E-Mail kontaktiert und der Fragebogen konnte mittels des Softwaretools EVASYS ausgefüllt werden. Die jeweiligen Adressen wurden anhand der Liste österreichischer Krankenhäuser des Bundesministeriums eruiert, mit Ausnahme der steirischen Kontaktdaten, welche von der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement zur Verfügung gestellt wurden. Im Falle eines Nichtfindens wurden die entsprechenden Primarii postalisch angeschrieben. Im Oktober 2018 wurden die Fragebögen versandt und konnten innerhalb eines Monats ausgefüllt werden. Bei Nichtausfüllen wurden die Primarii bis zu drei Mal, abermals per E-Mail, erinnert, an der Umfrage teilzunehmen.

Es wurden 962 Fragebögen ausgesandt. Diese wurden gesamt, d.h. alle österreichischen Daten, ausgewertet. Die Daten der einzelnen Bundesländer, der KAGES Spitäler und des Universitätsklinikums Graz wurden zusätzlich gesondert ausgewertet, um einen Vergleich herzustellen. Dies erfolgte mittels SPSS. Für die Durchführung der Befragung liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz vor (EK-Nr. 30-416 ex 17/18).

3.1 Beschreibung des Fragebogens

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz stellte den Fragebogen (siehe Anhang) zur Verfügung, welchen sie bereits für Studien in der Schweiz und Deutschland eingesetzt hatte (19) (20). Der Fragebogen gliedert sich in folgende Bereiche:

1. Fragen über den organisatorischen Ablauf der stattfindenden M&MK, wie Anzahl der Teilnehmenden, Dauer, Anzahl der besprochenen Fälle, etc.
2. Des weiteren wird die genaue Struktur der Konferenzen erfragt.
3. Wie wird sich auf die einzelnen Bereiche (Fallauswahl, Präsentation, Diskussion, Maßnahmensetzung) vorbereitet?
4. Welche Leitlinien werden angewandt und wie sieht die Aufgabenverteilung (Organistaion/Moderation/Präsentation) aus.

5. Ebenso wird auf die Zufriedenheit, Wirksamkeit und Verbesserungswürdigkeit der Konferenzen eingegangen und erfragt, welche Materialien und Angebote zur Verbesserung des Outcomes von Nutzen seien.
6. Weiters werden das Geschlecht, die Krankenhauskategorie, Fachabteilung und Größe der Station erfasst.

3.2 Ein-und Ausschlusskriterien

In die Befragung eingeschlossen wurden alle österreichischen Primarii. Ausschlusskriterium ist kein Innehaben einer leitenden Funktion.

4 Ergebnisse

4.1 Österreichweite Auswertung

Von insgesamt 962 ausgeschickten Fragebögen wurden 314 retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 32,95 Prozent.

In knapp zwei Drittel (64,4%) der österreichischen Abteilungen finden M&MK statt und die Hälfte (55,9%) der nicht-austragenden Abteilungen ist interessiert an der Durchführung einer M&MK (siehe Abbildung 3).

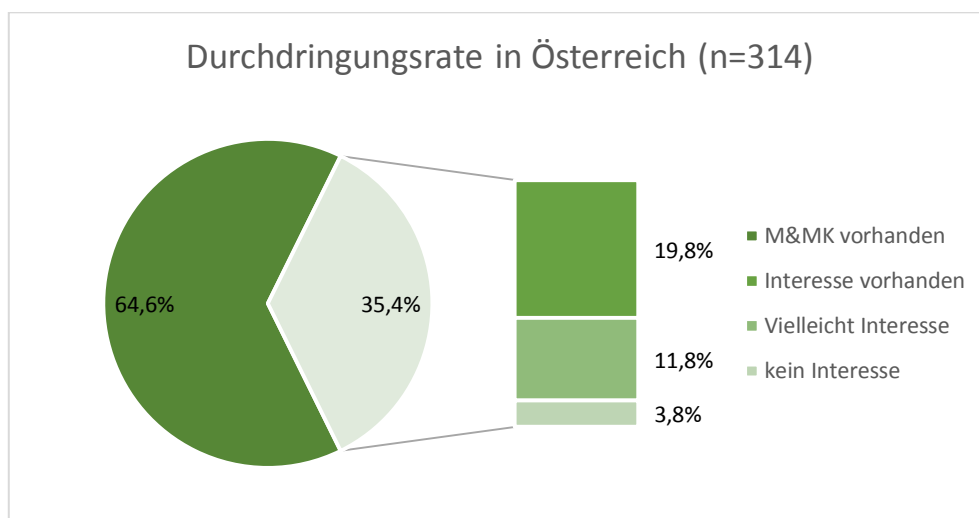


Abbildung 3 Durchdringungsrate der M&MK in Österreich

Als Hauptziele der Konferenz werden insbesondere drei Bestreben genannt: Es soll vermieden werden, dass sich Fehler wiederholen; Probleme in Abläufen sollen identifiziert werden; und die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonal und Abteilungen soll verbessert werden. Für ein Drittel (34,7%) stellt die Erweiterung des individuellen Fachwissens ein Hauptziel dar.

An über 90% der M&MK nehmen Chefärzt*innen, OÄ und AÄ teil. Pflegekräfte werden in 48,3% der Fälle eingeladen. Fachpersonal aus anderen Abteilungen, MTDs, Auszubildende und Mitarbeiter des QM nehmen an 16,7% der Abteilungen an Konferenzen teil. Patient*innen und Angehörige werden nie zu den Treffen eingeladen. Durchschnittlich finden die Konferenzen mit 15 Teilnehmenden statt, mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 50 Personen.

40,9% der M&MK finden mit über 75% der eingeladenen Personen statt, in 22,3% der Fälle folgen nur weniger als die Hälfte der Einladung. Eine Verpflichtung an der M&MK teilzunehmen gibt es bei knapp 57,4% der Abteilungen. Bis auf wenige Ausnahmen (98%) gibt es für alle Teilnehmenden der Konferenz einen Sitzplatz.

Bezüglich der Frequenz stellt sich heraus, dass grob ein Drittel (36%) quartalsweise und ein weiteres Drittel (30,5%) unregelmäßig M&MK abhalten. 20,3% gestalten monatlich eine Konferenz und 4% halten sie wöchentlich oder 14-tägig ab. Die restlichen 9,1% finden sich seltener als quartalsweise zu einer M&MK zusammen (siehe Abbildung 4).

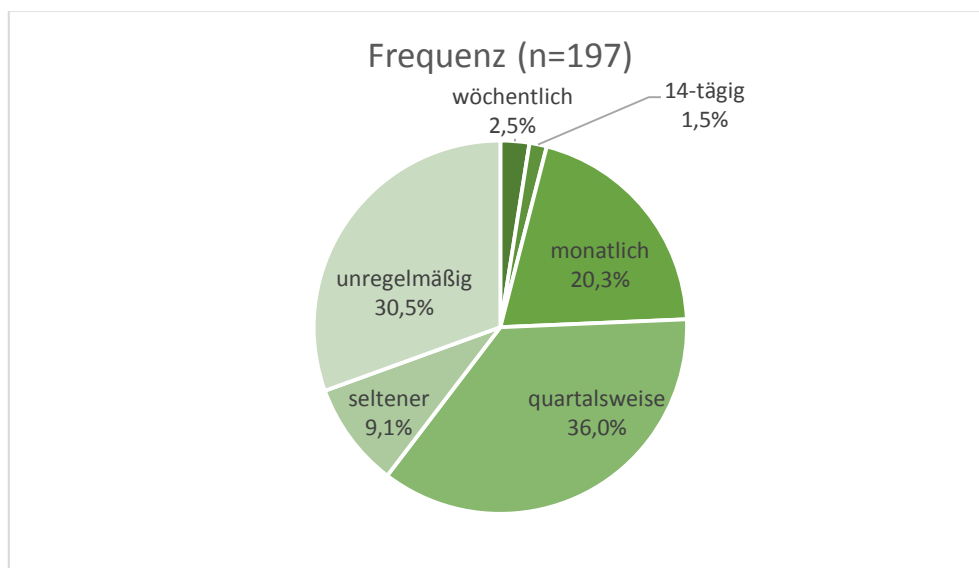


Abbildung 4 Frequenz der M&MK österreichweit

Durchschnittlich wird sich eine Stunde (56') für die Abhaltung der M&MK genommen, wobei hier das Spektrum von 15 bis zu 120 Minuten reicht. In dieser Zeit bearbeiten 43,9% einen Patientenfall, 25,5% befassen sich mit zwei Fällen und 13,3% der Abteilungen handeln über vier Fälle ab.

Kriterien zur Fallauswahl sind in 56,2% der Abteilungen festgelegt. Bei der Frage nach der Art der besprochenen Fälle konnten maximal drei Antworten ausgewählt werden. Am häufigsten werden Komplikationen und unerwartete Todesfälle von der Gruppe analysiert. Probleme in der Zusammenarbeit (36,6%), Zwischenfälle ohne Patientenschaden (34,7%) und schwere Krankheitsverläufe (31,7%) werden ebenso in M&MK aufgearbeitet, wie organisatorische Fehl Abläufe (29,2%). Auch Schadensfälle, und

Fehler, die auf medizinischer Inkompetenz beruhen werden, zu 20,8%, in M&MK besprochen.

Für die Aufarbeitung des Falles haben 60,6% ein standardisiertes Vorgehen, 35,9% arbeiten ohne ein normiertes Konzept. Zur Vorbereitung befassen sich 90,1% mit den Akten und arbeiten die Behandlung auf. Der Großteil analysiert die möglichen unterlaufenen Fehler (78,3%) und frischt das Fachwissen auf (63,5%).

Ein Viertel (25,1%) der Abteilungen gibt an, einem Konzept oder Modell für die Fallanalyse und -präsentation zu folgen. Dabei handelt es sich zu 52% um hausinterne Unterlagen. Relativ beliebt ist auch der IQM Leitfaden (siehe 2.3.3), welchen 34% der Befragten anwenden. Weitere im Einleitungskapitel genannte Leitfäden (OM3, London Protokoll, Fishbone, SBAR, Five-Whys und der Leitfaden der Bundesärztekammer) werden jeweils in wenigen Fällen unterstützend herangezogen.

Die Aufgabenverteilung findet zur überwiegenden Mehrheit (66,5%) zwischen einem*r Präsentator*in und einem*r Organisator*in/ Moderator*in statt. In 14,5% der Konferenzen kümmert sich eine Person um alle Aufgaben und 8% halten die M&MK ohne Moderation ab. Falls Moderator*innen mitwirken, sind diese in 28,8% der Fälle geschult. Über die Hälfte (56,3%) der Fälle werden von Oberärzt*innen (OÄ) präsentiert, außerdem wird dies von Chefärzt*innen oder Assistenzärzt*innen (AÄ) übernommen, jedoch nie von Pflegepersonal. In den Bemerkungen zu diesem Item wurde angegeben, dass der*die Präsentierende in den Fall verwickelt gewesen sein, oder dass es sich um eine*n Unbeteiligte*n handeln soll.

Die Beschreibung des Falles mithilfe relevanter Befunde ist in nahezu allen (97%) M&MK ein Fixpunkt, die Faktoren für die aufgetretenen Probleme und mögliche Lösungsansätze finden in 84,2% der Konferenzen Platz. Circa die Hälfte (46,8%) befasst sich mit Literatur und Evidenz.

Den nächsten Abschnitt bilden Fragen zum Diskussionsteil. Für die offene Debatte nehmen sich 24,9% über 20 Minuten Zeit. 42,3% nehmen sich dafür weniger als 15 Minuten. Die übrigen Befragten liegen dazwischen. Im Schnitt kommt man auf eine Diskussionszeit von 17 Minuten. Vier bis zehn Personen sind bei der Mehrheit aktiv an der Diskussion beteiligt. Einem Leitfaden folgen bei diesem Teil der Konferenz 35,3%.

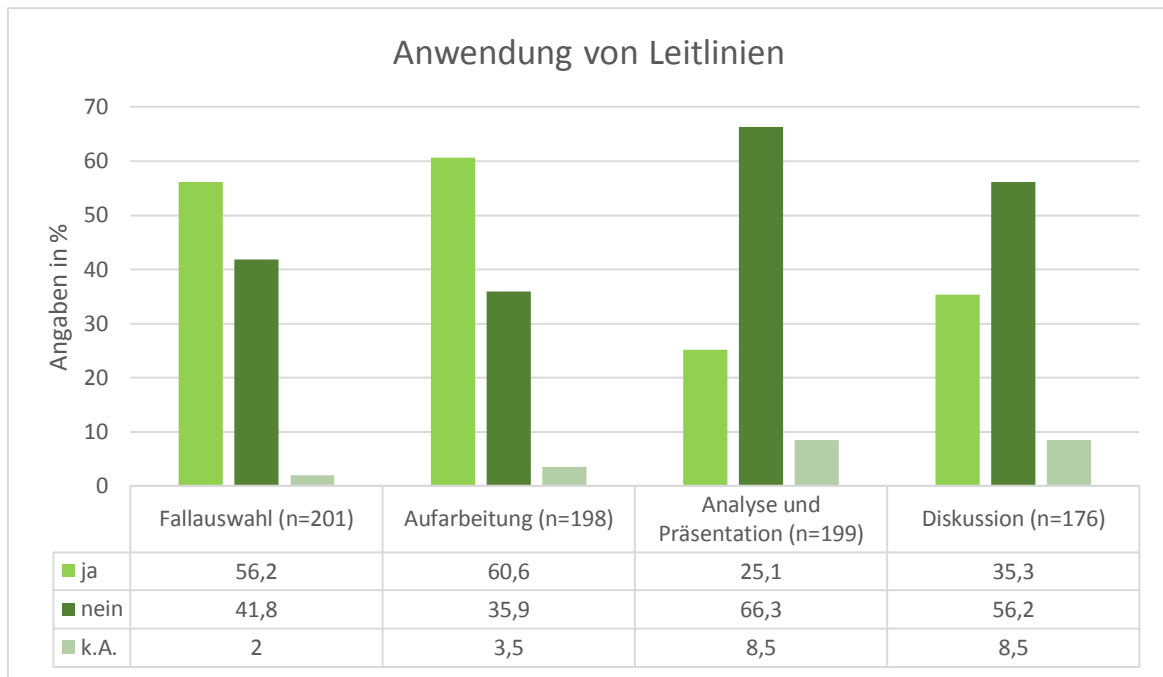


Abbildung 5 Anwendung von Leitlinien in vier Abschnitten der M&MK

Während der M&MK werden in zum überwiegenden Teil (92,5%) konkrete Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. Eine schriftliche Zusammenfassung der Resultate wird zu 72,4% erstellt. Rund ein Drittel (30,4%) dieser Protokolle wird nicht anonymisiert.

Die Weitergabe der M&MK Ergebnisse erfolgt bei 86,6%, meistens werden abwesende Personen (65%) sowie Klinik- und Abteilungsleitungen (56%) informiert. Weniger oft erfahren die Krankenhausgeschäftsführung und Fachpersonen aus anderen Bereichen von den Resultaten. Das Management und Belegärzt*innen werden kaum kontaktiert.

Die Arten der Maßnahmen sind zum Großteil jene, die sich auf lokale Veränderungen beziehen (z.B. auf die eigene Station) (44%) oder jene, die krankenhaushausweite Verbesserungen fordern (41,8%). Ein geringer Anteil (7,1%) beschließt Maßnahmen, die sich speziell an eine*n Mitarbeiter*in richten. Ein Feedback ob der Umsetzung der Maßnahmen erhält die Hälfte (54,1%) der Stationen, ein Drittel (32%) arbeitet ohne Rückmeldungsschleife.

Zwei Drittel (64,3%) der Befragten ließen die M&MK schon einmal durch Mitarbeitende und Teilnehmende kritisieren oder holten Verbesserungsvorschläge ein. Bei der Frage nach Zufriedenheit geben 12,4% an sehr zufrieden zu sein, 67,7% sind zufrieden mit den Konferenzen, 12,9% sind unzufrieden und 2,5% sehr unzufrieden. Während 38% die

M&MK ihrer Abteilung als sehr wirksam einstufen, beurteilen sie 54,5% als wirksam. Wenig wirksam wird sie von 7% der Primarii gesehen. Als beschränkende Faktoren wählen 72,6% Zeitmangel aus. 19,9% sieht keine Bereitschaft der Mitarbeitenden zur Beteiligung. Die nicht ausreichend belastbare Fehlerkultur (13,9%), mangelndes Follow-up (12,4%) und keine methodische Kompetenz (12,4%) werden ebenso als Wirksamkeitseinschränkend angegeben.

Bei einer offenen Frage nach Möglichkeiten den Nutzen der M&MK zu steigern wurden zusammengefasst vier Herausforderungen genannt:

1. Die mangelnde Zeit und das Ärztarbeitszeitgesetz (ÄAZG)
2. Eine nicht etablierte Fehlerkultur, auch aufgrund der Hierarchie in österreichischen Krankenhäusern
3. Die mangelnde Motivation der Mitarbeitenden
4. Eine fehlende Struktur oder Standardisierung des Vorgehens

Als nützliche Materialien und Angebote werden Checklisten zu Vorbereitung und Vorlagen zur Präsentation, Leitfäden zur Durchführung der Konferenzen, Schulungen für die Moderation sowie die Analyse der Fallkonferenzen und Mindeststandards angesehen.

Die Hälfte (50,5%) der Befragten sieht Verbesserungsbedarf für ihre M&MK. Speziell hätten sie gerne regelmäßiger M&MK, ein standardisiertes Vorgehen und Schulungen für ihr Personal. Hier werden auch psychologische- supervidierte Betreuung, eine Bewusstseinssteigerung zum Thema, mehr Präsenz von Jungärzt*innen und eine optimierte Fallauswahl genannt. 38,9% sind mit dem Outcome ihrer M&MK zufrieden.

Im letzten Teil des Fragebogens geht es um personenbezogene Angaben. 86,2% der Primarii, welche den Fragebogen retournierten, sind männlich. Bei den beteiligten Krankenhäusern handelt es sich zu 92,2% um öffentliche, 6,1% sind Ordensspitäler. Die größte Gruppe bilden Häuser mit 125-499 Betten (41,7%). Je circa ein Viertel machen Unikliniken (22%) und Häuser mit einer Bettenanzahl von über 500 (28,2%) aus. Chirurgische Abteilungen sind mit 34,9% am häufigsten vertreten, gefolgt von internistischen Fachgebieten (22%), anästhesiologischen Abteilungen (11,5%) und der

Gynäkologie/ Geburtshilfe (7,5%). Pädiatrie und Intensivmedizin sind mit unter 5% schwächer repräsentiert.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Bundesländer, sowie des Universitätsklinikums Graz dargestellt, welche immer im Vergleich zum österreichischen Gesamtschnitt beschrieben werden.

4.2 Auswertung Universitätsklinikum Graz

Die Rücklaufquote am Klinikum beträgt 38,78% (n=19).

Am LKH Graz veranstalten 42,1% der Abteilungen M&MK. Damit liegt das Krankenhaus deutlich unter dem Landesschnitt (64,6%), jedoch ist das Interesse bei den Nicht-Veranstaltern an einer M&MK vergleichsweise höher (hier: 36,8%; gesamt: 19,8%).

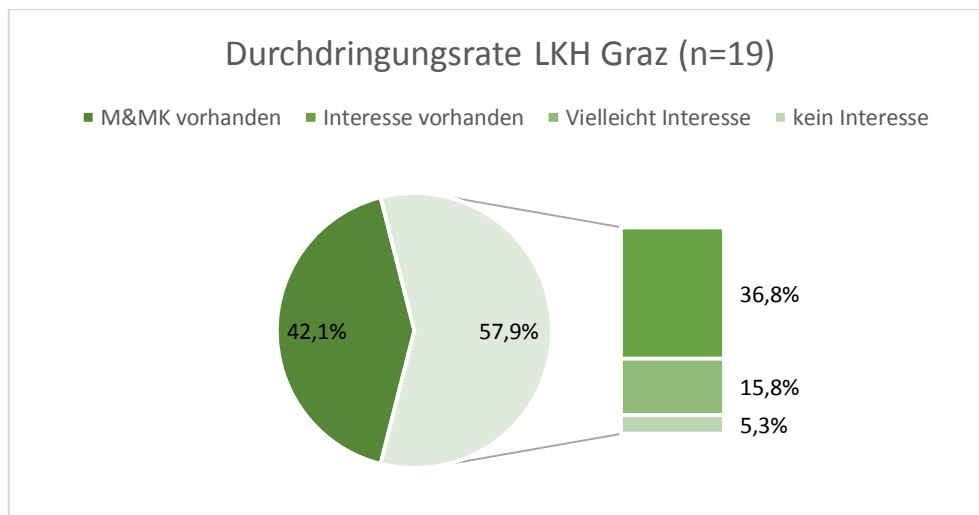


Abbildung 6 Durchdringungsrate LKH Graz

Die Ziele der Konferenzen verlagern sich dahingehend, eher das individuelle Fachwissen zu erweitern und weniger die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonal oder Abteilungen zu verbessern. Neben dem stationsinternen medizinischen Personal nehmen hier vermehrt Studierende und Fachpersonal anderer Abteilungen teil. Die Anzahl der anwesenden Personen beträgt im Schnitt 25 (Schwankungsbreite: 15 bis 50 Personen). Diese hohe Anzahl kann man neben der Größe der Einrichtung auch darauf zurückführen, dass die Konferenzen häufig (75%) verpflichtend sind. Am Klinikum Graz finden die Konferenzen regelmäßig, zumeist monatlich, statt und dauern im Schnitt 45 Minuten (15' bis 120'). Mit Ausnahme der Diskussion werden weniger standardisierte Methoden und

Leitlinien verwendet als dies durchschnittlich der Fall ist. Mehrheitlich werden die Konferenzen von zwei Personen gestaltet (Moderation und Präsentation). Für die Präsentation sind AÄ oder OÄ zu gleichen Teilen zuständig. Eine Moderationsschulung findet in etwas höherem Ausmaß (LKH: 37,5%, österreichweit: 28,8%) statt. Bei der Art der Fälle handelt es sich öfter um Schadensfälle und medizinische Fehleinschätzungen aufgrund von Wissensmangel. Seltener werden hingegen Organisationsdefizite und Interaktionsprobleme unter dem Personal besprochen. Vorgeschlagene Verbesserungsmaßnahmen sind vor allem jene, die Prozesse an der gesamten Klinik verbessern. Ein Feedback der M&MK durch die Mitarbeitenden wird häufiger (LKH: 75%; Durchschnitt: 64,3%) durchgeführt. Als wirksamkeitseinschränkende Faktoren werden neben Zeitmangel auch eine nicht belastbare Fehlerkultur und ein Mangel an methodischer Kompetenz angegeben. Trotzdem ist das Interesse an Hilfs-Materialien vergleichsweise gering, und auch der Bedarf an Verbesserung (LKH: 37,5%; Durchschnitt: 50,5%) wird niedriger eingeschätzt.

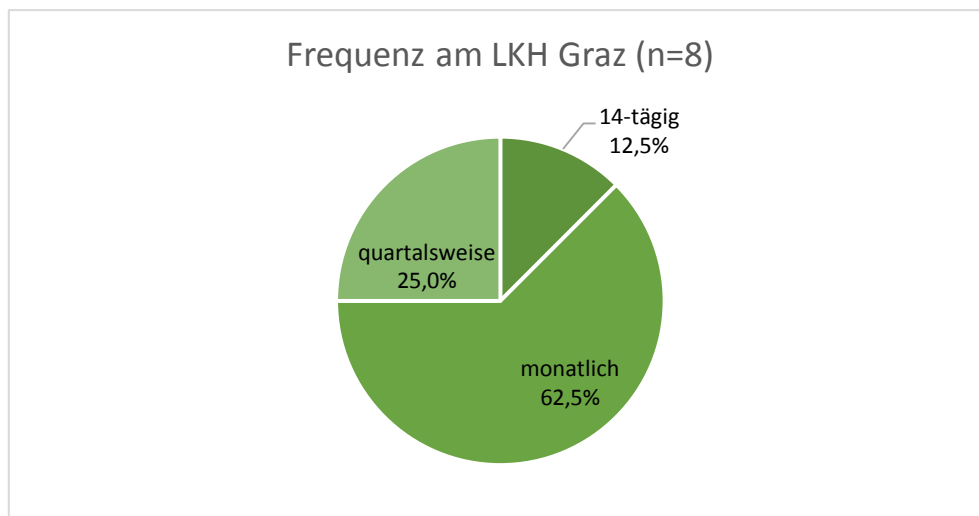


Abbildung 7 Frequenz der M&MK am LKH Graz

4.3 Auswertung Steiermark (exkl. LKH Graz)

Die Rücklaufquote liegt bei 47,62% (n=47).

In steiermärkischen Spitälern finden an 38,3% der Abteilungen M&MK statt. Sie werden oft unregelmäßig veranstaltet und dauern tendenziell kürzer (50´) als im österreichischen Schnitt (56´) mit einer Schwankungsbreite von 30 bis 90 Minuten.

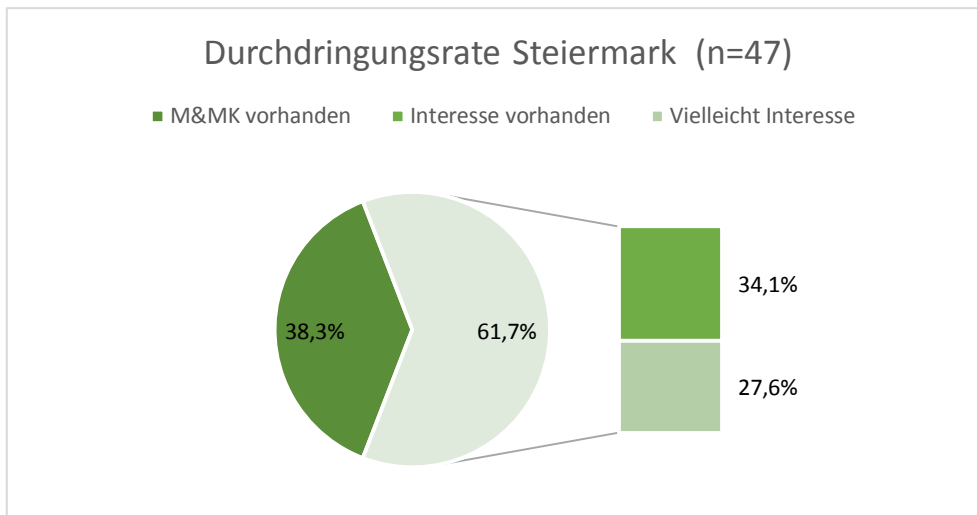


Abbildung 8 Durchdringungsrate Steiermark

Die Erweiterung des individuellen Fachwissens ist häufiger ein übergeordnetes Ziel. Vorlagen, Leitfäden, etc. werden seltener angewandt. Bei einem Drittel (33,3%) der Befragten ist die M&MK so organisiert, dass eine Person sowohl Präsentation als auch Moderation in die Hand nimmt. Präsentiert werden eher ursächliche Faktoren von möglichen Problemen und weniger Literatur oder Evidenz. Eine schriftliche Zusammenfassung in Form eines Protokolls wird seltener verfasst (Stmk: 55,6%; Durchschnitt: 72,4%), jedoch häufiger weitergeleitet, vor allem an abwesende Personen. 72% geben an, dass sie mit ihrer Konferenz ‚zufrieden‘ sind und 50% meinen, sie sei ‚sehr wirksam‘.

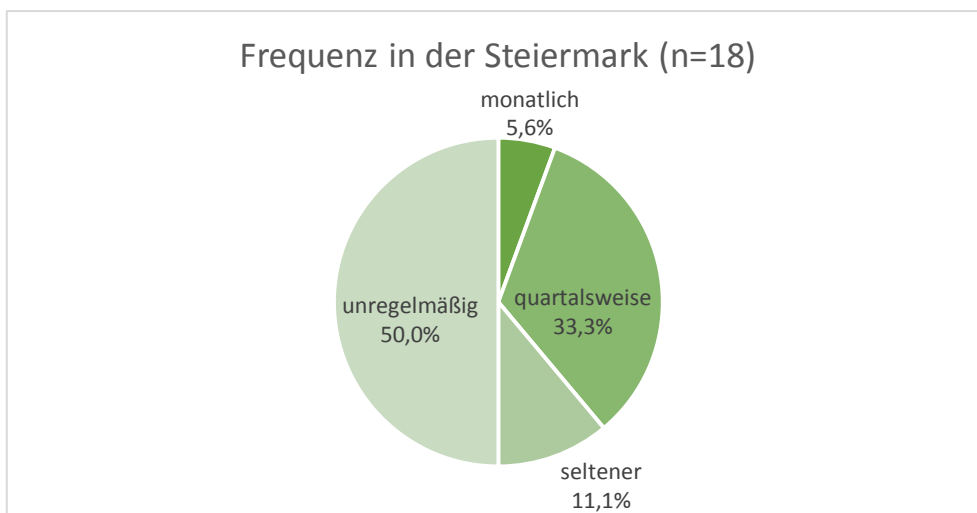


Abbildung 9 Frequenz der M&MK in der Steiermark

4.4 Auswertung Wien

Die Rücklauf beträgt hier 21,38 % (n=30).

In Wiener Spitälern finden M&MK an 80% der Abteilungen statt. Sie sind interdisziplinärer gestaltet und finden mit durchschnittlich 19 Teilnehmenden statt (Schwankungsbreite 7-50). Die Mehrheit veranstaltet regelmäßig, monatlich oder quartalsweise, eine Sitzung, ein Viertel hält sie unregelmäßig ab.

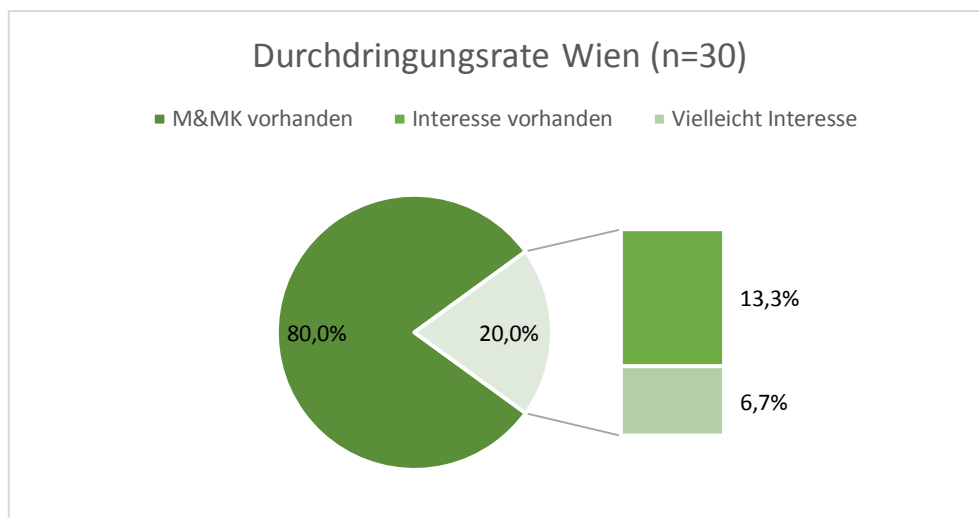


Abbildung 10 Durchdringungsrate Wien

Als Ziel wird einheitlich angegeben, dass Probleme in Abläufen und Prozessen identifiziert werden sollen. Bei den präsentierten Fällen handelt es sich öfter um Probleme der Zusammenarbeit unter Mitarbeitenden. Die Präsentation wird fast ausschließlich von AÄ oder OÄ übernommen. Die eingesetzten Moderator*innen werden verhältnismäßig selten geschult (22,7%; österreichweit: 28,8%). Das Vorbringen von Verbesserungsmaßnahmen ist zwar zu 88% Teil der Präsentation, jedoch wird nur knapp die Hälfte (47,8%) über den Umsetzungsstand der beschlossenen Maßnahmen informiert. Die Protokolle, zu einem großen Teil (50%) nicht anonymisiert, werden seltener verfasst und weitergeleitet. Die Durchführung der Konferenzen wird von 20,8% der Primarii als ‚sehr zufriedenstellend‘ und von 66,7% als ‚zufriedenstellend‘ eingestuft, jedoch sehen sie bei der Wirksamkeit bezüglich der Patient*innensicherheit noch Verbesserungsbedarf. Vor allem der Zeitmangel gilt hier als einschränkender Faktor. Abgesehen von einem Leitfaden zur Durchführung der M&MK ist das Interesse an Materialien geringer als im österreichischen Durchschnitt.

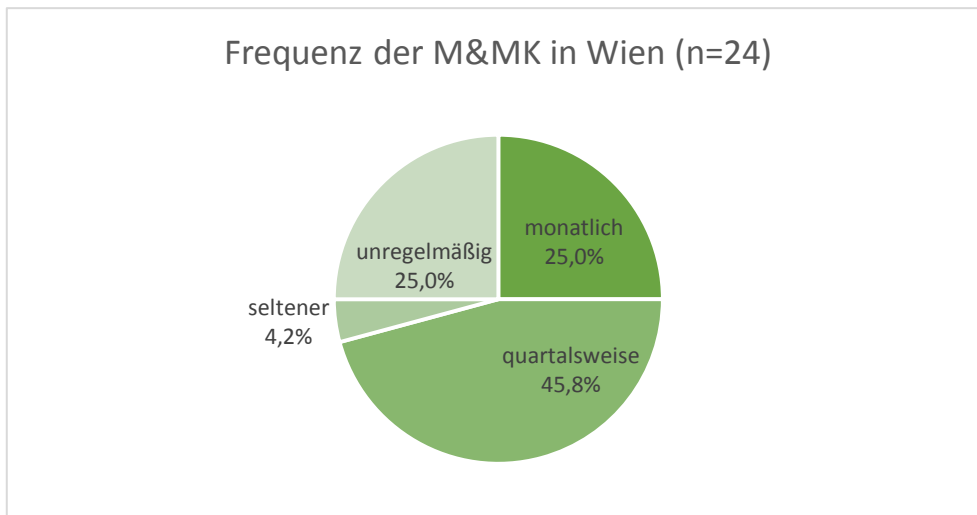


Abbildung 11 Frequenz der M&MK in Wien

4.5 Auswertung Niederösterreich

Von den niederösterreichischen Fragebögen wurden 31,93% retourniert (n=51).

In Niederösterreich (NÖ) finden M&MK an gut der Hälfte (51%) der Abteilungen statt. Da zu 62% Pflegekräfte und 27% Hebammen an den Konferenzen teilnehmen sind diese interprofessioneller als im österreichischen Durchschnitt. Ein Drittel (34,8%) der Abteilungen verpflichtet Berufsgruppen zur Teilnahme.

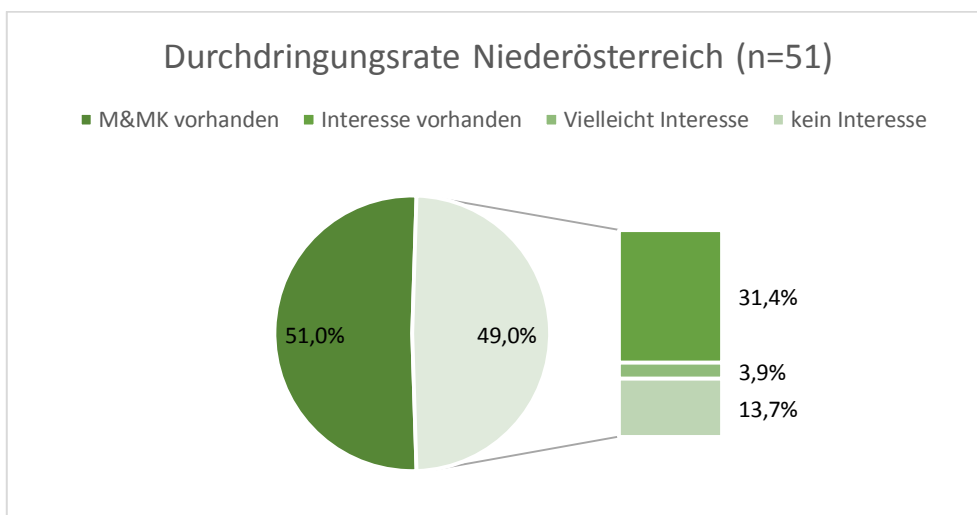


Abbildung 12 Durchdringungsrate Niederösterreich

Die Sitzungen finden meist quartalsweise oder unregelmäßig statt und dauern im Schnitt 70 Minuten (30-120'). Allgemein lässt sich aus der Umfrage erkennen, dass in

Niederösterreich Leitfäden und methodisches Vorgehen öfter zum Einsatz kommen als im Durchschnitt. Ebenso gibt eine höhere Schulungsrate der Moderator*innen (NÖ: 52%, österreichweit: 28,8%). Die Feedbackkultur wird allerdings weniger intensiv gelebt, dies gilt in Bezug auf die Umsetzung der Maßnahmen und die Konferenz per se. Die Wirksamkeit für die Verbesserung der Patient*innensicherheit wird von 50% als ‚sehr wirksam‘ eingestuft. Dennoch sehen 41,7% einen Verbesserungsbedarf. Als einschränkender Faktor gilt vor allem der Zeitmangel.

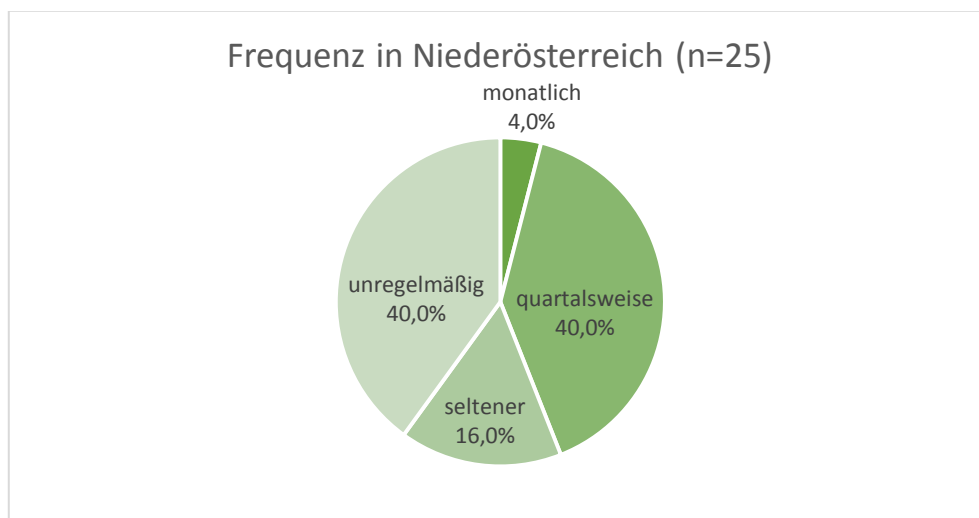


Abbildung 13 Frequenz der M&MK in Niederösterreich

4.6 Auswertung Oberösterreich

Die Rücklaufquote liegt hier bei 28,49% (n=49).

In Oberösterreich (OÖ) werden an 75,5% der Abteilungen M&MK abgehalten.

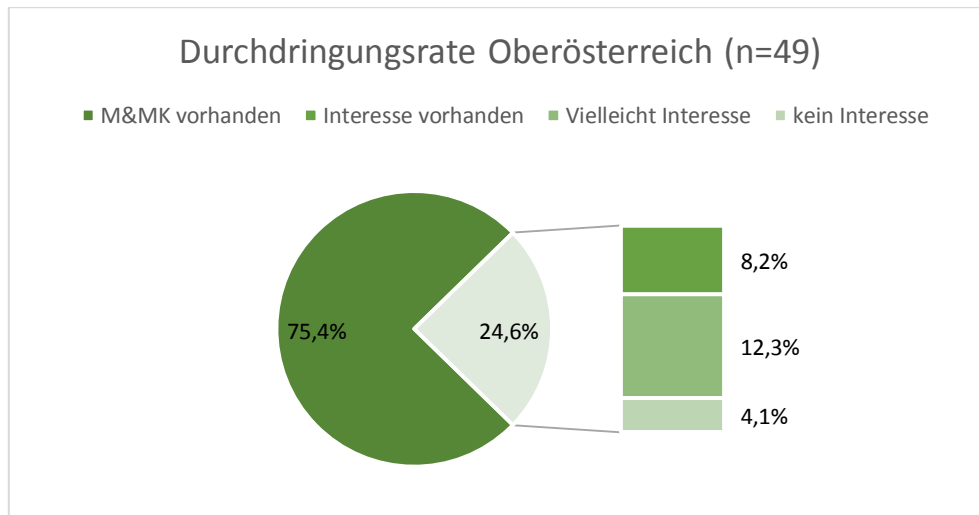


Abbildung 14 Durchdringungsrate Oberösterreich

Unter den durchschnittlich acht Teilnehmenden ist immer der*die Chefarzt*ärztin vertreten. Zwei Drittel (66,7%) der Abteilungen verpflichten manche Berufsgruppen an der Sitzung teilzuhaben. Diese finden meist unregelmäßig statt, je ein Fünftel trifft sich monatlich bzw. einmal im Quartal. Die Mehrheit bespricht in einer knappen Stunde (30-120') einen Fall. Zur Fallauswahl sind bei 62,2% klare Kriterien festgelegt. Die drei häufigsten Fälle sind neben unerwarteten Todesfällen und Komplikationen auch Zwischenfälle ohne Patient*innenschaden. Für die Fallanalyse verwendet lediglich ein Drittel (29,7%) ein standardisiertes Konzept. In Oberösterreich werden M&MK häufiger von nur einer Person ausgetragen, also Moderation und Präsentation aus einer Hand (OÖ: 21,6%, österreichweit: 14,5%). Eine Schulung des*der Moderierenden finden seltener statt (OÖ: 21,6%, österreichweit: 28,8%). 83% der Konferenzen werden verschriftlicht, knapp die Hälfte davon anonym. Ein Feedback über die Umsetzung der Maßnahmen erhalten die Teilnehmenden zu 72,2%. Bis auf wenige Ausnahmen geben die oberösterreichischen Primarii an, zufrieden mit der M&MK zu sein und auch die Wirksamkeit wird hoch eingeschätzt.

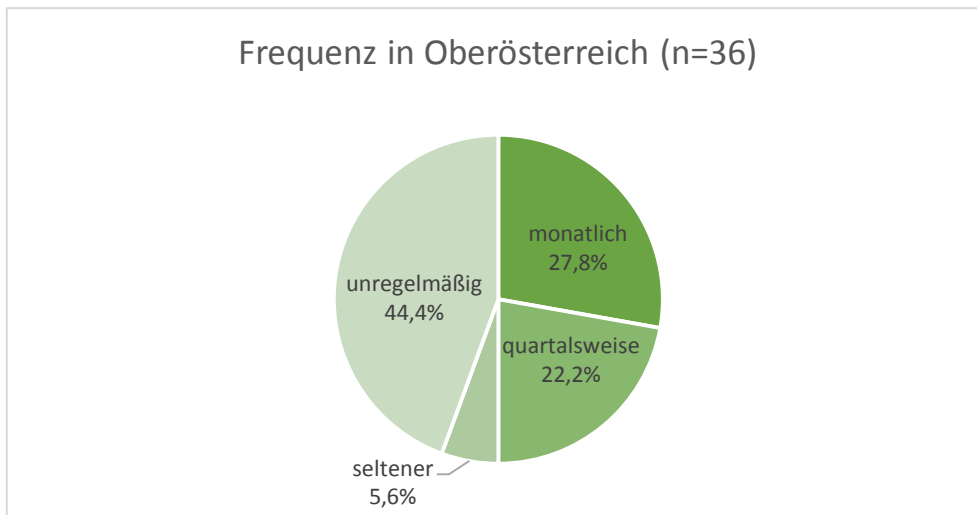


Abbildung 15 Frequenz der M&MK in Oberösterreich

4.7 Auswertung Tirol

Die Rücklaufquote in Tirol beträgt 30,97% (n=35).

71,4% der Tiroler Abteilungen veranstalten M&MK, welche von einem Drittel monatlich und einem Drittel quartalsweise abgehalten werden. Durchschnittlich nehmen 19 Personen teil (3-45), zu 72% ist die Konferenz für bestimmte Berufsgruppen Pflicht. Auffällig ist die seltene Anwendung von standardisierten Methoden. Leitfäden werden durch die Bank seltener benutzt als österreichweit und auch die Verfassung eines Protokolls findet seltener statt.

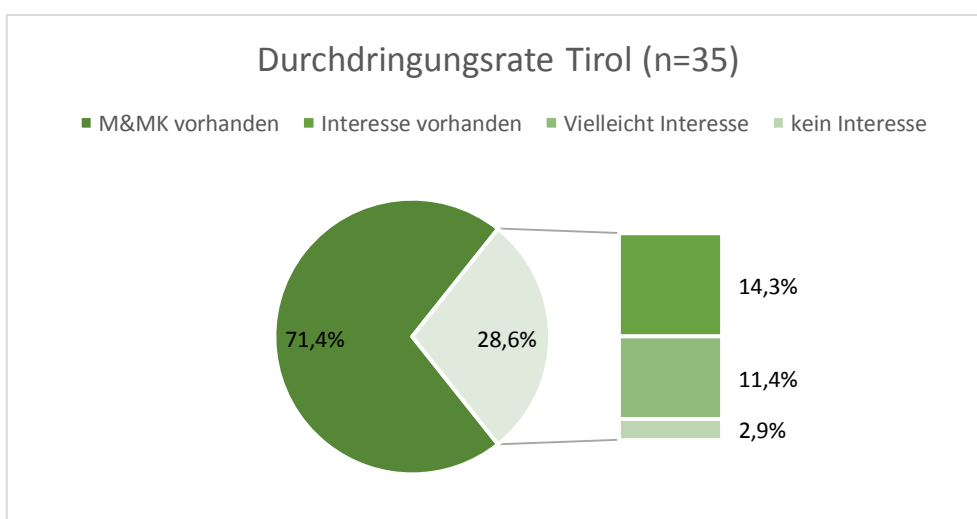


Abbildung 16 Durchdringungsrate Tirol

Der Zeitmangel wird in Tirol öfter als einschränkender Faktor genannt und rund ein Viertel wählt die nicht ausreichend belastbare Fehlerkultur. Eine Verbesserung der bestehenden M&MK wird von 72% der Primarii als notwendig erachtet. Dafür wird die Notwendigkeit von Leitfäden, Checklisten, strukturierte Kontrolle der Maßnahmen und die Standardisierung der Konferenzen mehrmals genannt.

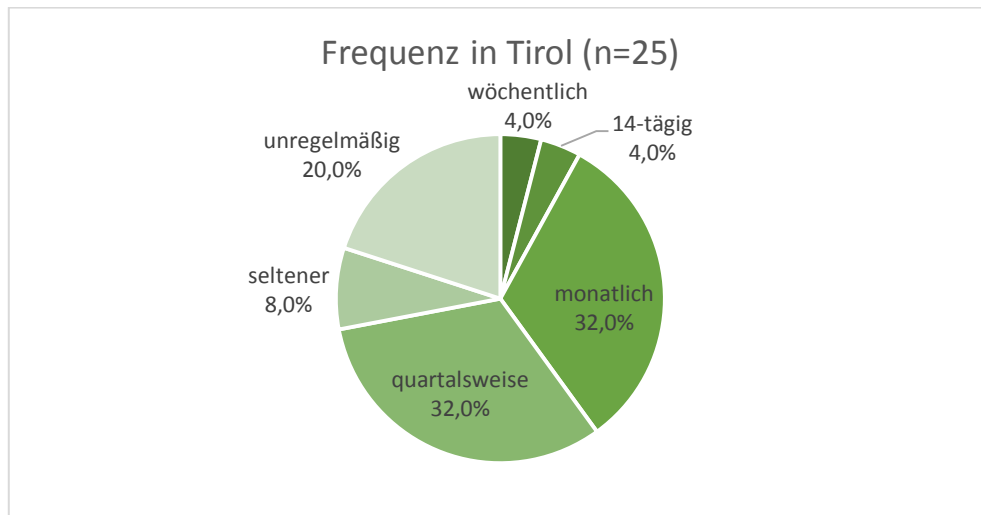


Abbildung 17 Frequenz der M&MK in Tirol

4.8 Auswertung Kärnten

Hier beträgt die Rücklaufquote 47,3% (n= 35).

80% der Kärntner Spitäler/Abteilungen hält M&MK ab. Trotz einer vergleichsweise niedrigen Verpflichtungsrate (44,4%; österreichweit: 57,4%) nehmen im Schnitt 15 Personen teil (5-25). Allerdings leisten in 30% der Fälle nur ein bis drei Anwesende einen aktiven Redebeitrag.

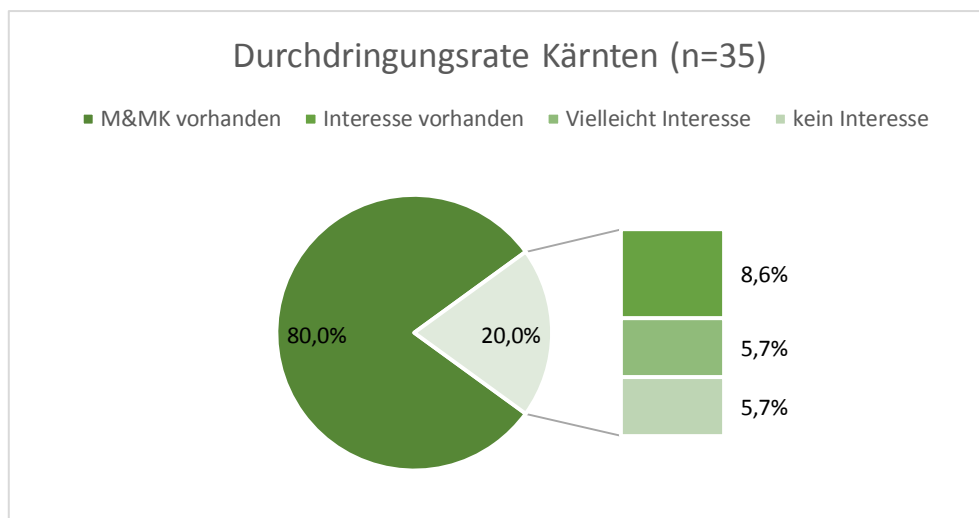


Abbildung 18 Durchdringungsrate Kärnten

Die im Durchschnitt 45 Minuten andauernden Sitzungen (15-90') finden in Kärnten besonders regelmäßig statt. Die Hälfte veranstalten sie quartalsweise und 16,7% trifft sich sogar wöchentlich zur Abhaltung der M&MK. Leitlinien und Checklisten sind tendenziell seltener etabliert. Zu den Maßnahmen zählen v.a. lokale Verbesserungen an Abteilungen. Ein Fünftel (21,4%) der Kärntner Primarii ist ‚sehr zufrieden‘ mit dem Zustand der Konferenzen, und ebenso viele (22,5%) geben an ‚(sehr) unzufrieden‘ zu sein. Die Wirksamkeit wird etwas schlechter eingeschätzt als österreichweit. Dem Zeitmangel wird allerdings nicht so viel Schuld zugeschrieben wie in anderen Bundesländern. Hingegen scheinen eher die mangelnde Motivation und eine nicht ausreichend belastbare Fehlerkultur von Bedeutung zu sein. Das Interesse an Leitfäden zur Durchführung ist bei 71.4% vorhanden (österreichweit: 52%)

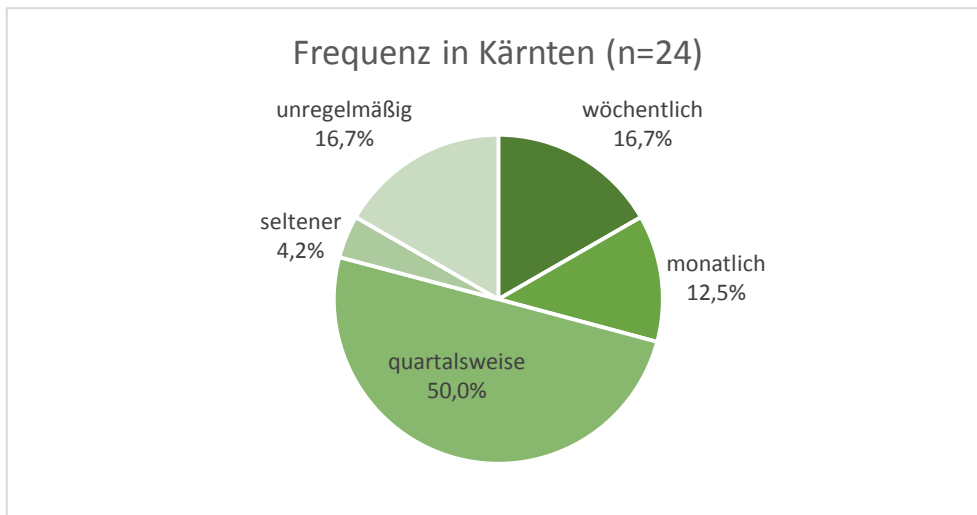


Abbildung 19 Frequenz der M&MK in Kärnten

4.9 Auswertung Salzburg

In Salzburg beträgt die Rücklaufquote 34,21% (n=25).

84% der Salzburger Abteilungen führen M&MK durch. Diese finden zu 81% regelmäßig statt, tendenziell monatlich, quartalsweise oder seltener. Trotz einer eher niedrigen Verpflichtungsrate von 47,6% nehmen im Durchschnitt 18 Personen teil (8-40).

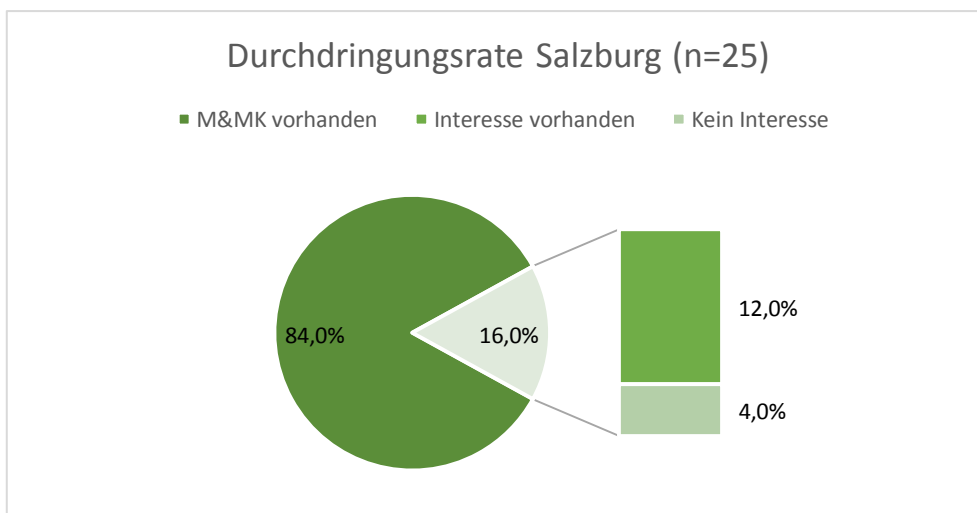


Abbildung 20 Durchdringungsrate Salzburg

Es werden in allen Bereichen häufiger standardisierte Vorlagen verwendet als im österreichischen Mittel. Zur überragenden Mehrheit sind dies hauseigene Unterlagen (86%). Die Wirksamkeit in Bezug auf die Patient*innensicherheit wird sehr gut

eingeschätzt, so sagen je die Hälfte, dass M&MK ‚sehr wirksam‘ oder ‚wirksam‘ seien. Hürden bezüglich der Effizienz stellen der Zeitmangel und die fehlende Bereitschaft zur Beteiligung dar.

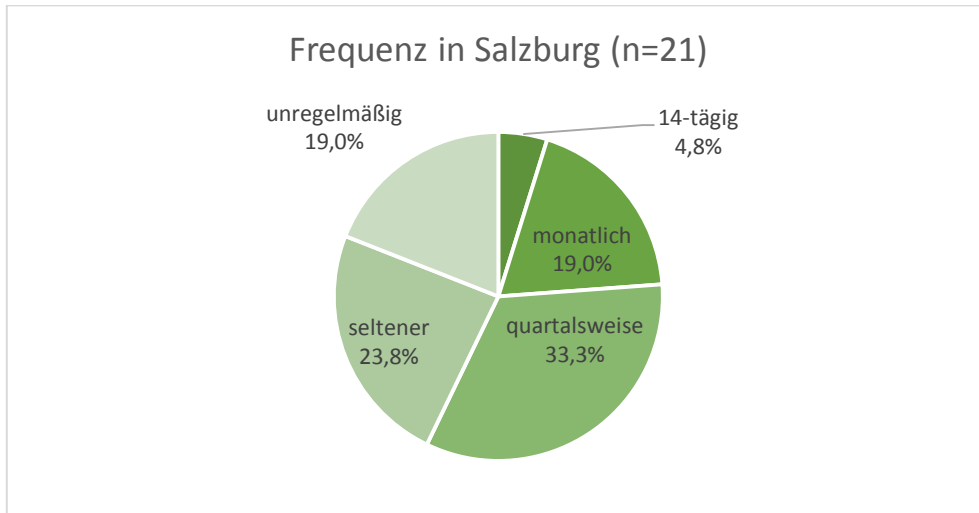


Abbildung 21 Frequenz der M&MK in Salzburg

4.10 Auswertung Vorarlberg

Die Rücklaufquote in Vorarlberg beträgt 23,53% (n=12).

Im kleinsten Bundesland veranstalten 58,3% eine M&MK. Sie verfolgen öfter das Ziel die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden zu verbessern und werden in eher kleinem Rahmen abgehalten. Im Schnitt nehmen zehn Personen teil (6-16), zu circa 30% wird Pflegepersonal zu den Sitzungen eingeladen, welche im Mittel 45 Minuten dauern.

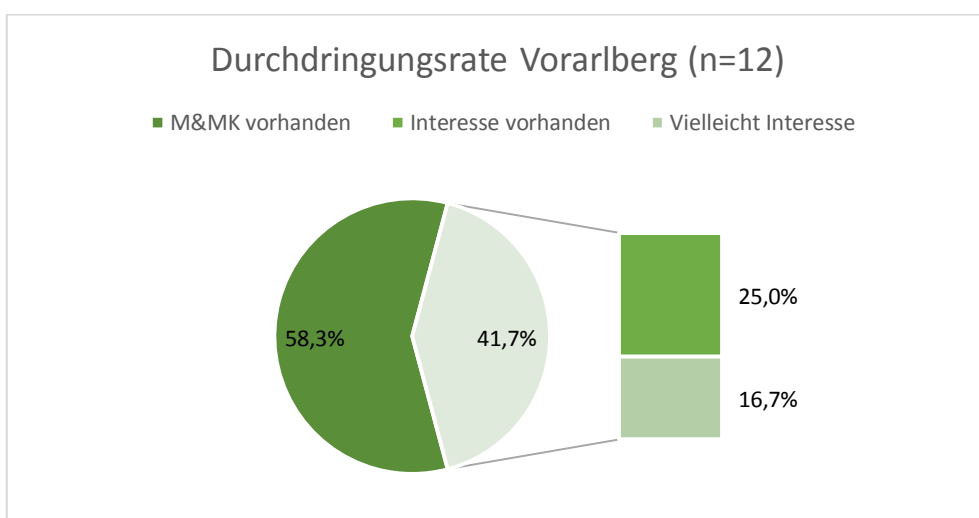


Abbildung 22 Durchdringungsrate Vorarlberg

Eine Verpflichtung zur Teilnahme haben 42,9%. Die Besprechungen finden vor allem monatlich oder unregelmäßig statt. Methoden zur Standardisierung werden seltener verwendet als landesweit üblich, zur Fallanalyse wird von keinem*r der Befragten ein Leitfaden unterstützend herangezogen. Eine Moderationsschulung findet nicht oder lediglich teilweise statt. Die angefertigten Protokolle werden seltener anonymisiert (33,3%; österreichweit 52,5%) und intern verbreitet, ein Feedback ob der Umsetzung der Maßnahmen erhält ein Drittel.

Die Zufriedenheit bezüglich der Konferenzen ist vergleichsweise sehr gering. 42,9% sind mit dem Ist-Zustand unzufrieden, dennoch wird die Wirksamkeit bestätigt. Alle Befragten wünschen sich eine Verbesserung der M&MK und fordern unter anderem Leitfäden um dies zu bewerkstelligen.

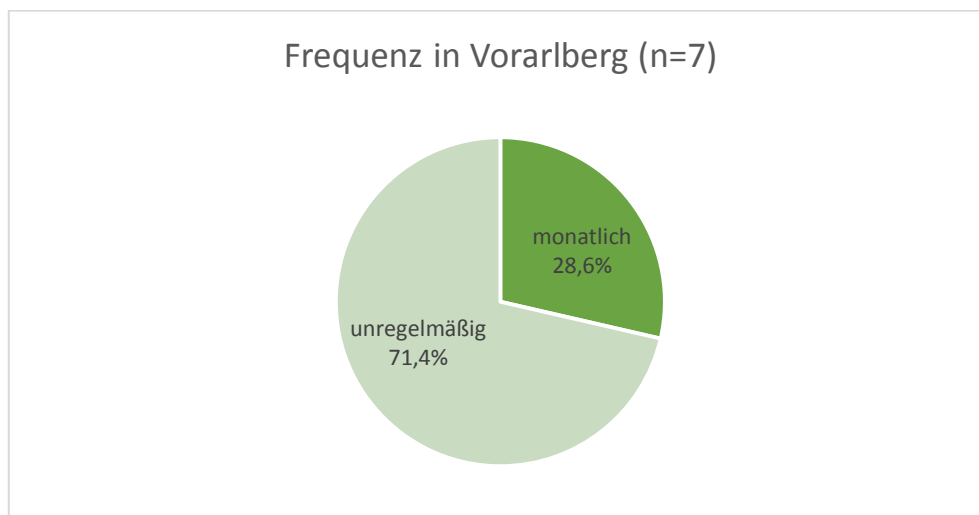


Abbildung 23 Frequenz der M&MK in Vorarlberg

4.11 Auswertung Burgenland

Die Rücklaufquote aus dem Burgenland liegt bei 35,29% (n=11).

81,8% der Abteilungen führen M&MK durch. 78% davon finden quartalsweise statt. Die Konferenzen dauern mit 75 Minuten (45-90') überdurchschnittlich lange, behandelt werden aber dennoch ein bis zwei Fälle.

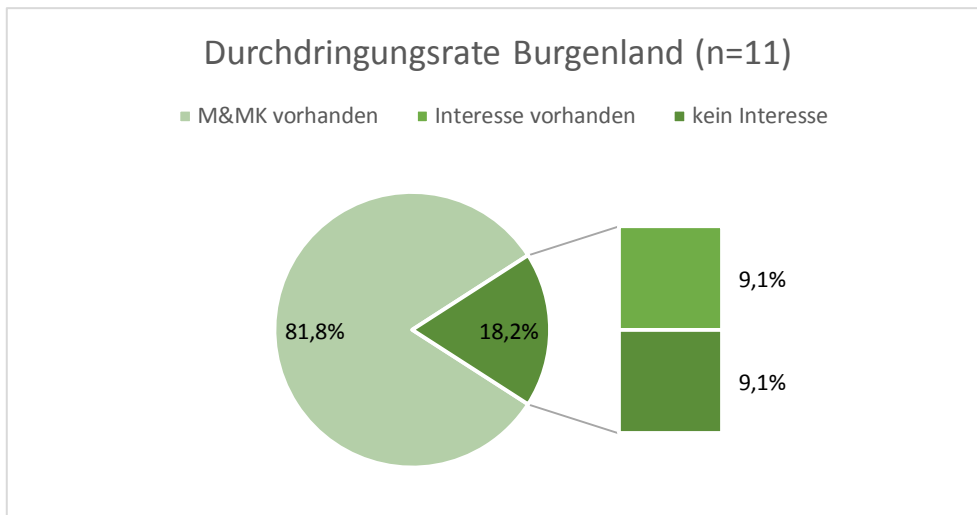


Abbildung 24 Durchdringungsrate Burgenland

Der Großteil (77,8%) verwendet genormte Kriterien zur Auswahl der Fälle. Auch zur Aufbereitung gibt es an den meisten Spitälern (77,8%) ein standardisiertes Vorgehen. Die Struktur der Sitzung wird einheitlich mit einer Moderierenden und einer Präsentierenden beschrieben. Die Diskussionsdauer beträgt immer über 15 Minuten. Das Protokoll wird laut allen Befragten intern weitergeleitet. Eine Einschränkung der Wirksamkeit wird nur von 44% dem Zeitmangel zugeschrieben, häufig genannte Hürden sind der Mangel eines konsequenten Follow-Ups sowie von Leitfäden und fehlende methodische Kompetenzen. Allerdings sehen lediglich 22,2% einen Verbesserungsbedarf für ihre M&MK.

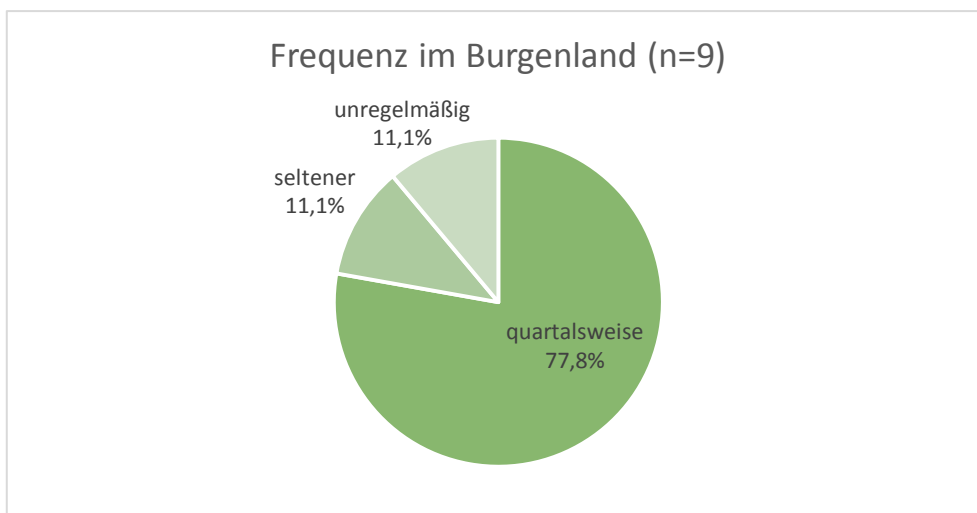


Abbildung 25 Frequenz der M&MK im Burgenland

4.12 Anregungen und Verbesserungswünsche

Neben den Fragen bezüglich der vorhandenen M&MK beinhaltet der Fragebogen auch Items, die sich auf die Verbesserung und Weiterentwicklung der Konferenzen beziehen. In Abbildung 26 sind die Wünsche der Primarii dargestellt. Diese Wünsche sollen dazu beitragen, dass die Vorbereitung auf die Konferenzen erleichtert, der Ablauf geregelt, die Maßnahmen effizient umgesetzt und alle Beteiligten in ihren Aufgaben unterstützt werden. Eine klare Struktur und eindeutige, transparente Zielsetzungen können helfen M&MK als kompetentes Tool in Spitälern zu etablieren.

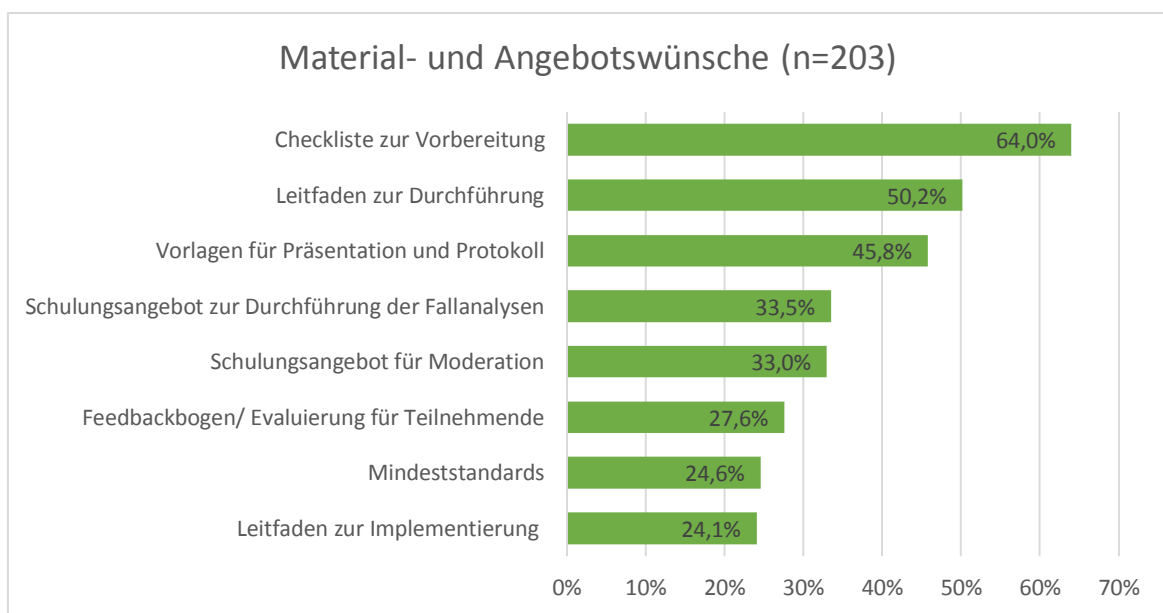


Abbildung 26 Material und Angebotswünsche

Die Hälfte aller Befragten (50,5%), sieht einen Verbesserungsbedarf für ihre M&MK. Dazu können die oben abgebildeten Hilfsmittel beitragen, doch es gehört noch mehr dazu. Um den maximalen Nutzen aus den Sitzungen zu schlagen gilt es, laut den Befragten, folgende Problemzonen zu bearbeiten:

1. Es muss eine gesunde Fehlerkultur etabliert werden. Dazu gehört das Bewusstsein, dass nicht nur die Anderen Fehler begehen. Die Angst vor Schuldzuweisungen darf das Personal nicht davon abhalten, Fehler zu melden, weil die Konsequenzen ein Ausarten in die „shame and blame“ Kultur hervorrufen könnte. Das Diskutieren auf Augenhöhe muss möglich sein, ohne dass hierarchische Ordnungen einem objektiven Miteinander im Wege stehen.

2. Das Personal muss über das Wesen der M&MK informiert werden. Mehrere Beiträge im Fragebogen handeln davon, dass der „Spirit“ der Mitarbeitenden fehle. Es ist essentiell die Regeln, Struktur und Rollen dieser komplexen Konferenz zu verstehen, denn nur dann kann sie funktionieren. Die Motivation des Personals, konzentriert und fokussiert bei der Sache zu sein, kann man erreichen, indem man sie über das vielversprechende Outcome der Konferenzen aufklärt.
3. Es soll mehr Zeit und Personal für die Konferenzen zur Verfügung stehen. Das ÄAZG von 2015 erschwert es den Organisator*innen einen Termin zu finden, der nicht in die Freizeit einiger Beteiligter fällt. Dabei wird der Wunsch nach Regelmäßigkeit und einer häufigeren Durchführung wiederholt ausgedrückt.

5 Diskussion

5.1 Interpretation der Daten

Das Interesse an M&MK in Österreich ist höher, als im Vorhinein erwartet wurde. Dies lässt sich einerseits daraus ableiten, dass die Rücklaufergebnisse höher sind, als in durchschnittlichen Umfragen (siehe Tabelle 1) und die Durchdringungsrate von M&MK bei 64,6% liegt, in manchen Bundesländern sogar über 80%. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse fällt allerdings auf, dass die Gestaltung der Konferenzen nur bedingt mit den Leitlinien zu M&MK übereinstimmen.

| | LKH | Stmk | W | NÖ | OÖ | Tirol | K | SB | VB | BL | Ö |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| n | 19 | 48 | 31 | 51 | 49 | 35 | 35 | 26 | 12 | 11 | 317 |
| % | 38,78 | 47,62 | 21,83 | 31,93 | 28,49 | 30,97 | 47,30 | 34,21 | 23,53 | 35,29 | 32,79 |

Stmk= Steiermark; W= Wien; NÖ= Niederösterreich; OÖ= Oberösterreich; K= Kärnten; SB= Salzburg; VB= Vorarlberg; BL= Burgenland; Ö= Österreich

Tabelle 1 Rücklaufquoten

Zur Beurteilung der Daten werden vergleichend die Leitfäden zu M&MK der Deutschen Bundesärztekammer (5) (siehe 2.2.1) und der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (9) (siehe 2.2.2) herangezogen.

Als ersten Schritt der M&MK Implementierung, sollen die Rollen der aktiv Beteiligten vereinbart werden. Das österreichweit mit Abstand beliebteste Modell (66,5%), beinhaltet eine Person, welche die Konferenz leitet und moderiert und eine zweite, welche die Präsentation hält. Bei der am zweithäufigsten (14,5%) gewählten Variante ist eine Person für alle drei dieser Aufgaben zuständig (siehe Tabelle 2). Beide dieser Organisationsmethoden sind laut Leitlinien unzureichend. Die Bundesärztekammer empfiehlt jeweils eine Person für die folgenden Rollen: Koordination, Leitung, Moderation und Präsentation. In österreichischen Häusern wird die Aufgabenverteilung (exklusive Koordinator*in) von 10,5% der Befragten auf diese Art und Weise gehandhabt. In der deutschen Leitlinie wird sogar explizit darauf hingewiesen, dass Leitung und Moderation nicht von der selben Person übernommen werden sollen. Die Bedeutsamkeit verschiedene Funktionen voneinander abzugrenzen ist durchaus nachvollziehbar: Die Moderation soll eine neutrale Person sein und die sich darum bemüht, dass die Werte der M&MK (keine Schuldzuweisungen, offene Atmosphäre etc.) eingehalten werden. Bei der*dem Leitenden der Sitzung handelt es sich um eine stationsinterne Person, wenn

möglich in einer leitenden Position und mitverantwortlich für den besprochenen Fall. In dieser Funktion trotzdem neutral zu bleiben kann nicht verlangt werden. Daher kann die Trennung dieser Aufgaben zu einer Steigerung des Potenzials der Konferenz führen. In der Schweizer Leitlinie gibt es noch zwei zusätzlich genannte Funktionen, nämlich Mentoring und eine*n Fallauswahlbeauftragte*n. Der enorme Umfang von verantwortlichem Personal, so wie es in dem Schweizer Leitfaden empfohlen wird, kann jedoch vermutlich von den meisten Abteilungen nicht gestemmt werden, vor allem in der Anfangsphase der M&MK, weshalb es legitim ist, die Konferenzen mit weniger Personal durchzuführen.

| | LKH | Stmk. | W | NÖ | OÖ | T | Ktn. | Sbg. | Vbg. | Bgld. | Ö |
|--|-------|-------|------|------|------|-------|------|------|-------|-------|-------------|
| n | 19 | 47 | 30 | 51 | 49 | 35 | 35 | 25 | 12 | 11 | 314 |
| Durchdringungsrate (%) | 42,1 | 38,3 | 80,0 | 51,0 | 75,5 | 71,4 | 80,0 | 84,0 | 58,3 | 81,8 | 64,6 |
| Ø Dauer (Minuten) | 47 | 50 | 59 | 67 | 57 | 52 | 47 | 64 | 47 | 75 | 56 |
| Regelmäßigkeit* (%) | 100,0 | 38,9 | 70,8 | 44,0 | 50,0 | 72,0 | 79,1 | 57,2 | 28,6 | 77,8 | 60,4 |
| Aufgabenverteilung* (%) | | | | | | | | | | | |
| M/L/P | 0,0 | 33,3 | 13,0 | 24,0 | 21,6 | 4,0 | 11,1 | 4,8 | 14,3 | 0,0 | 14,5 |
| M/L + P | 75,0 | 61,1 | 60,9 | 56,0 | 67,6 | 80,0 | 63,0 | 57,1 | 71,4 | 100,0 | 66,5 |
| M+L+P | 12,5 | 5,6 | 17,4 | 16,0 | 5,4 | 0,0 | 11,1 | 23,8 | 14,3 | 0,0 | 10,5 |
| L+P (ohne M) | 15,5 | 0,0 | 8,7 | 4,0 | 5,4 | 16,0 | 11,1 | 14,3 | 0,0 | 0,0 | 8,0 |
| Moderationsschulung (%) | 37,5 | 27,8 | 22,7 | 52,0 | 21,6 | 21,7 | 32,1 | 28,6 | 0,0 | 33,3 | 28,8 |
| LF Auswahl (%) | 37,5 | 61,1 | 54,2 | 60,0 | 62,2 | 48,0 | 48,1 | 61,9 | 57,1 | 77,8 | 56,2 |
| LF Aufbereitung (%) | 62,5 | 50,0 | 60,9 | 69,6 | 67,6 | 56,0 | 55,6 | 57,1 | 42,9 | 77,8 | 60,6 |
| LF Analyse und Präsentation (%) | 0,0 | 27,8 | 25,0 | 36,0 | 29,7 | 21,7 | 14,8 | 33,3 | 0,0 | 33,3 | 25,1 |
| LF Diskussion (%) | 50,0 | 27,8 | 41,7 | 44,0 | 37,8 | 29,2 | 21,4 | 42,9 | 28,6 | 33,3 | 35,1 |
| Maßnahmen erarbeiten (%) | 87,5 | 83,3 | 95,8 | 79,2 | 94,6 | 100,0 | 96,4 | 95,2 | 100,0 | 88,9 | 92,5 |
| Feedback | 50,0 | 41,2 | 47,8 | 47,8 | 72,2 | 52,0 | 55,6 | 65,0 | 33,3 | 33,3 | 54,1 |
| Protokoll (%) | 75,0 | 55,6 | 58,3 | 76,0 | 82,9 | 60,0 | 77,8 | 81,0 | 71,4 | 88,9 | 72,4 |
| anonymisiert | 50,0 | 53,3 | 50,0 | 47,8 | 47,2 | 35,0 | 68,0 | 73,7 | 33,3 | 55,6 | 52,5 |
| Verbesserung erwünscht (%) | 37,5 | 41,2 | 47,8 | 41,7 | 40,5 | 72,0 | 57,1 | 55,0 | 100,0 | 22,2 | 50,5 |

Stmk= Steiermark; W= Wien; NÖ= Niederösterreich; OÖ= Oberösterreich; T=Tirol; Ktn= Kärnten; Sbg= Salzburg; Vbg= Vorarlberg; Bgld= Burgenland; Ö= Österreich; LF= Leitfaden; *M=Moderation, L=Leitung, P= Präsentation, **Als regelmäßig werden alle M&MK gewertet, die nicht unregelmäßig sind und mindestens quartalsweise stattfinden.

Tabelle 2 Organisationelle Daten der M&MK

Als besonders wichtig wird ein*e neutrale*r Moderator*in erachtet, welche*r eine Schulung in diesem Bereich erhalten soll. In Österreich findet dies zu 28,8% statt, wobei Niederösterreich das einzige Bundesland ist, welches für über 50% der Moderator*innen eine Schulung veranlasst hat. In beiden Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass ausgebildete Moderator*innen der Goldstandard für M&MK sind und einen wichtigen Beitrag zur offenen Atmosphäre leisten.

Definitiven Handlungsbedarf gibt es bezüglich der Regelmäßigkeit der M&MK. Während die Bundesärztekammer mindestens einen Termin im Quartal empfiehlt, meint die Stiftung Patientensicherheit Schweiz, dass monatliche Konferenzen das Mindestmaß sein sollen. Lediglich 60,4% der Konferenzen werden in Österreich zumindest quartalsweise abgehalten. 9,1% der Konferenzen finden regelmäßig statt, jedoch seltener als einmal pro Quartal (siehe Tabelle 2 und Abbildung 4, S.25). Monatliche oder häufigere Konferenzen gibt es zu 24,3%. Die Dauer dieser Konferenzen beträgt im Durchschnitt 56 Minuten. Dieses Ergebnis liegt im unteren Bereich der Empfehlungen, welche von 45 Minuten bis zu maximal zwei Stunden sprechen.

| | LKH | Stmk. | W | NÖ | OÖ | T | Ktn. | Sbg. | Vbg. | Bgld. | Ö |
|---|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| Ø Teilnehmende | 25 | 15 | 19 | 13 | 8 | 19 | 15 | 18 | 10 | 16 | 15 |
| Verpflichtung (%) | 75,0 | 70,6 | 62,5 | 34,8 | 66,7 | 72,0 | 44,4 | 47,6 | 42,9 | 55,6 | 57,4 |
| Wer nimmt teil? (%) | | | | | | | | | | | |
| Chefärzt*innen | 100,0 | 94,4 | 95,8 | 88,5 | 100,0 | 84,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 95,6 |
| OÄ | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 96,2 | 97,3 | 92,0 | 96,4 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 97,5 |
| ÄÄ | 87,5 | 100,0 | 95,8 | 92,3 | 89,2 | 96,0 | 92,9 | 95,2 | 100,0 | 100,0 | 94,1 |
| Pflegekräfte | 50,0 | 50,0 | 62,5 | 61,5 | 43,2 | 44,0 | 50,0 | 38,1 | 28,6 | 33,3 | 48,1 |
| Hebammen | 12,5 | 11,1 | 12,5 | 26,9 | 16,2 | 12,0 | 3,6 | 0,0 | 14,3 | 0,0 | 11,8 |
| Geschäftsführung | 0,0 | 11,1 | 8,3 | 11,5 | 5,4 | 0,0 | 17,6 | 0,0 | 0,0 | 11,1 | 6,8 |
| Fachpersonen anderer Abteilungen | 50,0 | 50,0 | 54,2 | 50,0 | 54,1 | 52,0 | 58,8 | 52,4 | 42,9 | 66,7 | 53,1 |
| Management (zB. QM) | 25,0 | 38,9 | 29,2 | 50,0 | 24,3 | 16,0 | 23,5 | 28,6 | 0,0 | 66,7 | 30,2 |
| Studierende | 75,0 | 55,6 | 41,7 | 46,2 | 48,6 | 56,0 | 52,9 | 38,1 | 14,3 | 66,7 | 49,0 |

Stmk= Steiermark; W= Wien; NÖ= Niederösterreich; OÖ= Oberösterreich; T=Tirol; Ktn= Kärnten; Sbg= Salzburg; Vbg= Vorarlberg; Bgld= Burgenland; Ö= Österreich; OÄ=Oberärzt*innen, ÄÄ=Assistenzärzt*innen, QM=Qualitätsmanagement

Tabelle 3 Daten zu Teilnehmenden der M&MK

Ein Kernelement der M&MK ist ihre Interdisziplinarität. Neben den Ärzt*innen sollen auch andere Gesundheitsberufe teilnehmen, die in den Fall involviert waren oder auf den

jeweiligen Abteilungen tätig sind, denn nur dann kann ein vollständiger Gesamteindruck der betrachteten Fälle gewährleistet werden. In Österreich ist das Pflegepersonal an unter 50% der Konferenzen beteiligt (siehe Tabelle 3). Die Inklusion der Mitarbeiter*innen des Risiko- und Qualitätsmanagements (RM/QM) wird in den Leitlinien als bedeutsam angesehen, da diese oft den Überblick über das System haben und daher Problemmuster besser erkennen können. Zu 30,2% sind Mitarbeitende aus dem RM/QM österreichweit anwesend. Noch seltener wird die Geschäftsführung miteinbezogen (6,8%). Belegärzt*innen und krankenhausexterne Fachpersonen werden von weniger als 3% der Befragten zu den Konferenzen eingeladen. Eine Verpflichtung der Mitarbeitenden, an den Konferenzen teilzunehmen, sowie die endgültige Anzahl der Teilnehmenden ist laut Leitlinien abteilungsintern zu entscheiden und den Verantwortlichen frei überlassen.

Ein wichtiger Aspekt der M&MK ist Standardisierung des Ablaufs. Im Rahmen der Befragung wurde die Anwendung von Leitlinien in vier Bereichen abgedeckt. Während sich bei der Fallauswahl und der Aufbereitung noch 56,2% bzw. 60,6% Leitlinien bedienen, greifen bei der Analyse und Präsentation bzw. der Diskussion nur mehr 25,1% bzw. 35,1% zu Hilfsmitteln. Aufgrund der Vielzahl an Beteiligten einer M&MK sind gerade Leitlinien ein essentielles Tool um Transparenz, Verständnis und maximale Leistung zu erzielen. Außerdem spart es Zeit sich anhand einer vorgefertigten Anleitung auf die Konferenz vorzubereiten und sorgt für klare Verhältnisse während der Sitzung. Da es bisher keinen offiziellen österreichischen Leitfaden für M&MK gibt, werden diverse andere Modelle angewandt, wie auch in Kapitel 2.3 beschrieben. 52% der Befragten haben sich, zumindest für die Fallanalyse und –präsentation, auch schon hausinterne Unterlagen zusammengestellt.

Im Rahmen der Diskussion sollen Lehren aus dem präsentierten Fall gezogen werden. Dabei kann es sich um Lernbotschaften handeln und, im besten Fall, um Maßnahmen, welche den fehlerhaften Ablauf in Zukunft verhindern sollen. Maßnahmen werden zu 92,5% (Tabelle 2) in den Konferenzen erarbeitet. An dieser Stelle soll abermals auf die unterschiedlichen Stärken von erarbeiteten Maßnahmen hingewiesen werden (Kapitel 2.3.1). Zu 7,1% betreffen die Maßnahmen einzelne Mitarbeitende, und werden somit als schwache Maßnahmen gewertet. 44% geben an, dass Verbesserungen eine lokale Auswirkung haben, aber Prozessoptimierungen betreffen. Weitere 41,8% erarbeiten

Maßnahmen, welche systemische Prozesse der ganzen Klinik verbessern sollen und somit als besonders effizient eingestuft werden. Ein Feedback bezüglich der Umsetzungen dieser Maßnahmen erhalten jedoch lediglich 54,1% der Mitarbeitenden. Ein regelmäßiges Follow-up im Rahmen einer späteren M&MK wird in den Leitlinien als motivationssteigernd beschrieben und ist daher anzustreben.

Als nächsten Punkt drängt sich die Frage nach den Zielen der Konferenz auf. Laut Leitlinien geht es sowohl darum, das individuelle Wissen zu erweitern, als auch das Systemdenken zu fördern und letztlich darum, die Patient*innensicherheit zu steigern. Alle in Tabelle 4 gezeigten Ziele können dazu beitragen, wobei das Vermeiden von Fehlern im besten Fall auch aus den anderen Zielen resultiert.

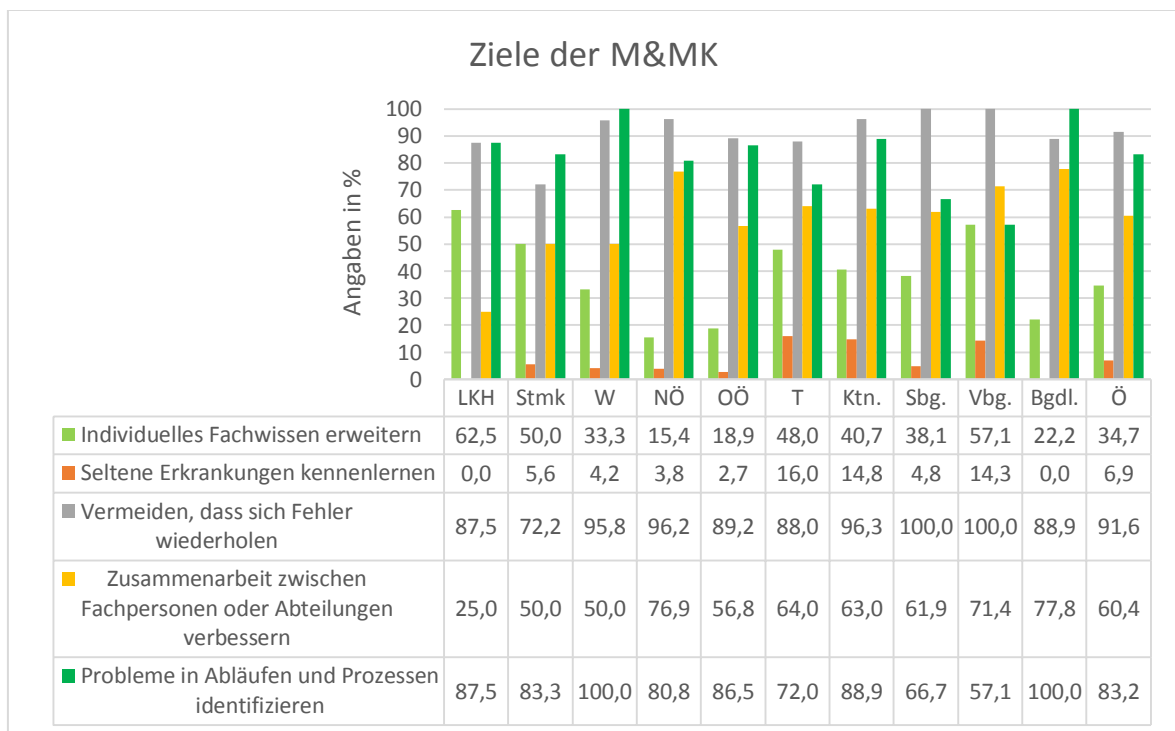


Tabelle 4 Ziele der M&MK

Die Leitlinien empfehlen die Sitzung in einem knappen und anonymen Protokoll festzuhalten. Dieses soll dazu dienen, dass Abwesende sich im Nachhinein informieren können, und als Resultat an das RM/QM weitergeleitet wird. 72,4% verfassen ein Protokoll, jedoch sind nur 52,5% der Protokolle anonymisiert. Die Anonymisierung gilt grundsätzlich sowohl für Patient*innendaten im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht, als auch für die Angestellten, als Schutz vor Schuldzuweisungen und einer öffentlichen Zurschaustellung ihrer Fehler. Eine Veröffentlichung der Namen kann eine Barriere für

zukünftige Fälle darstellen und die Compliance, sowie das Vertrauen der Mitarbeitenden in Bezug auf M&MK senken.

Ein interessanter Aspekt der Umfrage zeigt sich beim Vergleich des Verbesserungswunsches. Österreicher:innen meinen 50,5%, dass ein Verbesserungsbedarf besteht. Wenn man die Daten der einzelnen Bundesländer, bezüglich der in Tabelle 2 abgebildeten Zahlen, vergleicht, so erkennt man, dass die Steiermark zumeist unterdurchschnittlich, und im Gegensatz dazu, Niederösterreich überdurchschnittlich abschneiden. Trotzdem geben in beiden Bundesländern 41,2% (Stmk.) bzw. 41,7% (NÖ) an, ihre Konferenzen seien verbesserungswürdig. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Einschätzungen kann eine Kampagne der Landesklinik Holding Niederösterreich sein. An den Kliniken gibt es zum Teil bereits seit sechs Jahren M&MK und bis Ende 2019 sollen sie an allen Kliniken etabliert werden (26). Die niederösterreichischen Spitäler scheinen nicht nur qualitativ hochwertigere M&MK etabliert zu haben, sondern können auch besser einschätzen, wie viel Potenzial noch in den Konferenzen steckt.

Ein für diese Arbeit nebensächliches, aber ein dennoch beachtliches Ergebnis, liefert die Auswertung der Geschlechterverteilung der Primarii. Unter den Befragten befanden sich österreichweit lediglich 11,6% Frauen. Hier lässt sich auch ein Stadt- Land Gefälle erkennen. Während in Wien und am LKH Graz der Frauenanteil bei über 20% liegt, haben die meisten Bundesländer (mit Ausnahme des Burgenlandes) einen Anteil um die 10% (siehe Tabelle 5).

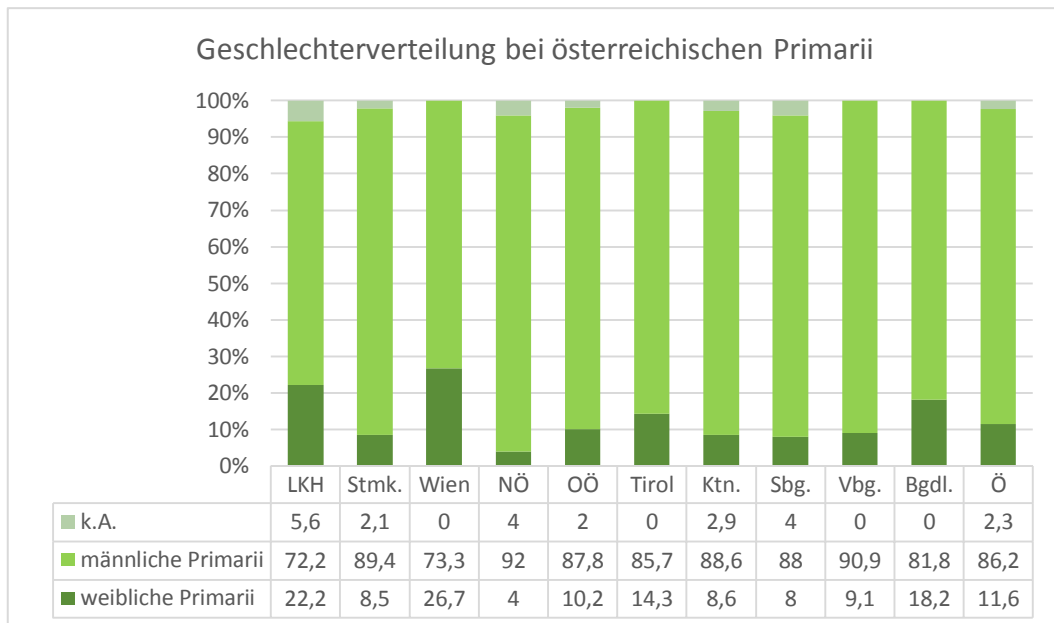


Tabelle 5 Geschlechterverteilung der Primarii

5.2 Eckpunkte der M&MK

Nachfolgend und zusammenfassend sollen die wichtigsten Eckpunkte einer M&MK dargestellt werden:

Wozu dient eine M&MK?

Das Instrument „M&MK“ ist ein bekanntes Instrument, um aus möglichen Zwischenfällen und Fehlern zu lernen. M&MK werden in vielen Ländern bereits routinemäßig angewendet.(27)

Welcher Nutzen kann aus einer M&MK gezogen werden? (9)(27)

- Wiederholung von unerwünschten Behandlungsverläufen vermeiden
- (Selbst-)Reflexion
- Verbesserung von Fachwissen, Fertigkeiten und Handlungskompetenzen – was lernen wir daraus?
- Transparenz für Fehler und Komplikationen schaffen
- Förderung einer offenen, internen und vertrauensvollen Besprechung
- Förderung der Sicherheitskultur

Was soll allgemein beachtet werden?

Die Leitung einer Einrichtung muss die Durchführung einer M&MK befürworten, das bedeutet es braucht:

- Vermittlung von Werten der Leitung (9)
- Verantwortung – Bereitschaft dazu (28)
- Ressourcen – Bereitstellung der dazu notwendigen Ressourcen (Zeit, Raum, Regelmäßigkeit)
- Standardisierung – Nutzen einer Präsentationsvorlage
- Diskussionskultur – Ermutigen aller zu einer offenen Diskussion mithilfe eines Moderators/einer Moderatorin (27) und Sachlichkeit sowie Respekt (28)
- Feedbackkultur – TeilnehmerInnen beurteilen die M&MK
- Vertraulichkeit – alles bleibt intern (5)
- Teamwork (28)

Welche Probleme können auftreten?

Eine erfolgreiche und sinnstiftende M&MK kann an mehreren Umfeldfaktoren scheitern. Diese gilt es bei der Einführung des Instrumentes, d. h. im Vorfeld, wie auch nach Durchführung von einigen M&MK zu beurteilen. (9)(28)

Im Vorfeld sind folgende Punkte abzuwägen:

- Mangelnde Ressourcen
- Bekannt schlechte Kommunikationskultur
- Schuldzuweisungen bei anderen internen Themen
- Geringe Kritikfähigkeit
- Starre Hierarchien

Während des Tuns sollte es keinesfalls zu folgenden Ereignissen kommen:

- Schuldzuweisungen, Rechtfertigungen und individuelle Fehler

- Blame Culture: Ziel ist erreicht, wenn Betroffene seine/ihre Schuld zugibt
- M&M-Konferenz als Sanktionsinstrument
- Klima der Angst - Vorlesungscharakter – es entsteht kein Raum für Diskussionen
- Inkonsequenz bei vorher identifizierten und abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen aus M&MK

Welchen Fall sollen gewählt werden?

Generell werden konkrete Fälle gewählt.(27)

- a) max. 1 bis 3 Fälle pro M&MK (29)
- b) Fälle, wo man ein „schlechtes Bauchgefühl“ hat
 - I. Komplikationen
 - II. Schwerwiegende Beinahefälle
 - III. Vermeidbare Planungs- und Ausführungsfehler
- c) Es kann auch ein Thema anhand konkreter Fälle besprochen werden, die häufig auftreten (können sich z.B. auch aus Registerdaten, A-IQI, CIRS etc. ergeben).
- d) Es können auch Todesfälle herangezogen werden (Review aller Todesfälle seit letzter M&MK alle Fälle mit schwerer Morbidität, ähnliche Fälle).(30)
- e) Es dürfen keine Fälle vorgestellt werden, in die Assistenzärzt*innen involviert waren.(5)
- f) Fallauswahl soll standardisiert und transparent sein (Vorlage nutzen).

Wie soll der Fall aufbereitet werden?(5)(15)

- a) Gründliche Vorbereitung inkl. aller relevanten Bilder, Filme oder Befunde
- b) Bilder, Filme oder Befunde vorab mit einem/r Fachexperten/in besprechen
- c) Das SBARR-Tool kann bei der Vorbereitung hilfreich sein
 - I. Situation: Beschreibung des Problems (Geschlecht, Alter, Aufnahme und Behandlungsdiagnose, Beschreibung der unerwünschten Ereignisse)

- II. Background: Darstellung relevanter Ereignisse (PatientInnengeschichte, Indikation, Laborwerte, Bildgebung, Behandlungsverlauf, Erkennen der Komplikationen, Management der Komplikationen)
 - III. Assessment & Analysis: angemessene Analyse der Behandlung
 - IV. Review of Literature: Darstellung des Literaturhintergrunds
 - V. Recommendations: abgeleitete Empfehlungen/Maßnahmen
- d) Ein/e im Behandlungsverlauf involvierte*r Arzt/Ärztin stellt den Fall vor
- I. Alternativ: mehrere Ärzt*innen stellen vor.
 - II. Aber ein Arzt/eine Ärztin ist für die Vorbereitung des Falles zuständig

Was ist bei der Abhaltung einer M&MK zu beachten? (5)(23)

- Stringente M&MK (45 Minuten) Zeitvorgaben einhalten
- Ein- und Ausleitung der M&MK durch die Abteilungsleitung (3 Minuten)
- Moderation durch eine geschulte Person
- Fallpräsentation (10 Minuten) und Zusammenfassung (2 Minuten)
- Diskussion (15 Minuten)
- Ableitung von Verbesserungspotentialen (10 Minuten)
- Follow-up der vorherigen M&MK (4 Minuten)
- Feedback zur M&MK (1 Minute)

Nach der M&MK wird von einer/einem Protokollverantwortlichen eine Zusammenfassung mit den Maßnahmen erstellt und an die Teilnehmer*innen verteilt. Es empfiehlt sich eine Datenbank zu etablieren, in der zu jeder M&MK ein Protokoll der offenen und der umgesetzten Maßnahmen abgelegt wird.

5.3 Limitationen

Ein Verzerrung der Daten lässt sich dadurch vermuten, dass jene Primarii, die mit dem Begriff M&MK nichts anfangen können, tendenziell seltener an der Umfrage teilgenommen haben. Daher ist der reale Wert der Durchdringungsrate niedriger einzuschätzen als in den Ergebnissen der Umfrage dargestellt.

Einzelne Konferenzen können nicht beurteilt werden, nur die Summe der Daten wird gewertet. Daher kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob einzelne M&MK in allen Punkten leitliniengetreu ablaufen und andere keinem Kriterium einer M&MK entsprechen oder ob durchwegs Mischvarianten der Standard sind.

5.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Es scheint eine gewisse Unklarheit darüber zu herrschen, welche Kriterien eine M&MK ausmachen. Obwohl ein relativ hoher Anteil angibt, Konferenzen durchzuführen, so zeigt sich ein recht heterogenes Bild in der Umsetzung. Die Kernelemente Interdisziplinarität, Anonymität, geschulte Moderator*innen, Standardisierung und leitfadenorientiertes Arbeiten haben bei einem Großteil der Abteilungen noch keinen Einzug gefunden, doch der Wunsch nach Checklisten und Leitlinien, welche eine M&MK optimieren können, besteht. Diese Hilfsmittel werden auch dem Hauptproblem, Zeitmangel, entgegenwirken. Darüber hinaus besteht der Wunsch an der Fehlerkultur in den Krankenhäusern etwas zu verbessern. Aus Fehlern zu lernen könne dann gelingen, wenn auf Augenhöhe über Fehler diskutiert wird, Schuldzuweisungen minimiert und persönliche Eitelkeiten hinten angestellt werden. Obwohl die Daten zeigen, dass an Österreichischen M&MK noch viel Verbesserungsbedarf herrscht, kann man erkennen, dass der Wille vorhanden ist, diese Optimierungen anzugehen bzw. M&MK aufzubauen. Ein wichtiger Anteil dieses Prozesses ist, sich im Klaren darüber zu sein, dass Resultate und Erfolge nicht in kurzer Zeit sichtbar werden, sondern Durchhaltevermögen erfordern. Fakt ist, dass ein Fünftel der Primarii zwar noch keine M&MK an ihren Abteilungen haben, aber Interesse hegen. Informationsaktionen, in denen die Relevanz und das Potenzial der Konferenzen erläutert werden, könnten sowohl helfen das Interesse in Taten umzusetzen, als auch weitere Ärzt*innen für das Thema zu begeistern und langfristig die Patient*innensicherheit zu stärken.

6 Literaturverzeichnis

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [cited 2019 Oct 8]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
2. Calder LA, Kwok ESH, Adam Cwinn A, Worthington J, Yelle JD, Waggott M, et al. Enhancing the quality of morbidity and mortality rounds: The Ottawa M&M model. *Acad Emerg Med.* 2014;21(3).
3. Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* [Internet]. 1984 Jan 12 [cited 2019 Nov 6];310(2):118–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6690918>
4. Konsens-Dokument E, Spitäler H. Wenn etwas schief geht Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall [Internet]. Wien; 2009 [cited 2019 Nov 6]. Available from: www.furian.at
5. Boy O, Chop I. Methodischer Leitfaden Morbiditäts-und Mortalitätskonferenzen [Internet]. Berlin; 2016 [cited 2018 May 3]. Available from: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf
6. Codman EA. The classic: the registry of bone sarcomas as an example of the end-result idea in hospital organization. 1924. *Clin Orthop Relat Res* [Internet]. 2009 Nov [cited 2018 May 18];467(11):2766–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19690928>
7. Common Program Requirements [Internet]. 2017 [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_2017-07-01.pdf
8. Lecoanet A, Vidal-Trecan G, Prate F, Quaranta J-F, 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* [Internet]. 2016 Dec 11 [cited 2018 May 3];16(1):176. Available from:

- <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1431-5>
9. Häslér L, Schwappach DPD. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Leitfaden. 2019 [cited 2019 Oct 15]; Available from: <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/05/Leitfaden-Morbiditäts-und-Mortalitätskonferenzen.pdf>
 10. Perrow C. Normal Accidents. Basic Books; 1984.
 11. Sendlhofer G, Schweppe P, Sprincnik U, Gombotz V, Leitgeb K, Tiefenbacher P, et al. Deployment of Critical Incident Reporting System (CIRS) in public Styrian hospitals: a five year perspective. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 Jun 24 [cited 2019 Oct 15];19(1):412. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4265-0>
 12. Taylor-Adams S, Vincent C. Systemanalyse klinischer Zwischenfälle- Das London Protokoll [Internet]. London; 2007 [cited 2019 Oct 15]. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/3_Bildung/ERA/London_Protocol_dt__070330.pdf
 13. Lisa C, Kwok ESH. Ottawa OM3 [Internet]. Ottawa; 2016 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://emottawablog.com/wp-content/uploads/2018/03/OM3-Guide_Dec2016.pdf
 14. 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 [Internet]. 2007 Jul 30 [cited 2018 May 3];22(4):232–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860607303292>
 15. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. Acad Med [Internet]. 2002 Oct [cited 2018 May 3];77(10):1001–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377674>
 16. Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? BMJ Qual Saf [Internet].



- 2012 Jul [cited 2018 May 3];21(7):576–85. Available from:
<http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2011-000603>
17. Bechtold ML, Scott S, Dellsperger KC, Hall LW, Nelson K, Cox KR. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. *Postgrad Med J* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2018 May 3];84(990):211–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424579>
 18. Gewertz B, Farin A, Rodrigo A. Residency Program Handbook [Internet]. Los Angeles; 2018 [cited 2018 May 26]. Available from: <https://www.cedars-sinai.edu/Patients/Programs-and-Services/Surgery/Surgical-Educational-Programs/General-Surgery-Residency/AY1718-Residency-Program-Handbook.pdf>
 19. 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 Lead*. 2018 Jan;leader-2017-000052.
 20. 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 Heal Care* [Internet]. 2018 Jan 16 [cited 2018 Apr 27]; Available from: <http://academic.oup.com/intqhc/advance-article/doi/10.1093/intqhc/mzx204/4810758>
 21. Jürgens JJS. Das Kommunikationsmodell SBAR - Eine systematische Literaturrecherche zur Effektivität des strukturierten Kommunikationsmodells SBAR in Bezug auf Patientensicherheit [Internet]. Universität zu Köln; 2016 [cited 2019 Oct 1]. Available from: <https://d-nb.info/1125557540/34>
 22. Lauterberg J, Blum K, Briner M, Lessing C. ABSCHLUSSBERICHT. Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (krm) in deutschen Krankenhäusern - PDF [Internet]. Bonn; 2012 [cited 2019 Oct 1]. Available from: <https://docplayer.org/9319560-Abschlussbericht-befragung-zum-einfuehrungsstand-von-klinischem-risiko-management-krm-in-deutschen-krankenhaeusern.html>

23. Martin J, Zacher J, Rink O, Rohn C. IQM Leitfaden. In: Handbuch IQM [Internet]. Martin, Jörg Zacher, J Rink, O; 2014 [cited 2019 Oct 1]. Available from: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mediapool/1414/media_file/sendfile/
24. Kern J. Ishikawa Diagramme. Ursache-Wirkungs-Diagramme als Qualitätswerkzeuge - Johannes Kern - Google Books [Internet]. Bayreuth; 2008 [cited 2019 Oct 3]. Available from: https://books.google.at/books?id=oJUQgdJkGNMC&hl=de&source=gbs_similarbooks
25. Serrat O. The Five Whys Technique. In: Asian Development Bank, editor. Knowledge Solutions [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2017 [cited 2019 Oct 9]. p. 307–10. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-0983-9_32
26. Riki R-B. Qualität und Sicherheit – Wir Intern. 2019 [cited 2019 Nov 24]; Available from: <https://www.wir-intern.at/de/N2XZELRi/qualitaet-und-sicherheit/>
27. Becker A. Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen: Quality criteria for successful Morbidity and Mortality Conferences [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281274720_Qualitaetskriterien_erfolgreicher_Morbiditaets-_und_Mortalitaetskonferenzen_Quality_criteria_for_successful_Morbidity_and_Mortality_Conferences
28. Berenholtz SM, Hartsell TL, Pronovost PJ. Learning from defects to enhance morbidity and mortality conferences. *Am J Med Qual.* 2009 May;24(3):192–5.
29. Massachusetts Medical Society. Morbidity and Mortality Conference Guidelines. [Internet]. Available from: www.massmed.org
30. Rosenfeld JC. Using the morbidity and mortality conference to teach and assess the ACGME General Competencies. In: *Current Surgery.* 2005. p. 664–9.

7 Anhang

| | |
|---------------------------------|----|
| I. Fragebogen..... | 61 |
| II. Auswertung Österreich | 68 |

I. Fragebogen

| | | |
|---|---|---|
| EvaSys | Befragung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) |  |
| Die Auswertung erfolgt über die Stiftung Patientensicherheit Schweiz. | |  |

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Information
Befragung zu den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, kurz: M&M-Konferenzen
Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, den Fragebogen auszufüllen und Ihre wertvolle Unterstützung.
Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie bei einigen Fragen nicht ganz sicher sind, genügen auch Schätzungen. Greifen Sie dabei auf Ihre Erfahrungen mit M&M-Konferenzen in Ihrem Krankenhaus bzw. Ihrer Abteilung in den letzten zwölf Monaten zurück.
Die Daten werden anonym behandelt und nur in aggregierter Form ausgewertet.

2. M&M vorhanden (Wenn Sie "Nein" angekreuzt haben, gehen Sie bitte zu Punkt 3.1, danach weiter mit Punkt 5.1)
2.1 Finden in Ihrer Klinik bzw. Abteilung M&M-Konferenzen statt?
 Ja Nein

3. Interesse, Einführung M&M
3.1 Sind Sie an einer zukünftigen Einführung von M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik oder Abteilung interessiert?
 Ja Nein Vielleicht

4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden
Im ersten Teil dieser Befragung geht es um die Ziele und die Organisation der M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik bzw. Abteilung.
4.1 Welche übergeordneten Ziele verfolgen Sie hauptsächlich mit den M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik bzw. Abteilung? (Bitte wählen Sie max. drei Hauptziele)
 Individuelles Fachwissen erweitern Seltene Erkrankungen kennenlernen Vermeiden, dass Fehler sich wiederholen
 Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen oder Abteilungen verbessern Probleme in Abläufen und Prozessen identifizieren Weitere
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.
4.2 Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

4.3 Wer nimmt in der Regel an der M&M-Konferenz teil? (Mehrfachantworten möglich)
Abteilungsinterne Fachpersonen
 CheförztlInnen OberärztInnen AssistenzärztInnen
 Pflegefachkräfte Hebammen Andere
4.4 Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden [Fortsetzung]

4.5 Weitere TeilnehmerInnen

- Mitglieder der Geschäftsführung
 BelegärztInnen
 Fachpersonen aus anderen Abteilungen (z.B. Apotheke, Pathologie, Anästhesiologie, Radiologie)
- MitarbeiterInnen aus dem Management (z.B. QM-Verantwortliche)
 Krankenhausexterne Fachpersonen (z.B. HausärztInnen, niedergelassene FachärztInnen, Spezialisten aus anderen Häusern)
 Studierende
- PatientInnen und Angehörige
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten

4.6 Wie viele Fachpersonen nehmen im Durchschnitt an der M&M-Konferenz teil?

Personen

4.7 Wie viele Fachpersonen nehmen im Durchschnitt an der M&M-Konferenz teil?

- Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

4.8 Bitte schätzen Sie: Wieviel Prozent der eingeladenen und anwesenden Personen nehmen in der Regel an einer M&M-Konferenz teil?

- 1-25%
 26-50%
 51-75%
- 76-100%
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

4.9 Ist die M&M-Konferenz für bestimmte Personengruppen verpflichtend?

- Ja
 Nein
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Sitzplätze, Regelmäßigkeit

4.10 Sind jeweils genügend Sitzplätze für alle TeilnehmerInnen vorhanden?

- Ja
 Nein
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

4.11 Wie häufig finden die M&M-Konferenzen statt?

- wöchentlich
 14-tägig
 monatlich
- quartalsweise
 seltener als quartalsweise
 unregelmäßig
- Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Dauer, Anzahl Fälle

4.12 Wie lange dauert die M&M-Konferenz in Ihrer Klinik bzw. Abteilung durchschnittlich? Bitte geben Sie die Minuten an:

Minuten

4.13 Wie lange dauert die M&M-Konferenz in Ihrer Klinik bzw. Abteilung durchschnittlich? Bitte geben Sie die Minuten an:

- Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

4.14 Wie viele Fälle werden in der Regel pro M&M-Konferenz besprochen?

- 1 Fall
 2 Fälle
 3 Fälle
- 4 Fälle
 5 und mehr Fälle
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Kriterien, Fallarten

4.15 Sind klare Kriterien festgelegt, nach denen die M&M-Fälle ausgewählt werden.

- Ja
 Nein
 Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden [Fortsetzung]

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unerwartete Todesfälle | <input type="checkbox"/> Komplikationen | <input type="checkbox"/> Schwere Krankheitsverläufe |
| <input type="checkbox"/> Seltene Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Zwischenfälle und kritische Ereignisse ohne PatientInnenschaden | <input type="checkbox"/> Schadensfälle |
| <input type="checkbox"/> Fälle, bei denen es Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen oder Abteilungen gab | <input type="checkbox"/> Fälle, die auf Defizite in der Organisation der Versorgung zurückzuführen sind (z.B. Verfügbarkeit von Materialien od. Personal, Abläufe) | <input type="checkbox"/> Fälle, bei denen sich Lücken im medizinischen Wissen oder Mängel bei klinischen Fähigkeiten bei den Beteiligten zeigten (z.B. Fehleinschätzungen) |
| <input type="checkbox"/> Fälle, die wenig Konfliktpotential zwischen den Beteiligten bergen | <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. |

4.17 Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

Aufarbeitung, Vorbereitung

4.18 Erfolgt die Aufarbeitung des zu besprechenden Falls nach einem standardisierten Vorgehen?

- Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

4.19 Die Vorbereitung des Falles beinhaltet... (Mehrfachauswahl möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aktendurchsicht | <input type="checkbox"/> Aufbereitung von Fachwissen | <input type="checkbox"/> Aufbereitung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs |
| <input type="checkbox"/> Analyse von Ursachen und Einflussfaktoren von möglichen Fehlern | <input type="checkbox"/> Es finden keine Vorbereitungen des Falles statt | <input type="checkbox"/> Weiteres |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten | | |

4.20 Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

Konzepte etc. zur Fallanalyse (Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, gehen Sie bitte zum nächsten Punkt, ansonsten weiter bei Punkt 4.24)

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

- Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Konzepte Fallanalyse: Welche

4.22 Mit welcher/welchen Grundlage(n)? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ottawa-Modell OM3 | <input type="checkbox"/> SBAR-Kommunikationsmodell (Situation, Background, Assessment, Recommendation) | <input type="checkbox"/> IQM-Leitfaden "M&M-Konferenzen" |
| <input type="checkbox"/> Fishbone (Ishikawa) | <input type="checkbox"/> Five Whys | <input type="checkbox"/> London Protokoll |
| <input type="checkbox"/> Leitfaden der Bundesärztekammer | <input type="checkbox"/> eigene Grundlagen | <input type="checkbox"/> Weitere |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |

4.23 Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden [Fortsetzung]

Schulung, Moderation

4.24 Welche Aufgabenverteilungen entspricht derjenigen in Ihrer Institution?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eine Person übernimmt die Leitung, Moderation und Präsentation (alles in einer Hand). | <input type="checkbox"/> Eine Person leitet und moderiert & eine oder mehrere andere Personen präsentieren. | <input type="checkbox"/> Eine Person leitet & eine andere Person moderiert - eine oder mehrere andere Personen präsentieren. |
| <input type="checkbox"/> Eine Person leitet & eine oder mehrere andere Personen präsentieren (keine Moderation). | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | |

4.25 Sind die Personen, welche die Moderation übernehmen, darin geschult worden?

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |

Präsentation, Inhalt, Dauer

4.26 Wer präsentiert in der Regel den Fall?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chefarzt/Chefärztin | <input type="checkbox"/> Oberarzt/Oberärztin | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/Assistenzärztin |
| <input type="checkbox"/> Belegarzt/Belegärztin | <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |

4.27 Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

4.28 Was wird in den M&M-Konferenzen in der Regel präsentiert? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Literatur/Evidenz | <input type="checkbox"/> Beschreibung des Falles inkl. relevanter Befunde (z.B. Radiologie, Labor, Pathologie) | <input type="checkbox"/> Ursächliche Faktoren von möglichen Problemen |
| <input type="checkbox"/> Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen | <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Ich kann/möchte die Frage nicht beantworten. |

4.29 Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

4.30 Wieviel Zeit wird für offene Diskussionen eines Falles durchschnittlich aufgewendet?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis 5 Minuten | <input type="checkbox"/> 6-10 Minuten | <input type="checkbox"/> 11-15 Minuten |
| <input type="checkbox"/> 16-20 Minuten | <input type="checkbox"/> länger als 20 Minuten | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. |

Leitfragen, Redebeteiligung, Verbesserungsmaßnahmen

4.31 Werden die Fälle während der M&M-Konferenz in der Regel entlang von Leitfragen diskutiert?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. |
|-----------------------------|-------------------------------|---|

4.32 Bitte schätzen Sie, wie viele verschiedene Personen aus der Zuhörerschaft bei einer typischen M&M-Konferenz einen aktiven Redebeitrag leisten, d.h. neben den an der Fallvorstellung und Moderation beteiligten Fachpersonen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-3 Personen | <input type="checkbox"/> 4-10 Personen | <input type="checkbox"/> 11-15 Personen |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |

4.33 Werden in den M&M-Konferenzen interaktiv konkrete Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. |
|-----------------------------|-------------------------------|---|



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden [Fortsetzung]

- 4.34 Wird in der Regel ein Protokoll oder eine schriftliche Zusammenfassung der M&M-Konferenz verfasst?
 Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

anonymisiertes Protokoll

- 4.35 Ist das Protokoll anonymisiert, d.h. sind keine Rückschlüsse auf die im Fall und in der M&M-Konferenz beteiligten Personen möglich?
 Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Interne Kommunikation

- 4.36 Werden Ergebnisse der M&M-Konferenz intern kommuniziert?
 Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.

Interne Kommunikation: an wen?

- 4.37 An wen wird kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausgeschäftsleitung | <input type="checkbox"/> Klinik-/Abteilungsleitung | <input type="checkbox"/> Abwesende abteilungsinterne Personen |
| <input type="checkbox"/> BelegärztInnen | <input type="checkbox"/> Fachpersonen aus anderen Bereichen | <input type="checkbox"/> Personen aus dem Management |
| <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann diese Frage nicht beantworten. | |

- 4.38 Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

Maßnahmen, Feedback zu Maßnahmen

- 4.39 Welche Arten von Verbesserungen werden aus M&M-Konferenzen abgeleitet? Was trifft am meisten zu?
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Individuelle Maßnahmen, die auf Verhaltensänderungen einzelner MitarbeiterInnen abzielen und eine begrenzte Reichweite haben. | <input type="checkbox"/> Lokale Maßnahmen, die einen (Teil-) Prozess in einem Bereich optimieren (z.B. Station) und lokal wirken. | <input type="checkbox"/> Systemische Maßnahmen, die einen (Teil-) Prozess für die gesamte Klinik optimieren und global/systemisch wirken. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |
- 4.40 Erhalten die Teilnehmenden der M&M-Konferenz Feedback über den Umsetzungsstand der definierten Maßnahmen?
 Ja Nein Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.
- 4.41 Haben Sie schon einmal Verbesserungsvorschläge oder Kritik zur Durchführung der M&M-Konferenz bei den Mitarbeitenden aktiv eingeholt?
 Ja Nein Ich möchte/kann auf die Frage nicht beantworten.

Zufriedenheit, Wirksamkeit

Im nachfolgenden Abschnitt möchten wir gerne von Ihnen wissen, ob und wo Sie Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf sehen.

- 4.42 Wie zufrieden sind Sie mit den aktuellen M&M-Konferenzen in Ihrer Abteilung?
 sehr zufrieden zufrieden unzufrieden
 sehr unzufrieden Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.
- 4.43 Wie wirksam sind M&M-Konferenzen Ihrer Meinung nach für die Verbesserung der Patientensicherheit?
 sehr wirksam wirksam wenig wirksam
 wirkungslos Ich möchte/kann die Fragen nicht beantworten.



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden [Fortsetzung]

Einschränkung Wirksamkeit

4.44 Welche Faktoren schränken aktuell die Wirksamkeit der M&M-Konferenz auf Ihrer Abteilung ein? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zeitmangel | <input type="checkbox"/> Fehlender erkennbarer Nutzen | <input type="checkbox"/> Nicht ausreichende Bereitschaft zur Beteiligung |
| <input type="checkbox"/> Nicht ausreichende Unterstützung durch die ärztlichen Führungspersonen | <input type="checkbox"/> Nicht ausreichende Unterstützung durch das Krankenhausmanagement (z.B. QM-Verantwortliche) | <input type="checkbox"/> Nicht ausreichende Unterstützung durch die Krankenhausgeschäftsführung |
| <input type="checkbox"/> Nicht ausreichende methodische Kompetenz | <input type="checkbox"/> Keine Konsequenzen/fehlendes Follow-up | <input type="checkbox"/> Hierarchie erschwert offene Diskussion |
| <input type="checkbox"/> Keine ausreichend belastbare Fehlerkultur | <input type="checkbox"/> Weitere | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. |

4.45 Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

Nutzen, Unterstützung, Materialien

4.46 M&M-Konferenzen als Instrument zum Lernen aus Fehlern könnten allgemein mehr Nutzen bringen, wenn.... (bitte ergänzen)

4.47 Welche Materialien oder Angebote können für Ihre M&M-Konferenzen nützlich sein? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Checkliste zur Vorbereitung | <input type="checkbox"/> Vorlagen für Präsentationen, Protokoll | <input type="checkbox"/> Schulungsangebot zur Durchführung von Fallanalysen |
| <input type="checkbox"/> Schulungsangebot für Moderation der M&M-Konferenz | <input type="checkbox"/> Leitfaden zur Implementierung von M&M-Konferenzen | <input type="checkbox"/> Leitfaden zur Durchführung der M&M-Konferenzen |
| <input type="checkbox"/> Feedbackbogen/Evaluation für TeilnehmerInnen | <input type="checkbox"/> Mindeststandards | <input type="checkbox"/> Weitere |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | | |

4.48 Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

4.49 Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Verbesserungsbedarf für die M&M-Konferenzen bei Ihnen sehen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein, kein Bedarf. Es ist gut so, wie es ist. | <input type="checkbox"/> Ja, es wäre gut, wenn die M&M-Konferenz verbessert werden würden. | <input type="checkbox"/> Ich möchte/kann diese Frage nicht beantworten. |
|--|--|---|

4.50 Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, was wäre zu verbessern:



5. Angaben zur Person

Bitte beantworten Sie abschließend folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsort.
(Alle Daten werden nur aggregiert ausgewertet. Es besteht also keine Rückverfolgbarkeit auf eine Person oder Klinik).

5.1 Geschlecht Männlich Weiblich Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.**6. Angaben zum Arbeitsort****6.1 In welcher Krankenhauskategorie sind Sie tätig?** Universitätskrankenhaus Krankenhaus mit \geq 500 Betten Krankenhaus mit 125 - 499 Betten Krankenhaus mit $<$ 124 Betten Spezialklinik Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.**6.2 Wenn Sie "Spezialklinik" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.****6.3 Handelt es sich um ein....** öffentliches Krankenhaus privates Krankenhaus Ordensspital Anderes Krankenhaus Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.**6.4 Wenn Sie "Anderes Krankenhaus" angekreuzt haben, bitte benennen Sie dieses.****6.5 Auf welcher klinischen Fachabteilung sind Sie tätig?** Chirurgische Fachgebiete Internistische Fachgebiete Anästhesiologie Geburtshilfe/Gynäkologie Pädiatrie Intensivmedizin Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.**6.6 Abteilungsgröße / Bettenzahl** bis 20 21-40 41-60 61-80 über 80 Keine Aussage möglich (z.B. Anästhesie-Pool) Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten.**7. Hinweise / Kommentare****7.1 Haben Sie Hinweise oder Kommentare, die Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!



II. Auswertung Österreich

M&M_Konferenz Österreich_20181203

M&M_Konferenz Österreich_20181203

Erfasste Fragebögen = 317



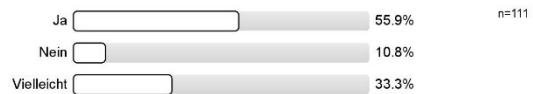
2. M&M vorhanden

2.1) Finden in Ihrer Klinik bzw. Abteilung M&M-Konferenzen statt?



3. Interesse, Einführung M&M

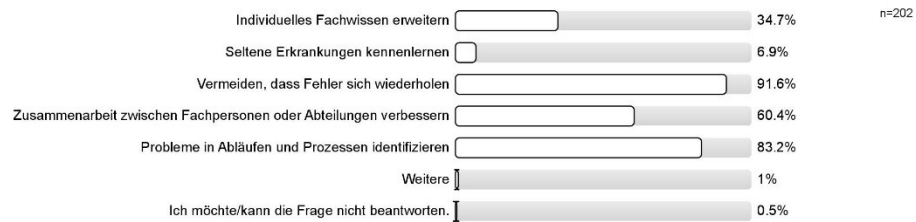
3.1) Sind Sie an einer zukünftigen Einführung von M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik oder Abteilung interessiert?



4. Übergeordnete Ziele der Teilnehmenden

Im ersten Teil dieser Befragung geht es um die Ziele und die Organisation der M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik bzw. Abteilung.

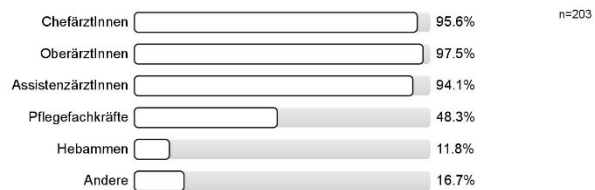
4.1) Welche übergeordneten Ziele verfolgen Sie hauptsächlich mit den M&M-Konferenzen in Ihrer Klinik bzw. Abteilung? (Bitte wählen Sie max. drei Hauptziele)



4.2) Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Systemfehler erkennen mit SOP's, Zukünftig vermeiden
- jeder einzelne Komplikation in Form der gesamten Abteilung als solche zu identifizieren und bewusst zu machen.

4.3) Wer nimmt in der Regel an der M&M-Konferenz teil? (Mehrfachantworten möglich)
Abteilungsinterne Fachpersonen



4.4) Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Administrative Assistenz, Ärztliche Vertreter anderer Disziplinen
- Berufsgruppen, die beim konkreten Fall involviert waren, z. B. MTD

- Jene Berufsgruppen die am "Fall" beteiligt sind, Z.B. bei HIT auch Kardiotechniker
- KPJ Studenten, Ärzte in Basisausbildung, Stationsärzte
- Kardiotechnik
- Krankenhausleitung
- Medizinische technische AssistenInnen, PhysiotherapeutInnen
- Mitarbeiter der Abteilung für Qualitätssicherung d. Hauses
- Mitglieder des QM-Teams, Vertreter von MTD
- Pflege nur anlassbezogen
- Pflegekräfte fakultativ, PTA,RTA
- Pflegepersonal
- Physik, Radiotechnologie, QM Beauftragte, situativ Pflege
- Physio- Logo- ErgotherapeutInnen
- Physiotherapeuten, Mitarbeiter anderer Abteilungen
- Physiotherapie, Ergotherapie Psychotherapie, Psychologie, PädagogInnen
- QM, Berufsgruppen, die mit betroffen waren (Physio, ...)
- QM, MDA
- Qualitätsmanagement
- RT (2 Nennungen)
- Radiologie Technogen, Medizin Physiker
- Radiologietechnologe
- Radiologietechnologinnen
- RisikomanagerInnen, QualitätsmanagerInnen und -beauftragte,
- Studenten
turnusärzte
- Studenten und Gastärzte
- Studenten, Turnusärzte, Dauersekundärärzte
- Turnusärzte
- Turnusärzte
- alle, die bei der Pat. Betreuung dabei waren, zB Physio,...
- bei Bedarf MTD
- je nach Fall zum Teil auch Pflege (nicht Standard), Qualitätsmanagement

4.5) Weitere TeilnehmerInnen

| Kategorie | Anteil | n |
|---|--------|-------|
| Mitglieder der Geschäftsführung | 6.8% | n=192 |
| BelegärztInnen | 2.6% | |
| Fachpersonen aus anderen Abteilungen (z.B. Apotheke, Pathologie, Anästhesiologie, | 53.1% | |
| MitarbeiterInnen aus dem Management (z.B. QM-Verantwortliche) | 30.2% | |
| Krankenhausexterne Fachpersonen (z.B. HausärztInnen, niedergelassene FachärztInnen, Spezialisten aus anderen Häusern) | 1.6% | |
| Studierende | 49% | |
| PatientInnen und Angehörige | 0% | |
| Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten | 5.7% | |

4.6) Wie viele Fachpersonen nehmen im Durchschnitt an der M&M-Konferenz teil?

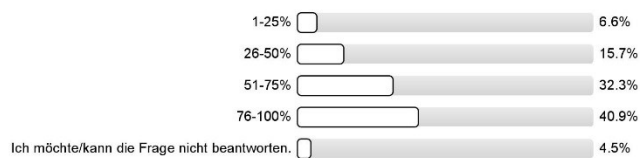
- 10Personen (33 Nennungen)
- 12Personen (3 Nennungen)
- 2Personen
- 3-8Personen
- 4Personen (4 Nennungen)
- 5-15
- 8 (3 Nennungen)
- 10 (6 Nennungen)
- 12 (3 Nennungen)
- 15 (7 Nennungen)
- 15Personen (30 Nennungen)
- 16Personen
- 18
- 20 (7 Nennungen)
- 20Personen (15 Nennungen)
- 25 (3 Nennungen)
- 25Personen (8 Nennungen)
- 30 (2 Nennungen)
- 30Personen (8 Nennungen)
- 34
- 40 (2 Nennungen)
- 40Personen (2 Nennungen)
- 45
- 50Personen (3 Nennungen)
- 5Personen (7 Nennungen)
- 6Personen (7 Nennungen)
- 7Personen (4 Nennungen)
- 8Personen (22 Nennungen)

4.7) Wie viele Fachpersonen nehmen im Durchschnitt an der M&M-Konferenz teil?

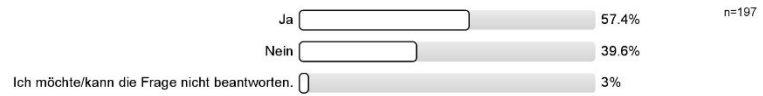
Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. 100%

n=26

4.8) Bitte schätzen Sie: Wieviel Prozent der eingeladenen und anwesenden Personen nehmen in der Regel an einer M&M-Konferenz teil?



4.9) Ist die M&M-Konferenz für bestimmte Personengruppen verpflichtend?

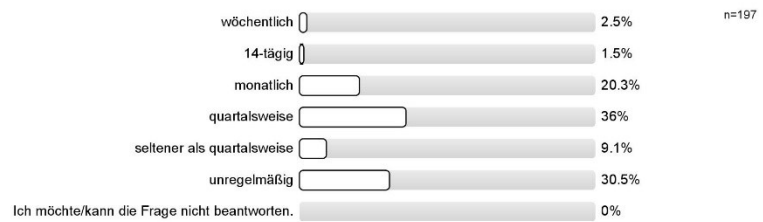


Sitzplätze, Regelmäßigkeit

4.10) Sind jeweils genügend Sitzplätze für alle TeilnehmerInnen vorhanden?



4.11) Wie häufig finden die M&M-Konferenzen statt?



Dauer, Anzahl Fälle

4.12) Wie lange dauert die M&M-Konferenz in Ihrer Klinik bzw. Abteilung durchschnittlich? Bitte geben Sie die Minuten an:

- 15Minuten
- 15 (3 Nennungen)
- 20Minuten (3 Nennungen)
- 20 (2 Nennungen)
- 30Minuten (28 Nennungen)
- 30 (6 Nennungen)
- 35Minuten
- 40 (2 Nennungen)
- 40Minuten (2 Nennungen)
- 45Minuten (28 Nennungen)
- 45 (6 Nennungen)
- 50Minuten (6 Nennungen)
- 50
- 60 (17 Nennungen)
- 60Minuten (43 Nennungen)
- 75Minuten
- 90Minuten (25 Nennungen)
- 90 (2 Nennungen)
- 100Minuten
- 120

■ 120Minuten (10 Nennungen)

4.13) Wie lange dauert die M&M-Konferenz in Ihrer Klinik bzw. Abteilung durchschnittlich? Bitte geben Sie die Minuten an:

Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. 100% n=13

4.14) Wie viele Fälle werden in der Regel pro M&M-Konferenz besprochen?

| Anzahl Fälle | Prozent | n |
|--|---------|-----|
| 1 Fall | 43.9% | 196 |
| 2 Fälle | 25.5% | |
| 3 Fälle | 13.3% | |
| 4 Fälle | 5.1% | |
| 5 und mehr Fälle | 7.7% | |
| Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | 4.6% | |

Kriterien, Fallarten

4.15) Sind klare Kriterien festgelegt, nach denen die M&M-Fälle ausgewählt werden.

| Antwort | Prozent | n |
|--|---------|-----|
| Ja | 56.2% | 201 |
| Nein | 41.8% | |
| Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | 2% | |

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

| Fallart | Prozent | n |
|---|---------|-----|
| Unerwartete Todesfälle | 47.5% | 202 |
| Komplikationen | 68.3% | |
| Schwere Krankheitsverläufe | 31.7% | |
| Seltene Erkrankungen | 6.4% | |
| Zwischenfälle und kritische Ereignisse ohne PatientInnen Schaden | 34.7% | |
| Schadensfälle | 17.3% | |
| Fälle, bei denen es Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen oder | 36.6% | |
| Fälle, die auf Defizite in der Organisation der Versorgung zurückzuführen sind (z.B. Verfügbarkeit von Materialien od. Personal, Abläufe) | 29.2% | |
| Fälle, bei denen sich Lücken im medizinischen Wissen oder Mängel bei klinischen Fähigkeiten bei den Beteiligten zeigten (z.B. Fehleinschätzungen) | 20.8% | |
| Fälle, die wenig Konfliktpotential zwischen den Beteiligten bergen | 0% | |
| Andere | 1.5% | |
| Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | 0.5% | |

4.17) Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Alle Todesfälle, nicht nur unerwartete
- Verlegungen an eine Intensivabteilung
- hätte gerne mehrfach antworten angekreuzt - System lässt mich nicht

Aufarbeitung, Vorbereitung

4.18) Erfolgt die Aufarbeitung des zu besprechenden Falls nach einem standardisierten Vorgehen?

| Antwort | Prozent | n |
|--|---------|-----|
| Ja | 60.6% | 198 |
| Nein | 35.9% | |
| Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten. | 3.5% | |

4.19) Die Vorbereitung des Falles beinhaltet... (Mehrfachauswahl möglich)

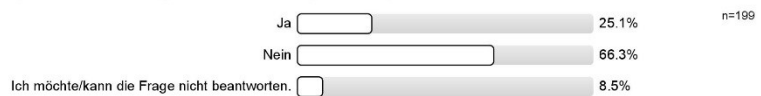


4.20) Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Autopsiegutachten inklusive histologischer und makroskopischer Bilder

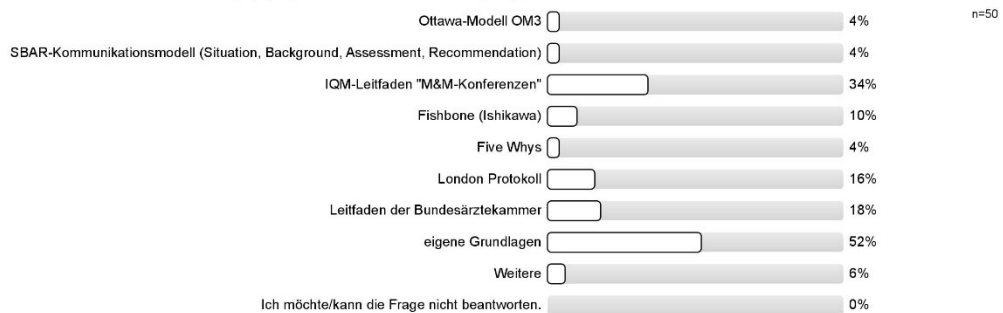
Konzepte etc. zur Fallanalyse

4.21) Arbeiten Sie mit Modellen, Konzepten oder Grundlagen für die Fallanalyse und -präsentation?



Konzepte Fallanalyse: Welche

4.22) Mit welcher/welchen Grundlage(n)? (Mehrfachantworten möglich)

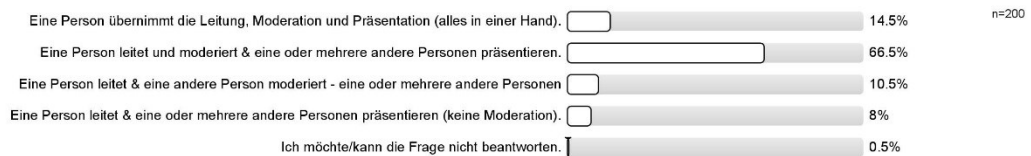


4.23) Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

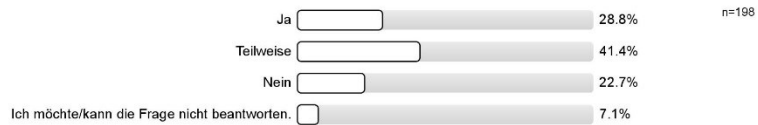
- Klinik interner Leitfaden
- Siehe Kapitel " Morbiditäts und Mortalitätskonferenz" D. Öfner: *Multidisziplinäre Tumorboardkonferenzen im Patientensicherheitsmanagement*; Gausmann P, M Henninger, J Koppenberg (Hrsg) de Gruyter Verlag 2015
- gespag-eigene Unterlagen, welche sich an das "London-Protokoll" von Sally Taylor-Adams & Charles Vincent anlehnt.

Schulung, Moderation

4.24) Welche Aufgabenverteilungen entspricht derjenigen in Ihrer Institution?

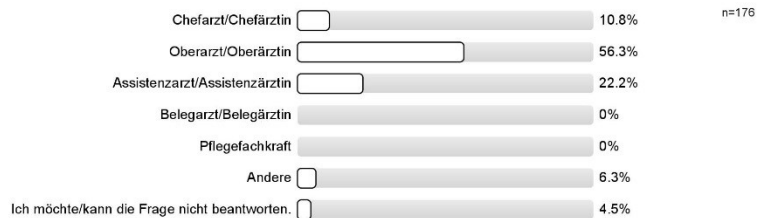


4.25) Sind die Personen, welche die Moderation übernehmen, darin geschult worden?



Präsentation, Inhalt, Dauer

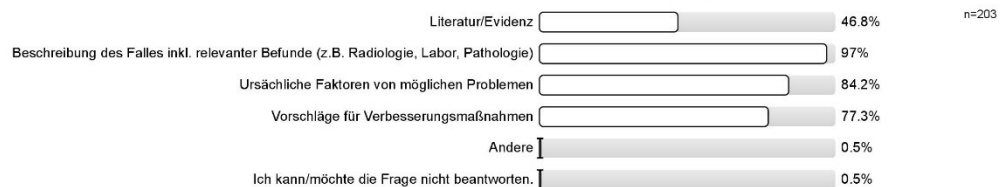
4.26) Wer präsentiert in der Regel den Fall?



4.27) Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Anlassbezogen
- Behandelnder Arzt, situativ auch zuständiger MedPhysiker
- Je nach Fall - Das kann ein Oberarzt sein ,oder ein Assistenzarzt oder eine Pflegekraft- richtet sich nach der Problemstellung
- Oberarzt = Risikomanager des Hauses
- Oberarzt/Facharzt/Assistenzarzt
- OÄ oder Ass
- Risikomanager
- Unbeteiligter Chefarzt oder ärztlicher Direktor, wenn unbeteiligt
- den Fall primär behandelnder Mediziner
- die/der Fall-verantwortliche Ärztin/Arzt
- jeweils der Hauptbetreuer

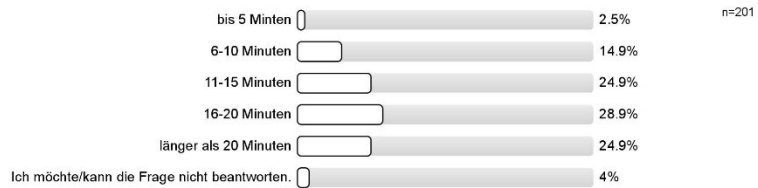
4.28) Was wird in den M&M-Konferenzen in der Regel präsentiert? (Mehrfachantworten möglich)



4.29) Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

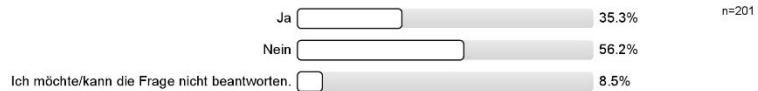
- Bearbeitung von Betroffenheit, Umgang mit Trauer, Schock und anderen Nachwirkungen auf persönlicher oder reamebene etc.

4.30) Wieviel Zeit wird für offene Diskussionen eines Falles durchschnittlich aufgewendet?

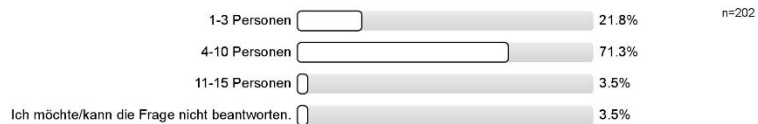


Leitfragen, Redebeteiligung, Verbesserungsmaßnahmen

4.31) Werden die Fälle während der M&M-Konferenz in der Regel entlang von Leitfragen diskutiert?



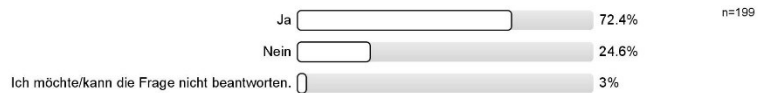
4.32) Bitte schätzen Sie, wie viele verschiedene Personen aus der Zuhörerschaft bei einer typischen M&M-Konferenz einen aktiven Redebeitrag leisten, d.h. neben den an der Fallvorstellung und Moderation beteiligten Fachpersonen:



4.33) Werden in den M&M-Konferenzen interaktiv konkrete Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet?



4.34) Wird in der Regel ein Protokoll oder eine schriftliche Zusammenfassung der M&M-Konferenz verfasst?



anonymisiertes Protokoll

4.35) Ist das Protokoll anonymisiert, d.h. sind keine Rückschlüsse auf die im Fall und in der M&M-Konferenz beteiligten Personen möglich?



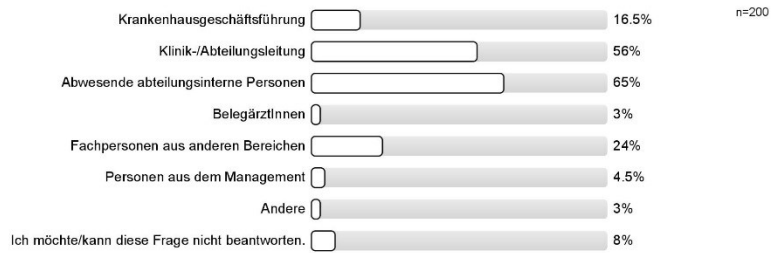
Interne Kommunikation

4.36) Werden Ergebnisse der M&M-Konferenz intern kommuniziert?



Interne Kommunikation: an wen?

4.37) An wen wird kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)

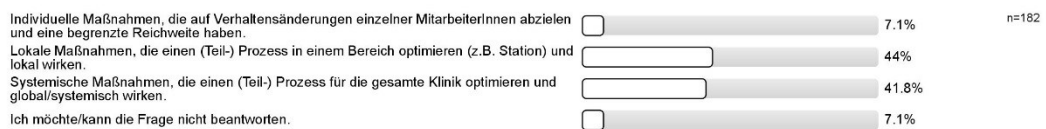


4.38) Wenn Sie "Andere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

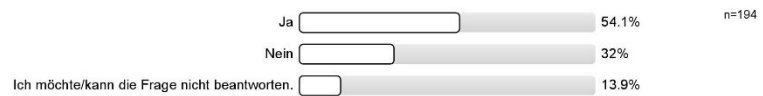
- + alle die vom jeweiligen Fall betroffen sind
- Gelegentlich (bei A-IQI-Sentinel-Fällen) müssen Stellungnahmen über Todesfälle abgegeben werden, diese werden in den M&M-Konferenzen erarbeitet.
- Teamintern
- Teilnehmer und betroffene Gruppen
- je nach Fall, entweder Betroffene, die nicht anwesend waren, oder Personen die zur Umsetzung von Maßnahmen mit eingebunden werden müssen
- ärztl. Direktion

Maßnahmen, Feedback zu Maßnahmen

4.39) Welche Arten von Verbesserungen werden aus M&M-Konferenzen abgeleitet?
Was trifft am meisten zu?



4.40) Erhalten die Teilnehmenden der M&M-Konferenz Feedback über den Umsetzungsstand der definierten Maßnahmen?



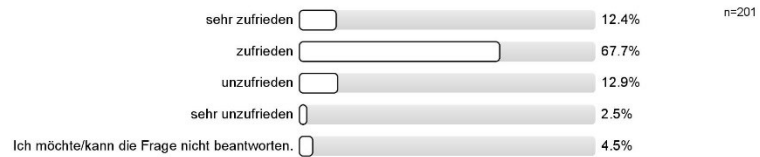
4.41) Haben Sie schon einmal Verbesserungsvorschläge oder Kritik zur Durchführung der M&M-Konferenz bei den Mitarbeitenden aktiv eingeholt?



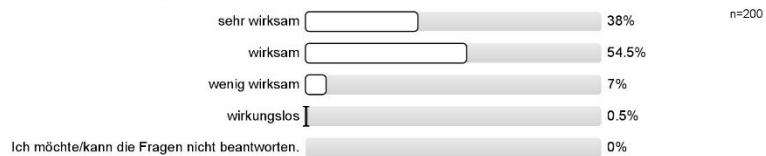
Zufriedenheit, Wirksamkeit

Im nachfolgenden Abschnitt möchten wir gerne von Ihnen wissen, ob und wo Sie Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf sehen.

4.42) Wie zufrieden sind Sie mit den aktuellen M&M-Konferenzen in Ihrer Abteilung?

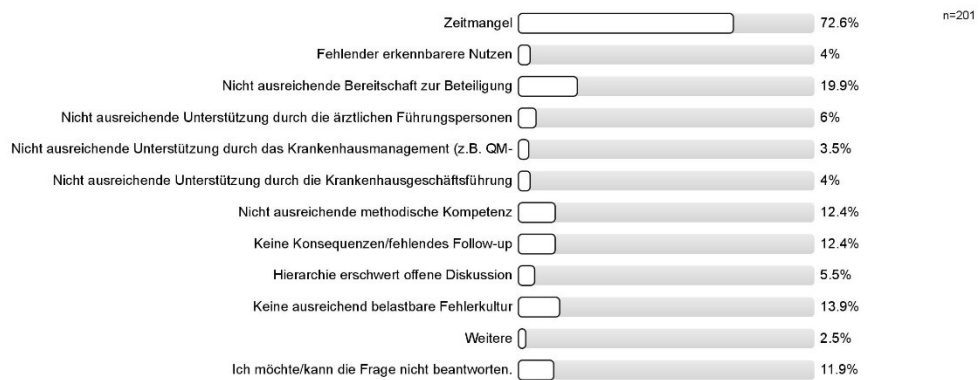


4.43) Wie wirksam sind M&M-Konferenzen Ihrer Meinung nach für die Verbesserung der Patientensicherheit?



Einschränkung Wirksamkeit

4.44) Welche Faktoren schränken aktuell die Wirksamkeit der M&M-Konferenz auf Ihrer Abteilung ein? (Mehrfachantworten möglich)



4.45) Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Aktuell keine Einschränkung erkennbar.
- Bereitschaft der Abteilungen MM Konferenzen als Instrument der Weiterentwicklung zu beachten und den vereinbarten Prozess umzusetzen
- Trifft bei uns nicht zu
- bisher keine Fälle
- Ä-AZG

Nutzen, Unterstützung, Materialien

4.46) M&M-Konferenzen als Instrument zum Lernen aus Fehlern könnten allgemein mehr Nutzen bringen, wenn.... (bitte ergänzen)

- die zeitlichen Ressourcen dafür gegeben wären...
- die Fehlerkultur gelebt wird und nicht als "Versager" gesehen wird.
- ... die Bereitschaft zur offenen Diskussion gegeben ist.
- ... positives feedback die Fehlermelder bzw. auch "Verursacher" erreicht!

- ... sie als hilfreiches Instrument akzeptiert werden.
- ...sie auch tatsächlich durchgeführt werden - allerdings ist dies "Chefsache" - zB in Teamsitzungen könnte jeweils ein aktueller Fall präsentiert werden - anders ausgedrückt: welcher schwere Verlauf / Komplikation ist im vergangenen Monat passiert? Diese jeweils identifizierten Fälle sollen bei der folgenden TB präsentiert werden (OA/Ass) – diesmal: IUFT mit Sepsis, Nachblutung bei Cervixriss, atone Nachblutung mit folgender HE...? Wer macht was?
- ...die Fehlerkultur stimmt
...allgemeine Verbesserungsmaßnahmen erzielbar sind
- Akzeptanz und Zeit vorhanden wäre, das Arbeitszeitgesetz sinnvolle Arbeit nicht verhindern würde
- Bereitschaft der Abteilungen zu der Analyse vorhanden ist und MM Konferenz als Instrument als Möglichkeit Prozesse zu verbessern und nicht als Instrument zum Anprangern verwendet wird
- Das AZG für Mediziner geändert wird
- Die Motivation der Beteiligten aktiv die M&M Konferenz zu unterstützen muss verbessert werden!
- Diese regelmäßig durchgeführt werden könnten. Offene Fehlerkultur gelebt würde- Kritik ist respektvoll vorgebracht keine Verletzung der Menschenwürde, sondern konstruktiv und fördernd in Richtung Verbesserung des Patientenmanagement und der individuellen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistung
- Eine Umsetzung der Erkenntnisse stark unterstützt würde
- Es für ALLE durch die Geschäftsleitung klare Umsetzung Regelungen gibz.
- Fälle gut aufgearbeitet und in Hinblick auf aktuelle Literatur präsentiert werden, eine rege und interessierte Teilnahme vorliegt und angeregt und offen diskutiert wird
- Kann diese Frage nur so beantworten, dass sie bereits aktuell aus meiner Sicht einen großen Nutzen für alle daran Beteiligten bringt!
- Kommunikationskultur vorhanden
Offene Diskussion
Klares Ziel = Abläufe verbessern, Fehler vermeiden - Kein "Strafgericht"
- Konsequentes Denken an das Instrument der MM Konferenz und consequentes Einbringen von "Fällen"
- M & M-Konferenzen sind seit 1996 für mich eine Selbstverständlichkeit und habe dies in allen meinen bisherigen Führungspositionen consequent und mit grossem Erfolg durchgeführt.
- M&M Konferenzen verpflichtend für jedes Krankenhaus/Abteilung 4x/a wäre
- Mehr Zeit für gemeinsame Sitzungen von Mitarbeitern unterschiedlicher Abteilungen vorläge, bei uns sollten das neben uns selbst (Orthopäden) auch Anästhesisten und Internisten sein, gegebenenfalls auch MA von jenen Abteilungen, die vielleicht in die Behandlungen der Pat. eingebunden waren.
- Punkte in 4.44 erfüllt werden.
- Wachsendes Bewusstsein für Patienten Sicherheit, gemeinsame Plattform zum Austausch, horizontale statt vertikaler Strukturen und Hierarchien
- Wenn sie nicht nur anlassbezogen durchgeführt würden
- alle Betroffenen offen an die Sache herangehen, Anonymität gewährleistet ist.
- alle Fakten selbstkritisch und systemkritisch aufgearbeitet werden und die richtigen Konsequenzen/Lehren gezogen werden
- alle möglichen TN den Nutzen erkennen würden.
- alle offen diskutieren und nicht der Meinung sind, dass Fehler nur die anderen machen
- der Ärztstellenplan besetzt ist
- die Beteiligten sich objektiv der Fallanalyse widmen und frei von Schuldzuweisungen sind. Dies ist im Einzelfall aber sehr schwer zu verwirklichen und erklärt sich aus der Individual-Psychologie der Beteiligten. Oft gleiten M&M-Besprechungen in ein Tribunal ab, da tatsächlich leider nicht wenig häufig mangelnde Initiative, Sorgfalt und Konsequenz nachzuweisen sind. Dies dann auf eine nachhaltige erfolgreiche Weise personell umzusetzen ist oft die wahre Herausforderung einer M&M-Konferenz
- die KH-Leitungen mit Nachdruck deren Durchführung unterstützen
- die Müße für konzentriertes Vorgehen vorhanden ist
- direkt nach Geschehen eingesetzt würden
- dzt. QM nicht besetzt!
- ein eindeutig definierter Faden zur Behandlung vorliegt

- ein entsprechender Kulturwandel erfolgt der "shame und blame" durch Verantwortung, und kritischer Diskussion auf der Basis von Erfahrung, Evidenz und Leitlinien ersetzt
- eine angstfreie Fehlerkultur in der Organisation vorliegt
die Durchdringung gegeben ist
Maßnahmen rasch umgesetzt werden
- eine leitliniengerechte, evidenzbasierte Diskussion die Basis für Veränderungsprozesse im Sinne der Patientensicherheit wären.
- es regelmäßig durchgeführt werden würde
- externe Fachleute zur Zweitmeinung hinzugezogen würden
die Umsetzung der vereinbarten Veränderungen gezielt überprüft würde
- fokussiert, Ergebnisse kommuniziert, sinnvolle sich ergebende Verbesserungen umgesetzt
- interdisziplinär und interprofessionell auf Augenhöhe diskutiert wird
- man Sie konsequent und öfter einsetzt!
- mehr Personen aus den beteiligten Abteilungen teilnehmen würden
- 0
- mehr Teilnehmer
- mehr Zeit für die Bearbeitung vorhanden wäre.
- mehr Ärzte teilnehmen
- möglichst viele aktiv daran teilnehmen
- offene Diskussion, keine Schuldzuweisungen, Korrelation eigener Ergebnisse mit Literatur als Benchmark
- offene Fehlerkultur besteht
- ohne Schuldzuweisungen anhand von gut recherchierten Empfehlungen etwas für die Verbesserung der Zukunft gelernt wird
- persönliche Eitelkeiten und medizinische Hybris hinten angestellt werden!
- regelmäßig + strukturiert
- regelmäßig Fälle eingebracht werden und dann anonymisiert präsentiert werden, Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden.
- sich alle mit dem selben "Spirit" daran beteiligen
- sich die Fehlerkultur ändern würde
- sie denn dann auch wirklich abgehalten werden
- sie ernster genommen werden
- sie häufiger stattfinden.
- sie konsequent durchgeführt werden
- sie konstruktiv sind, keine Beschuldigungen erhoben werden, keine Schuldzuweisungen erfolgen, sich niemand rechtfertigen muss.
- sie nach einem standardisierten Procedere abliefern. Größtes Hindernis ist die Tatsache, dass infolge des ÄAZG kaum einmal alle an den Fällen Beteiligten an einen Tisch zu bringen sind. Die angespannte Budgetsituation/ Überstundendeckelung zwingt dazu, die MMK in der Freizeit Einzelner abzuhalten, wozu die Bereitschaft endenwollend ist. Diese Rahmenbedingungen begründen Unwillen an der Teilnahme und eine entsprechend kleine Zahl von Teilnehmern, sodass bestenfalls die unmittelbar am Einzelfall Beteiligten anwesend sind. Diese haben allerdings in der Regel ohnehin bereits ihre Erfahrungen im laufenden Krankheitsprozess gemacht und Konsequenzen gezogen, sodass sie nicht weiter wesentlich von der MMK profitieren.
- sie noch häufiger durchgeführt werden könnten
wenn eine Plattform für den Informationsweitergabe und ein Feedback geschaffen wäre
- sie noch regelmäßiger stattfinden würden und die Teilnahme verpflichtend wäre u. auch keine Verhinderung durch Fehlzeiten bestehen würden (teils gesetzl. vorgeschriebene Zeitausgleichsregelungen)
- sie regelmäßig stattfinden
- sie regelmäßig und strukturiert stattfinden
- sie öfter stattfinden könnte

- siehe 4.47
- systematisieren
- viele unterschiedl. Fachdisziplinen und Berufsgruppen involviert sind.
- wenn es die Fehlerkultur in der Medizin erlauben würde
- wenn es ein standartisiertes Vorgehen gibt
- wenn es im katholischen Österreich nicht immer um Schuld oder Schuldzuweisung ginge
- wir es lernen, wie man es macht

4.47) Welche Materialien oder Angebote können für Ihre M&M-Konferenzen nützlich sein? (Mehrfachantworten möglich)



4.48) Wenn Sie "Weitere" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Anleitung zu evidenzbasierter Erarbeitung von Patientenkasuistiken
- Zeitbudget definieren!!

4.49) Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Verbesserungsbedarf für die M&M-Konferenzen bei Ihnen sehen?



4.50) Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, was wäre zu verbessern:

- 4.47
- Ablauf und Aufbereitung der Fälle sind sehr gut haben aber Verbesserungspotential.
- Ausweitung auf mögl. alle KH- Abteilungen
- Ausweitung nach strukturiertem Ablauf interdisziplinär und interprofessionell (dzt. finden M&M-Konferenzen anlassbezogen an den Abteilungen (Ärzte) statt, max. 2 Abteilungen beteiligt)
- Auswertung der abteilungsspezifischen Morbiditäten und Mortalitäten
- Checkliste zur Vorbereitung
- Definition jener Ereignisse, die zwingend eine M&M-Konferenz erfordern, deren Einberufung ist derzeit "individuell, aber niederschwellig", am schwierigsten ist die Terminfindung
- Die Punkte 4.46 und 4.47
- Einheitlichere Struktur
- Einigung der Abteilungsleiter über die verpflichtende Teilnahme und Format der Konferenz.

- Feedbackbögen, mehr Zeit
- Frequenz
Systematik
Diskussionskultur
Plattform für den Austausch von gewonnenen Erkenntnissen (anonymisiert)
- Frequenz erhöhen
- Frequenz, Durchführung
- Frequenz, Teilnahme, Struktur
- Genereller Ablauf, Anreiz zur regelmäßigen Durchführung
- Größere Zeitressource brächte bessere Beteiligung.
- Häufiger = alle 2 Monate + Anlass bezogen
- Häufigkeit der Durchführung erhöhen, Kontrolle der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen
- Ideal wäre ein System zur Erfassung aller komplizierter Verläufe, statistischer Auswertung und dadurch Evaluation über Erfolge durch Änderungen. Aktuell wird dies nur sehr subjektiv gehandhabt. Zusätzlich denke ich sollte eine M&M Konferenz verpflichtend für alle z. m. ärztliche Mitarbeiter/innen sein, evtl. auch für leitende Stationschwestern/pfleger.
- Implementierung von Vorlesungen
- Jede M&M Konferenz verlangt nach Verbesserung
- Konzept zum Verfolgen des Processes;
- Kulturverbesserung, M&M nicht als eine Pflichtübung sehen, die für irgendwelche Zertifizierungen erledigt gehören
- Leitfaden Struktur wir sind uintern dran das zu erstellen
- Leitfaden zur Durchführung
- Leitfaden, ausreichende zeitliche Ressourcen
- M&M Konferenzen sollten längerfristig fixiert werden
- Methodische Kompetenz
- Offene Fehlerkultur, keine Schuldzuweisungen, auch ein Chef kann, macht und darf Fehler machen. Offenes Ansprechen von Problemen in der Zusammen arbeit zwischen den einzelnen Abteilungen ist keinen Beleidigung der Kollegen.
- Protokollierung der Ergebnisse lückenhaft, d.h. entsprechender KVP nicht immer möglich
- Protokollierung der MM-Fälle und Dokumentation anonym
- Regelmäßig und nicht sporadisch, Protokolle mit TO DO Liste, Fehlerkultur verbessern, etc
- Regelmäßige MM Konferenz
- Regelmäßiger, standardisierter Ablauf
- Regelmäßigkeit, Strukturiert
- Regelmäßigkeit; Verpflichtung durch die Kollegiale Führung an der Teilnahme (Stellvertreter jeder Berufsgruppe: Pflege Arzt, Fach Arzt)
- Schulung Moderation, Checkliste Vorbereitung, Schulung Fallanalyse
- Schulung zur Verbesserung der Präsentationen und der Dokumentation. Verbesserung des Planungsmanagements.
- Struktur, Organisation, usw...
- System einbringen, strukturieren, Fallauswahl optimieren
- V a Schaffung von zeitlichen Ressourcen - wird auch in Anbetracht des Arbeitszeitgesetzes immer schwieriger
- Verbesserung immer möglich
- Verstärkte Präsenz der JungärztInnen bei Fallvorstellungen.
- Zeit regelmäßig einplanen
Teilnehmer "freispielern"
bessere Fehlerkultur

- Zeitressourcen
- die Umsetzung in dem Sinne, dass MM Konferenzen in allen Bereichen als gutes Instrument zur Analyse und Weiterentwicklung gesehen wird. Hier bedarf es klarer Führungsverantwortung.
- feedbackbogen
- generelle Bewußtseinssteigerung zum Thema
- häufigere Durchführung
- häufigere Durchführung, Implementierung an allen Fachdisziplinen
- häufigere Termine
- höhere Anzahl an Teilnehmern
- mehr Zeit
- psychologisch-supervidierende Begleitung
- regelmässige Umsetzung und aktive Teilnahme aller Ärzte
- siehe 4.44
- siehe 4.47 (2 Nennungen)
- siehe 4.48
- siehe Pkt 4.46
- siehe oben, Schulungen etc.
- zeitliche Ressource
- zusätzliche teilstelle (nicht) zur Organisation, Auswertung, Durchführung / Vorbereitung
- öfter einsetzen, sich mehr an die Methodik halten

5. Angaben zur Person

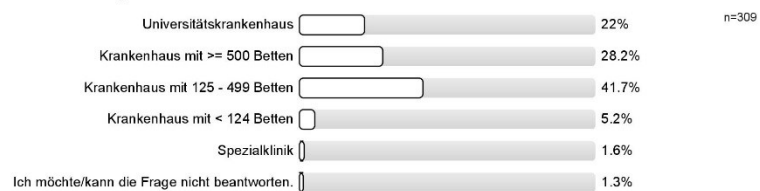
Bitte beantworten Sie abschließend folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsort.
(Alle Daten werden nur aggregiert ausgewertet. Es besteht also keine Rückverfolgbarkeit auf eine Person oder Klinik).

5.1) Geschlecht



6. Angaben zum Arbeitsort

6.1) In welcher Krankenhaus-kategorie sind Sie tätig?

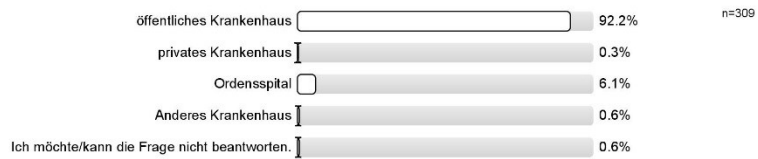


6.2) Wenn Sie "Spezialklinik" angekreuzt haben, bitte benennen Sie diese.

- Internistisches Sonderkrankenhaus
- Sonderkrankenanstalt für chronisch Kranke und geriatrische Patienten
- Unfallkrankenhaus

■ Universitäts Lehrkrankenhaus > 1000Betten

6.3) Handelt es sich um ein....

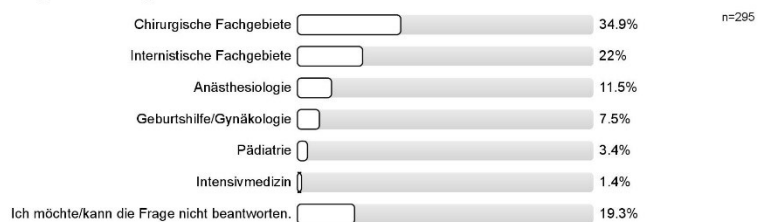


6.4) Wenn Sie "Anderes Krankenhaus" angekreuzt haben, bitte benennen Sie dieses.

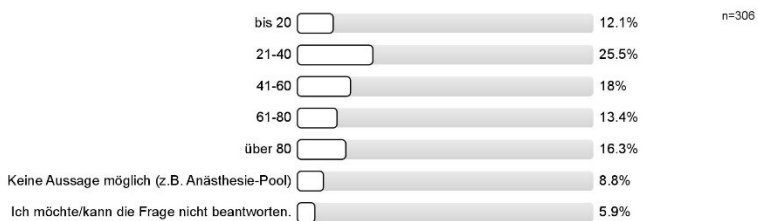
■ Mit Selbstverwaltung

■ Reha- Klinik

6.5) Auf welcher klinischen Fachabteilung sind Sie tätig?



6.6) Abteilungsgröße / Bettenzahl



7. Hinweise / Kommentare

7.1) Haben Sie Hinweise oder Kommentare, die Sie uns mitteilen möchten?

■ -

- 6.6: Betten als Profilkennzahl ignoriert große Bereiche: Sekundärmedizinische Zentren, Interventionelle Radiologie, Physikalische Medizin, Radioonkologie, Nukl. Med. Pathologie. etc.
- Als Radiologe sind etliche Fragen nicht unmittelbar beantwortbar.
- An unserer Abteilung gibt es weniger als einen Todesfall pro Jahr.
- Anlassbezogene M&M Konferenzen finden bei uns im Haus statt. Ich bin in der Radiologie tätig und bin bisher noch nicht eingeladen worden
- Auch wenn keine standardisierten M&M- Konferenzen stattfinden, gibt es in unserer Einrichtung anlassbezogene Nachbesprechungen bei unvorhergesehenen Todesfällen oder anderen gravierenden Ereignissen im Sinne der Ethikarbeit
- Bin in der Radiologie -- daher Frage 6.5. mit "Ich möchte/kann die Frage nicht beantworten!"
- Bei altem Arbeitgeber habe ich bereits M&M Konferenzen selbst organisiert. Für mein Fachgebiet nicht sinnvoll.
- Bin seit 1.1.2018 neu als Leiter der Abteilung tätig und gerade dabei M & M Konferenzen zu installieren

- Bitte bei sogenannten Experten auf Mehrfachbeschäftigungen und Plausibilitäten achten da leider mehr und mehr Menschen auftreten die zwar bis hin zur Habilitation Unmengen von zertifizierten Nachweisen zeigen aber in der Sache wenig kompetent sind , lediglich Lobby vertretend in Erscheinung treten und dadurch eine extreme Verzerrung der tatsächlichen Notwendigkeiten die öffentlich finanziert werden auftritt.
- CIRS als eine Maßnahme zur Patientensicherheit wirkt trotz starker Bemühungen nur sehr eingeschränkt. MM Konferenzen als weiteren Baustein in der Patientensicherheit würde Sinn machen.
- Danke!
- Die Konferenzen sind grundsätzlich gut. Auf Grund der explodierenden Anzahl an Tumorboards und interdisziplinären Besprechungen fehlt es insbesondere im radiologischen Bereich an personellen Ressourcen, um noch weitere Meetings abzuhalten.
- Dieser Fragebogen wurde von der Stabsstelle Qualitätsmanagement ausgefüllt. Der QM ist kein Arzt/Pflegeperson sondern ursprünglich aus dem Rettungsdienst!
- Dieser Fragenkatalog ist so formuliert, dass er Kolleginnen, die bisher überhaupt keine M & M organisieren, dazu angeregt werden sollen. Für mich, der ich viel in USA, Skandinavien und in Deutschland tätig war ist M & M ein must, eine conditio sine qua non!
- Es erscheint mir schleierhaft welcher Nutzen aus den Antworten gezogen werden kann- außer ja oder nein in Bezug auf die Abhaltung von MM Konferenzen.
- Es finden ausführliche interdisz. Besprechungen am Bett statt, jedoch keine M&M K.
- Es findet keine offizielle Konferenz statt, unklare Fälle und Reanimationen werden aber im Team nachbesprochen.
- Es ist das Problem der "shame and blame" Kultur noch lange nicht überwunden.
- Es ist seit mehreren Monaten geplant fächerübergreifend Fallbesprechungen durchzuführen, AZG und ARG sowie die Personalsituation der einzelnen Abteilungen erschweren derartige Besprechungen aber zunehmend.
- Es wäre möglich, vermehrt Besprechungen abzuhalten, wenn sich die Personalsituation verbessert oder es zumindest die Möglichkeit gäbe, sich stundenweise aus der Patientenversorgung auszuklinken. Derzeit sind leider auch viele Dienstübergaben dadurch gekennzeichnet, dass jemand geht, weil er wo dringend gebraucht wird. Grundsätzlich werden Todesfälle in der Morgenbesprechung diskutiert.
- Frage 6.5 kann so nicht konkret beantwortet werden. Bin von der Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement und wurde beauftragt diesen Fragebogen zu beantworten.
- Gratulation zu der Erhebungs-Idee! :)
- Ich bin Pathologe, daher waren die beiden letzten Fragen für mich nicht zutreffend!
- Ich bin im Bereich Pathologie tätig. Wir organisieren die MM Konferenzen mit zahlreichen internen und externen Häusern. Oft dient die Autopsie als Grundlage einen Fall retrospektiv nochmals zu beleuchten. Leider haben Sie die Pathologie nicht in den angesprochenen Abteilungen erwähnt.:(
- Ich möchte keine weitere Befragung zu diesem Thema erhalten
- Kein Kommentar
- M&M Konferenzen finden innerhalb regelmäßiger Jour fixes statt, die wöchentlich angeboten werden und bei denen alle Berufsgruppen der eigene Klinik anwesend sind, entweder zur Gänze (Ärzte, Physik) oder durch Leitende, situativ auch ärztliche Kollegen anderer Disziplinen. M&M ist dabei nicht jedermal ein topic, sonder 1 - 2 x /Monat.
- M&M Konferenzen haben einen großen Stellenwert und sind auch im Team sehr gut angenommen weil auch praxisorientiert durch fallbasiertes Lernen.
- MM Schulung der NÖ KH Holding im September 2018 erfolgreich abgelegt, Start MM Dezember 2018 oder Jänner 2019
- Neben den MM Konferenzen die ca alle 1-2 Monate stattfinden werden Problemfälle in ähnlicher Art im Rahmen der täglichen Morgenbesprechung in Anwesenheit des Abteilungsleiters abgehandelt.
- Psychiatrisches Krankenhaus
- Wie M&M Konferenzen ablaufen sollten und welche "Regie" dabei notwendig ist , ist den wenigsten Kollegen, mit denen ich darüber gesprochen habe bekannt. Manche begnügen sich mit oberflächlichen Falldiskussionen, bei denen das genaue und gleichzeitig achtsame Nachfragen nach den wahren Ursachen zugunsten eines für alle Beteiligten "zufriedenstellenden" Ergebnisses vermieden wird. Gute M&M Konferenzen werden dort gelingen, wo auch einer zeitgemäßen Fehlerkultur Beachtung geschenkt wird. Ja, es ist Zeit, auch bei uns damit zu beginnen !
- Wo kann man gezielte, vertiefende Infos über diese Konferenzen erhalten?
- Zusammenarbeit mit anderen KA's
- Zu viele Vorgaben, Checklisten, Leitfäden und Protokolle führen zu starren, formalisierten Abläufen, töten die Phantasie und blockieren

die notwendige emotionale Beteiligung.

- ad 6.5 Psychiatrie und Psychotherapie
- auf abteilungsebene finden M&M zwar statt aber nicht fach bzw berufsübergreifend.
- bin Radiologe, nicht bettenführend!
- bin in der Krankenhausführung
- das sollte zu einer Verpflichtung werden
- derzeit nicht
- es bleibt kaum Zeit
- frage 6.5 ist nicht beantwortbar da das fachgebiet nicht dabei (diag. und intervent. radiologie)
- in Punkt 6.5 Augenabteilung nicht angeführt- M&M dem Wesen nach auch dort möglich!
- siehe oben - Kulturwandel
- wir haben soeben Personal für MM-Konferenzen geschult und werden im Jahr 2019 derartige Konferenzen in unserem Haus etablieren.
- wird die Psychiatrie nicht miterfasst? als Fachabteilung wird sie nicht genannt
- zu 6.5: "impliziert, dass es in anderen Fachgebieten keine Fehler gibt! , es gibt "andere"
- zu 6.5: es fehlt die interventionelle Radiologie
- zu ausladende Fragen, in der einfachen Gestaltung liegt der größte Benefit
- Ärztlicher Direktor ohne Abteilungsleitung

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!