

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in der Schweiz und Niedersachsen: Wie ist der Weg zu Systemperspektive und Lernkultur?

APS-Tagung 2018, Berlin

Dr. Anouk Siggelkow, Ärztekammer Niedersachsen

Lynn Häsler, Patientensicherheit Schweiz

Dr. med. Ulrike Heesemann, Helios Kliniken GmbH

- Zeitnahe Aufarbeitung interner Fälle (meist Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle)
- Lange Tradition als ärztliches Weiterbildungsinstrument
- Internationale Entwicklung zur „systemischen“ MMK -> individuelles **und** organisationales Lernen (Prozesse und Zusammenarbeit)

- Erwünschter Nebeneffekt: Risikosensibilisierung und Vermittlung einer den offenen Umgang mit Fehlern fördernden Kommunikation
- Potential: Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses von (Patienten-) Sicherheit und Weiterentwicklung der organisationsinternen Sicherheitskultur
- strukturelle und methodisch-inhaltliche Charakteristika sind deutlich assoziiert mit der Wirksamkeit und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen

- „Schlecht“ durchgeführte MMK können auch Schaden anrichten (z. B. wenn Beteiligte vorgeführt werden)

- Grosse Heterogenität bei den Zielen, der Struktur und den Prozessen aus der Literatur bekannt

Status Quo der MMK in der Schweiz und in Niedersachsen?



Zentrum für
Qualität und Management
im Gesundheitswesen

Fragebogenentwicklung

- Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- iterativer Prozess (Literatur und Guidelines, Expertengruppe)
- Anpassung für Verwendung in Niedersachsen inkl. Pretest
- CH: 44 Items, Version Niedersachsen: 48 Items

Aufbau

- Durchführung MMK Ja/Nein, soziodemografische Angaben
- Ziele
- Struktur
- Prozess
- Zufriedenheit, subjektive Wirksamkeit
- Weiterentwicklungsbedarf

Online-Befragung von Chefarzten in Akutkrankenhäusern im 2017

- Postalische Einladung, E-Mail-Reminder
- Disziplinen: Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie/Intensivmedizin, Geburtshilfe/Gynäkologie (und Pädiatrie in Nds.)
- 819 in Niedersachsen, 913 in der Schweiz
- Niedersachsen: kaufmännische/ärztliche Direktoren, QMB informiert

- Guter Response!
 - 35% (CH)
 - 50% (Niedersachsen)

- MMK bei den meisten vorhanden
 - 70% (CH)
 - 85% (Nds.)

- Limitation: mögliche Verzerrung durch freiwillige Teilnahme und Selbstauskunft

Praplan-Rudaz, I., Pfeiffer, Y., & Schwappach, D. L. Implementation status of morbidity and mortality conferences in Swiss hospitals: a national cross-sectional survey study, International Journal for Quality in Health Care 2018;30(4),257-264.

Schwappach D.L., Häsler L., Strodtmann L., Siggelkow, A. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Niedersachsen: Status Quo und Weiterentwicklungsbedarf. (under review)

Beschreibung der Stichprobe Niedersachsen

Geschlecht, n (%)	
männlich	365 (88,8)
weiblich	37 (9,0)
keine Angabe	9 (2,2)
Funktion, n (%)	
Chefarzt	348 (84,7)
Oberarzt	43 (10,5)
Assistenzarzt	6 (1,5)
Belegarzt	2 (0,5)
keine Angabe	12 (2,9)
Disziplin, n (%)	
Chirurgische Fächer	170 (41,4)
Internistische Fächer	105 (25,6)
Anästhesiologie und Intensivmedizin	64 (15,6)
Gynäkologie und Geburtshilfe	45 (11,0)
Pädiatrie	15 (3,7)
Andere	4 (1,0)
keine Angabe	8 (2,0)

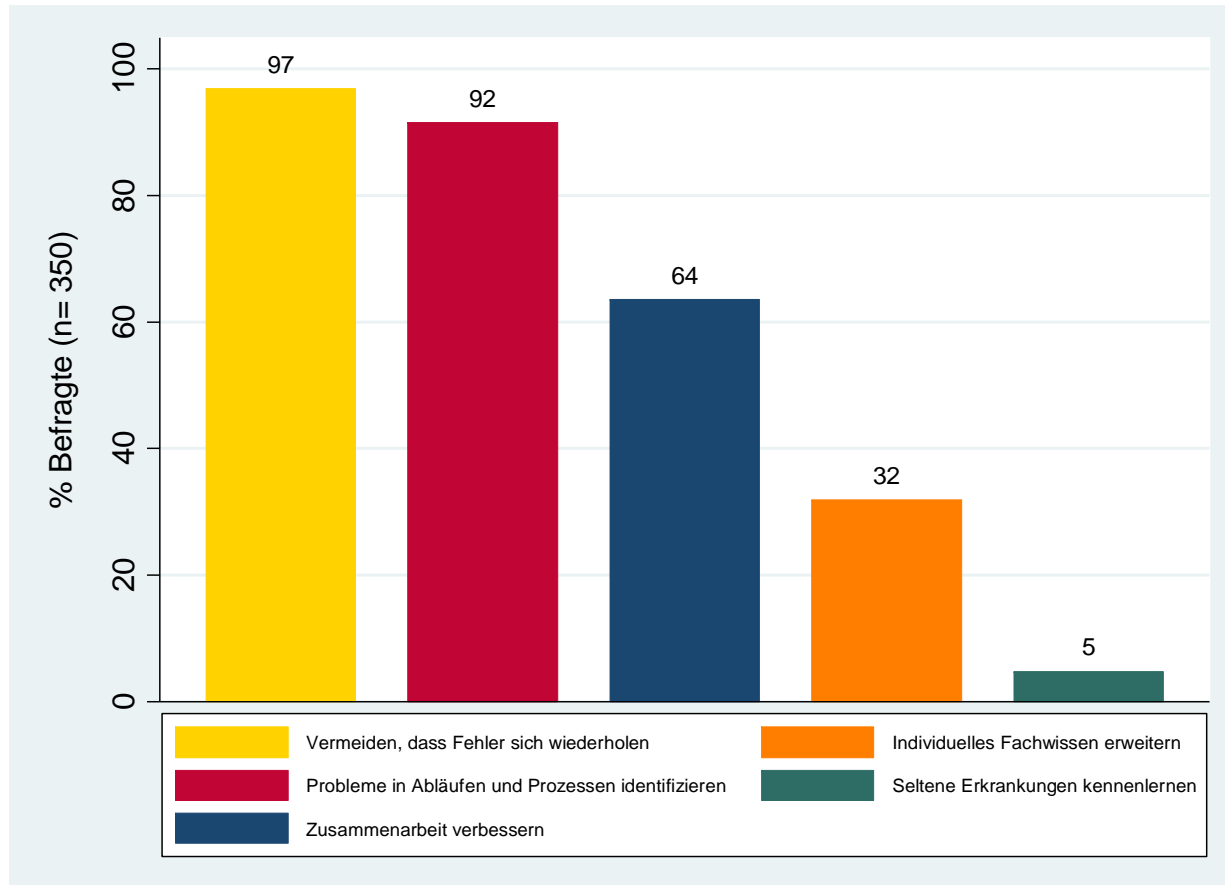
Anmerkung: Die Disziplinen sind annähernd, aber nicht repräsentativ vertreten

Schwappach et al. (under review)

Beschreibung der Stichprobe Niedersachsen

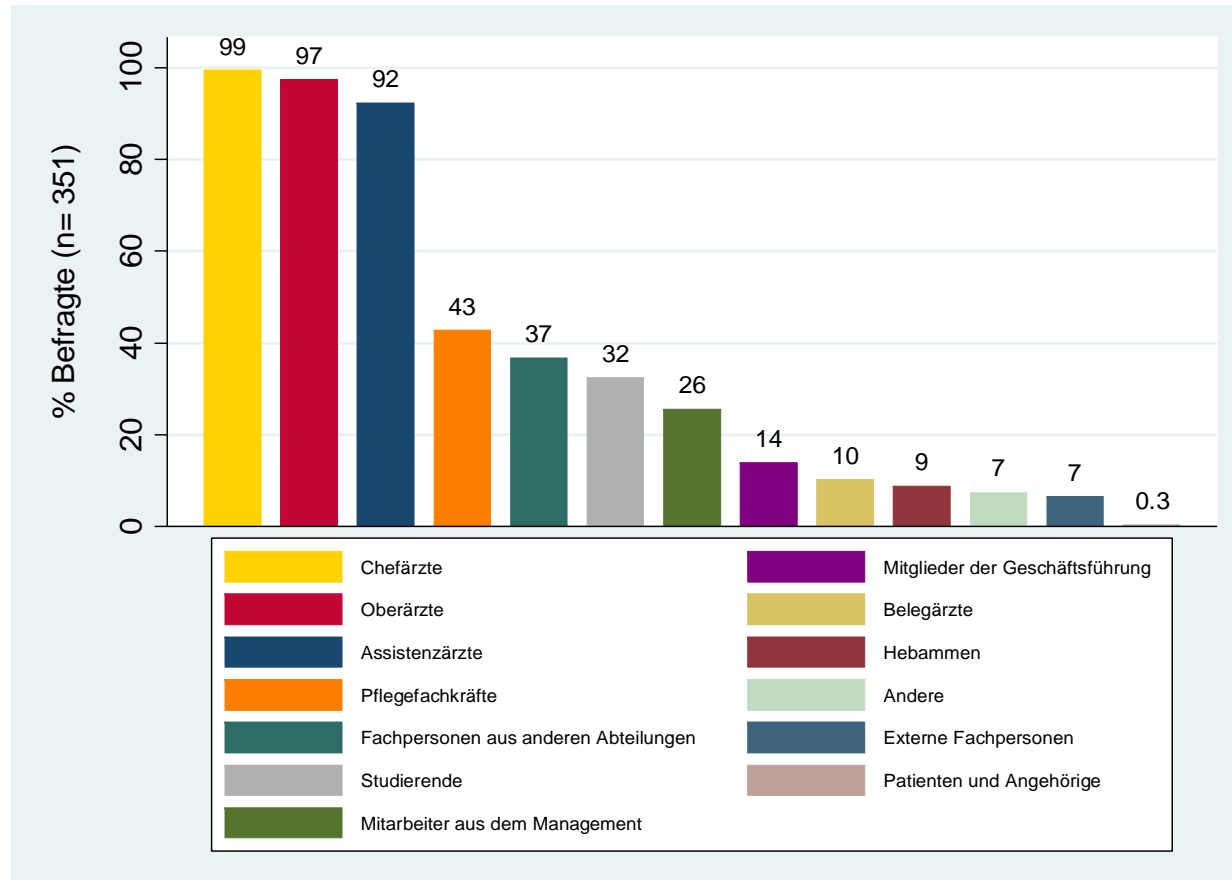
Krankenhauskategorie, n (%)	
Universitätskrankenhaus	24 (5,8)
Krankenhaus mit > = 500 Betten	88 (21,4)
Krankenhaus mit 125 - 499 Betten	236 (57,4)
Krankenhaus mit < 124 Betten	53 (12,9)
Spezialklinik	9 (2,2)
keine Angabe	1 (0,0)
Art des Krankenhauses, n (%)	
öffentlich rechtliches Krankenhaus	161 (39,1)
frei-gemeinnütziges Krankenhaus	87 (21,2)
privates Krankenhaus	150 (36,5)
keine Angabe	13 (3,2)
Abteilungsgrösse, n (%)	
Bis 20 Betten	58 (14,1)
21-40 Betten	116 (28,2)
41-60 Betten	86 (20,9)
61-80 Betten	52 (12,7)
über 80 Betten	46 (11,2)
keine Aussage möglich (z. B. Anästhesie-Pool)	43 (10,5)
keine Angabe	10 (2,4)

Schwappach et al. (under review)



Trend zur systemischen MMK

Schwappach et al. (under review)



Ärztlich dominiert

Schwappach et al. (under review)

- Frequenz: meist **regelmässig** (CH: 88%, Nds. 85%)
 - in CH meist quartalsweise (44%)
 - in Nds. meist monatlich (40%)

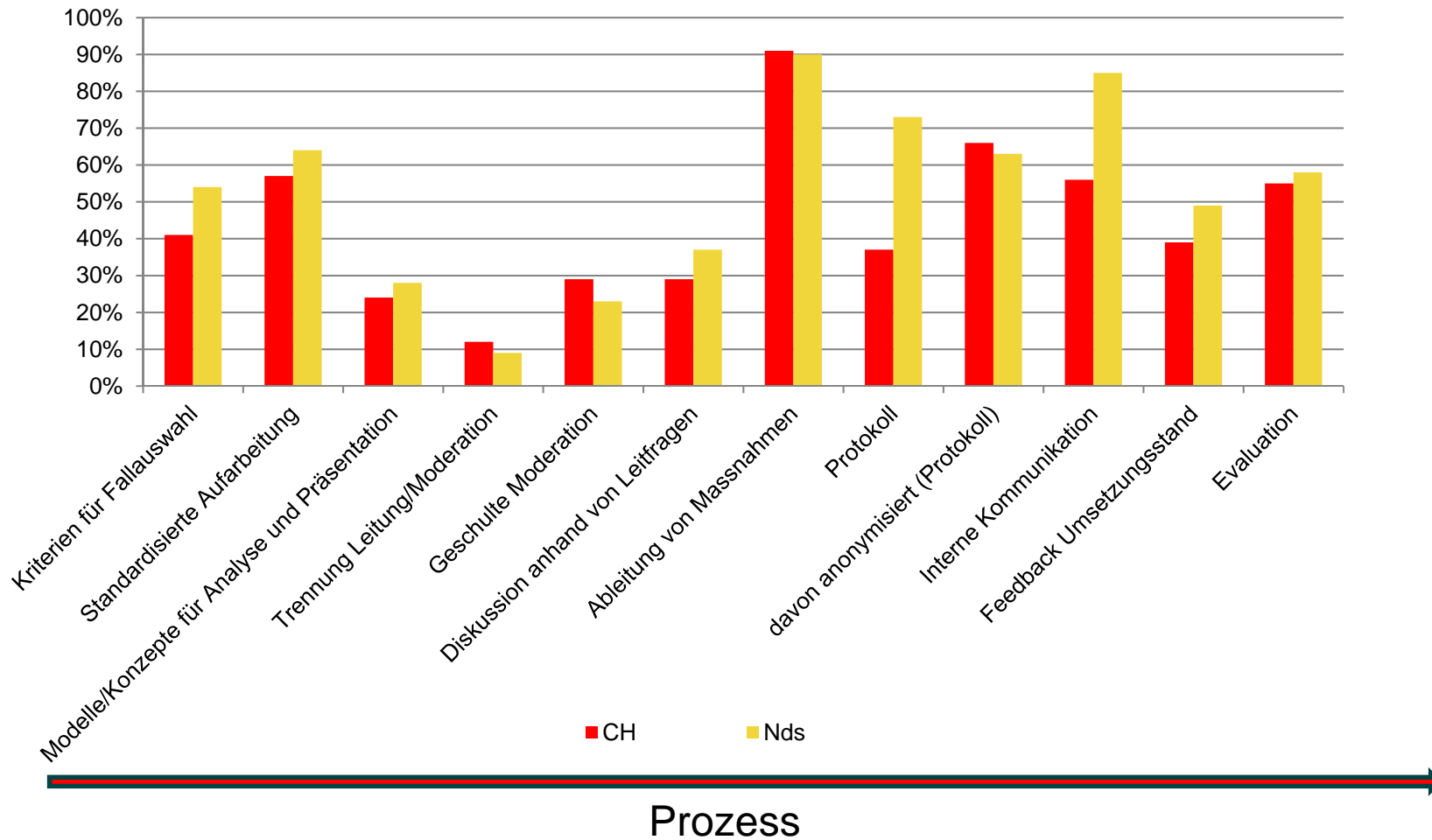
- Anzahl Fälle pro M&MK
 - meist 2 Fälle
 - oft auch 1 oder 3
 - 4+ bei ca. 20%

- Dauer pro Fall: **Median bei 20 Minuten**

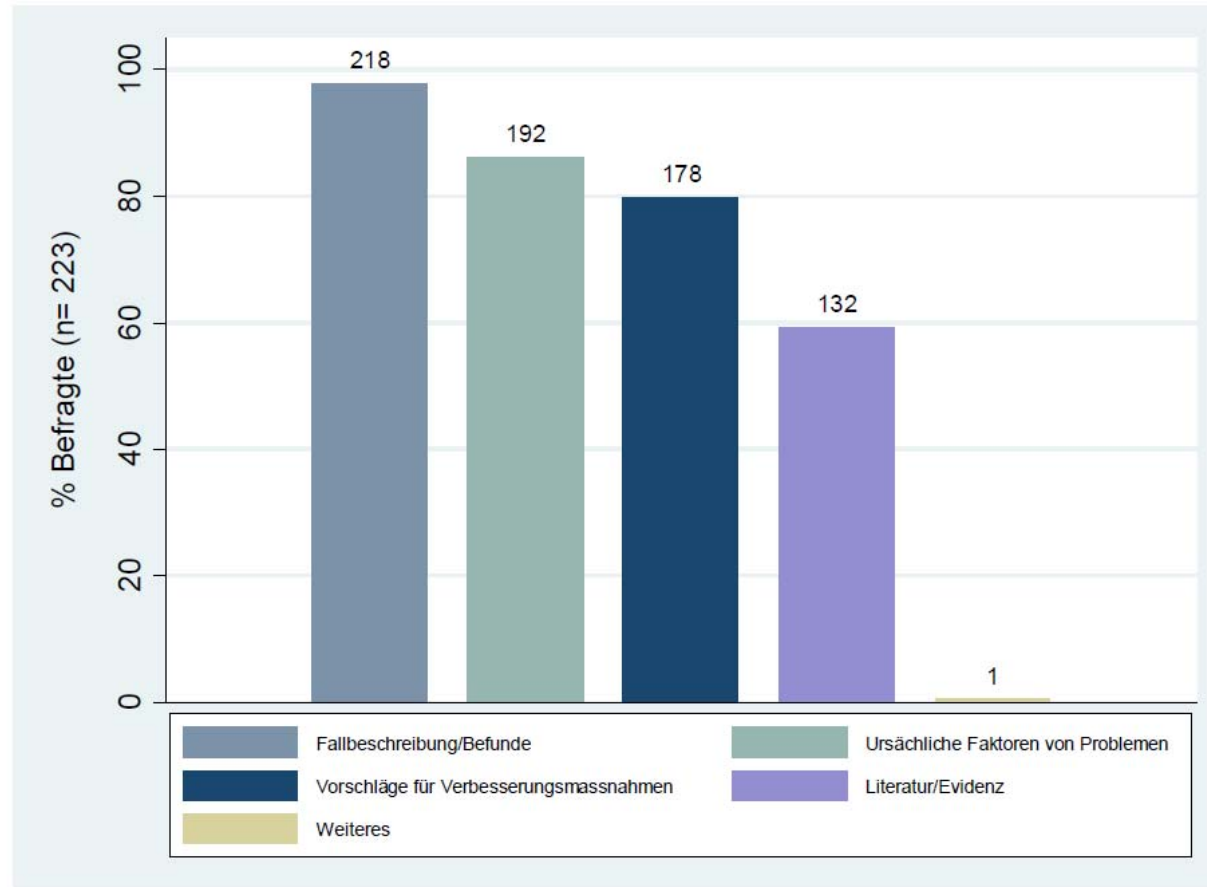
- Dauer der Diskussion pro Fall: liegt bei 60-70% bei <15min

Praplan-Rudaz, et al. (2018), Schwappach et al. (under review)

Prozessvariablen

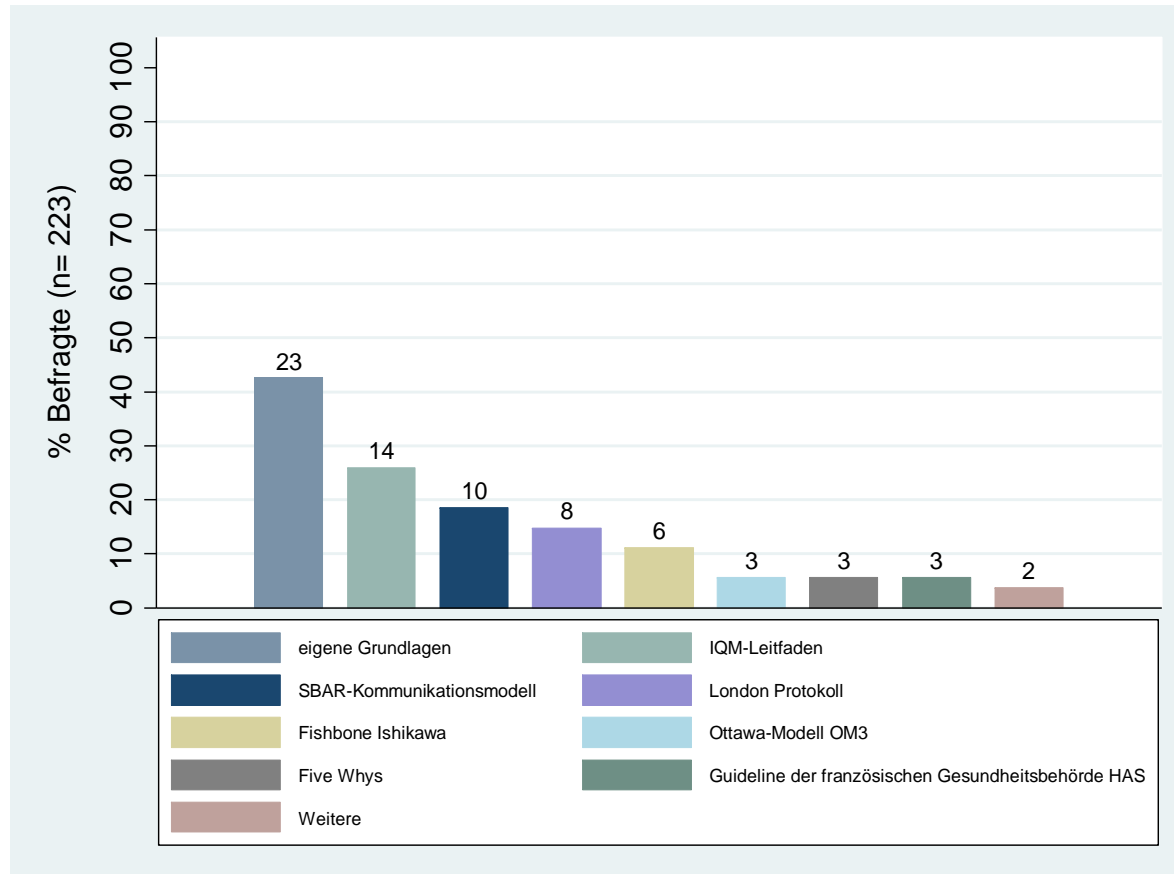


Praplan-Rudaz, et al. (2018), Schwappach et al. (under review)



In der Schweiz wird mehr Fachwissen präsentiert (60 vs. 25%)

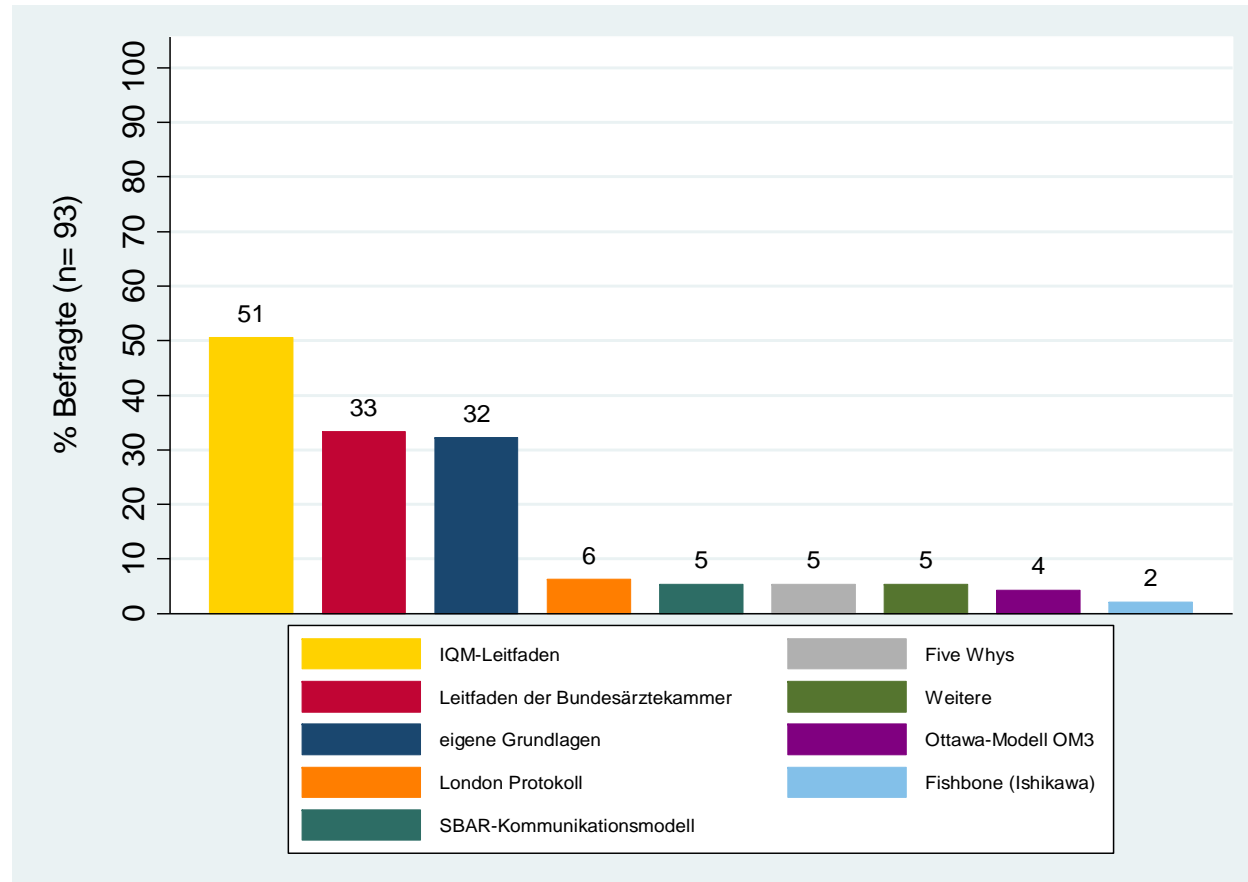
Praplan-Rudaz, et al. (2018),



CH meist eigene Grundlagen (kein Leitfaden vorhanden)

Praplan-Rudaz, et al. (2018)

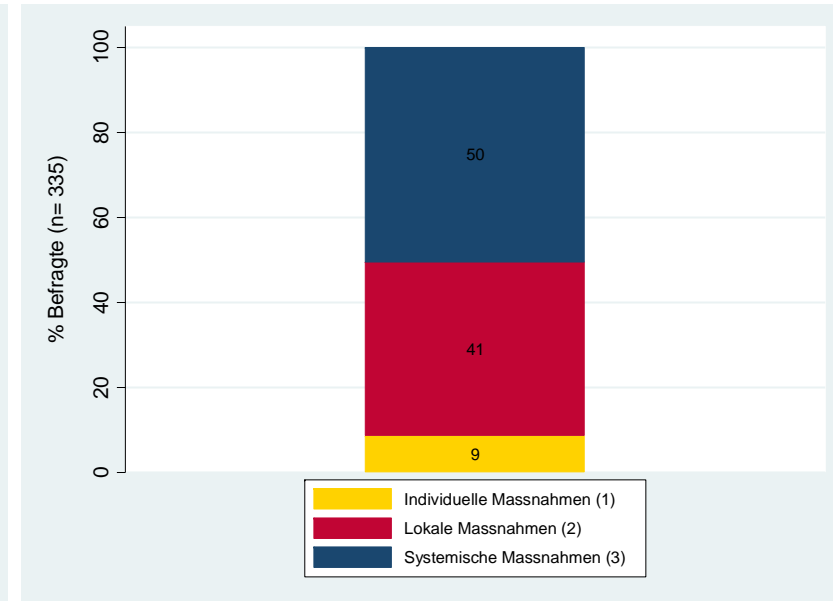
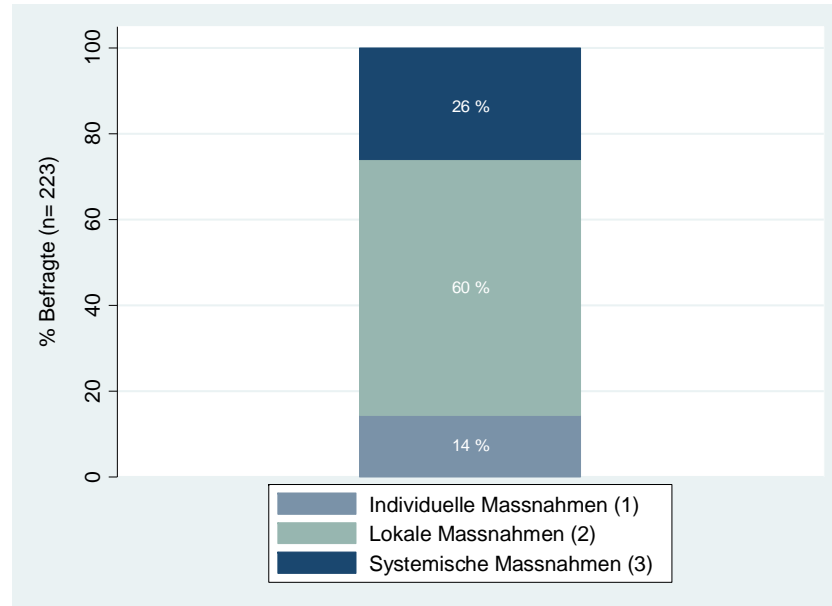
Konzepte und Leitfäden (Nds.)



Mehrheit verwendet bestehende Leitfäden

Schwappach et al. (under review)

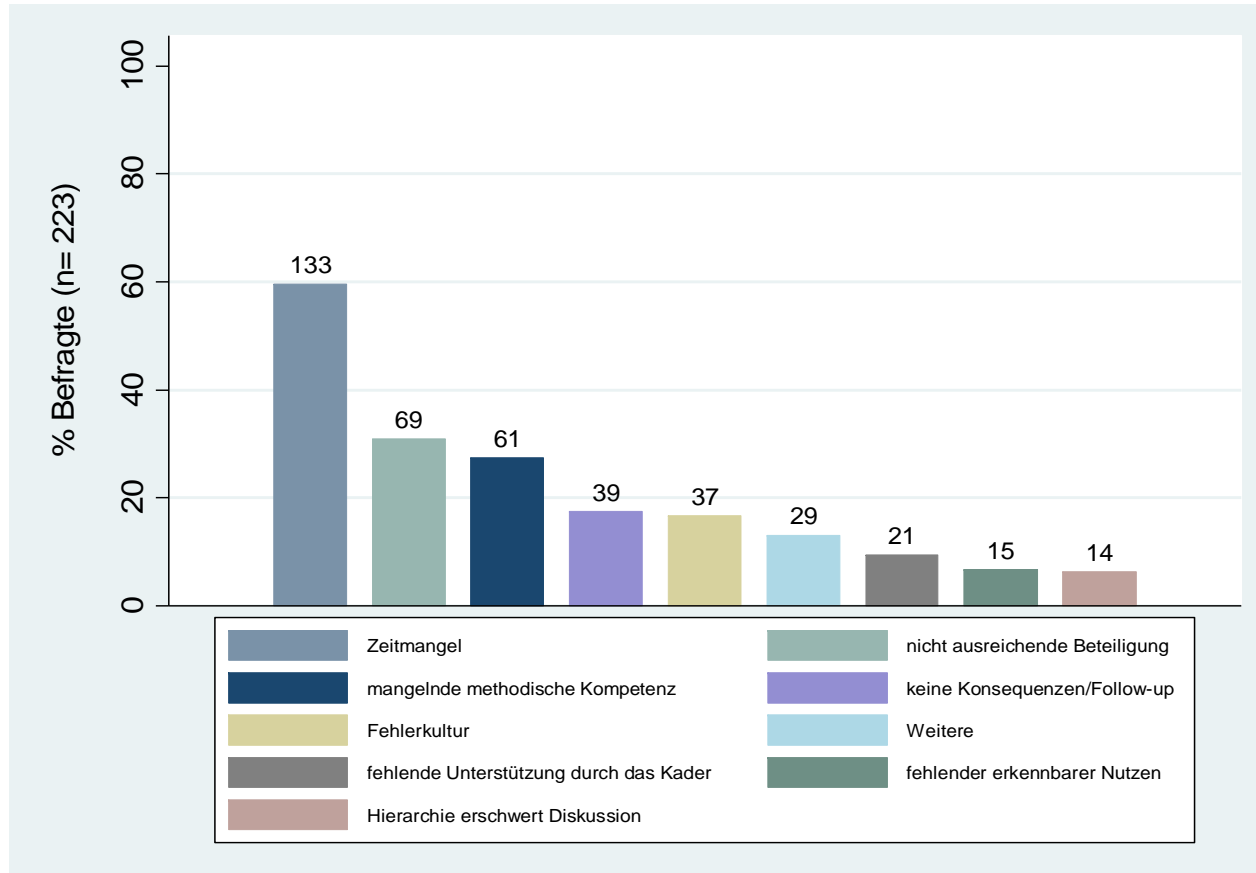
Art der Massnahmen



In der CH werden v.a. lokale Massnahmen abgeleitet, in Nds v.a. systemische Massnahmen

Praplan-Rudaz, et al. (2018), Schwappach et al. (under review)

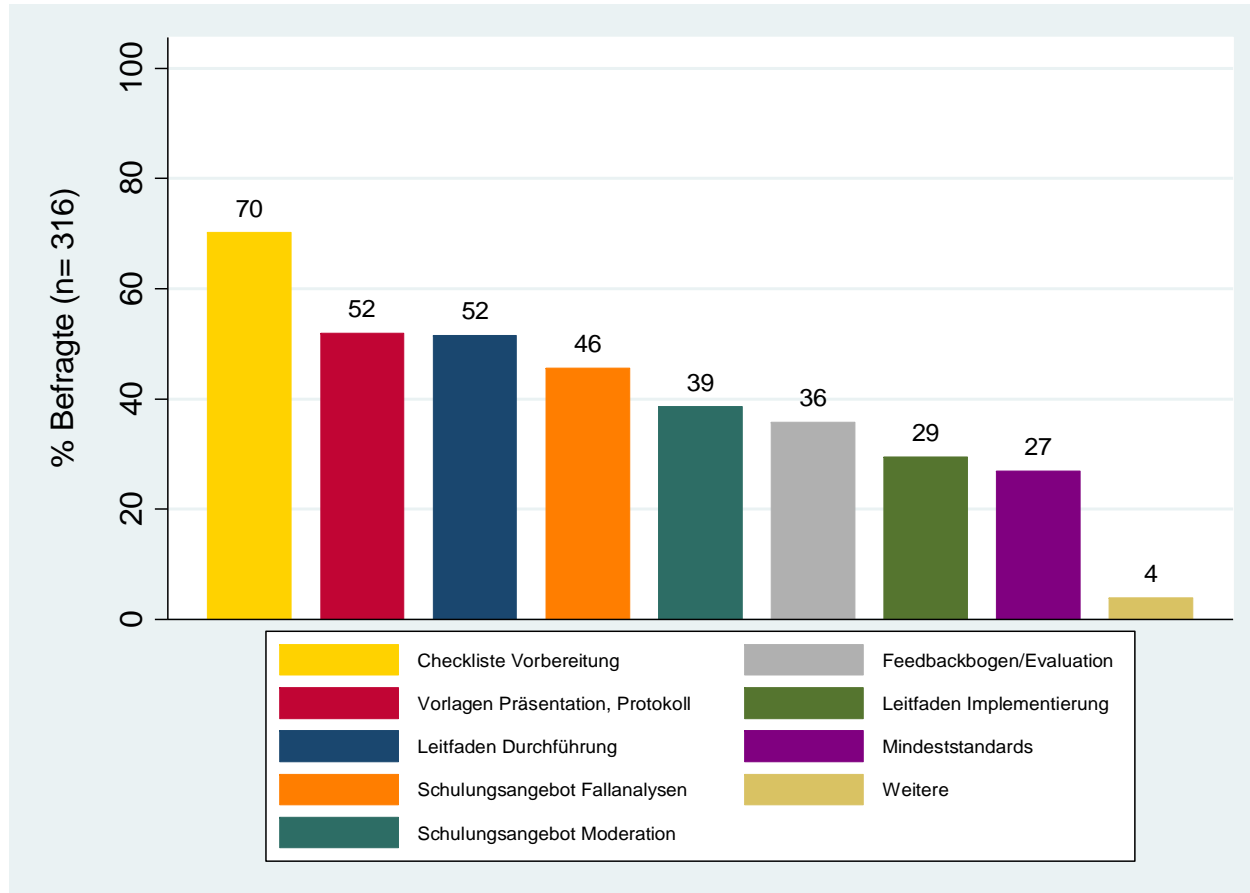
- Hohe Zufriedenheit und subjektive Wirksamkeit (> 80%)
- Verbesserungsbedarf vorhanden bei > 60%
- Nds.: Beurteilung einer gesetzlichen Verpflichtung von 71% als eher positiv
 - Gründe: Verbesserung der Patientensicherheit
 - Kontra: führt zu „Pro-forma-Veranstaltungen“



Zeitmangel als grösstes Hindernis für die Wirksamkeit

Praplan-Rudaz, et al. (2018)

Gewünschte Unterstützung (Nds.)



Hoher Bedarf an Unterstützungsmaterialien

Schwappach et al. (under review)

Score (Schweizer Daten)

item	Structural and procedural criteria of M&MCs entering the score	N (%)
1	Frequency of M&MC (weekly, biweekly or monthly)	81 (36.5)
2	M&MCs are held regularly (yes)	179 (80.6)
3	Defined case selection procedure (yes)	92 (41.3)
4	Number of cases per M&MC (<4 cases)	187 (83.9)
5	Case analysis along a standardized procedure (yes)	126 (56.5)
6	Case discussion along key questions (yes)	64 (28.7)
7	Case preparation involves more than chart review (yes; e.g., evidence scan; analysis of contributing factors)	209 (93.7)
8	Use of concepts or models for case analysis (yes; e.g., SBAR, Ottawa Model)	54 (24.2)
9	Written protocol of M&MC (yes)	82 (36.8)
10	Internal communication of results (yes)	124 (55.6)
11	Task allocation (chairing and moderation are separated roles) (yes)	47 (21.1)
12	M&MC moderators are trained (yes)	59 (29.1)
13	Stringent discussion of cases (<= 15 minutes per case on average)	146 (65.5)
14	Feedback on improvements to participants (yes)	137 (61.4)

14 strukturelle und prozedurale Merkmale hängen negativ mit Verbesserungsbedarf zusammen

Schwappach, D.L., Häsler L., Pfeiffer, Y. Chief physicians' perceived need for improvement of morbidity and mortality conferences: the role of structural and procedural characteristics. BMJ Leader 2018;2(1), 43-45.

- Aboumatar HJ, Blackledge CG, Dickson C, Heitmiller E, Freischlag J, Pronovost PJ. A Descriptive Study of Morbidity and Mortality Conferences and Their Conformity to Medical Incident Analysis Models: Results of the Morbidity and Mortality Conference Improvement Study, Phase 1. *Am J Med Qual* 2007;22:232-8.
- Boy O, Chop I. Methodological guidelines for morbidity and mortality conferences (in German). Berlin: Bundesärztekammer; 2016.
- Calder LA, Kwok ESH, Cwinn AA, Frank JR, Worthington J. Ottawa M&M Modell. Ottawa: 2012. http://www.emottawa.ca/assets_secure/MM_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf Accessed [2017 Aug 25].
- Chop I, Eberlein-Gonska M. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Euteneier A, editor. *Handbuch Klinisches Risikomanagement*. Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 569-74.
- Dargon PT, Mitchell EL, Sevdalis N. Model of Imperial Collage: Morbidity and Mortality Conference Manual. London: 2012. <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/mmmanualv1.1dec2012rev.pdf> Accessed [2017 Aug 25].
- Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Quality & Safety* 2012;21:576-85.
- Lecoanet A, Vidal-Trecan G, Prate F, Quaranta JF, Sellier E, Guyomard A, et al. Assessment of the contribution of morbidity and mortality conferences to quality and safety improvement: a survey of participants' perceptions. *BMC Health Serv Res* 2016;16:1-7.
- Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003;290:2838-42.
- Praplan-Rudaz, I., Pfeiffer, Y., & Schwappach, D. L. Implementation status of morbidity and mortality conferences in Swiss hospitals: a national cross-sectional survey study, *International Journal for Quality in Health Care* 2018;30(4),257-264.
- Schwappach, D.L., Häsler L., Pfeiffer, Y. Chief physicians' perceived need for improvement of morbidity and mortality conferences: the role of structural and procedural characteristics. *BMJ Leader* 2018;2(1), 43-45.
- Schwappach D.L., Häsler L., Strodtmann L., Siggelkow, A. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Niedersachsen: Status Quo und Weiterentwicklungsbedarf. (under review)
- The Royal College of Surgeons of England. Morbidity and mortality meetings: a guide to good practice. London: 2015. <https://www.rcseng.ac.uk/library-and-publications/college-publications/docs/morbidity-mortality-guide/> Accessed [2017 Aug 25].

Gibt es Überraschendes oder Bestätigendes?

Fallen Ihnen wichtige Punkte ein, die gar nicht thematisiert wurden?

Was würden Sie verbessern wollen?

- **Wenn Sie in einem Krankenhaus verantwortlich wären:**
- **Was benötigen Sie für die Umsetzung einer MMK?**
 - Strukturelle Voraussetzungen/Rahmenbedingungen vor Ort?
 - Welche Materialien/Schulungsangebote zu Wissen/Fähigkeiten/Fertigkeiten können hilfreich sein?
 - Welche Zielgruppe: Unterschiedliches Vorgehen als QMB/Ärzte?
- **Wie würden Sie vorgehen?**
 - Strategie, Zuordnung von Verantwortlichkeiten (Wer? Was?)

