

Safety Clip: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen wirksam gestalten



Typische Stolpersteine und Lösungsansätze

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) gehören inzwischen zu den etablierten Risikomanagement-Instrumenten. In den strukturierten Qualitätsberichten der allermeisten Krankenhäuser werden sie neben Qualitätszirkeln und Tumorkonferenzen regelhaft aufgeführt. Bereits 2022 gaben im Rahmen der KHaSiMiR 21-Krankenhausstudie 65 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser an, M&M-Konferenzen vollständig oder weitgehend implementiert zu haben; weitere 28 Prozent berichteten von einer teilweisen Umsetzung. [1] Es ist davon auszugehen, dass die Implementierung in den vergangenen Jahren weiter vorangeschritten ist.

Bei der Implementierung von M&M-Konferenzen stützen sich viele Krankenhäuser auf den Methodischen Leitfaden der Bundesärztekammer, der viele hilfreiche Hinweise in Bezug auf die Organisation und Umsetzung von M&M-Konferenzen enthält. [2] Die wesentlichen Anforderungen hat meine Kollegin Vera Triphaus, Senior Beraterin GRB, bereits 2023 in der *Passion Chirurgie* 10/23 zusammengefasst. [3]

Der vorliegende Safety Clip ist keine Wiederholung dieses Artikels, sondern eine Ergänzung und Fortschreibung. Denn mit zunehmender Verbreitung der M&M-Konferenzen dürfte auch der Anteil derer steigen, die in irgendeiner Form negative Erfahrungen mit der Anwendung der Methode gemacht haben:

- die Vorbereitung und Terminierung der Konferenzen verlaufen chaotisch,
- es fehlt der Anspruch und Wille für eine konstruktive und offen geführte Analyse (M&M als Feigenblatt),
- die Durchführung und Moderation erfolgen nicht stringent und steuernd genug,
- am Ende ist kein Ergebnis erkennbar oder,
- die Umsetzung abgeleiteter Maßnahmen versandet.

Meist sind die Ursachen für eine dysfunktionale Durchführung in der Organisation der M&M-Konferenzen selbst zu finden, sodass ein guter Handlungsansatz besteht. Manchmal kann jedoch auch die Persönlichkeitsstruktur oder das Verhalten eines einzelnen Verantwortlichen als Hindernis identifiziert werden und dann ist das Herbeiführen einer Veränderung ungleich schwieriger.

Nachfolgend einige ausgewählte Hürden und Stolpersteine, die Mitarbeitende zu Bewertungen wie „M&M-Konferenzen funktionieren bei uns nicht“ oder „wir haben nicht die Kultur“ bewegen können, obwohl die M&M-Konferenzen grundsätzlich gewünscht sind.

Zentrale vs. dezentrale Durchführung

Instrumente des klinischen Risikomanagements sollen nach der Qualitätsmanagement-Richtlinie in allen zugelassenen Krankenhäusern etabliert sein, dabei sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in der Aufzählung der möglichen Instrumente genannt. [4]

Die konkrete Umsetzung legt die Organisation selbst fest, sodass M&M-Konferenzen in unterschiedlichen Formaten in der Praxis anzutreffen sind. Sie sind entweder zentral und fachabteilungsübergreifend für das Haus organisiert oder sie werden dezentral in allen oder ausgewählten Leistungsbereichen durchgeführt (auf Ebene Zentrum, Klinik oder Fachabteilung).

Die dezentralen Konferenzen richten sich formatbedingt an einen Teilnehmerkreis aus mehreren, unterschiedlichen medizinischen Disziplinen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die dort vorgestellten Fälle ein medizinisches oder organisatorisches Thema betreffen, welches für den Einzelnen nicht sonderlich von Interesse ist, steigt hierdurch. Bei einem zu großen thematischen Ungleichgewicht und einer Unterrepräsentation einzelner Fachbereiche wird das Interesse an den M&M-Konferenzen und die Bereitschaft zur Beteiligung sinken. Das „Lernen aus Ereignissen“ ist wirksamer, wenn ein Bezug zur eigenen Arbeit vorhanden ist.

Erster Lösungsansatz hierfür ist, die zentralen Konferenzen durch ein Format zu ersetzen, welches die Unterschiedlichkeit der Zielgruppen berücksichtigt (z. B. zwei getrennte Konferenzen für operative und konservative Fachbereiche).

Stringente Durchführung

Arbeitszeit ist ein knappes Gut, das sinnvoll eingesetzt werden muss. Aus diesem Denken heraus entsteht eine gewisse Erwartungshaltung an die Konferenz und an die Handelnden. Die Konferenz soll pünktlich beginnen und zeitgerecht enden. Die Vorstellung des Behandlungsfalls soll einer guten Übergabe entsprechen: vollständig, aber auf die relevanten Fakten konzentriert. Der Moderator soll die Fallanalyse steuern und dafür Sorge tragen, dass die Diskussion nicht abschweift oder sich im Kreis dreht. Diese Rahmenfaktoren tragen zu einer M&M-Konferenz bei, die von den Teilnehmenden als effektiv bewertet wird – unabhängig von der Diskussion und den Ergebnissen.

Verlässliche Durchführung

Insbesondere in der Implementierungsphase ist es sinnvoll, M&M-Konferenzen ausreichend regelmäßig durchzuführen, um mit der Methode vertraut zu werden und eine gewisse Routine zu entwickeln. Die Termine für die Konferenzen sollten mit ausreichend zeitlichem Vorlauf geplant und bekannt gegeben werden.

Aber abhängig vom Intervall und der Organisation der M&M-Konferenzen (zentral vs. dezentral – vgl. oben), kann die Situation eintreten, dass kein geeigneter Fall mit Morbidität oder Mortalität vorliegt, der besprochen werden könnte.

In diesem Fall bietet es sich an, den Zeitslot für ein anderes Thema rund um Qualität und Sicherheit zu nutzen:

- die Vorstellung einer positiv verlaufenden/gelaufenen Behandlung mit Lernpotenzial,
- eine interne Fortbildung nachholen, die schon zweimal verschoben werden musste,
- eine Einweisung in ein neues Medizinprodukt organisieren oder einen Refresher in der Bedienung eines selten eingesetzten Gerätes,
- eine Übungssequenz zu Notfall, Reanimation, Komplikation, Schockraum u. a.,
- die Vorstellung und Bewertung interner Kennzahlen oder Qualitätssicherungs-Daten.

Geplante Termine sollten in jedem Fall nicht ungenutzt bleiben und kurzfristig abgesagt werden. Es sollte maximal der Teilnehmerkreis reduziert oder die geplante Zeit etwas gekürzt werden. Eine Komplettabsage vermittelt schnell den Eindruck, dass das Qualitäts- und Risikomanagement nur einen geringen Stellenwert hat.

Zwanghafte Durchführung

Neben dem beschriebenen Szenario „es liegt kein Fall vor“ kann auch die Situation eintreten, dass zwar ein Fall vorliegt, dieser aber nicht für eine M&M-Konferenz geeignet erscheint:

- Es fehlen wesentliche Informationen zu dem Fall, sodass eine vollständige Analyse faktisch nicht möglich ist. Eine abschließende Diskussion mit ausreichend Erkenntnisgewinn scheint schon im Vorfeld nicht möglich.
- Es bestehen Spannungen oder Konflikte zwischen Mitarbeitenden, die am Ereignis beteiligt waren. Es besteht die Sorge einer weiteren Eskalation oder Frontenbildung durch die klinik-öffentliche Diskussion im Rahmen der M&M-Konferenz.
- Der Fall geht mit einer hohen psychischen Belastung bei Mitarbeitenden einher, die an dem Ereignis beteiligt waren (Second Victim). Die Mitarbeitenden sind noch in der Be- und Verarbeitung des Ereignisses, da das Ereignis erst kürzlich eingetreten ist.
- Der vorliegende Fall hat bereits eine hohe Aufmerksamkeit in der Organisation und möglicherweise auch darüber hinaus (öffentliche Disziplinarmaßnahmen, Medieninteresse, Ermittlungen von Polizei und Staatsanwaltschaft). Es bestehen Unsicherheiten bezogen auf das weitere Vorgehen und die Sorge, dass in der M&M-Konferenz gewonnene Erkenntnisse publik und rechtlich nachteilig gewertet werden.

In derlei Situationen sollte auf das Bauchgefühl vertraut und auf die Berücksichtigung dieses Falls bei der M&M-Konferenz verzichtet werden. Im besten Fall bedarf es hierfür keiner Abstimmung, da die Nichteignung des Falls schon vorher definiert war (Ausschlusskriterien).

Es bestehen jedoch weitere Handlungsansätze:

- Der Fall kann möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer M&M-Konferenz behandelt werden, wenn die Informationslage vollständiger ist oder weniger akute Emotionen die Analyse verhindern.
- Der Fall kann statt in einer M&M-Konferenz auch im Rahmen einer retrospektiven Fallanalyse bearbeitet werden, die einen noch kleineren, geschützten Rahmen und ein individuelles, situatives Vorgehen ermöglicht.

Die M&M-Konferenz ist eine bewährte, langjährig erprobte Methode, aber hoffentlich nur eines von mehreren Werkzeugen im Methodenkoffer des Risikomanagements.

Ergebnisgesteuerte Durchführung

Es braucht einen Verantwortlichen, der den organisatorischen Rahmen der M&M-Konferenzen vorgibt, die nachhaltige Durchführung sicherstellt und die Konferenzen leitet. Abhängig davon, ob die Konferenzen in einem Krankenhaus zentral oder dezentral angesiedelt sind (s. oben), ist dies im Regelfall der ärztliche Direktor oder die ärztliche Leitung eines Leistungsbereiches.

Wenn der Verantwortliche jedoch nicht nur die Rahmenbedingungen für die M&M-Konferenzen festlegt, sondern diese auch maßgeblich inhaltlich gestaltet und steuert, so kann dies schnell zu Unmut unter den Teilnehmern und zu einer Ablehnung der M&M-Konferenzen führen. Symptome hierfür sind z. B.:

- Angemeldete Fälle werden ohne kommunizierte und nachvollziehbare Gründe abgelehnt.
- Der Verantwortliche übernimmt als vorbildliche Führungskraft die Durchführung der Konferenz komplett selbst (Konferenzleitung, Fallvorstellung und Moderation).
- Die Rollen sind zwar definiert und vergeben, jedoch übernimmt der Verantwortliche die Rolle(n) spontan und situativ. Die Fallvorstellung oder die nachfolgende Diskussion werden so maßgeblich geprägt und beeinflusst. Die Diskussion wird nicht mehr (ergebnis-)offen geführt und das präferierte Ergebnis ist für die Teilnehmenden bereits frühzeitig erkennbar oder ihnen schon bekannt.

Häufiger anzutreffen als diese Form des Mikromanagements ist jedoch die Konstellation, dass ein M&M-Verantwortlicher zugleich auch der Verantwortliche für den Prozess ist, der im Rahmen der Konferenz analysiert und diskutiert wird. Solche Doppelrollen führen häufig zu einem Spannungsfeld von unterschiedlichen Erwartungen und Interessen. Wenn der Verantwortliche eine vorgeschlagene Maßnahme ablehnen möchte, ist eine besondere Sensibilität geboten. Die Ablehnung sollte nicht nur in angemessener Form erfolgen, sondern kann im besten Fall auch begründet werden.

Nachhaltige Durchführung

Die regelmäßige Durchführung von M&M-Konferenzen ist mit Bereitschaft, Organisation und etwas Disziplin zu bewerkstelligen. Der schwierigere Teil der Arbeit folgt jedoch erst nach den Konferenzen. Die Erkenntnisse aus der Konferenz müssen in Form von Maßnahmen aus dem Protokoll in die Umsetzung gebracht werden. Dies ist mit einigen typischen Herausforderungen verbunden:

- Die Verteilung des Protokolls muss geregelt und vereinheitlicht sein (Verteilerkreis, Protokollablage, Einsichtsrecht).
- Bei einer geplanten Veränderung kann es sich um eine „Maßnahme“ handeln, deren Umsetzung aufgrund der Teilnahme des Verantwortlichen an der M&M-Konferenz und seiner Zustimmung direkt erfolgen kann. Es kann jedoch auch eine „Maßnahmenempfehlung“ vorliegen, die durch die Teilnehmenden der Konferenz nicht beschlossen wurde, sondern lediglich zur Umsetzung empfohlen wird. Wer übernimmt die Kommunikation dieser Empfehlung an die richtige Instanz?
- Die festgelegten Maßnahmen sind im Protokoll fixiert und im besten Fall auch mit einem Verantwortlichen ausgewiesen. Erfolgt eine nachvollziehbare, schriftliche Protokollierung der weiteren Umsetzung?
- Wenn eine schriftliche Umsetzung gefordert ist: besteht hierfür ein einheitliches System/Instrument? Wenn ein solches System besteht: haben alle Maßnahmen-Verantwortlichen Zugriff hierauf?
- Eine Nachverfolgung der Maßnahmenbearbeitung ist sinnvoll, um die Art und Vollständigkeit der Umsetzung darlegen, nachvollziehen und überprüfen zu können. Wer überprüft die Umsetzung der Maßnahme auch über einen längeren Zeitraum?

Der Weg bis zur vollständigen Umsetzung einer Maßnahme kann, abhängig von der Organisation der M&M-Konferenzen und den bestehenden IT-Möglichkeiten (Excel-Maßnahmenliste vs. softwaregestütztes Maßnahmenmanagement), lang sein und die Wahrscheinlichkeit, dass die Bearbeitung auf dem Weg stecken bleibt, ist gegeben. Nach der Erfahrung des Autors ist dieser Bearbeitungsschritt häufig der Knackpunkt.

Eine gute Idee, die zu mehr Prozessstabilität, einer Arbeitserleichterung oder einer höheren Patientensicherheit führen soll, wird am Ende des Tages nicht nachhaltig umgesetzt. Dies ist für alle Beteiligten frustrierend und demotivierend.

Literatur

- [1] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2024). KHaSiMiR – Krankenhaus-Sicherheits-Monitoring im Regelbetrieb. Abschlussbericht Teil I. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-I-1.pdf
- [2] Bundesärztekammer (Hrsg.). (2016). Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) (Band 32, 1. Aufl.). Bundesärztekammer. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Qualitaetssicherung/Leitfaden_MMK.pdf
- [3] Triphaus, V. (2020, 17. August). Safety Clip: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen zur Förderung der Sicherheitskultur. Berufsverband Deutscher Chirurgen e. V. <https://www.bdc.de/safety-clip-morbiditaetsund-mortalitaetskonferenzen-zur-foerderung-der-sicherheitskultur/>
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/>

Autor:in des Artikels



Michael Schrewe

Senior Berater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

Schrewe M: Safety Clip: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen-Konferenzen wirksam gestalten. *Passion Chirurgie*.
2026 September; 16(09/III): Artikel 04_03.