

Stiftung Patientensicherheit
Schweiz

Leitfaden

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Lynn Häsler
Prof. Dr. David Schwappach



Empfohlen durch


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

 Plattform
Patientensicherheit



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Leitfaden

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Lynn Häsler
Prof. Dr. David Schwappach

Inhalt

Dank	2
Vorwort	3
Worum geht es?	5
Ziele der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	6
Die M&M als Kulturträgerin	8
Struktur, Rollen und Ablauf	10
Fallsammlung und Fallauswahl	14
Vorbereitung und Präsentation	17
Diskussion	21
Massnahmen	22
Evaluation	24
Erste Schritte	25
Rechtliches	26
Anhang	27

Dank

Wir möchten an dieser Stelle all denjenigen Institutionen und Personen ein herzliches Dankeschön aussprechen, die beim Projekt mitgewirkt und es unterstützt haben:

- FMH Swiss Medical Association
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH)
Mildenberger+Cie.
- Allen Spitälern, die uns Einblick in ihre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen gewährt haben
- Allen Expertinnen und Experten, die Teile des Leitfadens gelesen oder pilotiert haben und die mit ihrem Feedback zur Qualität dieses Dokuments beigetragen haben:

Prof. Dr. med. Andreas Becker
PD Dr. med. Denis Berdajs
Prof. Dr. med. Bernhard Frey
Prof. Dr. med. Michele Genoni
Prof. Dr. med. Pietro Giovanoli
Dr. med. Silvio Gujer
Dr. Gesine Hofinger
PD Dr. med. Balthasar Hug
Dr. med. Joachim Koppenberg
Dr. Marko Kovic
PD Dr. med. Mattia Lepori
Dieter Mildenberger
Dr. Yvonne Pfeiffer
Dr. med. Anouk Siggelkow
Dr. Anthony Staines
Lena Strodtmann
PD Dr. med. Ulrike Subotic
Daniela Vetterli
Dr. med. Eva-Maria Weiss Guillet



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica



mildenberger + cie.
versicherungsmakler

Vorwort

Die Mortality and Morbidity Conference gründet auf einer langen vornehmlich angelsächsischen Tradition, deren Anfänge eng mit dem Namen des Chirurgen Codman verbunden sind. Er forderte bereits 1910 mit seiner Idee vom «end-result...» jedes Spital auf, den Blick auf das Ergebnis der medizinischen und chirurgischen Interventionen bei jedem Patienten zu richten, um zu erkennen, ob die Behandlung erfolgreich war oder nicht. Und wenn nicht, zu erforschen warum nicht. Durch transparente vergleichende Darstellung der Ergebnisse sollte die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden.

In den dreissiger Jahren kreierte Anästhesisten in Philadelphia das Anesthesia Mortality committee. Dabei handelte es sich um eine Gruppe, die von der Anästhesie abhängige Todesfälle diskutierte – insbesondere Fälle, bei denen ein Fehler vermutet wurde. Damit war die Grundlage für zukünftige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (nachfolgend M&M) gelegt. Hier standen vor allem die multidisziplinären Weiterbildungsmöglichkeiten für die Ärzte im Vordergrund.

Das Accreditation Council of Graduate Medical Education nahm in den neunziger Jahren die M&M auch als Ausbildungstool auf und verband es eng mit der fachlichen Qualifizierung. Damit werden die M&M als geeignete didaktische Instrumente zur Förderung der ärztlichen Kernkompetenzen (Patientenversorgung, medizinisches Wissen, praxisbezogenes auf Verbesserung ausgerichtetes Lernen, kommunikative Fertigkeiten, systembasierte Praxis) angesehen. Sie müssen für Weiter- und Ausbildung eingesetzt werden. Mit der Publikation von «To err is human – Building a safer Health System» um die Jahrtausendwende werden die Aspekte der Patientensicherheit und des Systems, in dem Sicherheit produziert werden soll, in den Fokus gerückt.

Der Umgang mit Schäden, die aus Fehlern erwachsen, die systematische Analyse von unvorhergesehenen Krankheitsverläufen nach therapeutischen Interventionen, um auch den systembasierten latenten Fehler zu entdecken, zu analysieren und Verbesserungen abzuleiten, sind Aufgaben, die nur in einer Kultur möglich sind, die es erlaubt, repressionsfrei über unerwünschte Ereignisse zu sprechen, die sich in der Regel als Teamleistung in einem bestimmten Kontext ereignet haben.

Um eine solche (Sicherheits-)Kultur zu schaffen, die Lernen aus Fehlern ermöglicht, braucht es Rahmenbedingungen und Regeln, die nicht nur aufgestellt, sondern von allen Personen Hierarchie unabhängig eingehalten werden. Dass auf einer solchen Grundlage M&M erst möglich sind, legt der vorliegende Leitfaden überzeugend und anschaulich dar. Es werden nicht nur Hintergrundinformationen aus der Medizin und Pädagogik plausibel dargelegt, sondern auch praktische, didaktisch gelungene und auch für den psychologischen Laien verständliche Beispiele gezeigt. Die praxisbezogenen Arbeitsinstrumente helfen den standardisierten Ablauf einer M&M zu schulen und dann auch durchzuführen. Der Leitfaden hält, was er verspricht.

Zürich, März 2019

Prof. Dr. med. D. Conen
Präsident Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Worum geht es?

Trotz grossem Engagement aller Beteiligten kann es in Spitälern zu Zwischenfällen und Fehlern kommen (darunter fallen alle unsicheren Handlungen, auch Verstösse), die den Patienten oder die Patientin beinahe oder tatsächlich schädigen. In solchen Situationen sucht man schnell nach einem Schuldigen. Aber meistens entstehen Fehler aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren und Schwachstellen im Prozess. Selbst wenn eine Person am Ende der Handlungskette (sharp end) eine falsche Entscheidung getroffen oder eine falsche Handlung vollzogen hat, reicht es nicht aus, diesen letzten Schritt isoliert zu betrachten. Es ist es sinnvoll, den Fokus nicht auf die «Schuldfrage» zu legen, sondern auf das Zusammenspiel von Umgebungsfaktoren und kognitiven Faktoren, die Fehler begünstigen.

In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (auch M&M, Momo; nachfolgend M&M) werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Insbesondere die Fokussierung auf kognitive und systemische Faktoren unterscheidet die M&M von der klassischen klinischen Fallkonferenz und dem Tumorboard (analog zur Transplantationskonferenz o. ä.) mit dem Schwerpunkt auf der bestmöglichen (Weiter-)Behandlung von Patienten.

Eine gut umgesetzte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz trägt zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität bei, indem sie die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen vorantreibt. M&M sind ein wesentliches Mittel zur Förderung der Sicherheitskultur im Spital und sollten als ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit in das klinische Risikomanagement eingebettet sein.

M&M stellen hohe Anforderungen an die sozialen, methodischen und klinischen Kompetenzen aller Beteiligten. Im Leitfaden sind Empfehlungen zu den Zielen, Prinzipien, Rollen und dem Ablauf der M&M enthalten. Er ist als Orientierungshilfe bei der Durchführung von M&M zu verstehen. Der Leitfaden basiert auf bestehenden internationalen Leitfäden und einschlägiger wissenschaftlicher Literatur¹. Wo keine ausreichende Evidenz vorliegt, greifen wir auf unsere Erfahrung und Expertise zurück. Weiter stützt sich das vorliegende Dokument ab auf Erkenntnisse einer Befragung von Chefärztinnen und Chefarzten in der Schweiz, Visitationen von M&M in verschiedenen grösseren und kleineren Spitälern sowie Gesprächen mit Praktikern und Experten. Der Leitfaden richtet sich an Chefärzte, Ärzte in leitender Funktion und leitende Pflegefachpersonen aller medizinischer Disziplinen sowie an das klinische Risiko- und Qualitätsmanagement.

¹ Siehe Literaturverzeichnis auf www.patientensicherheit.ch/mm

Die verwendeten geschlechtsspezifischen Bezeichnungen gelten immer für beide Geschlechter. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit des Textes wird meist nur eine Form verwendet.

Ziele der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

Um die übergeordneten Ziele – die Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität – zu erreichen, werden sowohl organisationale als auch individuelle Lernziele verfolgt.

Kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen

Die M&M ist nicht in erster Linie eine Fallbesprechung, sondern vielmehr ein Lerngefäss, das kontinuierliche Verbesserung ermöglichen soll. Um Risiken nachhaltig zu reduzieren, ist es wichtig, den Fokus nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf die Arbeitsorganisation, die Prozesse und die Strukturen zu richten. Mitarbeitende sind Teil einer Organisation mit Abhängigkeiten und Wechselwirkungen. Daher sollten Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet werden, die nicht auf die uneingeschränkte Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden setzen. Die wichtigsten Fragen, die es in der M&M zu beantworten gilt, lauten: Wo und wann funktioniert das System nicht? Wie können die Strukturen und Prozesse verbessert werden? Welche konkreten Massnahmen tragen dazu bei, die Patientensicherheit kurz- und langfristig zu verbessern?

Veränderung der Sicherheitskultur: Systemdenken fördern

Fehler haben nie eine einzige Ursache. Meist kommt man zum Schluss, dass eine Kombination verschiedener Handlungen und Umstände zu negativen Folgen geführt hat – wie das folgende fiktive Beispiel verdeutlicht:

Ein Oberarzt schreibt in einer Excel-Tabelle eine Verordnung für ein Hochrisiko-Medikament. Er kopiert eine alte Verordnung, die er überschreibt. Dabei übersieht er, dass die Datei ausgeblendete Zeilen enthält, die Informationen aus einer früheren Verordnung enthalten. Die Apotheke erhält die Excel-Datei. Sie bereitet das Medikament – mit den fehlerhaften Informationen in den ausgeblendeten Zeilen – zu und die zuständige Pflegefachperson verabreicht das Medikament.

Der entscheidende Handgriff passiert natürlich immer am Ende der Handlungskette («sharp end»). Aber ist es nicht eher so, dass die Vorlage Fehler begünstigt? Wichtiger als nach einem Schuldigen zu suchen ist es, das Team dafür zu sensibilisieren, dass ungünstige und fehleranfällige Konstellationen in einem komplexen System wie dem Spital vorkommen. Die M&M sollte dazu beitragen, dass die Mitarbeitenden die «Systemperspektive» einnehmen können. Obwohl in einer M&M retrospektiv konkrete Fälle besprochen werden, ist der Fall in erster Linie als «Symptom» zu verstehen. Dies auch, weil die vollständig korrekte Rekonstruktion des Falls unwahrscheinlich ist. Die Erinnerungen an den genauen Vorgang können bereits nach kurzer Zeit verzerrt sein. Der Fall ist lediglich der Ausgangspunkt, um die Sicherheit und Zweckmässigkeit des Systems zu überprüfen und zu verbessern. Das Fazit, der Mitarbeitende müsse besser aufpassen oder sich mehr anstrengen, ist selten Erfolg versprechend. Falls Schwierigkeiten mit einzelnen Mitarbeitenden auftreten und sie zum Beispiel mehrmals gegen klare und ihnen bekannte Vorschriften verstossen, sollte dies bilateral besprochen werden.

Über das eigene Denken nachdenken

Die M&M ist auch eine Gelegenheit für Selbstreflexion. Auch erfahrene und hochqualifizierte Mitarbeitende verarbeiten Informationen nicht immer optimal und ziehen falsche Schlüsse. Vielen unerwünschten Ereignissen gehen sogenannte kognitive Verzerrungen (auch gedankliche Abkürzungen, Denkfehler, Heuristiken, Bias) voraus.

In der klinischen Arbeit sind zum Beispiel Bestätigungsfehler als Form der kognitiven Verzerrung besonders relevant. Sobald man sich eine Meinung gebildet hat, neigt man dazu, nur noch denjenigen Informationen Aufmerksamkeit zu schenken, die diese Einschätzung bestätigen, und andere Informationen auszublenden. Das kann zum Beispiel passieren, wenn vom Zuweiser oder dem Patienten selbst eine Verdachtsdiagnose geäußert wird und man unbewusst wichtige Informationen ausblendet, weil man sich bereits auf diese Diagnose festgelegt hat.

Kognitive Verzerrungen bei der Planung und Ausführung von Tätigkeiten sind menschlich und alltäglich. Sie dienen dazu, Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. In der M&M soll es deshalb nicht darum gehen, sich gegenseitig Denkfehler vorzuwerfen, sondern möglichst objektiv zu beurteilen, ob bestimmte Situationen kognitive Verzerrungen begünstigen.

Die Benennung konkreter kognitiver Verzerrungen und der Austausch darüber vereinfachen es, sich bewusst zu werden, unter welchen Umständen man besonders zu gedanklichen Abkürzungen neigt. Neben der Schärfung der sogenannten Metakognition (Denken über das eigene Denken) sind auch organisationale Massnahmen gegen kognitive Verzerrungen denkbar, zum Beispiel computerunterstützte Diagnostik.

Verbesserung von Fachwissen, Fertigkeiten, Handlungskompetenz

Die M&M ist traditionell ein Weiterbildungsgefäss für Mediziner. Selbst wenn sich der Fokus in den letzten Jahren verändert hat, spielen der Austausch von Fachwissen sowie der Austausch über konkrete Fertigkeiten eine Rolle, zum Beispiel wie man einen bestimmten Schritt einer Operation am einfachsten durchführt oder wie man eine komplexe Medikation monitorisiert. Die M&M ist allerdings nicht prospektiver Natur und es werden – anders als zum Beispiel in klinischen Fallkonferenzen – keine Behandlungen oder Eingriffe vorbesprochen oder der State of the Art präsentiert. Bei der Aufarbeitung von Fällen können aber dank der Erfahrung und dem Fachwissen von Kollegen, das fallspezifisch und punktuell eingebracht wird, Wissensdefizite erkannt, das eigene Verhaltensrepertoire vergrössert und wertvolle Informationen über die Priorisierung von Informationen und Handlungen gewonnen werden.

Die M&M als Kulturträgerin

Die M&M ist eine «Kulturträgerin», in der Werte und Haltungen vermittelt werden. Nachfolgend werden Prinzipien beschrieben, die für die M&M selbst wichtig sind, aber auch über diese hinaus wirken.

«In der M&M habe ich als Chefarzt die Gelegenheit, meinen Mitarbeitenden mitzugeben, was mir wichtig ist. Ich kann sagen: «Hier machen wir die Dinge so, hier hat das Priorität» und ich sehe den Mitarbeitenden manchmal die Erleichterung an.»

Prof. Dr. med. Pietro Giovanoli,
Chefarzt Chirurgie

Vermittlung von Werten der Leitung

Die M&M ist ein Gefäss für die Vermittlung von Werten und Prinzipien der Führung. Sie bietet die Gelegenheit, Leitplanken zu setzen und Prioritäten mitzuteilen, die in der Abteilung oder im Spital gelten sollen. So hat zum Beispiel in einer Situation X die schnellstmögliche Versorgung Priorität, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten/der Patientin.

Sachlichkeit und Respekt

Der Respekt vor den Involvierten muss gewahrt werden. Anschuldigungen und Vorwürfe verunmöglichen eine konstruktive Gesprächskultur und erschweren eine sachliche Analyse. Um den Problemen auf den Grund zu gehen, müssen die Teilnehmenden versuchen, das Geschehene nachzuvollziehen, ohne es mit dem Post-hoc-Wissen zu bewerten. Stattdessen sollten sie sich bewusst machen, was die Handelnden zu dem Zeitpunkt wussten und in welcher Situation sie sich befanden. In einer M&M sollten sich alle Teilnehmenden fragen: Ist mir das (fast) schon einmal passiert? Hätte mir das passieren können? Wie können wir verhindern, dass es auch anderen passiert?

Vertraulichkeit

Um eine offene Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen, darf das Besprochene den Raum nicht verlassen. Die Protokolle sollten daher keine Rückschlüsse auf den Fall erlauben und in Patientenakten oder im Critical Incident Reporting System (CIRS) keine Notizen oder Verweise zur M&M gemacht werden.

Teamwork

In der M&M sollten möglichst alle Berufsgruppen und Disziplinen vertreten sein, die am Fall beteiligt waren. Das Einfließen verschiedener Informationen verhindert eine einseitige Betrachtung des Falls und ermöglicht es, Ansätze für Massnahmen zu besprechen, die viele Teilnehmende für sinnvoll erachten. Die gemeinsame Erarbeitung von Massnahmen erhöht zudem die Akzeptanz von Veränderungen. Deshalb sollten weder Learnings noch Massnahmen vorgegeben und präsentiert, sondern gemeinsam erarbeitet werden. Die Ergebnisoffenheit der M&M ist ebenfalls Ausdruck der Lösungskompetenz des Teams. Damit das gelingt, sollten die Teilnehmenden sich psychologisch sicher fühlen, das heisst, das Gefühl haben, sich offen äussern zu können, ohne sich zu blamieren oder mit negativen Folgen rechnen zu müssen.

Die M&M hat auch das Potenzial, die Hemmschwelle für eine offene Kommunikation zwischen Personen, Berufsgruppen und Abteilungen im Arbeitsalltag zu senken. Kennt man die Kollegen und ihre Sichtweisen aus der M&M, wird es leichter fallen, sie im Arbeitsalltag auf mögliche Sicherheitsprobleme hinzuweisen (vgl. dazu auch das Thema Speak Up) oder bei Kollegen oder Vorgesetzten um Rat zu fragen. Damit die Kommunikation zwischen Subgruppen (Berufsgruppen, Disziplinen) funktioniert, ist es wichtig, dass die Leitungspersonen verschiedener Berufsgruppen und Disziplinen sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sind und sichtbar kooperieren – unabhängig von persönlichen Präferenzen. Falls man nicht kooperieren möchte, verzichtet man lieber auf eine interprofessionelle oder interdisziplinäre M&M.

.....

«Es braucht Mut, vorne hinzustehen und über einen Fall zu berichten, der nicht gut lief. Ich versuche, als Chefarzt mit gutem Beispiel voranzugehen. Mein Ziel ist es, die Kultur so zu verändern, dass man sich offen über Fälle austauscht, sich mit gegenseitigem Respekt begegnet und so voneinander lernt.»

Prof. Michele Genoni, stv. Klinikdirektor
Herz- und thorakale Gefässchirurgie

.....

«Regelmässige M&M schärfen den Blick und fördern das Verständnis für andere Sichtweisen. Das zahlt sich im Alltag aus.»

Ursi Barandun Schäfer,
Pflegeexpertin Operative Intensivbehandlung

.....

Struktur, Rollen und Ablauf

Grundsätzlich gilt: Systematisches Vorgehen erhöht die psychologische Sicherheit, psychologische Sicherheit verbessert das Lernen, und Lernen verbessert auf Dauer die Ergebnisse.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Die M&M wird regelmässig (z. B. monatlich) durchgeführt.
- Die M&M ist interdisziplinär und interprofessionell.
- Leitung und Moderation sind getrennt.
- Moderator/in und Mentor/in werden geschult.

Da die Fälle oft komplex und sensibel sind, ist es wichtig, dass die Strukturen, die Rollen und der Ablauf klar definiert sind. Transparenz und Vorhersehbarkeit erhöhen das Vertrauen in das Gefäss. Man muss in diesem heiklen Setting darauf achten, dass möglichst wenig diffus bleibt, weil dies die Unsicherheit bei den Teilnehmenden erhöht.

Struktur und Rollen

Frequenz und Dauer

Um die M&M als Lerninstrument zu etablieren, sollte sie regelmässig – im Idealfall mindestens monatlich möglichst zeitnah nach dem Ereignis – stattfinden. Wir empfehlen, pro Fall zirka 50 bis 60 Minuten einzuplanen und pro Sitzung am besten nur einen, maximal zwei Fälle zu besprechen.

Die Rollen in der M&M

In dem hier vorgeschlagenen Modell der M&M existieren – neben den Teilnehmenden – fünf aktive Rollen: Leitung, Moderation, Mentoring, Präsentation, Mitglied des Fallauswahl-Teams. In kleineren Abteilungen und Spitälern fallen verschiedene Rollen zwangsläufig auf dieselben Personen. Wir empfehlen, im Minimum die Leitung und die Moderation zu trennen sowie die Fallauswahl nicht durch den Chefarzt/die Chefarztin allein treffen zu lassen. Da die Rollen mitunter sehr anspruchsvoll sind und es eine gewisse Zeit braucht, um in sie hineinzuwachsen, sollten die Personen nicht zu häufig wechseln. Lediglich der Präsentator/die Präsentatorin variiert je nach Fall.

FALLAUSWAHL-TEAM Eine Gruppe von Kaderärzten/Kaderärztinnen und leitenden Pflegefachpersonen ist verantwortlich für die Fallauswahl. Es ist allen M&M-Teilnehmenden bekannt, wer zum Fallauswahl-Team gehört und wie die Fallauswahl abläuft. Das Team informiert alle in den Fall involvierten Mitarbeitenden, den Chefarzt und die M&M-Leitung vorab darüber, welcher Fall in die M&M kommt. Informationen zum Vorgehen sind auf den Seiten 14 bis 16 zu finden.

LEITUNG Da die M&M auch als Kulturträgerin wirkt, obliegt die Leitung im besten Fall dem Chefarzt oder einem Vertreter/einer Vertreterin mit vergleichbarem Status. Bei interdisziplinären M&M bietet sich Abwechseln an. Die Leitungsperson ist für die Zuweisung der Rollen zuständig und vermittelt die Rollenanforderungen. Die Leitungsperson vermittelt die Werte der Klinik, die Ziele und die Prinzipien der M&M. Sie bringt sich mit Fach- und Erfahrungswissen ein und ist verantwortlich dafür, dass die M&M regelmässig stattfindet und sich etabliert. Sie steckt die Rahmenbedingungen ab und vermittelt den Teilnehmenden eine wertschätzende und lernorientierte Atmosphäre. Die Leitung ist sich bewusst, dass die Kommunikation zwischen Berufsgruppen und Disziplinen innerhalb der M&M einen Einfluss auf die Zusammenarbeit im Berufsalltag hat. In der M&M selbst ist die Leitung für Begrüssung und Verabschiedung, Vermittlung der Ziele und Prinzipien sowie Entscheidungen zu Massnahmen zuständig. Während der M&M ist die leitende auch eine teilnehmende

Person, die Fachwissen und Erfahrungen einbringt. Um die Richtung der Diskussion nicht zu stark zu beeinflussen, empfehlen wir anfangs eher Zurückhaltung. Zuhören ist eine wichtige Funktion der Leitung.

PRÄSENTATOR Da die M&M auch als ein Ausbildungsgefäss zu verstehen ist, sollte der Fall in der Regel von einem Assistenzarzt/einer Assistenzärztin oder einer Pflegefachperson ohne Leitungsfunktion präsentiert werden. Der Präsentator war in den Fall involviert und ist in erster Linie für die Aufbereitung der Fallpräsentation zuständig. Bei interdisziplinären Fällen ist auch eine gemeinsame Präsentation denkbar. Falls die Präsentation für die betroffenen Personen eine zu grosse Belastung darstellt, kann eine Vertretung gesucht werden. Das sollte allerdings die Ausnahme sein.

MENTOR Der Mentor ist gemeinsam mit dem Präsentator verantwortlich für die Vorbereitung der Präsentation und insbesondere für die sogenannte Vor-Analyse (siehe S. 17 bis 20), die er/sie in der M&M auch präsentiert. Für diese Rolle würde sich neben einem Mitarbeitenden aus der Ärzteschaft oder Pflege auch jemand aus dem Risiko- und Qualitätsmanagement eignen. Da die Vor-Analyse sehr anspruchsvoll sein kann, empfehlen wir, den Mentor im Bereich Fallanalyse und Human Factors zu schulen. Der Mentor informiert den Präsentator und Fallbeteiligte zudem über Anlaufstellen bei einer potenziellen psychischen Belastung (Second-Victim-Situation).

MODERATOR Wir empfehlen unbedingt die Trennung von Leitung und Moderation. Die Leitungsperson – in der Regel der Chefarzt/die Chefarztin – war als Letztverantwortliche/r immer in den Fall involviert und ist somit keine «neutrale» Person. Zudem ist sie in der Regel auch direkte Vorgesetzte der am Fall Beteiligten, was bei allen Beteiligten bewusst oder unbewusst einen Einfluss auf die Diskussion haben kann. Für die Moderation eignet sich ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin mit Erfahrung und einer hohen Sozialkompetenz. Er/sie genießt eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitenden und gilt als «neutral» (z.B. ein Oberarzt mit erweiterter Verantwortung). Es kommt grundsätzlich jede Person im Spital in Frage unabhängig von ihrer Funktion. Da die Aufgabe in diesem Setting sehr anspruchsvoll ist, empfehlen wir, den Moderator zu schulen. Wichtig ist, dass er nicht direkt am Fall beteiligt war und neutral bleiben kann. Andernfalls sollte für diese Sitzungen ein Ersatz gefunden werden. Für solche Fälle wie auch für Abwesenheiten beschliesst man am besten von Anfang an eine Stellvertretung.

.....
**«Ein guter, fairer Moderator –
das ist die wichtigste Zutat für
eine erfolgreiche M&M.»**

PD Dr. med. Mattia Lepori,
leitender Arzt Innere Medizin
.....

TEILNEHMENDE Die M&M ist wenn möglich interprofessionell und interdisziplinär. Im besten Fall sind alle am Fall beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen vertreten (auch z. B. Kardiotechniker/innen, Patholog/innen, IT-Mitarbeitende). Wir empfehlen, im Minimum nicht-diensthabende Ärzte und Pflegefachpersonen zur Teilnahme zu verpflichten. Um Verbindlichkeit zu schaffen, kann eine Teilnehmerliste geführt werden.

Die Teilnehmenden sollten die Vor-Analyse ergänzen und nicht einfach zur Kenntnis nehmen. Sie sind sich bewusst, dass die Personen, die den Fall präsentieren, zwar wertvolle Vorarbeit geleistet haben, die Verantwortung und Kompetenz, um zu klugen, guten Ergebnissen zu kommen, aber nicht allein bei den für die Präsentation Verantwortlichen liegen können. Die Teilnehmenden äussern Unklarheiten, Erfahrungen, Informationen und Skepsis offen. Emotionen sollen auch erlaubt und spürbar sein. Damit die Diskussion konstruktiv bleibt, sollten diese jedoch nicht in Anschuldigungen münden.

PROTOKOLLFÜHRER Um alle abwesenden Teilnehmenden auf dem Laufenden zu halten, bietet sich ein anonymes Beschlussprotokoll an. Ein M&M-Protokoll ist kein Patientendokument, sondern ein Lernprotokoll. Das Protokoll führt identifizierte Faktoren für Fehler auf sowie Learnings, Ideen für Massnahmen und Verantwortlichkeiten bei deren Umsetzung. Angaben zu Patienten und Mitarbeitenden sind nicht nötig. Wichtig ist, dass das Protokoll nicht am selben Ort gespeichert wird wie die dazugehörigen Patientendaten. Auch sollten keine Fallinformationen aufgeführt sein, die eine Zuordnung erlauben.

RISIKO- UND QUALITÄTSMANAGEMENT Das RM/QM kann beim Aufbau und der Implementierung der M&M unterstützen und ist im besten Fall auch an den Sitzungen anwesend. Wir empfehlen, das RM/QM auf jeden Fall für das Follow-up der Massnahmen und deren Kommunikation einzubinden. Das RM/QM behält den Überblick über identifizierte Fehler begünstigende Faktoren und laufende Massnahmen und kann übergeordnete Problemmuster in der Organisation erkennen, weil es auch andere Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit wie zum Beispiel das CIRS im Blick hat.

PEER-BESUCH Um Gruppendenken² und andere schädliche Dynamiken aufzudecken, lohnt es sich, ab und zu Peers aus anderen Abteilungen für ein Feedback zur M&M dazuzuholen. Das ist allerdings eher für eingetübte Teams gedacht, die eine gut funktionierende M&M haben und sich noch weiterentwickeln möchten. Bei den Peers ist besonders darauf zu achten, dass sie sich ihrer Vertrauensrolle bewusst sind.

2 Beim psychologischen Phänomen «Gruppendenken» treffen kompetente Personen schlechte Entscheidungen, weil jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst. Die Gruppe trifft – teilweise extreme – Entscheidungen, die die Einzelpersonen unter anderen Umständen ablehnen würden.

Ablauf einer M&M

Standardisierung erhöht die Effizienz, da man sich nicht jedes Mal überlegen muss, wie man den Fall präsentiert oder wie die Diskussion ablaufen soll. Eine gute Vorbereitung und prägnante Präsentation inklusive Vor-Analyse sorgen dafür, dass genügend Zeit für eine vertiefte Diskussion bleibt. Dies ist eine Voraussetzung, um Relevantes zu lernen und wirksame Massnahmen aus den Erkenntnissen abzuleiten. Ein weiterer Vorteil der strukturierten Vorgehensweise ist die Vermittlung von Sicherheit durch Vorhersehbarkeit. Man sollte in diesem heiklen Setting unbedingt darauf achten, dass möglichst wenig diffus bleibt, da dies die Unsicherheit bei den Teilnehmenden verstärken kann.

Wir empfehlen eine starke Standardisierung und Strukturierung der M&M.

Möglicher Ablauf

Vor der Sitzung

- Fallidentifikation (z. B. durch Support wie Study Nurse, QM), laufend
- Fallauswahl (Fallauswahl-Team), ca. 2 Stunden pro Monat
- Information der am Fall beteiligten Personen (Fallauswahl-Team)
- Aufbereiten des Falls (Präsentator und Mentor), ca. 3 Stunden für Präsentator, ca. 1 Stunde für Mentor
- Vor-Analyse: Aufbereiten der Analyse von Einflussfaktoren (Präsentator und Mentor), je ca. 2 Stunden

Während der Sitzung

- Eröffnung, Wiederholen der Ziele und Prinzipien, Update zu beschlossenen/umgesetzten Massnahmen (Leitung), ca. 5 Minuten
- Präsentation des Falls (Präsentator), ca. 10 Minuten
- Fragen und Ergänzungen (Moderator, Teilnehmende), ca. 5 Minuten
- Präsentation der Vor-Analyse (Mentor), ca. 5 Minuten
- Diskussion (Moderator, Teilnehmende), ca. 15–25 Minuten
- Festlegen, wer Massnahmen weiterverfolgt, abschliessendes Kommentieren des Falls und Verabschiedung (Leitung), ca. 5 Minuten
- Evaluation (Teilnehmende), ca. 5 Minuten

Nach der Sitzung

- Versand des Protokolls (Protokollführer)
- Die Präsentation wird gelöscht und das Protokoll von den Patientenakten getrennt abgelegt (z. B. durch Chef-Sekretariat)
- Weiterverfolgen der Massnahmen (Verantwortliche und QM/RM), laufend

Fallsammlung und Fallauswahl

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Fälle eigens für die M&M sammeln, zum CIRS abgrenzen
- Fallauswahl-Team zusammenstellen
- Die Fallauswahl ist standardisiert und transparent
- Kriterien für die Fallauswahl sind: ein unerwünschtes Ergebnis, ein vermutlich vermeidbares Ereignis sowie ein möglichst grosses Lernpotenzial

Standardisierte und transparente Fallauswahl

Um Vertrauen in die M&M zu ermöglichen, ist es unabdingbar, die Fallauswahl transparent und standardisiert zu gestalten. Die Mitarbeitenden müssen sicher sein, dass die Fallauswahl fair und ohne Ansehen der beteiligten Personen geschieht. Von einer rein freiwilligen Falleinbringung raten wir ab, weil die Fallauswahl dann systematisch verzerrt sein kann. Falls es ein Anliegen ist, von Mitarbeitenden vorgeschlagene Fälle zu besprechen, können diese entweder dem Fallauswahl-Team vorgelegt oder in einer speziell dafür vorgesehenen zusätzlichen M&M besprochen werden.

Mögliche Kriterien für die Fallauswahl

AUSWAHLKRITERIUM 1: UNERWÜNSCHTES ERGEBNIS

Die Leitung bestimmt die den Fall definierenden Kriterien. Je nach Disziplin können das sein: Todesfall, Komplikation, ungeplante Verlegung auf IPS, Reoperation, Rehospitalisierung, in der Autopsie bestätigte Diagnose- oder Behandlungsprobleme. Es sind auch schwerwiegende Beinaheschäden (near misses) denkbar, zum Beispiel eine Seitenverwechslung, die kurz vor dem Schnitt abgefangen wurde. Wir empfehlen, diese Fälle separat für die M&M zu sammeln, sodass das Fallauswahl-Team eine Auswahl aus einer valablen Datenbasis treffen kann.

AUSWAHLKRITERIUM 2: VERMUTETE VERMEIDBARKEIT

Unter einem Fehler versteht man eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem entweder ein falscher oder gar kein Plan zur Behandlung des Patienten gemacht wurde (Planungsfehler), oder aber die falsche Ausführung eines Plans (Ausführungsfehler). Ein Fehler ist per Definition vermeidbar. Eine Nebenwirkung auf ein Medikament ist zum Beispiel per se kein Fehler, sondern ein unerwünschtes Ereignis. Wenn allerdings in der Patientenakte vermerkt war, dass der Patient das Medikament nicht verträgt, spricht man von einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis. Ein Fehler kann, aber muss nicht zu einer Schädigung des Patienten führen. Oft hat ein Fehler keine Konsequenzen und wird deshalb gar nicht bemerkt.

Um die meist knappen zeitlichen und personellen Ressourcen effizient einzusetzen, empfehlen wir, Fälle auszuwählen, bei denen bereits vor der M&M zumindest die Vermutung eines Fehlers vorliegt. Dies bedingt, dass sich das Fallauswahl-Team bereits bei der Fallauswahl mit den Fällen auseinandersetzt. Das Fallauswahl-Team sollte bei der Entscheidung für einen Fall darüber im Bild sein, wie der Fall ungefähr abgelaufen ist. In der gängigen Praxis ist in manchen Besprechungen bis zum Schluss nicht klar, ob überhaupt etwas «schiefgegangen» ist. Diese Besprechungen führen sicherlich auch zu wichtigen Erkenntnissen. Es ist jedoch nicht sichergestellt, dass man über Verbesserungsmassnahmen diskutieren und somit die Prozesse und Strukturen verbessern kann. Als Anregung, in welchem Zusammenhang fehlerhafte Handlungen auftreten können, kann das Fallauswahl-Team zum Beispiel die Kriterien gemäss Tabelle 1 (siehe S. 15) zu Hilfe nehmen. Falls Informationen für eine Beurteilung fehlen, spricht das Team am besten mit den am Fall beteiligten Mitarbeitenden.

AUSWAHLKRITERIUM 3: LERNPOTENZIAL

Sollten die genannten beiden Kriterien (negatives Ergebnis und vermutete Vermeidbarkeit eines Ereignisses) zu eng sein, um monatlich einen Fall zu besprechen, können weitere Fälle gemäss ihres absehbaren Lernpotenzials ausgewählt werden.

Tabelle 1

Mögliche Kriterien «Vermutete Vermeidbarkeit»

(IQM-Kriterien, gekürzt)

Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?

(präoperativ/intraoperativ/postoperativ, diagnostische Massnahmen, konservative Therapie/Interventionen, Medikamentenverordnung, Medikamentenabgabe)

Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

(Existieren Arbeitsdiagnosen, Problemerkennung/-lösung zeitnah?)

Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?

(Schnittstellenprobleme, Komplikationsmanagement medizinisch korrekt, Versagen von Notfallmassnahmen, Management Risikopatient, Verzögerung bei der Verlegung innerhalb des Krankenhauses oder bei der Verlegung zwischen Krankenhäusern)

Behandlungsleitlinien/Standards

(berücksichtigt, angewendet, Einhaltung von Leitlinien oder begründete Abweichung, erkennbare sinnvolle Therapiestandards)

Kontrollen der Behandlungsverläufe

(durch CA/OA erfolgt und dokumentiert, durch behandelnde Ärzte der Abteilung, ärztliche Übergaben, OA-/CA-Visiten, Konsiliarärzte, Kooperation Pflege/therapeutische Teams)

Dokumentation umfassend und schlüssig?

(Aufklärung zur OP/Intervention, Behandlungsverlauf, Therapieentscheidungen, OP-Bericht und Verlegungsberichte, Konsile, Therapiebegrenzungen, Arztbrief inhaltlich logisch)

Interdisziplinäre/-professionelle Zusammenarbeit reibungslos?

(präoperativ/postoperativ, prä-/postinterventionell, Intensivmedizin/Konsiliardienste)

Kommunikation

(Kommunikation innerhalb der Abteilung umfassend, Übergabebesprechung, Übertragen von konkreten Aufgaben; Kommunikation mit der Pflege umfassend, Anordnungen zeitnah durchgeführt, auf Anforderungen der Pflege zeitnah reagiert; Information der Angehörigen zeitnah)

aus: Eberlein-Gonska M., Martin J., Zacher J. (Hrsg.), «Handbuch IQM», 2. Auflage

Case-Mix

Falls möglichst viele Problemfelder bearbeitet werden sollen (z. B. nicht jedes Mal Diagnostik oder Hygiene), kann man auf einen Case-Mix achten.

Welche Fälle kommen nicht in die M&M?

Ein CIRS ist als Quelle für M&M-Fälle nicht geeignet. Zum einen sollten im CIRS aus juristischen Gründen keine Fälle mit Schaden, also einem negativen Outcome, erfasst sein. Zum anderen – und dies macht das CIRS auch als M&M-Quelle für Beinaheschäden (near misses) obsolet – fehlen im CIRS die Informationen, um einen Fall detailliert darzustellen (z. B. keine Befunde). Da das CIRS anonym bleiben soll, gibt es auch keine Möglichkeit, diese Informationen aufzuspüren. Auch Fälle, die sich bereits in einem Ermittlungsverfahren befinden und potenzielle rechtliche Folgen für Individuen haben, sowie sehr komplexe Fälle sollten nicht in die M&M kommen.

Vorbereitung und Präsentation

Um sinnvolle Annahmen über Fehler begünstigende Faktoren zu treffen, reichen Fakten (Informationen zum Fall und zum Fehler) nicht aus. Es muss noch mit den Involvierten besprochen werden, warum sie ihre Handlungen entsprechend ausgeführt haben. Da hierfür in der M&M selbst die Zeit fehlt, empfehlen wir, für das Plenum eine Vor-Analyse vorzubereiten, die als Diskussionsgrundlage in der M&M dient. Dieses Vorgehen schliesst nicht aus, dass Annahmen über Hergänge und Einflussfaktoren in der M&M-Sitzung revidiert werden können. Im Gegenteil: Das ist sogar erwünscht! Die Präsentation inklusive Vor-Analyse beinhaltet daher kein Fazit, sondern dient lediglich als Vorbereitung und Diskussionsgrundlage für das Team. Auch hier halten wir ein systematisches Vorgehen für wichtig, um keine wichtigen Aspekte zu verpassen. Gleichzeitig muss die Analyse für die betreffenden Personen machbar sein. Es gibt mehrere, teilweise sehr aufwändige retrospektive Fallanalysemethoden (z. B. CAST), die die umfassende Analyse von Systeminteraktionen beinhalten. Solche elabourierte und zeitaufwändige Analysen sind im Rahmen einer M&M nicht durchführbar.

Unsere Erfahrung ist, dass die Präsentation des Falls in den meisten M&M zu stark gewichtet und zu wenig in die Analyse und Diskussion investiert wird. Dies führt dazu, dass der Fall in der M&M gar nicht oder nur sehr oberflächlich durchleuchtet wird.

Vorgehen für die Vorbereitung der Fallpräsentation inklusive Vor-Analyse

Schritt 1

Auswahl und Information an beteiligte Mitarbeitende (Fallauswahl-Team)

Nachdem der Fall bestimmt wurde, wählt das Fallauswahl-Team die mit der Präsentation betrauten Personen aus und informiert die am Fall beteiligten Mitarbeitenden, den Mentor/die Mentorin, den Chefarzt/die Chefärztin und die M&M-Leitung darüber, dass der Fall in die M&M kommt.

Schritt 2

Fallaufbereitung und Identifikation des Fehlers (Präsentator/in und Mentor/in)

In diesem Schritt werden die Fragen «Was ist passiert?» und «Was ist schief gelaufen?» beantwortet.

Das Fallauswahl-Team hatte bereits bei der Fallauswahl die Vermutung, dass sich ein Fehler ereignet hat. Nun gilt es, dieser Frage nochmals im Detail nachzugehen und den Fall für das Plenum aufzuarbeiten. Es werden alle Daten gesammelt, um den Fall chronologisch vorzustellen. Quellen sind unter anderem die Patientenakte, Labor, Pathologie, Bildgebung, interne Leitlinien und Standards, Fachliteratur sowie Informationen von und über Beteiligte. Bei Letzteren ist ein kurzer Austausch mit den Beteiligten gemeint, keine umfassenden Interviews, die bei Fallanalysen von Risikomanagement-Verantwortlichen durchgeführt werden. Oft wird der Fallpräsentation zu viel Zeit gewidmet und es bleibt keine Zeit für die Diskussion. Es sollen daher nur wesentliche, für das Fallverständnis wichtige Informationen (Schlüsselmomente) präsentiert werden, nicht jedes Detail der Krankengeschichte und jeder Vorgang. Die Fallpräsentation soll am Ende zeigen, welche Entscheidungen oder Handlungen am Ende der Handlungskette (sharp end) im Nachhinein als falsch betrachtet werden, zum Beispiel die falsch dosierte Verabreichung eines Medikaments oder eine verspätete Operation.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Die präsentierende Fachperson war in den Fall involviert.
- Die Fallpräsentation sollte kurz gehalten werden.
- Mögliche Einflussfaktoren werden vorgängig analysiert und in einer Zeitachse präsentiert.
- Verbesserungsmassnahmen werden nicht präsentiert, sondern in der Diskussion erarbeitet.

«Der X hätte das anders machen müssen» greift schlicht zu kurz. Man muss die Situation verstehen, damit sich die gleichen Fehler nicht wiederholen.»

Anthony Staines,
Experte für Patientensicherheit

Schritt 3

Vor-Analyse (Präsentator/in und Mentor/in)

In diesem Schritt wird die Frage gestellt: «Was hat das Geschehen beeinflusst?»

Vor-Analyse in zwei Schritten: Ein strukturiertes, systematisches Ergründen der Ursachen und Faktoren, die zu einem schlechten Behandlungsergebnis beigetragen haben, reduziert die Gefahr, voreilige Schlüsse zu ziehen, wichtige Aspekte zu verpassen, die Diskussion nur in der Komfortzone zu führen oder Individuen zu beschuldigen. Für die Identifikation von systemischen Faktoren kann zum Beispiel die Checkliste nach London-Protokoll helfen (A). In einem zweiten Schritt kann man sich überlegen, ob kognitive Verzerrungen eine Rolle gespielt haben könnten (B).

A) SYSTEMISCHE EINFLUSSFAKTOREN NACH LONDON-PROTOKOLL

Inwiefern spielten grundlegende Arbeitsbedingungen eine Rolle, als die Person auf die konkreten Herausforderungen der Aufgabe traf? Mensch und Umwelt stehen in einer Interaktion zueinander, teilweise entstehen Fehler durch unglückliche Interaktionen von an sich funktionierenden Einheiten. Die Nutzerfreundlichkeit eines IT-Tools wird zum Beispiel wichtiger in einer Stresssituation. Ungeschriebene Regeln kennt man erst, wenn man einige Jahre im Spital gearbeitet hat. Um herausfordernde Patienten/Patientinnen kann man sich schlechter kümmern, wenn man müde ist oder die Kommunikationswege und die Sicherheitskultur haben einen Einfluss darauf, ob man in einem kritischen Moment weitere Personen hinzuzieht. Für die Identifikation von systemischen Einflüssen kann die Liste nach London-Protokoll (siehe Tabelle 2, S.19) zu Hilfe genommen werden. Ausschlaggebend ist, dass man den Fall aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und Wechselwirkungen berücksichtigt. Die Liste dient als Anregung. Es soll nicht zu viel Zeit damit verbracht werden, darüber nachzudenken, was in welche Kategorie gehört.

B) KÖNNTEN KOGNITIVE VERZERRUNGEN EINEN EINFLUSS GEHABT HABEN?

In einem zweiten Schritt der Analyse kann man überlegen, ob kognitive Verzerrungen einen Einfluss gehabt haben könnten. Nachfolgend sind drei Beispiele für gängige kognitive Verzerrungen aufgeführt. Eine Liste mit weiteren gängigen kognitiven Verzerrungen ist im Anhang zu finden. Diese Liste ist als Anregung zu verstehen und die korrekte Benennung unwichtig.

Der Bestätigungsfehler: Sobald man sich eine Meinung gebildet hat, neigt man dazu, nur noch denjenigen Informationen Aufmerksamkeit zu schenken, die diese Meinung bestätigen, und andere Informationen auszublenden. Das kann zum Beispiel bei Differentialdiagnosen eine Rolle spielen.

Der Mitläufereffekt: Es besteht die Tendenz, dass gewisse Dinge geglaubt oder getan werden, nur weil andere es glauben oder tun. So treffen zum Beispiel beim sogenannten Gruppendenken kompetente Personen schlechtere Entscheidungen, da jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst – einzeln hätte jede Person anders entschieden.

Verfügbarkeitsheuristik: Informationen, die leichter erinnert werden, zum Beispiel weil sie im Umfeld oft thematisiert werden, werden als häufiger beziehungsweise wahrscheinlicher betrachtet. Dasselbe gilt umgekehrt: Wenn eine Krankheit schon lange nicht mehr gesehen wurde, wird sie seltener diagnostiziert.

«In der M&M sollte das Handeln von Menschen im Zusammenspiel mit Organisation, Technik und Umwelt betrachtet werden.»

Dr. Gesine Hofinger,
Human Factors Expertin

Tabelle 2

Rahmensystem von Faktoren mit Einfluss auf die klinische Praxis gemäss London-Protokoll

Faktorart	Einflussnehmende Faktoren
Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand (Komplexität und Schweregrad) • Sprache und Kommunikation • Persönlichkeit und soziale Faktoren
Aufgaben und Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie strukturelle Klarheit • Verfügbarkeit und Verwendung von Richtlinien und Verfahrensanweisungen • Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen • Entscheidungshilfen
Individuelle Faktoren (Personal)	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse und Fähigkeiten • Kompetenz • Körperliche und psychische Gesundheit
Team	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche und schriftliche Kommunikation • Supervision und Hilfesuche • Teamstruktur (Passung/Übereinstimmung, Beständigkeit, Führung etc.)
Arbeitsumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Personalbestand und Qualifikationsmix • Arbeitsbelastung und Schichtpläne • Beschaffenheit, Verfügbarkeit und Instandhaltung der technischen Ausstattung • Unterstützung durch Verwaltung und Geschäftsleitung • Physische Umgebung
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Ressourcen und Einschränkungen • Organisationsstruktur • Grundsätze, Standards und Ziele • Sicherheitskultur und Prioritäten
Institutioneller Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlicher und regulatorischer Kontext • Gesundheitspolitik • Verbindungen mit externen Organisationen

«Biases sollte man nicht unterschätzen. Man darf nicht alles glauben, was man denkt.»

Joachim Koppenberg,
Chefarzt Anästhesiologie

aus: Taylor-Adam S., Vincent C.,
Systemanalyse klinischer Zwischenfälle.
Zürich: Patientensicherheit Schweiz

Darstellung der Vor-Analyse für die Diskussion im Plenum: Wir empfehlen, nach der Präsentation des Falls auf einer separaten Folie in einem Zeitstrang nochmals die Schlüsselmomente dazustellen, die sowohl medizinische Fakten als auch Fehler sein können (siehe Abb. 1 unten). Der Pfeil stellt keine Fehlerursachenkette dar, sondern lediglich eine zeitliche Abfolge der Ereignisse und Handlungen. Die identifizierten Faktoren (London-Protokoll, kognitive Verzerrungen) werden auf derselben Folie aufgeführt. Wichtig ist, dass nicht nur die Kategorie der Faktoren aufgeführt wird (z.B. Teamfaktoren), sondern auch konkretisiert wird (z.B. Diagnose-Update nicht kommuniziert). Diese Folie, die die Ergebnisse der Vor-Analyse kurz und prägnant darstellt, bildet die Grundlage für die Diskussion im Plenum.



Abb. 1 Mögliche Darstellung der Vor-Analyse

Diskussion

Herausforderungen für den Moderator/die Moderatorin

Die Diskussion ist das Kernstück der M&M und damit hat der Moderator eine anspruchsvolle Rolle. Neben der Herausforderung, die Teilnehmenden anzuregen oder zu bremsen, besteht bei Gruppendiskussionen oft das Problem, dass man sich zu früh auf ein bequemes Thema festlegt und dann nicht mehr davon abweicht (z. B. schwieriger Patient). So kann ein Gruppenkonsens entstehen, der eine tiefgreifende Analyse verhindert. Es ist daher wichtig, möglichst bereits zu Beginn unterschiedliche Sichtweisen einzuholen und sich um einen ausgeglichenen Redeanteil zwischen den Berufsgruppen, Disziplinen und Hierarchiestufen zu bemühen. Der Moderator sollte sich dabei bemühen, einen Good-Judgement-Ansatz zu vertreten, d. h. davon ausgehen, dass alle nach bestem Wissen und Gewissen agieren.

Während der Diskussion hat der Moderator zudem die Aufgabe, zwei gängige kognitive Verzerrungen einzudämmen, indem er bei Verdacht auf die beiden folgenden Denkfehler eingreift:

A) FUNDAMENTALER ATTRIBUTIONSFEHLER

Menschen neigen dazu, eine Handlung eher mit Eigenschaften von Personen zu begründen als mit Eigenschaften der Situation. Sie schreiben den Fehler also der Person zu. Man geht zum Beispiel eher davon aus, dass eine Person sich keine Mühe gab oder verantwortungslos ist, als dass man annimmt, sie sei ständig unterbrochen worden oder die Vorgaben seien mehrdeutig gewesen.

B) RÜCKSCHAUFEBLER

Hinterher ist man immer klüger. Menschen neigen dazu, die Vorhersehbarkeit von Ereignissen im Nachhinein zu überschätzen. Deshalb muss der Moderator/die Moderatorin darauf aufmerksam machen, dass die verantwortliche Person X zum Zeitpunkt Y natürlich noch nicht wusste, wie die Sache ausgeht und vor mehreren damals womöglich sinnvoll erscheinenden Handlungsoptionen stand.

Leitfragen

Um die Diskussion zu steuern, können Leitfragen (siehe Box 1 unten) hilfreich sein. So sind die Übergänge von der chronologischen Fallpräsentation, über die Analyse hin zu Massnahmen/Learnings klar gekennzeichnet und der/die Moderator/in ist legitimiert einzugreifen, wenn man auf eine der vorangegangenen Stufen zurückfällt.

Box 1

Leitfragen für die Diskussion

- 1) *Nach der Fallpräsentation:* Gibt es Verständnisfragen zum Fall? (ca. 5 Minuten)
- 2) *Nach der Vor-Analyse:* Was finden Sie einleuchtend? Was sehen Sie anders? Was fehlt? (10–20 Minuten)
- 3) Braucht es eine Massnahme und wo könnten wir ansetzen? Was haben wir in dieser M&M gelernt? (ca. 5 Minuten)

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Die Diskussion ist das Kernstück der M&M.
- Die Diskussion erfolgt anhand von Leitfragen.
- Die Teilnehmenden ergänzen und kritisieren die Vor-Analyse.

«War jemand gestresst, eingeschüchtert, konnte nicht klar denken? Und wenn ja, wie verhindern wir das in Zukunft?»

PD Dr. med. Balthasar Hug,
Chefarzt Innere Medizin

Massnahmen

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Mögliche Massnahmenfelder und Learnings werden gemeinsam erarbeitet.
- Es sind Massnahmen vorzuziehen, die etwas an der Arbeitsumgebung und -organisation verändern, statt sich auf die uneingeschränkte Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden zu verlassen.
- Strikte Vorgaben führen nicht zwangsläufig zu mehr Sicherheit.
- Es sind Massnahmen vorzuziehen, die mehrere Probleme lösen. Problemfelder sind zu beobachten, Aktionismus ist zu vermeiden.

Eines der Ziele einer systemorientierten M&M ist die Identifikation von Massnahmen, um Fehler zu vermeiden. Ansätze für Massnahmen sollten bereits kurz in der Plenumsdiskussion besprochen werden. Für die Ausarbeitung bleibt in der M&M hingegen keine Zeit und es können lediglich die Verantwortlichkeiten für die Weiterverfolgung und Ausarbeitung festgelegt werden.

Starke und schwache Massnahmen

Entschliesst man sich dazu, eine Massnahme abzuleiten, sollte diese möglichst nachhaltig sein, das heisst, unabhängig vom Wissen und der Leistungsfähigkeit einzelner Mitarbeitenden. Für die Orientierung hilfreich ist die Unterscheidung zwischen starken und schwachen Massnahmen (siehe Abb. 2 unten). Schwache Massnahmen zielen auf Verhaltensveränderungen der Mitarbeitenden ab, starke Massnahmen hingegen verändern die Arbeitsumgebung dahingehend, dass die Mitarbeitenden automatisch richtig handeln. Falls zum Beispiel vermehrt Fehler passieren, weil Mitarbeitende sich wegen vieler Unterbrechungen nicht konzentrieren können, lohnt sich langfristig eine Anpassung der Arbeitsumgebung (z. B. durch störungsfreie Zonen). Natürlich haben in einigen Fällen auch schwache Massnahmen ihre Berechtigung, etwa, um die Zeit bis zur Umsetzung von starken Massnahmen zu überbrücken.

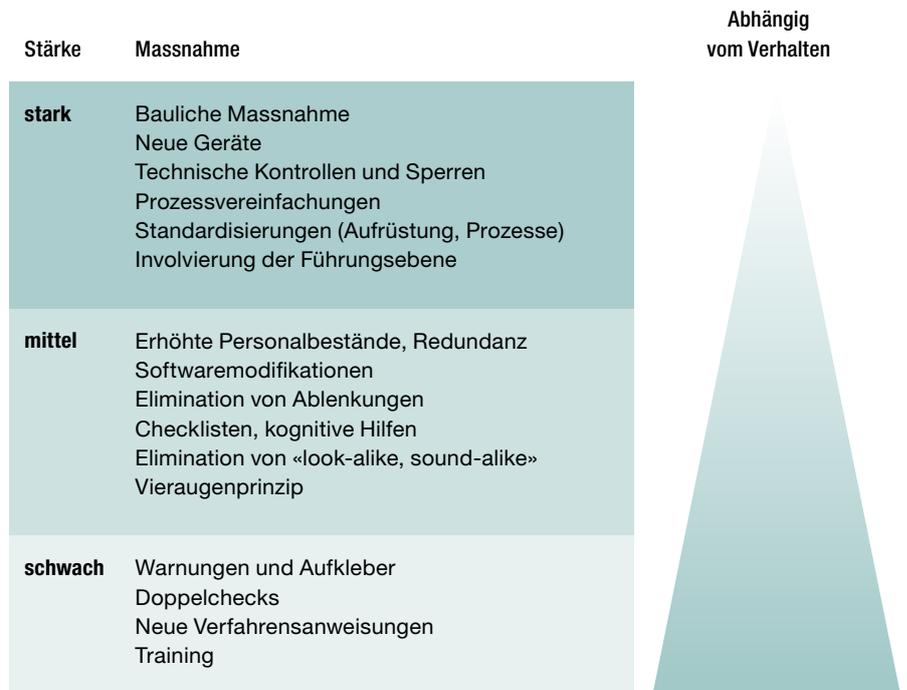


Abb. 2 St. Pierre M., Hofinger G., Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3. Auflage). Berlin: Springer-Verlag; 2014.

Man kann natürlich auch zum Schluss kommen, dass es keine verhältnismässige Massnahme gibt, die die Wiederholung eines Fehlers verhindern könnte. Die Verhältnismässigkeit von Massnahmen darf nicht ausser Acht gelassen werden. Die Verbesserung des Verständnisses für Zusammenhänge kann an sich bereits eine Massnahme darstellen, weil den Mitarbeitenden das Eingebettetsein ihres Handelns deutlich wird. Solche Erkenntnisse können als Learnings betrachtet werden. Es kann in manchen Fällen sinnvoller sein, nicht sofort eine Massnahme abzuleiten, sondern die Learnings aus der Fallbesprechung zu dokumentieren, um zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise zu erkennen, dass es bestimmte Problem-Cluster gibt, denen tiefergreifende Probleme zugrunde liegen. Bei häufigen Dokumentationsproblemen eignet sich zum Beispiel eine Anpassung des Dokumentationssystems besser als eine weitere Ausfüllanleitung. Der Nachweis von sich wiederholenden Problemen ist eine Argumentationsgrundlage, um aufwändige Massnahmen zu beantragen (z. B. Anpassung IT, Einrichtung).

Standardisierung

Es besteht eine Debatte darüber, ob man zur Erhöhung von Sicherheit den menschlichen Handlungsspielraum durch Standardisierung einschränken oder den Handlungsspielraum durch Entscheidungsfreiheit erhöhen soll. Der Mensch kann entweder als potenzielles Sicherheitsrisiko betrachtet werden oder aber dank seiner Fähigkeit, sich spontan an Situationen anzupassen (Resilienz), als Schlüssel für Sicherheit. Beide Ansätze sind wichtig. Welcher Grad der Standardisierung nötig ist, unterscheidet sich je nach Problem und Kontext. Während zum Beispiel im Labor eine strikte Vorgabe sicherheitsförderlich sein kann, ist es in der Notaufnahme nötig, den Mitarbeitenden genügend Handlungsspielraum zu geben. Aber auch hier kann ein gewisser Grad an Standardisierung hilfreich sein, zum Beispiel bei der Art, wie man miteinander kommuniziert. Um Aktionismus auf der Detailebene zu vermeiden, sollte man deshalb im Hinterkopf behalten, dass strikte Vorgaben nicht zwingend zur Sicherheit beitragen, sondern diese auch verschlechtern können, weil sie die Mitarbeitenden bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten behindern.

Protokollierung der Massnahmen und Learnings

Falls man sich dazu entschliesst, keine Massnahmen oder Massnahmenfelder weiterzuverfolgen, sollte im Protokoll der Grund dafür angegeben werden. Das kann zum Beispiel sein, dass unklar ist, welche Massnahme helfen könnte. Dies dient in erster Linie dazu, den Teilnehmenden nicht das Gefühl zu geben, dass man Fälle zwar bespricht, aber hinterher nichts passiert. Die Verantwortlichkeiten und Fristen für die Weiterverfolgung der Massnahmen werden in der M&M festgelegt und sind jeweils vom Fall und den Kapazitäten abhängig. Je nach Art der Massnahme müssen andere interne Stellen beauftragt werden (z. B. bei Anpassungen der Infrastruktur). Auch wenn keine Massnahmen abgeleitet werden können, sollten die Schlussfolgerungen in der Form von Learnings aus dem Fall klar formuliert und im Protokoll dokumentiert werden.

Nudging

Unter «nudging» (engl. schubsen, anstossen) versteht man das Fördern von erwünschtem Verhalten, indem man sich unbewusste Prozesse zunutze macht.

Ein Beispiel:

Indem man Blasenkatheter ganz unten im Materialschrank platziert und Alternativmaterialien auf Augenhöhe, werden häufiger Alternativen zum Blasenkatheter verwendet.

Evaluation

Evaluation durch die Teilnehmenden

Für die Evaluation durch die Teilnehmenden eignet sich ein kurzer Fragebogen, der direkt im Anschluss ausgefüllt wird. Die Leitung und der Moderator/die Moderatorin schauen die Evaluationsbögen nach der M&M kurz zusammen an, monitorisieren den Verlauf und besprechen allfällige Massnahmen. Dabei geht es nicht darum, dass immer alle Teilnehmende zufrieden sind und einen Nutzen erkennen. Auf Gruppenebene und im langfristigen Verlauf sollten aber positive Evaluationen erzielt werden. Andernfalls sollte man bei den Teilnehmenden Verbesserungsvorschläge einholen.

Evaluation durch die Leitung und das RM/QM

Die Leitung und das RM/QM können die Resultate der M&M auf verschiedenen Ebenen evaluieren: direkte Reaktion (zum Beispiel positive Feedbacks zur M&M), Lernen (die Teilnehmenden äussern oder zeigen, dass sie etwas gelernt haben), Verhalten (Verhaltensänderungen sind beobachtbar oder werden berichtet), Resultate (klinische Indikatoren haben sich verändert). Bei den klinischen Indikatoren raten wir davon ab, Veränderungen von Mortalitätsraten als Outcome für die M&M zu messen, da diese in erster Linie durch das Patientengut beeinflusst werden. Besser sind prozessbezogene Indikatoren wie zum Beispiel «time to antibiotics». Falls man die Verbesserung eines spezifischen Indikators über eine gewisse Zeit beobachten möchte, kann man eine Steuerung durch die Fallauswahl vornehmen. Das Monitorisieren des Auftretens von sogenannten «never events» (schwerwiegende Ereignisse, die als vollständig vermeidbar gelten, wie beispielsweise eine chirurgische Seitenverwechslung) ist eine wichtige Ergänzung auf Outcome-Ebene.

Erste Schritte

- Grundsätzliche Entscheidungen treffen:
Konferenzen disziplinenübergreifend und interprofessionell?
Kriterien und Quellen für Fallauswahl festlegen
- Risiko- und Qualitätsmanagement und Geschäftsleitung informieren und involvieren
- Geeignete Personen identifizieren und Rollen abstimmen, Schulungen organisieren für Moderator/in und Mentor/in
- Termine und Uhrzeit bestimmen (sodass möglichst viele Teilnehmende anwesend sein können)
- Raum organisieren
(genügend Sitzmöglichkeiten, gute Sicht auf den Screen, gut erreichbar)
- Bei Bedarf Hilfsmaterialien für Fallauswahl, Leitung, Moderation, Mentor/in, etc. downloaden auf www.patientensicherheit.ch/mm
- Informationsveranstaltung durchführen mit folgendem Inhalt:
 - a) Falls bereits eine M&M vorhanden: Was ist neu, was bleibt?
 - b) Ziele und Prinzipien der M&M (können nicht genug betont werden!)
 - c) Rollen (z. B. wer zum Fallauswahl-Team gehört, wer moderiert etc.) und Zusammensetzung der Teilnehmenden, verpflichtende Teilnahme kommunizieren
 - d) Fallauswahlkriterien
 - e) Ablauf einer M&M
 - f) Anspruch an die Teilnehmenden kommunizieren
 - g) Termine, Uhrzeit und Raum mitteilen
 - h) Information über Verschwiegenheitspflicht

.....

«Man braucht einen langen Atem, um eine interdisziplinäre und interprofessionelle M&M zu etablieren – aber es ist wichtig.»

Prof. Dr. med. Bernhard Frey,
Chefarzt Intensivmedizin und Neonatologie

.....

Rechtliches

Interne Vertraulichkeit schützt nicht vor behördlichen, insbesondere auch staatsanwaltschaftlichen beziehungsweise gerichtlichen Implikationen. Es existiert in der Schweiz bisher keine gesetzliche Grundlage, die das Interesse von Spitälern, aus Fehlern zu lernen, und das Interesse von Patienten oder der Justiz in Schadensfällen regelt. Der Zugriff zu Dokumenten wie Präsentation und Protokoll muss, falls vorhanden, gewährleistet sein. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfiehlt den Gesundheitsinstitutionen, das rechtliche Risiko mit organisatorischen Massnahmen zu minimieren, bis die Rechtslage geklärt ist. Muss eine Gesundheitseinrichtung der Editionsspflicht durch eine Justizbehörde nachkommen, sollte nach sorgfältiger Abwägung eine Siegelung verlangt werden.

Anhang

Die Vorlagen sowie ein kommentiertes
Literaturverzeichnis sind online zu finden unter:
www.patientensicherheit.ch/mm

- Checkliste Fallauswahl (für Fallauswahl-Team)
- Checkliste Vorbereitung (für Präsentator/in und Mentor/in)
- Vorlage Präsentation (für Präsentator/in und Mentor/in)
- Vorlage Pocket Card Leitung (für Leitung)
- Vorlage Pocket Card Moderation (für Moderator/in)
- Vorlage Handout (für Teilnehmende)
- Vorlage Evaluationsbogen (für Teilnehmende)
- Vorlage Protokoll (für Protokollführer/in)

Checkliste Fallauswahl

Mitglieder Fallauswahl-Team:

A) UNERWÜNSCHTES ERGEBNIS

- Todesfall
- Komplikation
- Ungeplante Verlegung
- Reoperation
- Rehospitalisierung
- In Autopsie bestätigte Diagnose- oder Behandlungsprobleme
- Schwerer Beinahe-Zwischenfall («near miss»)
- _____

B) VERMUTETE VERMEIDBARKEIT/LERNPOTENZIAL

Unter einem Fehler versteht man eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem entweder ein falscher oder gar kein Plan zur Behandlung des Patienten gemacht wurde (Planungsfehler), oder die falsche Ausführung eines Plans (Ausführungsfehler). Ein Fehler ist per Definition vermeidbar. Eine Nebenwirkung auf ein Medikament ist zum Beispiel an sich kein Fehler, sondern ein unerwünschtes Ereignis. Wenn allerdings in der Patientenakte vermerkt war, dass der Patient das Medikament nicht verträgt, spricht man von einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis. Ein Fehler kann, aber muss nicht zu einer Schädigung des Patienten führen. Oft hat ein Fehler keine Konsequenzen und wird deshalb gar nicht bemerkt.

Checkliste Fallauswahl

Die Liste zur Lokalisierung von Fehlern ist als Anregung zu verstehen und nicht abschliessend.

- Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht**
(präoperativ/intraoperativ/postoperativ, diagnostische Massnahmen, konservative Therapie/Interventionen, Medikamentenverordnung, Medikamentengabe)
- Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt**
(Existieren Arbeitsdiagnosen, Problemerkennung/-lösung zeitnah)
- Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig**
(Schnittstellenprobleme, Komplikationsmanagement medizinisch korrekt, Versagen von Notfallmassnahmen, Management Risikopatient, Verzögerung bei der Verlegung innerhalb des Krankenhauses oder bei der Verlegung zwischen Krankenhäusern)
- Behandlungsleitlinien/Standards**
(berücksichtigt, angewendet, Einhaltung von Leitlinien oder begründete Abweichung, erkennbare sinnvolle Therapiestandards)
- Kontrollen der Behandlungsverläufe**
(durch CA/OA erfolgt und dokumentiert, durch behandelnde Ärzte der Abteilung, ärztliche Übergaben, OA-/CA-Visiten, Konsiliarärzte, Kooperation Pflege/therapeutische Teams)
- Dokumentation umfassend und schlüssig**
(Aufklärung zur OP/Intervention, Behandlungsverlauf, Therapieentscheidungen, OP-Bericht und Verlegungsberichte, Konsile, Therapiebegrenzungen, Arztbrief inhaltlich logisch)
- Interdisziplinäre/-professionelle Zusammenarbeit reibungslos?**
(präoperativ/postoperativ, prä-/postinterventionell, Intensivmedizin/Konsiliardienste)
- Kommunikation**
(Kommunikation innerhalb der Abteilung umfassend, Übergabebesprechung, Übertragen von konkreten Aufgaben; Kommunikation mit der Pflege umfassend, Anordnungen zeitnah durchgeführt, Auf Anforderungen der Pflege zeitnah reagiert; Information der Angehörigen zeitnah)

Vorbereitung des M&M-Falls

1. FALLAUFBEREITUNG UND IDENTIFIKATION DES FEHLERS

Was ist passiert und was ist schief gelaufen?

Sammlung von Daten für die chronologische Fallvorstellung.
Mögliche Quellen:

- Patientenakte, Labor, Pathologie, Bildgebung
- Interne Leitlinien und Standards
- Evt. Fachliteratur
- Informationen von Beteiligten/über Beteiligte
 - Wie war der Fall X für dich?
 - Was hast du alles gemacht/gedacht?
 - Was ging dir durch den Kopf, als du X/Y gemacht hast?
- Evt. weiteres

Nur Wesentliches präsentieren!

2. IDENTIFIKATION DER BEITRAGENDEN FAKTOREN (Vor-Analyse)

Was hat das Geschehen beeinflusst?

Systemische Einflussfaktoren nach London-Protokoll

Inwiefern spielten grundlegende Arbeitsbedingungen eine Rolle, als die Person auf die konkreten Herausforderungen der Aufgabe traf? Mensch und Umwelt stehen in einer Interaktion zueinander, teilweise entstehen Fehler durch unglückliche Interaktionen von an sich funktionierenden Einheiten. Die Nutzerfreundlichkeit eines IT-Tools wird zum Beispiel wichtiger in einer Stresssituation. Ungeschriebene Regeln kennt man erst, wenn man einige Jahre im Spital gearbeitet hat. Um herausfordernde Patienten kann man sich schlechter kümmern, wenn man müde ist, oder die Kommunikationswege und die Sicherheitskultur haben einen Einfluss darauf, ob man in einem kritischen Moment weitere Personen hinzuzieht. Für die Identifikation von systemischen Einflüssen kann die Liste nach London-Protokoll zur Hilfe genommen werden. Ausschlaggebend ist, dass man den Fall aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und Wechselwirkungen berücksichtigt. Die Liste dient als Anregung. Es soll nicht zu viel Zeit damit verbracht werden, darüber nachzudenken, was in welche Kategorie gehört.

Vorbereitung des M&M-Falls

Faktorart	Einflussnehmende Faktoren
Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand (Komplexität und Schweregrad) • Sprache und Kommunikation • Persönlichkeit und soziale Faktoren
Aufgaben und Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie strukturelle Klarheit • Verfügbarkeit und Verwendung von Richtlinien und Verfahrensanweisungen • Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen • Entscheidungshilfen
Individuelle Faktoren (Personal)	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse und Fähigkeiten • Kompetenz • Körperliche und psychische Gesundheit
Team	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche und schriftliche Kommunikation • Supervision und Hilfesuche • Teamstruktur (Passung/Übereinstimmung, Beständigkeit, Führung etc.)
Arbeitsumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Personalbestand und Qualifikationsmix • Arbeitsbelastung und Schichtpläne • Beschaffenheit, Verfügbarkeit und Instandhaltung der techn. Ausstattung • Unterstützung durch Verwaltung und Geschäftsleitung • Physische Umgebung
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Ressourcen und Einschränkungen • Organisationsstruktur • Grundsätze, Standards und Ziele • Sicherheitskultur und Prioritäten
Institutioneller Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlicher und regulatorischer Kontext • Gesundheitspolitik • Verbindungen mit externen Organisationen

Könnten kognitive Verzerrungen einen Einfluss gehabt haben?

In einem zweiten Schritt der Analyse kann man überlegen, ob kognitive Verzerrungen einen Einfluss gehabt haben könnten. Nachfolgend sind Beispiele für gängige kognitive Verzerrungen aufgeführt. Diese Liste ist als Anregung zu verstehen und die korrekte Benennung unwichtig.

KOGNITIVE VERZERRUNGEN

Verfügbarkeitsheuristik (availability bias)

Die Leichtigkeit, mit der Inhalte erinnert werden, hat einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Inhalte, mit denen wir uns regelmässig beschäftigen, werden also schneller aus dem Gedächtnis abgerufen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich wahrscheinlicher auftreten. Das kann zum Beispiel in der Diagnostik eine Rolle spielen.

Bestätigungsfehler (confirmation bias)

Wir nehmen Informationen eher wahr, die unsere bestehenden Vorstellungen bestätigen, und tendieren dazu, Informationen zu übersehen, die unseren Erwartungen widersprechen.

Triage-Brille (triage cueing)

Triage, die Zuteilung der Patienten/Patientinnen nach Krankheitsbild und Zustand, kommt zum Beispiel in der Notfallaufnahme oft vor. Sobald ein Patient/eine Patientin in einer bestimmten Abteilung landet, wird er/sie in erster Linie durch diese «Brille» betrachtet.

Yin-yang-Aufgabe (yin-yang out)

Wenn schon sehr viele diagnostische Interventionen gemacht wurden, besteht die Tendenz, bereits vor einem befriedigenden Ergebnis aufzugeben.

Zebra-Rückzug (zebra retreat)

Seltene Differentialdiagnosen werden nicht weiterverfolgt, weil man keine Ressourcen (Zeit und Geld) verschwenden will, nicht als realitätsfremd angesehen werden möchte, man gerade keinen Zugang zu Spezialisten hat (z. B. am Wochenende) oder wegen Müdigkeit oder Ablenkung.

Mitläufer-Effekt (bandwagon effect)

Gewisse Dinge werden geglaubt oder getan, nur weil andere sie glauben oder tun. Beispielsweise treffen beim sogenannten «Gruppendenken» kompetente Personen schlechtere Entscheidungen, weil jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst.

Momentum-Effekt (diagnosis momentum)

Hypothesen verfestigen sich schleichend zur Diagnose, weil alle darüber sprechen und die Diagnosen annehmen. Irgendwann fällt die Differentialdiagnostik weg.

Kommissionsfehler (commission bias)

Es besteht die Einstellung, dass nur durch Interventionen das Wohl des Patienten/der Patientin aufrechterhalten werden kann.

Unterlassungsfehler (omission bias)

Schlechte Ergebnisse, die aufgrund eines natürlichen Verlaufs entstanden sind, sind akzeptierter als solche, die durch medizinisches Eingreifen entstanden. Deshalb ist man manchmal geneigt, im Zweifelsfall nichts zu machen. Unterlassungsfehler sind häufiger als Kommissionsfehler.

Adaptiert aus: The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Vorbereitung des M&M-Falls

Darstellung der Vor-Analyse für die Diskussion im Plenum

Wir empfehlen, nach der Präsentation des Falls auf einer separaten Folie in einem Zeitstrang nochmals die Schlüsselmomente darzustellen, die sowohl medizinische Fakten als auch Fehler sein können (grüner Pfeil). Der Pfeil stellt keine Fehlerursachenkette dar, sondern lediglich eine zeitliche Abfolge der Ereignisse und Handlungen. Die identifizierten Faktoren (London-Protokoll, kognitive Verzerrungen) werden auf derselben Folie aufgeführt. Wichtig ist, dass nicht nur die Kategorie der Faktoren aufgeführt wird (z.B. Teamfaktoren), sondern konkretisiert wird (z.B. Diagnose-Update nicht kommuniziert). Diese Folie, die die Ergebnisse der Vor-Analyse kurz und prägnant darstellt, bietet die Grundlage für die Diskussion im Plenum.

Mögliche Darstellung der Vor-Analyse



Präsentationsvorlage

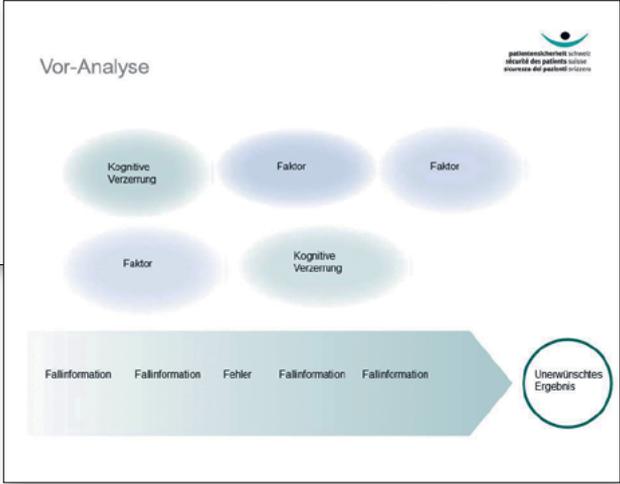


Fallinformationen

- Angaben zum Patienten: *((so anonym wie möglich halten, kein Name, kein Geburtsdatum, Geschlecht nur falls relevant))*
- Aufnahme- oder Behandlungsdiagnose
- Krankheitsverlauf und Massnahmen

Unerwünschtes Ergebnis
((Informationen vom Review-Team))

Fehler
((Informationen vom Review-Team))



Pocket Card Leitung

Vorder- und Rückseite



Falz

Morbidity- und Mortalitätskonferenzen

Pocket Card Leitung

Morbidity- und Mortalitätskonferenzen

Pocket Card Leitung

Ziele der M&M

- Kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen
- Veränderung der Sicherheitskultur: Systemdenken fördern
- Das Nachdenken über das eigene Denken
- Verbesserung von Fachwissen, Fertigkeiten, Handlungskompetenz

Prinzipien der M&M

- Vermittlung von Werten der Leitung
- Sachlichkeit und Respekt
- Vertraulichkeit
- Teamwork

Aufgaben während der M&M

- Begrüssung und Verabschiedung, Ziele und Prinzipien vermitteln
- Psychologische Sicherheit vermitteln: Alle trauen sich, sich zu äussern ohne Angst vor einer Blamage oder Sanktionen
- Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Disziplinen und Berufsgruppen fördern
- Bezüge zu früheren M&M herstellen und den Teilnehmenden helfen, Zusammenhänge zu erkennen
- Bestimmen, wer die Massnahmen weiterverfolgt
- Punktuell Wissen und Erfahrungen einbringen


patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

www.patientensicherheit.ch/mm
Referenz: Leitfaden Morbidity- und Mortalitätskonferenzen



Pocket Card Moderation

Vorder- und Rückseite



M&M

Morbidity- und Mortalitätskonferenzen

Pocket Card Moderation

Leitfragen

- 1 Nach der Fallpräsentation:
Gibt es Verständnisfragen zum Fall? (ca. 5 Min.)
- 2 Nach der Vor-Analyse:
Was finden Sie einleuchtend?
Was sehen Sie anders? Was fehlt? (10–20 Min.)
- 3 Braucht es eine Massnahme und wo könnten wir ansetzen? Was haben wir in dieser M&M gelernt? (ca. 5 Min.)

Was sollte der/die Moderator/in tun?

- Möglichst alle Berufsgruppen und Disziplinen zum Reden animieren
Früh in der Diskussion verschiedene Sichtweisen einholen und vermittelnd zwischen Berufsgruppen und Disziplinen wirken
- Akzeptierte Meinungen herausfordern
- Einen Good-Judgement-Ansatz vertreten:
davon ausgehen, dass alle nach bestem Wissen und Gewissen agieren



Falz

Morbidity- und Mortalitätskonferenzen

Pocket Card Moderation

Wann sollte der/die Moderator/in freundlich und bestimmt eingreifen?

- Wenn jemand aus dem Publikum an der Diskussionsfrage vorbeiredet, referiert, sich rechtfertigt
- Wenn die Vorhersehbarkeit von Ereignissen überschätzt wird (Rückschaufehler)
- Wenn die Handlung(en) ausschliesslich mit Eigenschaften von Personen begründet und die Umstände ausser Acht gelassen werden (fundamentaler Attributionsfehler)

Um nicht den Anschein zu erwecken, Personen willkürlich zu unterbrechen, empfiehlt es sich, jeweils kurz zu begründen, warum man die Person unterbricht und/oder das Gesagte kurz zusammenzufassen.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

www.patientensicherheit.ch/mm
Referenz: Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Handout

für Teilnehmende

SPIELREGELN

- Die Haltung sollte neugierig, verbesserungsorientiert und respektvoll anderen und sich selbst gegenüber sein.
- Natürlich können auch Emotionen gezeigt werden. Diese sollten allerdings nicht in Anschuldigungen oder Rechtfertigungen münden.
- Sich so kurz wie möglich fassen, damit möglichst viele Personen zu Wort kommen.
- Bitte um Respekt gegenüber den Teilnehmenden: Das Besprochene verlässt den Raum nicht.

CHECKLISTEN FÜR DIE DISKUSSION

Systemische Einflussfaktoren nach London-Protokoll

Es gibt nie nur eine Ursache für einen Fehler. Meist kommt man zum Schluss, dass eine Kombination verschiedener Handlungen und Umstände zu bestimmten Handlungen am Ende einer Handlungskette (sharp end) und zu negativen Folgen geführt hat. Hinzu kommt, dass bereits nach kurzer Zeit die Erinnerung an den genauen Vorgang eines Falls verzerrt sein kann. Eine vollständig korrekte Rekonstruktion ist unwahrscheinlich. Der M&M-Fall ist daher in erster Linie als Symptom und als Ausgangspunkt zu betrachten, um die Sicherheit und Zweckmässigkeit der Prozesse und Strukturen zu überprüfen und zu verbessern.

Faktorart	Einflussnehmende Faktoren
Patienten	<ul style="list-style-type: none">• Zustand (Komplexität und Schweregrad)• Sprache und Kommunikation• Persönlichkeit und soziale Faktoren
Aufgaben und Verfahren	<ul style="list-style-type: none">• Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie strukturelle Klarheit• Verfügbarkeit und Verwendung von Richtlinien und Verfahrensanweisungen• Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen• Entscheidungshilfen
Individuelle Faktoren (Personal)	<ul style="list-style-type: none">• Kenntnisse und Fähigkeiten• Kompetenz• Körperliche und psychische Gesundheit
Team	<ul style="list-style-type: none">• Mündliche und schriftliche Kommunikation• Supervision und Hilfesuche• Teamstruktur (Passung/Übereinstimmung, Beständigkeit, Führung etc.)
Arbeitsumfeld	<ul style="list-style-type: none">• Personalbestand und Qualifikationsmix• Arbeitsbelastung und Schichtpläne• Beschaffenheit, Verfügbarkeit und Instandhaltung der techn. Ausstattung• Unterstützung durch Verwaltung und Geschäftsleitung• Physische Umgebung
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none">• Finanzielle Ressourcen und Einschränkungen• Organisationsstruktur• Grundsätze, Standards und Ziele• Sicherheitskultur und Prioritäten
Institutioneller Rahmen	<ul style="list-style-type: none">• Wirtschaftlicher und regulatorischer Kontext• Gesundheitspolitik• Verbindungen mit externen Organisationen

Könnten kognitive Verzerrungen einen Einfluss gehabt haben?

Auch erfahrene und sehr qualifizierte Mitarbeitende verarbeiten Informationen manchmal falsch und ziehen falsche Schlüsse aus vorliegenden Informationen. Vielen unerwünschten Ereignissen gehen sogenannte kognitive Verzerrungen (auch gedankliche Abkürzungen, Denkfehler, Heuristiken, Bias) voraus. Kognitive Verzerrungen bei der Planung und Ausführung von Tätigkeiten sind menschlich, alltäglich und dienen dazu, Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. Ohne sie wäre der Alltag zeitlich nicht zu bewältigen. Die Benennung konkreter kognitiver Verzerrungen und der Austausch darüber vereinfachen es, sich bewusst zu werden, unter welchen Umständen man für welche Verzerrungen anfällig ist, und allenfalls Massnahmen dagegen zu treffen.

KOGNITIVE VERZERRUNGEN

(Liste nicht abschliessend)

Verfügbarkeitsheuristik (availability bias)

Die Leichtigkeit, mit der Inhalte erinnert werden, hat einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Inhalte, mit denen wir uns regelmässig beschäftigen, werden also schneller aus dem Gedächtnis abgerufen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich wahrscheinlicher auftreten. Das kann zum Beispiel in der Diagnostik eine Rolle spielen.

Triage-Brille (triage cueing)

Triage, die Zuteilung der Patienten/Patientinnen nach Krankheitsbild und Zustand, kommt zum Beispiel in der Notfallaufnahme oft vor. Sobald ein Patient/eine Patientin in einer bestimmten Abteilung landet, wird er/sie in erster Linie durch diese «Brille» betrachtet.

Yin-yang-Aufgabe (yin-yang out)

Wenn schon sehr viele diagnostische Interventionen gemacht wurden, besteht die Tendenz, bereits vor einem befriedigenden Ergebnis aufzugeben.

Zebra-Rückzug (zebra retreat)

Seltene Differentialdiagnosen werden nicht weiterverfolgt, weil man keine Ressourcen (Zeit und Geld) verschwenden will, nicht als realitätsfremd angesehen werden möchte, man gerade keinen Zugang zu Spezialisten hat (z. B. am Wochenende) oder wegen Müdigkeit oder Ablenkung.

Mitläufer-Effekt (bandwagon effect)

Gewisse Dinge werden geglaubt oder getan, nur weil andere sie glauben oder tun. Beispielsweise treffen beim sogenannten «Gruppendenken» kompetente Personen schlechtere Entscheidungen, weil jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst.

Bestätigungsfehler (confirmation bias)

Wir nehmen Informationen eher wahr, die unsere bestehenden Vorstellungen bestätigen, und tendieren dazu, Informationen zu übersehen, die unseren Erwartungen widersprechen.

Momentum-Effekt (diagnosis momentum)

Hypothesen verfestigen sich schleichend zur Diagnose, weil alle darüber sprechen und die Diagnosen annehmen. Irgendwann fällt die Differenzialdiagnostik weg.

Kommissionsfehler (commission bias)

Es besteht die Einstellung, dass nur durch Interventionen das Wohl des Patienten/der Patientin aufrechterhalten werden kann.

Unterlassungsfehler (omission bias)

Schlechte Ergebnisse, die aufgrund eines natürlichen Verlaufs entstanden sind, sind akzeptierter als solche, die durch medizinisches Eingreifen entstanden. Deshalb ist man manchmal geneigt, im Zweifelsfall nichts zu machen. Unterlassungsfehler sind häufiger als Kommissionsfehler.

Adaptiert aus:

The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Evaluationsbogen

für Teilnehmende

ANGABEN ZUR PERSON (freiwillig)

Berufsgruppe: Arzt/Ärztin Pflege Andere

Anzahl Berufsjahre: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

In der heutigen M&M ...

	Ja	Teilweise	Nein
konnte ich offen reden (oder hätte ich bei Bedarf offen reden können).			
hatte ich den Eindruck, dass die meisten anderen offen reden konnten.			
wurde klar, ob/was schiefgelaufen ist.			
wurden die relevanten Fehler begünstigenden Faktoren besprochen.			
habe ich ein besseres Verständnis über Zusammenhänge in der Organisation gewonnen.			
wurde klar, was die Teilnehmenden aus dem Fall lernen können.			
wurde mein Fachwissen erweitert.			
wurden sinnvolle Massnahmen besprochen oder es wurde klar, warum keine Massnahme nötig ist.			
habe ich das Gefühl gewonnen, mich in zukünftigen ähnlichen Situationen sicherer zu fühlen.			
waren Vorbehalte zwischen Disziplinen spürbar.			
waren Vorbehalte zwischen Berufsgruppen spürbar.			
herrschte eine respektvolle und wertschätzende Atmosphäre.			
herrschte eine verbesserungsorientierte Atmosphäre.			
wurden Mitarbeitende blossgestellt.			
habe ich das Gefühl gewonnen, meine Arbeitskollegen (hierarchieübergreifend) besser zu verstehen.			
habe ich das Gefühl gewonnen, Personen aus anderen Disziplinen (z. B. Chirurgie, Anästhesiologie, Pathologie etc.) besser zu verstehen.			
habe ich das Gefühl gewonnen, Personen aus anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Pflege, Therapeuten) besser zu verstehen.			

Adaptiert aus:

Becker, Andreas A. Eine Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgeber: Becker A. Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH et Co. KG, Kulmbach. 2015.

Protokoll

Unerwünschtes Ereignis (anonymisiert) _____

Identifizierte System-Faktoren (London-Protokoll)

- _____
- _____
- _____

Identifizierte kognitive Verzerrungen

- _____
- _____
- _____

Massnahmen _____

Verantwortlich _____
Frist _____

Keine Massnahme, weil ... _____

Learnings _____

IMPRESSUM

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Zürich, Mai 2019

Redaktion: Lynn Häsler

Produktion: Anna Wegelin

Layout und Satz: giselaburkhalter.ch

Druck: SteudlerPress, Basel

Auflage: 1700 dt., 760 franz., 140 ital.

ISBN 3-905803-27-5

Leitfaden
Morbiditäts- und
Mortalitätskonferenzen

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Asylstrasse 77
CH-8032 Zürich
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera