



Foto: Robert Kneschke – Fotolia

# Gut ist nicht gut genug

## Gelebtes Qualitätsmanagement in der Kardiologie Teil III: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz und Teamtraining

*Die medizinische Qualität – und hier insbesondere die Patientensicherheit – ist der entscheidende Faktor für die Patienten und Behandler. In einer Reihe mit drei praxisorientierten Beiträgen berichten die Autoren über ein Qualitätsmanagementprojekt zur Herzinfarktversorgung in der Medizinischen Klinik I des St.-Marien-Hospitals in Lünen. Berichtet wird jeweils zu den Grundlagen, der Durchführung und den gewonnenen Erkenntnissen aus innerklinischem Fallreview (Teil I), der kontinuierlichen Messung der Krankenhaussterblichkeit (Teil II) sowie der Morbiditäts und Mortalitätskonferenz und dem kardiologischen Teamtraining (Teil III).*

**D**ie Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MMK) ist ein Kernelement des klinischen Qualitäts- und Risikomanagements. Sie bietet den Teilnehmern die Möglichkeit zur qualifizierten Diskussion innerhalb des professionellen therapeutischen Teams. Es ist die beste Chance, unsichere Handlungen, patientenseitige und Systemfaktoren in einer sachlichen Atmosphäre herauszuarbeiten und von ihnen zu lernen. Die MMK leistet durch ihre duale Natur (Perso-

nalentwicklung und Systemverbesserung) somit auch einen wichtigen Beitrag zur (Weiter-) Entwicklung der Sicherheitskultur.

### Ausgangssituation und Umsetzung

Bereits vor dem Start unseres Qualitätsentwicklungsprojektes erfolgten in der Klinik Besprechungen, bei denen auffällige Fallverläufe oder bestimmte Komplikationen besprochen wurden. Hierbei handelte es sich jedoch nicht um eine systematisches, sondern eher anlassbezogenes Vorgehen. Bei der Aufnahme der Planungen zu unserem Verbesserungsprojekt „Gut ist nicht gut genug Gelebtes Qualitätsmanagement in der Kardiologie Teil III: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz und Teamtraining“ wurde schnell klar, dass auch die Einführung einer systematischen MMK in die Ziele aufgenommen wird. Die Planung, Einführung, Umsetzung und Evaluation orientierte sich an veröffentlichten Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Damit wurden bereits die im Jahr 2016 veröffentlichten Inhalte des Leitfadens der Bundesärztekammer erfüllt. Nach der Konzeptentwicklung wurden

die Mitarbeiter (Ärzte, Pflegekräfte, Funktionsdienst) unserer Klinik über die geplante MMK informiert. Hervorgehoben wurde insbesondere der systembasierte Ansatz, bei dem es nicht um das „Wer?“, sondern um das „Was? Wieso? Weshalb? Was können wir lernen und verändern?“ geht. Weiterhin wurden Informationen zu Fallauswahl, dem MMK-Ablauf, der Rolle des Moderators und des Präsenters sowie der Evaluation vorgestellt und diskutiert. Auch die Vorbereitung einer MMK inklusive der Fallanalyse, die sich an dem vorab vorgestellten Konzept des Fallreviews orientierte, wurde ausführlich dargestellt und stand als „Checkliste zur Vorbereitung“ allen Mitarbeitern zur Verfügung. Bei der Vorbereitung der einzelnen MMK wurden die Mitarbeiter in allen Phasen durch den Chefarzt und den Leitenden Oberarzt, der bei allen MMK die Rolle des Moderators übernahm, unterstützt. Zu jeder MMK lag den interprofessionellen Teilnehmern die erarbeitete „Checkliste zum MMK-Ablauf“ (► Abb.) vor. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass alle Teilnehmer den MMK-Verlauf verfolgen und zur Einhaltung des definierten Formats beitragen können.

## Ergebnisse

Während des Projektes erfolgten insgesamt sechs interprofessionelle MMK, bei denen unter anderem die folgenden Themen identifiziert und bearbeitet wurden:

- Schulungen zur Förderung der Infarktfrüherkennung durch Pflegekräfte in der zentralen Notaufnahme (semiautomatische EKG-Befundung) und Förderung der EKG-Befundung durch Assistenzärzte
- Verbesserung der Kommunikation bei der Patientenvorstellung
- Verbesserung der Abstimmung mit zuweisenden Krankenhäusern
- Überarbeitung beziehungsweise Neuerstellung von SOP: Dekompensierter STEMI, kardialer Schock, Aneurysma spurium, Telemetrie, Verlegungsindikation von Intensivstation, Prüfung der Funktion venöser Zugänge, ACT-Messung vor Koronarintervention
- Kooperationskonzept mit der Feuerwehr zur telemedizinischen Übermittlung von EKG
- Durchführung eines Teamtrainings „Notfallmanagement im Herzkatheterlabor“

In der Evaluation zeigte sich eine insgesamt sehr erfreuliche Bewertung. Die einzelnen Aussagen (►Tab., Seite 66) wurden von den Teilnehmern (Ärzte, Pflegekräfte und Funktionsdienst mit Berufserfahrung von 1 – 43 Jahren) überwiegend zustimmend bewertet (79 – 99 Prozent). Mündliche Rückmeldungen von Assistenzärzten, die Fälle aufbereitet und in einer MMK vorgestellt haben, bestätigten die Sichtweise, dass die MMK eine wichtige Rolle in der Weiterbildung einnimmt. So wurde unter anderem betont, dass man sich durch die Vorbereitung auf die MMK und die Fallpräsentation eine neue und wichtige Kompetenz erarbeitet habe. Die Erfahrungen mit der systematischen Einführung und Umsetzung einer kardiologischen Morbiditäts- und

## Medizinische Klinik I Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

### Eröffnung (15 Minuten)

Perings: Begrüßung und

- Wir verfolgen einen systembasierten Ansatz, es geht nicht um die Frage „Wer?“, sondern um „Was? Wieso? Weshalb? Was können wir lernen?“
- Wir bieten eine sichere Konferenz mit Respekt für alle Anwesenden.
- Erinnerung an Verschwiegenheitsverpflichtung.

Wickenbrock: Vorstellung der aktuellen Datenlage (CUSUM Krankenhaussterblichkeit, DTS-Zeiten) und Kurzanalyse verstorbener Patienten, Maßnahmen seit letzter MMK und Überleitung zur heutigen Konferenz.

### Konferenz (75 Minuten)

Schwarz: Präsenter

Blau: Moderator

Rot: Chefarzt oder Vertreter

1. Eröffnung: „Wir besprechen heute ...“
2. Relevante beste Praxis zu diesem Fall ergibt sich aus Leitlinien, Fachliteratur, Vorgaben der eigenen Klinik ...
3. Der Fall wird vorgestellt (Fallgeschichte inklusive relevante Diagnostik/Befunde)
4. Fragen dazu? Relevante Ergänzungen dazu? Keine Diskussion, keine Kommentare, keine Koreferate an dieser Stelle!
5. Die sicheren / unsicheren Handlungen (Planung? Ausführung? Was wäre die gute Praxis gewesen?)
6. Fragen dazu? Relevante Ergänzungen dazu? Keine Diskussion, keine Kommentare, keine Koreferate an dieser Stelle!
7. Die positiven / negativen beitragenden Faktoren
8. Fragen dazu? Relevante Ergänzungen dazu? Keine Diskussion, keine Kommentare, keine Koreferate an dieser Stelle!
9. Zusammenfassung des Falles im Kontext der Leitlinien, Fachliteratur, Vorgaben der eigenen Klinik ...
10. Kernaussagen / Verbesserungsvorschläge / Maßnahmen
11. Fragen dazu? Relevante Ergänzungen dazu? Keine Diskussion, keine Kommentare, keine Koreferate an dieser Stelle!
12. Diskussion des Falles im Auditorium
13. Bitte um Ausfüllen der Evaluationsbögen
14. Der Chefarzt kommentiert den Fall abschließend und bedankt (!) sich bei den Teilnehmern.

Abb.: Medizinische Klinik / Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

Mortalitätskonferenz zeigen, dass diese Methode einen relevanten Beitrag für die Weiterbildung, die Qualität der Patientenversorgung und auch die Sicherheitskultur leistet. Entscheidend ist dabei, dass ein nicht-punitiver und systemorientierter Ansatz verfolgt wird und die Mitarbeiter die MMK somit als Chance und nicht als Risiko betrachten.

## Teamtraining

Im Rahmen eines Teamtrainings können komplette Behandlungsteams – am Besten in ihrer eigenen Arbeitsumgebung – trainieren. Hier stehen den Behandlungsteams die komplette Infrastruktur und diesel-

ben Ressourcen wie im Alltag zur Verfügung. Eine weitere Steigerung ist ein Training unter Stress, denn, wenn man ein möglichst realistisches Training am Simulator ermöglichen möchte, sollten die Teilnehmer auch Stress ausgesetzt werden. Nur so ist das Verhalten der Teilneh-



Prof. Dr. Christian Perings  
Chefarzt Medizinische Klinik I  
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH



Prof. Dr. Andreas Becker  
Institut Prof. Dr. Becker  
Rösrath



Axel Weinand  
Geschäftsführer  
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH



Dr. Ingo Wickenbrock  
Leitender Oberarzt Medizinische Klinik I  
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH

Die heutige M+M-Konferenz... (bitte ankreuzen)		Ablehnung					Zustimmung					
1.	Hat die Diskussion unerwünschter Ereignisse gefördert	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
2.	Hat die Frage beantwortet: „Was ging schief?“	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
3.	Hat die Frage beantwortet: „Wie konnte es geschehen?“	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
4.	Hat die Frage beantwortet: „Was lernen wir daraus?“	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
5.	Hat die Frage beantwortet: „Wie können wir das zukünftig vermeiden?“	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
6.	Hat mein fachliches Verhalten gefördert	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
7.	Hat meine fachliche Entscheidungsfindung gefördert	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
8.	Hat meine Verantwortlichkeit für die Patientensicherheit gefördert	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
9.	Hat ein Klima der Sicherheit für alle Teilnehmer geboten	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
10.	War von gegenseitiger Wertschätzung geprägt	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
11.	Hat die Entwicklung einer Sicherheitskultur gefördert bzw. weiterentwickelt	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

**Tab.: Fragebogen zur M+M Konferenz**

mer realitätsnah, auch entstehen so annehmbar die gleichen Fehler wie in der Realität. Unabdingbar ist in einem solchen Simulatortraining eine geschützte Atmosphäre, in der der Teilnehmer den Mut hat, die gleichen Fehler wie in der realen Situation zu begehen und im Debriefing konstruktive Kritik hierzu von den Kollegen zu empfangen. Das Trainieren unter Stress verfolgt zwei wesentliche Ziele: Einerseits ist bei wiederholtem Training am Simulator die Stressbelastung geringer, somit dient das Üben kritischer Notfälle dazu, in diesen Situationen routinierter zu handeln. Andererseits sollen die Teilnehmer in den Simulatorszenarien möglichst realem Stress ausgesetzt werden, um gezielt in diesen stressigen Situationen die Verhaltensweisen zu trainieren, die in den kurzen psychologischen Seminaren vor der Simulation erlernt wurden (Müller 2012).

### Planung und Durchführung

Bei der Planung des Teamtrainings wurden u.a. folgende Anforderungen definiert:

- Interprofessionalität
- Training im eigenen Umfeld
- Vermittlung der theoretischen Grundlagen in angemessenem Umfang.
- Inhalte und Durchführung sollten die Qualitätskriterien der Arbeitsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ der DGK erfüllen.

Nach einer gründlichen Recherche erfolgte die Auswahl eines externen Anbieters, mit dem das Training weiter geplant und dann auch durchgeführt wurde. In der Zeit von 09:00 bis 15:00 Uhr wurde das Training an einem Samstag in einem unserer Herzkatheterlabore durchgeführt. Vor dem praktischen Teil wurden die folgenden theoretischen Grundlagen (60 Minuten) vermittelt: Grundlagen zur Fehlerentstehung in der Medizin, der Faktor Mensch, Kommunikation und Team. Das Praxis-Training wurde mit einem sogenannten Full-Scale-Patientensimulator in Kombination mit einem Herzkathetersimulator in Kleingruppen durchgeführt. Die einzelnen Szenarien (insgesamt drei) wurden ausführlich nachbesprochen. Inhaltlich wurden spezielle Notfallsituationen (Reanimation beziehungsweise Kontrastmittelallergie bei PCI) und deren Handlungsabläufe trainiert.

### Erkenntnisse

Das Simulationstraining von Notfallsituationen im Herzkatheterlabor ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherheitskultur und zur Erhöhung der Patientensicherheit. Hier wurde die wichtige Erfahrung gemacht, dass verbesserungswürdige (Teil-) Prozesse weder auf mangelndes Fachwissen noch auf unzureichende fachliche Fertigkeiten zurückzuführen waren. Vielmehr lagen sie im Bereich sogenannter nichttechnischer

Fertigkeiten (engl.: non-technical skills), die vom „Faktor Mensch“ bestimmt werden. Dazu gehören etwa Kooperation und Kommunikation, Situationswahrnehmung und -bewusstsein, Entscheidungsfindung und Führung. Diese nicht-fachlichen Fähigkeiten lassen sich weiter trainieren, um das Risiko von Zwischenfällen zu minimieren. Bei den Nachbesprechungen wurden einige konkrete Themen identifiziert, die in der Folgezeit in unserer Klinik weiter analysiert undbearbeitet werden können. Dies zeigt den hohen praktischen Wert des Trainings. So ist etwa der Entscheidungsalgorithmus „Wann wird Hilfe geholt?“ (zum Beispiel zweiter Kardiologe, weitere Funktionsfachkraft, Unterstützung von der internistischen Intensivstation, Reanimationsteam) neu zu überdenken und festzulegen. Aus dem Bereich der Strukturqualität wurde klar, dass eine Anpassung des Notfallwagens an den Aufbau und die Inhalte des Notfallwagens der internistischen Intensivstation sinnvoll ist. Bei der Abschlussbesprechung betonten die Teilnehmer die große Realitätsnähe der Simulation und der Szenarien. Eine Wiederholung des Trainings, auch zur Evaluation veränderter Prozessabläufe, wurde als sinnvoll erachtet und gewünscht.

### Fazit

Das Teamtraining stellte eine wichtige Ergänzung des Projektes zur Qualitätsverbesserung dar, hierbei lag der Fokus auf der Patientensicherheit. Die besondere Chance des Trainings lag in der Möglichkeit, in beiden Rollen – aktiver Teilnehmer in einem Szenario beziehungsweise Beobachter – in einem geschützten Umfeld zu lernen. ■

### Literatur bei den Verfassern

**Prof. Dr. Christian Perings**  
Dr. Ingo Wickenbrock  
Axel Weinand

**Katholisches Klinikum**  
Lünen/Werne GmbH  
Altstadtstraße 23  
44534 Lünen

**Prof. Dr. Andreas Becker**  
Institut Prof. Dr. Becker  
Nonnenweg 120a  
51503 Rösrath  
becker@i-pdb.de