

Team Timeout

Jeder kennt es, viele hassen es, meist wird es als nervige Pflichterfüllung gesehen und wenn man es richtig durchführt, wird man von den Kollegen oft belächelt – das Team Timeout. Im Grunde ist allen bewusst, dass es wichtig ist und darauf angesprochen gibt das auch jeder zu, aber jeder, der schon mal eine/n Chirurg*in nachts mit den



Hufen scharren hören hat, weiß, wie oft noch während des Timeouts der Schnitt gemacht wird oder gleich ganz darauf verzichtet wird. Doch gerade in diesen Situationen, wenn es schnell gehen muss, alle aufgeregte sind und Kommunikation mehr so „nebenbei“ geschieht, ist es wichtig, kurz innezuhalten und sich diese Zeit zu nehmen.

Weltweit liegt die Inzidenz von unerwünschten Vorkommnissen im Krankenhaus bei etwa 10% [1]. Davon wäre die Hälfte nachweislich vermeidbar gewesen [2] und eine tragende Rolle dabei spielen die sogenannten „systematischen“ Probleme, also Koordination, Kommunikation, etc. [3]. Um solche Fehler auszuschließen, hat die WHO (World Health Organization) 2007 die Global Patient Safety Challenge „*Safe Surgery Saves Lives*“ ins Leben gerufen, deren Ziel es war, die Patient*innensicherheit bei chirurgischen Eingriffen weltweit zu verbessern.

Aus diesem Projekt entstand eine Checkliste, die die Patient*innen vom Einschleusen in den OP-Bereich bis zum späteren Ausschleusen begleiten soll und die zu den besonders kritischen Zeitpunkten (vor Beginn der Narkose, vor dem Hautschnitt und bevor Patient*in und Team den OP-Saal verlassen) dem interdisziplinären Team einen kurzen Zeitraum des Sammelns und der Kommunikation verschaffen soll, um systematische Fehler aufzudecken.

Viele Kliniken auf der Welt führten ähnliche Prozeduren schon als Standard durch, die WHO-Checkliste gibt den Beteiligten allerdings ein standardisiertes Konzept an die Hand, durch welches der Sicherheitscheck vereinheitlicht werden soll. Zudem verhindert das Abarbeiten der Checkliste, die in Papierform vorliegt, dass einzelne Punkte übersehen oder vergessen werden. Der Einfluss der WHO-Checkliste wurde im Jahr nach der Veröffentlichung in einer großen multizentrischen Studie untersucht. In acht Krankenhäusern in Großstädten weltweit wurden die Patient*innenkollektive vor Einführung der Checkliste (3733 Patient*innen) und nach Einführung der Checkliste (3955 Patient*innen) hinsichtlich vermiedener Komplikationen und Tod innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verglichen.

Die Ergebnisse waren hoch-signifikant, die Todesrate von 1,5% ohne Nutzung der Checkliste konnte durch korrektes Abarbeiten dieser auf 0,8% gesenkt werden ($p=0,003$). Die postoperativen Komplikationen ließen sich sogar von 11% auf 7% reduzieren ($p<0,001$) [4].

Table 5. Outcomes before and after Checklist Implementation, According to Site.*

Site No.	No. of Patients Enrolled		Surgical-Site Infection		Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
	<i>percent</i>											
1	524	598	4.0	2.0	4.6	1.8	0.8	1.2	1.0	0.0	11.6	7.0
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	20.5	3.6	1.4	1.8	0.3	0.0	1.4	0.0	21.4	5.5
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	9.5	5.8	1.3	0.2	1.0	1.7	2.1	1.7	12.4	8.0
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	6.2	3.4	2.4	1.8	1.1	1.3	1.5	0.8	11.0	7.0
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

* The most common complications occurring during the first 30 days of hospitalization after the operation are listed. Bold type indicates values that were significantly different (at $P < 0.05$) before and after checklist implementation, on the basis of P values calculated by means of the chi-square test or Fisher's exact test. P values are shown for the comparison of the total value after checklist implementation as compared with the total value before implementation.

Tabelle: Outcome vor und nach Einführung der WHO-Checkliste. [4]

Unter den signifikant durch die Checkliste verringerten Komplikationen finden sich

- postoperative Wundinfektionen
 - 6,2% auf 3,4% ($p < 0,001$)
- ungeplante Revisions-OPs
 - 2,4% auf 1,8% ($p = 0,047$)

Außerdem konnten in weiteren Studien noch andere Einflussgrößen nachgewiesen werden:

- Kostenreduktion für das Krankenhaus [5]
- Kürzere Aufenthaltsdauer [6]
 - mittlere Aufenthaltsdauer um 0,8 Tage verkürzt
- Bessere Kommunikation und Wertschätzung im interdisziplinären Team [7] [8] [9]
- Besserer Umgang mit Fehlern und Sicherheit im Allgemeinen [10] [11]

Gerade in Bezug auf die Morbidität und Mortalität fallen die Ergebnisse weniger deutlich aus, wenn die Checkliste nur teilweise oder nicht standardisiert abgearbeitet wird, ein vollständiges und standardisiertes Vorgehen ist hier also sinnvoll.

Generell kann es sinnvoll sein, die WHO-Checkliste an die individuellen Gegebenheiten des eigenen Hauses anzupassen, die WHO empfiehlt sogar eine Modifizierung. Die grundlegenden Items der Checkliste sollten jedoch nicht entfernt, sondern höchstens ergänzt werden, da jedes Item nachweislich einen signifikanten Benefit für die Patient*innensicherheit und das Teamwork bringt.

Das Team Timeout sollte wenn möglich von immer dem gleichen, zuvor festgelegten Teammitglied durchgeführt werden. Es bieten sich hierbei das Anästhesieteam oder der/die OP-Springer*in an, da diese nicht steril gewaschen sind und die Checkliste abhaken können. Wichtig ist, dass das ganze Team dabei kurz innehält und der Beginn der OP verzögert wird, bis die Freigabe durch den Timeout-Leader erfolgt.



Obwohl das Team Timeout, wenn es korrekt durchgeführt wird, wenige Minuten in Anspruch nehmen kann, zeigte keine der bisher durchgeführten Studien, dass deshalb weniger Operationen durchgeführt werden. Der geringe Zeitverlust wiegt in keinem Fall die Nachteile auf, die ein halbherziges oder unterlassenes Team Timeout mit sich bringt.

Ein Punkt, der beim Timeout gerne belächelt wird, ist die Vorstellung der Teammitglieder – gerade in kleineren Häusern kennt man sich ja. Und doch stehen immer wieder PJ-Student*innen am Tisch, sind Notfallsanitäter*innen in Ausbildung da oder schauen OTA-Schüler*innen mit auf den Laparoskopie monitor. Wenn das gleiche Team den ganzen Tag über unverändert zusammenarbeitet, reicht es völlig, sich morgens einmal vorzustellen. Kommt aber jemand neu dazu, sollte die Vorstellung immer wiederholt werden. Nicht nur bietet sich die Gelegenheit an, um neue Mitglieder*innen in das interdisziplinäre Team zu integrieren, es ist zudem wahrscheinlicher, dass jemand, der/die bereits laut vor dem Team gesprochen hat (um sich vorzustellen), auch eher bereit ist, etwas zu sagen, wenn Unstimmigkeiten auffallen. Nirgendwo macht die Angst vor hierarchischen Strukturen so viele Probleme wie im OP.

In vielen Häusern, besonders an Unikliniken und Maximalversorgern, sind die Checkliste und das Team Timeout bereits fest installierte Modalitäten und nicht mehr verhandelbar oder wegzudenken. Gerade kleinere und familiärere Häuser, in denen der Gedanke „Das haben wir schon immer so gemacht“ oder „Das haben wir noch nie gebraucht“ häufig noch verinnerlicht ist, tun sich mit der Implementierung schwer. Die Evidenz zur Sinnhaftigkeit, zu den Vorteilen für die Patient*innensicherheit und für die wertschätzende Kommunikation im Team ist jedoch eindeutig.

Autoren

Jana

Dr. med. Thorben Doll

Arzt in Weiterbildung Anästhesiologie, aktiver Notarzt, lernte die Notfallmedizin von der Pike auf kennen, präklinische Erfahrung 18 Jahre und Gründer von Pin-Up- [docs.de](https://www.pin-up-docs.de)

Johannes Pott

Arzt in Weiterbildung Anästhesiologie, aktiver Notarzt, Lieblingsbaustelle ist die Intensivstation. Seit 16 Jahren im Rettungsdienst und Gründer von Pin-Up-Docs.de

Quellen:

<https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/>

[1] De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care* 2008

[2] Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson MS. *To err is human*. Washington DC: National Academy Press, 2000

[3] Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *British Medical Journal* 2000;

[4] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA. Safe surgery saves lives study G. a surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009

- [5] Semel ME, et al. Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money And Improve The Quality Of Care In U.S. Hospitals. Health Affairs 2010
- [6] Haugen et al. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. Ann Surg; epub May 2014
- [7] Böhmer AB et al. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. Acta Anaesthesiol Scand 2012
- [8] Kearns RJ, et al. The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. BMJ Qual Saf 2011
- [9] Sewell M, et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. International Orthopaedics (SICOT) 2010
- [10] Haynes AB, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Qual Saf 2011
- [11] Kawano T, et al. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. J Anesth 2013

