



Aus Freude am Lesen

Niemand ist perfekt. Auch nicht die sogenannten Halbgötter in Weiß, sagt einer, der es wissen muss. Atul Gawande ist Chirurg und bekennt, welche fatalen Folgen kleine Unachtsamkeiten bei einer Operation haben können. Und nicht nur eine Operation, auch das Steuern eines Flugzeuges oder der Bau eines Wolkenkratzers sind hochkomplexe Vorgänge, die man besser nicht der Laune eines Einzelnen überlässt. Gawande macht deutlich, dass es das Zusammenspiel der verschiedensten Experten und außerdem eine Methode braucht, die all dieses Wissen steuert und unter Kontrolle hält. Diese Methode ist, so simpel sie auch klingen mag, genial – eine Checkliste.

ATUL GAWANDE ist Facharzt für Chirurgie an einer Klinik in Boston. Als Wissenschaftsredakteur veröffentlicht er regelmäßig Beiträge in *The New Yorker*. Vor seiner medizinischen Ausbildung an der Harvard Medical School studierte der Sohn zweier Ärzte Philosophie und Ethik. Gawande lebt mit seiner Familie in Newton, Massachusetts.

ATUL GAWANDE

**CHECKLIST-
STRATEGIE**

**WIE SIE DIE DINGE IN DEN
GRIFF BEKOMMEN**

*Aus dem Amerikanischen
von Gabriele Zelisko*

btb

Die Originalausgabe erschien 2009 unter dem Titel
»The Checklist Manifesto« bei Metropolitan, New York.



Verlagsgruppe Random House FSC-DEU-0100
Das für dieses Buch verwendete FSC®-zertifizierte Papier
Munken Print liefert Arctic Paper Munkedals AB, Schweden.

1. Auflage

Deutsche Erstveröffentlichung Februar 2013

Copyright © 2009 by Atul Gawande

All rights reserved including the rights of reproduction in whole or in part.

Copyright © der deutschsprachigen Ausgabe 2013 by btb Verlag,

in der Verlagsgruppe Random House GmbH, München

Umschlaggestaltung: © semper smile, München,

nach einem Entwurf von Lisa Fyfe

Satz: Uhl + Massopust, Aalen

Druck und Einband: CPI – Claussen & Bosse, Leck

LW · Herstellung: sc

Printed in Germany

ISBN 978-3-442-74474-9

www.btb-verlag.de

www.facebook.com/btbverlag

Besuchen Sie unseren LiteraturBlog www.transatlantik.de/

Für Hunter, Hattie und Walker

Inhalt

Einleitung 9

1. Das Problem extremer Komplexität 25

2. Die Checkliste 45

3. Das Ende der Baumeister-Ära 63

4. Die Idee 91

5. Der erste Versuch 108

6. Die Checklisten-Fabrik 141

7. Die Probe aufs Exempel 167

8. Helden im Zeitalter der Checkliste 193

9. Das Finale 228

Quellenangaben 237

Danksagung 247

Einleitung

Ich unterhielt mich mit einem früheren Kommilitonen, der heute Allgemeinchirurg in San Francisco ist. Wir plauderten aus dem Nähkästchen, eine Berufskrankheit unter Chirurgen. John erzählte von einem Mann, der an Halloween mit einer Stichverletzung eingeliefert wurde. Er war auf einem Kostümfest gewesen und dort in eine Streiterei geraten. Nun lag er vor ihm.

Er war stabil, atmete normal, hatte keine Schmerzen, war nur betrunken und lallte. Sie schnitten seine Kleider mit Scheren auf und begutachteten ihn von Kopf bis Fuß, vorne und hinten. Er war nicht besonders groß, wog etwa neunzig Kilo, von denen sich der überschüssige Teil vor allem um seine Körpermitte ansammelte. Dort fanden sie auch die Stichwunde, ein sauberer, fünf Zentimeter langer Schnitt im Bauch, der wie ein Fischmaul aufsprang. Ein dünner, senfgelber Streifen omentalen Fettes stülpte sich daraus hervor – Fett aus dem Inneren seines Bauchraumes, nicht das hellgelbe überschüssige Fett, das unmittelbar unter der Haut liegt. Sie würden ihn in den OP bringen müssen, sich vergewissern, dass der Darm nicht verletzt war und den kleinen Schnitt nähen.

»Nichts Weltbewegendes«, sagte John.

Wäre es eine schlimmere Verletzung gewesen, hätten sie es eilig gehabt, in den OP zu kommen – die Trage wäre hektisch dorthin gefahren worden, OP-Pflegekräfte hätten in Win-

deseile alles bereit gemacht, die Anästhesisten hätten auf die detaillierte Überprüfung des Krankenblatts verzichtet. Doch dies war keine schlimme Verletzung. Sie hatten Zeit, hieß es. Der Patient lag wartend auf seiner Trage in dem abgetrennten Bereich für die Trauma-Patienten, während der Operationsaal vorbereitet wurde.

Dann bemerkte eine Schwester, dass er auf einmal ganz still war. Seine Herzfrequenz war nach oben geschossen. Er verdrehte die Augen. Er reagierte nicht, als sie ihn schüttelte. Sie rief nach Hilfe und die Mitglieder des Trauma-Teams kamen wie ein Schwarm zurück. Sein Blutdruck war kaum noch messbar. Sie intubierten und beatmeten ihn, gaben Flüssigkeiten und Blutkonserven. Trotzdem ging sein Blutdruck nicht hoch.

Und nun hatten sie es doch eilig, in den OP zu kommen – die Trage wurde hektisch dorthin gefahren, OP-Pflegekräfte machten in Windeseile alles bereit, die Anästhesisten verzichteten auf eine detaillierte Überprüfung des Krankenblatts, ein Assistenzarzt versprengte eine ganze Flasche des Desinfektionsmittels Betadine über den Bauch des Patienten, John griff sich ein großes 10er-Skalpell und öffnete mit einem sauberen, energischen Schnitt durch die Haut den Bauch des Mannes vom Brustkorb bis zum Schambein.

»Kauter.«

Er führte die unter Strom stehende Spitze des Kauters am Fett unter der Haut entlang und durchtrennte es in einem Zug von oben nach unten. Dann folgte die faserige weiße Lage Bindegewebe zwischen den Bauchmuskeln. So arbeitete er sich bis zur Bauchhöhle vor – bis plötzlich ein gewaltiger Schwall Blut aus dem Patienten trat.

»Verdammt.«

Das Blut war überall. Das Messer des Angreifers war mehr als dreißig Zentimeter tief durch die Haut des Mannes, die Fettschicht, den Muskel, am Darm und links an der Wirbelsäule vorbei mitten in die Aorta, die Hauptschlagader aus dem Herz, gedrungen.

»Das war echt verrückt«, erzählte John. Ein anderer Chirurg kam ihm zu Hilfe und schaffte es, oberhalb der Stichwunde mit der Faust auf die Aorta zu drücken. Das dämmte die Blutung erst einmal ein und sie bekamen die Situation allmählich unter Kontrolle. Johns Kollege meinte, er habe seit Vietnam keine solche Verletzung mehr gesehen.

Wie sich herausstellte, war der Vergleich gar nicht so weit hergeholt. Der Widersacher auf dem Kostümfest war als Soldat verkleidet gewesen – mit Bajonett. Das erfuhr John später.

Der Patient schwebte ein paar Tage lang in akuter Lebensgefahr. Aber er kam durch. John schüttelt immer noch reuevoll den Kopf, wenn er von dem Fall erzählt.

Es gibt tausend Dinge, die schiefgehen können, wenn man vor einem Patienten mit Stichverletzung steht. Alle Beteiligten hatten fast jeden Schritt richtig ausgeführt – ihn von Kopf bis Fuß untersucht, Blutdruck, Puls und Atemfrequenz sorgfältig überwacht, darauf geachtet, ob er bei Bewusstsein war, die Infusionen kontrolliert, bei der Blutbank angerufen und um die Bereitstellung einer ausreichenden Reserve gebeten, einen Blasenkatheter gelegt, damit sein Urin gut ablaufen konnte. Sie hatten an alles gedacht. Nur an eines nicht: den Patienten oder die Rettungssanitäter zu fragen, um welche Waffe es sich gehandelt hatte.

»Du denkst doch mitten in San Francisco nicht an ein Bajonett«, war alles, was John dazu einfiel.

Er erzählte mir von einem weiteren Patienten, der operiert wurde, weil ein Tumor aus seinem Bauch entfernt werden musste. Während des Eingriffs stand plötzlich sein Herz still.* John erinnerte sich, wie er auf den Herzmonitor sah und den Anästhesisten fragte: »Ist das eine Asystolie?« Darunter versteht man einen völligen Stillstand der Herzfunktion. Dieser zeigt sich auf dem Monitor als gerade horizontale Linie, so als wäre der Patient gar nicht angeschlossen.

Der Anästhesist meinte: »Wahrscheinlich hat sich ein Draht gelöst«, so unmöglich schien es, dass das Herz des Patienten zu schlagen aufgehört hatte. Der Mann war Ende vierzig und vorher völlig gesund gewesen. Der Tumor war mehr oder weniger zufällig entdeckt worden. Er hatte aus einem anderen Grund den Arzt aufgesucht, einem Husten vielleicht, und dabei erwähnt, dass er auch manchmal Sodbrennen verspürte. Nein, Sodbrennen war vielleicht nicht der richtige Ausdruck. Es fühlte sich an, als wäre manchmal Essen in der Speiseröhre stecken geblieben und wollte nicht nach unten wandern. *Das* war es, was sein Sodbrennen verursachte. Der Arzt ordnete ein bildgebendes Verfahren an, für das er, vor einem Röntgengerät stehend, eine milchige Bariumlösung trinken musste. Und dann sah man ihn auf den Bildern: einen fleischigen, mausgroßen Tumor oberhalb des Magens, der zeitweilig wie ein Stöpsel gegen den Eingang drückte. Man hatte ihn frühzeitig entdeckt. Es gab noch keine Anzeichen einer Streuung. Die einzige bekannte Behandlungsmethode war eine Operation, in diesem Fall eine totale Gastrektomie, die Entfernung des kompletten Magens – ein großer, vier Stunden dauernder Eingriff.

* Auf Bitte von John wurden Details, die Rückschlüsse auf die Person erlauben, weggelassen.

Die Mitglieder des Teams hatten die Prozedur zur Hälfte hinter sich. Der Tumor war draußen. Es hatte keinerlei Probleme gegeben. Sie machten sich gerade bereit, den Verdauungstrakt zu rekonstruieren, als auf dem Monitor die Nulllinie erschien. Nach etwa fünf Sekunden war ihnen klar, dass es nicht an einem losen Draht lag. Der Anästhesist fand keinen Puls in der Halsschlagader des Patienten. Sein Herz war stehen geblieben.

John riss die sterilen Tücher weg und begann mit Druckmassagen. Der Darm des Mannes trat mit jedem Stoß aus dem offenen Bauch heraus und wieder zurück. Eine Schwester löste den Herzalarm aus.

An dieser Stelle hielt John im Erzählen inne und bat mich, ich möge mich in seine Situation versetzen. »Und nun, was hättest du getan?«

Ich versuchte, mich so gut wie möglich in seine Lage hineinzuversetzen. Die Asystolie war mitten in einer großen Operation eingetreten. Also stünde massiver Blutverlust ganz oben auf meiner Liste. »Ich würde viel Flüssigkeit geben«, antwortete ich, »und nach Blutungen suchen.«

Genau das sagte der Anästhesist auch. Doch John hatte den Bauch des Patienten ganz offen vor sich liegen. Und da waren keine Blutungen. Das teilte er dem Anästhesisten mit.

»Er konnte es nicht glauben«, sagte John. »Immer wieder sagte er: ›Da müssen starke Blutungen sein. Da müssen doch irgendwo starke Blutungen sein!‹« Aber da waren keine.

Sauerstoffmangel kam auch als Ursache in Frage. Ich sagte, ich würde den Sauerstoff auf hundert Prozent aufdrehen und die Atemwege überprüfen. Außerdem würde ich eine Blutprobe nehmen und einen Schnelltest im Labor machen lassen, um etwaige Anomalien auszuschließen.

John erzählte, daran hätten sie auch gedacht. Mit den Atemwegen war alles in Ordnung. Und auf die Laborwerte hätten sie mindestens zwanzig Minuten warten müssen, was zu lange gedauert hätte.

Könnte es sich um eine kollabierte Lunge handeln, einen Pneumothorax? Es gab keine Hinweise dafür. Sie hörten beide Seiten der Brust mit einem Stethoskop ab und stellten fest, dass alles in Ordnung war.

Dann musste es sich um eine Lungenembolie handeln, merkte ich an, ein Blutgerinnsel, das zum Herz des Patienten gewandert war und die Blutzirkulation unterbunden hatte. Das kommt selten vor, aber bei Krebspatienten besteht in größeren Operationen ein gewisses Risiko und tritt der Fall ein, kann man nicht viel tun. Man könnte es mit einer Dosis Adrenalin versuchen, um das Herz wieder zum Schlagen zu bringen, aber wahrscheinlich würde es nicht viel helfen.

John erzählte, sein Team wäre zur selben Schlussfolgerung gekommen. Nach 15-minütigen Pumpstößen auf die Brust des Patienten war die Null-Linie unverändert und die Lage schien aussichtslos. Unter jenen, die zu Hilfe gekommen waren, befand sich auch der Chefanästhesist, der auch im OP gewesen war, als der Patient die Narkose bekam. Dabei war ihm nichts Außergewöhnliches aufgefallen. Aber der Gedanke, jemand könnte etwas falsch gemacht haben, ließ ihn nicht los.

Er fragte den anwesenden Anästhesisten, ob dieser in den 15 Minuten vor dem Herzstillstand etwas außer der Reihe gemacht habe.

Nein. Moment. Doch. Der Patient hatte in den Laborwerten, die routinemäßig während des ersten Teils der Operation angefordert worden waren, einen niedrigen Kalium-

spiegel. Alle anderen Werte waren gut. Daher hatte er ihm zum Ausgleich eine Dosis Kalium gegeben.

Ich ärgerte mich, dass ich daran nicht gedacht hatte. Ein abnormer Kaliumspiegel ist die klassische Ursache einer Asystolie. Das ist in jedem Lehrbuch nachzulesen. Ich konnte nicht glauben, dass ich das übersehen hatte. Ein gravierender Mangel an Kalium kann das Herz zum Stillstand bringen – in diesem Fall ist eine ausgleichende Dosis das Mittel der Wahl –, aber zu viel Kalium kann dasselbe bewirken. Damit vollziehen manche US-amerikanische Staaten die Todesstrafe.

Der Chefanästhesist bat darum, die Kaliuminfusion sehen zu dürfen, die angehängt gewesen war. Jemand holte sie aus dem Müll, und damit war das Rätsel gelöst. Der Anästhesist hatte eine falsche Konzentration verwendet, das Hundertfache der eigentlich vorgesehenen. In anderen Worten, er hatte dem Patienten eine tödliche Überdosis Kalium verabreicht.

Nachdem schon so viel Zeit vergangen war, konnte man schlecht einschätzen, ob eine Wiederbelebung gelingen würde. Es hätte auch schon zu spät sein können. Doch ab diesem Moment funktionierten alle nach Plan. Sie gaben ihm Insulin- und Glukose-Infusionen, um den toxischen Kaliumspiegel zu senken. Da sie wussten, die Medikamente würden erst nach gut 15 Minuten wirken – viel zu spät –, gaben sie zusätzlich intravenös Kalzium und verabreichten ihm über einen Inhalator ein Medikament namens Albuterol, um eine schnellere Wirkung zu erzielen. Der Kaliumspiegel sank in Windeseile und der Herzschlag des Patienten setzte tatsächlich wieder ein.

Die Mitglieder des Chirurgenteam waren so durch den Wind, dass sie sich nicht mehr sicher waren, ob sie es noch bis zum Ende der Operation schaffen würden. Sie hatten den

Mann fast umgebracht und dann nicht einmal gemerkt, wie dies passiert war. Doch sie hielten durch. John ging nach draußen und klärte die Familie auf, was passiert war. Er und der Patient hatten Glück. Der Mann erholte sich – fast als wäre nichts gewesen.

Die Geschichten, die sich Chirurgen erzählen, handeln oft vom Schock des Unerwarteten – dem Bajonett in San Francisco, dem Herzstillstand, als alles in bester Ordnung schien – und manchmal vom Bedauern um verpasste Chancen. Wir reden über unsere großen Rettungstaten, aber auch unsere großen Fehler – und alle von uns können auf beides zurückblicken. Es ist Teil unserer Arbeit. In unserem Bild von uns selbst haben wir gerne alles unter Kontrolle. Aber Johns Geschichten brachten mich zum Nachdenken darüber, was wir wirklich unter Kontrolle haben, und was nicht.

In den 1970er-Jahren veröffentlichten die Philosophen Samuel Gorovitz und Alasdair MacIntyre einen kurzen Essay über die Fehlbarkeit von Menschen, den ich in der Zeit meiner chirurgischen Ausbildung gelesen hatte, und der mich seither nicht mehr losließ. Sie suchten die Antwort auf die Frage, warum wir an unseren Vorhaben in der Welt scheitern. Ein Grund, so beobachteten sie, sei »zwangsläufiges Scheitern«: Manches von dem, was wir uns vornehmen, übersteigt einfach unsere Fähigkeiten. Wir sind nicht allwissend oder allmächtig. Unsere körperlichen und geistigen Kräfte sind begrenzt, selbst wenn wir sie durch Technologie aufrüsten. Vieles in der Welt und im Universum liegt – und das wird auf immer so bleiben – außerhalb unserer intellektuellen Fähigkeiten und unserer Kontrolle.

Doch dann gibt es große Bereiche, in denen uns Kontrolle

möglich ist. Wir können Wolkenkratzer bauen, Schneestürme vorhersagen, Menschen mit Herzinfarkt und Stichwunden retten. Auf solchen Feldern, erklären Gorovitz und MacIntyre, gibt es nur zwei Gründe, warum wir trotzdem scheitern können.

Erstens aufgrund mangelnder Kenntnisse: Wir können versagen, weil die Wissenschaft uns nur stückweise Informationen über die Welt und wie sie funktioniert liefert. Es gibt Wolkenkratzer, deren Bau wir noch nicht planen können, Schneestürme, die wir noch nicht vorhersagen können, Herzinfarkte, die wir noch nicht aufhalten können. Die zweite Art des Scheiterns nennen die Philosophen Unfähigkeit. In diesen Fällen ist das Wissen vorhanden, doch wir können es nicht richtig anwenden. Das gilt für den Wolkenkratzer, der fehlerhaft gebaut wurde und einstürzt, den Schneesturm, dessen Vorboten die Meteorologen schlichtweg übersehen haben, die Stichwunde von einer Waffe, nach der die Ärzte zu fragen vergessen haben.

Als ich über Johns Fälle als kleines Exempel für die Probleme, mit denen wir es in der Medizin des 21. Jahrhunderts zu tun haben, nachdachte, war ich überrascht, in welchem Maß sich das Verhältnis zwischen Unwissenheit und Unfähigkeit verlagert hat. Fast die gesamte Geschichte hindurch bestimmte Unwissenheit das Leben der Menschen. Am deutlichsten war das an den Krankheiten zu erkennen, die uns heimsuchten. Wir wussten wenig darüber, wie sie entstanden oder wie man sie heilen konnte. Doch irgendwann in den letzten Jahrzehnten – und es war tatsächlich nur in diesen letzten Jahrzehnten – erbrachte die Forschung so viel Wissen, dass uns Unfähigkeit heute gleich große Sorgen bereitet wie Unwissenheit.

Nehmen wir den Herzinfarkt: Noch in den 1950er-Jahren hatten wir kaum eine Vorstellung, wie man ihn verhindern oder behandeln kann. Wir wussten nichts von den Gefahren des Bluthochdrucks, und hätten wir davon gewusst, hätten wir nichts dagegen tun können. Das erste sichere Medikament zur Behandlung von Bluthochdruck wurde erst in den 1960er-Jahren entwickelt und in seiner Wirkung erprobt. Wir wussten auch nicht, welche Rolle Cholesterin dabei spielt, die genetische Disposition, das Rauchen oder Diabetes.

Und erlitt jemand einen Herzinfarkt, wussten wir kaum, wie man ihn behandeln sollte. Wir gaben etwas Morphium gegen die Schmerzen, vielleicht etwas Sauerstoff, und verordneten dem Patienten wochenlang strikte Bettruhe. Sie durften nicht einmal zum Gang auf die Toilette aufstehen, weil man Angst hatte, das geschädigte Herz zu sehr zu belasten. Dann beteten alle, drückten die Daumen und hofften, der Patient schaffe es aus dem Krankenhaus nach Hause, um dort den Rest des Lebens als Herzleidender zu verbringen.

Heute kennen wir im Gegensatz dazu mindestens ein Dutzend effiziente Methoden, wie man das Risiko eines Herzinfarktes senken kann. Zum Beispiel durch Überwachen des Blutdrucks, die Einnahme von statinhaltigen Medikamenten zur Senkung des Cholesterinspiegels und Entzündungshemmung, Kontrolle des Blutzuckerspiegels, Motivation zu regelmäßigem Sport, Hilfestellung, um mit dem Rauchen aufzuhören, und – falls es frühzeitig Anzeichen für eine Herzerkrankung gibt – die Überweisung zu einem Kardiologen, der weitere Maßnahmen verordnet. Erleidet jemand trotzdem einen Herzinfarkt, haben wir ein ganzes Spektrum an wirkungsvollen Therapien, die nicht nur sein Leben retten, sondern auch die Schädigung des Herzens eindämmen kön-

nen: Wir haben Gerinnungshemmer, die verschlossene Herzkranzgefäße wieder durchgängig machen. Wir haben Herzkatheter, die sie aufweiten können. Wir haben Techniken für Operationen am offenen Herzen, mit denen verschlossene Gefäße durch einen Bypass überbrückt werden können. Und wir wissen, dass wir in manchen Fällen wirklich nicht mehr tun müssen, als den Patienten mit Sauerstoff, Aspirin, einem Statin und Blutdruckmedikamenten ins Bett zu schicken. In der Regel kann er dann nach ein paar Tagen wieder nach Hause gehen und langsam sein Leben wie gewohnt weiterführen.

Doch jetzt ist unser Problem Unfähigkeit, oder besser gesagt eine Fähigkeit, nämlich jene, dafür zu sorgen, das uns nun zur Verfügung stehende Wissen, auch in allen Fällen korrekt anzuwenden. Allein die Wahl der richtigen Behandlung von Herzinfarktpatienten kann angesichts der vielen Möglichkeiten schwierig sein, selbst für Spezialisten. Dann bringt jede der gewählten Behandlungsformen eine Vielzahl von weiteren Aspekten und Schwierigkeiten mit sich. Sorgfältige Studien haben zum Beispiel ergeben, dass bei Herzinfarktpatienten, die eine Ballondilatation erhalten – die verengten Blutgefäße werden mit einem Ballon geweitet –, diese innerhalb von neunzig Minuten nach der Einlieferung in das Krankenhaus erfolgen sollte. Danach sinkt die Überlebensquote rapide ab. In der Praxis bedeutet dies, dass ein Behandlungsteam bei jedem Patienten, der mit Brustschmerzen in eine Notaufnahme kommt, innerhalb von neunzig Minuten sämtliche Tests abschließen, eine richtige Diagnose und einen Behandlungsplan erstellen, die Entscheidung mit dem Patienten besprechen, sein Einverständnis einholen, mögliche Allergien oder andere medizinische Probleme ausschließen, den

Patienten zum Herzkatheter anmelden, ihn transportieren und mit dem Eingriff beginnen muss.

Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass all dies in einem durchschnittlichen Krankenhaus innerhalb von neunzig Minuten geschieht? Im Jahr 2006 lag sie bei unter fünfzig Prozent.

Das ist kein ungewöhnliches Beispiel. Diese Art von Versäumnis ist in der Medizin an der Tagesordnung. Studien zufolge werden mindestens dreißig Prozent der Patienten mit Schlaganfall von ihren Ärzten unzureichend oder falsch behandelt, ebenso wie fünfundvierzig Prozent der Asthmapatienten und sechzig Prozent der Patienten mit Lungenentzündung. Alle Schritte richtig auszuführen erweist sich als unglaublich schwierig, selbst wenn man sie alle kennt.

Ich habe eine ganze Weile versucht, die Ursachen der größten Probleme und Belastungen in der Medizin ausfindig zu machen. Es handelt sich nicht um Geld, Regierungsbeschlüsse, drohende Verfahren wegen Behandlungsfehlern oder Ärger mit den Versicherungen – auch wenn das alles mit hineinspielt. Es ist die Komplexität, die mit dem Fortschritt der Forschung einhergeht und die unglaublichen Anstrengungen, die wir unternehmen, um ihre Versprechungen zu erfüllen. Das Problem ist nicht nur in Amerika gegenwärtig. Ich habe es überall angetroffen: in Europa, in Asien, in reichen Ländern und in armen. Und ich habe zu meinem Erstaunen auch beobachtet, dass dies nicht allein ein Problem der Medizin ist.

Know-how und Qualität haben in fast allen unseren Betätigungsfeldern eine enorme Steigerung erfahren und wir müssen uns immer mehr bemühen, dabei mitzuhaltten. Dies spiegelt sich in den vielen Fehlern, die Behörden unterlau-

fen, wenn Wirbelstürme, Tornados oder andere Katastrophen eintreten. Man sieht es daran, dass von 2004 bis 2007 die Klagen gegen Anwälte wegen juristischer Fehler – die meisten davon simple administrative Vorgänge wie verpasste Fristen, Schreibfehler oder die falsche Anwendung von Gesetzen – um 36 Prozent angestiegen sind. Man sieht es an fehlerhafter Software, an Pannen von Auslandsgeheimdiensten, an unseinen strauchelnden Banken – im Prinzip in fast allen Bereichen, in denen es wichtig ist, komplexe Vorgänge und enormes Wissen zu steuern.

Solche Fehler sind mit einer emotionalen Wertigkeit behaftet, die unsere Art, sie zu bewerten, zu vernebeln scheint. Fehler aus Unwissenheit können wir hinnehmen. Gibt es keine eindeutigen Erkenntnisse, was in einer bestimmten Situation am besten getan wird, sind wir froh, wenn es Menschen gibt, die einfach versuchen, alles so gut wie möglich zu machen. Wenn aber solche Erkenntnisse vorhanden sind, aber nicht richtig angewendet werden, fällt es uns schwer, nicht zornig zu werden. Wie finden Sie es, dass die Hälfte der Herzinfarktpatienten nicht rechtzeitig behandelt wird? Wie stehen Sie dazu, dass zwei Drittel aller Todesstrafenfälle aufgrund von Versäumnissen gekippt werden? Nicht von ungefähr haben die beiden Philosophen für solche Fehler eine so unnachsichtige Bezeichnung gewählt: *Unfähigkeit*. Die davon Betroffenen verwenden andere Wörter wie *Fahrlässigkeit* oder sogar *Herzlosigkeit*.

Für all jene, die solche Tätigkeiten verrichten – sich um Patienten kümmern, das Recht vertreten, auf Hilferufe reagieren –, fühlt sich dieses Urteil an, als würde es völlig außer Acht lassen, wie extrem schwierig ihre jeweilige Aufgabe ist. Tag für Tag gibt es immer mehr zu organisieren, richtig zu



Atul Gawande

Die Checklist-Strategie

Wie Sie die Dinge in den Griff bekommen

DEUTSCHE ERSTAUSGABE

Taschenbuch, Broschur, 256 Seiten, 11,8 x 18,7 cm
ISBN: 978-3-442-74474-9

btb

Erscheinungstermin: Januar 2013

So simpel wie genial – wie eine einfache Methode helfen kann, Leben zu retten

Niemand ist perfekt. Auch nicht die sogenannten Halbgötter in Weiß, sagt einer, der es wissen muss. Atul Gawande ist Chirurg und bekennt, welche fatalen Folgen kleine Unachtsamkeiten bei einer Operation haben können. Und nicht nur eine Operation, auch das Steuern eines Flugzeuges oder der Bau eines Wolkenkratzers sind so hochkomplexe Vorgänge, die man besser nicht der Laune eines Einzelnen überlässt. Gawande macht deutlich, dass es das Zusammenspiel der verschiedensten Experten und außerdem eine Methode braucht, die all dieses Wissen steuert und unter Kontrolle hält. Diese Methode ist, so simpel sie auch klingen mag, genial – eine Checkliste.



[Der Titel im Katalog](#)