



---

**Aus Freude am Lesen**

Wir alle sollen Leistung erzielen, und wir alle spüren die Grenzen, die uns Stress, mangelnde Ressourcen und schlechte Arbeitsbedingungen auferlegen. Doch nirgendwo sind die Konsequenzen so gefährlich wie in der Medizin – jede Entscheidung kann Menschenleben kosten, hinter jedem Fall verbirgt sich ein persönliches Schicksal. Ein kritischer Blick hinter die Kulissen des modernen Medizinbetriebs von Chirurg und Bestsellerautor Atul Gawande.

»Es gibt wenige Ärzte, die so gut Geschichten erzählen können wie Atul Gawande. Es gibt noch weniger, die ihren Fachbereich aus der Vogelperspektive betrachten und bereit sind, grundlegende Wahrheiten ihres Berufsstandes infrage zu stellen. Gawande kann beides und tut es mit Bravour.«

*Der Standard, Wien*

ATUL GAWANDE ist Facharzt für Chirurgie an einer Klinik in Boston und Professor an der Harvard Medical School sowie der Harvard School of Public Health. Als Wissenschaftsredakteur veröffentlicht er regelmäßig Beiträge in *The New Yorker*. Seine Bücher stehen in den USA regelmäßig auf den Bestsellerlisten. Vor seiner medizinischen Ausbildung studierte der Sohn zweier Ärzte Philosophie, Politik und Ökonomie in Stanford und Oxford. Gawande lebt mit seiner Familie in Newton, Massachusetts.

Atul Gawande

# Wenn Fehler Leben Kosten

Fallgeschichten aus der Chirurgie

*Aus dem Amerikanischen  
von Gabriele Zelisko*

**btb**

Die Originalausgabe erschien 2007 unter dem Titel *Better* bei Metropolitan, New York.



Verlagsgruppe Random House FSC-DEU-0100

Das für dieses Buch verwendete

FSC®-zertifizierte Papier *Lux Cream*

liefert Stora Enso, Finnland.

1. Auflage

Genehmigte Taschenbuchausgabe April 2012,

btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH, München

Copyright © 2007 by Atul Gawande

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

Copyright © der deutschsprachigen Ausgabe 2010 by btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH, München

Titel der deutschsprachigen Originalausgabe: *Über Leben und Tod*

Umschlaggestaltung: semper smile, München

Umschlagfoto: Peter Dazeley/Getty Images

Druck und Einband: CPI – Clausen & Bosse, Leck

KR · Herstellung: BB

Printed in Germany

ISBN 978-3-442-74314-8

[www.btb-verlag.de](http://www.btb-verlag.de)

Besuchen Sie unseren LiteraturBlog [www.transatlantik.de](http://www.transatlantik.de).

# Inhalt

Einleitung 9

## TEIL I

### Sorgfalt

Über das Händewaschen 23

Von Tür zu Tür 41

Kriegsopfer 64

## TEIL II

### Richtiges Verhalten

Nackt 87

Was Ärzte zahlen müssen 99

Akkordarbeit 130

Die Ärzte der Todeskammer 149

Ein Wort zum Kämpfen 175

TEIL III  
Erfindungsgabe

Der Test 191

Die Glockenkurve 225

Über Gelingen und Erfolg 257

Nachwort:

Fünf Vorschläge für positives Abweichen 277

Quellenangaben 287

Danksagung 299

*Für meine Eltern und meine Schwester*





## Einleitung

Vor einigen Jahren, ich stand kurz vor Beendigung meines Medizinstudiums, hatte ich eine Patientin, an die ich mich noch heute lebhaft erinnere. Ich absolvierte einen Ausbildungsabschnitt in der Inneren Medizin, meinen letzten vor dem Examen. Der Stationsarzt hatte mir die Verantwortung für drei oder vier Patienten übertragen. Unter ihnen befand sich eine runzlige, über siebzigjährige Portugiesin, die eingeliefert worden war, weil – ich benutze hier den Fachbegriff – sie sich nicht gut fühlte. Ihr Körper schmerzte. Sie war ständig müde. Sie hatte Husten. Aber kein Fieber. Puls und Blutdruck waren normal. Einige Laboruntersuchungen ergaben, dass die Anzahl der weißen Blutkörperchen zu hoch war. Eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs wies auf eine mögliche Lungenentzündung hin – das konnte zutreffen oder auch nicht. Also hatte ihr Internist sie ins Krankenhaus überwiesen, wo sie nun in meine Obhut gelangt war. Ich entnahm Sputum und Blutkulturen und verordnete ihr auf Anweisung des Internisten ein Antibiotikum gegen die potentielle Lungenentzündung. Während der folgenden Tage sah ich zweimal täglich nach ihr. Ich prüfte ihre wichtigsten Körperfunktionen, hörte die Lunge ab, verglich die Laborwerte. Ihr Zustand war all die Tage mehr oder weniger unverändert. Sie hatte Husten. Sie hatte kein Fieber. Sie fühlte sich einfach nicht gut. Wir würden ihr Antibio-

tika verabreichen und abwarten, dachte ich. Sie würde gesund werden.

Dann klagte sie an einem Morgen bei der Sieben-Uhr-Visite über Schlaflosigkeit und Schweißausbrüche in der Nacht. Wir verglichen die Vitalfunktionen. Sie hatte noch immer kein Fieber. Ihr Blutdruck war normal. Der Puls war vielleicht ein klein bisschen schneller geworden. Aber das war alles. Beobachten Sie die Frau gut, trug mir der Stationsarzt auf. Natürlich, antwortete ich, auch wenn nichts von dem, was wir gesehen hatten, merklich anders war als am Morgen zuvor. Ich nahm mir stillschweigend vor, gegen Mittag, um die Essenszeit, wieder nach ihr zu sehen. Der Stationsarzt selbst hingegen erkundigte sich an diesem Vormittag zweimal nach ihrem Befinden.

Und genau an diese kleine Mühe denke ich seither oft. Es war eine unbedeutende Sache, ein winziger Akt der Gewissenhaftigkeit. Er hatte irgendetwas an ihr bemerkt, was ihn beunruhigte. Und er hatte während der Morgenvisiten auch mich taxiert. Was er sah, war ein Student im vierten Ausbildungsjahr, mit einer Assistenzarztstelle in der Allgemein Chirurgie in Aussicht, im letzten Ausbildungsabschnitt. Vertraute er mir? Nein, das tat er nicht. Also sah er selbst nach ihr.

Das war wiederum keine Angelegenheit, die man in wenigen Sekunden erledigt hätte. Die Patientin lag im 14. Stock des Krankenhauses. Der Raum für unsere Morgenbesprechung, die Cafeteria und alle anderen Räume, in denen wir an diesem Tag zu tun hatten, lagen in den beiden untersten Etagen. Die Aufzüge waren für ihre Langsamkeit berücksichtigt. Der Stationsarzt sollte eine der Besprechungen leiten. Er hätte abwarten können, bis eine Schwester ihn informiert, dass ein Problem aufgetreten sei, wie es die meisten anderen Ärzte gemacht hätten. Er hätte einen Arzt im praktischen Jahr beauftragen können,

nach der Patientin zu sehen. Aber das tat er nicht. Er ging selbst nach oben.

Bei der ersten Konsultation stellte er fest, dass sie 38,9 Fieber hatte und dass die Sauerstoffmenge, die sie über eine Nasenbrille erhielt, erhöht werden musste. Bei der zweiten war ihr Blutdruck gefallen und die Schwestern hatten ihr nun zur Sauerstoffversorgung eine Gesichtsmaske angelegt. Er ließ sie auf die Intensivstation verlegen. Bis ich irgendeine Ahnung davon hatte, was überhaupt vor sich ging, behandelte er sie bereits – mit neuen Antibiotika, Infusionen, Medikamenten zur Stabilisierung ihres Blutdrucks. Es hätte nicht mehr viel gefehlt und die resistente, heftig verlaufende Pneumonie hätte einen septischen Schock ausgelöst. Weil er regelmäßig nach ihr gesehen hatte, überlebte sie. Und sie erholte sich hervorragend. Sie musste nicht einmal an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden. Das Fieber legte sich innerhalb von 24 Stunden. Nach drei Tagen konnte sie nach Hause.

Was braucht es, um auf einem Gebiet gut zu sein, auf dem man auch ganz schnell versagen kann? Als Student und später als Assistenzarzt war es mein größtes Anliegen, Kompetenz zu erwerben. Aber was dieser Stationsarzt an jenem Tag gezeigt hat, war mehr als Kompetenz – er besaß nicht nur das Wissen, wie sich eine Lungenentzündung normalerweise entwickelt und wie man sie richtig behandelt, sondern er hat auch erkannt, wie man sie bei genau dieser Patientin, in genau diesem Augenblick, mit genau den Mitteln und Menschen, die ihm zur Verfügung standen, unter Kontrolle bringen konnte.

Oft sehen Menschen auf große Sportler, um etwas über Leistung zu lernen. Und Sportler können einem Chirurgen wie mir in der Tat einiges beibringen – über die Bedeutung von Beharrlichkeit, über harte Arbeit und ständiges Trainieren, über

Genauigkeit. Doch Erfolg in der Medizin erstreckt sich in Bereiche, die man auf dem Sportplatz nicht findet. Zum einen stehen Menschenleben auf dem Spiel. Daher besitzen unsere Entscheidungen und Versäumnisse eine moralische Dimension. Und wir sehen uns mit beängstigenden Erwartungen konfrontiert.

In der Medizin haben wir die Aufgabe, Krankheiten zu bekämpfen und es jedem Menschen zu ermöglichen, so lange und beschwerdefrei zu leben, wie es die Wissenschaft zulässt. Die Schritte führen oft ins Ungewisse. Das anwendbare Wissen ist einerseits immens, andererseits lückenhaft. Dennoch erwartet man von uns, dass wir schnell und stetig arbeiten, selbst wenn in eine Aufgabe Hunderte von Menschen eingebunden werden müssen – von Laboranten über die Schwestern und Pfleger in jeder einzelnen Schicht bis zu den Technikern, die für das Funktionieren der Sauerstoffanlage zuständig sind – und das alles zur Versorgung einer einzigen Person. Und man erwartet von uns, dass wir unsere Arbeit menschenfreundlich verrichten, behutsam und mit Anteilnahme. Es ist nicht nur der Einsatz, sondern auch die Komplexität der Leistungen in der Medizin, was sie so interessant macht und gleichzeitig auch so verwirrend.

Vor kurzem hatte ich eine Patientin mit Brustkrebs. Virginia Magboo war 64 Jahre alt, Englischlehrerin, mit einem kieselsteingroßen Knoten in der Brust. Eine Nadelbiopsie erbrachte die Diagnose. Der Krebs war klein – zwei Zentimeter Durchmesser. Sie wog die Behandlungsmöglichkeiten gegeneinander ab und entschied sich für eine brusterhaltende Therapie – ich sollte eine großräumige Exzision des Knotens und eine sogenannte Wächterlymphknoten-Biopsie durchführen, um sicherzugehen, dass der Krebs die Lymphknoten noch nicht befallen hatte. Im Anschluss sollte eine Bestrahlung erfolgen.

Die Operation würde nicht schwierig oder besonders gefährlich sein, dennoch würde das Team jeden Schritt mit großer Sorgfalt ausführen müssen. Am Tag der Operation vergewisserte sich die Anästhesistin zweimal, ob die Voraussetzungen für das weitere Vorgehen stimmten. Sie sah Virginia Magboos Patientengeschichte und Medikation durch, überprüfte im Computer Laborwerte und EKG. Sie stellte sicher, dass die Patientin in den letzten sechs Stunden tatsächlich nichts gegessen hatte, und sah in ihrem Mund nach losen Zähnen, die eventuell ausfallen könnten, oder dritten Zähnen, die herausgenommen werden müssen. Eine Schwester überprüfte das Namensbändchen der Patientin, damit es sich auch um die richtige Person handelte, ging mit ihr mögliche Medikamentenallergien durch und ließ sich bestätigen, dass es sich bei dem Eingriff, der auf ihrer Einverständniserklärung genannt war, um den von ihr gewünschten handelte. Die Schwester erkundigte sich auch nach Kontaktlinsen, die nicht im Auge verbleiben sollen, und nach Schmuck, der einen Finger abschnüren oder Gewebe aufreißen könnte. Ich markierte mit einem Filzstift die Stelle, an der Virginia Magboo den Knoten spürte, so dass es keinen Zweifel über die richtige Position gab. Frühmorgens vor der Operation hatte man ihr als Vorbereitung für die Wächterlymphknoten-Biopsie bereits eine kleine Menge radioaktive Markierung in der Nähe des Brustknotens injiziert. Nun lokalisierte ich mit einem tragbaren Geigerzähler, wohin die Markierungsflüssigkeit gelaufen war, und vergewisserte mich, dass die Ausschläge stark genug waren, um anzuzeigen, welcher Lymphknoten der »heiße« war, der entfernt werden musste. Im Operationsaal überprüften inzwischen die Schwestern, ob nach dem vorhergegangenen Eingriff alles sorgfältig gereinigt worden war und alle Gerätschaften, die wir brauchen würden, bereitstanden. Auf dem Instrumenten-Set ist ein Aufkleber angebracht, der

sich braun färbt, wenn es dampfsterilisiert wurde, und sie sahen nach, ob das der Fall war. Ein Techniker ersetzte den vorhandenen Elektrokauter durch einen anderen, nachdem jemand gefragt hatte, wie er denn überhaupt funktioniere. Alles wurde mehrfach überprüft. Patientin und Team waren bereit.

Gegen 14 Uhr war ich mit der Behandlung meiner Patienten, die vor ihr dran waren, fertig und stand ebenfalls bereit. Dann erreichte mich ein Anruf.

Der Fall müsse noch warten, erklärte mir eine Frau von der OP-Koordination.

»Warum?«, fragte ich.

Der Aufwachraum sei voll. Daher könnten drei Operationsäle ihre Patienten nicht weiterleiten. Alle weiteren Eingriffe würden sich verzögern, bis im Aufwachraum wieder Platz sei.

Gut. Kein Problem. Das passiert ab und zu. Wir würden warten. Um 16 Uhr war Virginia Magboo allerdings noch immer nicht an der Reihe. Ich rief bei der Koordination an, um herauszufinden, was nun los sei.

Der Aufwachraum sei jetzt wieder aufnahmefähig, erfuhr ich, doch sie müsse einem Patienten Vorrang geben, der mit einem geplatzten Aortenaneurysma aus der Notaufnahme herunterkam. Die Mitarbeiter würden sich bemühen, einen anderen OP für uns zu finden.

Ich erklärte Virginia Magboo, die im Narkoseeinleitungsraum auf ihrer Trage lag, die Situation und entschuldigte mich. Es dürfte nicht mehr allzu lange dauern, sagte ich zu ihr. Sie nahm es von der philosophischen Seite. Es kommt, wie es kommen muss, meinte sie. Sie versuchte zu schlafen, um die Zeit besser herumbekommen, wachte aber immer wieder auf. Und jedes Mal war alles beim Alten.

Um sechs Uhr rief ich wieder an und sprach mit dem Leiter der OP-Koordination. Er habe jetzt zwar einen Operationsaal

für mich, aber keine Schwestern oder Pfleger. Nach fünf Uhr sei nur noch Personal für 17 der insgesamt 42 Operationssäle da. Und im Moment liefen gerade 23 Operationen, er habe also bereits für vier Säle Schwestern und Pfleger zu Überstunden verpflichtet, mehr sei nicht möglich. Er könne einfach keinen weiteren Patienten unterbringen.

Wann würde er denn eine Chance für Virginia Magboo sehen?

»Vielleicht gar nicht mehr«, meinte er. Nach sieben, erklärte er mir, habe er nur noch für neun OPs Schwestern, nach elf könne er höchstens fünf besetzen. Und meine Patientin sei nicht die einzige auf der Warteliste. »Möglicherweise müssen wir sie ganz streichen«, sagte er. Sie streichen? Wie sollten wir sie streichen?

Ich ging persönlich zur OP-Koordination hinunter. Ein Chirurg stand schon vor mir dort und erhob Anspruch auf den diensthabenden Anästhesisten. Ein zweiter schrie dem Büroleiter durch das Telefon ins Ohr. Jeder von uns wollte einen Operationssaal, aber es standen nicht genügend zur Verfügung. Ein Patient hatte ein Lungenkarzinom, das entfernt werden musste, ein anderer eine Verhärtung im Hals, von der eine Biopsie gemacht werden sollte.

»Bei meinem Fall geht es schnell«, argumentierte ein Chirurg. »Mein Patient kann nicht warten«, warf ein anderer ein. Es wurden Operationssäle für den nächsten Tag angeboten, doch keiner von uns wollte annehmen. Jeder hatte bereits weitere Patienten eingeplant, die dann aus Platzgründen wieder verschoben werden müssten. Und wie würde sich überhaupt eine Wiederholung derselben Misere am nächsten Tag vermeiden lassen?

Ich versuchte, mich für Virginia Magboo einzusetzen. Sie hatte Brustkrebs. Er musste entfernt werden. Das sollte lieber

früher als später geschehen. Die radioaktive Markierung, die ihr vor über acht Stunden injiziert worden war, wurde stündlich schwächer. Ein weiteres Aufschieben ihrer Operation würde die nochmalige Injektion eines radioaktiven Mittels – also eine Verdoppelung der radioaktiven Belastung – bedeuten, und das nur, weil kein OP für sie aufzutreiben war. Das sei nicht vertretbar, wandte ich ein.

Doch niemand würde irgendetwas versprechen.

In diesem Buch geht es um Erfolg in der Medizin. Als Arzt beginnt man seinen Beruf mit der Vorstellung, es gehe darin ausschließlich um scharfsinnige Diagnose, technisches Können und eine gewisse Fähigkeit, sich in Menschen einzufühlen. Doch bald stellt man fest, dass es keineswegs so ist. In der Medizin müssen wir uns, wie in jedem anderen Beruf, mit Systemen, Ausstattung, Umständen und Menschen herumschlagen – und mit unseren eigenen Unzulänglichkeiten. Wir treffen auf eine schier endlose Vielfalt an Hindernissen. Und doch müssen wir irgendwie vorwärtskommen, wir müssen an uns arbeiten, wir müssen besser werden. Wie weit uns das bereits gelungen ist und was wir aktuell dafür tun, ist das Thema dieses Buches.

Die einzelnen Kapitel beschäftigen sich mit drei Grundvoraussetzungen für Erfolg in der Medizin – oder jeglichem Unterfangen, das mit Risiko und Verantwortung verbunden ist. Die erste ist Sorgfalt, die Notwendigkeit, jedes Detail ausreichend zu beachten, um Irrtümer auszuschließen und sich über Hindernisse hinwegzusetzen. Sorgfalt erscheint auf den ersten Blick als simple und nebensächliche Tugend. (Man passt einfach auf, oder?) Doch das ist sie keinesfalls. Sorgfalt ist eine wesentliche Voraussetzung für Erfolg und teuflisch schwer einzuhalten, wie ich an drei Beispielen deutlich machen werde. Im ersten geht es darum, wie schwierig es durchzusetzen ist, dass Ärzte und Pfl-



ger sich einfach die Hände waschen, im zweiten um die Versorgung verwundeter Soldaten im Irak und in Afghanistan und im dritten um das gigantische Vorhaben, die Kinderlähmung weltweit auszurotten.

Die zweite Voraussetzung ist richtiges Handeln. Die Medizin ist eine durch und durch menschliche Profession. Und folglich wird sie immer auch unter menschlichen Defiziten leiden wie Habgier, Überheblichkeit, Unsicherheit, Missverständnissen. In diesem Teil gehe ich auf einige der für uns unbequemsten Fragen ein, zum Beispiel, was Ärzte verdienen sollen oder was wir Patienten schulden, wenn uns Fehler unterlaufen. Ich erzähle die Geschichte von vier Ärzten und einem Pfleger, die gegen die medizinische Ethik verstießen und an Exekutionen von Gefangenen teilnahmen. Und ich beschäftige mich damit, wie wir erkennen, wann wir um das Leben eines Patienten kämpfen sollten und wann wir besser damit aufhören.

Die dritte Grundvoraussetzung für Erfolg ist Erfindungsgabe – die Bereitschaft, Dinge neu zu überdenken. Erfindungsgabe wird oft falsch verstanden. Sie hat nichts mit überragender Intelligenz zu tun, sondern mit Charakter. Und mehr als alles andere setzt sie die Bereitschaft voraus, Fehler zu erkennen, sie nicht zu vertuschen und etwas verändern zu wollen. Sie resultiert aus bewusstem, manchmal obsessivem Nachdenken über ein Versäumnis und der permanenten Suche nach neuen Lösungen. Das sind Charaktereigenschaften, deren Entwicklung und Pflege großen Einsatz erfordert, aber keinesfalls unmöglich ist. Hier erzähle ich von Menschen im medizinischen Alltag, die durch ihre Erfindungsgabe die Medizin reformiert haben – zum Beispiel in der Geburtshilfe oder in der Behandlung einer unheilbaren Krankheit wie Mukoviszidose –, und ich suche nach Möglichkeiten, wie mehr von uns Ähnliches leisten können.

Dinge zu verbessern erfordert dauernde Anstrengung. Die Welt ist chaotisch, unorganisiert und aufwühlend, und die Medizin bleibt davon nirgendwo verschont. Und, um alles noch komplizierter zu machen, sind wir in den medizinischen Berufen Tätige selbst nur allzu menschlich. Wir sind ablenkbar, schwach und mit unseren eigenen Sorgen beschäftigt. Dennoch heißt Arzt sein so zu leben, dass das eigene Leben mit dem Leben anderer und mit der Wissenschaft in Verbindung steht – und mit dem chaotischen, komplizierten Ineinandewirken dieser beiden Bereiche. Es bedeutet, verantwortungsvoll zu leben. Und dann stellt sich die Frage, ob man die Verantwortung übernimmt, gar nicht mehr. Allein durch die Ausübung dieser Arbeit hat man sie bereits übernommen. Die Frage lautet vielmehr, wie man diese Arbeit gut macht, nachdem man die Verantwortung übernommen hat.

Virginia Magboo lag noch weitere zwei Stunden wartend, beunruhigt und hungrig in einem fensterlosen, geräuschlosen, hell erleuchteten Narkoseeinleitungsraum.

Die Zeit strich dahin. Manchmal fühlt man sich in der Medizin wie in einer riesigen, unglaublich komplizierten Maschine, deren Getriebe sich nur für einen selbst in einem ganz eigenen willkürlichen Rhythmus bewegt. Die Vorstellung, dass ein menschliches Mitfühlen, der Einsatz für das Wohlergehen von Menschen, etwas verändern könnte, mag hoffnungslos naiv erscheinen. Doch sie ist es nicht.

Virginia Magboo fragte mich, ob es irgendeine reelle Chance gebe, dass sie noch an diesem Abend operiert würde. Die Wahrscheinlichkeit, antwortete ich ihr, sei inzwischen winzig klein. Aber ich brachte es auch nicht fertig, sie nach Hause zu schicken, und bat sie, mit mir zusammen zu warten. Kurz vor acht Uhr bekam ich dann eine Nachricht auf meinem Piepser.

»Wir können Ihre Patientin in OP 29 bringen«, stand auf dem Display. Zwei Schwestern, so stellte sich heraus, hatten gesehen, wie überbelegt die OPs waren, und machten, obwohl sie ganz einfach hätten heimgehen können, freiwillig Überstunden. »Ich hatte wirklich nichts anderes vor«, beteuerte eine von ihnen, als ich sie darauf ansprach. Wenn man selbst Einsatz zeigt, macht man immer wieder die Erfahrung, dass man nicht der Einzige bleibt, der dazu bereit ist.

Elf Minuten, nachdem ich die Nachricht auf dem Piepser hatte, lag Virginia Magboo auf dem Operationstisch und bekam ein Beruhigungsmittel in den Arm verabreicht. Ihre Haut war gereinigt. Ihr Körper mit Tüchern abgedeckt. Das Brustkarzinom konnte ohne Probleme entfernt werden. Es befanden sich keine Metastasen in den Lymphknoten. Und dann war sie fertig. Als wir den Verband anlegten, wachte sie ganz ruhig auf. Ich sah, wie sie den Blick auf die OP-Leuchte über ihr richtete.

»Die Lampe sieht ja wie eine Muschel aus«, sagte sie.



TEIL I

Sorgfalt



## Über das Händewaschen

An einem ganz normalen Tag im Dezember machte ich mit Deborah Yokoe, einer Spezialistin für Infektionskrankheiten, und der Mikrobiologin Susan Marino einen Rundgang durch meine Klinik. Die beiden arbeiten in der Hygieneabteilung unseres Hauses. Ihr Job, und der dreier weiterer Mitarbeiter in der Abteilung, besteht darin, die Ausbreitung von Infektionen im Krankenhaus zu verhindern. Das ist keine besonders glamouröse Aufgabe, und sie sind auch keine besonders glamourösen Personen. Yokoe ist 45, hat eine leise Stimme und Grübchen. Sie trägt bei der Arbeit Turnschuhe. Marino ist in den 50ern und wirkt ziemlich zurückhaltend. Aber die beiden sind schon mit Grippe-Epidemien fertig geworden, mit der Legionärskrankheit, tödlich verlaufender bakterieller Meningitis und, vor nur wenigen Monaten, mit einem Fall, bei dem es sich in Anbetracht der Hirnbiopsie-Ergebnisse des Patienten möglicherweise um die Creutzfeld-Jakob-Krankheit gehandelt hatte – ein Alptraum, nicht nur weil sie unheilbar ist und tödlich verläuft, sondern auch, weil ihre Erreger, sogenannte Prionen, nicht durch die normale Dampfsterilisation unschädlich zu machen sind. Bis zum Eintreffen der Ergebnisse hätten die Instrumente, die der Neurochirurg für die Hirnbiopsie verwendet hatte, die Krankheit bereits auf andere Patienten übertragen können, doch die Mitarbeiter der Hygieneabteilung konnten die Ins-



Atul Gawande

**Wenn Fehler Leben kosten**

Fallgeschichten aus der Chirurgie

Taschenbuch, Broschur, 304 Seiten, 11,8 x 18,7 cm

ISBN: 978-3-442-74314-8

btb

Erscheinungstermin: März 2012

Wir alle sollen Leistung erzielen, und wir alle spüren die Grenzen, die uns Stress, mangelnde Ressourcen und schlechte Arbeitsbedingungen auferlegen. Doch nirgendwo sind die Konsequenzen so gefährlich wie in der Medizin – jede Entscheidung kann Menschenleben kosten, hinter jedem Fall verbirgt sich ein persönliches Schicksal. Ein Blick hinter die Kulissen des modernen Medizinbetriebs von Chirurg und Bestsellerautor Atul Gawande.