# Von Checklisten zu Schecklisten – Ein Irrweg ohne Rückflugticket?

*Sebastian Schulz-Stübner*

Sebastian Schulz-Stübner

Die Pilotencheckliste einer Cessna 172, auf der ich meinen Privatpilotenschein gemacht habe, passt auf die Vorder- und Rückseite eines laminierten DIN A 4-Bogens und enthält alles Wesentliche, was man für die Flugvorbereitung, den Start, den Reiseflug und die Landung benötigt. Für den Fall eines Triebwerkausfalles und andere Notfälle gibt es ebenfalls standardisierte Abläufe auf dieser Karte, um in Stresssituationen als Erinnerungshilfe zu fungieren. Für ein modernes Verkehrsflugzeug der Größe einer Boeing 747 oder eines Airbus A 380 käme niemand auf die Idee, die einzelnen Punkte auf dieser Checkliste abzuhaken, diese in einem Ordner abzuheften – geschweige denn die Piloten danach zu bezahlen, ob alle Kreuzchen vollständig sind.

Als Anästhesist habe ich die Analogie zum Fliegen gerne und oft in Gesprächen mit Patienten verwendet und die Medizin ist nicht zu Unrecht Stolz, auf die Anleihen aus der Luftfahrt, um im Konzert der „High Reliability Organizations“ mitzuhalten. Aber Patienten sind keine Flugzeuge, die technisch immer gleich funktionieren und von wechselnden Crews ohne Probleme beherrscht werden können.

Während es in der Fliegerei auf den gelebten Inhalt der Checkliste ankommt, hat sich bei der Übernahme des Konzeptes in die Medizin ein gravierender Fehler eingeschlichen – die „Checkbox-Mentalität“ nach dem Grundsatz „was nicht geschrieben steht, wurde nicht gemacht“.

Pronovost et al. haben in ihren bahnbrechenden Studien zur Prävention katheterassoziierter Infektionen gezeigt, wie mit einem einfachen, auf der Evidenz der damaligen Zeit beruhenden Maßnahmenbündel und einem guten Implementierungsprogramm, das im Wesentlichen auf Schulung, Förderung der Motivation, Schaffung von Verantwortungsbewusstsein und Stärkung der Rolle der Pflegenden bestand, die Rate von ZVK-assoziierten Bakteriämien in den teilnehmenden Krankenhäusern in Michigan auf null gesenkt werden konnte. Ein Hilfsmittel dabei, war die Verwendung einer Checkliste [1].

In vielen Krankenhäusern, die dem Vorbild des Michigan-Projektes nachgeeifert haben, ist aber lediglich eine ankreuzbare Checkliste geblieben. „Matching Michigan“ in einem unterschiedlichen Versorgungssystem in Großbritannien, hat nicht die gleichen interventionsbedingten Erfolge, sondern einen allgemeinen Trend zur Reduktion von nosokomialen Infektionen gezeigt [2] und auch die WHO-Safety-Checkliste für Operationen funktioniert mal und mal nicht – je nach Land und Situation und leider nicht nach Schema „F“ [3, 4].

Werden dann noch ausgefüllte Checklisten nur aufgrund ihrer Vollständigkeit als „Qualitätsindikatoren“ angesehen oder die Dokumentation einer Reihe von (teilweise unsinnigen!) Maßnahmen z. B. bei der Versorgung von Patienten mit multiresistenten Erregern gefordert, um bestimmte Abrechnungsziffern verwenden zu können, dann hat sich das System vollends ad absurdum geführt und die Checkliste ist endgültig zur sinnfreien Scheckliste mutiert.

Leider werden uns derartige Maßnahmen von vielen Verantwortlichen im politischen Bereich aber auch den eigenen Standesorganisationen, von Vertretern der Kostenträger und anderen sogenannten „Stakeholdern“ (sic. Interessenvertretern) im Gesundheitswesen als Verbesserung und wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung verkauft. Patientenvertreter und Medien jubeln dem Marsch des Kaisers häufig zu und nur wenige flüstern, dass er keine Kleider anhat. Aber die Diskussion ist inzwischen in der Fachwelt angekommen und das Flüstern wird lauter [5, 6].

Die neue ISO 9001.2015 hat das Problem der überbordenden Bürokratie im Qualitätsmanagement erkannt und viele mandatorische formale Anforderungen (einschließlich des Qualitätsmanagementhandbuches!) aus der neuen Norm zur Organisation eines Qualitätsmanagements verbannt. Stattdessen wird die Verant-



Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

wortung der Leitung eines Unternehmens (hier Einrichtung des Gesundheitswesens) für die Qualitätspolitik in den Vordergrund gestellt. Es werden eine Risikobewertung und darauf abgestimmte Maßnahmen zur Prozesssteuerung unter dem Primat der Einhaltung der Qualitätsziele (hier: Genesung und Zufriedenheit der Patienten, Sicherheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter, Verfügbarkeit der notwendigen medizinischen Leistungen für alle, die sie benötigen) gefordert, und die Anforderungen an die „dokumentierte Information" werden von der Einrichtung nach deren Notwendigkeiten und Sinnhaftigkeit festgelegt [7].

Wem dieses Konzept bekannt vorkommt, der hat Recht, denn so klingen die Grundsätze des Ärztlichen Handelns

- Selbstbestimmungsrecht des Patienten (respect for autonomy),
- Prinzip der Schadensvermeidung (non-maleficence),
- Patientenwohl (beneficence),
- Soziale Gerechtigkeit (justice)

und die Krankenhaushygiene als Querschnittsdisziplin ist schon lange gelebtes Qualitätsmanagement [8].

Wenn es uns dann noch gelingt, medizinische Daten datenschutzrechtlich sicher, sinnvoll (und nicht doppelt, dreifach oder vierfach mit möglichst noch unterschiedlichen Definitionen) zu erfassen und zusammenzuführen, um epidemiologische Forschung zu ermöglichen, dann ist dies ein wirkungsvoller Beitrag zur Patientensicherheit.

In Zeiten von „Big Data", NSA und Facebook wirken die in der Medizin vorhandenen Instrumente zum Datenmanagement bislang aber geradezu lächerlich und die gewonnene Datenqualität entspricht eher dem Grundsatz „Wer viel misst, misst viel Mist!". Die Hände der Ärzte und Pflegenden müssen weg vom Schreibtisch, sondern werden – natürlich desinfiziert – dringend am Patientenbett gebraucht.

Werfen wir also Ballast in Form von unsinnigen Häkchen ab, wehren wir uns gegen unsinnige Vorgaben von fachfremden Institutionen (zu denen vielfach auch die Zertifizierer gehören) und leben die in der ISO 9001.2015 geforderte Verantwortung.

Wenn die verantwortlichen medizinischen und kaufmännischen Leitungen sowie die Qualitäts- und Risikomanager die Krankenhaushygiene dabei unterstützen und die erforderliche Hilfestellung geben, sollte diese Koalition der Willigen erfolgreich sein und einem „Yes we can" auch Taten folgen.

## Literatur


1 Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006; 355: 2725 – 2732
2 Bion J, Richardson A, Hibbert P et al. Matching Michigan': a 2-year stepped interventional programme to minimise central venous catheter-blood stream infections in intensive care units in England. BMJ Qual Saf 2013; 22: 110 – 123
3 Bergs J, Hellings J, Cleemput I et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. Br J Surg 2014; 101: 150 – 158
4 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360: 491 – 499
5 Leape LL. The checklist conundrum. N Engl J Med 2014; 370: 1063 – 1064
6 Prielipp RC, Coursin DB. All that glitters is not a golden recommendation. Anesth Analg 2015; 121: 727 – 733
7 DIN-Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ). Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen ISO 9001. Berlin: Beuth Verlag; 2015
8 Schulz-Stübner S. Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene. Dtsch Med Wschr 2002; 127: 1337 – 1340


Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.