



Schon heute dreht sich alles um den Profit: Der Chirurg Pierre-Alain Clavien im Operationssaal am Zürcher Universitätsspital. (Dezember 2020)

# «Der Patient spielt keine Rolle mehr»

Die Arbeit als Chefarzt sei manchmal ein Albtraum, sagt der Chirurg Pierre-Alain Clavien. Ein Gespräch über Frauenquoten, Journalisten, Profitgier und fliegende Instrumente im Operationssaal. **Interview: Michael Furger und Theres Lüthi**

**NZZ am Sonntag:** Herr Clavien, Sie wurden als erster Chirurg ausserhalb der USA in die amerikanische National Academy of Medicine aufgenommen. Das *Gremium* berät den US-Kongress. Sind Sie ein Starchirurg?  
**Pierre-Alain Clavien:** Das bestimmen in der Schweiz ja die Journalisten. Mit der medizinischen Kompetenz eines Arztes hat das nichts zu tun. Und in den Medien gibt es leider häufig nur zwei Extreme: Entweder ist ein Arzt ein Star oder ein schwarzes Schaf.

Das ist etwas gar drastisch ausgedrückt. Ich erwarte nicht, dass die Medien unsere Anwälte sind, aber dass sie auf eine ausgewogene und faire Berichterstattung achten.

Was ist denn nicht ausgewogen?  
Artikel über schwarze Schafe in der Medizin haben in letzter Zeit eine Lawine der Kritik ausgelöst. Es wurde suggeriert, dass wir alle betrügen. Das hat Auswirkungen auf unser Ansehen. Wegen einer Minderheit stehen nun alle Mediziner unter Generalverdacht, die Patienten sind verunsichert.

Aber die Fehlleistungen von Ärzten am Zürcher Universitätsspital sind passiert. Wieso sollen die Medien nicht darüber berichten?

Es ist nicht schlecht, wenn die Journalisten solche Fälle öffentlich machen. Aber die Art und Weise ist störend. Man bekommt als Leser den Eindruck von maßlosen oder dikta-torischen. Das fördert Verschwörungstheorien aller Art. Es braucht Jahre, um sich als Arzt oder Spital einen guten Ruf zu erarbeiten und nur einen Artikel, um alles zu zerstören. In den USA fürchten sich die Mediziner vor den Anwälten von Patienten, in Europa fürchten sie sich vor allem vor den Medien.

Sie übertreiben. Nein, ich wurde in den letzten 20 Jahren häufiger von Journalisten angegriffen als von Patientenanwälten.

Haben Ärzte Mühe, Fehler einzustehen?  
Die Fehlerkultur in der Medizin ist sicher mangelhaft, und zwar in vielen Spitalern der Schweiz. Ich habe auch einige Beobachtungen zu Vorkommnissen und Fehlern in anderen Spitalern gemacht. Sie haben häufig dieselben Probleme: Missstände sind seit Jahren bekannt, zum Teil wurden sie schon in früheren Untersuchungen festgestellt. Es wagt aber niemand, die Probleme anzugehen und auf den Tisch zu bringen.

Weshalb nicht?  
Ich weiss es nicht, vielleicht fühlen sich die Ärzte unter Druck. Da ist es einfacher, eine anonyme Meldung an die Medien zu schicken, als sich an die Spitalleitung zu wenden. Oder sie profitieren von der Situation. Es sind sicher mehrere Faktoren. Das grössere Problem ist aber, dass ein Arzt sich häufig nicht öffentlich aussagen darf, wenn ihm ein Fehler passiert. Vor einigen Jahren wurde einem Kollegen in einem Spital verboten, an die Öffentlichkeit zu treten. Es ging um eine Operation, die tödlich endete. Er durfte nicht reden, obwohl er es gern getan hätte.

Sie sprachen von den Patientenanwälten. Was macht sie für Ärzte so gefährlich? Sie verteidigen ja nur die Rechte der Patienten.  
In den USA sind sie ein Problem. Sie gehen gegen Ärzte vor, wenn eine Operation nicht wie gewünscht abgelaufen ist. Was ist das Resultat? Die Chirurgen operieren weniger oder machen viele Untersuchungen, was die Kosten in die Höhe treibt. In der Schweiz sind wir zum Glück noch nicht so weit.

Aber Sie befürchten es?  
Ich hoffe, es kommt nicht dazu. Als akademischer Chirurg habe ich die Aufgabe, die

Medizin von morgen zu entwickeln. Dazu muss man einen Schritt weiter gehen als die heute üblichen Verfahren. Das heisst aber auch, dass man Risiken eingibt. Das muss weiter möglich sein. Wir haben heute schon genug Schwierigkeiten mit den Vorschriften und Hürden der ethischen Kommission.

Was heisst das?  
Diese Hürden sind manchmal so hoch, dass der Aufwand, eine Studie durchzuführen, extrem wird und man allenfalls auf erfolgversprechende Therapiemöglichkeiten verzichtet.

Aber es ist doch wichtig, medizinische Vorschriften einzuhalten.

Natürlich, aber sobald man in den Grenzbereich kommt, wird es schwierig. Für mich ist entscheidend, was die Patienten und die Angehörigen wollen. Wir haben da manchmal sehr lange Diskussionen mit den Ethikern, beispielsweise wenn es um die Lebenspende von Organen geht. Die Ethiker beurteilen das Grundsätzliche, wir haben hingegen den Einzelfall vor Augen.

Die Chirurgen stehen in der medizinischen Ordnung ganz oben. Wieso?

Das war früher so, heute nicht mehr. Chirurg hat aber in der Bevölkerung immer noch etwas Spektakuläres. Es ist auch ein besonderes Arzt-Patienten-Verhältnis, wenn jemand erlaubt wird, in einen Körper zu schneiden oder Organe zu ersetzen. Darum gingen früher viele ambitionierte Ärzte in die Chirurgie. Als ich studierte, bewarben sich 100 Leute für eine Assistenzstelle in der Chirurgie. Heute gehen die guten Leute lieber in eine Consultingfirma, statt grosse Verantwortung zu übernehmen.

Ist die Belastung in der Chirurgie hoch?  
Ja, aber nicht nur in der Chirurgie. Wer Arzt wird und eine akademische Karriere verfolgt, weiss, worauf er sich einlässt. Ich rede immer von einem Feuer, das man in sich haben muss. Doch das geforderte Engagement für echte chirurgische Spitzenleistungen ist heute praktisch illegal.

Wie meinen Sie das?  
Das Arbeitsetz ist gelegentlich etwas hinderlich.

Also wird es missachtet?  
Nein. Aber man darf eine Leidenschaft nicht ersticken. Wir können Roger Federer auch nicht sagen, dass er nur 30 Stunden pro Woche trainieren darf. Meine Generation hat seinerzeit noch zwischen 80 und 100 Stunden pro Woche gearbeitet, heute sind es 50 Stunden und diskutiert werden nun neu 42 Stunden.

Sie arbeiten wohl immer noch 100 Stunden? Wahrscheinlich schon, aber ich zähle meine Stunden nicht, und für Chefärzte gibt es auch keine Arbeitszeitbegrenzung. Ich komme auch am Wochenende gerne in die Klinik. Das Problem ist der exponentielle Aufwand für die Bürokratie. 60 Prozent der Arbeit meiner Assistenzärzte ist Formularkrieg. Ich sage immer: Wir hätten ohne einen einzigen Patienten immer noch genug zu tun. Es ist manchmal ein Albtraum.

Frei haben Sie also nie?  
Sie meinen im Still von: Am Donnerstag spiele ich Golf? Nein, aber ich habe ein kleines Haus im Wallis, da gehe gerne hin. In der akademischen Chirurgie braucht es Engagement, besonders in der Transplantation. Und das zahlt sich ja auch aus. In der Academy of Medicine Aufnahme in die National Academy of Medicine eine Ehrung für 30 Jahre Forschung von mir und meinen Mitarbeitern.

Hat diese Ehrung eigentlich eine Bedeutung für die Schweiz?

Wahrscheinlich keine grosse. Herr Bundesrat Berset hat mich jedenfalls noch nicht angerufen. Ich weiss nicht einmal, ob der Bundesrat davon weiss. In der Schweiz gibt es ohnehin keine grosse Kultur für Ehrungen. Ich kenne ein Spital in San Francisco. Als da zwei Ärzte in die Academy aufgenommen wurden, hängte das Spital grosse Plakate an die Fassade. Hier machen wir das nicht. Das ist schon o.k. Aber für mich und meine Mitarbeiter ist es eine ausserordentliche Auszeichnung, und das ist es auch für den Innovationsstandort Schweiz.

Wie oft stehen sie eigentlich noch im OP? Immer am Dienstag und Mittwoch. Es gibt Chefärzte, die nicht mehr operieren. Das kommt für mich nicht infrage.

## Pierre-Alain Clavien



Clavien, 63, gebürtiger Walliser, wuchs in Genf auf und absolvierte die medizinische Ausbildung in Genf, Wallis und Toronto. Seit 2000 ist er Chefarzt am Unispital Zürich und Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie. Er genießt international einen exzellenten Ruf. Kürzlich wurde er als erster Chirurg ausserhalb der USA in die renommierte National Academy of Medicine aufgenommen.

Man hört immer wieder von Situationen im OP, in denen Chefärzte ihre Untergebenen anbrüllen. Sie auch?

Wir haben Stress, und es gibt schwierige Situationen. Aber bei mir gilt: keine Emotionen im Operationssaal. Eine Besprechung gibt es - wenn nötig - danach. Operationen können auch ein erfahrenes Team an die Grenzen bringen. Diese Situationen sind eine Herausforderung für alle. Die Kommunikation wird scharf. Instrumente fliegen aber keine mehr durch den Operationssaal.

Nicht mehr? Früher schon?  
Ja, diese Anekdoten gibt es. In meiner Klinik habe ich aber einen wichtigen Grundsatz: Wenn ein Chirurg in eine schwierige Situation gerät, zum Beispiel eine Blutung an einer grossen Vene, dann gibt es nur eines: Finger draufdrücken und Hilfe anfordern. Viele Chirurgen denken in solchen Situationen, dass sie das Problem selbst bewältigen müssen, weil es sonst ein Zeichen der Inkompetenz sein könnte. Den omnipotenten Chirurgen gibt es aber nicht, und Narzissmus gehört nicht in die Chirurgie.

In einigen Kliniken des USZ sprechen Assistenzärzte von einer Kultur der Angst.  
Ich nehme das nicht wahr, aber das müssten Sie meine Assistenzärzte fragen. Meine Klinik hat eine flache Hierarchie. Wenn Fehler passieren, diskutieren wir darüber, aber nicht im Gang, sondern einmal pro Woche in einer dafür vorgesehenen Konferenz.

Aber auch Ihre Klinik ist hierarchisch und die jungen Ärzte von Chefs wie Ihnen abhängig.  
Das Phänomen der Hierarchie ist älter als

die Menschheit. Ich verstehe Hierarchie als ein System von Führung, Kompetenz und von Übernahme von Verantwortung. Unsere Assistenzärzte werden vom gesamten Kader beurteilt, das vermindert die Gefahr, dass die der Willkür einer Einzelperson ausgesetzt sind. Aber die Evaluation ist hart. Manchmal müssen wir uns gegen jemanden entscheiden. Dann wird der Vertrag nicht erneuert.

Gegenüber der Spitalleitung sind Klinikchefs in einer fast unantastbaren Position.

Sie haben ja in der «NZZ am Sonntag» geschrieben, wir Chefärzte herrschten wie Könige über unsere Kliniken. Das stimmt nicht. Ich habe zwar eine gewisse Autonomie, meine Klinik zu leiten, aber die Spitaldirektion gibt Rahmenbedingungen vor. Das kürzlich veröffentlichte Gutachten zur Aufsicht und Führung des Universitätsspitals schlägt nun vor, unseren Einfluss zu verringern. Das kann ich nicht gutheissen.

Weshalb können Sie keine Macht geben?  
Das Gutachten liest sich wie ein Strategiepapier einer geschäftsorientierten Consultingfirma. In diesem Bericht empfiehlt man, dass zum Beispiel Ökonomen oder Finanzfachleute den Ärzten vorgesetzt werden sollten. Das wäre eine Katastrophe.

Wieso?  
Damit würde der Patient zu einer Ware. Dabei sollten er und seine Gesundheit doch im Mittelpunkt stehen und nicht die Finanzen. Schon heute dreht sich alles um den Profit, egal ob man in einem öffentlichen oder einem privaten Spital arbeitet. Entscheidend ist, am Ende des Jahres das Budget erreicht wird oder nicht. Das lenkt man in den Business Schools. Der Patient spielt da keine Rolle mehr.

Aber nicht jeder gute Arzt ist auch ein guter Manager und Vorgesetzter. Da ist es doch verständlich, wenn man Fachleute beiseite will.

Die Frage ist: Will man eine gewinnorientierte Finanzinstitution mit angehängtem Spital sein oder eine Institution, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern. Ich habe nichts dagegen, wenn Ökonomen mich bei meiner Arbeit unterstützen, ich bin dafür sogar sehr dankbar. Auch ich habe Schwächen. Aber die Führung einer Klinik gehört in die Hände eines Arztes, da es im Kern um einen Patienten und dessen Erkrankung geht. Da gibt es für mich keinen Verhandlungsspielraum.

Was nützt Ihnen das, wenn die Finanzen dem Ruder laufen?

Wie ich sagte: Die Finanzen sind nur ein Aspekt, der Patient steht im Mittelpunkt. Im Übrigen, der grösste Kostentreiber in der Chirurgie sind die Komplikationen. Die wer-

den für ein Spital richtig teuer. Das heisst: Wenn wir die medizinische Qualität verbessern, senken wir die Kosten. Und wie verbessern wir die Qualität? Indem wir die Eingriffe zentralisieren. Als ich in die Schweiz kam, führten nahezu alle Spitäler in Zürich Pankreas-Operationen durch, einige nur ein-bis-zweimal pro Jahr. Das ist unglücklich.

Frauen haben es am USZ schwer, Schwangerschaften sind eth. Karrierekiller für Ärztinnen. Kann man es sich leisten, die vielen teuer ausgebildeten Frauen an den Rand zu drängen?  
Das ist kein Problem des USZ, sondern ein gesellschaftliches. Frauen haben es in der Arbeitswelt schwerer als Männer. Es liegt an der Gesellschaft, dies zu ändern.

Sie machen es sich zu einfach. Die Diskriminierung ist in der Medizin besonders heftig.  
Es stimmt, dass es für Frauen schwieriger ist, in der Medizin Karriere zu machen. Ich kann nur für meine Klinik sprechen: Bei den Assistenzärzten sind heute 55 Prozent Frauen, bei den Oberärzten 43 Prozent. Aber unter dem Leitenden Ärzten gibt es im Moment noch keine Frau. Ich bin aber sehr optimistisch, dass sich das bald ändern wird. Über 60 Prozent der Ärzte in unserer Forschung sind Frauen. Das sind mit Sicherheit die nächsten Leitenden Ärztinnen. Wir sind daran, die Lücke zu füllen.

Wahlg steigen Frauen aus familiären Gründen genau auf dieser Stufe der Karriereleiter aus.  
Wir haben viele sehr kompetitive Frauen, aber die Förderung liegt nicht nur in meiner Hand. Sobald diese Frauen Kinder haben, sind sie bei Transplantationen nicht mehr dabei, denn die finden oft abends oder nachts statt, und die Kindertagesstätte schliesst um 18 Uhr. Am Wochenende und an Feiertagen ist sie zu. Ein Spital muss eine Kita haben, die 24 Stunden geöffnet ist.

Glauben Sie, dass Mütter ihre Kinder mitten in der Nacht in die Kita bringen, wenn eine Transplantation ansteht?

Nein, aber die Möglichkeit müsste bestehen. Am sinnvollsten wäre, wenn Frauen früh Kinder haben. Da dauert die Assistenzzeit vielleicht ein bisschen länger, insbesondere wenn man Teilzeit arbeitet. Man muss diesen Frauen mit neuen Arbeitszeitmodellen entgegenkommen. Aber zwischen 37 und 45 geht man auf den Höhepunkt der Karriere zu. Dann muss man Verantwortung in der Klinik übernehmen und eine eigene Forschung aufbauen. Dabei noch Kinder grossziehen, ist unter aktuellen Voraussetzungen ein Ding der Unmöglichkeit. Es ist besser, wenn die Kinder dann grösser sind.

Was halten Sie von einer Frauengquote?  
Das braucht es nicht. Mein Ziel ist es, die

Würde eine Quote von 30 Prozent Leitenden Ärztinnen vorgeschrieben, wäre das eine Diskriminierung der Männer.

bestmöglichen Personen zu rekrutieren. Ob dies eine Frau oder ein Mann ist, ist kein Kriterium. Würde eine Quote von 30 Prozent Leitenden Ärztinnen vorgeschrieben, wäre das eine Diskriminierung der Männer.

Negative Schlagzeilen machen auch die Honorare der Privatversicherten, die unter den Kaderärzten aufgeteilt werden.

Das Problem der Honorare ist, dass ein Operateur grosses Interesse hat, vorwiegend Privatversicherte zu operieren, damit er das Honorar dafür bekommt. Damit entsteht eine Konkurrenz unter den Ärzten. Daher wurde auf meine Initiative hin das Pool-system am Unispital eingeführt, bei dem alle Honorare in einen Pool fliessen und nach einem Schlüssel verteilt werden, unabhängig davon, wer einen Eingriff gemacht hat.

Warum sind diese Pools so wichtig?

Bei diesem System immer die kompetenteste Person einen Eingriff machen kann. Ich als Chef habe heute keine Motivation, möglichst viele privat versicherte Patienten zu operieren, es wird ja am Ende alles nach einem festgelegten Schlüssel aufgeteilt. Stellen Sie sich vor: Ich mache die Leberoperation, die viel Geld bringt, und erhalte das Honorar - und überlasse meinen Stellvertretern die günstigen Eingriffe. Früher war das so, da hat der Chefarzt 80 Prozent der Privat-honorare eingenommen. Das geht heute nicht mehr. Wenn ein Chef zu sehr am Geld interessiert ist, zerstört das die Motivation im Team.

Am USZ verdienen einige Ärzte mithilfe von Poolgeldern mehr als eine Million Franken im Jahr. Ist das angemessen?

Ein Entnehmen muss seinen Spezialisten marktgerechte Löhne bieten können. Dies kann in gewissen Fällen auch mehr als eine Million Franken sein. Ob dies angemessen ist oder nicht, ist eine andere Frage. Ich denke, dass das System mehr Transparenz braucht. Ein Lohnvergleich unter den Regional-spitalen, den Zentrumsspitalen und den privaten Institutionen würde sicher für eine gewisse Überraschung sorgen - es gibt grosse Lohnunterschiede unter den Spitalern.

Die Poolgelder könnten bald abgegraben und Filialen eingeführt werden. Sprechen dann die guten Ärzte ab?

Die Gefahr besteht schon. Privatspitäler gibt es genug, und das Ausland ist auch attraktiver geworden. Viel bedeutender ist aber, dass den Klinikdirektoren ein wichtiges Führungsinstrument genommen wird. Mit den Poolgeldern kann er Leistungen seiner Mitarbeiter honorieren. Wenn man die Führungskompetenz der Klinikdirektoren weiter beschneidet, werden die beste Leute zum Abstrich motiviert.