



rüffer & rub cares



Zwischen Sorge, Hoffnung und Vertrauen

Erika Ziltener

Patienten,
Patientinnen,
Personal –
mehr Sicher-
heit für alle



rüffer & rub cares

Erika Ziltener

Zwischen Sorge, Hoffnung und Vertrauen

**Patienten,
Patientinnen,
Personal –
mehr Sicher-
heit für alle**

Ein spezieller Dank für die fachliche und redaktionelle Unterstützung geht an Ruedi Spöndlin, den Juristen, Journalisten und Ko-Autor des Buches »Die Wucht der Diagnose«.

Die Autorin und der Verlag bedanken sich für die großzügige Unterstützung bei:

Rita Frei, Altstätten SG
Kunz Erben
IRENE-Stiftung

Der rüffer&rub Sachbuchverlag wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Erste Auflage Frühjahr 2023
Alle Rechte vorbehalten
© 2023 by rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH, Zürich
info@ruefferundrub.ch | www.ruefferundrub.ch

Bildnachweis:

Cover, Kapitelseiten: © mathisworks | istockphoto.com
Porträt Ziltener: © Felix Ghezzi

Schrift: Arnhem, Avenir Next
Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm
Papier: Werkdruck holzfrei (FSC) bläulichweiß, 90 g/m², 1.75



ISBN 978-3-907351-17-8

1 – Mythos Gesundheitswesen	8
Vertrauen ist keine Selbstverständlichkeit	10
Vertrauen, Nutzenabwägung und Abhängigkeit	12
Das Berufsethos des Gesundheitspersonals	14

2 – Wie steht es um die Patientensicherheit?	18
<i>Jenny Duroux – Herzoperation mit fatalen Folgen</i>	19
Die Patientensicherheit im Fokus	32
Kommunikation und Dokumentation	35
Forschung und Interessenskonflikte	38
Bewilligungsverfahren und Meldepflicht	43
Wirtschaftliche Interessen	50
Wissenschaftliche Publikationen über Implantate	56
Forschung nur mit Vertrauen: Es ist gut, wenn Forschungs- fehlverhalten bekannt wird	60
Whistleblowing – ein wichtiger Faktor zur Aufdeckung von gravierenden Missständen	63
Das Verständnis von Patientensicherheit entwickelt sich	68
Die Klassifikation der Meldungen zu kritischen Ereignissen und Fehlern	78

3 – Was schiefgehen kann, geht schief	80
Von der Aviatik lernen	88
Die Herzchirurgie des USZ in den Schlagzeilen	90
Die politische Verantwortung	98
Die juristische Perspektive	99
Die Geschehnisse in der Herzchirurgie werden öffentlich	102
Die Medien übernehmen die Deutungshoheit	104
Der Spitalratspräsident versichert: Das Patientenwohl war immer gewährleistet	108
Der Neustart	112

4 – Der neue Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen	116
<i>Peter Birchi – Herzklappenoperation – Superinfektion</i>	117
Patientinnen und Patienten erfahren über die Medien von möglichen Behandlungsfehlern	126
Der neue Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen...	128
Das »virtuelle Spital Schweiz« von Max Stäubli	134
Von der Blame- zur Just-Kultur in Zusammenarbeit mit der NASA	141
Das Qualitätssicherungsinstrument CIRS	148
Die Furcht vor straf- oder haftpflichtrechtlichen Folgen	158
Die Kantone haben Kompetenzen	165
Das »Melde- und Lernsystem für Sicherheitsvorfälle« der WHO	170
Die »Just Culture« in der Aviatik und in der Medizin	172
Der Sicherheitskultur steht das juristische Denken im Weg	177

5 – Wie weiter bei Komplikationen und Behandlungsfehlern?	180
<i>David Rieser – Infektion an der Herzklappe</i>	181
Vergleichszahlung ist kein Trost	189
Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.	195
Non-Fault-Entschädigung / Schuldunabhängiger Entschädigungsfonds	199
Eine Kulanzzahlung ist immer möglich	201
Viel Leid und enorme Kosten	202
Der Sonderfall seit 2017: Die Sepsis	208

6 – Die Sicherheitskultur	212
--	-----

7 – Die Rolle des Bundes bei der Qualität und Patientensicherheit	224
Die eidgenössische Qualitätskommission	233

8 – Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten geht alle an	236
Wertorientierte Gesundheitsversorgung/ Value-based Healthcare	238
Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)/ Shared Decision Making (SDM)	239
Smarter Medicine	242
Daten für die Patientensicherheit	247

9 – Zusammenarbeit über die Schweizer Grenzen hinweg	252
Die Schweiz und die Weltgesundheitsorganisation (WHO)	253
»Die Patientensicherheit hat Vorfahrt«	256
Ein Tag für die Sicherheit	258
Das Gesundheitsquintett	261
Deutschlands Universitätsspitäler vernetzen sich	263
Obduktionen als Qualitätssicherung	264

10 – Schlusswort	268
Forderungen für mehr Sicherheit	269
Den Patientinnen und Patienten bleiben Vertrauen und Hoffnung	271

Anhang	274
Anmerkungen	275
Patient:innendossiers	315
Dank	318

1

Mythos Gesundheits- wesen



Das Schweizer Gesundheitswesen wird als eines der weltweit besten gelobt; ist das ein Mythos? Immer wieder auftauchende Berichte über Ereignisse zur Gesundheitsversorgung lassen das vermuten: »Patientin mit Medikamenten ruhigestellt«, »Das Gesundheitswesen in der Krise« oder »Personalmangel gefährdet die Patientensicherheit«. Sie rütteln die Bevölkerung auf und verunsichern die Patient:innen, denn Gesundheit geht uns alle an, und schon morgen können wir betroffen sein. Wie also steht es grundsätzlich um unser Gesundheitswesen?

Die enormen medizinischen Errungenschaften der letzten Jahrzehnte bedeuten für viele Menschen Heilung, Besserung und für jene mit einer chronischen Erkrankung oft ein leichteres, längeres Leben. Zugleich wecken diese Errungenschaften große individuelle und kollektive Erwartungen an die Medizin, Pflege und Betreuung.

Die Medikalisierung¹ rückte die menschlichen Lebenserfahrungen und Lebensbereiche in den Fokus systematischer medizinischer Erforschung und Verantwortung, die vorher außerhalb der Medizin lagen. Mit dem Prozess setzte die Tendenz ein, die Menschen auch bei leichten Beschwerden oder gesundheitlichen Befindlichkeiten und bei natürlichen Lebensphänomenen wie Geburt und Tod medizinisch zu behandeln. Dieser gesellschaftliche Veränderungsprozess orientierte sich am Fortschritts- und Machbarkeitsglauben innerhalb der Naturwissenschaften; gemeinsam galt für alle Beteiligten des Gesundheitssystems das Ziel, die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Mit der Medikalisierung änderte sich auch die Wahrnehmung der Medizin und setzte sie der gesellschaftlichen Kritik aus: Die Medizin mache den Menschen beim Versuch, ihn zu heilen, krank, sie schütze sich selbst professionell vor Leistungskontrolle, Kritik und Veränderung, sie unterliege wirtschaftlichen Zwängen, für die sie selbst verantwortlich sei, sie normiere den Menschen mit dem naturwissenschaftlichen Menschenbild, sie übe soziale Kontrolle aus, und schließlich, die Medizin versuche Einfluss auf das menschliche Leben in seiner Gesamtheit zu nehmen. Die Ärzteschaft ist nicht nur mit dieser Kritik, sondern auch mit ihrem Selbstbild und dem abweichenden Verständnis von Berufsethik konfrontiert.

Die Erfahrungen und die systematische Forschung haben ein enormes, theoretisches Wissen generiert. Dem steht das deutliche Missverhältnis beim Wissenstransfer und bei der Implementierung in der Praxis gegenüber. So weist die Gesundheitsversorgung große Lücken bei der Sicherheit der Patientinnen und Patienten auf; bekannte Lösungsansätze wie das »Lernen aus Fehlern« oder ein konsequentes Qualitätsmanagement, auch zum Schutz des Personals, wird punktuell, aber nicht systematisch und schweizweit umgesetzt.

Vertrauen ist keine Selbstverständlichkeit

Vertrauen ist ein zentraler Wert in jeder Gesellschaft und wirkt bis in die kleinste Zelle – wenn sich zwei Menschen gegenseitig »blind vertrauen«, entsteht eine starke Bindung, die ausgesprochen belastbar ist. Zugleich verlangen wir einen Vertrauensbeweis, wir schenken

jemandem unser Vertrauen, wir bauen im Vertrauen auf etwas und wir vertrauen einer Person etwas an. Parteien und Produkte werben um unser Vertrauen, wir machen Geschäfte auf Vertrauensbasis und wir geben uns das Ja-Wort im Vertrauen darauf, dass es für immer ist. Doch es ist Achtsamkeit geboten, denn Vertrauen ist schnell verspielt, gar zerstört und für immer verloren. Eine besondere Bedeutung kommt diesem Begriff in der Medizin zu, denn hier müssen wir uns darauf verlassen, dass das kostbare Gut – unser Leben – stets nach bestem Können und Wissen »behandelt« wird.

Wer sich in eine medizinische Behandlung begeben muss, muss vertrauen: ins Gesundheitspersonal, ins Gesundheitssystem, und dieser Mensch muss das gesellschaftliche Grundvertrauen in die Medizin teilen. Hingegen muss die Medizin – trotz anhaltender Kritik – kaum etwas für die Vertrauensbildung oder deren Erhalt tun.

Das Vertrauen ist eine gegenseitige Angelegenheit: Ein Mensch vertraut, dem anderen wird vertraut. Für die Arzt-Patienten-Beziehung bedeutet das: Die Ärztin muss das Vertrauen verdienen, die Patientin muss befähigt werden, ihr zu vertrauen. Der Patient M. erzählt: »Ich liege im Bett, frühmorgens werde ich in den Operationssaal gefahren. Auf dem Weg dorthin realisiere ich, ich muss aufstehen und gehen. Zu viel war falsch gelaufen, als ehemaliger Spitaldirektor kannte ich mich zu dem gut aus. Ich hatte das falsche Medikament bekommen, die Informationen zu meinem Eingriff variierten gegenüber denjenigen vom Vortag und die Operationszeit wurde verschoben. Die Operation ging schief, eine lange Leidenszeit war die Folge, glücklicherweise bin

ich trotz allem wieder gesund. Aber: Warum ich nicht weggelaufen bin, weiß ich bis heute nicht.«²

Sowohl die Ärztin wie der Arzt setzen auf Vertrauen, ohne das eine Erfolg versprechende Behandlung nicht möglich ist. »Ich muss einen Zugang zum Leben des Patienten finden und Vertrauen aufbauen, damit er sich öffnet.«³ – »Ich habe ihm zugesagt, ihn durch die Therapie zu begleiten und an seiner Seite zu bleiben. Da hat er dann wieder Vertrauen gefasst – vor allem, weil ich ihm versprochen habe, dass er die Therapie auch jederzeit abbrechen kann.«⁴

Vertrauen, Nutzenabwägung und Abhängigkeit

Um das Vertrauen der Patientin zu gewinnen, muss der behandelnde Arzt ihr eine angepasste, überzeugende Nutzungsabwägung der Behandlung präsentieren und gegebenenfalls ihre illusorische Erwartung auffangen. Eine Alpinistin, die sich zeit ihres Lebens in den Bergen aufhielt und für die Immobilität undenkbar ist, beurteilt den Nutzen einer Knieprothese anders als ein Mann, der die meiste Zeit im Lehnstuhl sitzt und Bücher liest. Die Alpinistin wird im Gegensatz zum Bücherwurm den Nutzen einer neuen Prothese über das Operationsrisiko stellen und den Zeitpunkt für die Operation früher ansetzen. Die Nutzenbeurteilung hängt auch eng mit den existenziellen Risiken zusammen. Ein Handwerker nimmt die Operationsrisiken wahrscheinlich erst auf sich, wenn der Leidensdruck sehr hoch oder der Eingriff unausweichlich ist.

Bei einer medizinischen Behandlung ist Verlässlichkeit in allen Belangen unabdingbar, gerade in Situatio-

nen, in denen kontrolliertes rationalisiertes Abwägen nicht weiterhilft und intuitive Entscheidungsfähigkeit gefragt ist. Dazu gehört die gesellschaftlich definierte Rolle der Patientin und der Ärztin und die generalisierten Erwartungen. Die Patientin begibt sich in Abhängigkeit eines fremden Menschen. Sie trifft in einem geschlossenen Raum auf eine ihr nicht persönlich bekannte Person. Sie muss Fragen zu intimen und privaten Angelegenheiten beantworten und sie muss ihren Körper vor jemandem entblößen, in einer Situation, in der sie angeschlagen ist.

Die Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Begegnung wird mit dem idealen Aufklärungsgespräch und der Nutzenabwägung auf das absolute Minimum reduziert. Dem Ideal entspricht das Aufklärungsmodell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) oder der Entscheidung auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit »evidence-based patient choice/evidenzbasierte Patientenentscheidung«. Die Aufklärung zeigt der Patientin den individuellen Nutzen der Behandlung, das zu erwartende Resultat, allenfalls die Prognose, die Alternativen und die Behandlungsoptionen, sie kennt die Risiken, hat angemessene Bedenkzeit für ihren Entscheid und kann unter den gegebenen Umständen ihre Einwilligung erteilen.

Das paternalistische Verhältnis zum Patienten hat sich teilweise bis heute gehalten. In diesem hat der Patient eine passive Rolle, während der autoritäre Arzt entscheidet, welche Therapie die richtige ist. Zunehmend nähern sich die Patientin und der Patient jedoch dem Idealfall an. Er ist informierter und selbstbewuss-

ter als früher und wehrt sich gegen eine vereinnahmende Autorität des Arztes. Trotz allem bleibt eine gewisse Abhängigkeit bestehen.

Das Berufsethos des Gesundheitspersonals

Wir vertrauen einem Menschen, wenn wir davon ausgehen können, dass er sich den allgemein anerkannten Moralvorstellungen und der Berufsethik verpflichtet fühlt. Vertrauen basiert auf Ethik und Moral im Sinne eines korrekten Handelns und Entscheidens. Die Medizinethik beschäftigt sich mit den sittlichen Normsetzungen, die für das Gesundheitspersonal gelten sollen. Sie hat sich aus der ärztlichen Ethik entwickelt, betrifft aber alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, Institutionen und Organisationen und nicht zuletzt auch die Patientinnen und Patienten.

Das Berufsethos wird von der Fachperson primär als Verantwortung für die individuelle Tätigkeit wahrgenommen. Ob diese daraus die Verpflichtung ableitet, sich für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Versorgungssystem einzusetzen, obliegt grundsätzlich ihr. Nicht zuletzt die Erkenntnis, dass Patientensicherheit auch Sicherheit für das Personal bedeutet, führte in den letzten Jahren zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Berufsethos.

Die Weltgesundheitsorganisation plädiert in »Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030 – Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung«⁵ für die Sensibilisierung für das Berufsethos und die Umsetzung desselben. Sophie Hartmann plädiert ebenfalls dafür, »[...] dass das

Thema Sicherheit in allererster Linie einhergeht mit einer inneren Haltung jeder Person, die in einem sicherheitskritischen Bereich agiert«. – »Sicheres Arbeiten gelingt nur dann optimal, wenn es Teil des Berufsethos ist und entsprechend gelebt wird.«⁶ Innerhalb der Organisationen betrifft das Berufsethos sämtliche Bereiche der Gesundheitsversorgung; dafür ist das Vertrauen des Personals in die Gesundheitsversorgung sowohl in der Institution wie in der Zusammenarbeit im Team notwendig. Die Basis bildet der vertrauensvolle Umgang und der Austausch untereinander. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hält zudem Transparenz für unerlässlich, um die Glaubwürdigkeit von medizinischen Fachpersonen und das in sie gesetzte Vertrauen zu erhalten.

Die Medikation ist insbesondere in der Langzeitpflege ein großes Problem. Der Arzt Max Giger hat die Daten von 600 Pflegeheimen in der deutschen Schweiz und im Tessin ausgewertet. – »Die Zahlen erschreckten selbst ihn: 37 Prozent aller, die in einem Pflegeheim leben, bekommen ein Beruhigungsmittel, ein sogenanntes Neuroleptikum.«⁷ Eine der gravierenden Nebenwirkungen ist das erhöhte Sturzrisiko. In der Studie werden Angehörige aufgefordert, dem Personal Fragen zur Medikation zu stellen.

Der Handlungsbedarf ist offensichtlich. Doch es gibt keine einfachen Lösungen für das Problem, insbesondere in Anbetracht des chronisch herrschenden Personalmangels. Dennoch darf die Verantwortung für eine sichere Medikation nicht auf die Angehörigen abgeschoben werden; zudem bleiben die alleinstehenden

Menschen außen vor. Angehörige können unterstützend wirken, aber die Verantwortung liegt beim Personal.

Damit das Personal die Verantwortung wahrnehmen kann, ist es auf eine sichere Arbeitsumgebung und den Schutz der Arbeitsrechte angewiesen. Die WHO widmete 2020 den Welttag der Patientensicherheit dem Gesundheitspersonal und lancierte die bahnbrechende Charta »Sicherheit des Gesundheitspersonals: eine Priorität für die Patientensicherheit«.

Dazu erklärt die WHO: »Die Charta ist den Millionen von Gesundheitsfachkräften gewidmet, die weltweit gegen COVID-19 kämpfen und sich und ihre Familien einem Risiko aussetzen, um Patienten zu behandeln, grundlegende Gesundheitsdienste bereitzustellen und die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen; an das Gesundheitspersonal, das sich mit COVID-19 infiziert hat; und für diejenigen, die in ihren unermüdlichen Bemühungen zur Bekämpfung der Krankheit ihr Leben verloren haben.« Die Charta ist in zwei Teile gegliedert: Arbeitssicherheit: jetzt mehr denn je (Health worker safety: now more than ever), und dem Aufruf zu dringendem und nachhaltigem Handeln weltweit (Call for urgent and sustainable action globally). Dieser nennt vier konkrete Handlungsfelder:

1. Schaffen Sie Synergien zwischen den Richtlinien und Strategien für die Sicherheit des Gesundheitspersonals und für die Patientensicherheit (Establish synergies between health worker safety and patient safety policies and strategies).
2. Entwicklung und Umsetzung nationaler Programme für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

des Gesundheitspersonals (Develop and implement national programmes for occupational health and safety of health workers).

3. Gesundheitspersonal vor Gewalt am Arbeitsplatz schützen (Protect health workers from violence in the workplace).
4. Verbesserung der psychischen Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens des Gesundheitspersonals (Improve mental health and psychological well-being of health workers).
5. Gesundheitspersonal vor physischen und psychischen Gefahren schützen (Protect health workers from physical and biological hazards).⁸

Mit dieser Charta nimmt die WHO alle in die Pflicht: die Behörden, die Fachverbände, Interessengruppen von politischen Entscheidungsträgern bis hin zum Gesundheitspersonal.

Dieses Buch beleuchtet Sicherheit der Patientinnen, Patienten und des Personals sowie Qualität der Gesundheitsversorgung aus verschiedenen Perspektiven. Es zeigt gangbare Lösungsansätze auf, es bekräftigt längst gestellte Forderungen, es betrachtet den Status von kranken Menschen in der Medizin und in der Gesellschaft, und schließlich befasst es sich mit dem absolut unverzichtbaren Vertrauen, das die Basis jeder Arzt-Patienten-Beziehung und weit darüber hinaus, darstellt.

Was schief- gehen kann, geht schief



Eine Herztransplantation gilt immer noch als Eingriff mit hohem Prestige; 2003 wurde sie an fünf Schweizer Spitälern durchgeführt. Das waren zu viele; schweizweit stehen pro Jahr nur rund 30 Spenderherzen zur Verfügung. Weil mit dieser tiefen Fallzahl pro Zentrum die Qualität einer Transplantation nicht gewährleistet werden konnte, wurde auf Kantonebene wiederholt eine Reduktion auf zwei oder drei Zentren diskutiert. Das stellte die weitere Durchführung von Herztransplantationen am UniversitätsSpital Zürich (USZ) infrage, was sich auch auf die Neubesetzung der Chefarztstelle auswirkte. Der in Bern tätige Chefarzt Thierry Carrel hätte die Leitung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am USZ übernehmen sollen. Nach seiner Zusage am 17. November 2004 machte er einen Rückzieher mit der Begründung, er befürchte, in Zürich würden in absehbarer Zeit keine Herzen mehr transplantiert werden.¹¹³ Sein Rückzug hing eventuell auch mit der neuen Ausgangssituation zusammen, die die Stärkung des Transplantationszentrums in Bern zur Folge hätte haben können.

Um sich im Kampf um die Herztransplantation besser zu positionieren, lässt sich das USZ 2004 einen besonderen »Coup« einfallen: Eine Herztransplantation vor laufender Kamera der Nachrichtensendung »10 vor 10« des Schweizer Fernsehens. Mit der öffentlichen Transplantation soll nicht nur das Zentrum gesichert, sondern auch die Bevölkerung für die Organspende sensibilisiert werden. Die 57-jährige Patientin Rosmarie Voser wird für die Transplantation ausgewählt, ihre Zustimmung zur geplanten Fernsehübertragung hat sie gegeben. Die Kameraleute von »10 vor 10« nehmen ihre Arbeit auf. Sie begleiten Rosmarie Voser

über Wochen und filmen die Operation am 23. April 2004 live. An diesem Tag steht endlich ein Spenderherz zur Verfügung, nur: Rosmarie Voser hat die Blutgruppe o, das zu implantierende Herz die Blutgruppe A. Sie stößt das fremde Herz ab und stirbt drei Tage nach der Transplantation, noch bevor ihr ein Kunstherz eingesetzt werden kann. Bei einer derartigen Blutgruppenunverträglichkeit gelingt eine Herztransplantation kaum. Erforderlich wäre eine lange und sehr sorgfältige Vorbereitung, zu der auch der fortlaufende enge Austausch der Fachleute aus den verschiedenen medizinischen Bereichen unabdingbar ist. Ob die Transplantation mit der unverträglichen Blutgruppe als Option in Betracht gezogen wurde, blieb offen.

Der tragische Todesfall von Rosmarie Voser lancierte erneut eine Debatte um die Sicherheit von Patient:innen. Wie der Anästhesist Daniel Scheidegger gegenüber den Medien erklärte, passieren in der Schweiz bei medizinischen Eingriffen jedes Jahr 2000 bis 3000 schwerwiegende Fehler.¹¹⁴ Die Zahl stammte von einer Hochrechnung aufgrund statistischer Daten in den USA. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) publizierte die Daten – es ging darum, Alarm zu schlagen, denn diese Anzahl von fatalen Fehlern ist hoch, sogar wenn man sie in Relation zu den rund 1,39 Millionen Behandlungen in den 372 Schweizer Spitälern setzt.¹¹⁵ Die Publikation des BSV veranlasste den Bund zur Gründung einer »Task Force« mit Fachleuten aus der Schweiz und dem Ausland. Die Empfehlungen dieser Gruppe führten im November 2003 mit einer Anschubfinanzierung des Bundesamtes für Gesundheit zur Gründung der »Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit«. Bei

der Gründung war die Koordination der Fehlerbekämpfung ein vordringliches Ziel.

Das USZ informiert an der Pressekonferenz am 27. April 2004 die Öffentlichkeit über den fatalen Verlauf der Transplantation. Für diese Pressekonferenz wird kein Geringerer als der Chef der Anästhesie am Universitätsspital Basel, Daniel Scheidegger, aufgeboten. Scheidegger ging davon aus, mit seiner Einladung als »Konkurrent aus Basel« werde eine Kulturänderung im Umgang mit Fehlern eingeleitet. Er ortet sogar Einigkeit beim Handlungsbedarf.¹¹⁶ Rosmarie Voser sei wegen eines mündlichen Kommunikationsfehlers gestorben, wird an der Konferenz mitgeteilt. Der Kommunikationsfehler, der zur verhängnisvollen Blutgruppenunverträglichkeit geführt haben soll, erstaunte Scheidegger nicht. Er beschäftigte sich schon damals intensiv mit vermeidbaren Fehlern. Er zog das Fazit: »Bei 85 % der Zwischenfälle, die im medizinischen Bereich vorkommen, sind Kommunikationsfehler schuld.«¹¹⁷ Fehler, auch mit noch so tragischen Folgen, seien meist eine Kette mit vielen Gliedern. Es gehe nicht um die Suche nach einer schuldigen Person, sondern um die Analyse und Auseinandersetzung mit dem Fehler, die allein zielführend seien. Das gilt nicht nur für das USZ, sondern schweizweit für die gesamte Gesundheitsversorgung. Die Pressekonferenz zeigte den dringenden Handlungsbedarf und den notwendigen Kulturwandel im Umgang mit Fehlern in der Medizin eindrücklich auf.

Der verantwortliche Chefarzt Marko Turina versicherte in »10 vor 10« vom 13. Juni 2005, er habe nicht wissentlich ein Herz mit einer falschen Blutgruppe implantiert, sondern die Blutgruppe in der Nacht um 3.30

Uhr falsch verstanden. Die Resultate seien katastrophal. Er übernahm für das Kommunikationsproblem die volle Verantwortung.¹¹⁸ Die Öffentlichkeit erfährt nicht mit Gewissheit, was wirklich vorgefallen ist.

Die misslungene Herztransplantation hat auch politische Folgen. Die Zürcher Gesundheitsdirektorin Verena Diener zieht die Konsequenzen und verfügt einen akuten, temporären Stopp des Herztransplantationsprogramms am USZ: »Die letzten Wochen brachten stückweise immer wieder neue Dimensionen in den Fall Voser. Die Umstände müssten geklärt werden. Die beteiligten Ärzte werden zu ihrer Entlastung vorläufig ihrer Dienste am Unispital enthoben.«¹¹⁹ Diener will das Moratorium »zur Sicherheit der Patienten« andauern lassen, bis die Befragungen durch die Staatsanwaltschaft beendet sind. Sie werde es aufheben, wenn die zwei Voraussetzungen erfüllt seien: »Spital- und Klinikleitung müssten versichern, dass das Personal nach den Medienberichten um den Fall Voser wieder zur Ruhe gekommen sei, und – wenn es sich um eine experimentelle Behandlung gehandelt habe, müsse auch die Ethikkommission ihre Zustimmung geben.«¹²⁰

Für das Personal ist das Strafverfahren eine sehr große Belastung. Ein anonymer Hinweis lässt den Verdacht aufkommen, es könnte sich um eine experimentelle Transplantation gehandelt haben. In den Medien wird ein Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin zitiert, aus dem hervorgehe, dass es sich um eine wissentliche Verwechslung der Blutgruppe gehandelt habe. Die Staatsanwaltschaft untersuchte deshalb den Verdacht eines möglichen Vorsatzes, bei dem es nicht nur um fahrlässige, sondern auch um vorsätzliche Tötung

geht.¹²¹ Diener äußert sich dezidiert in der Tagesschau: »Wenn sich der Verdacht der wissentlichen Transplantation mit der falschen Blutgruppe bestätigen würde, wäre das absolut verwerflich.«¹²²

Im harten Konkurrenzkampf um den Standort wäre die erfolgreiche Transplantation zum richtigen Zeitpunkt gekommen. Wäre sie erfolgreich gewesen, hätte sie das Transplantationszentrum des USZ gestärkt, so wurde sie zum Desaster, auch für den angesehenen Herzchirurgen Turina, der im August 2007 pensioniert wurde. Am Vorabend seiner Pensionierung meint er zur – auch für ihn – großen Belastung: »Ich entwickle andere Tätigkeiten, die mich sehr beschäftigen. Ich bin zuständig für Wissenstransfer in unterentwickelten Ländern in der Herz- und Gefäßchirurgie. Es ist mir nicht langweilig, aber es ist sicherlich ein schwerer Schlag.«¹²³

2007 erlässt die Staatsanwaltschaft gegen Turina und zwei weitere Herzspezialisten Strafbefehle wegen fahrlässiger Tötung von Rosmarie Voser und auferlegt ihnen Geldstrafen. Weil keiner der Beteiligten Einsprache erhebt, werden die Strafbefehle rechtskräftig. Das Moratorium ist längst aufgehoben, das Urteil gefällt. Damit ist der Fall Rosmarie Voser offiziell abgeschlossen. Der Ruf des USZ ist angeschlagen, im Konkurrenzkampf um den Standort für die Herztransplantation ist es geschwächt.

Die Planung und Koordination von Herztransplantationen ist in der Interkantonalen Vereinbarung zur hoch spezialisierten Medizin (IVHSM) geregelt und obliegt dem 12-köpfigen Fachgremium, das das HSM-Beschlussorgan der Schweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ist. Die Kantone der Schweiz haben sich

verpflichtet, die Planung und Koordination dem HSM-Beschlussorgan zu übertragen, dazu gehören auch die Herztransplantationen. 2010 weist dieses Gremium die Herztransplantation vorläufig den drei bestehenden Zentren, den Universitätsspitalern Zürich, Bern und Lausanne zu, nicht dabei sind die Transplantationszentren Basel und Genf. Die insgesamt 35 transplantierten Herzen im Jahr 2012 verteilten sich auf das Universitätsspital Zürich (11), das CHUV Lausanne (14) und das Inselspital Bern (10). Weil mit der schweizweit tiefen Fallzahl die Qualität mit drei Zentren nicht gewährleistet werden kann, gilt die Zuteilung befristet bis 2013. Das HSM-Beschlussorgan betont, an der mittelfristigen Zielsetzung der Reduktion auf zwei Transplantationszentren zur Qualitätssicherung festzuhalten.

2013 beschloss die GDK, bei den drei Zentren zu bleiben. Ein Expertengremium der GDK hatte die Qualität der Arbeit in den Transplantationszentren in Zürich, Bern und Lausanne untersucht und kam zum Schluss, es werde in allen drei Universitätsspitalern vergleichbar gut gearbeitet. Der Entscheid galt mit Frist bis zum 31. Dezember 2016 und hatte die folgenden Auflagen: Einhaltung der Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der erforderlichen fachlichen und betrieblichen Voraussetzungen für die Transplantation der Organe. Erarbeitung eines umfassenden Versorgungskonzepts zur Behandlung von Patienten mit schwerer und schwerster Herzinsuffizienz. Die drei Spitäler und ihre Netzwerke verpflichten sich zudem, verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, um die Zahl der Organspender zu erhöhen. Für die prä- und posttransplantäre Betreuung der Patient:innen wird die formelle Organisation

von Betreuungsnetzwerken verlangt, und schließlich mussten die Zentren einen Vorschlag für eine sinnvolle Risikoadjustierung unterbreiten.¹²⁴

Das Festhalten des Beschlussorgans an den drei Standorten stößt auf Widerstand. Das Inselspital Bern legt beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde dagegen ein und fordert die sofortige Konzentration auf zwei Zentren, zu denen das Inselspital gehören soll. Mit Urteil vom 2. April 2012 stützt das Bundesverwaltungsgericht den Beschluss der GDK und tritt nicht auf die Beschwerde ein. »Dem Inselspital fehlen ein besonders schutzwürdiges Interesse und damit die erforderliche Beschwerdelegitimation. Insbesondere hat das Bundesverwaltungsgericht in seinen Erwägungen festgehalten, dass ein Leistungserbringer nicht befugt ist, die Leistungsaufträge an einen anderen Leistungserbringer anzufechten.«¹²⁵

Das USZ darf weiterhin Herzen transplantieren; die Erleichterung ist dort und beim Regierungsrat des Kantons Zürich »sehr, sehr« groß.¹²⁶ Diese positive Stimmung teilt der Gesundheitsökonom Willy Oggier nicht: »Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist dieser Entscheid ein Armutszeugnis«, und: »Für die Patienten ist dies ein sehr schlechter Tag«, erklärt er. »Wenn die wenigen Herztransplantationen in der Schweiz auf drei Zentren aufgeteilt werden, dann fehle es den einzelnen Ärztinnen und Ärzten an Praxis. ›Es dauert länger, bis die Operateure genug Erfahrung mit neuen Methoden haben.«¹²⁷ Die Diskussion um die Reduktion der Zentren und die tiefen Fallzahlen zeigen die ungelöste Problematik der Qualität und der Sicherheit der Patient:innen deutlich auf.

Für die Qualität ist die Fallzahl einer Operation nicht der einzige, aber ein sehr wichtiger Faktor. Den Bedenken zur Qualität trägt das Beschlussorgan der GDK Rechnung, indem die problematisch tiefen Fallzahlen mit einer Umstrukturierung kompensiert werden sollen. Das USZ muss eine konzeptuelle Neuausrichtung der Behandlung von Herzkrankheiten vornehmen und die Herztransplantation und Behandlung von Herzinsuffizienz zusammenführen. Mit dieser Neuausrichtung wird die Transplantation nicht mehr isoliert, sondern in Zusammenhang mit der Behandlung der Herzinsuffizienz beurteilt und soll so zur geforderten Qualität beitragen. Aus fachlicher Sicht ist dieser Vorschlag nicht zielführend, denn die tiefen Fallzahlen bei den Transplantationen stehen im Zusammenhang mit zu wenig Operationsroutine und fehlender Routine bei den Nachkontrollen. Beides kann mit der Behandlung der Herzinsuffizienz nicht kompensiert werden. Es handelt sich seitens GDK wohl viel eher um einen politischen, weniger um einen fachlichen Entscheid.

Von der Aviatik lernen

André Plass initiierte 2012 die Zusammenarbeit zwischen dem USZ und dem SWISS Aviation Center. Unter anderem erstellte er diverse Checklisten für den Operationssaal, abgestimmt auf verschiedene herzchirurgische Eingriffe. Ein neu entworfener standardisierter Fragebogen wurde mit detaillierten Fragen für jede Operation und jede/n Patient:in kombiniert. Dazu führt ein Mitglied des OP-Teams vor Beginn des Eingriffs ein »Team-Time-out« durch, alle beteiligten Teammitglieder stellen

sich vor, eines davon stellt dem hauptverantwortlichen Operateur in Anwesenheit des gesamten Teams die entsprechenden sicherheitsrelevanten Fragen. Die Antworten ermöglichen das frühzeitige Erkennen von Fehlerquellen vor jeder Operation. Der angepasste interdisziplinäre Fragebogen ist erfolgreich, weil alle beteiligten Fachdisziplinen von der Anästhesie über die Chirurgie bis zur Pflege bei seiner Entstehung miteinbezogen wurden. Zudem werden alle für den operativen Eingriff relevanten Bereiche systematisch abgedeckt, dazu gehört der Name des Patienten und dessen persönliche Angaben, seine Krankheitsangaben kombiniert mit dem geplanten Eingriff wie auch ein technischer Materialcheck. Plass, seit 2002 am USZ tätig, beschäftigte sich seit Jahren im privaten Bereich und in der Forschung sowie in der Klinik mit der Risikoanalytik und Fehlererkennung in der Medizin und publizierte dazu verschiedenen Artikel.¹²⁸

Zur Sicherheit der Patient:innen ist ein Risikomanagement – wie es auch die GDK vorgegeben hatte – in der Herzchirurgie unabdingbar. Eine bestmögliche Vorbereitung mit einer exakten Operationsplanung kann präventiv gewisse Risiken minimieren. Plass hatte frühzeitig den Fokus, Bildgebungstechniken nicht nur zur Diagnostik, sondern spezifisch zur Planung und Erkennung möglicher Risikoaspekte einzusetzen. Als Konsequenz kann eine Operation effizienter und zielgerichteter durchgeführt werden; zudem können dadurch verschiedene Gefahren schon vorab umgangen werden. Die bildgebende Operationsplanung und die Checkliste werden in der klinischen Routine im USZ zunehmend und erfolgreich eingesetzt.¹²⁹

Die Einsicht, im Risiko- und Sicherheitsmanagement von der Aviatik zu lernen, hat sich mittlerweile in der Medizin schweizweit durchgesetzt. Im Februar 2015 findet die erste gemeinsame Tagung des USZ mit dem Swiss Aviation Training zum Thema »Human Factors Challenges in Health Care and Aviation« statt.¹³⁰ Diskutiert werden die Gemeinsamkeiten und Risiken des Faktors Mensch in den beiden hoch spezialisierten Industrien. Immanuel Barshi von der NASA zeigt auf, wie wenig der Mensch in einem modernen Airbus A380 noch direkt entscheiden kann. »Im computergesteuerten Flugzeug trifft der Computer die Entscheidungen, der Mensch liefert per Kommunikationsmittel (Joystick« und Tastatur) lediglich Inputs.«¹³¹ Seine Ausführungen provozierten einen Teilnehmer: »Können die beiden so unterschiedlichen Branchen überhaupt etwas voneinander lernen?« Worauf Barshi antwortet: »Ich kann Ihnen nicht sagen, wie in 20 Jahren die Technologie aussehen wird, aber ich habe eine Ahnung davon, wer die Systeme sowohl in der Aviatik als auch in den Spitälern bedienen wird – Menschen. Und ja, Menschen können voneinander lernen.«¹³² Hugo Sax, Leiter der Spitalhygiene des USZ und einer der Organisatoren, fasst das einheitliche Fazit der Tagung so zusammen: Das Thema »Human Factors« ist für die Sicherheit und Qualität in ganz unterschiedlichen Bereichen zentral.¹³³

Die Herzchirurgie des USZ in den Schlagzeilen

Die Behandlung von Herzkrankheiten haben in den letzten Jahren entscheidende Entwicklungen erfahren, die medizinischen Fortschritte sind enorm. Oft muss

eine Herzkrankheit nicht mehr offen chirurgisch, sondern kann kathetertechnisch oder gar konservativ behandelt werden. Untersuchungen und Eingriffe können außerdem statt stationär zunehmend ambulant durchgeführt werden. Diese Entwicklung hat den notwendigen Strukturprozess der geplanten Zusammenführung der Herzchirurgie und der Kardiologie im USZ vorangetrieben. Für das USZ bedeutete das eine harmonisch abgestimmte Fachrichtung, fokussiert auf die bestmögliche Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Herzerkrankung und eine Anpassung an den medizinischen Fortschritt.

Ein weiterer wichtiger Schritt im Prozess erfolgte 2008 mit dem Zusammenschluss der Herzchirurgien des USZ, Kinderspitals und Stadtsitals Triemli zum Herzverbund. Der Herzchirurg Michele Genoni wird von der damaligen Gesundheitsdirektorin Verena Diener und der Bildungsdirektorin Regine Aepli in einem abgekürzten Berufungsverfahren an die Spitze der Klinik gesetzt. Genoni, damals Chefarzt der Herzchirurgie am Stadtsital Triemli, hatte in erster Linie den Auftrag, die Situation in der Herzchirurgie des USZ zu beruhigen. Als Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des USZ und zugleich Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie am Stadtsital Triemli wird er zum Vorsteher des Herzverbunds. Genoni lanciert ein Konzept zur Qualitätskontrolle von herzchirurgischen Verfahren. Die Basis dafür soll eine gemeinsam angelegte Datenbank bilden, mit der er die Qualität durch das Erfassen von Fallzahlen, Operationstechniken, Sterblichkeit und Infektionen fördern und den Vergleich der Herzchirurgien miteinander ermöglichen will. Für die Qualität ist

die enge Zusammenarbeit der Herzchirurgie und der Kardiologie als Herzteam notwendig. Zu den Teams sollen Ärzt:innen gehören, die auf Diagnostik spezialisiert sind, die Medikamente verschreiben, die mit Kathetern arbeiten und solche, die klassische Chirurgie betreiben. Laut medizinischer Fachmeinung kann nur ein solches Herzteam gemeinsam die individuell beste Therapie für die Patient:innen bestimmen. Genoni, der ab 2005 die Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des USZ leitete, erhielt jedoch weder die definitive Leitung noch den Lehrstuhl an der Universität von Marko Turina und dies, obwohl er die richtige Strategie aufgeleitet hatte.

Nach einer kurzen Übergangszeit übernahm der deutsche Herzchirurg Volkmar Falk Anfang 2009 die Leitung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am USZ. Unterdessen lancierte André Plass ein Projekt für ein visionäres Herzzentrum, um die Zusammenführung der Herzchirurgie und der Kardiologie weiter voranzutreiben. Er brachte ein Team zusammen, dem er, der Klinikdirektor Falk, der Rechtsanwalt Peter Nobel, der Berner Bauunternehmer Bruno Marrazi und der Bündner Architekt Valerio Olgiati angehörten.¹³⁴ Plass hatte mit Olgiati einen Swiss Cardiac Center in Abu Dhabi geplant; aus diesem Projektentwurf entstand eine für den Standort Zürich angepasste Version.¹³⁵ Die Initianten unterbreiteten ihre Pläne eines Hochhauses für ein Herzzentrum der Spitalleitung und der Regierung. Im visionären Projekt waren die Architektur und die Logistik harmonisch auf die ganzheitliche Diagnostik und Behandlung von Herzerkrankungen abgestimmt, in dem wiederum die Herzchirurgie und die Kardiologie miteinander verschmolzen. Aufgrund diverser po-

litischer Diskussionen kam das weit vorangeschrittene Projekt, die Auslagerung der Herz- und Gefäßmedizin in ein neues Gebäude nahe dem Prime Tower im Kreis 5, nicht zustande. Stattdessen erfolgte ein mehr hypothetisches Konstrukt eines HerzZentrums im Gebäude des USZ am bisherigen Standort.

Dieses Zentrum wird am 24. September 2013 eröffnet und von den beiden Professoren Volkmar Falk und Thomas Lüscher geleitet. Falk setzt große Hoffnungen in das neue Zentrum, in dem Kliniken und Teams verschiedener Fachrichtungen Hand in Hand zusammenarbeiten sollen. Dafür will er die Chirurgien der Zürcher Spitäler, USZ, Stadtspital Triemli und Kinderspital zusammenführen und den internen Zusammenschluss der Herzchirurgie mit der Kardiologie wie geplant umsetzen. Das gelingt ihm nicht, zu viele, meist individuelle Interessen machten dem Vorhaben einen Strich durch die Rechnung. Das HerzZentrum bestand nur auf dem Papier. Auch die Infrastruktur – außer einem Schild mit HerzZentrum Zürich – ließ keinen Ansatz eines echten Zentrums erkennen, die verschiedenen Kliniken waren an verschiedenen Standorten im Campus des USZ verteilt und arbeiteten komplett unabhängig voneinander.

Im September 2014 verlässt Volkmar Falk das USZ, um einem Ruf an die Berliner Charité zu folgen. Er begründet seinen Entscheid mit dem nicht Zustandekommen des HerzZentrums: »Die anderen Dimensionen in Berlin seien entscheidend gewesen [...] Gleichzeitig hält Falk fest, dass es »vorstellbar gewesen wäre«, dass er hier geblieben wäre, wenn in Zürich ein großes Herzzentrum zustande gekommen wäre. Das Geld habe für seine Entscheidung keine Rolle gespielt.«¹³⁶

Die Nachfolge von Falk soll ein »Starchirurg« antreten. Das USZ macht sich auf die Suche und wird mit Francesco Maisano hausintern fündig. Der Italiener arbeitet bereits seit 2013 als Leitender Arzt in der Herzchirurgie am USZ; er übernimmt sein neues Amt im Oktober 2014. Er ist zu diesem Zeitpunkt vor allem durch die Anwendung kathetertechnischer Produkte bekannt.

Die Zusammenarbeit mit Thomas Lüscher und der Kardiologie funktionierte nur bei der Umsetzung gemeinsamer, spezifischer Interessen, jedoch nicht mit dem Ziel eines Gesamtkonzepts einer Herzmedizin im Rahmen des HerzZentrums. Organisatorisch lief die Klinik für Herzchirurgie unter Maisano zunehmend aus dem Ruder. Aus diesem Grund wurde entschieden, zu dessen administrativer Unterstützung den Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie des Stadtspitals Triemli Genoni als stellvertretenden Klinikdirektor mit einem 40%-Pensum im Doppelmandat zu engagieren. In diesem Rahmen wird 2015 die »Allianz Herzchirurgie Zürich« gegründet, dessen Leiter wiederum Genoni wird. Maisano ist für die Forschung und internationale Ausstrahlung zuständig, Genoni für die Qualität. Gemeinsam sollen sie den Ruf der Herzchirurgie wiederherstellen.

Für die Qualitätssicherung ist die enge Zusammenarbeit der Herzchirurgie und der Kardiologie notwendig. Diese wird von allen Seiten gefordert, kommt aber nicht zustande. Thomas Lüscher, der bis 2017 die Kardiologie des USZ geleitet hatte, bestätigt die fehlende Zusammenarbeit und das Auseinanderdriften der Kardiologie und der Herzchirurgie nach seinem Austritt. »Es war ein Fehler, nicht viel früher auf ein gemeinsames Budget gepocht zu haben und ein Herzzentrum

zu schaffen, das diesen Namen auch ökonomisch verdient. [...] Ärztinnen beider Disziplinen müssen eng zusammenarbeiten, so, wie Maisano und ich das damals am USZ eingeführt haben.«¹³⁷ Seinen Widerspruch von »weiter auseinanderdriften« und »enger Zusammenarbeit« löst Lüscher im Interview nicht auf, hingegen macht er das strukturelle Problem mit seiner Aussage deutlich: Die Kardiologie und die Herzchirurgie arbeiteten nie zusammen, wie sie das wie geplant und im Interesse der Sicherheit hätten tun müssen. Sein Verweis auf die angeblich »enge Zusammenarbeit mit Maisano« belegt er nicht substantiell und zeigt keinen strukturellen Lösungsansatz auf höchster Ebene auf. Ein Grund dafür mag im individuellen Eigeninteresse der betroffenen Personen liegen, die eine pseudointerdisziplinäre Zusammenarbeit lebten. Wie anders könnte es zu erklären sein, dass zwei oberste Chefs den Zusammenschluss nicht schaffen, obwohl es in ihrem ureigensten Interesse gelegen hätte.

Genoni arbeitet weiter am Qualitätsproblem und will künftig die Zahlen zu den Herzoperationen landesweit genauer und besser vergleichbar machen. Die Fachgesellschaften der invasiv und akutmedizinisch tätigen Spezialärzt:innen (FMCH) unter Präsident Genoni hatten ein Register lanciert, an dem sich alle 18 herzchirurgischen Kliniken der Schweiz beteiligen sollten. Im Register sollen von jeder/jedem Patient:in rund 300 Daten erfasst werden. Laut Genoni ist das Register eine große Herausforderung, muss er doch feststellen, »dass die Datenqualität noch ungenügend sei. [...] Um zu besseren Ergebnissen und Daten zu kommen, brauche es aber unabhängige Kontrolle (Audits) – allen Problemen

zum Trotz.« – »Um die offenen Fragen zu klären und Lücken und Mängel anzugehen, beschloss die SGHC für 2017 ein System-Audit 2017. [...] Die Qualität muss von der Branche sichergestellt werden, weil nur die Ärzte in der Lage sind, sie zu beurteilen.«¹³⁸ Dennoch baut Genoni auf das Register, weil es eine deutliche Qualitätsverbesserung in der Herzchirurgie verspricht. »Sieht das System dann, dass ein Spital irgendwo ein Problem hat, wird es ihm die Gelbe Karte zeigen.« Genoni erhofft sich davon auch eine Bereinigung in seinem Fachgebiet: »18 Herzkliniken sind zu viele. Die Daten werden helfen, Zentren mit ungenügender Qualität zu schließen.« Er ist zuversichtlich, dass die Zürcher nicht dazugehören.«¹³⁹

Für die Jahre 2016 und 2017 veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Zahlen, die eine zu hohe Mortalität in der Herzchirurgie im USZ und im Stadtspital Triemli zeigen. Im März 2018 einigen sich Genoni und Maisano aufgrund der hohen Sterberate auf ein Audit¹⁴⁰ ihrer Klinik durch internationale Experten. Im »Tages-Anzeiger« erklären sie den Handlungsbedarf: »In einer ersten Besprechung hätten die Experten [Anm.: Auditoren] die fehlende Standardisierung als Hauptproblem genannt, so Genoni.«¹⁴¹ Genoni beginnt mit der Umsetzung der von den Auditoren empfohlenen qualitätssichernden Maßnahmen. Die Leistung jedes einzelnen Herzchirurgen soll regelmäßig anhand von sechs Kriterien beurteilt werden, darunter die Mortalität, der Blutverbrauch und die Infektionsrate, und einzelne Oberärzt:innen dürfen nicht mehr allein operieren, sondern müssen nochmals trainiert werden. Unter seiner Ägide vermindert sich die Anzahl der Infektionen. Damit ist ihm ein wichtiger Erfolg gelungen, das Qualitäts-

problem aber noch nicht gelöst. Auch erste Resultate, die in den Monaten Januar und Februar 2019 vorliegen, lassen die Hoffnung im USZ wachsen. Die Sterberate sei sowohl im USZ als auch im Triemli deutlich zurückgegangen. Nachhaltige Zweifel bleiben bestehen; intern heißt es, ob die Verbesserung nachhaltig sei, müsse sich erst noch zeigen, zumal offenbar die empfohlenen Maßnahmen nicht vollständig umgesetzt wurden.

Im Juli 2019 verlässt Genoni überraschend das USZ, das Qualitätsproblem bleibt. Gemäß USZ hat er die »Allianz Herzchirurgie Zürich« in den vergangenen Jahren mit großem persönlichen Einsatz sehr erfolgreich aufgebaut.¹⁴² Genoni wolle sich vermehrt der Qualitätssicherung in der Medizin widmen, lautet die offizielle Begründung des USZ; Genoni äußerte sich dazu nicht. Sein Austritt kommt zu einem denkbar ungünstigen Zeitpunkt. Offiziell tritt Maisano dessen Nachfolge an und ist fortan auch für die Qualitätssicherung verantwortlich.

Francesco Maisano obliegt es seit seinem Antritt als Chefarzt, das USZ nach außen zu vertreten, in der schweizerischen Herzchirurgie neu zu positionieren und ihr die internationale Anerkennung zurückzubringen. Schon im September 2016 erregt er mit einem neuartigen kathetertechnischen Herzklappeneingriff großes öffentliches Aufsehen. Erstmals hatten er und sein engstes Team die Trikuspidalklappe mit dem Herzklappen-Device »Cardioband Tricuspid« behandelt. In einer Medienmitteilung titelt das USZ: »Weltpremiere: Herzteam des UniversitätsSpitals Zürich führt erstmals neuen Eingriff an einer Herzklappe durch«.¹⁴³ In Wahrheit misslang die Operation, Maisano verheimlichte den Misserfolg und stellte den Eingriff beschönigend dar.¹⁴⁴ Das hatte vorerst

keine Konsequenzen, sondern erst, als die Verfehlungen Ende 2019 der Spitaldirektion gemeldet wurden.

Chefarzt Maisano wurde intern und extern wegen der Operations- und Behandlungsqualität wiederholt kritisiert. Deshalb veranlasste er Ende Oktober 2019 ein Audit. Dieses zeigte deutliche Qualitätsmängel, löste jedoch keine einschneidenden Konsequenzen aus. Erst als die Situation eskalierte, wurde er zuerst beurlaubt, dann freigestellt, ihm der Zugriff auf das interne System untersagt; Ende Juli 2020 wurde er seines Amtes enthoben. Die Spitaldirektion und der Spitalrat des USZ versuchten, die Situation an der Klinik für Herzchirurgie mit einem Befreiungsschlag zu beruhigen und trennten sich im September in »gegenseitigem Einvernehmen« von Maisano: »Mit Prof. Maisano verfügte das USZ über einen hervorragenden, international anerkannten Chirurgen und eine innovative Persönlichkeit.«¹⁴⁵

Während die Direktion und der Spitalrat die gegen Maisano gerichtete Medienkampagne bedauerten,¹⁴⁶ hatten die Untersuchungen dessen schwerste Verfehlungen bereits bestätigt.

Die politische Verantwortung

Der Kantonsrat des Kantons Zürich – das Parlament – übt die gesetzlich festgelegte Oberaufsicht über das USZ aus; der Regierungsrat ist mit der Aufsicht betraut.¹⁴⁷ Der Spitalrat steht dem USZ vor und besteht aus sieben Mitgliedern, die vom Regierungsrat gewählt und vom Kantonsrat bestätigt werden. Die Universität Zürich und die kantonale Gesundheitsdirektion delegieren je ein Mitglied ohne Stimmrecht in den Spitalrat.