

Universität - Medizinische Fakultät - Betriebsmanagement : wer soll das Universitätsspital führen?

Autor(en): **Bossi, Emilio**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin / Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten =
Association Suisse des Professeurs d'Université**

Band (Jahr): **30 (2004)**

Heft 4

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-894295>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Gerade in der heutigen Welt mit ihrem fast unlimitierten Zugang zu Informationen und damit Gefahr der Missinformation, kommt dem ärztlichen Gespräch und der Fähigkeit, auf den Patienten einzugehen, ein zentraler Stellenwert zu.

Von den Auswirkungen der Arbeitszeitregulation, der finanziellen Rahmenbedingung der Spitäler, Spitalschliessungen, der Dokumentationsverpflichtungen seitens der Kostenträger wird auch der Alltag des Chirurgen nicht verschont. In zunehmendem Masse prägen wirtschaftliche Überlegungen, Fragen der Effizienzsteigerung, Rationalisierungsprozesse oder gar Rationierungsaspekte unsere klinischen Entscheidungsprozesse. Wir laufen damit Gefahr, den Aspekten der Individualmedizin nur noch ungenügend Beachtung schenken zu können und unter Druck von Politik und Gesellschaft unsere Bestrebungen auf eine institutionalisierte Medizin auszurichten zu müssen. In diesem Rahmen fusst ärztliches Handeln auf standardisierten Behandlungsalgorithmen, welche medizinisch, ökonomisch und gesellschaftlich akzeptiert sind, während Gefahr droht, dass der Freiraum für individuelles Handeln mühsam erkämpft werden muss.

In diesem Rahmen gewinnen ethische Fragen an Bedeutung und der Diskurs darüber, welches Verfahren und welche Limiten in einer bestimmten Situation angemessen sind, verlangt von allen Beteiligten die Bereitschaft zu Offenheit, Objektivität und Engagement. Auch der Umgang mit Fehlern, die Wechselwirkungen zwischen Medien und Medizin und die Interaktionen zwischen Administration und Medizin sind Themenkreise, die das chirurgische aktuelle Umfeld zunehmend prägen und eine intensive Auseinandersetzung unter den Akteuren unabdingbar machen.

Fazit

Obwohl die Chirurgie heute ein allgemein akzeptiertes Fach der modernen Medizin darstellt und die Erfolgsraten chirurgischer Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert wurden, erwarten uns zahlreiche neue Herausforderung, welche sich bei weitem nicht nur auf biologisch-medizinische Zusammenhänge reduzieren lassen. Diesen Herausforderungen mit Innovationsvermögen und Perspektive für das Ganze gerecht zu werden, ohne den privilegierten Stellenwert der Arzt - Patientenbeziehung zu kompromittieren, macht die Ausübung unseres Berufes gerade im universitären Umfeld zu einer der spannendsten und faszinierendsten Aufgaben überhaupt.

Der an dieser Stelle vorgesehene Beitrag von Thomas F. Lüscher lag uns bei der Drucklegung dieses Hefts leider noch nicht vor. Wir bedauern dies und hoffen ihn in einer der nächsten Nummern noch nachträglich veröffentlichen zu können.

Universität - Medizinische Fakultät - Betriebsmanagement: wer soll das Universitätsspital führen?

Prof. emeritus Dr. med. Emilio Bossi, Dekan der medizinischen Fakultät Bern von 1999 bis 2004

In der Führung von Universitätsspitalern kommen zwei Welten zusammen: diejenige der Medizinischen Fakultäten und diejenige des Spitalmanagements. Für die Kernkompetenzen des Universitätsspitals (ärztliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, Ausbildung von Medizinstudierenden und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zu Fachärzten sowie klinische Forschung und die damit einhergehende Grundlagenforschung) ist die Medizinische Fakultät zuständig, vertreten durch die Professoren in ihrer Doppelfunktion als Chefärzte und akademische Lehrer und Forscher. Das Spitalmanagement ist dafür verantwortlich, dass die Erfüllung dieser hochkomplexen Aufgaben ermöglicht wird. Nur eine gemeinsame Führung des Universitätsspitals durch Fakultät und Management kann zum Erfolg führen. Die Universität ist zu weit von den Sachgeschäften entfernt, als dass sie hierbei eine wesentliche Rolle übernehmen könnte.

Koordination und Kooperation der fünf medizinischen Universitätszentren der Schweiz sind unumgänglich. Spitzenmedizinische Dienstleistung und die mit ihr direkt einhergehende Forschung sind letztlich zentral zu koordinieren. Soll diese Koordination erfolgreich sein, müssen auch hier die diesbezüglichen Modelle von den im Detail Sachverständigen ausgearbeitet, vorgeschlagen und gesteuert werden, also gemeinsam von den Medizinischen Fakultäten und den Managements der Universitätsspitäler. Eine dirigistisch verordnete Koordination von Forschung und Lehre würde hingegen nicht zu Einsparungen, sondern zur Verflachung des akademischen Angebotes führen.

Um eine effiziente Erfüllung der Aufgaben der Universitätsspitäler zu ermöglichen, plädiert also der Autor für eine gemeinsame Führung durch die Medizinischen Fakultäten und die Spital-Managements. Dazu bedürfen die Medizinischen Fakultäten einer besonderen Autonomie gegenüber ihrer Universität, nicht aber einer Loslösung von derselben im Sinne der nordamerikanischen Medical Schools. Die Fakultätsmitglieder müssen die Bereitschaft aufbringen, das Spitalmanagement als ebenbürtigen Partner anzuerkennen. Die Exponenten des Managements müssen akzeptieren, dass die Fakultät für die Kernkompetenzen des Spitals zuständig ist.

Um die im Titel gestellte Frage zu beantworten sollen zunächst die **Aufgaben** der genannten Institutionen betrachtet werden.

Die *Universität* ist für die Vermittlung der wissenschaftlichen Grundlagen des Arztberufes zuständig, sowie für die Aus- und Weiterbildung derjenigen Personen, die sich nebst ihrer ärztlichen Tätigkeit oder ausschliesslich mit biomedizinischer Forschung beschäftigen werden.

Die *Medizinische Fakultät* vermittelt den Studierenden die wissenschaftlichen Kenntnisse, leitet sie an beim Erwerb fundamentaler beruflicher Fertigkeiten und schult ihre integrativen Fähigkeiten. Den Grossteil ihrer Studierenden bereitet sie somit für die Weiterbildung zur Fachärztin, zum Facharzt vor, einen kleineren Teil für eine Forschungstätigkeit.

Das *Management des Universitätsspitals* ist für die Strukturen und Prozesse verantwortlich, welche für die Betreuung der Patientinnen und Patienten notwendig sind. Es stellt die Patienten, die ihre Einwilligung geben, für den Unterricht und für Forschungszwecke zur Verfügung und ermöglicht die Anwendung der sich ergebenden Erkenntnisse zum Wohl aller Patienten.

Letztlich konvergieren die Aufgaben der drei Institutionen am Universitätsspital auf ein- und dasselbe Ziel: den Patientinnen und Patienten*) die bestmögliche ärztliche Betreuung zukommen zu lassen.

Diese konvergierende Harmonie entfaltet sich aber in Wirklichkeit nur partiell. Eine detailliertere Beschreibung der Interna des Spitalalltages zeigt weshalb.

Die Frage

Wer soll im Spital das Sagen haben?

stellt sich immer wieder an allen Universitätsspitalern. (Wer denkt, die Frage sei deplatziert oder falsch gestellt, verkennt die Eigenheiten des menschlichen Wesens. Anschauungsunterricht könnte die Lektüre von Molière bieten).

Soll "das Universitätsspital", das heisst dessen betriebswirtschaftliches Management, das Sagen haben?

Wie selbstbewusst das betriebswirtschaftliche Management in den vergangenen Jahren sich selber Ansehen verpasst hat, zeigt seine Entwicklung von einer Verwaltung zu einer Direktion, vom Verwalter zum Direktor. Doch es braucht im Führungsgremium eines Universitätsspitals heute tatsächlich betriebswirtschaftliche Professionalität. Das Berner Universitätsspital (Inselspital) z.B. beschäftigt 6000 Personen, hatte im Jahr 2003 einen Betriebsaufwand von 710 Millionen Franken, einen fakturierten Ertrag von 405 Millionen, erhielt für Lehre und Forschung von der kantonalen Erziehungsdirektion via Universität 95 Millionen und benötigte demnach eine Defizitdeckung durch die kantonale Gesundheitsdirektion von 210 Millionen Franken.

*) Der besseren Lesbarkeit wegen wird in diesem Artikel jeweils nur die männliche Form verwendet werden.

Wer könnte und wollte in einem solchen Kontext bloss "Verwalter" sein? Welche aber sind die Kernkompetenzen eines Universitätsspitals? Es sind dies die tertiärmedizinische Betreuung der Patienten und die Weiterentwicklung der medizinischen Forschung also vorwiegend ärztliche Kompetenzen.

Soll demnach die Medizinische Fakultät das Sagen haben?

Im Spital ist sie durch die Professoren vertreten, die gleichzeitig Chefärzte sind. Für den Hauptanteil der Kernkompetenzen sind tatsächlich diese Fakultätsmitglieder zuständig. Wird eine hochspezialisierte Behandlung notwendig, vertraut sich der Patient dem Professor XY an, sein Arzt weist ihn dem Professor XY zu. Die Professoren sind als Chefärzte für den Ruf des Spitals zuständig. Also soll die Fakultät sagen, wois durchgeht. Die Sache hat aber mindestens einen Haken. Die Ausübung der Chefarztfunktion, welche den Grossteil der Arbeitszeit beansprucht, ist eine ärztliche Funktion, die wohl auf einer akademischen Basis beruht, aber viel mehr an ein spezifisches medizinisches Fachgebiet geknüpft ist als an die Fakultät (geschweige denn an die Universität). Zudem sind beispielsweise in Bern die ordentlichen und ausserordentlichen Professoren in ihrer Funktion als Chefärzte der Spitaldirektion unterstellt, diese der Gesundheitsdirektion (und dem Verwaltungsrat des Inselspitals, was als lokales Spezifikum nicht weiter erläutert werden soll). Als ordentlicher Professor ist der Chefarzt der Universität und damit der Erziehungsdirektion unterstellt. Dasselbe gilt grundsätzlich auch für die anderen medizinischen Fakultäten der Schweiz. Einzig in Basel ist die Situation etwas anders, soll aber im gleichen Sinne abgeändert werden. Als Chefarzt sind also die Banden zur Fakultät gering, als Professor zum Spitalmanagement schwach. Wie soll hier die Fakultät das Sagen haben?

Soll die Universität am Universitätsspital das Sagen haben?

Die Frage ist rhetorisch. Hier liegt aber ein Problem für das Selbstverständnis der Universität in ihrer Beziehung zur Medizinischen Fakultät. Einerseits beansprucht diese Fakultät zwischen 40 und 50 % des Gesamtaufwandes der Universität, bildet jedoch weniger als 20 % ihrer Studierenden aus (Berner Zahlen 2003). Sie stellt also für die Universität eine bedeutende finanzielle Belastung dar. Andererseits ist die Bedeutung der Universität in der Medizinischen Fakultät beschränkt. Im Grundfächerstudium und in der Forschung nimmt sie zwar mit dem Einfluss und den Beiträgen anderer Fakultäten eine bedeutende Stellung ein. Vor allem mit der philosophisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, aber auch mit Teilgebieten anderer Fakultäten (z.B. Ökonomie, Ethik, Psychologie, Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften). Die Universität hat aber mit der Schlussbeurteilung der Medizinstudierenden nichts zu tun. Das Staatsexamen ist eidgenössisch, wird vom Bundesamt für Gesundheit verantwortet und von der Fakultät durchgeführt. Das Arztdiplom wird vom Bund verliehen, nicht von der Universität. Die Sache wird für den Einfluss der Universität noch schlimmer: neuerdings berechtigt der erfolgreiche Abschluss des Studiums mit dem Staatsexamen nicht mehr zur eigenständigen Ausübung des Arztberufes, sondern nur mehr zur Weiterbildung zum Facharzt unter Anleitung. Die Weiterbildung erfolgt teilweise am Universitätsspital, auf die Weiterbildungsprogramme hat die Universität jedoch keinen Einfluss. Wohl werden diese im Rahmen der Fachgesellschaften zu einem beträchtlichen Teil durch Fakultätsmitglieder mitgestaltet, aber vorwiegend in ihrer Funktion als Chefärzte.

Die eigentliche Schlussbeurteilung der ärztlichen Ausbildung erfolgt durch das Facharztexamen, welches Jahre nach dem Universitätsabschluss stattfindet und gleichzeitig die Beurteilung der Weiterbildung beinhaltet. Auch dieses Examen ist eidgenössisch, dessen Verantwortung wurde an die FMH, seine Gestaltung, Durchführung und Beurteilung an die einzelnen Fachgesellschaften delegiert. Einzig die Dissertation bleibt in universitärer Hand. Sie wird aber neuerdings für die Erlangung des Facharzttitels nicht mehr verlangt, ist folglich optional. Der Einfluss der Universität am Universitätsspital ist also nur mehr dadurch gegeben, dass es nach wie vor Forschungsleistungen sind, welche den akademischen Karriereaufstieg ermöglichen.

Die Beantwortung der gestellten Frage nach dem optimalen Führungsgremium eines Universitätsspitals ist also eigentlich klarste aber oder muss immer noch hart erkämpft werden: nur eine gemeinsame Führung eines Universitätsspitals durch das betriebswirtschaftliche Management und durch die Medizinische Fakultät kann erfolgreich sein

Was die Fakultätsmitglieder anbetrifft, müssen diese eine Vertretung sowohl der Chefärzte (Dienstleistung am Patienten) als auch der Professoren (Forschung, Lehre) in der Spitalleitung gewährleisten. Besser als eine Personalunion wäre der Einsitz zweier Fakultätsmitglieder, eines Chefarztes mit Schwergewicht Dienstleistung und eines Chefarztes oder eines klinisch bewanderten nicht (mehr) Chefarztes mit Schwergewicht Lehre und Forschung. (Eventuelle weitere Spitalleitungsmitglieder aus anderen Bereichen wie z. B. der Pflege sollen hier nicht besprochen werden).

Eine weitere Erkenntnis aus der obigen Auslegeordnung ist ebenfalls banal, ihre Nichtbeachtung aber immer wieder Ursache von Konflikten: auch die erfolgreiche Führung eines Universitätsspitals ist letztlich von den einzelnen Persönlichkeiten abhängig, welche die Spitalleitung ausmachen.

Dies bedingt eine besondere Aufmerksamkeit der wahlvorbereitenden Gremien im heiklen Bereich der Persönlichkeitsbeurteilung. Für die Wahl eines Ordinarius / einer Ordinaria in der klinischen Medizin ist wohl hervorragendes fachliches Können Grundbedingung, bleibt der Forschungsnachweis von hochrangiger Bedeutung, ist genuines Interesse an der Lehre erforderlich. In einem derart vernetzten und für Kooperation prädestinierten Gebilde wie einem Universitätsspital sind aber - bei allem Einsatz für das eigene Fachgebiet - die Bereitschaft, das Wohl des Gesamtsitals anzustreben sowie Solidarität unabdingbare Persönlichkeitsmerkmale. Die Anforderungen an einen klinischen Ordinarius bedingen, dass die Federführung für das Erarbeiten einer solchen Wahl bei der Fakultät liegt, allerdings unter Mitbeteiligung des Spitalmanagements. Uneinigkeiten sind zu beheben, bevor die höheren Instanzen, die zu weit von den Sachgeschäften entfernt sind, dies zu tun versuchen. Grundsätzlich könnte auch die separate Wahl eines Chefarztes und eines Professors erwogen werden. Dies aber würde dem Ziel einer Verflechtung zu einer gemeinsamen Führung widersprechen und Dienstleistung, Lehre und Forschung voneinander trennen. Alle drei befruchten sich jedoch gegenseitig. Jede einzelne von ihnen vermag sich nur in einer Einheit mit den beiden anderen zu entfalten.

Eine weitere Schlussfolgerung aus dem Gesagten ist, dass die Universitäten auf den klinischen Teil ihrer Medizinischen Fakultäten in Bezug auf deren tägliche Arbeit an den Universitäts- und anderen Lehrspitalern praktisch keinen Einfluss haben

Bedeutet dies, dass sich die Medizinischen Fakultäten zu Medical Schools nach nordamerikanischem Muster verwandeln sollen? Nein. Dies ist beim schweizerischen Schulsystem nicht denkbar und aufgrund der modernen Reformen des Medizinstudiums nicht erwünscht. Die amerikanischen Studierenden gelangen in die Medical Schools mit einer soliden naturwissenschaftlichen Grundausbildung, die sie in den Colleges erworben haben. Unsere Studierenden müssen sich diese an der Universität aneignen. Zudem erfordert die Reform des Medizinstudiums an den Schweizer Universitäten aufgrund des problemorientierten Unterrichtes, dass die Inhalte der Grundfächer vermehrt aufgrund reeller medizinischer Problemstellungen vermittelt werden. ("Medikalisierung" des Grundstudiums). Wir erachten dies aufgrund der enorm gestiegenen Wissensinhalte in der Medizin als notwendig: Vorwiegendes Memorisieren schafft keine brauchbaren Ärztinnen und Ärzte. Fachspezifische Problemlösung muss früh vorgelebt und geübt werden, soll sie nachhaltig sein. Grundstudium ("Vorklinik", universitärer Natur) und Fachstudium ("Klinik", spezifisch fakultär) dürfen keinesfalls voneinander getrennt werden, indem beispielsweise das Grundstudium, von der Medizin abgekoppelt, an den philosophisch-naturwissenschaftlichen Fakultäten oder an den ETHs stattfindet.

Dabei ginge auch der medizinbezogene Beitrag der anderen Fakultäten verloren. Dass es die Universität ist, welche innerhalb ihrer Budgetmöglichkeiten der Medizinischen Fakultät die Finanzen zur Verfügung stellt und in diesem Sinn auch auf deren klinischen Teil Einfluss nimmt, bleibt unbestritten. Die Universitäten müssen sich aber bewusst sein, dass sie nur mit einer Medizinischen Fakultät, welche das gesamte Curriculum anbietet, eine Volluniversität sind und dass die Medizinischen Fakultäten teuer bleiben werden.

Gesamtschweizerische Perspektive: Kollaboration zwischen den fünf Universitätsspitalern und Medizinischen Fakultäten.

Bisher wurde die eine Seite der Problematik diskutiert, die lokale. Aufgrund der staatlichen Finanzknappheit muss jedoch die Zusammenarbeit von Fakultät und Management des Universitätsspitals auch aus der gesamtschweizerischen Perspektive betrachtet werden. Man will (und muss) sparen.

Dass dabei alle Sparten des öffentlichen Lebens ihren Anteil leisten müssen, ist einsehbar. Wo aber sind in der Medizin substantielle Einsparungen staatlichen Geldes zu erwarten? Und welche Nachteile sollen/können dabei in Kauf genommen werden?

Ein Blick auf die Berner Finanzdaten zeigt, dass die grösseren Summen im hier diskutierten Bereich von ärztlicher Ausbildung und Universitätsspitalmedizin in der Dienstleistung eingesetzt werden. Das Inselspital hat im Jahr 2003 einen Betriebsaufwand von 710 Millionen aufgewiesen, die Medizinische Fakultät kostete die Berner Universität 184 Millionen Franken.

Substantielle Einsparungen wären also im Dienstleistungsbereich zu erzielen. Dieser ist aber, wie im ersten Teil dieses Artikels aufgezeigt, untrennbar mit dem Bereich von Lehre und Forschung verbunden. Sparbemühungen müssen deshalb gleichzeitig alle Bereiche der Universitätsspitäler anvisieren. Wer sich also spezifisch auf die spitzenmedizinischen Dienstleistungen oder auf die Medizinischen Fakultäten einschiesst, fügt dem Gesamtsystem nur Schaden zu, weil Einschränkungen auf der einen Seite ohne Planung ihrer Folgen auf die andere Seite die erforderliche Balance zwangsläufig zerstören. Unilaterale Sparbemühungen sind auch aus einem anderen Grund verfehlt. Es wird nie gelingen können, an den Universitätsspitalern die Kosten von Lehre und Forschung von denjenigen der Dienstleistung klar zu trennen. Sie können approximiert werden und müssen dies auch, damit die Medizinischen Fakultäten die finanziellen Mittel leistungsgerecht auf ihre Institute und Kliniken verteilen können. Verbleiben wird aber immer der nicht bezifferbare Anteil an Overhead- und Opportunitätskosten. (Opportunitätskosten: zusätzliche Kosten, welche dem Universitätsspital in der Dienstleistung erwachsen oder Einnahmen, die ihm entgehen, weil die Dienstleistung mit Aus- und Weiterbildungsaufgaben einhergeht).

Es ist nun keineswegs so, dass die fünf Fakultäten und Universitätsspitäler der Schweiz nicht von selbst Anstrengungen unternähmen, um untereinander eine qualitativ vertretbare Koordination/Kooperation zu fördern, und dass ihnen deshalb nur von aussen Zusammenarbeitsmodelle diktiert werden müssten. Die im Jahre 1999 erfolgte Gründung des "*Collège des Doyens*" der Medizinischen Fakultäten bildet einen positiven Anfang. Gewiss hat er noch keine finanziellen Einsparungen gebracht. Eine Koordination und eine Kooperation haben jedoch stattgefunden: es ist ein gemeinsamer, gesamtschweizerischer Lernzielkatalog entstanden. Zudem wurden für das Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung der Schweizerischen Hochschulen die Akkreditierungsrichtlinien für Medizinische Fakultäten ausgearbeitet. Dies ist bei unserer föderalistischen Denkweise in der Schweiz ein nicht zu unterschätzender Fortschritt. Vielversprechend ist die sogenannte "Groupe des Quinze", die sich ebenfalls 1999 selber konstituiert hat. Diese Gruppe besteht aus den fünf Medizinischen Dekanen, den fünf Direktionspräsidenten/präsidentinnen und den fünf ärztlichen Direktoren der Universitätsspitäler. Hier sind also die Medizinischen Fakultäten und die Spitalmanagements vertreten. Die Groupe des Quinze hat als Ziel, die Leistungserbringung der fünf Universitätsspitäler der Schweiz zu koordinieren. Sie hat als erstes ein Modell für die Aufteilung von Transplantationen in der Schweiz erarbeitet, welches von den fünf Gesundheitsdirektoren der Universitätskantone unterstützt wird und der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz übergeben wurde. Die Gruppe nimmt heute einen festen Platz in der Gesundheitspolitik der Schweiz ein.

Bekanntlich sind auf eidgenössischer Ebene Bestrebungen im Gange, Strukturen und Organisation der universitären Medizin zu reformieren. Herr Staatssekretär Kleiber hat etliche Probleme der Zusammenarbeit zwischen dem Spitalmanagement und den Medizinischen Fakultäten erkannt. Er hat auch den Begriff "Centres hospitalo-universitaires" (CHU) geprägt, der die enge Zusammenarbeit Fakultät-Management treffend wiedergibt. Seine spezifischen Lösungsvorschläge sind jedoch nicht erfolgversprechend. So stellt er neben dem jetzigen Modell einer in der Universität integrierten Medizinischen Fakultät, welche dem CHU mit einer Leistungsvereinbarung Lehr- und Forschungsaufträge erteilt, ein Modell, in welchem die Medizinische Fakultät im CHU integriert ist, wobei dieses von einem Professor der Medizinischen Fakultät geleitet wird, der gleichzeitig entweder Dekan oder Vizerektor ist. Aufgrund seiner Insider-Erfahrungen glaubt der Schreiber nicht an die Existenz derartiger Leonardi da Vinci der universitären Medizinszene.

Herr Kleiber schlägt auch vor, anstatt fünf Medizinische Fakultäten und Universitätsspitäler nur mehr drei CHU zu führen (Genf/Lausanne, Basel/Bern, Zürich). Dies aber hätte vor allem gewichtige Nachteile: drei Führungsstrukturen für fünf Standorte erschweren die Entscheidungswege wie die Umsetzungsmassnahmen und verwischen die Trägerschaftsverhältnisse. Eine Clusterbildung Basel/Bern, Genf/Lausanne, Zürich erschwert ein gesamtschweizerisches Vorgehen, welches für eine echte Verbesserung von Kooperation und Koordination unabdingbar ist.

Fusionen von Fakultäten würden die Anzahl Studierende pro Fakultät erhöhen, was zu einer bedeutenden Qualitätseinbusse des Unterrichtes führt und den bereits weit fortgeschrittenen curricularen Reformbemühungen diametral entgegensteht. (Eine Reduktion der Anzahl Medizinstudierender wäre beim Ärztemangel, der sich abzeichnet, nicht verantwortbar). Zudem ist unklar, wie man sich die Zuordnung dieser Mammutfakultäten zu einer Universität vorstellt. Dem Modell von Herrn Kleiber sind fünf autonome, koordinierte und kooperierende universitäre Spitalzentren klar vorzuziehen.

Staatssekretär Kleiber schwebt auch eine zentrale, nationale Koordination vor. Für spitzenmedizinische Dienstleistungen und für die mit ihnen einhergehende Forschung wird eine solche unumgänglich sein. Diese müsste jedoch mit einem entsprechenden Finanzierungsmodell einhergehen und wäre mittels "incentives" und keineswegs dirigistisch zu gestalten. Es müsste gewährleistet sein, dass die Steuerung durch ein Fachgremium aus universitären Ärzten und aus Spitalmanagement-Vertretern der Universitätsspitäler erfolgt, in welchem auch die Politik vertreten ist, aber höchstens paritätisch. Eine von einer zentralen Instanz verordnete Koordination von Lehre oder von Forschung ist abzulehnen. Sie würde im Gegensatz zu ihrem möglichen Effekt auf die hochspezialisierte Dienstleistung nicht zu Einsparungen führen, sondern zu einer Verflachung des akademischen Angebotes.

Fazit: Von oben aufgezwungene Strukturen und Prozesse für die Zusammenarbeit von Medizinischen Fakultäten und Management der Universitätsspitäler haben auch im nationalen Rahmen weit geringere Aussichten, hilfreich zu sein als Kooperations- und Koordinationsmodelle, die von den Fakultäten und Spitalmanagements selber erarbeitet und implementiert werden.

Dies bedingt, dass die bisher bezüglich Zusammenarbeit gezeigten Fortschritte erhalten und weiter ausgebaut werden. Sollten diese Bemühungen nachlassen, wird die Politik eine ungünstige dirigistische Haltung einnehmen (müssen). Um eine zentrale Koordination spitzenmedizinischer Teilgebiete und der mit ihnen einhergehenden Forschung wird man nicht herkommen. Auch hier liegt es aber an den Trägern der "Centres hospitalo-universitaires", den Medizinischen Fakultäten und Spitalmanagements, gemeinsam die Vorschläge für die Bezeichnung der entsprechenden Gebiete und für deren Aufteilung auszuarbeiten.

Semesterberichte / rapports semestriels Sommersemester / semestre d'été 2004

Universität Basel

Georg Kreis

Semesterberichte geraten heutzutage leicht zu Berichten über Finanzierungslücken, Posterioritäten und Funktionsverzichte und - diese ergänzend - zu Berichten über mehr oder weniger wissenschaftliche Kompensationsstrategien, etwa, nach der Gründung der Kinderuniversität die erstmalige Durchführung einer "Uninacht" (18. Juni 2004) mit rund 200 Vorträgen, Ausstellungen, Podien etc. Doch zur (finanziellen) Realität: Die Jahresrechnung 2003 mit ihrem Volumen von rund 360 Mio. Franken konnte noch ausgeglichen abgeschlossen werden, sogar mit einem kleinen Überschuss von 21'000 Franken! Im Budget 2004 wurden jedoch einschneidende Massnahmen für unvermeidlich erachtet: die Kürzung aller Personalbudgets um 3 Prozent, der Verzicht auf Teuerungszulagen ab Lohnklasse 12, Verzicht auf einen Teil der geplanten neuen Projekte in der Höhe von über 5 Mio. Franken und schliesslich die inzwischen (am 8. April 2004) vom Bundesgericht bestätigte Erhöhung der Semestergebühren von 600 auf 700 Franken.