

Flächenbedarfsplanung für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin – Spezifika und Herausforderungen

6

Obwohl HIS-HE schon seit Jahrzehnten bauliche Entwicklungsplanungen für komplette Hochschulstandorte durchführt, blieben die Medizinischen Fakultäten lange Zeit unberücksichtigt. Seit Mitte der 2000er Jahre ist HIS-HE auch in der Flächenbedarfsplanung für die Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin aktiv und hat eine anerkannte Expertise in diesem Feld erworben. Grund genug, uns in dieser Ausgabe des Magazins für Hochschulentwicklung mit den Besonderheiten der Hochschulmedizin im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen, vor allem aber mit der Frage, welche Auswirkungen diese auf die Flächenbedarfsplanung haben, auseinanderzusetzen.

HIS-HE hat in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Fragestellungen im Bereich der Hochschulmedizin bearbeitet. Insbesondere seit der im Jahr 2007 für die Universitätsmedizin Erlangen durchgeführten baulichen Entwicklungsplanung ist ein deutlich gesteigertes Interesse an Unterstützungsleistungen durch HIS-HE in baulichen Fragestellungen der Hochschulmedizin festzustellen. Zuletzt hat HIS-HE Flächenbedarfsplanungen für die Standorte in Würzburg (2016), Erlangen und Hannover (beide 2016/17) vorgelegt. Derzeit unterstützt HIS-HE die Universitäten Bielefeld und Oldenburg beim Auf- und Ausbau Medizinischer Fakultäten und kann hierbei auch auf Erfahrungen zurückgreifen, die in den Jahren 2014 und 2015 während der Gründung der Medizinischen Fakultät Augsburg – ebenfalls von HIS-HE begleitet – gesammelt wurden. Doch worin genau bestehen die spezifischen Herausforderungen bei der Flächenplanung für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin?

Abgrenzung der Krankenversorgung von Forschung und Lehre

Eine der augenfälligsten Besonderheiten ist die Koexistenz der zentralen Aufgabenfelder Forschung, Lehre und Krankenversorgung. An den bundesweit 39 Medizinischen Fakultäten waren im Wintersemester 2016 rund 92.000 Studierende der Humanmedizin und 15.000 Studierende der Zahnmedizin immatrikuliert¹. Mehr als 242.000 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler waren im selben Jahr in Forschung und Lehre aktiv². Doch in der Hochschulmedizin wird nicht nur geforscht und gelehrt, sondern auch untersucht, geheilt und gepflegt: Rund 1,8 Mio. Patienten pro Jahr versorgen die 33

deutschen Universitätsklinika stationär, weitere 6,4 Mio. Patienten ambulant³.

Als unabhängiges Kompetenzzentrum der 16 Bundesländer liegt die Kernaufgabe von HIS-HE in der Planungshilfe für Bau, Nutzung und Organisation von Hochschul-, Forschungs- und Bildungseinrichtungen im Bereich Forschung und Lehre – die Krankenversorgung findet hingegen keine Berücksichtigung. Hintergrund dieser Abgrenzung ist u. a., dass die Finanzierung der Krankenversorgung durch die Krankenkassen und weitere Sozialversicherungsträger erfolgt, während die Bereiche Forschung und Lehre aus Landesbeihilfen und eingeworbenen Drittmitteln finanziert werden.

Die Herausforderung bei Flächenbedarfsplanungen in der Hochschulmedizin besteht demnach darin, die Tätigkeitsspektren Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits sinnvoll voneinander abzugrenzen. Methodisch erfolgt dies durch die buchhalterische Trennung der Budgets für Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung. Diese „Trennungsrechnung“ bezieht sich neben den Flächen auch auf das Personal, das die wichtigste bedarfsauslösende Größe im Bereich der Forschung darstellt. Das schwerpunktmäßig in der Forschung tätige Personal ist Gegenstand der Flächenbedarfsplanung, während für das überwiegend oder ausschließlich in der Krankenversorgung tätige Personal keine Flächenbedarfe bemessen werden.

Auch für die Lehrflächenbedarfsermittlung ist die Abgrenzung relevant, da die Studierenden sowohl in „klassischen“ Lehrräumen wie Hörsälen, Seminarräumen oder Mikroskopiersälen, als auch auf Flächen der Krankenversorgung ausgebildet werden. Während HIS-HE für die dedizierten Lehrflächen einen Bedarf anhand der Studierendenzahlen

1 Quelle: GENESIS Online-Datenbank des Statistischen Bundesamtes.

2 Quelle: GENESIS Online-Datenbank des Statistischen Bundesamtes.

3 vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Online unter: <https://www.uniklinika.de/die-deutschen-universitaetsklinika/zahlen-und-fakten/>.

und der curricularen Lehrveranstaltungen ermittelt, entsteht durch die unmittelbar patientenbezogene Lehre kein zusätzlicher Lehrflächenbedarf. Dieses Zusatzflächenprinzip lässt sich am Beispiel der Praktika am Krankenbett erläutern: Die Teilnahme von Studierenden in Kleingruppen an der klinischen Visite ist zwar Bestandteil der Lehre, findet aber im Rahmen und auf Flächen der Krankenversorgung statt und führt daher nicht zu zusätzlichem Flächenbedarf. Dagegen dienen Vor- und Nachbesprechungen der klinischen Visite zwischen Dozierenden und Studierenden ausschließlich der Ausbildung. Die hierfür erforderlichen Flächen sind in einem regulären Krankenhaus nicht zu finden und folglich als Zusatzflächen für die Lehre zu berücksichtigen.

Kooperationsmodell oder Integrationsmodell?

Die Umsetzung der Trennungsrechnung hängt unter anderem auch von dem jeweiligen Organisationsmodell der hochschulmedizinischen Einrichtungen ab. Hier kann zwischen dem Kooperationsmodell und dem Integrationsmodell unterschieden werden, die in den Bundesländern in unterschiedlicher Ausprägung zur Anwendung kommen⁴.

Im Kooperationsmodell werden die Aufgaben in Forschung und Lehre (Medizinische Fakultät/Universität) sowie in Krankenversorgung (Universitätsklinikum) unter jeweils eigenen Leitungsstrukturen wahrgenommen, was die Umsetzung der Trennungsrechnung tendenziell begünstigt. Durch die getrennte Struktur soll eine flexible unternehmerische Führung der im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern stehenden Universitätsklinika erreicht werden. Gleichzeitig soll aber auch die Autonomie der Medizinischen Fakultäten

in Fragen der Forschung und Lehre gestärkt werden. Das Kooperationsmodell ist die derzeit in den meisten Bundesländern vorherrschende Organisationsform der Hochschulmedizin.

Dem gegenüber steht das Integrationsmodell, das eine größere Herausforderung bei der Trennung der Budgets darstellt. Die unterschiedlichen Aufgabenbereiche der Hochschulmedizin (Forschung, Lehre und Krankenversorgung) sind in diesem Modell organisatorisch miteinander verflochten, sodass alle Entscheidungskompetenzen in einer einheitlichen Entscheidungsstruktur zusammengefasst sind. Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum bilden dabei in der Regel eine Rechtspersönlichkeit mit einem gemeinsamen Leitungsorgan. Die Verbindung der Hochschulmedizin zur Universität wird in diesem Modell in Form einer „Gliedkörperschaft“ oder „Teilkörperschaft“ geregelt. Sonderformen dieses Modells stellen die Medizinischen Hochschulen in Hannover und Brandenburg als eigenständige Einrichtungen dar.

Fazit

Die Komplexität von Flächenbedarfsplanungen in der Hochschulmedizin hängt in einem hohen Maße von den Begebenheiten vor Ort ab und ist nur schwer über allgemeingültige Modelle abzubilden. Die Abgrenzung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie das jeweilige Organisationsmodell sind nur zwei von mehreren standortspezifischen Faktoren – wenngleich sie zu den entscheidenden zählen. Um Flächenbedarfe für Forschung und Lehre in der Hochschulmedizin plausibel und nachvollziehbar ermitteln zu können, bedarf es deshalb einer dezidierten Auseinandersetzung mit den lokalen Organisations- und Datenstrukturen. Standardisierung und Strukturierung – wie beispielsweise die konsequente Umsetzung der Trennungsrechnung – können dabei als wichtige Rahmenbedingungen hervorgehoben werden.

⁴ vgl. Moog, Horst/Federbusch, Kerstin (2003): Medizinische Forschungszentren. Organisation und Ressourcenplanung. HIS Hochschulplanung, Band 164. Hannover: Hochschul-Informationssystem, S. 7.



Zur Person

Florian Benner und **Julian Krause** sind wissenschaftliche Mitarbeiter im Geschäftsbereich Bauliche Hochschulentwicklung des HIS-Instituts für Hochschulentwicklung e.V.

E-Mail: benner@his-he.de

E-Mail: j.krause@his-he.de

