

229

. Dr. Klaus Betke

Pan

Das Universitätsklinikum
Regensburg
Bedeutung für die Region
und derzeitiger Planungsstand

AV

47400
V 473
-6

Verein der Freunde
der Universität
Regensburg e. V.

Klaus Betke

Das Universitätsklinikum Regensburg Bedeutung für die Region und derzeitiger Planungsstand

UBR069017867570



Der Vortrag wurde am 13. 7. 1976 auf der öffentlichen Jahrestagung des Vereins der Freunde der Universität Regensburg gehalten. Aus aktuellem Anlaß wird er nun ohne Ergänzungen und Abänderungen neu aufgelegt. Die Hinweise auf Lichtbilder, Tabellen usw. beziehen sich auf Begleitmaterial, das beim Vortrag verwendet, hier aber nicht berücksichtigt wurde.

Prof. Dr. Klaus B e t k e war Vorsitzender des Medizinischen Beirats für die Universität Regensburg, der im Juli 1969 durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus berufen worden war.



G81/547

Das Universitätsklinikum Regensburg:

Bedeutung für die Region und derzeitiger Planungsstand

Von Klaus Betke

Die Universität Regensburg wurde 1962 durch Beschluß des Bayerischen Landtages gegründet als „... vierte Landesuniversität mit vollem wissenschaftlichem Forschungs- und Lehrbetrieb“. Zu den fünf projektierten Fakultäten gehörte auch eine Medizinische Fakultät. Für das vorklinisch-medizinische Studium wurden von vornherein Institute und Ausbildungsplätze innerhalb des naturwissenschaftlichen Bereichs eingeplant und verwirklicht. Um das Universitätsklinikum zu erstellen, wurde im Juli 1969 durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus der Medizinische Beirat konstituiert. Dieser konnte bereits nach einem Jahr, einer für solch ein Vorhaben ungewöhnlich kurzen Zeit, seine Vorstellungen und Empfehlungen zu Größe, Leistungsumfang und Struktur des Klinikums vorlegen. Bei glattem weiterem Verlauf hätte man 1974 mit dem Bau beginnen können. Heute, zwei Jahre nach diesem Zeitpunkt, ist der Grundstein immer noch nicht gelegt. Die Universität als solche hat sich derweil rasch entwickelt. Sie zählt heute 9000 Studenten, darunter 300 vorklinische Mediziner.

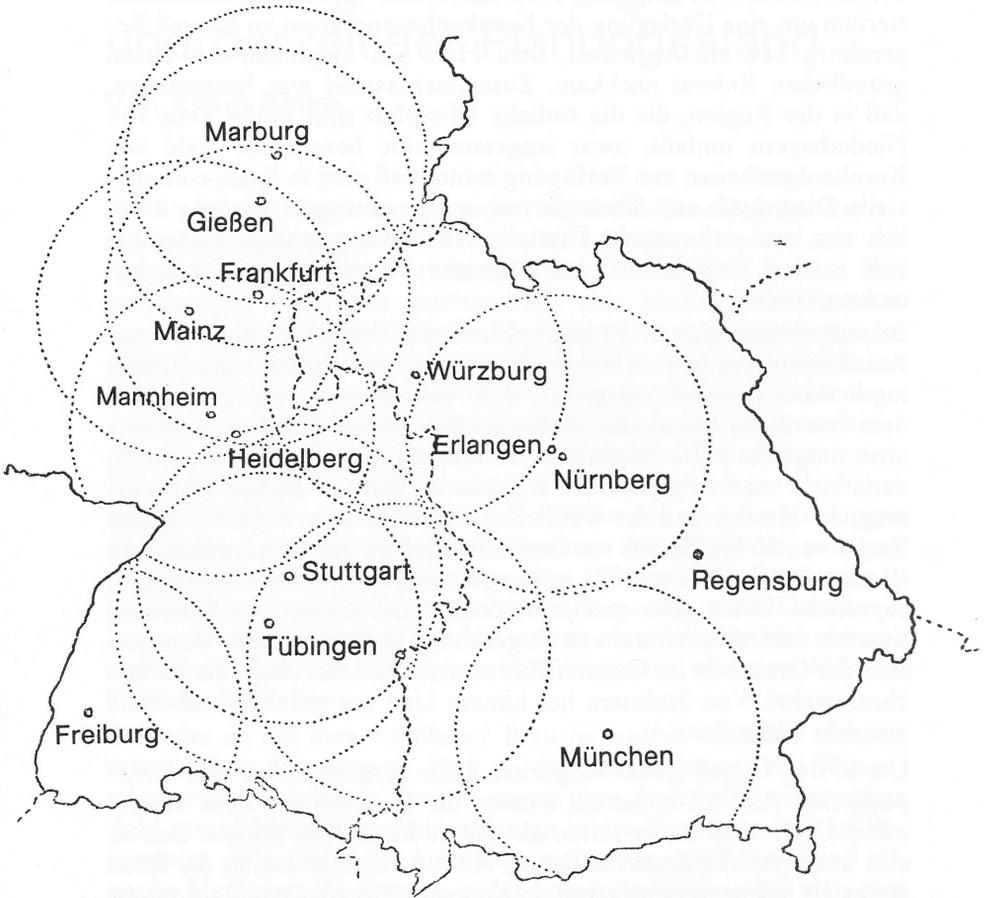
Was also ist mit dem Klinikum? Braucht man es vielleicht nicht so dringlich? In den erstmals 1968 (in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats) vorgelegten Berechnungen über die künftig notwendige Zahl auszubildender Medizinstudenten in der Bundesrepublik ist Regensburg einbegriffen als Ausbildungsstätte für vorklinische und klinische Mediziner. Es hat sich in der Folgezeit gezeigt, daß man eher noch mehr Ärzte braucht, als der Wissenschaftsrat meinte, ganz abgesehen davon, daß heute die Zahl der Medizinstudenten auch aus anderen Gründen weiter angeschwollen ist. Das hat zu ernststen Unzuträglichkeiten in der Ausbildung geführt. Besonders gilt dies für die klinische Ausbildung, für die die neue Approbationsordnung mit gutem Grund vermehrt Arbeit in kleinen Gruppen am Krankenbett fordert. Was wir ganz dringend brauchen, sind klinische Ausbildungsplätze, daran besteht nicht der geringste Zweifel.

Die nächste Frage ist, ob das Klinikum für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung der Region notwendig ist. Zu den ersten Tätigkeiten des Medizinischen Beirats gehörte seinerzeit, daß er das Innenministerium um eine Darlegung der Krankenhaussituation im Raume Regensburg bat, ein Ansuchen, dem Herr Dr. Stegmann mit einem gründlichen Referat nachkam. Zusammenfassend war festzustellen, daß in der Region, die die östliche Oberpfalz und große Teile von Niederbayern umfaßt, zwar insgesamt eine beachtliche Zahl von Krankenhausbetten zur Verfügung stand, daß aber in ihnen eine spezielle Diagnostik und Therapie nur in sehr geringem Umfang möglich war, und daß manche Disziplinen überhaupt fehlten. Daran hat sich in der Zwischenzeit trotz einiger Fortschritte grundsätzlich nichts geändert.

Betrachtet man sich in Süddeutschland die Verteilung der Orte mit Krankenhäusern bzw. Kliniken der dritten Versorgungsstufe (früher sagte man: Zentralversorgung), d. h. Institutionen, die „jede nach dem jeweiligen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse mögliche Hilfe diagnostischer und therapeutischer Art geben“, dann sieht man folgendes: In Rheinland-Pfalz, in Baden-Württemberg, in Hessen und im westlichen und mittleren Bayern ergeben Kreise von 80 km Radius um Orte mit Kliniken der Versorgungsstufe III eine dichte Verflechtung mit gegenseitigen Überlagerungen. Der bayerische Osten aber und insbesondere das Gebiet nordostwärts, ostwärts und südostwärts von Regensburg liegt außerhalb. Von jenseits der Grenze ist im Osten nichts zu erwarten, dort liegt die Tschechoslowakei. Von Südosten her könnte Linz nur teilweise von Nutzen sein (siehe Seite 4).

Um in den Genuß „jeder möglichen Hilfe diagnostischer und therapeutischer Art“ zu kommen, müssen die Kranken aus dem bayerischen Osten also weiter reisen als andere bayerische Bürger. Das ist eine unerfreuliche Benachteiligung. Auch wenn man meint, die Kilometer als solche verantworten zu können: Naturnotwendig entsteht im Bürger ein Gefühl der Inferiorität seiner Region. Immer dann, wenn er sich durch Krankheit in seiner Existenz bedroht fühlt, kann er, wenn's schwierig ist, in seiner eigenen engeren Heimat nicht die entscheidende Hilfe finden; er muß nach Erlangen-Nürnberg oder nach München fahren. Vielleicht mag es dem oder jenem sinnvoll erscheinen, wenn im Bürger derart existentiell eine Überzeugung von der Allwissenheit und Allmacht Münchens verankert wird, — es steht aber in klarem Gegensatz zu der erklärten Absicht der bayerischen

Orte mit Krankenhäusern der Versorgungsstufe III in Süddeutschland. Die Kreise stellen einen Einzugsbereich von 80 km dar.



Staatsregierung, die Ostgebiete des Landes strukturell zu fördern. Eine Krankenversorgung der Stufe III ist meines Erachtens nicht nur sachlich, sondern auch bevölkerungspsychologisch ein elementarer Bestandteil einer ausgewogenen Struktur.

Das Universitätsklinikum in Regensburg wird eine entscheidende Verbesserung der Krankenversorgung im bayerischen Osten und damit auch der angesprochenen inneren Struktur dieses Gebiets mit sich bringen. Dies ist neben der notwendigen Schaffung klinisch-medizinischer Ausbildungsplätze ein ganz wesentlicher Gesichtspunkt, den man im Auge behalten muß, wenn man sich überlegen sollte — was heutzutage natürlich naheliegt —, ob diese Ausbildungsplätze nicht vielleicht billiger zu haben sind, etwa in Augsburg, wo der dortige Krankenhaus-Zweckverband sowieso ein neues Klinikum erstellen will. Ganz abgesehen davon, daß auch die Anpassung eines modernen großen Städtischen Krankenhauses an die Zwecke des Medizinunterrichts eine Menge Geld kosten würde — ich komme noch darauf zurück — würde man einen solchen Entschluß als gröbliche Dokumentation des Desinteresses der Bayerischen Staatsregierung an seinen Ostgebieten auffassen müssen. Außerdem ist zu bedenken, daß in der Zwischenzeit die Planungsabsichten und Investitionen für die Krankenhäuser der Region um Regensburg auf die angekündigte Errichtung des Klinikums abgestellt sind.

Kommen wir auf die Möglichkeiten der Krankenversorgung noch einmal zurück: Zahlenmäßig gibt es Betten für internistische, chirurgische, orthopädische, psychiatrische und pädiatrische Patienten in und um Regensburg genug; sie entsprechen jedoch nicht den Ansprüchen der Versorgungsstufe III. Wie aus der Tabelle (Abb. 2) abzuleiten, sind außerdem Neurochirurgie, Kieferchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Strahlenheilkunde überhaupt nicht vertreten. Die vorhandenen Betten für Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, aber auch Urologie und Gynäkologie und Geburtshilfe sind knapp und wiederum nicht genügend spezialisiert. Besonders schwerwiegend ist dabei der Mangel an Neurochirurgie und Kieferchirurgie wegen der heute bedeutenden Gruppe von Patienten mit Schädelverletzungen durch Unfälle. Rasche und von vornherein fachspezifisch korrekte Behandlung ist gerade für solche Patienten entscheidend, wenn nicht nur der Tod, sondern soweit wie möglich auch Folgeschäden wie Lähmungen, geistige Defekte und Epilepsie abgewendet werden sollen.

Man könnte nun argumentieren: Gut, sorgen wir dafür, daß die vor-

handenen Krankenhäuser in Regensburg ausgebaut werden, damit auf diese Weise die Versorgungsstufe III erreicht wird. Der Bayerische Staat könnte den verschiedenen Trägern Anreize in Form von Zuschüssen geben, auf diese Weise aber doch wesentlich billiger davonkommen, als wenn er selbst ein Klinikum baut. Eine solche Rechnung geht nicht auf. Mit dem Ausbau zur Stufe III ist ein Krankenhaus noch nicht zu Forschung und Lehre tauglich. Hierfür sind zusätzliche erhebliche Investitionen notwendig: Bereitstellung von Laboratorien, von Unterrichtsräumen, von Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung. Und es würden wichtige Institute überhaupt fehlen: Hygiene und Mikrobiologie, Pharmakologie, Rechtsmedizin. Ein nachträglicher Einbau solcher Einrichtungen in ein fertiges Krankenhaus macht außerordentliche Schwierigkeiten. Erfahrungen mit der Umwandlung von großen Krankenanstalten zu Universitätskliniken, wie z. B. in Mannheim, haben schmerzlich deutlich gemacht, welche Summen Geldes in so etwas hineingesteckt werden müssen, um ein Gebilde daraus zu machen, das schließlich doch nicht recht befriedigt.

Ein Universitätsklinikum ist noch aus einem anderen Grund für eine Region bedeutungsvoll: Es sind nicht allein die als Lehrstuhlinhaber und Abteilungsleiter eingesetzten Ärzte selbst, die dafür sorgen, daß Medizin auf anspruchsvollem Niveau betrieben wird, sondern auch die von ihnen in großer Zahl angeleiteten Doktoranden und die Habilitanden. Über die tägliche klinische Routine hinaus entsteht so eine ständige Auseinandersetzung mit ärztlicher und medizinisch-wissenschaftlicher Problematik. Daraus resultiert eine geistige Ausstrahlung und eine Diskussionsbereitschaft, die auch das ärztliche Denken und Handeln in der Region beeinflusst, ganz abgesehen davon, daß eine Anzahl solcher Doktoranden sich später in der Nachbarschaft der Universitätsstadt niederlassen und ihren persönlichen Kontakt mit dem Klinikum aufrechterhalten.

Mißachten wir auch nicht, welche stimulierende Wirkung ein so kompliziertes und technisch aufwendiges Gebilde wie ein Universitätsklinikum durch die notwendigen Geräte und Verbrauchsgüter, durch Wartungsaufgaben und Versorgung auf die einheimische Wirtschaft hat, — auf manchen Gebieten wie etwa der Feinmechanik und der Elektronik zweifellos eine Herausforderung. Und schließlich sind über 2000 Bedienstete mit einem hohen Anteil anspruchsvoll geschulter Kräfte nicht nur wirtschaftlich, sondern auch menschlich und für das kulturelle Leben eine Bereicherung für die Region.

Über den Fortgang der Planungen seit 1970, d. h. seit Vorlage der Empfehlungen des Medizinischen Beirats, orientiert Sie die Tabelle (Abb. 3). Ich möchte in diesem Zusammenhang auch auf die Ausstellung des Universitätsbauamts anlässlich des Tages der offenen Tür in der Universität Regensburg hinweisen, in der genauere Unterlagen zu sehen sind. Zunächst ging alles zügig: Eine vom Beirat empfohlene kleine Planungsgruppe nahm als Instrument der Baukommission im Juni 1970 die Arbeit auf, das Rahmenraumprogramm wurde durch die Oberste Baubehörde am 1. 8. 1970 erstellt, es lief ein Architektenwettbewerb an, dieser wurde am 10. 7. 1971 entschieden (1. Preisträger war das Büro Heinle, Wischer und Partner, Stuttgart), und es konnte am 20. 3. 1972 der Skizzenvorschlag, der sog. Generalplan, für die medizinische Forschungs- und Ausbildungsstätte (MFA) vorgelegt werden. Von da an aber verzögerten sich die Termine, ganz offensichtlich im Zusammenhang mit der schlechten Finanzsituation. So kam erst ein Jahr später der notwendige Planungsauftrag für das Makroprojekt. Um so wichtiger war der am 17. 6. 1975 nach zustimmender Kenntnisnahme des Konzepts erfolgte Beschluß der Bayerischen Staatsregierung, unverzüglich den Auftrag an die interministerielle Baukommission zur Planung der Baustufe I (Universitäts-Zahnklinik und Biomedizinisches Kolleg) und der Baustufe II (erster Abschnitt des Klinikums) zu erteilen. Das Tempo hat sich aber leider dadurch nicht wieder beschleunigt.

Die seit 1972 eingetretene Verzögerung ist um so bedauerlicher, als die ersten Schritte sehr rasch erledigt wurden und das für das Regensburger Klinikum angewendete Planungssystem neuartig, und dadurch sehr rationell ist, daß es eine Überlappung von Planen und Bauen und damit eine Verkürzung der Bauzeit erlaubt. Zur Arbeitsweise einige Erläuterungen (Abb. 5): Die schon erwähnte, derzeit aus vier Mitarbeitern der Staatsbauverwaltung, der Universität und der Medizin bestehende Planungsgruppe ist als Instrument der interministeriellen Baukommission zusammen mit einem Programmberater, dem Institut für Funktionsanalyse und Hospitalplanung/Kopenhagen, verantwortlich für die Erarbeitung aller mit der Struktur und Funktion des Universitätsklinikums zusammenhängenden Fragen. Sie kann und soll Fachberater, insbesondere Mediziner, zuziehen. Die Staatsbauverwaltung und das Architekturbüro mit technischen Fachberatern sind dann verantwortlich für die konkrete Projektierung.

Abb. 6 zeigt schematisch das Planungssystem selbst: Kennzeichnend ist ein Fortschreiten in verfeinerten Planungsstufen, in denen das Pro-

jekt zunächst in seinen allgemeinen Grundzügen, danach aufgrund einer Funktionsanalyse schrittweise in immer stärkerem Detaillierungsgrad durchgearbeitet wird. Auf der jeweils gröberen Stufe legt man sich endgültig fest. Jedes Planungsproblem wird nur einmal, und zwar zum spätest möglichen Zeitpunkt angefaßt und entschieden. Das sichert eine relativ lange Einflußperiode für die Planung und eine kurze Zeitspanne zwischen Festlegung und Nutzung. Die Planung für die Baustufe I (Zahn-, Mund- und Kieferklinik) ist im Niveau II abgeschlossen; die Haushaltsunterlage Bau dafür liegt zur Genehmigung vor. Für die Baustufe II (Klinikum, erster Abschnitt) wurde das Niveau I abgeschlossen und das Makroprojekt vorgelegt.

Zur Illustration der Funktionsanalyse und der daraus gezogenen Folgerungen für die Planung möchte ich Ihnen einige Beispiele aus der am weitesten fortgeschrittenen Planung für die Zahn-Mund- und Kieferklinik zeigen:

Abb. 7, 8, 9, 10, 11.

Zur Charakterisierung des Universitätsklinikums in Regensburg darf ich vielleicht folgendes in Erinnerung zurückrufen (Abb. 12): Der Medizinische Beirat hatte aufgrund der Analyse der Situation von vornherein darauf abgehoben, bei geringer Bettenzahl eine hohe Effektivität von spezieller Diagnostik und Therapie zu erreichen, was einerseits eine kurze Verweildauer stationärer Patienten (mit 12 Tagen angesetzt), andererseits eine Betonung der ambulanten Diagnostik und Therapie bedeutete. Die Krankenversorgung soll in chefärztliche Bereiche, den Fachdisziplinen (Chirurgie, innere Medizin, Pädiatrie usw.) entsprechend aufgegliedert werden, jeweils ohne genau festgelegte Bettenzahl, um eine Flexibilität in der Bettennutzung und in der Zweckbestimmung der Einzelräume zu erreichen. Die spezialisierte Diagnostik und Therapie, aber auch die Forschung, wird in Fachabteilungen (z. B. Nephrologie, Hämatologie, Kardiologie usw.) angesiedelt; diese haben keine eigenen Betten, sondern sie versorgen die Patienten der chefärztlichen Bereiche und der Spezialambulanzen. Dieses System gewährleistet, daß in Bezug auf die Fachabteilungen und spezielle Forschungsgebiete eine Veränderung oder Weiterentwicklung oder auch Aufgabe jederzeit möglich ist, ohne die Kontinuität und Konstanz der Krankenversorgung zu stören. Gemeinsame diagnostische und therapeutische Einrichtungen wie klinisch-chemisches Laboratorium, Radiologie usw. sind zentralisiert.

Das Konzept des Generalplans von 1972 sieht ein Klinikum mit rund 1600 Betten (einschließlich Neugeborene und Intensivtherapie) vor

mit einer gesamten Nutzfläche von rund 147 000 qm. Sie werden sich erinnern: (Abb. 13) In einem flächigen Unterbau ist der Untersuchungs- und Behandlungsbereich in zwei Geschossen, teilweise unter Geländeniveau, angeordnet sowie noch ein Geschöß mit gemeinsamen Einrichtungen. Das darauf aufgesetzte Bettenhaus – im wesentlichen nur zwei Geschosse hoch – hat die Form zweier aneinandergefügtter Doppelkreuze.

Von vornherein war angestrebt worden, die Planung so zu gestalten, daß es möglich war, den Bau in Abschnitten zu errichten, die als solche funktionsfähig sein sollten. Hierfür wurden drei Baustufen vorgeesehen (Abb. 14). Als Baustufe I galt die Klinik für Zahn-Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich des Biomedizinischen Kollegs (einer Ausbildungsstätte für Heilhilfsberufe), als Baustufe II ein Teil des Klinikums, der 950 bis 1000 Betten enthalten sollte, d. h. also immerhin zwei Drittel der Bettenzahl des Endausbaues. Nur so war eine brauchbare Funktion als medizinische Ausbildungsstätte zu erreichen, allerdings nur unter Zuhilfenahme von anderen Krankenhäusern für einige Lehrveranstaltungen. Verschiedene Varianten des Bauabschnitts II wurden in einem Simulationsmodell durchgerechnet, um eine optimale Lösung zu finden. Die schließlich angenommene Variante V hat eine Nutzfläche von 85 000 qm bei 950 Betten und einer Ausbildungskapazität von 100 Studenten pro Jahr. Abb. 16 zeigt, in welchem Maß die Baustufen I und II die Flächen des Endausbaus in Anspruch nehmen: Während Untersuchung und Behandlung sowie die Fachabteilungen und die Lehre von vornherein einen großen Prozentsatz beanspruchen, um eine Funktion des Teilklinikums zu gewährleisten, wurde bei der Forschung und bei den klinisch-theoretischen Bereichen gespart. Baulich erwies es sich als die günstigste Lösung, von den beiden Doppelkreuzen der Bettentrakte jeweils einen Teil abzuschneiden (Abb. 17), aber auch den Unterbau verkleinert zu erstellen. Hierbei war vor allem auch Wert darauf gelegt worden, den Ausbau zur Endstufe nicht zu erschweren bzw. keine Dinge zu bauen, die hinterher wieder beseitigt werden mußten. Das bedingte aber einige Vorhaltungen an Räumen, die an sich für die Inbetriebnahme des 950-Betten-Klinikums nicht notwendig waren. Als Ausbildungskapazität waren 100 Medizinstudenten/Jahr, notfalls auch 130 Medizinstudenten/Jahr vorgesehen.

Bei diesem Konzept war eins zu berücksichtigen: Die Klinik für Zahn-Mund- und Kieferkrankheiten konnte nicht längere Zeit für sich allein existieren; ihr mußte die Baustufe II bald folgen. Für den

Unterricht ebenso wie für die Krankenversorgung, insbesondere in der Kieferchirurgie, sind klinische Einrichtungen unbedingt erforderlich. Dies macht nach dem Rohbau der ZMK unterbrechungslos die Weiterführung der Rohbauarbeiten für den Bauabschnitt II notwendig, stellt also einen Zugzwang dar.

So war der Stand der Dinge vor zwei Jahren. Die in der Zwischenzeit erfolgten Beratungen und Verhandlungen betreffen zwei Komplexe: 1. Die nochmalige Überprüfung des eben erwähnten Zugzwangs zwischen Bauabschnitt I und II, 2. die Untersuchung des Bauabschnitts II (Teil-Klinikum mit 950 Betten) auf die Frage, ob er für eine größere Zeitspanne für die Belange einer medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätte allein brauchbar ist.

Es ist schon seit einigen Jahren klar, daß ein gravierender Engpaß in der Ausbildung von Zahnmedizinern besteht. Die Dringlichkeit, hier Abhilfe zu schaffen, steht außer Zweifel. Das Finanzministerium war daher daran interessiert zu wissen, ob die ZMK über einen mittelfristigen Zeitraum hinweg (um zehn Jahre) autark betrieben werden könne, ob es mit anderen Worten die Mittel für die ZMK rasch bereitstellen könne, ohne sich gezwungen zu sehen, damit auch im direkten Anschluß den Bauabschnitt II zu finanzieren.

Zu dieser Frage wurden die Zahnmediziner Prof. Becker, Münster, Prof. Fuchs, München, Prof. Kriens, Bremen, und Prof. Steinhäuser, Erlangen, um schriftliche Stellungnahmen gebeten; mit ihnen fand eine abschließende Besprechung in Anwesenheit von Vertretern des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus und des Finanzministeriums statt. Wie die Planungsgruppe schon vorher, kam auch dieses fachkundig erweiterte Gremium zum Schluß, daß man die ZMK nicht außerhalb des Verbundes mit einem Klinikum betreiben könne, — es könne weder eine den Ansprüchen der Approbationsordnung genügende Lehre geboten werden, insbesondere hinsichtlich der Kieferchirurgie, noch könne man bei Patienten mit Risikosituationen die Verantwortung übernehmen, noch auch lasse sich ein für qualifizierte Lehrer ausreichender Anreiz für Forschungsmöglichkeiten bieten. Wenn man die Baustufe II nicht verwirklichen könne oder wolle, müsse man ein Regensburger Krankenhaus durch Ausbau und Sanierung auf die Versorgungsstufe III bringen. Auch dies sei jedoch nur als Kompromiß zu betrachten, weil die Zusammenarbeit bei größerem räumlichem Abstand auf die Dauer problematisch werde.

Als Zeitablauf für die Errichtung der Baustufen I und II wurde abschließend empfohlen:

Baubeginn ZMK	1977
Studienbeginn ZMK	WS 1980/81
Baubeginn Klinikum	1979
Studienbeginn im Klinikum	WS 1984/85

Sollten für diesen Ablauf die Haushaltsmittel nicht bereitgestellt werden können, dann solle die **gesamte** Maßnahme im Block verschoben werden.

Der zweite Punkt, die Frage, ob man den Bauabschnitt II, das Teil-Klinikum mit 950 Betten, für eine größere Zeitspanne als MFA benutzen könne, ergab sich aus der Skepsis, ob in absehbarer Zeit Mittel für den Endausbau zur Verfügung gestellt werden könnten. Hierzu ist zu sagen, daß in einem solchen Fall die Erwägungen zurückgestellt werden müssen, alles so zu machen, daß der Weiterbau ohne Schwierigkeiten angeschlossen werden kann. Im Gegenteil müssen dafür gemachte kostspielige Vorhaltungen eingeschränkt oder eliminiert werden. Auch die äußere Form des zweiseitig beschnittenen Doppelkreuzes, die als solche architektonisch keine schöne Lösung war, war zu korrigieren. Dies ist in der Zwischenzeit geschehen (Abb. 18). Es wird so aus der Zwischenlösung des Bauabschnittes II ein kompaktes kleines Klinikum, das vom Bau her abgerundet ist und sozusagen in Ruhe abwarten kann, was weiter geschieht.

In bezug auf den Betrieb her allerdings ergeben sich doch Probleme, weil für ein integriertes Universitätsklinikum 950 Betten doch recht knapp sind. Auch die neuen, kürzlich erst beschlossenen, reduzierten Zahlen des Wissenschaftsrats liegen darüber. Die Situation wird weiterhin durch zwei Forderungen des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus schwierig:

1. Es wird gewünscht, daß die Ausbildungskapazität 175 Studenten/Jahr beträgt (bisher 100/Jahr, notfalls 130/Jahr). Machen läßt sich das, aber es geht auf Kosten der Ausbildungsqualität. Hier würde man sich allerdings nur in einen Zustand teilen, der etwa in der Münchner Universität (mit 700 Studenten/Jahr) seit langem zur Selbstverständlichkeit geworden ist.
2. Nach den bisherigen Überlegungen waren die Bettenzahlen für Orthopädie, Pädiatrie und Psychiatrie gleich Null oder äußerst reduziert angesetzt worden, wobei man unterstellte, in Krankenhäusern in Regensburg bzw. in Bad Abbach Aushilfe zu finden. Hier wird gewünscht, wenigstens für Orthopädie und Pädiatrie Betten innerhalb des Klinikums bereitzustellen, um günstigere Vorausset-

zungen für den Unterricht zu schaffen. Eine Steigerung der Bet-
tenzahl über 1000 hinaus wird jedoch vom Finanzministerium ab-
gelehnt. Es wird nicht einfach sein, diesem Wunsch so nachzu-
kommen, daß man das von der Betreuung der einzelnen Fächer
her verantworten kann.

So ist der Stand der Dinge. Ein kritischer Zeitpunkt steht bevor: Die
Genehmigung der im Mai bei der interministeriellen Baukommission
vorgelegten Haushaltsunterlage Bau für die Zahn-Mund- und Kiefer-
klinik durch den Landtag. Dies würde bedeuten, daß dann der vorher
erwähnte Komplex von Bauabschnitt I und Bauabschnitt II mit seiner
inneren Terminabhängigkeit in Gang kommt. Hoffen wir also, daß
hier nicht noch wieder unvorhergesehene Schwierigkeiten auftau-
chen.

Entwicklung des Universitätsklinikums

seit dem vorstehenden Vortrag von Prof. Dr. Klaus Betke am 13. Juli 1976 in Regensburg

- 03. 08. 1976 Auftrag zur Erstellung der Haushaltsunterlage-Bau für das Klinikum (Baustufe II) durch die Baukommission.
- 01. 10 1976 Billigung der Haushaltsunterlage-Bau für die Zahn-, Mund- und Kieferklinik (Baustufe I des Klinikums) durch die Oberste Baubehörde.
- 08. 03. 1977 Der Haushaltsausschuß des Bayerischen Landtags billigt die Festsetzung der Kosten für die ZMK-Klinik in Höhe von 45 Mio. DM.
- 27. 05. 1977 Gutachten des Wissenschaftsrates: Das Klinikum ist „unabweisbar“. Der Bau der Zahnklinik soll 1978 begonnen werden. Die Aufnahme der Zahnklinik und der Planungskosten in den 7. Rahmenplan wird empfohlen. Die Stellungnahme zum Klinikum bleibt vorbehalten, bis ein von der Staatsregierung beschlossenes Konzept für die Einplanung des Klinikums in die Region Regensburg vorliegt.
- 26. 07. 1977 Beschluß der Staatsregierung: Zustimmung zur unverzüglichen Erteilung des Bauauftrags für die Zahnklinik und zum Baubeginn 1978; Auslegung des Klinikums auf rund 990 Krankenbetten.
- 14. 09. 1977 Kultusministerium erteilt Bauauftrag für die Zahnklinik.
- 27. 01. 1978 Wissenschaftsrat empfiehlt u. a. neben der vorbehaltlosen Aufnahme der Zahnklinik die grundsätzliche Aufnahme des Klinikums der Universität Regensburg in den 7. Rahmenplan.
- 04. 07. 1978 Ministerrat räumt Bedenken des Obersten Rechnungshofes aus und bestätigt, daß das Klinikum planmäßig gebaut wird.

28. 08. 1978 Das Kultusministerium teilt mit, daß die Baumaßnahme ohne Vorbehalt im 7. Rahmenplan enthalten ist; es hebt seinerseits alle Vorbehalte auf und stimmt der endgültigen Baufreigabe für die ZMK-Klinik zu.
26. 09. 1978 Grundsteinlegung. Aufschrift der Bauafel: „Hier errichtet der Freistaat Bayern mit Unterstützung des Bundes das Klinikum der Universität Regensburg“.
18. 11. 1978 Die Bau- und Raumprogrammkommission billigt das Raumprogramm für das Klinikum.
30. 01. 1979 Das Kultusministerium legt die mittelfristige Finanzplanung für die Jahre 1979 bis 1983 vor. Für die Erschließungs- und Baukosten sind insgesamt 160,6 Mio. DM vorgesehen.
27. 03. 1979 Auftrag zur Erstellung der Haushaltsunterlage-Bau für das Versorgungsgebäude.
10. 04. 1979 Die Süddeutsche Zeitung berichtet, daß der gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU vorgeschlagen hat, das Klinikumvorhaben für die Universität Regensburg noch einmal zu überdenken.
19. 06. 1979 Nach heftigen Reaktionen des Vereins und vieler Kräfte aus Ostbayern teilt der Bayer. Ministerpräsident mit: „Es besteht keine Veranlassung, die angelaufenen Maßnahmen zur Errichtung des Klinikums der Universität Regensburg zu modifizieren... Das Klinikum Regensburg wird somit in einer Größenordnung von 990 Betten gebaut.“
12. 07. 1979 Der Krankenhausplanungsausschuß erkennt an, daß die zusätzlichen Betten des Klinikums zur Hälfte bestehende Universitätskliniken entlasten. Das Junktim zwischen Klinikumsbetten und einem möglichen allgemeinen Bettenüberhang wird aus der Diskussion genommen. Gefährdung regionaler Krankenhäuser durch Klinikum ist ausgeräumt.
22. 07. 1980 Richtfest für den Neubau der Zahn-, Mund- und Kiefer-Klinik. Kultusminister Prof. Hans Maier erklärt: „Die Zahnklinik ist der erste Bauabschnitt. Mit ihrer Verwirklichung hat der Freistaat Bayern die Weichen für die Errichtung des gesamten Klinikums unwiderprüflich gestellt.“

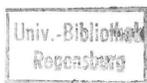
30. 09. 1980 Nach neuerlichen Befürchtungen und entsprechenden Interventionen teilt der Bayerische Ministerpräsident mit:

„... Staatsminister Professor Dr. Maier hat beim Richtfest für den Neubau der Zahnklinik der Universität Regensburg erklärt, daß die Weichen für die Errichtung des gesamten Klinikums unwiderruflich gestellt sind . . . Angesichts des harten numerus clausus in der Mediziner Ausbildung sehe ich keinen Anlaß, an den Worten von Staatsminister Professor Dr. Maier und damit an der Errichtung des gesamten Klinikums in Regensburg zu zweifeln . . .“

Der Zeitplan für die Inbetriebnahme sieht im Augenblick vor:

- 1983 Zahn-, Mund- und Kieferklinik
- 1987 Erste funktionsfähige Baustufe des Klinikums
- 1989 Fertigstellung des Gesamtklinikums mit 990 Betten.

Verein der Freunde der Universität Regensburg



In der Schriftenreihe des Vereins der Freunde der Universität Regensburg sind bisher erschienen:

- Heft 1 Wilhelm A. Kewenig:
Probleme des Hochschulzugangs; 1977.
- Heft 2 Heinsjürg Steinlin:
Studienreform als gemeinsame Aufgabe von Hochschule und Staat; 1978.
- Heft 3 Peter Lohfert:
Die Planung des Klinikums der Universität Regensburg; 1978.
- Heft 4 Reimar Lüst:
Grenzen, Freiheit und Verantwortung der Wissenschaft; 1979.
- Heft 5 Karl Steinbuch:
Informationstechnik und Freiheit; 1980.

Von den Heften 2 mit 5 stehen noch einige Exemplare zur Verfügung.

