

**Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.**  
**Positionspapier**

**Ein modernes Kapazitätsrecht für ein gutes Medizinstudium**

beschlossen am 03.07.2021 auf der 5. online-Mitgliederversammlung der bvmd.

**bvmd-Geschäftsstelle**  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585  
Fax +49 (30) 9560020-6  
Home bvmd.de  
E-Mail [verwaltung@bvmd.de](mailto:verwaltung@bvmd.de)

**Für die Presse**  
Philip Plättner  
E-Mail [pr@bvmd.de](mailto:pr@bvmd.de)

**Vorstand**  
Lucas Thieme (Präsident)  
Sebastian Schramm (Externes)  
Florian Aschenbrenner (Finanzen)  
Dorothea Daiminger (Fundraising)  
Philipp Schwaiger (Internationales)  
Hannah Güthlein (Internes)  
Philip Plättner (PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

5 **Zusammenfassung:**

Im Zuge der laufenden Reformierung des Medizinstudiums stellen sich neue Anforderungen an ein tragfähiges Kapazitätsrecht. Das seit den 1970er-Jahren geltende Curriculurnormwertverfahren erfüllt diese Anforderungen nicht. Die bvmd fordert daher kurzfristig die rechtssichere Anpassung des Kapazitätsrechtes und

10 perspektivisch die Umstellung auf ein Kostennormwertverfahren.

**Die bvmd fordert...**

1. ... ein Modell der Kapazitätsberechnung einzuführen, das eine Aufnahmekapazität für den ganzen Studiengang vorsieht und Teilstudienplätze obsolet macht.
- 15 2. ... ein rechtssicheres Modell zur Festsetzung der Studienplatzzahl umzusetzen, dass die in der Approbationsordnung vorgesehenen Freiräume zur fakultären Profilbildung und individuellen Schwerpunktsetzung nicht konterkariert.
- 20 3. ... die Beibehaltung der patientenbezogenen Gegenrechnung und deren Wirksamkeit ab dem ersten Semester.
4. ... die Flexibilisierung der Lehrverpflichtung, damit besonders lehrengagierte Dozierende diesen Aspekt schwerpunktmäßig verfolgen können.
- 25 5. ... die vollumfängliche Anrechnung von Prüfendentätigkeiten auf die Lehrverpflichtung.
6. ... die Stärkung von Qualitätssicherungs- und Innovationsklauseln, sowie die kapazitätsneutrale Gewährung finanzieller Mittel zur Umstellung auf das reformierte Medizinstudium.
- 30 7. ... perspektivisch auf ein kostenorientiertes Berechnungsmodell umzustellen.

**Einleitung:**

Die grundrechtlich verbürgte Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG), setzt zu ihrer Verwirklichung den Zugang zu den Studiengängen und Ausbildungen der individuellen Wahl voraus. Damit werden die Anforderungen an Bedingungen, die zu einer Versagung der Zulassung führen können, sehr hoch gesetzt, auch wenn

35

- schlicht die Ressourcen nicht vorhanden sind, die entsprechenden Studienplätze zur Verfügung zu stellen. Die erste Konkretisierung dieser Anforderungen nahm das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 18.07.1972 (1) vor. Darin heißt es, dass Zugangsbeschränkungen nur verfassungsmäßig seien, „wenn sie in den Grenzen des unbedingt Erforderlichen unter erschöpfender Nutzung der vorhandenen Ausbildungskapazitäten angeordnet werden [...]“. Dabei erkannte es aber auch, dass diese Grenzen überwiegend normativ bestimmt sind, bspw. definieren einerseits Studienordnungen und Studienpläne den entstehenden Aufwand, während andererseits die zumutbare Belastung für Lehrpersonal und unterrichtsgerechte Patient:innen bis hin zum zeitlichen Ausmaß der Nutzung vorhandener Raumkapazitäten letztlich Ermessensfragen sind. Da dies jedoch kritische Festlegungen für das Zulassungswesen sind, liegt es in der Verantwortung des Gesetzgebers, objektive und nachvollziehbare Kriterien zu finden.
- 40
- 45
- 50 Die Länder sind diesem Auftrag 1973 mit dem ersten *Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen* (2) nachgekommen und haben auf dessen Grundlage ein Berechnungsverfahren für den Studiengang Medizin etabliert, das trotz kontinuierlicher Kritik im Wesentlichen bis heute Bestand hat. Im Rahmen des Masterplan Medizinstudium 2020 (MM2020) und der Umsetzung der neuen
- 55 Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) besteht der Bedarf zur Reform des Kapazitätsrechts. Die bvmd nimmt im Folgenden zu verschiedenen Reformideen Stellung.

### Haupttext:

- 60 **Grundbegriffe und Funktionsweise des aktuellen Kapazitätsrechts**
- Nach den Maßgaben der Kapazitätsverordnungen (KapVO) haben die Universitäten fiktive **Lehreinheiten** zu definieren, denen die Studiengänge zugeordnet werden. Im Studiengang Medizin wird diese Einteilung bereits durch die KapVO vorgenommen. So wird der vorklinische Studienabschnitt der Lehreinheit „Vorklinische Medizin“ zugeordnet, der klinische Studienabschnitt wird der Lehreinheit „Klinisch-praktische Medizin“ zugeordnet. Eine dritte Lehreinheit „Klinisch-theoretische Medizin“ erbringt lediglich Dienstleistungen für beide Studienabschnitte und hat erst einmal keine kapazitätsrelevanten Auswirkungen.
- 65
- Der **Curricularnormwert** (CNW) gibt den mindestnötigen Lehraufwand für einen Studienplatz und ein ordnungsgemäßes Studium in Regelstudienzeit in Semesterwochenstunden an und wird in der KapVO festgeschrieben. Er wird aus allen im Stundenplan vorgesehenen Lehrveranstaltungen, entsprechenden Anrechnungsfaktoren, die den jeweiligen Vor- und Nachbereitungsaufwand und die Gruppengrößen repräsentieren sowie ggf. dem Betreuungsaufwand für Studien- und Abschlussarbeiten berechnet. So hat beispielsweise Kleingruppenunterricht einen höheren Anrechnungsfaktor als eine Vorlesung. Im
- 70
- 75

Fach Medizin wird er auf der Grundlage der ÄApprO ermittelt. Dies erfolgt aktuell für den vorklinischen und den klinischen Studienabschnitt getrennt.

80 Dem steht das **Lehrangebot** entgegen. Es spiegelt die Summe der Lehrverpflichtung an der Lehrereinheit, gemessen in Lehrveranstaltungsstunden (auch Lehrdeputat genannt), wider. Dabei gibt das sogenannte abstrakte Stellenprinzip vor, dass dieser Berechnung der Stellenplan zugrunde gelegt wird, unabhängig davon, ob alle Stellen besetzt sind. Es werden also auch Stellen einbezogen, wenn diese aufgrund der finanziellen Lage der Fakultät nicht besetzt  
85 werden können. Darüber hinaus können die individuellen wissenschaftlichen Mitarbeitenden ihre Deputatsstunden in der Regel mindern, bspw. durch Gremientätigkeit. Im Klinischen Abschnitt wird die Gesamtzahl der in die Berechnung eingehenden Lehrstellen pro 7,2 tagesbelegten Betten und 1.200 poliklinischen Neuzugängen im Jahr (Versorgungsabzug), sowie um 1 je 8 PJ-  
90 Plätze reduziert.

Am Ende steht eine **Überprüfung** der ermittelten Studienplatzzahl anhand weiterer Einflussfaktoren. So ist sie um die sogenannte Schwundquote, also die Zahl an Studierenden, die das Studium vorzeitig beenden, zu erhöhen. Bei Mangel an räumlichen oder sachlichen Voraussetzungen kann die ermittelte Zahl verringert  
95 werden. Im klinischen Studienabschnitt tritt eine patientenbezogene Gegenrechnung hinzu. So können nur maximal so viele Studierende ausgebildet werden, wie 15,5% der tagesbelegten Betten am Universitätsklinikum verfügbar sind (Äquivalenzwert), vermehrt um 1 pro 1000 poliklinische Neuzugänge bis maximal 50% des Äquivalenzwertes.

100

### **Kritik und Unzulänglichkeiten**

Dieses Modell stellt die Fakultäten bei jeder Änderung des Stellenplanes vor Herausforderungen, da jede zusätzlich eingerichtete Stelle unmittelbar kapazitätswirksam ist. Dabei spielt es auch keine Rolle, in welchem Institut oder  
105 an welcher Klinik die Stelle geschaffen wird, da angenommen wird, dass jede Stelle Lehre in jedem der Lehrereinheit zugeordneten Fach übernehmen kann (horizontale Substituierbarkeit). Dadurch werden Qualitätsverbesserungen in einzelnen Lehrbereichen insbesondere hinsichtlich einer Profilbildung der Fakultäten erschwert. Der Wissenschaftsrat schlägt hier vor, eine Möglichkeit zu schaffen,  
110 wissenschaftliches Personal von Lehraufgaben zu entbinden, um einen personellen Aufwuchs in der Forschung zu ermöglichen, ohne in kapazitätsrechtliche Schwierigkeiten zu kommen (3) (4).

Als weiterer wesentlicher Kritikpunkt gilt die Gefahr, dass die Studienplatzzahl durch eine willkürliche Anhebung der Lehrdeputatsstunden je Stelle oder der  
115 Anrechnungsfaktoren der einzelnen Lehrveranstaltung auf das verfügbare Lehrdeputat gesteigert werden kann, ohne eine reale Besserstellung der sachlichen Faktoren zu gewährleisten (5).

120 Durch die getrennte Berechnung der Studienplatzzahl in Klinik und Vorklinik besteht das Risiko, dass sich unterschiedliche Kapazitäten für die beiden Studienabschnitte ergeben. Liegt die vorklinische Aufnahmekapazität höher als die Klinische, besteht die Gefahr, dass Teilstudienplätze ausgewiesen werden müssen. Diese Praxis kritisiert die bvmd scharf (6). Einige Standorte schaffen dem Abhilfe, indem der klinische Studienabschnitt überbucht wird. Dies konterkariert jedoch den Sinn des Kapazitätsrechts, nämlich festzulegen, welche Auslastung im Hinblick auf die gewählten Kriterien gerade noch zumutbar ist – hier vor allem die Belastung von unterrichtsgerechten Patient:innen.

130 Die stärkere Verschränkung von Klinik und Vorklinik im MM2020 stellt diese Zweiteilung infrage. Zum einen wird die grundlagenwissenschaftliche Lehre auf alle zehn Semester verteilt. Zum anderen ist direkter Patient:innenkontakt bereits ab dem ersten Semester vorgesehen. Der Wissenschaftsrat schlägt vor, die Teilung dennoch beizubehalten und die klinische Lehre in den ersten Semestern als Lehrexport zu realisieren (4). Bei diesem Modell ist jedoch fraglich, ob der sich aus dem Grundgesetz ergebende Anspruch auch auf Teilstudienplätze (7) aufgehoben werden kann.

135

### **Alternative Kapazitätsmodelle**

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden verschiedene Modelle entwickelt, die das ursprüngliche Verfahren weiterentwickeln sollten. In Teilen sind diese Varianten bereits in die Kapazitätsmodelle der Länder eingeflossen.

#### 140 • **Bandbreitenmodell**

Eine relevante Flexibilisierung des Spielraumes der Fakultäten entstünde mit dem sogenannten Bandbreitenmodell. Dabei wird weiterhin mit dem CNW als Grundparameter gearbeitet. Dieser wird allerdings nicht mehr starr vorgegeben, sondern den Fakultäten als Bandbreite dargeboten, innerhalb dessen sich die Fakultäten autonom bewegen können. Bei der Festlegung dieser Bandbreite ist die untere Grenze (höchste Zulassungszahl) so zu wählen, dass unter normalen Bedingungen die Ausbildungskapazität voll ausgeschöpft wird (8). Damit entspreche sie dem festgesetzten CNW im normalen Verfahren. Curricularwerte über dieser unteren Grenze bedeuteten eine erschöpfende Nutzung der Kapazitäten unter Berücksichtigung besonderer politischer Zielsetzungen, bislang oft bildungs- und forschungspolitischer Natur. Die obere Grenze (niedrigste Zulassungszahl) gibt an, welche Ausbildungskapazität auch mit Rücksicht auf die besonderen Zielsetzungen mindestens zur Verfügung steht (8).

#### 150 • **Vereinbarungsmodell**

155 Ebenso wie das Bandbreitenmodell ist auch das Vereinbarungmodell bereits in einzelnen Ländern und Fächern bzw. Fächergruppen etabliert (vgl. z.B. KapVO HH). Dabei wird die Kapazität bilateral zwischen dem Fachministerium und der Hochschule festgelegt. Die Hochschule kann dann ihre Gesamtkapazität jeweils auf

160 die einzelnen Studiengänge verteilen, muss allerdings die durch die Landesparlamente festgelegten Zielvorgaben für Studienplatzzahlen einhalten. Durch die Einbindung der Legislative würde hier die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte obsolet – allerdings scheint bisher noch kein tragfähiges Modell für die gleichwertige Beteiligung aller Verhandlungsseiten gefunden. (5)

- **Kostennormwertverfahren**

165 Ein weiteres Modell ist das sogenannte Kostennormwertverfahren (KNW). Dieses zielt nicht wie die CNW auf die Lehrstellen, sondern berechnet auf der Grundlage der laufenden Kosten (Personal-, wie Sachkosten) sogenannte Kostenwerte pro Studienplatz. Die Festlegung der Studienplatzzahl erfolgt dann im Rahmen der Haushaltsbeschlüsse der Länder, die den Fakultäten mit der Mittelzuweisung  
170 gleichzeitig die Studienplatzzahl vorgeben (5) (9) (10).

**Die bvmd befürwortet ein einheitliches Kapazitätsrecht.**

Die bvmd befürwortet grundsätzlich eine **bundeseinheitliche Regelung** des Kapazitätsrechts. Seit der Föderalismusreform von 2006 bietet sich den Ländern  
175 rein rechtlich die Möglichkeit, unter der Voraussetzung einer gewissen Vergleichbarkeit voneinander abweichende Berechnungsmodelle der Ausbildungskapazität zu wählen. Im Einzelnen befürwortet die bvmd Abweichungen, die beispielsweise darauf abzielen, verschiedene Berechnungsmodelle zu pilotieren oder, wenn eine signifikante Steigerung der  
180 Lehrqualität für Studierende der betreffenden Fakultäten zu erwarten sind und es für andere Standorte nicht zu Nachteilen kommt. Da das Medizinstudium bundesweit geregelt wird und bundeseinheitlichen Ausbildungszielen folgt, sollten auch die Indikatoren, die eine ausschöpfende Nutzung feststellen, grundsätzlich einheitlich definiert werden.

185 Weiterhin fordert die bvmd **eine Kapazitätsberechnung** für den gesamten Studiengang Medizin. Teilstudienplätze müssen von vornherein ausgeschlossen werden.

**Kurzfristig kann das aktuelle Modell angepasst und fortgeschrieben werden.**

190 Zur Vermeidung von Klagerisiken hält die bvmd eine angepasste Fortschreibung des aktuellen Modells der Kapazitätsberechnung in der Übergangsphase zur neuen Studienstruktur für zweckmäßig. Die **drei Lehreinheiten werden** dazu nicht mehr zeitlich, sondern **inhaltlich definiert**. Ihnen werden jeweils  
195 Teilcurricularnormwerte zugewiesen. Eine horizontale Substitution zwischen den Lehreinheiten findet wie bislang nicht statt. Die Ausdefinition der Lehreinheiten in der KapVO darf dabei den fächerübergreifenden Ansatz der neuen ÄApprO nicht konterkarieren. Die bvmd regt daher an, auch in der KapVO auf eine Nennung von Fächern zu verzichten und die Zuordnung der Lehrenden an den fakultären

200 Untergliederungen zur grundlagenwissenschaftlichen, klinisch-theoretischen und klinisch-praktischen Lehreinheit stärker als bislang den Fakultäten zu überlassen. Dabei ist auch das abstrakte Stellenprinzip kritisch zu hinterfragen.

Die **patientenbezogene Gegenrechnung** soll **beibehalten** werden und bereits ab dem ersten Semester wirksam sein. Die bvmd empfiehlt die patienten- und versorgungsbezogenen Faktoren (Äquivalenzwert und Versorgungsabzug) wissenschaftlich zu überprüfen, um diese an die aktuellen und tatsächlichen Rahmenbedingungen an den Universitätsklinika anzupassen. Seit der initialen Festlegung dieser Werte haben sich Versorgungsstruktur, Demographie, Krankheitsbilder, Liegedauer der Patient:innen, aber auch die individuelle Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen und damit der potenziell Lehrenden massiv verändert, was zu einer anderen Bewertung der Integration von Lehraufgaben in das Versorgungsgeschehen führt. Bei einer solchen Überprüfung ist jedoch sicherzustellen, dass sowohl der Prozess als auch das Ergebnis unabhängig von politischen oder finanziellen Motiven organisiert und gefunden werden. Andernfalls befürchtet die bvmd Risiken für die Qualität des Medizinstudiums.

Gleichzeitig werden Blockpraktika derzeit nicht bedacht. Dies könnte perspektivisch über einen Abzug ähnlich der aktuellen Regelung für das Praktische Jahr geschehen. Im Praktischen Jahr selbst wird sich der Betreuungsaufwand durch die Reform aufgrund der vorgesehenen Lehrbegleitung erhöhen. Dies muss ebenfalls adäquat in der Kapazitätsberechnung abgebildet werden.

### **Weiterhin schlägt die bvmd die Bildung von Bandbreiten vor.**

Hierbei muss sichergestellt sein, dass die untere Grenze der Bandbreite das tatsächlich erforderliche Mindestmaß an Lehraufwand wiedergibt und nicht zur billigen Schaffung von Studienplätzen herabkorrigiert wird. Aus dem Grundsatz der „unzulässigen Niveaupflege“ (11) geht hervor, dass eine Festsetzung des lokalen Curricularwertes über der unteren Bandbreite mit bildungs- oder forschungspolitischen Zielsetzungen begründet und im Ausmaß nachvollziehbar gemacht werden muss.

Der im Referentenentwurf der ÄApprO vorgesehene umfangreiche Vertiefungsbereich schafft erstmals Möglichkeiten zur fakultären Profilbildung und individuellen Schwerpunktsetzung. Diese Freiräume dürfen nicht durch ein zu starres Kapazitätsrecht konterkariert werden. In dem Zusammenhang soll geprüft werden, ob neben bildungs- und forschungspolitischen Zielen auch versorgungspolitische Ziele geltend gemacht werden können. Denkbar wäre beispielsweise aufgrund des absehbaren Mangels an Ärzt:innen (12) im Bereich Chirurgie ein longitudinales Curriculum aufzusetzen, das durch einen hohen Anteil an Simulationsoperationen und Demonstrationen im Operationssaal

240 gekennzeichnet ist und mit dem entsprechend erhöhten Personalaufwand eine Erhöhung des Curricularwertes rechtfertigt.

Die bvmd erkennt dabei an, dass es in einem professionsorientierten Studiengang besondere Herausforderungen mit sich bringt, eine Abweichung vom Basis-CNW rechtssicher zu begründen. Darüber hinaus könnten Gerichte bei der Überprüfung der abweichend festgesetzten Curricularwerte bundesweite Vergleiche zwischen Studiengängen anstellen. Dadurch kann es für die einzelnen Fakultäten zu rechtlichen Unwägbarkeiten kommen, die eine standortspezifische Festsetzung der Curricularwerte unattraktiv erscheinen lassen. Für die bvmd schließt daraus keine grundsätzliche Ablehnung einer Öffnung des CNW nach oben, also zur Ermöglichung eines standortspezifisch besseren Betreuungsverhältnisses nicht.

### **Die bvmd befürwortet eine Flexibilisierung der Lehrverpflichtung.**

Die starren Regelungen zur Lehrverpflichtung lassen für Dozierende in der Abwägung von Forschungs- und Lehrtätigkeit nur wenig Spielraum. So definieren die Lehrverpflichtungsverordnungen der Länder (LVVO) für jede wissenschaftlich tätige Berufsgruppe an den Universitäten den genauen Umfang der Lehrverpflichtung in Lehrverpflichtungsstunden. Prüfungen werden davon nicht erfasst. Individuelle Wünsche und Begabungen aber auch karrieristische Ziele der wissenschaftlichen Mitarbeitenden werden in dieser Systematik nicht bedacht und eine Schwerpunktsetzung in nur einem der beiden Bereiche stark begrenzt. (13)

Die bvmd spricht sich deshalb für eine Flexibilisierung der Lehrverpflichtung in den LVVOs aus. Die Sicherstellung des Lehrbetriebs kann über Vereinbarungen zwischen Fakultät und Land erfolgen. Die Nachvollziehbarkeit und damit auch gerichtliche Überprüfbarkeit des Lehrangebots kann durch Festlegungen des individuellen Lehrdeputats im Arbeitsvertrag gewährleistet werden.

Die bvmd erhofft sich der Flexibilisierung der Lehrverpflichtung zum einen eine Diversifizierung der Karrierewege durch eine stärkere Professionalisierung der akademischen Lehre. Zum anderen sind Qualitätsverbesserungen in der Lehre zu erwarten, da nicht mehr pauschal alle und damit auch weniger lehrmotivierte wissenschaftliche Mitarbeitende gleichermaßen an der Lehre beteiligt werden, sondern besonders herausragende und motivierte Dozierende auch rechtlich abgesichert größere Anteile übernehmen können. Dabei muss sichergestellt werden, dass die verschiedenen Karrierewege kurz-, mittel- und langfristig in ihrer Attraktivität nicht nur vergleichbar, sondern gleichwertig bleiben. Möglichkeiten hierfür stellen z.B. Quotierung der Professuren und gleichgestellte Vergütungen in den Karrierewegen dar.

Da absehbar ist, dass auch der Aufwand für die Erstellung, Durchführung und Auswertung von Prüfungen für die Lehrenden mit der Umsetzung des MM2020 ansteigen wird, fordert die bvmd auch die Prüfendentätigkeit vollumfänglich auf die Lehrverpflichtung anzurechnen.

**Langfristig fordert die bvmd eine Umstellung auf das KNW-Verfahren.**

Die bvmd sieht im KNW-Verfahren großes Potential zur Beantwortung wesentlicher bildungs- und wissenschaftspolitischer Herausforderungen um das Medizinstudium. So ergibt sich ein wiederkehrendes Problem daraus, dass  
285 Ministerien und Regierungen von den Fakultäten fordern, zusätzliche Studienplätze zu schaffen, jedoch nur widerwillig bereit sind, die entsprechenden finanziellen Mittel bereitzustellen. Das aktuelle Berechnungsmodell, das auf vielen Annahmen basiert, zeigt sich hier anfällig für Möglichkeiten, einzelne Berechnungsgrößen zu manipulieren, um Studienplätze zu schaffen, ohne die notwendigen Ressourcen  
290 bereit stellen zu müssen. Das KNW-Modell macht den Zusammenhang zwischen Finanzierung und Studienplatzzahl transparent. Dadurch ließe sich bei sachgemäßer Berechnung des Kostenwertes eine Ausfinanzierung der Studienplatzkapazitäten sicherstellen. Gleichzeitig würde im politischen Diskurs die Abwägung der gesellschaftlichen Kosten zusätzlicher Studienplätze gegenüber  
295 denen zielgerichteter Reformen im Gesundheitswesen stärker in den Fokus rücken.

Zusätzlich kann die Einführung des KNW-Verfahrens die Hochschulautonomie stärken, indem Verwaltungsgerichte nicht mehr jede einzelne Stelle im Stellenplan überprüfen müssten. Lediglich eine Relation der zur Verfügung gestellten Finanzmittel zur Studienplatzzahl sowie die sachgerechte Verwendung dieser Mittel  
300 zu Lehrzwecken müsste nachvollzogen werden.

Damit das KNW-Verfahren verfassungsrechtlichen Ansprüchen genügt, müsste eine regelmäßige Ermittlung des Kostennormwertes basierend auf den sachlichen personellen Anforderungen eines ordnungsgemäßen Studiums erfolgen. Da er jedoch ohnehin inflations- und tarifbedingt oder aufgrund von Studienreform  
305 angepasst werden müsste, ergäbe sich dies. Aus Sicht der bvmd setzt das Gelingen dieser Methode der Kapazitätsberechnung einen **bundeseinheitlichen KNW** voraus.

**Ressourcen für Transition, Qualitätssicherung und Innovation sollen kapazitätsneutral zur Verfügung gestellt werden.**

In Anknüpfung an die Empfehlungen des Wissenschaftsrats fordert die bvmd die  
310 Stärkung von **Innovations- und Qualitätssicherungsklauseln**, sowie die Gewährung von kapazitätsunwirksamen Ressourcen in der Transitionsphase zum reformierten Medizinstudium. So sollen die Kapazitätsverordnungen zum einen nicht zum Hemmschuh für Hochschulinnovationen werden, zum anderen  
315 Anreizsysteme wie bspw. eine leistungsorientierte Mittelvergabe oder andere Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht unterbinden. Für die Umsetzung der neuen ÄApprO wird in den Dekanaten und Verwaltungen zahlreicher medizinischer Fakultäten, Fachbereiche und Hochschulen ein zusätzlicher Personalbedarf für Koordination und Implementierung der Reforminhalte nötig. Auch dieser muss  
320 kapazitätsneutral zur Verfügung gestellt werden können. (4)

Im Rahmen der Anpassung des Studienkapazitätsrechts zur Umsetzung des MM2020 ist **zeitnah eine tragfähige Lösung zu finden**. Die bvmd fordert insbesondere die Länder dazu auf, sich proaktiv in ihrer gesetzgeberischen Verantwortung mit dem Kapazitätsrecht auseinanderzusetzen und Ideen zu entwickeln, wie die absehbaren Herausforderungen bewältigt werden können. Auch die geringstmögliche Anpassung der KapVO erfordert konzeptionelle Neugestaltungen. Darauf zu warten, bis in einem finalen Entwurf der neuen ÄApprO jedes Detail festgelegt ist, ist für die wesentlichen Überlegungen nicht erforderlich und trägt der Verantwortung eines Gesetzgebers, gesellschaftlichen Wandel proaktiv auszugestalten nicht Rechnung. Die bvmd bietet gerne ihre Mitwirkung an den genannten Prozessen an.

#### Literaturverzeichnis

1. **Bundesverfassungsgericht (BVerfG)**. BVerfGE 33. 303 - *numerus clausus* I. 1972.
2. **Bayerische Staatskanzlei**. Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt. [Hrsg.] Bayerische Staatskanzlei. *Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen*. s.l. : Bayerische Staatszeitung GmbH, 30. Mai 1973. S. 285.
3. **VG Ansbach**. Zulassung zum Studium der Humanmedizin. *Beschluss v. 15.02.2019 – AN 2 E 18.10079*. 15. 02 2019.
4. **Wissenschaftsrat**. Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte - Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 (Drs. 7271-18). [Online] 21. September 2018. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?__blob=publicationFile&v=1).
5. **Borgwardt, Angela**. Reformierung des Kapazitätsrechts - Was tun? [Online] 3. März 2017. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] <http://library.fes.de/pdf-files/studienfoerderung/13369-20170602.pdf>.
6. **Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)**. Teilstudienplätze. [Online] 21. Juni 2015. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] [https://www.bvmd.de/fileadmin/user\\_upload/Positionspapier\\_2015-06\\_Teilstudienpla\\_\\_776\\_tze\\_geändert\\_am\\_2017-05-14.pdf](https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_2015-06_Teilstudienpla__776_tze_geändert_am_2017-05-14.pdf).
7. **Bundesverfassungsgericht (BVerfG)**. BVerfGE 59, 172. 1981.
8. **Kultusministerkonferenz (KMK)**. Weiterentwicklung des Kapazitätsrechts - Ausgestaltung der Kapazitätsermittlung und –festsetzung durch die Länder –. [Online] 28. Oktober 2015. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] [https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2005/2005\\_11\\_17-Weiterentwicklung-Kapazitaetsrecht.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2005/2005_11_17-Weiterentwicklung-Kapazitaetsrecht.pdf).

- 360 9. **Günther, Oliver.** der Studierenden auf Universitäten und Fachhochschulen neu ordnen könnte). [Online] 13. September 2018. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] <https://www.fes.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=34307&token=624ed489a47959f6d42c7cfc349fd3159cc1f2b3>.
10. **Riehn, Hartmut.** Entwurf eines Kostennormwertverfahrens zur Ermittlung der Aufnahmekapazitäten von Bachelor- und Masterstudiengängen (KNW-BaMa). [Online] 16. September 2017. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] <https://www.fes.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=34306&token=cb5977c2df2507bbbd3a82c2c7c88958ddf11987>.
- 370 11. **Bundesverwaltungsgericht (BVerwG).** Zulassung zum Studium der Medizin außerhalb der festgesetzten Zulassungszahl. *Beschluss vom 04.03.2015 - 6 B 39.14.* 2015.
12. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).** Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. [Online] Juli 2019. [Zitat vom: 19. Juli 2021.] [https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring\\_Medizinstudierende\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf).
- 375 13. **Handwerker, H.** Aufnahmekapazität und Ausbildungsqualität. [Online] [Zitat vom: 19. Juli 2021.] [http://www.mft-online.de/files/top12\\_handwerker\\_omft2004.pdf](http://www.mft-online.de/files/top12_handwerker_omft2004.pdf).